

Praktischer Ratgeber



Patientenbroschüre

Redaktion und Herausgeber

Fondation Cancer
209, route d'Arlon
L-1150 Luxembourg
RCS Luxembourg G 25

T 45 30 331

E fondation@cancer.lu

cancer.lu

Copyright: Fondation Cancer

Fotos: Istockphoto | Shutterstock

Diese Broschüre ist auch in englischer, französischer und portugiesischer Sprache erhältlich.

Hier die digitale
Version scannen



Ausgabe 2025

Die männliche Form meint immer auch die weibliche Form und umgekehrt.

In der Webversion dieser Broschüre ist jeder unterstrichene Hinweis ein anklickbarer Link, der Sie, entweder zu weiteren Informationen oder direkt zur Quelle führt.

Vorwort

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Willkommen beim Praktischen Ratgeber. Diese Broschüre haben wir erstellt, um Ihnen konkrete Antworten auf praktische Fragen während Ihres Krankheitsverlaufs zu geben.

Die Krebserkrankung stellt Sie vor organisatorische Herausforderungen, sowohl im familiären als auch im beruflichen Bereich. Deshalb haben wir nützliche Informationen zu Leistungen der Krankenkassen, Pflegediensten, Arbeitsrecht und finanzieller Unterstützung zusammengestellt.

Bitte zögern Sie nicht, uns zu kontaktieren, wenn Sie Fragen haben. Wir sind für Sie da, um Sie bei jedem Schritt zu begleiten.

Das Team der Fondation Cancer

Inhaltsverzeichnis

I.	Gesundheitsleistungen	6
	Onkologieabteilungen in luxemburgischen Krankenhäusern	7
	Der Referenzarzt - <i>médecin référent</i>	8
	Die elektronische Gesundheitsakte - <i>dossier de soins partagé</i> (DSP)	9
	Praktische Hilfe und Pflege zu Hause	10
	Behandlung im Ausland	13
	Rehabilitation	18
	Palliativpflege	22
	Sonderurlaub	24
II.	Krebsbedingte Kosten	26
	Modalitäten für eine Kostenübernahme durch die Gesundheitskasse (CNS)	26
	Arzt- und Krankenhauskosten	27
	Zuzahlungen zu Hilfsmitteln und Medikamenten	31
	Transportkosten zu onkologischen Abteilungen	36
	Steuerliche Aspekte	39
	Finanzielle Hilfen	40

III. Krebs und Berufstätigkeit	41
Krankmeldung	41
78-Wochen-Regelung	46
Rückkehr an den Arbeitsplatz	50
Umgang mit Krebs am Arbeitsplatz	54
Arbeitslosigkeit	57
Invalidität und spezielle Bedürfnisse	59
IV. Rechtsstreitigkeiten und Versicherung	62
Im Falle von Streitigkeiten	62
Juristische Aspekte: Rechtsberatung und -beistand	64
Recht auf Vergessenwerden - <i>Droit à l'oubli</i>	66
V. Nützliche Adressen	68



I. Gesundheitsleistungen

Wenn Sie im Großherzogtum Luxemburg leben und/oder arbeiten, sind Sie in der Regel als Hauptversicherter oder als Mitversicherter (Familienangehöriger des Hauptversicherten) bei der Zentralstelle der Sozialversicherungen – *Centre Commun de la Sécurité Sociale* (CCSS) gemeldet und haben Zugang zu den verschiedenen Sozialversicherungssystemen (Krankenversicherung, Pensionskasse, Kasse für Familienleistungen usw.) in Luxemburg. Im Bereich der Gesundheitsversorgung haben Sie je nachdem, in welchem beruflichen Sektor der Hauptversicherte angestellt ist, Anspruch auf Gesundheitsleistungen durch die entsprechende Krankenkasse.

Personen, die bestimmte Entgeltersatzleistungen (z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld) beziehen, sowie Studierende, die beim CCSS pflichtversichert oder freiwillig versichert sind, erhalten ebenfalls die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Seit 2009 gibt es folgende Krankenkassen in Luxemburg:

- die **Krankenkasse des Privatsektors**, die Nationale Gesundheitskasse – *Caisse nationale de santé* (CNS) – *Gesondheetskess*.
- drei **Krankenkassen für den öffentlichen Sektor**:
 - » die Krankenkasse der Beamten und Angestellten des Staates – *Caisse de maladie des fonctionnaires et employés public* (CMFEP);
 - » die Krankenkasse der Kommunalbeamten und kommunalen Angestellten – *Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux* (CMFEC);
 - » die Krankenkasse der nationalen Eisenbahngesellschaft – *Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois* (EM-CFL).

Die Beteiligung der Krankenkasse des Privatsektors (CNS) an den Kosten der Gesundheitsversorgung für ihre Versicherten erfolgt gemäß den Satzungen der CNS – *statuts CNS*.

Die Krankenkassen der Versicherten des öffentlichen Sektors (CMFEP, CMFEC und EM-CFL) wenden für die Beteiligung an den Kosten der Gesundheitsversorgung die Satzungen der CNS an.

Anmerkung: Zur Vereinfachung der Leserlichkeit in den nachfolgenden Erklärungen und Abläufen steht im Text immer CNS. Die Versicherten der anderen Krankenkassen wenden sich im praktischen Ablauf der einzelnen Aspekte an ihre zuständige Krankenkasse (z. B. bei Einreichen von Anträgen, Unterlagen usw.).

Information und Kontakt

siehe unter V. Nützliche Adressen S. 68

Onkologieabteilungen in luxemburgischen Krankenhäusern

Alle Krankenhäuser in Luxemburg haben eine Onkologieabteilung. Im Folgenden finden Sie eine Liste der Ärzte, die sich um Krebspatienten kümmern:

Krankenhaus Emile Mayrisch:
Centre Hospitalier Emile Mayrisch
Esch/Alzette

Krankenhaus der Stadt Luxemburg:
Centre Hospitalier Luxembourg
Luxemburg

Das Brustzentrum hat als Exzellenzzentrum für Brustkrebs das *OnkoZert*-Zertifikat der *Deutschen Krebsgesellschaft* (DKG) erhalten.

Robert Schuman Krankenhäuser (Zitha und Kirchberg): Hôpitaux Robert Schuman
Luxembourg- Ville (Zitha & Kirchberg)

Das *Prostatakarzinomzentrum* der HRS verfügt als Exzellenzzentrum für Prostatakrebs über das *OnkoZert*-Zertifikat der *Deutschen Krebsgesellschaft* (DKG).

Centre Hospitalier du Nord in Ettelbrück
(CHDN)

Nationales Zentrum für Strahlentherapie
François Baclesse: Centre François Baclesse
in Esch/Alzette (=Centre National de Radio-
thérapie)

Selbstverständlich sind je nach Krebsart auch andere Fachärzte an der Behandlung Ihres Krebses beteiligt: Chirurgen, Gynäkologen, Urologen, Gastroenterologen etc.



Gut zu wissen

Falls Sie als Patient an laufenden klinischen Versuchen teilnehmen wollen, können Sie die von der Nationalen Ethikkommission für Forschung (*Comité National d'Ethique de Recherche*) (CNER) veröffentlichte Übersichtstabelle konsultieren. Bitte beachten Sie, dass die dort veröffentlichten Studien nicht ausschließlich Krebserkrankungen betreffen.

Information und Kontakt

CNER

T 247-65650 / 247-65651 / 247-55518

E contact@cner.lu



Der Referenzarzt - *médecin référent*

Die Behandlung Ihrer Krebserkrankung zeichnet sich durch eine hohe Komplexität aus. Viele unterschiedliche Akteure sind beteiligt; Sie durchlaufen eine Vielzahl an Untersuchungen und Eingriffen. Sie sind in ständigem Austausch mit Onkologen, Strahlentherapeuten, Pathologen, weiteren (Fach-)Ärzten, pflegerischen und sozialen Akteuren. Ihre Erkrankung erfordert eine besondere Koordination im Hinblick auf Abläufe und den Informationsfluss unter den Akteuren und Ihnen.

Sie haben die Möglichkeit, sich von einem **Referenzarzt** im Rahmen ihrer Erkrankung begleiten zu lassen. Der Referenzarzt koordiniert Ihre gesamte Behandlung und spielt eine zentrale Rolle in der Überwachung Ihrer Gesundheitsentwicklung. Wenn z. B. bei komplexen Erkrankungen und Behandlungen mehrere Ärzte aus unterschiedlichen Fachgebieten mitwirken, kann dies unübersichtlich für Sie als Patient werden.

Der Referenzarzt unterstützt, berät und orientiert Sie auf Ihrem Behandlungsweg.

Wer kann Referenzarzt für mich sein?

Sie wählen einen Referenzarzt. Er muss Allgemeinmediziner sein, der seine Versorgung außerhalb von Krankenhäusern anbietet.

Es sollte der Arzt sein, der für Sie am leichtesten zugänglich ist und den Sie vorrangig konsultieren. (Der Arzt ist nicht verpflichtet, Ihr Referenzarzt zu sein – er kann dies auch ablehnen.)

Sie und der Referenzarzt unterschreiben die „Referenzarzt-Erklärung“. Der Referenzarzt füllt die Erklärung mit Ihnen aus und schickt sie an die CNS. Es wird eine Aktennummer erstellt, und Sie sind im Referenzarzt-System aufgenommen.

Kann ich die Referenzarzt-Erklärung widerrufen?

Generell ist die Referenzarzt-Patienten-Beziehung auf unbestimmte Dauer angelegt. Sie können jedoch die Erklärung bei der CNS widerrufen.

Information und Kontakt

CNS – Service Referenzarzt - *médecin référent*

T 27 57-46 50

F 27 57-46 00

E mr.cns@secu.lu



Die elektronische Gesundheitsakte – *dossier de soins partagé* (DSP)

Ein wichtiges Hilfsmittel bei der Koordination mit Ihrem Referenzarzt ist die elektronische Gesundheitsakte, das DSP. Ziel ist es, unter Berücksichtigung Ihres jeweiligen Gesundheitszustandes die angemessenste medizinische Versorgung zu gewährleisten.

Was ist das DSP und welche Rolle spielt es?

Für jeden Patienten wurde von der *Agence eSanté* – *Agence eSanté* ein DSP erstellt. Sie können also auch, ohne das Referenzarztsystem zu nutzen, für sich ein DSP aktivieren und Ihren unterschiedlichen Ärzten den Zugang geben, um Informationen dort einzuspeichern.

Das DSP ist Ihre persönliche, gesicherte, elektronische Patientenakte, welche Ihre Gesundheits-, Krankheits- und Behandlungsdaten enthält. Das DSP ist durch ein Passwortsystem geschützt.

Sie selbst, Ihr Referenzarzt und Ihre Fachärzte (denen Sie den Zugang zu Ihrem DSP erlaubt haben) können diese elektronische Akte zum Informationsaustausch und zur Koordinierung Ihrer medizinischen Versorgung nutzen.

Nutzen Sie das DSP im Rahmen des Referenzarztsystems, wird ein Patienten-Kurzbericht – *résumé patient* – vom Referenzarzt (bis spätestens drei Monate nach der Unterzeichnung der „Referenzarzt-Erklärung“) erstellt.

Die CNS fügt eine Zusammenfassung aller Verschreibungen und Untersuchungen hinzu. Somit wird ein umfassender Überblick über Ihren Gesundheitszustand und Behandlungsverlauf für die Beteiligten ermöglicht. Der Patienten-Kurzbericht wird regelmäßig vom Referenzarzt aktualisiert.

Wie wird die Sicherheit der Daten gewährleistet?

Die Daten werden in einem virtuellen „Gesundheitssafe“ in Luxemburg gespeichert. Die Informationen werden gesichert übertragen und verschlüsselt gespeichert. Eine hochsichere Identifizierung der Benutzer (mit einem einmaligen Passwort wie bei Bankzugängen) ist erforderlich, um die Informationen des Patienten zu speichern, zu lesen oder abzurufen. Zusätzlich muss der jeweilige Gesundheitsbeurflufer im nationalen Register der Pflegebeurflufer registriert sein.

Sie als Patient erteilen den anderen Nutzern die Erlaubnis an Ihrem DSP mitzuwirken.

Information und Kontakt

Helpdesk - Agentur eSanté

T 27 12 50 18 33

E helpdesk@esante.lu



Praktische Hilfe und Pflege zu Hause

Ambulante Pflegedienste, verschiedene Hilfsdienste wie die *Aide Familiale* und einige Gemeinden bieten die Möglichkeit, Ihnen oder Ihren Angehörigen im Falle von Krankheit bei den täglichen Arbeiten in Ihrem Alltag zu helfen. Wenden Sie sich an die Dienste Ihrer Wahl oder an den Sozialarbeiter Ihrer Gemeinde und erkundigen Sie sich, welche Hilfsdienste und Beihilfen Ihnen angeboten werden.

Ich brauche praktische Unterstützung im Haushalt und/oder bei der Aufsicht meiner Kinder. An wen kann ich mich wenden?

Im Bereich der praktischen Familienhilfe bietet der Dienst *Aide familiale* Unterstützung an. Das Angebot richtet sich an Familien/Personen unter 65 Jahren im Falle einer Krankheit, Behinderung oder anderen Einflussfaktoren und bietet eine kurzfristige oder zeitbegrenzte Unterstützung im Haushalt und bei der Betreuung der Kinder.

Mit einer ärztlichen Verordnung, die bescheinigt, dass Sie im Rahmen Ihrer Erkrankung und Therapie praktische Hilfe zu Hause benötigen, können Sie einen an Ihre Einkünfte angepassten Sozialtarif erhalten.

Wenn Sie die Kosten nicht selbst tragen können, können Sie bei der Sozialarbeiterin Ihrer Gemeinde erfragen, welche Möglichkeiten es für Sie gibt.

Kontakt

Familienhilfe - Aide familiale - Familienhaus Zentrum

T 40 49 49 400

F 40 21 31 339



Familienhilfe für Eltern von kleineren Kindern

Die Fondation Cancer und *Europa Donna Luxembourg* stellen gemeinsam mit *Arcus* einen neuen Service für Eltern mit einer Krebserkrankung bereit. Alle Krebspatientinnen und -patienten mit Kindern im Alter zwischen 0 und 13 Jahren, die aktuell in Behandlung sind und in Luxemburg leben, können den Service kostenlos in Anspruch nehmen.

Die Hilfe ist auf maximal drei aufeinanderfolgende Monate und auf höchstens zehn Stunden pro Woche begrenzt, von montags bis samstags zwischen 6 Uhr und 22 Uhr, wobei Feiertage ausgeschlossen sind.

Im Rahmen dieses **kostenlosen** Services unterstützen professionelle Familienhelfer und -helferinnen die Familien: Sie betreuen die Kinder im Alltag sowie bei schulischen oder außerschulischen Aktivitäten; weiterhin überwachen sie die Hausaufgaben und können die Familie auch im Haushalt und bei der Zubereitung der Mahlzeiten unterstützen.



Patienten und Patientinnen, die Interesse an diesem gemeinsam von *Europa Donna* und der *Fondation Cancer* finanzierten Service haben, können sich per Mail an die Adresse fondation@cancer.lu oder telefonisch unter der 45 30 331 an die *Fondation Cancer* wenden.

Ich brauche Hilfe und Pflege zu Hause. Wer kann mir da weiterhelfen?



Ambulante Hilfs-/und Pflegedienste bieten Hilfe und medizinisch-pflegerische Versorgung zu Hause an. Die Kosten verschiedener dieser Dienstleistungen werden, wenn Sie bestimmte Voraussetzungen erfüllen, von der CNS oder von der Pflegeversicherung übernommen.

Wenn Sie medizinisch-pflegerische Versorgung (Verbände, Injektionen o. ä.) benötigen oder Unterstützung bei den täglichen Aktivitäten des Lebens (Körperpflege, Aufstehen, sich bewegen, o. ä.) in Anspruch nehmen möchten, wenden Sie sich an einen ambulanten Hilfs-/Pflegedienst.

Es sollte zusammen mit dem Pflegedienst geprüft werden, ob ein Antrag auf Pflegeversicherung für Sie infrage kommt und gegebenenfalls gestellt werden.

Die Pflegedienste werden Ihnen Unterstützung Ihren persönlichen Bedürfnissen entsprechend anbieten und mit Ihnen die Frage der Kostenübernahme klären.



Gut zu wissen

Die CNS übernimmt die vom Arzt verschriebene **medizinische Versorgung**, wie Injektionen, Verbände usw.

Die Pflegeversicherung übernimmt die **Kosten für Hilfe und Unterstützung** bei den täglichen Aktivitäten des Lebens unter bestimmten Voraussetzungen:

- Sie benötigen mindestens 3,5 Stunden wöchentlich, und dies während mindestens sechs Monaten, Hilfe in den Bereichen des täglichen Lebens. Hierzu gehören u. a. Körperpflege, Mobilität und/oder Ernährung, d. h. zum Beispiel um sich zu waschen, aufzustehen, sich anzuziehen und/oder zu essen.
- Die Notwendigkeit der Hilfe wird von der *Cellule d'évaluation et d'orientation* (CEO) der Pflegeversicherung in einem Pflegegutachten festgehalten. Es wird ein, Ihrem individuellen Bedarf angepasster Hilfs- und Pflegeplan erstellt, der Ihnen nach der Begutachtung zugeschickt wird.
- Die Kosten werden durch die Pflegeversicherung rückwirkend ab dem Datum des Antrags übernommen.

Sofern Sie Pflegeleistungen (wie Hilfe beim Waschen oder Anziehen) in Anspruch nehmen, und diese nicht von der Pflegeversicherung übernommen werden, gehen diese Kosten zu Ihren Lasten. Klären Sie mit dem ambulanten Hilfs- und Pflegedienst, ob Ihnen ein Sozialtarif (abhängig von Ihrem Einkommen) gewährt werden kann.

Wenn Sie nur medizinisch-pflegerische Maßnahmen (Verbände, Injektionen, o. ä.) benötigen und von Ihrem Arzt eine schriftliche Verordnung hierfür erhalten haben, können Sie sich neben den oben beschriebenen ambulanten Hilfs- und Pflegediensten auch an eine freiberufliche Krankenschwester – *infirmière libérale* wenden.

Information und Kontakt

Bewertungs- und Kontrollbehörde der Pflegeversicherung - Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance (AEC)

T 247-86 060

F 247-86 061

E secretariat@igss.etat.lu

Für alle Fragen, die im Zusammenhang mit den Leistungen der Pflegeversicherung stehen, wenden Sie sich an:

CNS/Demandes prestations assurance dépendance

T 27 57-46 05 / 46 07

F 27 57-46 19

E assurancedependance@secu.lu

Anbietern im ambulanten Hilfs- und Pflegebereich

Kontaktadressen zu den unterschiedlichen Anbietern im ambulanten Hilfs- und Pflegebereich finden Sie im *Editus* unter: Häusliche Pflege.

Freiberufliche Krankenschwestern

Kontaktadressen zu den freiberuflichen Krankenschwestern finden Sie im *Editus* unter: Freiberufliche Krankenschwestern und Pflegerinnen.



Behandlung im Ausland

Bei Behandlungen im Ausland unterscheidet man zwischen Mitgliedsländern der EU, des Europäischen Wirtschaftsraums EWR (Island, Liechtenstein, Norwegen) und der Schweiz sowie Ländern außerhalb von EU, EWR und Schweiz. Bei den Letzteren wiederum unterscheidet man zwischen Ländern, die ein bilaterales Abkommen mit Luxemburg haben, und solchen, mit denen keine bilateralen Abkommen bestehen. In dieser Rubrik geht es um Länder der EU, des EWR und um die Schweiz.

Grundsätzlich muss zwischen **medizinischer Versorgung in einem Notfall – *soins en urgence*** – und einer geplanten **medizinischen Versorgung – *soins programmés*** – unterschieden werden

Ich benötige eine geplante medizinische Versorgung im Ausland. Worauf muss ich achten? Wer übernimmt die Kosten?

In Situationen, in denen Sie **stationär** (mindestens eine Nacht) aufgenommen werden, brauchen Sie eine Vorabgenehmigung, damit die Behandlungskosten von der CNS übernommen werden. Das Gleiche gilt für eine geplante **ambulante** Behandlung sofern für Ihre Versorgung hoch spezialisierte und teure Geräte der Krankenhausinfrastruktur genutzt werden.

- Sie benötigen einen schriftlichen Genehmigungsantrag – *demande d'un transfert à l'étranger*, Formular S2, Ihres Facharztes.
- Dieser Antrag wird per Post, Fax oder E-Mail bei der CNS, Abteilung *transfert à l'étranger* eingereicht und von dort an den CMSS zur Genehmigung weitergeleitet.

- Im Falle der Genehmigung durch den CMSS sind zwei unterschiedliche Genehmigungstypen möglich. Die jeweilige Genehmigung wird zu Ihnen nach Hause geschickt:

» **Genehmigung in Form eines S2-Formulars**

Zusage der Kostenübernahme für die geplante medizinische Versorgung gemäß den gesetzlichen Sätzen und Tarifen, die in dem Land gelten, in dem die Versorgung stattfindet. Normalerweise erfolgt eine direkte Kostenübernahme durch die Krankenkasse des Landes, in dem die medizinische Versorgung stattfindet. Es kann dazu kommen, dass die in Rechnung gestellten Kosten die gesetzlichen Tarife überschreiten (z. B. bei Inanspruchnahme von Wahlleistungen, Chefarztbehandlung, Einbett-/Zweibettzimmerzuschlag usw.). In diesem Fall können Sie sich bei Ihrer Zusatzversicherung über eine Kostenübernahmebeteiligung informieren.

» **Genehmigung – *autorisation type directive* 2011/24**

Wenn der Leistungserbringer im Ausland nicht konventioniert ist oder Sie sich außerhalb des öffentlichen Gesundheitssystems des Landes behandeln lassen. Ebenso wenn nur eine einfache Konsultation oder Untersuchung geplant ist. In diesem Fall stellt die CNS eine Bestätigung der Kostenübernahme aus – *titre de prise en charge*.

Sie müssen die Rechnungen bei dem Dienstleister begleichen und die Kosten werden Ihnen von der CNS gemäß den gesetzlichen Sätzen und Tarifen, die in Luxemburg gelten rückerstattet (ohne dass die Rückerstattung die effektiv entstandenen Kosten überschreiten kann).



Gut zu wissen

Wenn die Kostenübernahme für die Behandlung in Luxemburg höher ausfallen würde (wegen der unterschiedlichen gesetzlichen Tarife in den jeweiligen Ländern) als im Ausland, können Sie eine zusätzliche Rückerstattung bei der CNS beantragen.

Was Sie vor Ihrer medizinischen Versorgung im Behandlungsland klären sollten:

- Informieren Sie sich bei dem ausländischen Dienstleister, ob der S2 akzeptiert wird und ob die nötigen Schritte zur Weiterleitung an die gesetzliche Krankenkasse des jeweiligen Landes unternommen werden. Wenn der ausländische Dienstleister dies nicht übernimmt, ist es gut, wenn Sie selbst bei einer der gesetzlichen Krankenkassen des Landes nachfragen, ob der S2 eingereicht werden kann. In manchen Fällen prüft auch die jeweilige Krankenkasse die Voraussetzungen zur Kostenübernahme der medizinischen Versorgung. (z. B. für Behandlungen und Untersuchungen, bei denen die gesetzlich Krankenversicherten des Landes eine Vorabgenehmigung bräuchten).
- Machen Sie bei der Aufnahme in der ausländischen Klinik oder beim ausländischen Arzt deutlich, dass sie im Rahmen des S2 vor Ort sind und dass Sie wie ein gesetzlich Krankenversicherter des Landes betrachtet werden. Stellen Sie heraus, dass Wahlleistungen (z. B. Einbettzimmer, Chef-

arztbehandlung usw.) nur in Absprache mit Ihnen durchgeführt werden.

- Falls der ausländische Dienstleister den S2 nicht annimmt, müssen Sie wie bei dem *accord directive* 2011/24 die Kosten begleichen und eine Rückerstattung bei der Kasse in Luxemburg beantragen. Bei einer stationären Behandlung in einer konventionierten Einrichtung müsste der Dienstleister eigentlich direkt mit der Krankenkasse des jeweiligen Landes abrechnen. Erhalten Sie trotzdem Rechnungen, können Sie bei dem Dienstleister selbst um eine direkte Kostenabrechnung mit der jeweiligen Krankenkasse bitten und Sie können sich an den *Service international* der CNS wenden, der dann versucht, bei dem ausländischen Dienstleister eine direkte Kostenabrechnung zu erwirken.
- Im Rahmen eines *accord directive* 2011/24/*titre de prise en charge* tun Sie gut daran, sich vorab bei dem ausländischen Dienstleister über die Behandlungskosten zu informieren, da die Tarife des jeweiligen Landes sich sehr stark von den Tarifen in Luxemburg unterscheiden können.



Gut zu wissen

- **Warten Sie die Genehmigung durch den CMSS ab, bevor Sie zur medizinischen Versorgung ins Ausland gehen.**
- **Kurzfristige/akute Überweisung ins Ausland Ihr Facharzt hat die Möglichkeit den Genehmigungsantrag per Fax mit der Notiz „urgent“ bei der CNS *Service transfert à l'étranger* einzureichen,**

damit dieser schnellstmöglich bearbeitet und an Sie oder den überweisenden Arzt zurückgeschickt werden kann.

Im Fall der Ablehnung des Genehmigungsantrages können Sie in einem Zeitraum von 40 Tagen schriftlich Widerspruch bei dem *Comité directeur* der CNS einlegen.

Ich muss zu einem einmaligen Arztbesuch oder zu einer einfachen Untersuchung ins Ausland. Brauche ich hier auch eine Vorabgenehmigung und wie verhält es sich mit der Kostenübernahme?

Hierfür benötigen Sie keine Vorabgenehmigung. Sie begleichen die medizinischen Kosten beim Dienstleister und **beantragen die Rückerstattung bei der CNS gemäß den in Luxemburg geltenden Sätzen und Tarifen.**

Weisen Sie den ausländischen Dienstleister darauf hin, dass er auf der Abrechnung eine detaillierte Beschreibung seiner Leistung anstelle eines Codes angibt, damit der luxemburgische Tarif abgeleitet werden kann.

Klären Sie, zu welchem Tarif Sie behandelt werden und ob Extrakosten auf Sie zukommen.

Ich muss akut (in einem Notfall) medizinisch versorgt werden. Wie ist die Kostenübernahme geregelt?

Wenn Sie sich im Ausland aufhalten (z. B. Ferien), werden die notwendigen medizinischen Maßnahmen über die europäische Krankenversicherungskarte übernommen.

Sobald Sie diese oder ein Ersatzdokument vorzeigen, **haben Sie Zugang zu den Gesundheitsleistungen des Landes, in dem Sie sich aufhalten, zu den gleichen Konditionen wie die Versicherten (Einwohner) dieses Landes.**

Muss ich die Fahrtkosten zu einer Behandlung im Ausland selbst bezahlen?

Die Übernahme der Transportkosten zu medizinischen Gesundheitsleistungen im Ausland muss vorab beantragt und vom CMSS genehmigt werden. Die Transportkosten werden bis zu einer maximalen Entfernung von 400 km (einfache Fahrt) übernommen. In Ausnahmefällen können bis zu 600 km (einfache Fahrt) übernommen werden.

Kostenübernahme durch die CNS bei:

- Transport mit einem Ambulanzwagen: 70 % der gesamten Transportkosten;
- Transport mit einer Taxi-Ambulanz oder Transport mit dem privaten Auto: 0,21 €/Kilometer (Stand 2023);
- Transport mit öffentlichen Verkehrsmitteln: auf Basis der Fahrtkosten.

Was Sie beachten sollten

- Ihr Facharzt muss auf der Rückseite des Überweisungsantrages (S2) den Transport zusätzlich beantragen. Er hat die Möglichkeit, das jeweilige Transportmittel (z. B. Ambulanz, Taxi-Ambulanz, Lufttransport) zu begründen und anzukreuzen. Der Antrag wird zur Genehmigung an den CMSS geschickt.

- Falls Sie nicht am gleichen Tag wieder von der Auslandsbehandlung nach Luxemburg zurückfahren, müssen die Anträge separat für die Hin- und Rückfahrt gestellt werden. Wenn Sie z. B. an einem Tag zu einer ambulanten Chemotherapie hin und wieder zurückfahren, ist dies nicht nötig.
- Falls Sie die Fahrten selbst mit dem privaten Auto durchführen, sich von jemandem im privaten Auto fahren lassen oder die öffentlichen Verkehrsmittel benutzen und Ihre medizinischen Gesundheitsleistungen vom CMSS genehmigt wurden (Vorliegen des S2), können Sie für Ihre Unkosten – *frais de route* bei der CNS einen Rückerstattungsantrag stellen. Sie müssen sich die Präsenz bei dem Gesundheitsdienstleister im Ausland bescheinigen lassen. Diese senden Sie mit der Bitte um *remboursement des frais de route dans le cadre S2* an die CNS.
- Falls es sich bei der medizinischen Gesundheitsleistung im Ausland um einen einmaligen Arztbesuch (z. B. zur Diagnostik oder Kontrolle) handelt, erstattet die CNS nur einen Transport in liegender Position („Liegend Transport“) mit einem Krankenwagen. Der S2 muss nicht beantragt werden. Es genügt, dass ihr überweisender Arzt eine medizinische Verordnung – *ordonnance médicale* – hierfür ausstellt.



Gut zu wissen

Bei einer kurzfristigen/akuten Überweisung ins Ausland hat Ihr Facharzt die Möglichkeit, den Genehmigungsantrag per Fax mit der Notiz „urgent“ an die *CNS Service transfert à l'étranger* zu schicken, damit dieser schnellstmöglich bearbeitet und an Sie oder den überweisenden Arzt zurückgeschickt werden kann.

Per Brief oder E-Mail ist dies auch möglich, jedoch erreicht der Antrag per Fax am schnellsten die zuständige Abteilung bei der CNS.

Eine Person wird mich ins Ausland begleiten. Muss ich die Kosten für die Begleitung selbst bezahlen?

Bei einer Behandlung im Ausland werden die Kosten (Unterbringung, Essen usw.) für die Begleitperson entsprechend den Sozialrechtsvorschriften des Landes erstattet. Falls das Land keine Bestimmungen kennt, übernimmt die CNS zu einem festgelegten Ganztagesatz (92,14 €, Stand 2023) diese Kosten. Sie können sich bei dem behandelnden Krankenhaus/ Dienstleister oder der zuständigen Krankenkasse im Behandlungsland darüber informieren.

Was Sie beachten sollten

- Es muss sich um eine vom CMSS genehmigte medizinische Behandlung im Krankenhaussektor oder einen Arztbesuch handeln.
- Der behandelnde Arzt im Ausland muss eine schriftliche Begründung zur Notwendigkeit der Begleitung ausstellen, die Sie Ihrem Schreiben an die CNS zur Kostenrückerstattung – *remboursement des frais de séjour* – beilegen.

Für die Begleitung von Minderjährigen ist keine Genehmigung erforderlich.

Information und Kontakt

CNS Abteilung Überweisung ins Ausland - Service transfert à l'étranger

T 27 57-43 00

F 27 57-43 09

E tae.cns@secu.lu

CNS Abteilung Erstattungen international - Service remboursement internationaux

T 27 57-49 60

E int.rbt.cns@secu.lu



Rehabilitation

Krebs und seine Behandlungen führen oft zu Nebenwirkungen körperlicher und psychischer Art. Die onkologische Rehabilitation ermöglicht es, die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern. Sie erleichtert die Rückkehr in den Alltag und ggf. die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit.

Ich muss zur Krankengymnastik oder benötige Massagen. Was wird von der CNS übernommen?

Damit die Behandlungskosten übernommen werden, benötigen Sie eine standardisierte ärztliche Verordnung, die über die zugrunde liegende Erkrankung, die Anzahl und Frequenz der Anwendungen sowie über die verschriebene Anwendung Auskunft gibt.

Die Anzahl der Anwendungen, die Ihnen verschrieben werden können, hängt von Ihrer Grunderkrankung ab. Die CNS übernimmt jeweils pro ärztliche Verordnung:

- im Rahmen einer gewöhnlichen Erkrankung maximal acht Sitzungen,
- bei schweren Erkrankungen maximal 64 Sitzungen,
- bei Rehabilitation nach chirurgischen Eingriffen maximal 32 Sitzungen.

Eine Liste der schweren Erkrankungen können Sie in den Statuten der CNS/Annexe G nachlesen und sie sind auf der Rückseite der standardisierten ärztlichen Verordnung aufgeführt.

In der Regel werden die Anwendungen zu 70 % übernommen. Behandlungen im Rahmen von schweren Erkrankungen oder einer Rehabili-

tation nach chirurgischen Eingriffen und bei Behandlungen eines Kindes unter 18 Jahren werden zu 100 % übernommen.

Beispielsituationen

- **Sie benötigen nach einer Brustkrebs-erkrankung Lymphdrainagen.**

Nach einer Brustoperation oder Strahlenbehandlung bei Brustkrebs, kann Ihnen Ihr Arzt gegebenenfalls Lymphdrainagen zur Vorbeugung einer Anschwellung des Armes verschreiben.

Diese werden zu 100 % von der CNS übernommen.

- **Sie benötigen nach einer Prostatakrebs-behandlung Krankengymnastik.**

Nach einer Prostatakrebsbehandlung kann Inkontinenz („Nachtröpfeln“) die Lebensqualität beeinträchtigen. Beckenbodengymnastik, die den Schließmuskel trainiert oder die Beckenbodenmuskulatur verstärkt, hilft, die Kontrolle über die Blasenfunktion wiederzuerlangen.

Ihr Arzt wird Ihnen die entsprechende Krankengymnastik verordnen. In der Regel ist ein chirurgischer Eingriff vorangegangen, sodass eine Kostenübernahme von 100 % durch die CNS erfolgt.





Gut zu wissen

- Sie oder Ihr Physiotherapeut müssen die ärztliche Verordnung zur Genehmigung an die CNS schicken. Die CNS schickt Ihnen einen Kostenübernahmeschein - *titre de prise en charge* zurück.
- Wenn Sie Anwendungen zu Hause erhalten und der Physiotherapeut zu Ihnen kommt, wird der Hausbesuch von der CNS in Form einer Pauschale (12,88 €, Stand September 2023) übernommen. Ihr Arzt muss auf der Verschreibung angegeben haben, dass es notwendig ist, die Anwendungen zu Hause zu erhalten.
- Modalitäten der Kostenübernahme
 - » Über das Drittzahlersystem – *système du tiers payant*

Hier zahlen Sie nur den Eigenanteil an den Physiotherapeuten. Dieser schickt am Ende der Behandlung eine Rechnung an die CNS, um den Kostenübernahmeanteil der CNS zu erhalten. Sie erhalten von dem Physiotherapeuten Ihre ärztliche Verschreibung mit einer Honorarquittung, welche Ihren Eigenanteil und den Kostenübernahmeanteil der CNS aufzeigt.

Das Drittzahlersystem kann nur angewendet werden, wenn die ärztliche Verschreibung direkt von dem Physiotherapeuten zur Genehmigung an die CNS geschickt wurde. Falls Sie selbst die Genehmigung angefragt haben, begleichen Sie die Kosten für Ihre Krankengymnastik bei Ihrem Physiotherapeuten und stellen bei der CNS einen Antrag auf Rückerstattung. Die Anwendungen müssen in Luxemburg erbracht werden.

- » Sie übernehmen die gesamten Kosten im Voraus.

Hier erhalten Sie von Ihrem Physiotherapeuten

eine Rechnung, die den Gesamtbetrag aufzeigt. Nachdem Sie die Rechnung bezahlt haben, können Sie sie zur Kostenrückerstattung bei der CNS einreichen.

Was die Fondation Cancer Ihnen bietet:

Die Fondation Cancer bietet Sportgruppen und Aktivitäten für Krebspatientinnen an: Gymnastik, Muskelstärkung durch Ganzkörperbalance und Yoga, etc.

Kostenlose Sportangebote sowie weitere Aktivitäten und Gruppen der Fondation Cancer finden Sie unter: Patientengruppen und Aktivitäten.

Weitere Angebote finden Sie auch bei der *Association Luxembourgeoise des Groupes Sportifs Oncologiques a.s.b.l.* (ALGSO)

Ich möchte eine Kur machen. Was sollte ich wissen?

In Luxemburg können Sie zwischen stationären und ambulanten Kuren wählen, um sich von Ihrer Krebsbehandlung zu erholen. Diese fachübergreifenden Dienste umfassen verschiedene Maßnahmen wie Physiotherapie, Sporttherapie, Ernährungsberatung, Psychoonkologie und Sozialberatung.

Onkologische Rehabilitationskur – *réhabilitation post-oncologique*

Das Rehabilitationszentrum des *Château de Colpach* bietet für Krebspatienten eine stationäre Nachsorge an, mit einem breiten Spektrum an Angeboten. 20 Plätze stehen Krebspatienten zur Verfügung.

Im *Centre de réhabilitation du Château de Colpach* können Patienten, die unter den Folgen ihrer Erkrankung oder der Behandlung

leiden, von einer stationären onkologischen Rehabilitation profitieren. Die Rehabilitationskur dauert 21 Tage bis maximal 30 Tage. Erholung, Verbesserung von funktionellen Einschränkungen, Erhöhung der Autonomie und insgesamt eine Verbesserung der Lebensqualität stehen im Vordergrund der Behandlungen.

Ein pluridisziplinäres Team (Arzt, Pflegekräfte, Ergo- und Physiotherapeuten, der psycho-soziale Dienst, ...) unterstützt die Patienten mit einem individuell zugeschnittenen Kurprogramm, das nach einer Bedarfsanalyse aufgestellt wird.



Gut zu wissen

Ihr behandelnder Arzt richtet einen Aufnahmeantrag – *demande d'admission* – via Fax an das *Centre de Réhabilitation Colpach*. Er kann dafür das Formular auf der Internetseite nutzen.

Der Kurarzt wird den Antrag prüfen und ggf. genehmigen. Die CNS übernimmt die Kosten für die Rehabilitation bis auf einen Eigenanteil von rund 25,50 € pro Tag (Stand 2023).



Kontakt

Rehabilitationszentrum in Schloss Colpach **- *Centre de réhabilitation du Château de Colpach***

T 27 55 43 00

E crcc@croix-rouge.lu

Thermalkur – *cure thermale*

Es besteht die Möglichkeit, eine Thermalkur im Domaine Thermal Mondorf in Bad Mondorf zu machen.

Was Sie beachten sollten

- Sie brauchen eine schriftliche Empfehlung von Ihrem Arzt.
- Vereinbaren Sie einen Termin mit einem der Ärzte des *Domaine Thermal Mondorf*.
- Der Arzt des *Domaine Thermal* reicht dann den Genehmigungsantrag bei der CNS ein.
- Nach der Bewilligung durch die CNS erhalten Sie den Kostenübernahmeschein – *titre de prise en charge* welcher ein Jahr gültig bleibt.
- Sie bezahlen Ihren Aufenthalt (Hotelkosten) und erhalten den gesetzlich festgelegten Betrag von der Krankenkasse zurück.
- Die Kurbehandlungen werden zu 87,40 % von der CNS übernommen.

Das Kurzentrum rechnet diesen Teil direkt mit der CNS ab. Die restlichen Kosten, die zu Ihren Lasten gehen, müssen Sie am ersten Tag Ihres Kuraufenthaltes vor Ort bezahlen.

Für weitere Informationen, wenden Sie sich an:

Kontakt

Mondorf Domaine Thermal

T 23 666-800

F 23 666 -557

E domaine@mondorf.lu

Habe ich die Möglichkeit, eine onkologische Rehabilitationskur im Ausland zu machen?

Eine Kur im Ausland kann nur dann in Betracht gezogen werden, wenn eine Kur in Luxemburg aufgrund der erforderlichen spezifischen Pflege nicht möglich ist.

Nach vorheriger Genehmigung durch den CMSS können Sie eine Kur, z. B. eine spezifische onkologische Rehabilitationskur im Ausland machen. Seien Sie sich jedoch bewusst, dass Genehmigungen selten sind.



Palliativpflege

Personen in einer medizinisch ausweglosen Situation haben in ihrer letzten Lebensphase Anspruch auf Palliativpflege, um ihre Schmerzen zu lindern und eine gewisse Lebensqualität zu erhalten.

Um Palliativpflege zu erhalten, müssen Sie zunächst Ihren behandelnden Arzt konsultieren, der dann beim Kontrollärztlichen Dienst der Sozialversicherung (*Contrôle médical de la sécurité sociale*) eine Erklärung auf einem speziellen Formular einreicht, um die Voraussetzungen für den Anspruch auf Palliativpflege zu bestätigen.

Der kontrollärztliche Dienst entscheidet dann nach Rücksprache mit dem unterzeichnenden Arzt, ob der Anspruch auf Palliativpflege aus medizinischer Sicht berechtigt ist. Wird die Palliativpflege bewilligt, hat die sterbende Person **35 Tage** lang Anspruch darauf. Ausnahmsweise kann dieser Zeitraum auf begründeten Antrag des behandelnden Arztes um einen oder mehrere zusätzliche Zeiträume von jeweils 35 Tagen verlängert werden.

Die Nationale Gesundheitskasse (*Caisse nationale de santé*) erstellt dann einen Kostenübernahmeschein, der dem behandelnden Arzt und den Gesundheitsdienstleistern, bei denen die erkrankte Person in Behandlung ist, übermittelt wird. Der Arzt fügt den Kostenübernahmeschein dem Pflegeheft bei.

Palliativpflege kann im **Krankenhaus**, einer nach den Gesetzen der Kranken- und der Pflegeversicherung zugelassenen Einrichtung oder beim Kranken **zu Hause** geleistet werden. Die Pflegenetzwerke und Krankenhäuser verfügen über **mobile Palliativpflegeteams**.

Palliativpflege in Luxemburg

Stationäre Pflegeeinrichtungen:

Centre Hospitalier de Luxembourg

(Pflegestation mit zehn Betten und mobilem Team)

CHL Eich

E pallia.sec@chl.lu

T 44 11 79 03

Centre Hospitalier du Nord

(Pflegestation mit sechs Betten & internes und externes mobiles Team)

CHdN

E chdn@chdn.lu

T 81 66 51 530

Centre Hospitalier Emile Mayrisch

(Pflegestation mit acht Betten)

CHEM Bâtiment Mineur, niveau 3

T 57 11 33 001



Haus Omega

(Zentrum für Palliativmedizin mit 15 Betten)

E info@hausomega.lu

T 26 00 37 1

Hôpitaux Robert Schuman

(Pflegestation mit acht Betten)

ZithaKlinik

T 28 88 40 23

Häusliche Pflege:**HELP – Doheem Versuergt**

Equipe Soins Palliatifs

E info@help.lu

T 27 55 35 70

Päiperléck S.à.r.l.

Nuets Päiperléck

E info@paiperleck.lu

T 24 25 14

Stéftung Hëllef Doheem

E info@shd.lu

T 40 20 80



Sonderurlaub

Arbeitnehmer haben Anspruch auf zwei Arten von Sonderurlaub: **Sonderurlaub für pflegende Angehörige** und **Sonderurlaub zur Sterbebegleitung**.

Sonderurlaub für pflegende Angehörige

Innerhalb von zwölf Monaten besteht für pflegende Angehörige ein Anspruch auf **fünf Tage** Sonderurlaub, wenn ein Familienmitglied oder eine im selben Haushalt lebende Person aus **medizinischen, ärztlich attestierten Gründen** persönliche Pflege oder Unterstützung benötigt.

Sie müssen Ihren Arbeitgeber am ersten Tag und spätestens am dritten Tag Ihrer Abwesenheit darüber informieren. Sie sind verpflichtet, Ihrem Arbeitgeber ein ärztliches Attest und ein Dokument vorzulegen, das Ihre familiäre Beziehung zu der bedürftigen Person oder die Übereinstimmung Ihrer jeweiligen Wohnorte belegt.

Information und Kontakt

Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Économie sociale et solidaire

Service congés extraordinaires
T 2478-6130

Sonderurlaub zur Sterbebegleitung

Sonderurlaub zur Sterbebegleitung kann von jedem Arbeitnehmer beantragt werden, wenn ein Angehöriger an einer **schweren Erkrankung im Endstadium** leidet. Der Urlaub zur Sterbebegleitung darf höchstens **fünf Werktage** (oder 40 Stunden) pro sterbendem Angehörigen und pro Jahr betragen und endet mit dem Tod des Angehörigen.

Die antragstellende Person muss ihren Arbeitgeber am ersten Tag informieren.

Sie muss außerdem ein Formular zur Beantragung von Sonderurlaub zur Sterbebegleitung ausfüllen, das sie zusammen mit der Bescheinigung für die Gewährung des Sonderurlaubs zur Sterbebegleitung, die vom Arzt der erkrankten Person auszustellen ist, an die CNS sendet.

Die CNS übermittelt der antragstellenden Person als Bewilligung des Sonderurlaubs dann **ein Pflegeheft, das unter anderem einen Belegschein zur „Begründung der Abwesenheit für Sonderurlaub zur Sterbebegleitung“ enthält**, der für den Arbeitgeber bestimmt ist.

Information und Kontakt

CNS - Indemnités pécuniaires
T 27 57 - 1





II. Krebsbedingte Kosten

Modalitäten für eine Kostenübernahme durch die Gesundheitskasse (CNS)

Die Erstattung der Kosten für Leistungen im Gesundheitswesen wird in der Regel nach dem **Kostenerstattungsprinzip** gewährt. Nach diesem Prinzip gehen Sie nach Erhalt der Rechnung in Vorleistung. Die entstandenen Kosten für Gesundheitsleistungen werden je nach Situation (z. B. ambulante Leistungen oder Leistungen, die Sie im Rahmen eines stationären Aufenthaltes erhalten) teilweise oder ganz von der CNS übernommen.

Das **Drittzahlersystem** – *système du tiers payant* sieht für gewisse Leistungen (z. B. Arzneimittelkosten, Krankenhauskosten, Krankengymnastik usw.) die direkte Kostenabrechnung zwischen dem Leistungserbringer und der CNS vor. In diesen Fällen übernehmen Sie nur den Anteil der Kosten (Ihre Selbstbeteiligung), den die CNS nicht übernimmt.

Damit für die Gesundheitsleistungen Anspruch auf eine Kostenerstattung durch die Krankenkasse besteht, müssen diese:

- von Leistungserbringern erbracht werden, die einen Vertrag mit der CNS unterzeichnet haben;
- in der Satzung der CNS vorgesehen sein;

- im Leistungskatalog oder einer Gebührenordnung aufgeführt sein.

Die Kosten für Arztbesuche außerhalb einer stationären Behandlung werden zu 88 % des offiziellen Tarifs übernommen. Die Kosten für Chemotherapie, Immuntherapie, gezielte Therapie und Strahlentherapie werden vollständig übernommen.

Für den Fall, dass Sie Mitglied in einer Zusatzversicherung (z. B. *Caisse Médico Complémentaire Mutualiste* (CMCM) o. a.) sind, können sich weitere Möglichkeiten bei der Kostenerstattung bzw. Kostenübernahme ergeben. Bitte klären Sie dies mit Ihrer jeweiligen Zusatzversicherung ab.

Arzt- und Krankenhauskosten

Sobald Sie von Ihrer Krebserkrankung erfahren, kommen unweigerlich Fragen zu den Kosten, die mit Ihrer Krankheit verbunden sind. In dieser Rubrik finden Sie Antworten auf die am häufigsten gestellten Fragen zu Arzt- und Krankenhauskosten.

Ich bin im Krankenhaus in einem Standardzimmer untergebracht. Welche Kosten kommen auf mich zu?

Ab dem Moment, wo Ihr Aufenthalt im Krankenhaus drei Tage übersteigt, spricht man von einer „stationären Behandlung“. Einen Teil der Unterbringungskosten, 25,50 €/Tag (Stand September 2023), müssen Sie selbst bezahlen. Dies gilt für jeden angebrochenen Krankenhausaufenthaltstag bis zu maximal 30 Tagen pro Kalenderjahr.

In der Regel werden die Behandlungskosten (Arztbesuche, medizinische und pflegerische Maßnahmen etc.) vom Krankenhaus direkt mit der CNS abgerechnet und Sie sind nicht involviert. Falls Sie doch Rechnung(en) im Rahmen Ihrer stationären Behandlung erhalten, gibt es für Sie folgende Möglichkeiten:

- Sie bezahlen die Rechnung(en) und reichen sie zur Rückerstattung (100 %) bei der CNS ein.
- Falls der Rechnungsbetrag mehr als 100 € beträgt können Sie darum bitten, dass der Arzt direkt mit der CNS abrechnet.

Ich bin im Krankenhaus in einem Einzelzimmer untergebracht. Welche Kosten kommen auf mich zu?

In einem Ein-Bettzimmer sind die Kosten für die Unterkunft, die Kosten der ärztlichen Untersuchungen, Behandlungen, oder chirurgischen Eingriffe höher als in einem Standardzimmer. Diese Differenz müssen Sie selbst bezahlen. Falls Sie eine Zusatzversicherung besitzen, klären Sie jeweils ab, welche der zusätzlichen Kosten übernommen werden.

Erkundigen Sie sich, um böse Überraschungen zu vermeiden. Der Zuschlag für ein Einzelzimmer variiert je nach Zimmertyp. Und für medizinische Behandlungen und Dienstleistungen wird ein Aufschlag von 66 % auf den Preis für ein Standardzimmer erhoben.

Ich werde ambulant behandelt. Welche Behandlungskosten kommen auf mich zu?

Bei einer ambulanten Behandlung, d. h. wenn Sie nicht im Krankenhaus übernachten, sondern nur zu Ihren Behandlungsterminen im Krankenhaus sind, bekommen Sie Rechnungen für Arztbesuche und Untersuchungen nach Hause geschickt, die Sie erst selbst bezahlen müssen, bevor Sie eine Kostenrückerstattung von der CNS erhalten.

In der Regel werden die Behandlungen im Rahmen einer Radio- oder Chemotherapie direkt vom Krankenhaus mit der CNS abgerechnet (direkte Leistungsabrechnung – *système du tiers payant*). Falls dies nicht so gehandhabt wird, können Sie Ihren Arzt bitten, die Rechnungen direkt an die CNS zu schicken.



Was kann ich tun, wenn die Rechnung für eine Untersuchung oder eine Behandlung so hoch ist, dass ich sie nicht bezahlen kann?

Wenn Sie eine medizinische Rechnung erhalten, die für Sie eine sehr hohe finanzielle Belastung darstellt, da Sie sich vorübergehend in einer angespannten finanziellen Situation befinden, kann die CNS auf die begründete Anfrage hin, diese Rechnung direkt beim Leistungserbringer begleichen.

Was Sie beachten sollten:

- Es muss sich um Behandlungskosten handeln, die von der Krankenkasse übernommen werden.
- Es muss sich um eine medizinische Rechnung handeln, die einen Betrag von 250€ übersteigt. Sie darf nicht älter als drei Monate sein. Für jede dieser medizinischen Rechnungen muss ein separater Antrag gestellt werden.

Die CNS begleicht beim Leistungserbringer die Höhe der Summe, die sie Ihnen zurückerstattet hätte, wenn Sie selbst in Vorlage getreten wären. Sie erhalten bei dieser außergewöhnlichen Hilfeleistung durch die CNS eine Abrechnung, auf der Sie zum einen den schon überwiesenen Rechnungsbetrag der CNS sowie den noch durch Sie an den Leistungserbringer zu zahlenden Restbetrag (Selbstbeteiligung - *participation statutaire personnelle*) sehen.

Der Betrag, den ich zur Bezahlung der Behandlungskosten vorgestreckt habe, ist sehr hoch. Gibt es eine Möglichkeit, das Geld schneller zurückzubekommen als üblich?

Wenn Sie Ihre medizinischen Rechnungen selbst bezahlt haben, können Sie die Rückerstattung durch die CNS per Scheck nutzen.

Was Sie beachten sollten:

- Das Bezahldatum der medizinischen Rechnungen darf nicht älter als 14 Tage sein.
- Die Rechnungen müssen einzeln oder wenn Sie mehrere in diesem Zeitraum bezahlt haben, eine Summe von mindestens 100€ erreichen.
- Den Scheck, den Sie auf einer der Dienststellen der CNS so erhalten haben, können Sie in jeder *POST*-Filiale gebührenfrei einlösen.

Die Zuzahlungen für medizinische Behandlungen übersteigen meine Zahlungsfähigkeit. Gibt es einen Höchstbetrag der Eigenleistung?

Sofern sich die Zuzahlungen an medizinischen Behandlungen pro Jahr auf mehr als 2,5 % des beitragspflichtigen Jahreseinkommens des Vorjahres belaufen, haben Sie die Möglichkeit, eine **Rückerstattung** des überschrittenen Betrags bei der CNS anzufordern.



Gut zu wissen

- Auf dem letzten Bescheid über die Rückzahlungen Ihrer Krankenkasse sehen Sie die Höhe Ihrer Eigenbeteiligung.
- Beträgt diese mehr als 2,5 % Ihres beitragspflichtigen Jahreseinkommens des Vorjahres, können Sie eine Rückerstattung bei der Krankenkasse anfordern.
- Hier ein konkretes Beispiel:
Wenn im Jahr 2022 Ihr monatliches Brutto 3.000 € beträgt, beträgt Ihr jährliches Brutto 36.000 € (3.000×12). Der Schwellenwert für das Jahr 2023: 2,5 % von 36.000 € = 900 €. Bei einem Jahresbrutto von 36.000 € ist der Schwellenwert erreicht, wenn der kumulierte Betrag über 900 € liegt. Sie können also einen Antrag stellen, wenn Ihre kumulierte Beteiligung während eines Kalenderjahres (1.1. bis 31.12.) 900 € übersteigt. Wenn Sie im Laufe des Jahres 2023 Beteiligungen in Höhe von insgesamt 1.050 € zum Zeitpunkt Ihrer Erklärung gezahlt haben, können Sie eine zusätzliche Erstattung von 150 € beantragen ($1.050 - 900 = 150$ €).

Sie müssen ein Online-Formular für eine komplementäre Rückerstattung ausfüllen, beachten Sie auch, dass es Fristen gibt, die Sie einhalten müssen.

Ich habe generell Schwierigkeiten, die medizinischen Rechnungen zu bezahlen. Was für Möglichkeiten habe ich?

Sie können die direkte Leistungsabrechnung für Menschen mit geringem Einkommen - *tiers payant social* (TPS) beantragen. Bei der Genehmigung des TPS erhalten Sie von dem Sozialamt Ihrer Gemeinde eine Bescheinigung sowie ein Heft mit Etiketten, die Sie zur direkten Abrechnung der CNS mit dem Leistungserbringer nutzen.



Gut zu wissen

Wenden Sie sich an das Sozialamt Ihrer Gemeinde. Hier wird geprüft und entschieden, ob Sie den TPS zugesprochen bekommen.

Die Etiketten, die Sie bei Bewilligung erhalten, geben Sie bei medizinischen Behandlungen dem Arzt, der diese auf seine Honorarabrechnung klebt und direkt an die CNS schickt. Falls Sie medizinische Rechnungen nach Hause erhalten, kleben Sie selbst eine Etikette darauf und senden Sie sie an die CNS.

Wenn Sie finanzielle Schwierigkeiten haben, kann ein Beratungsgespräch im Sozialamt Ihrer Gemeinde hilfreich sein, und es können eventuell weitere Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt werden.



Zuzahlungen zu Hilfsmitteln und Medikamenten

In den Statuten der CNS sind die medizinischen Hilfsmittel sowie der Kostenübernahmeanteil durch die CNS aufgeführt (Liste B1-B7):

Die **Liste B1** enthält "kleine" Medizinprodukte, wie z. B. verschiedene **Spezialverbände, Produkte für Harninkontinenz**, Blutzuckermessgeräte und Zubehör.

In der **Liste B2** sind "größere" Versorgungsmittel zusammengefasst, die nur auf **Mietbasis** (mit Mietvertrag) veräußert werden.

Die **Liste B3** umfasst alle Hörgeräte, Ohrstöpsel und Zubehörteile für **Hörgeräte**.

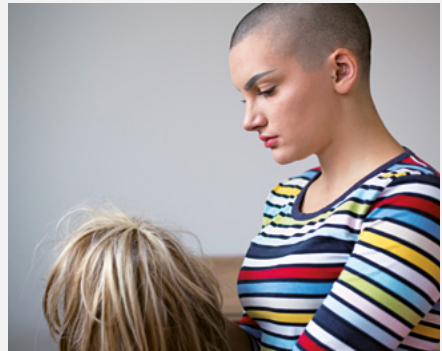
Liste B4 umfasst Medizinprodukte für **laryngektomierte und tracheotomierte Personen** oder **für Personen mit einer anderen Atemwegserkrankung**.

In der **Liste B5** sind Produkte für die **medizinische Ernährung** zusammengefasst.

In **Liste B6** sind die **von der CNS übernommenen Reise- und Transportleistungen** aufgeführt.

Die **Liste B7** enthält die Medizinprodukte, die nur in Krankenhäusern auf ärztliche Verordnung für Behandlungen außerhalb des Krankenhaussektors abgegeben werden dürfen.

Ich brauche eine Perücke. Wird die Perücke von der CNS bezahlt?



Beim Kauf einer Perücke erstattet die Krankenkasse Ihnen einen Höchstbetrag von 350 € (Stand September 2023). Falls Sie eine Zusatzversicherung haben, erkundigen Sie sich nach zusätzlichen Erstattungsmöglichkeiten.

Sie haben jedes Jahr einmal Anspruch auf eine ärztliche Verordnung zum Kauf einer neuen Perücke.

Was Sie beachten sollten

- Sie brauchen eine ärztliche Verordnung.
- Senden Sie eine Kopie dieser Verordnung an die CNS. Sie erhalten dann einen Kostenübernahmeschein – *titre de prise en charge*.
- Zur Kostenrückerstattung reichen Sie das Original der ärztlichen Verordnung, den *titre de prise en charge* sowie die bezahlte Rechnung bei der CNS ein.

Da keine Vorabgenehmigung – *accord préalable* durch den CMSS nötig ist, können Sie zeitgleich mit der Einsendung der Kopie Ihrer ärztlichen Verordnung bei der CNS, Ihre Perücke aussuchen und kaufen. Zur Kostenrückerstattungsverfahren Sie wie oben beschrieben.

Ihre ärztliche Verordnung ist drei Monate gültig – in diesem Zeitraum sollten Sie sie an die CNS geschickt haben. Die Rückerstattung können Sie noch bis zu zwei Jahren einreichen, sofern Sie die ärztliche Verordnung im Zeitraum der Gültigkeit (also bis drei Monate nach Ausstellungsdatum) bei der CNS eingeschickt haben.

Die Fondation Cancer rät Ihnen, die Perücke bereits vor dem Haarausfall auszuwählen. Haarfarbe, Volumen und der Haarschnitt können so besser Ihrer aktuellen Frisur angepasst werden.

Auf Anfrage erhalten Sie eine Liste mit den Verkaufsstellen für Perücken bei der Fondation Cancer.

Kontakt

Fondation Cancer

T 45 30 33 1

E patients@cancer.lu

CNS Service autorisations - médicaments

T 2757-4599 - F 407850

E cns@secu.lu

Ich brauche eine Brustprothese. Wird diese von der CNS bezahlt?

Nach einer Brustoperation haben Sie die Möglichkeit, eine externe Brustprothese zu erhalten:

- Provisorische Schaumstoffprothesen (für die Zeit direkt nach der Operation);
- Externe Brustprothesen aus Silikon;
- Selbsthaftende externe Brustprothesen aus Silikon.

Was Sie beachten sollten:

- Sie brauchen eine ärztliche Verordnung für alle vorgenannten Arten der externen Brustprothesen zur Kostenübernahme durch die CNS;
- Die CNS erstattet folgende Kosten (Stand 2023)
 - » Provisorische Schaumstoffprothesen 20€ (einzeln)/40€ (Paar)
 - » Externe Brustprothesen aus Silikon 205,75€ (einzeln)/411,50€ (Paar)
 - » Selbsthaftende externe Brustprothesen aus Silikon 252,85€ (einzeln)/505,70€ (Paar);
- Wenn Sie eine zusätzliche Krankenversicherung abgeschlossen haben, erkundigen Sie sich bei Ihrer Versicherungsgesellschaft nach deren möglicher finanzieller Beteiligung.

Jedes Jahr haben Sie Anspruch auf eine neue Prothese – hierfür brauchen Sie keine neue ärztliche Verordnung.

Es könnte für Sie hilfreich sein, in Ihrem behandelnden Krankenhaus ein Beratungsgespräch mit einer *Breast Care Nurse* (Pflegekraft mit einer Zusatzausbildung zur Betreuung von brustkrebserkrankten Patienten) zu machen. Fragen Sie vor Ort nach, ob die Möglichkeit dazu besteht.

Viele Geschäfte verkaufen auch spezielle Büstenhalter und Badeanzüge. Das Angebot ist sehr vielfältig. Die Kosten für Wäscheartikel werden jedoch nicht von der CNS rückerstattet.

Wo bekommt man Brustprothesen?

Auf Anfrage erhalten Sie eine Liste mit den Verkaufsstellen für Brustprothesen bei der Fondation Cancer.

Kontakt

Fondation Cancer

T 45 30 33 1

E patients@cancer.lu

CNS Service autorisations - médicaments

T 2757-4599

E cns@secu.lu

Strickbrüste (*Knockers*)

Strickbrüste dienen als Alternative für Frauen nach einer Mastektomie, wenn Patientinnen die medizinischen Silikonprothesen nicht vertragen. Diese Brustprothesen werden aus Baumwolle in der natürlichen Körbchengröße gestrickt und mit Füllwatte ausgestopft. Die Strickbrüste werden kostenlos vom Strickbrustteam **Knitted Knockers** zur Verfügung gestellt.

Ich brauche zu Hause Pflegehilfsmittel wie z. B. Material zur Stomaversorgung, Inkontinenzmaterial. Wird dieses Material von der CNS bezahlt?

In den Statuten der CNS sind die medizinischen Hilfsmittel sowie der Kostenübernahmeanteil durch die CNS aufgeführt:

- Die Liste B1 enthält "kleine" Medizinprodukte, wie z. B. verschiedene Spezialverbände, Produkte für Harninkontinenz, Blutzuckermessgeräte und Zubehör.

Was Sie beachten sollten

- Sie brauchen eine ärztliche Verordnung.
- Damit die Kostenübernahmebeteiligung durch die CNS gewährleistet ist, sollte Ihr Arzt nur die auf der Liste aufgeführten Artikel (Produkte/Herstellermarken) verschreiben.

Kontakt

CNS – Service Genehmigungen – Medikamente (*Service autorisations – médicaments*)

T 27 57-45 99

F 40 78 50

E cns@secu.lu



Ich werde zu Hause über eine Sonde ernährt. Muss ich dies selbst bezahlen?

Im Falle einer vollständigen Ernährung über eine Sonde (enterale Ernährung) bei Ihnen zu Hause wird diese bis zu einem Höchstbetrag von 768,75 € (Stand März 2023) pro Semester von der CNS übernommen, wenn sie im Rahmen einer Krebserkrankung im Hals-Nasen-Ohren-Bereich oder im Bereich der oberen Verdauungsorgane verschrieben wird.

In der Akte B5 sind Produkte für die medizinische Ernährung zusammengefasst.

Was Sie beachten sollten

- Die Kostenübernahme/-beteiligung durch die CNS setzt eine Vorabgenehmigung durch den CMSS voraus.
- Ihr Arzt reicht einen medizinischen Bericht betreffend Ihrer Erkrankung zur Beurteilung und Genehmigung beim CMSS ein. Im Falle der Genehmigung erhalten Sie eine schriftliche Zusage.
- Warten Sie diese ab, bevor Sie die Produkte kaufen.
- Von Ihrem Arzt erhalten Sie eine ärztliche Verordnung (über eine Dauer von höchstens sechs Monaten).

Zur Kostenrückerstattung reichen Sie die bezahlten Rechnungen sowie die dazugehörige ärztliche Verordnung bei der CNS ein.

Kontakt

CNS Service autorisations – médicaments

T 27 57-45 99

F 40 78 50

E cns@secu.lu

Ich brauche einen Rollstuhl, eine Anti-Dekubitus-Matratze oder andere Pflegegeräte. Wo erhalte ich diese und wer übernimmt die Kosten?



Pflegegeräte wie medizinische Betten, Rollstühle und Anti-Dekubitus-Matratzen können Sie beim *Service Moyens Accessoires* (SMA) ohne Eigenkosten ausleihen. Die Leihgebühr wird zunächst von der CNS übernommen.

Sollten die verschiedenen Hilfsmittel nach sechs Monaten immer noch benötigt werden, muss eine Verlängerung für ihre Benutzung mit einer neuen ärztlichen Verordnung bei der CNS angefragt werden.

Sie brauchen eine ärztliche Verordnung. Mit Ihrer ärztlichen Verordnung wenden Sie sich an:

Dienstleister für Hilfsmittel - Service Moyens Accessoires

T 40 57 33 1

F 40 95 17

Msg 621 340 257

Wenn nach sechs Monaten immer noch eines dieser technischen Hilfsmittel benötigt wird, muss ein Antrag auf Verlängerung zusammen mit einer neuen ärztlichen Verordnung an die CNS gerichtet werden.

Sollte der behandelnde Arzt feststellen, dass eine dauernde Notwendigkeit für die Benutzung eines Hilfsmittels besteht, dann sollten Sie das zum Antrag notwendige Formular bei der Pflegeversicherung anfordern (vgl. [Praktische Hilfe und Pflege zu Hause](#)). Sofern die Hilfsmittel im Rahmen der Pflegeversicherung gewährt werden, wird die Leihgebühr von der Pflegeversicherung übernommen.

Um eine Kostenübernahme der Hilfsmittel sicherzustellen, wird dringend davon abgeraten, Geräte auf eigene Kosten anzuschaffen, da diese meistens nicht zurückerstattet werden.

Kontakt

CNS Service Genehmigungen - Behandlungen und Zubehör (*Service autorisations – traitements et fournitures*)

T 27 57-1

F 26 48 28 71

E cns@secu.lu

Der Arzt verschreibt mir Medikamente. Was muss ich wissen?

Die CNS übernimmt bei verschreibungspflichtigen Medikamenten die Kosten zu 40 % bis 80 %.

Sie reichen Ihre ärztliche Verordnung in den Apotheken ein, und es wird das Prinzip der direkten Kostenübernahme/direkten Leistungsabrechnung angewendet. Ihren Anteil (20 % bis 60 %) bezahlen Sie direkt beim Erhalt der Medikamente.

In den Statuten der CNS können Sie die Positivliste der Medikamente einsehen ([Liste der Medikamente, die von der CNS übernommen werden](#)).

In einigen Ausnahmefällen übernimmt die CNS mit vorheriger Genehmigung des CMSS die Kosten für Medikamente zu 100 %. Dies gilt z. B. für:

- Bisphosphonate (Medikamente, die den Knochenabbau bremsen) bei onkologischen Indikationen;
- Morphine und deren Derivate, bei onkologischen Indikationen;
- Analgetika, die Patienten in der Palliativmedizin verschrieben werden, gemäß Artikel 1 des Gesetzes vom 16. März 2009 bezüglich Palliativpflege, Patientenverfügung und Begleitung zum Lebensende.

Kontakt

CNS – Service Genehmigungen – Medikamente (*Service autorisations – médicaments*)

T 27 57-45 99

F 40 78 50

E cns@secu.lu



Transportkosten zu onkologischen Abteilungen

Wenn Sie mehrfach (regelmäßig) zu einer Behandlung ins Krankenhaus oder zu einem spezialisierten Zentrum müssen, spricht man von *thérapie en série*. Bei der Chemo- oder Strahlentherapie kann die CNS Serientransporte übernehmen,

- mit dem Taxi (Luxemburg und Ausland)
- mit dem Krankenwagen (Luxemburg und Ausland)
- mit dem eigenen Auto (Luxemburg und Ausland)

abhängig von Ihrem Gesundheitszustand.

Dies gilt auch, wenn Sie das Nationale Zentrum für funktionale Rehabilitation und Wiedereingliederung (*Centre National de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation*, RehaZen-

ter), mindestens zu vier Behandlungssitzungen innerhalb von 90 Tagen besuchen.

Behandlung in Luxemburg

Wenn Sie mit dem eigenen Auto fahren

Wenn Sie mit dem eigenen Auto fahren, können Sie eine Entschädigung der Fahrkosten bei der CNS beantragen (0,20 €/Kilometer, kürzeste Strecke zwischen Ihrem Wohnsitz und dem Krankenhaus, Stand 2023).

Sie müssen ein Formular ausfüllen und es zusammen mit einer von Ihrem Arzt ausgefüllten Anwesenheitsbescheinigung mit den Behandlungsdaten an die CNS schicken.

Wenn Sie mit dem Taxi (im luxemburgischen Sprachgebrauch auch Taxi-Ambulance) fahren

Wenn Sie mit dem Taxi (im luxemburgischen Sprachgebrauch auch Taxi-Ambulance) fahren, müssen Sie Folgendes beachten:



- Bitten Sie Ihren behandelnden Arzt, die nötigen Formulare auszufüllen 'Antrag auf Übernahme der Kosten für einen Serientransport durch die Krankenversicherung' und im Rahmen einer Chemo- oder Strahlentherapie an die CNS zu senden. Serientransporte mit dem Taxi zum Nationalen Zentrum für funktionale Rehabilitation und Wiedereingliederung (Rehazenter) werden nur für maximal 20 Behandlungstage übernommen.
- Warten Sie, bis Sie von der CNS die Genehmigung mit dem Namen *titre de prise en charge* erhalten haben. Sie benötigen diese Genehmigung vor Ihrer ersten Reise.
- Sie müssen mit einem von der CNS anerkannten Taxiunternehmen fahren. Die aktuelle Liste dieser anerkannten Taxiunternehmen erhalten Sie mit dem Genehmigungsschreiben. Wählen Sie das Taxiunternehmen, dessen Sitz am nächsten an Ihrem Wohnsitz ist. Nur die Kosten für die kürzeste Fahrt von Ihrem Wohnsitz zum Behandlungsort werden zurückerstattet. Versichern Sie sich, zu welchem Tarif das Taxiunternehmen fährt. Die CNS erstattet nur den festgelegten Tarif (s. o.). Dadurch können Sie vermeiden, dass zusätzliche Kosten für Sie entstehen. Besprechen Sie mit dem Taxiunternehmen, ob Sie die Fahrtkosten direkt begleichen und zur Rückerstattung bei der CNS einsenden oder ob Sie die Genehmigung dem Taxiunternehmen geben, und dieses rechnet dann direkt mit der CNS ab.

- Die CNS erstattet Ihnen:
 - » ein Minimum von 6,56 €/pro Fahrt (bei Kurzstrecken von z. B. 3 km o. ä.)
 - » 1,64 €/Kilometer für eine Einzelfahrt
 - » 0,82 €/Kilometer bei Hin- und Rückfahrt
 bei kürzester Strecke zwischen Ihrem Wohnsitz und dem Krankenhaus (Stand 2023).

Wenn Sie mit dem Krankenwagen (im luxemburgischen Sprachgebrauch auch Ambulance) fahren

Wenn Sie mit dem Krankenwagen (im luxemburgischen Sprachgebrauch auch Ambulance) fahren, sind die Bedingungen der Kostenübernahme und die Formalitäten praktisch dieselben wie bei Fahrten mit dem Ambulanztaxi, außer:

- Die Fahrten in einem Krankenwagen werden nur rückerstattet, wenn eine liegende oder immobilisierte Position notwendig ist. Der Arzt muss dies auf der Anfrage bescheinigen.
- Die CNS erstattet 1,29 €/Kilometer (Hin- und Rückfahrt) und in jedem Fall ein Minimum von 39,07 € (z. B. bei kürzeren Strecken, Stand 2023).
- Der Transportunternehmer kann Tarife berechnen, die über die Beteiligung der CNS hinausgehen. Es bleiben also Kosten, die Sie selbst tragen müssen.

Kontakt

Krankenkasse - CNS

T 27 57-1

F 27 57-27 58

E cns@secu.lu

Behandlung im Ausland

Die Übernahme der Transportkosten zu medizinischen Gesundheitsleistungen im Ausland muss vorab beantragt und vom CMSS genehmigt werden.

Die Transportkosten werden bis zu einer maximalen Entfernung von 400 km (einfache Fahrt) übernommen. In Ausnahmefällen können bis zu 600 km (einfache Fahrt) übernommen werden.

Was Sie beachten sollten:

- Ihr Facharzt muss auf der Rückseite des Überweisungsantrages (S2) den Transport zusätzlich beantragen. Er hat die Möglichkeit, das jeweilige Transportmittel (z. B. Ambulanz, Taxi-Ambulanz, Lufttransport) zu begründen und anzukreuzen. Der Antrag wird zur Genehmigung an den CMSS geschickt.
- Falls Sie nicht am gleichen Tag wieder von der Auslandsbehandlung nach Luxemburg zurückfahren, müssen die Anträge separat für die Hin- und Rückfahrt gestellt werden. Wenn Sie z. B. an einem Tag zu einer ambulanten Chemotherapie hin und wieder zurückfahren, ist dies nicht nötig.

- Falls Sie die Fahrten selbst mit dem privaten Auto durchführen, sich von jemandem im privaten Auto fahren lassen oder die öffentlichen Verkehrsmittel benutzen und Ihre medizinischen Gesundheitsleistungen vom CMSS genehmigt wurden (Vorliegen des S2), können Sie für Ihre Unkosten – *frais de route* bei der CNS einen Rückerstattungsantrag stellen. Sie müssen sich die Präsenz bei dem Gesundheitsdienstleister im Ausland bescheinigen lassen. Diese senden Sie mit der Bitte um *remboursement des frais de route dans le cadre S2* an die CNS.
- Falls es sich bei der medizinischen Gesundheitsleistung im Ausland um einen einmaligen Arztbesuch (z. B. zur Diagnostik oder Kontrolle) handelt, erstattet die CNS nur einen Transport in liegender Position („Liegend Transport“) mit einem Krankenwagen. Der S2 muss nicht beantragt werden. Es genügt, dass ihr überweisender Arzt eine medizinische Verordnung – *ordonnance médicale* hierfür ausstellt.

Kontakt

**CNS – Service Überweisung ins Ausland -
Service Transfert à l'étranger**

T 2757 - 4300

E tae.cns@secu.lu



Steuerliche Aspekte

Sobald Sie von Ihrer Krebserkrankung erfahren, stellen sich unweigerlich Fragen zu den Kosten Ihrer Krankheit und zu steuerlichen Aspekten. In diesem Abschnitt finden Sie Antworten auf die am häufigsten gestellten Fragen.

Kann ich Kosten, die im Zusammenhang mit meiner Krankheit entstehen, steuerlich absetzen?

Kosten, die aufgrund Ihrer Krankheit entstehen und nicht zurückerstattet werden (Eigenleistungen, wie auf dem letzten Bescheid Ihrer Krankenkasse vermerkt, Eigenleistungen für Krankenhausaufenthalt), sowie Kosten für benötigte Haushaltshilfe oder die Betreuung Ihrer Kinder, gelten als außergewöhnliche Belastungen. Diese außergewöhnlichen Belastungen sind steuerlich absetzbar.

Wie profitiere ich von den steuerlichen Vorteilen?

Bei Ihrer Steuererklärung können Sie diese Ausgaben im Abschnitt „Außergewöhnliche Belastungen“ angeben.

- Durch Angabe der außergewöhnlichen Belastungen können Sie einen Abschlag vom steuerpflichtigen Einkommen erhalten. Der Abschlag wird auf Grundlage Ihrer finanziellen und familiären Situation (Einkommen, Anzahl der Kinder, für die Sie Kindergeld erhalten) berechnet.
- Sie können aber auch einen Pauschalabschlag beantragen. Dieser kann nur bei Kosten für benötigte Haushaltshilfe, Pflege bei Pflegebedürftigkeit oder die Betreuung Ihrer Kinder beantragt werden. Voraussetzung:

Die Haushaltshilfe muss sozialversichert sein oder für ein vom Staat anerkanntes Dienstleistungsgewerbe arbeiten.

Beantragen Sie beide Abschläge, wird Ihnen das Finanzamt den für Sie am günstigsten gewähren. Sie erhalten nicht zwei Abschläge.

Invalidität und Steuern – was ist für mich wichtig zu wissen?

Sie können von drei Steuervorteilen profitieren:

- Wenn Sie Arbeitnehmer sind und Ihre Arbeitsunfähigkeit mindestens 25 % beträgt, wird der Betrag, den Sie für Beschaffungskosten (*frais d'obtention*) abziehen können, erhöht.

Was Sie beachten sollten: Sie brauchen ein ärztliches Attest, das den Grad Ihrer Invalidität bescheinigt. Dieses fügen Sie Ihrer Steuererklärung bei.

- Sie erhalten (unabhängig davon ob Sie Arbeitnehmer sind oder nicht) einen Pauschalabschlag für außergewöhnliche Belastungen. Der Abschlag ist abhängig vom Grad der festgestellten Arbeitsunfähigkeit. Sie können aber auch einen Abschlag für außergewöhnliche Belastungen beantragen, der Ihre tatsächlichen Kosten berücksichtigt. Dieser ersetzt dann den Pauschalabschlag und wird Ihnen entsprechend Ihrer familiären und finanziellen Situation gewährt.

Was Sie beachten sollten: Sie brauchen ein ärztliches Attest, das den Grad und die Art Ihrer Invalidität bescheinigt. Dieses fügen Sie Ihrer Steuererklärung bei.

- Wenn Sie Inhaber der Invalidenkarten B oder C sind, können Sie eine vollständige Befreiung von der Kraftfahrzeugsteuer erhalten.

Was Sie beachten sollten: Sie müssen unter Verwendung des hierfür vorgesehenen Formulars (s. u.) bei der Zoll- und Verbrauchsteuerverwaltung – (Abteilung Kraftfahrzeugsteuer) einen Antrag stellen und eine Kopie des Behindertenausweises beifügen.

Steuerverwaltung

Zoll- und Verbrauchsteuerverwaltung (Direktion)

T 28 18 28 18 (Zentrale)

T 27 48 84 88 (jährliche Kraftfahrzeugsteuer)

E douanes@do.etat.lu

Finanzielle Hilfen

Die Fondation Cancer kann Antragstellern, die sich aufgrund ihrer Erkrankung in einer schwierigen Lage befinden und bestimmte Kriterien erfüllen, finanzielle Unterstützung gewähren. Zögern Sie nicht, sich an uns zu wenden, um in einem vertraulichen Gespräch die Möglichkeiten einer finanziellen Unterstützung zu erörtern.

Kontakt

Fondation Cancer

T 45 30 33 1

E fondation@cancer.lu



III. Krebs und Berufstätigkeit

Wenn Sie an Krebs erkrankt und arbeitsunfähig sind, haben Sie vermutlich viele Fragen. Muss ich meinen Arbeitgeber über meine Krebserkrankung informieren? Welche möglichen Auswirkungen hat die Zeit der Arbeitsunfähigkeit/meine Krebserkrankung auf meine Beschäftigung? Darf ich während meiner Krankmeldung ins Ausland verreisen? Wir möchten Ihnen an dieser Stelle alle Informationen zur Verfügung stellen, die Sie benötigen, um die schwierige Situation, in der Sie sich befinden, zu bewältigen. Es ist wichtig, dass Sie Ihre Rechte kennen und wissen, welche Maßnahmen Sie treffen sollten.

Krankmeldung

Was muss ich beachten, wenn ich krankgeschrieben werde und nicht arbeiten kann?

Sie sind bei der CNS versichert

Vom ersten Tag Ihrer Abwesenheit an sind Sie verpflichtet, Ihren Arbeitgeber über Ihre Arbeitsunfähigkeit zu informieren, unabhängig von der Dauer Ihrer Krankheit. Sie müssen eine ärztliche Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit spätestens bis zum Ablauf des dritten Werktages bei der Krankenkasse und dem Arbeitgeber abgeben. Schicken Sie deshalb Ihre Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung rechtzeitig ab!

Wenn Sie plötzlich ins Krankenhaus müssen, haben Sie acht Tage Zeit, um Ihrem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zukommen zu lassen.

Das Formular der Arbeitsunfähigkeit, das Sie vom Arzt erhalten, besteht aus drei Teilen. Der erste Teil ist an die Krankenkasse zu schicken, der zweite Teil ist für den Arbeitgeber bestimmt. Auf dem Teil für den Arbeitgeber steht nicht, um welche Krankheit es sich handelt (ärztliche Schweigepflicht). Der dritte Teil des Formulars ist für Sie persönlich bestimmt.

Sie sind selbstständig tätig

Sie müssen die erste Seite des ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsformulars vor Ablauf des dritten Tages der Arbeitsunfähigkeit an die CNS senden. Wenn Sie ebenfalls bei der *Mutualité des Employeurs* versichert sind, haben Sie die Möglichkeit, während der Arbeitsunfähigkeit eine finanzielle Entschädigung zu erhalten.

Mutualität der Arbeitgeber - (MDE)

L-2975 Luxembourg

T 40 141-1

F 27 57 43 43

E über [Kontaktformular](#) auf Homepage

Sie sind bei einer der Krankenkassen des öffentlichen Sektors (CMFEP, CMFEC, EM-CFL) versichert

Am ersten Tag Ihrer Abwesenheit müssen Sie Ihren Vorgesetzten darüber informieren, dass Sie krank sind.

Ab dem vierten Tag Ihrer Abwesenheit muss Ihrem Vorgesetzten eine offizielle Krankmeldung vom Arzt vorliegen.

Erkundigen Sie sich über die weiteren für Sie **gültigen Vorschriften und Regelungen zu dem Thema „Krankheit und Beruf“** bei Ihrer Krankenkasse.

Muss ich meinen Arbeitgeber über meine Krebserkrankung informieren?

Ihr Arbeitgeber muss darüber informiert werden, dass Sie aufgrund einer Erkrankung der Arbeit fernbleiben. Sie müssen die Krankschreibung fristgerecht in Ihrer Firma und bei der Krankenkasse einreichen, aber Sie müssen Ihrem Vorgesetzten prinzipiell nicht sagen, dass Sie an Krebs erkrankt sind. Auch ärztliche Befunde müssen nicht vorgelegt werden.

Wenn es jedoch absehbar ist, dass Sie in der Firma krankheitsbedingt länger fehlen werden, sollten Sie idealerweise mit Ihrem Arbeitgeber und/oder Ihrem Vorgesetzten darüber sprechen. Bedenken Sie, dass Ihr Vorgesetzter rechtzeitig planen muss und eventuell Ihre Aufgaben umverteilen oder sogar kurzzeitigen Ersatz für Sie einstellen muss.

Ob Sie überhaupt über Ihre Krebserkrankung mit Ihren Kollegen und Ihrem Vorgesetzten offen sprechen möchten, hängt von verschiedenen Faktoren ab: Wie gut ist Ihr Vertrauensverhältnis zu den Arbeitskollegen und Ihrem Chef? Haben Sie schon in Ihrer Firma einen ähnlichen Fall von Krebs bei einem Kollegen miterlebt? Und wie fühlen Sie sich gerade? Sind Sie wirklich in der Lage, über Ihre Krankheit zu sprechen, oder sind Sie noch von der Diagnose geschockt?

Auf Anfrage stellt die Fondation Cancer Ihnen einen [Leitfaden für Mitarbeiter](#) zur Verfügung.

Kann ich während meiner Krankschreibung bzw. wegen meiner Krebserkrankung gekündigt werden?

Wenn Sie Ihrer Informationspflicht gegenüber Ihrem Arbeitgeber (Inkenntnissetzung am ersten Tag und Übermittlung der Bescheinigung spätestens am dritten Tag bzw. innerhalb von acht Tagen im Falle eines Krankenhausaufenthalts) nachgekommen sind, sind Sie während der Dauer Ihrer Arbeitsunfähigkeit gegen Kündigung geschützt, dies innerhalb einer Grenze von 26 Wochen ab dem Tag des Beginns der Arbeitsunfähigkeit.

Nach dieser Zeitspanne kann Ihr Arbeitgeber Ihnen unter der Berücksichtigung der gesetzlichen Fristen kündigen. Allerdings benötigt Ihr Arbeitgeber einen ernsthaften Kündigungsgrund.

Die fristlose oder mit Frist ausgesprochene Kündigung durch den Arbeitgeber im Rahmen der Schutzfrist ist rechtswidrig.

Bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einer ununterbrochenen Abwesenheit von mehr als

sechs Wochen infolge einer Krankheit oder eines Unfalls muss der Arbeitgeber den für sein Unternehmen zuständigen Arbeitsmediziner informieren. Der Arbeitsmediziner entscheidet dann, ob eine medizinische Untersuchung notwendig ist, um zu beurteilen, ob die betroffene Person wieder in der Lage ist, an ihren alten Arbeitsplatz zurückzukehren, oder ob eine Anpassung des Arbeitsplatzes oder eine Wiedereingliederung in Betracht gezogen werden muss.



Gut zu wissen

Falls Sie nach der Schutzfrist durch eine Kündigung Ihren Arbeitsvertrag verlieren, können Sie sich an den CMSS wenden, um die Möglichkeit einer außerbetrieblichen beruflichen Wiedereingliederung – *reclassement professionnel externe* (vgl. in diesem Abschnitt „Wie gestaltet sich die Rückkehr an meinen Arbeitsplatz?“) – zu besprechen und gegebenenfalls einzuleiten.

Was muss ich in puncto Ausgehzeiten während meiner Krankmeldung beachten?

Wenn Sie krankgemeldet sind, **dürfen Sie in den ersten fünf Tagen das Haus nicht verlassen (auch wenn etwas anderes auf Ihrer Krankmeldung steht)**, außer natürlich für Arztbesuche oder medizinische Behandlungen.

Zum Essen können Sie in ein Restaurant gehen, sofern Sie die CNS vorab telefonisch, per Fax oder Mail informiert haben.

Ist Ihnen der Ausgang auf Ihrer Krankmeldung gestattet, dürfen Sie nach dem fünften Tag nur

zwischen 10–12 Uhr und 14–18 Uhr aus dem Haus gehen.

- Sie dürfen weder ein Café noch ein Restaurant besuchen, außer zur Einnahme einer Mahlzeit.
- Sie dürfen nicht aktiv an sportlichen Wettkämpfen teilnehmen und auch sonst keine Aktivitäten durchführen, die mit Ihrem Gesundheitszustand nicht vereinbar sind.



Gut zu wissen

Ab dem 43. Tag Ihrer Krankmeldung können Sie auf Anfrage eine Verlängerung der Ausgehzeiten (z. B. für einen Theaterbesuch, einen Kinobesuch o. ä.) ohne ärztliche Begründung erhalten. Sie senden Ihre Anfrage per Fax oder Mail an die CNS und bekommen in der Regel zeitnah eine Rückmeldung.

Kontakt

CNS - Administrative Kontrolle und Erfassung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (*Service Enquêtes et contrôles administratifs*)

T 27 57 43 31/32/34

E controle_adm.cns@secu.lu



Wann darf ich während meiner Krankmeldung ins Ausland verreisen?

Nach Vorabgenehmigung durch den CMSS kann im Rahmen einer schwerwiegenden Erkrankung (z. B. Krebs) ein zeitlich festgelegter Aufenthalt im Ausland gewährt werden. Dies gilt auch, wenn Sie Anspruch auf Palliativpflege haben.

- Sie reichen Ihre Anfrage (Ort, Dauer) zusammen mit einem Befürwortungsschreiben Ihres behandelnden Arztes bei der CNS ein.
- Sobald der CMSS die Anfrage bewilligt hat, erhalten Sie diese von der CNS nach Hause.

Kontakt

CNS

T 27 57-1

F 27 57-27 58

E cns@secu.lu

Wie verhält es sich mit Lohnfortzahlung und Krankengeld?

Sie erhalten von Ihrem Arbeitgeber eine Lohnfortzahlung bis zum Ende des Kalendermonats, in dem der 77. Tag der Arbeitsunfähigkeit liegt. Die Tage der Arbeitsunfähigkeit in den letzten 18 Monaten werden zusammengezählt und der Arbeitgeber zahlt bis zum Ende des Monats, in dem der 77. Tag der Arbeitsunfähigkeit liegt.

Danach übernimmt die CNS in Form von Zahlung eines Krankengeldes. Der Zeitpunkt der Übernahme durch die CNS hängt davon ab, ob Sie am Stück krankgeschrieben sind oder nicht. Bei einer zusammenhängenden Krankschreibung zum Beispiel übernimmt die CNS nach circa drei Monaten.

Wie lange wird bezahlt?

Sie haben Anrecht auf diese finanzielle Unterstützung bei Krankmeldung (Lohnfortzahlung/ Krankengeld) für 78 Wochen, in einem Referenzzeitraum von 104 Wochen.

Mit jeder Krankmeldung berechnet die CNS die Gesamtsumme Ihrer Krankheitstage rückblickend für einen Zeitraum von zwei Jahren.

Es besteht kein Anspruch auf finanzielle Unterstützung mehr, wenn die Gesamtdauer der Arbeitsunfähigkeit 78 Wochen überschreitet. Wenn sich die Dauer Ihrer Arbeitsunfähigkeit der Grenze von 78 Wochen nähert und Sie weiterhin krank sind, übermittelt die CNS Ihnen eine theoretische Berechnung des Datums, an dem Ihr Anspruch auf Krankengeld erlischt.

Die Höhe des Krankengeldes entspricht in etwa der Höhe Ihres Grundlohns.





Gut zu wissen

Arbeiten Sie zwischen zwei Krankmeldungen, werden die Wochen der Krankmeldung zusammengezählt! Die 78-Wochen-Regelung wird fortlaufend gerechnet und endet nicht mit einem Kalenderjahr.

- Bei der Berechnung Ihrer Krankmeldungen werden alle Krankmeldungen (egal ob Sie wegen eines grippalen Infektes, eines Beinbruchs oder einer Krebserkrankung krank waren) zusammengerechnet.
- Werden die 78 Wochen (innerhalb der 104 Wochen) krankheitsbedingt – sei es am Stück oder in der Summe – überschritten, erhalten Sie kein Krankengeld mehr und müssen auf andere soziale Sicherungssysteme zurückgreifen.
- Ihr Arbeitsvertrag endet automatisch. Idealerweise sind die entsprechenden Maßnahmen zur Orientierung zu dem für Sie passenden sozialen Sicherungssystem schon vor Ablauf der 78 Wochen eingeleitet.

Wird der Kontrollärztliche Dienst der Sozialversicherung – CMSS (*Contrôle médical de la sécurité sociale*) – mich zu einer ärztlichen Untersuchung auffordern?

Wenn Sie längerfristig krankgeschrieben sind, werden Sie in der Regel vom CMSS zu einer ärztlichen Kontrolluntersuchung eingeladen (nach ca. sechs bis zehn Wochen).



Gut zu wissen

Es kann hilfreich sein, wenn Sie zu diesem Termin einen detaillierten Bericht Ihres behandelnden Arztes mitbringen.



78-Wochen-Regelung

Was sollte ich zur 78-Wochen-Regelung wissen?

Die Referenzperiode von 104 Wochen (zwei Jahren) kann man sich als eine Art Zeitfenster vorstellen. Mit jeder Krankmeldung, die die CNS erhält, schaut sie für den Betroffenen durch sein jeweiliges „Fenster“ und zählt die Krankentage, die in die zurückliegenden 104 Wochen fallen, für ihn zusammen. Dabei werden alle Krankmeldungen des Betroffenen – egal mit welcher Erkrankung (grippaler Infekt, Knochenbruch

oder Karzinom etc.) – zusammengezählt! Aus der Zahl der Krankentage, die sich hier ergibt, kann der Einzelne vorab ungefähr die Differenz und die Zeit bis zum Erreichen der 78 Wochen selbst ermitteln.

Auf der monatlichen Mitteilung über den Bezug des Krankengeldes steht unten ein Hinweis zu den verbleibenden Tagen bis zum Erreichen von 78 Wochen Krankmeldung.



Grundprinzip und Fallbeispiele zum besseren Verständnis

Bei Einreichung einer Krankmeldung am 9. Februar 2022 liegt die Krankmeldung von Juli bis August 2020 innerhalb des Zeitfensters von 104 Wochen.

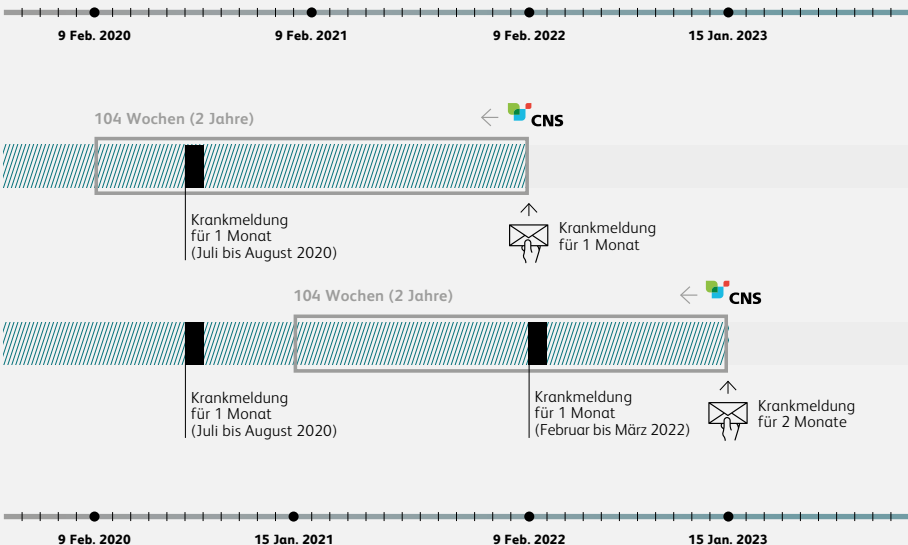
Betrachtet man das Zeitfenster bei Einreichen einer weiteren Krankmeldung am 15. Januar 2023, liegt die Krankmeldung von Juli bis August 2020 außerhalb der Berechnungsperiode.

N. B.: Alle Schaubilder und Berechnungen veranschaulichen das Grundprinzip. Es soll nicht die komplexen Rechnungsmodelle von Einzelsituationen der CNS im Detail darstellen.

/// Arbeitstage

■ Krankmeldung

□ Zeitfenster/Referenzperiode (104 Wochen)



Sie haben sich vor Ihrer Krebsdiagnose 2022 in den letzten zwei Jahren zuvor nie krankgemeldet. Anfang Februar reichen Sie einen Krankenschein für vier Monate ein. Sie werden mehrere Krankmeldungen hintereinander und am Stück haben und quasi innerhalb von 1,5 Jahren das Ende der 78 Wochen erreichen.

Das Diagramm zeigt die Krankmeldung bei COVID-19 über einen Zeitraum von 104 Wochen (2 Jahre). Es gibt vier Szenarien:

- Szenario 1:** Krankmeldung für 4 Monate (bis 11. Okt. 2020).
- Szenario 2:** Krankmeldung für 4 Monate (bis 11. Okt. 2020).
- Szenario 3:** Krankmeldung für 8 Monate (bis 11. Okt. 2020).
- Szenario 4:** Krankmeldung für 18 Monate (bis 11. Okt. 2020).

Die Krankmeldung wird durch ein Icon eines Briefumschlages mit einem Pfeil dargestellt. Die Krankmeldung für 18 Monate ist mit einem Warnsymbol (Dreieck mit Ausrufezeichen) markiert.

Falls die Krankmeldungen ab 9. August 2023 fortlaufen, werden die 78 Wochen überschritten.



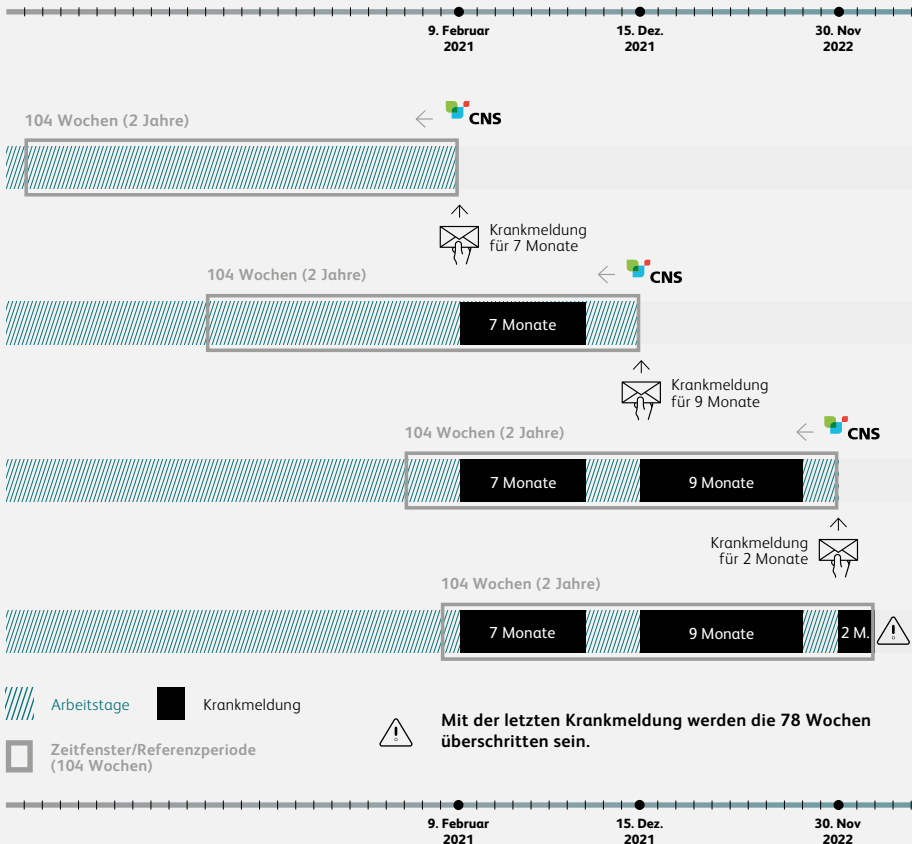
Fallbeispiel Patient 2

Sie hatten in den zwei Jahren vor Ihrer Krebserkrankung ebenfalls keine krankheitsbedingten Fehltage. Dann folgt die erste Krankschreibung Anfang Februar 2021 für eine Dauer von sieben Monaten. Danach gehen Sie wieder arbeiten und werden jedoch im Verlauf weitere Krank-

meldungen einreichen. Sie erreichen innerhalb von zwei Jahren das Ende der 78 Wochen.

Mit der letzten Krankmeldung werden die 78 Wochen überschritten sein.

Wenn die Dauer Ihrer Arbeitsunfähigkeit sich der Grenze von 78 Wochen nähert und Sie



weiterhin krank sind, übermittelt die CNS Ihnen eine theoretische Berechnung des Datums, an dem Ihr Anspruch auf Krankengeld erlischt. Manche Patienten haben außerdem bereits vor

der Krebsdiagnose krankheitsbedingte Fehltage vorzuweisen: Diese Tage müssen je nach persönlicher Situation und Zeitpunkt für die 78-Wochen-Regelung berücksichtigt werden.

Rückkehr an den Arbeitsplatz

Wenn Sie Ihre Arbeit nach einer Krankmeldung von mehr als sechs Wochen wiederaufnehmen, ist Ihr Arbeitgeber verpflichtet, die Arbeitsmediziner der arbeitsmedizinischen Dienste (*Services de Santé au Travail* - SST) zu benachrichtigen. Eine Untersuchung zur Wiederaufnahme der Arbeit durch einen der Arbeitsmediziner ist obligatorisch und wird idealerweise vor oder am Tag der Wiederaufnahme der Arbeit durchgeführt. Gegebenenfalls können Sie selbst während Ihres Krankenstandes einen Termin bei den Arbeitsmedizinern des zuständigen arbeitsmedizinischen Dienstes beantragen.

Ziel der arbeitsmedizinischen Untersuchung bei Wiederaufnahme der Arbeit ist es, Ihre Fähigkeit zur Rückkehr an Ihren früheren Arbeitsplatz zu beurteilen. Die Arbeitsmediziner geben gegebenenfalls Einschränkungen, Bemerkungen oder Vorschläge zur Anpassung des Arbeitsplatzes an und leiten diese an Ihren Arbeitgeber weiter. Je nach Ihrem Gesundheitszustand können sich verschiedene Möglichkeiten ergeben, um Ihre berufliche Tätigkeit wieder aufzunehmen:

- Sie sind so weit genesen, dass Sie wieder arbeiten können wie vor Ihrer Erkrankung.
- Sie fühlen sich noch nicht fit genug und würden gerne schrittweise an Ihren Arbeitsplatz zurückkehren. In diesem Fall könnte die schrittweise Wiederaufnahme der Arbeit aus therapeutischen Gründen, die sogenannte **reprise progressive du travail pour raisons thérapeutiques (RPTRT)**, für Sie in Frage kommen.
- Sie nehmen Ihre Arbeit wieder auf. Jedoch wird Ihr Arbeitsplatz an Ihre Fähigkeiten

angepasst – *retour au travail avec aménagement de poste*.

- Es stellt sich heraus, dass Sie die Aufgaben an Ihrem letzten Arbeitsplatz aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr erfüllen können. In diesem Fall wird Ihre berufliche **Wiedereingliederung (intern/extern) – reclassement professionnel (interne/externe)** in der Regel durch den CMSS eingeleitet.
- Es stellt sich heraus, dass Sie gar nicht mehr arbeiten können. (Zusätzliche Informationen: [Invalidität p.59](#))

Die schrittweise Wiederaufnahme der Arbeit aus therapeutischen Gründen - *reprise progressive du travail pour raisons thérapeutiques (RPTRT)*

Diese Maßnahme löst den **früheren *mi-temps thérapeutique*** ab. Seit 2019 ergeben sich durch dieses neue Gesetz für die Rückkehr an den Arbeitsplatz mehr individuelle und an den Genesungszustand der Betroffenen angepasste Gestaltungsmöglichkeiten und mehr Flexibilität als bisher.

Um diese Maßnahme zu erhalten gilt folgendes:

1. Der behandelnde Arzt muss das Standardformular 'Antrag auf progressive Arbeitsaufnahme aus therapeutischen Gründen' ausfüllen.
2. Sie müssen zum Zeitpunkt der Antragstellung arbeitsunfähig sein. Darüber hinaus müssen Sie in den drei Monaten vor dem Antrag mindestens einen Monat lang nicht arbeitsfähig gewesen sein.

3. Ihr Arbeitgeber muss zustimmen. Sie senden den ausgefüllten Antrag an Ihren Arbeitgeber, welcher mittels seiner Unterschrift seine Zustimmung bestätigt.
4. Danach reichen Sie den Antrag bei der CNS ein und der CMSS wird über den Antrag entscheiden.
5. Sie erhalten die Entscheidung schriftlich zu sich nach Hause.

Die Maßnahme zur schrittweisen Wiederaufnahme der Arbeit darf erst beginnen, sobald der CMSS diese genehmigt hat.



Gut zu wissen

Während der schrittweisen Wiederaufnahme der Arbeit **sind Sie krankgeschrieben**. Sie müssen eine ärztliche Bescheinigung zu Ihrer Arbeitsunfähigkeit für diesen Zeitraum vorlegen. Während dieser Maßnahme erhalten Sie Krankengeld und sie wird mit in die Rechnung der 78-Wochen-Regelung kalkuliert.

Rückkehr an den Arbeitsplatz mit Anpassungen

Sie nehmen Ihre Arbeit wieder auf. Jedoch wird Ihr **Arbeitsplatz an Ihre Fähigkeiten angepasst – *retour au travail avec aménagement de poste*** –, z. B. Sie sind im Schichtdienst von Nachtschicht befreit.

Nach sechs Wochen Arbeitsunfähigkeit und Ihrer bevorstehenden Rückkehr an den Arbeitsplatz sollte Ihr Arbeitgeber dies bei dem zuständigen Arbeitsmediziner melden, damit dieser eine Einschätzung Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Arbeitsfähigkeit machen kann –

examen de reprise de travail. Diese Untersuchung zur Wiederaufnahme der Arbeit muss vor oder spätestens am Tag der Wiederaufnahme der Arbeit durchgeführt werden.

Sie können auch selbst diese Einschätzung bei dem zuständigen Arbeitsmediziner in die Wege leiten. Je nach Einschätzung kann der Arbeitsmediziner eine Anpassung des Arbeitsplatzes vorschlagen und sofern Ihr Arbeitgeber einverstanden ist, können Sie mit einer internen Anpassung Ihres Arbeitsplatzes Ihre Arbeit wieder aufnehmen.

Im Rahmen einer späteren Einschätzung (Zeitpunkt legt der Arbeitsmediziner fest) wird, je nachdem, wie sich Ihr Gesundheitszustand und Ihre Arbeitsfähigkeit entwickelt haben, über weitere Schritte entschieden.

Berufliche Wiedereingliederung (intern/extern)

Es stellt sich heraus, dass Sie die Aufgaben an Ihrem letzten Arbeitsplatz aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr erfüllen können. In diesem Fall wird Ihre **berufliche Wiedereingliederung (intern/extern) – *reclassement professionnel (interne/externe)*** – in der Regel durch den CMSS eingeleitet



Der CMSS begutachtet Ihre Situation. Wenn die Unfähigkeit zur Ausübung der letzten Beschäftigung festgestellt wird, leitet der CMSS weitere Schritte über die „gemischte Kommission“ – *commission mixte* – und den zuständigen Arbeitsmediziner ein.

- Stellt der zuständige Arbeitsmediziner fest, dass Sie in der Lage sind, Ihre letzte berufliche Tätigkeit weiterhin auszuüben, lehnt die *commission mixte* eine berufliche Wiedereingliederung ab.
- Wird jedoch festgestellt, dass Sie nicht mehr in der Lage sind, Ihre letzte berufliche Tätigkeit auszuüben, entscheidet die *commission mixte* über eine innerbetriebliche oder außerbetriebliche berufliche Wiedereingliederung.
- Die Entscheidung der *commission mixte* wird Ihnen per Einschreiben innerhalb von 15 Werktagen mitgeteilt. Sie können innerhalb einer Frist von 40 Tagen beim Schiedsgericht der Sozialversicherung gegen diese Entscheidung Rechtsmittel einlegen.

Ab dem Zeitpunkt der Befassung der "gemischten Kommission" genießen Sie, außer im Falle eines schweren Fehlers, einen besonderen Kündigungsschutz. Dieser Schutz endet nach Ablauf des zwölften Monats, nachdem dem Arbeitgeber die Entscheidung mitgeteilt wurde, dass eine interne berufliche Neueinstufung zwingend erforderlich ist.

Die **interne (innerbetriebliche) Wiedereingliederung** erfolgt bei Ihrem aktuellen Arbeitgeber. Der Arbeitsmediziner äußert sich:

- zu den verbleibenden Fähigkeiten des Arbeitnehmers;
- zu einer etwaigen Verminderung der Arbeitszeit oder Leistungsminderung;

- zur etwaigen Anpassung der Stelle an den Arbeitnehmer;
- zum vorübergehenden oder endgültigen Charakter der Arbeitsunfähigkeit;
- zu den zeitlichen Abständen, zu denen sich der Arbeitnehmer zur Neubeurteilung vorstellen muss.

Die **externe (außerbetriebliche) Wiedereingliederung** erfolgt auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. In diesem Fall sind Sie als Arbeitssuchender bei der Agentur für Beschäftigungsentwicklung gemeldet und können Arbeitslosengeld beantragen. Wenn Sie nach Ablauf der Frist für die Zahlung des Arbeitslosengeldes (einschließlich der Verlängerung) keine neue Arbeit gefunden haben, können Sie unter bestimmten Bedingungen (der Arbeitsmediziner bescheinigt Ihnen eine Fähigkeit, Ihren alten Beruf mindestens zehn Jahre lang auszuüben, oder Sie haben mindestens zehn Jahre lang einen Beruf ausgeübt) ein berufliches Übergangsgehalt beantragen, sofern Sie weiterhin als Arbeitssuchender gemeldet sind.

Wenn die neue Arbeit zu einem Lohnverlust führt, haben Sie Anspruch auf eine Ausgleichszahlung, bis Ihr derzeitiger Lohn keinen Lohnverlust im Vergleich zu Ihrem Lohn vor der Krankheit und der Wiedereingliederung außerhalb des Arbeitsmarktes aufweist.

Wenn Sie über den Status einer Person in beruflicher Wiedereingliederung verfügen und der Bezugszeitraum für Ihr Arbeitslosengeld endet, können Sie unter bestimmten Voraussetzungen (Betriebszugehörigkeit länger als fünf Jahre auf einem Posten oder Betriebszugehörigkeit von mindestens fünf Jahren in dem Unternehmen, in dem die außerbetriebliche berufliche Wiedereingliederung stattgefunden hat) eine

berufliche Übergangsvergütung (*indemnité professionnelle d'attente – IPA*) erhalten. Diese Übergangsvergütung ist gedeckelt auf das 1,5-Fache des sozialen Mindestlohns und unterliegt Steuern und Sozialabgaben. Sie wird von der ADEM bewilligt bzw. entzogen und ausgezahlt.

Was Sie beachten sollten

Der Antrag auf beruflichen Wartezeit muss eingereicht werden innerhalb von sechs Monaten nach der Beendigung des Arbeitsverhältnisses.

ADEM - Abteilung für behinderte Arbeitnehmer und berufliche Wiedereingliederung - *ADEM Service handicap et reclassement professionnel*

T 247-88 888

E info.tcr@adem.public.lu

Falls ich ein Vorstellungsgespräch habe, muss ich hier auf meine Krebserkrankung hinweisen?

Krankheiten sind grundsätzlich etwas sehr Persönliches, sie fallen in den Bereich der Privat- bzw. der Intimsphäre. Deshalb gilt: Wenn Sie zum Beispiel nach einer überwundenen Krebserkrankung zu einem Bewerbungsgespräch eingeladen werden, müssen Sie nicht über Ihre Krankheit sprechen.

Allerdings sollten Sie bedenken, dass, wenn Sie einen Arbeitsvertrag unterschreiben, Sie sich einer Einstellungsuntersuchung beim Arbeitsmediziner unterziehen müssen. Anschließend wird der Arzt feststellen, ob Sie für den Posten die nötige Arbeitsfähigkeit besitzen und Ihr Arbeitsvertrag somit gültig ist.

Was ist generell wichtig zu wissen und zu beachten, wenn ich längerfristig krankgeschrieben bin?

Wenn Sie längerfristig krankgemeldet sind und es absehbar ist, dass Sie Ihren Beruf nicht mehr ausüben können, gilt es, so früh wie möglich die für Sie passende soziale Absicherung zu finden und einzuleiten. Bei längerer Krankmeldung werden Sie, in der Regel nach einem Zeitraum von sechs bis zehn Wochen, zu einer Untersuchung zum Kontrollarzt der CMSS eingeladen.

Nicht vergessen: Die Entscheidung, welches Szenario für Sie zutrifft, ist oft noch nicht bei der ersten Einschätzung (nach sechs Wochen ununterbrochener Krankmeldung) des Kontrollarztes des CMSS möglich. Es hängt von Ihrem Krankheits- und Genesungsverlauf ab. Wichtig ist, dass die Maßnahmen zur Orientierung in das passende soziale Sicherungssystem vor Ablauf der 78-Wochen-Regelung eingeleitet werden.

Und das können Sie selbst tun: Unbedingt den Ablauf der Zeitschiene innerhalb der 78-Wochen-Regelung im Blick behalten. In den Fällen, in denen Sie bemerken, dass Sie mit Ihren Krankmeldungen immer weiter an das Erreichen von 78 Wochen herankommen (am Stück oder in der Summe innerhalb von 104 Wochen) und Sie nach dem ersten Termin keine Einladung zu einer weiteren Begutachtung durch den CMSS erhalten haben, können Sie auch selbst einen Termin bei Ihrem zuständigen Arbeitsmediziner vereinbaren. Gemeinsam mit dem Arzt kann Ihre Situation im Hinblick auf die Thematik „Krebserkrankung und Beruf“ analysiert und gegebenenfalls entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden.

Umgang mit Krebs am Arbeitsplatz

Die Krebsdiagnose wirkt sich auf alle Bereiche Ihres Lebens aus, auch auf Ihre Arbeit.

Und es ist alles andere als leicht, Arbeitgeber und/oder Kolleginnen zu informieren. Am besten überlegen Sie sich vorher in aller Ruhe, wie Sie die Nachricht überbringen möchten. Sie sollten auf jeden Fall mit den unterschiedlichsten Reaktionen und Emotionen rechnen.

Soll ich meinem Arbeitgeber und/oder meinen Kolleginnen von der Diagnose erzählen?

Reden Sie im Vorfeld des Gesprächs mit Ihrem Behandlungsteam, um alle notwendigen Informationen über Ihren aktuellen Gesundheitszustand und dessen voraussichtliche Entwicklung zusammenzutragen und mögliche Auswirkungen der Behandlung auf Ihre Leistungsfähigkeit zu eruieren. Bedenken Sie, dass die Dinge sich während und nach der Therapie auch verändern können.

Es steht Ihnen frei, ob Sie Ihren Arbeitgeber im Detail über Diagnose und Behandlung informieren möchten – Sie sind dazu nicht verpflichtet. Allerdings hilft ein offener und regelmäßiger Austausch Ihrem Arbeitgeber herauszufinden, in welcher Form sie oder er Sie am besten unterstützen kann. Denkbar sind beispielsweise Anpassungen und Veränderungen Ihrer Arbeitsaufgaben, die Ihnen Ihre Arbeit erleichtern.

Wen sollte ich am Arbeitsplatz informieren, und wie sollte ich das tun?

Mit seinem Arbeitgeber geradeheraus über eine Krebserkrankung zu sprechen ist eine sehr persönliche Angelegenheit. Es ist nicht leicht, über eine Krebsdiagnose zu sprechen, und es ist verständlich, wenn es Ihnen unangenehm ist, mit Ihrem Arbeitgeber und/oder Ihren Kolleginnen über Ihren Gesundheitszustand zu sprechen. Andererseits wird Ihnen die Unterstützung von Vorgesetzten und Kolleginnen möglicherweise sehr guttun.

Welche und wie viele Informationen gebe ich meinem Arbeitgeber über meine Erkrankung?

Was und wie viel Sie Ihrem Arbeitgeber hinsichtlich Ihrer Diagnose erzählen, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Etwa davon, was für ein Verhältnis zu Ihrem Arbeitgeber haben und welche Folgen die Behandlung für Ihre eigene Gesundheit und Sicherheit und die Ihrer Kolleginnen haben könnte. Und wenn Sie Ihren Arbeitgeber über Ihre Diagnose informieren, bedeutet das nicht, dass Sie auch Ihren Kolleginnen davon erzählen müssen. Ihr Vorgesetzter darf nicht mit Dritten über Ihren Gesundheitszustand reden oder ihn öffentlich machen, es sei denn, Sie stimmen dem ausdrücklich zu.

Wenn Sie sich entscheiden, bei der Arbeit über Ihre Erkrankung zu sprechen, könnte es um die folgenden Fragen gehen:

- die auftretenden Symptome;
- die Diagnose;



- die Behandlung und deren mögliche Nebenwirkungen und Spätfolgen für Ihr physisches und psychisches Befinden sowie, insbesondere Ihre Anwesenheit am Arbeitsplatz, Ihre Produktivität und Ihre Leistungsfähigkeit;
- die mögliche Dauer Ihrer Abwesenheit und wann Sie nach aktuellem Informationsstand vermutlich wieder an Ihren Arbeitsplatz zurückkehren können.

Die folgenden Punkte sind möglicherweise für Sie von Interesse:

- Anpassung des Aufgabenprofils, zusätzliche Pausen (wegen Schmerzen, Erschöpfung oder zur Wahrnehmung von medizinischen Terminen), reduzierte Stundenzahl, Home-office, Teilzeitarbeit, Veränderungen am Arbeitsplatz (z. B. passender Stuhl, höhenverstellbarer Schreibtisch, ergonomisches Arbeitsmaterial) oder andere absehbare Bedürfnisse eventuell notwendige Unterstützung bei der Erfüllung Ihrer Arbeitsaufgaben;
- Leistungen, auf die Sie Anspruch haben, Ihre Rechte als Arbeitnehmerin, die Politik Ihres Unternehmens hinsichtlich Krankengelds, Fehlzeiten, Arbeitsmedizin, Unterstützungsprogramme etc.

Vielleicht hilft es Ihnen aufzuschreiben, was Sie sagen möchten, bevor Sie zum ersten Mal mit Ihrem Arbeitgeber über Ihre Diagnose sprechen. Notieren Sie sich auch Fragen und Anliegen, die Ihnen in den Sinn kommen. Außerdem empfiehlt es sich, nach dem Gespräch eventuell vereinbarte Veränderungen und Anpassungen an Arbeitsplatz und Aufgabenprofil schriftlich festzuhalten.

Arbeiten in der Therapiephase

Ob Sie während der Therapie arbeiten können, hängt von verschiedenen Faktoren ab, etwa von den Empfehlungen Ihres Behandlungsteams, der Art und dem Stadium Ihrer Krebserkrankung, der Behandlung, sowie deren Nebenwirkungen, Ihrem allgemeinen



Gesundheitszustand und Ihren persönlichen Wünschen, der Art Ihrer Arbeit und der Politik Ihres Arbeitgebers hinsichtlich Krankengelds, Fehlzeiten und arbeitsmedizinischer Fragen.

Wie sage ich meinem Arbeitgeber, dass ich während der Behandlung arbeiten kann, wenn mein Arzt mir dazu rät?

Wenn Ihre behandelnde ärztliche Fachkraft der Meinung ist, dass Sie während der Therapie arbeiten können, und Sie das auch möchten, können Sie gemeinsam mit Ihrem Arbeitgeber und/oder der Personalabteilung (sofern vorhanden) besprechen, welche gangbaren Möglichkeiten es gibt, um Arbeit und Behandlung miteinander zu vereinbaren.

Rückkehr an den Arbeitsplatz nach Abschluss der Therapie

Wenn Sie sich nach Abschluss der Behandlung bereit fühlen, wieder an Ihren Arbeitsplatz zurückzukehren, sollten Sie sich darüber informieren, ob es eventuell arbeitsmedizinische Richtlinien oder Empfehlungen gibt, die Ihnen bei Ihrer vollständigen Rückkehr an den Arbeitsplatz nützlich sein könnten. Möglicherweise werden Ihr Team und Ihre Vorgesetzten zurückhaltend auf Ihre Rückkehr reagieren. Besprechen Sie darum im Vorfeld mit Ihren Vorgesetzten und Kolleginnen, was Sie für eine erfolgreiche Wiedereingliederung in das Arbeitsleben benötigen.

Die nachfolgende Checkliste hilft Ihnen vielleicht, sich auf Ihre Rückkehr in das Arbeitsleben nach dem Ende der Therapie vorzubereiten:

- Ich bespreche meine Rückkehr an den

Arbeitsplatz so früh wie möglich mit meinem Arbeitgeber und informiere meinen Vorgesetzten über meinen Gesundheitszustand und eventuelle Spätfolgen von Erkrankung und Behandlung (Erschöpfung, Schmerzen, Konzentrationsschwierigkeiten im Falle mangelnder Ruhepausen, eingeschränkte Mobilität usw.);

- Wenn ich nicht sicher bin, ob ich schon wieder in der Lage bin, zu 100 % in den Job zurückzukehren, bespreche ich mögliche Optionen und vorübergehende Anpassungen mit meiner/meinem Vorgesetzten (z. B. leichtere/andere Aufgaben, Anpassungen am Arbeitsplatz, stufenweise Rückkehr in den Job, Anpassungen in meiner Arbeitsplatzbeschreibung, Teilzeitarbeit usw.);
- Bei regelmäßigen Treffen mit meinem/meiner Vorgesetzten kommuniziere ich meine Bedürfnisse und formuliere deutlich, was gut funktioniert und wo noch Anpassungen notwendig sind;
- Ich nehme mir Zeit für mich, um Stress zu vermeiden und besser mit meiner Rückkehr an den Arbeitsplatz zurechtzukommen (z. B. gesunde Ernährung, regelmäßige sportliche Betätigung, Erholungspausen nach der Arbeit etc.).

Die Fondation Cancer stellt Ihnen einen Leitfaden für Mitarbeiter mit allen Informationen zum Umgang mit Krebs am Arbeitsplatz zur Verfügung.



Arbeitslosigkeit

Wenn Sie keine Arbeitsstelle mehr haben, können Sie, sobald Sie wieder arbeitsfähig sind und kein Krankengeld mehr erhalten, einen Antrag auf Arbeitslosengeld stellen. Allerdings müssen Sie bestimmte Bedingungen erfüllen.

Ich habe meinen Arbeitsplatz verloren. Unter welchen Voraussetzungen habe ich Anspruch auf Arbeitslosengeld?

Wenn Sie keine Arbeitsstelle mehr haben, können Sie, sobald Sie wieder arbeitsfähig sind und kein Krankengeld mehr erhalten, einen Antrag auf Arbeitslosengeld stellen.

Voraussetzungen zum Erhalt von Arbeitslosengeld:

- Sie müssen Ihre Arbeitsstelle ohne eigenen Willen verloren haben;
- Sie müssen als Arbeitssuchender beim Arbeitsamt ADEM eingeschrieben sein;
- Sie müssen mindestens 16 und höchstens 64 Jahre alt sein;
- Sie dürfen keine Invaliden-, Alters- oder Unfallrente beziehen;
- Sie müssen arbeitsfähig sein, für Arbeit zur Verfügung stehen und bereit sein, jede angemessene Arbeit anzunehmen;
- Sie müssen innerhalb der zwölf Monate vor der Einschreibung als Arbeitssuchender mindestens 26 Wochen als Arbeitnehmer gearbeitet haben (mindestens 16 Stunden pro Woche);
- Sie müssen Ihren Wohnsitz in Luxemburg haben.

Höhe des Arbeitslosengeldes

Das Arbeitslosengeld beträgt 80 % Ihres letzten Bruttogehalts. Wenn Sie für den Unterhalt von einem oder mehreren Kindern aufkommen müssen, erhalten Sie 85 % des letzten Bruttogehalts. Der Höchstbetrag des Arbeitslosengeldes ist auf das 2,5-fache des sozialen Mindestlohns beschränkt. Diese Obergrenze wird jedoch nach und nach reduziert, je länger das Arbeitslosengeld bezogen wird.

Man spricht in diesem Zusammenhang von einer degressiven Obergrenze:

- nach sechs Monaten Arbeitslosigkeit senkt sich die Obergrenze auf 200 % des sozialen Mindestlohns;
- nach zwölf Monaten senkt sich die Obergrenze auf 150 % des sozialen Mindestlohns, dies betrifft Arbeitslose, die eine Leistungsgewährung über die zwölf Monate hinaus erhalten können.

Dauer des Leistungsbezugs

Die Bezugsdauer des Arbeitslosengeldes ist davon abhängig, wie lange Sie, sofern Sie die Anspruchsvoraussetzungen erfüllen, während der zwölfmonatigen Referenzperiode beschäftigt waren. Die maximale Bezugsdauer des Arbeitslosengeldes beträgt zwölf Monate.

Beispiel: Wenn Sie in den zwölf Monaten vor dem Tag Ihrer Arbeitsuchendmeldung bei der ADEM sieben Monate und 21 Tage gearbeitet haben, erhalten Sie das Arbeitslosengeld für eine Dauer von acht Monaten.

Unter Umständen können Sie bei der ADEM einen Antrag auf Verlängerung Ihres Arbeitslosengeldes stellen, z. B.:

- Wenn Sie älter als 50 Jahre sind und bereits

20, 25 oder 30 Jahre in eine Rentenkasse eingezahlt haben, kann die Dauer der Zahlung vom Arbeitslosengeld verlängert werden (+ 12 Monate/+ 9 Monate/+ 6 Monate) – allerdings kann die gesamte Dauer der Zahlung 24 Monate nicht überschreiten.

Information und Kontakt

ADEM

Öffnungszeiten: Montags bis Freitags von 8–17 Uhr (Mittagspause: 12–13 Uhr)

T 24 78 88 88

E info@adem.etat.lu



Invalidität und spezifische Bedürfnisse

Wenn Sie aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage sind, eine berufliche Tätigkeit auszuüben, können Sie eine Invaliditätsrente beantragen, über deren Bedingungen und Ansprüche Sie gut informiert sein sollten. Als invalid gilt ein Versicherter, der infolge einer längeren Krankheit einen solchen Verlust an Arbeitsfähigkeit erlitten hat, dass er nicht mehr in der Lage ist, den zuletzt ausgeübten Beruf oder eine andere seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechende Beschäftigung auszuüben.

Ich kann in Folge meiner Erkrankung gar nicht mehr arbeiten. Erhalte ich eine Invalidenrente?

In diesem Fall wird Ihre Invalidität festgestellt. Nachdem Sie den Antrag bei der nationalen Pensionskasse – *Caisse nationale d'assurance pension* (CNAP) – eingereicht haben, wird beurteilt, ob Sie provisorisch oder definitiv eine Invalidenpension erhalten werden. Die Höhe der Invalidenrente wird anhand Ihres Gehalts und der Anzahl der gearbeiteten Jahre berechnet.

Voraussetzungen zum Erhalt der Invalidenrente:

- In den drei Jahren vor dem Eintritt der Invalidität müssen Sie mindestens zwölf Monate lang versichert gewesen sein;
- Sie dürfen das normale Rentenalter (65 Jahre) noch nicht erreicht haben.

Kann ich einer Teilzeitarbeit nachgehen, auch wenn ich eine Invalidenrente beziehe?

Falls Sie eine bezahlte Beschäftigung aufnehmen, sind Sie verpflichtet, die Pensionskasse davon sofort in Kenntnis zu setzen, da beim Zusammentreffen einer Invalidenpension mit Löhnen und Gehältern die Invalidenpension eventuell gekürzt wird.



Was Sie beachten sollten

- Die jährlichen Einkünfte aus diesen beruflichen Tätigkeiten dürfen nicht mehr als ein Drittel des jährlichen sozialen Mindestlohnes betragen.
- Falls Sie eine versicherungspflichtige selbstständige Tätigkeit aufnehmen, wird die Invalidenpension entzogen.

Information und Kontakt

Caisse nationale d'assurance pension (CNAP)

T 22 41 41 1

F 22 41 41-64 43

E über Kontaktformular auf [Homepage](#)

In welchem Fall kann ich zur Invalidenrente eine finanzielle Zusatzbeihilfe beantragen?

Wenn Ihre Invalidenpension unter der Grenze des Existenzminimums liegt (entspricht der Höhe des *revenu d'inclusion social* REVIS: 1.802,45 € brutto für den ersten Erwachsenen eines Haushaltes; Stand 2023), können Sie, falls Sie die Voraussetzungen erfüllen, eine Eingliederungszulage (in Form einer finanziellen

Beihilfe für den Haushalt REVIS) beantragen. Sie können sich direkt an den *Fonds national de solidarité* (FNS) wenden. Ein Beratungsgespräch mit dem Sozialamt Ihrer Gemeinde könnte hilfreich sein, um einzuschätzen, ob dies für Ihre Situation infrage käme und um Ihnen bei der Beantragung zu helfen.

Kontakt

Fonds national de solidarité (FNS)

T 49 10 811

F 26 12 34 64

E fns@secu.lu

Der Behindertenausweis – *carte d'invalidité*: Was muss ich wissen?

Wenn Sie eine Behinderung von wenigstens 30 % haben, können Sie einen Behindertenausweis beantragen.

Er ist in drei verschiedene Kategorien eingeteilt:

- Behindertenausweis Kategorie A: für Personen mit einem körperlichen Behinderungsgrad von 30 % – 49 %;
- Behindertenausweis Kategorie B: für Personen mit einem körperlichen Behinderungsgrad von 50 % und mehr. Er ermöglicht zusätzlich ein Anrecht auf schnellen und prioritären Service sowie einen garantierten Sitzplatz;
- Behindertenausweis Kategorie C: für Personen, die sich aufgrund ihres geistigen und körperlichen Zustands nicht in der Lage sind, sich ohne fremde Hilfe fortzubewegen.

Mit dem Ausweis C werden alle Anrechte des Ausweises B auf die begleitende Person übertragen. Die Behindertenausweise B und C

ermöglichen eine vollständige Befreiung von der Kraftfahrzeugsteuer.

Sie können die Anträge mittels eines Formulars in doppelter Ausführung mit zwei aktuellen Passbildern bei der Gemeindeverwaltung Ihres Wohnsitzes einreichen.

Wann kann ich eine Parkplakette – *carte de stationnement pour personnes handicapées* – beantragen, die es mir erlaubt, auf Behindertenparkplätzen zu parken?

Um eine Parkplakette beantragen zu können, müssen Sie folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Ihre Behinderung muss grundsätzlich über einen Zeitraum von sechs Monaten bestehen, und Sie können eine Wegstrecke von mehr als 100 Metern nicht alleine (mit oder ohne Unterbrechung) zurücklegen;
- Sie sind auf Gehhilfen/Krücken oder einen Rollstuhl angewiesen;
- oder Sie sind erblindet.

Sie brauchen ein Passbild und ein spezielles Formular, das Sie beim *Ministère du Développement durable et des Infrastructures* anfordern oder downloaden können.

Ihr behandelnder Arzt muss Ihre Behinderung auf der Rückseite des Formulars bescheinigen.

Sie schicken das ausgefüllte Formular mit dem Passbild an die unten genannte Adresse.

Ministerium für Umwelt, Klima und nachhaltige Entwicklung

Département des transports

L-2918 Luxembourg

Was sollte ich zu dem Status behinderter Arbeitnehmer – *travailleur handicapé* – wissen?

Im Rahmen Ihrer Erkrankung kann es aufgrund einer körperlichen, geistigen, sensorischen oder psychischen Behinderung und/oder aufgrund von sich verschlimmernden psychosozialen Schwierigkeiten zu einer verminderten Erwerbsfähigkeit kommen. Die Begriffe „verminderte Arbeitsfähigkeit“ / „Invalidität“ / „Erwerbsminderung“ werden häufig synonym im Kontext „Krankheit und Beruf“ im Sprachgebrauch verwendet.

Um den Status *travailleur handicapé* beantragen zu können, muss Ihre verminderte Erwerbsfähigkeit mindestens zu 30 % anerkannt sein und Ihr Gesundheitszustand muss stabil sein. Sie dürfen keinen Antrag auf eine Invalidenpension gestellt haben.

Wenn Sie den Status *travailleur handicapé* anerkannt bekommen haben, können Sie von unterstützenden Maßnahmen diesbezüglich profitieren, z. B.:

- berufliche Umschulung und Orientierung;
- Anpassung Ihres Arbeitsplatzes;
- sechs zusätzliche Urlaubstage.

Information und Kontakt

ADEM - Kommission für berufliche Orientierung und Wiedereingliederung - *Commission d'orientation et de reclassement professionnel*

T 247-88 888

E info.cor@adem.etat.lu

Das Einkommen für schwerbehinderte Arbeitnehmer – *revenu pour salariés handicapés (RSH)*. Was sollte ich wissen?

Wenn Sie aufgrund Ihrer Krebserkrankung nicht in der Lage sind, eine berufliche Tätigkeit auszuüben, können Sie das Einkommen für behinderte Arbeitnehmer beantragen. Dafür müssen Sie eine Reihe von Bedingungen erfüllen:

- wenn Sie eine anerkannte Behinderung haben;
- wenn Sie als behinderter Arbeitnehmer anerkannt sind;
- wenn Sie aus Gründen, die Sie nicht selbst verantworten, keinen Arbeitsplatz finden, die Ihren Bedürfnissen entspricht;
- wenn Sie älter als 18 Jahre und jünger als 65 Jahre alt sind und in Luxemburg gemeldet sind;
- wenn Ihr Einkommen unter dem sozialen Mindestlohn liegt.

Unter diesen Voraussetzungen können Sie sich, sobald Sie kein Arbeitslosengeld (mehr) erhalten, bei der ADEM als behinderter Arbeitnehmer arbeitssuchend melden.

Um in der Zeit, in der Sie arbeitssuchend sind, finanzielle Unterstützung zu erhalten, können Sie RSH beantragen.



IV. Rechtsstreitigkeiten und Versicherung

Im Falle von Streitigkeiten

Wenn Sie den Eindruck haben, dass Ihre Rechte nicht respektiert worden sind, ist es vor allem wichtig, ein Gespräch mit der betroffenen Institution resp. Ihrem Sachbearbeiter dort zu suchen. Wenn eine gütliche Einigung nicht möglich ist, können Sie Einspruch gegen eine Entscheidung einlegen oder eine Beschwerde einreichen.

Beratung und Unterstützung finden Sie bei folgenden Abteilungen:

Nationale Informations- und Vermittlungsstelle im Gesundheitswesen - Service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé

T 24 77 55 15

E info@mediateursante.lu

Patienten Vertriedung

T 49 14 57 1

E info@patientevertriedung.lu

Ich fühle mich durch eine Entscheidung einer Institution der Sozialversicherung persönlich benachteiligt. Was muss ich über die Rechtswege und die Gerichte der Sozialversicherung wissen?

Ihnen stehen verschiedene Rechtsmittel zur Verfügung. Die einzelnen Adressen sind im folgenden Abschnitt aufgeführt: V. Nützliche Adressen S. 68.

Wenn Sie mit einer Entscheidung (z. B. des CMSS, der CNS, der ADEM etc.) nicht einverstanden sind, müssen Sie zunächst in der auf dem Bescheid genannten Frist schriftlich Widerspruch einlegen; per Einschreiben und Sie müssen keinen Anwalt hinzuziehen. Hiermit ersuchen Sie die betreffende Institution die getroffene Entscheidung zu revidieren.

Bei Unstimmigkeiten zu Tarifen/Rechnungen/ Rückerstattungen durch die CNS im Gesundheitsbereich wenden Sie sich an die Aufsichtskommission – *Commission de surveillance de la sécurité sociale*.

Aufsichtskommission - *Commission de surveillance de la sécurité sociale*

*Ministère de la sécurité sociale
Commission de surveillance*

T 24 78 63 85

Danach können Sie eine formelle Klage beim Schiedsgericht der Sozialversicherung – *Conseil arbitral de la sécurité sociale* (CASS) einlegen. Sie müssen keinen Anwalt hinzuziehen. Der CASS entscheidet alle Klagen bis zu einem Streitwert von 1.250 €.

**Schiedsgericht der Sozialversicherung -
Conseil arbitral de la sécurité sociale
(CASS)**

T 45 32 86 600

F 44 32 66

Gegen ein Urteil des CASS können Sie ab einem Streitwert von über 1.250 € bei dem Obersten Schiedsgericht der Sozialversicherung – *Conseil supérieur de la sécurité sociale* (CSSS) Berufung einlegen. Sie müssen auch hier keinen Anwalt hinzuziehen.

**Oberstes Schiedsgericht der Sozialversicherung -
Conseil supérieur de la sécurité
sociale (CSSS)**

T 26 26 05 1

F 26 26 05 38

Gegen die Urteile der vorgenannten Schiedsgerichte können Sie vor dem Revisionsgericht – *Cour de cassation* klagen. Hier müssen Sie einen Anwalt hinzuziehen.

**Sie können sich auch an den Ombudsmann
Luxemburg wenden.**

Ombudsman

T 26 27 01 01

E info@ombudsman.lu

Ich habe Probleme mit dem Bezug des Arbeitslosengeldes. An wen kann ich mich wenden?

Wenn Sie Probleme mit dem Bezug Ihres Arbeitslosengeldes haben (z. B. Ablehnung des Antrages), können Sie eine erneute Prüfung Ihrer Unterlagen durch die Sonderkommission der ADEM – *Commission Spéciale de réexamen* vor Ablauf einer Frist von 40 Tagen beantragen.

**Spezielle Überprüfungskommission -
Commission spéciale de réexamen ADEM**

T 247-88 888

Ich habe Probleme mit meinem Arbeitgeber. An wen kann ich mich wenden?

Wenn Sie mit einer Entscheidung Ihres Arbeitgebers nicht einverstanden sind, können Sie sich von Ihrem Personalbeauftragten oder Ihrer Gewerkschaft helfen lassen. Sie erhalten aber auch Rat und Hilfe bei der Gewerbeinspektion – *Inspection du Travail et des Mines* (ITM).

Die ITM ist damit beauftragt, die Umsetzung des Arbeitsrechts (vorgeschriebene Arbeitsbedingungen, Sicherheitsmaßnahmen etc.) zu überwachen, Arbeitskonflikte zu vermeiden oder zu schlichten.

Die Gewerbeaufsicht kann rechtlich gegen den Arbeitgeber vorgehen von der Verwarnung bis zur Betriebsschließung und Weiterleitung der Akte an die Staatsanwaltschaft zwecks strafrechtlicher Ahndung.

Wenden Sie sich mit Ihren Fragen oder der Bitte um einen Termin an das

Gewerbe- und Grubenaufsichtsamt -
Inspection du Travail et des Mines

T 247-76100

E über [Kontaktformular](#) auf Homepage:

Wenn Ihr Problem nicht unter den Zuständigkeitsbereich der ITM fällt, wird diese Sie an die nationale Schlichtungsstelle – *Office national de conciliation* – verweisen.

Juristische Aspekte: Rechtsberatung und -beistand

In dieser Rubrik finden Sie notwendigen Informationen rund um kostenlose juristische Beratung und kostenlosen rechtlichen Beistand.

Benötigen Sie eine Rechtsberatung?

Die **Juristische Empfangs- und Informationsstelle (Service d'accueil et d'information juridique - SAIJ)** bietet kostenlose Informationen und Beratung in Rechtsfragen an, kann Sie aber nicht vertreten. Diese Abteilung kann Sie gegebenenfalls an weitere Stellen orientieren.

Die Standorte befinden sich in Luxemburg und Diekirch, es steht Ihnen frei, das Büro Ihrer Wahl aufzusuchen.



Juristische Empfangs- und Informationsstelle (*Service d'accueil et d'information juridique* - SAIJ) - Luxemburg

T 47 59 81 – 2600 (um einen Termin zu vereinbaren)

E pgsin@justice.lu

Von montags bis freitags, von 8:30 bis 12:00 Uhr und von 13:00 bis 16:30 Uhr. (mit Termin, außer montags)

Die Informationsservice wird von juristischen Fachkräften versehen und ist samstags von 8.30 Uhr bis 12.30 Uhr geöffnet (auch während der Gerichtsferien).

Es wird dringend empfohlen, die Öffnungszeiten des Informationsservice auf der Nachrichtenwebsite zu überprüfen, bevor Sie dort hingehen.

Juristische Empfangs- und Informationsstelle – (*Service d'accueil et d'information juridique* – SAIJ) – Diekirch

Palais de justice de Diekirch - Salle d'audience II EG21

T 80 23 15

E pgsin@justice.lu

Mittwochs, von 9:00 bis 11:30 Uhr und von 14:30 – 17:00 Uhr (ohne Termin).

Ich benötige zur Wahrung meiner Rechte einen Anwalt, kann mir die Anwaltskosten aber nicht leisten. Was kann ich tun?

Wenn Sie **zur Unterstützung Ihrer Anliegen einen Anwalt benötigen**, die Kosten des Rechtsanwaltes jedoch nicht bezahlen können, können Sie kostenlosen Rechtsbeistand beantragen. Dazu müssen Sie ein Formular für

Ihren Antrag auf kostenlosen Rechtsbeistand ausfüllen.

Sie haben auch die Möglichkeit, direkt bei den Geschäftsstellen der beiden Rechtsbezirke das Formular zu erhalten.

Diesen Antrag senden Sie dann an den für Sie zuständigen Rechtsbezirk (Luxemburg oder Diekirch).

Für den Rechtsbezirk Luxemburg, senden Sie bitte das vollständig ausgefüllte Formular zusammen mit den geforderten Dokumenten an aj@barreau.lu oder geben sie das Formular bei der Anwaltskammer für Rechtshilfe ab.

Abteilung für Rechtshilfe – *Service de l'assistance judiciaire*

T 46 72 72-1

Annahmestelle für die Abgabe der Unterlagen: montags und donnerstags von 9:30 bis 11:30 Uhr.

Für den Rechtsbezirk Diekirch, senden Sie bitte das vollständig ausgefüllte Formular zusammen mit den geforderten Dokumenten an info.diekirch@barreau.lu.

Rechtsbezirk Diekirch

Vorsitzender der Anwaltskammer–Diekirch - *Bâtonnier de l'Ordre des Avocats de Diekirch*

E info.diekirch@barreau.lu

M^e Lopes

(**T** 809496 1, **E** secretariat@gengler-lopes.lu)

M^e Petkova

(**T** 621 234 682, **E** marina.petrova@barreau.lu)



Recht auf Vergessenwerden - *Droit à l'oubli*

Wenn Sie bei einer Bank einen Immobilienkredit aufnehmen wollen, müssen Sie im Allgemeinen bei einer Versicherung Ihrer Wahl eine Restschuldversicherung abschließen. Eine solche Versicherung dient dazu, die Zahlungsverpflichtungen im Rahmen eines Immobilienkredits im Falle bestimmter Risiken (Tod, Arbeitsunfähigkeit, vollständiger und unwiderruflicher Verlust der Selbständigkeit) abzusichern, und ist häufig Voraussetzung für die Genehmigung eines Immobilienkredits. Menschen mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko müssen jedoch einen Risikoaufschlag zahlen, d. h. eine zusätzliche Prämie zur Absicherung eines Risikos, dessen spezifische Merkmale nicht der Norm entsprechen und das über die üblichen Risiken hinausgeht.

Für Menschen, die an einer Krebserkrankung leiden, kann dieser Risikoaufschlag so hoch sein, dass sie finanziell nicht in der Lage sind, einen Immobilienkreditvertrag abzuschließen. Das kann sogar dann der Fall sein, wenn sie seit Langem geheilt sind oder wenn es sich um einen Krebs im Anfangsstadium handelte.

Die Grundlagen des Rechts auf Vergessenwerden

Das Recht auf Vergessenwerden bedeutet, dass eine in der Vergangenheit aufgetretene Krebserkrankung nicht mehr bekannt gegeben werden muss. Es gibt einer Person, die eine Kreditversicherung zur Absicherung eines Immobilienkredits für den Erwerb ihres Hauptwohnsitzes abschließen möchte, das Recht, eine Krebserkrankung nach Ablauf einer bestimmten Frist nicht anzugeben. Damit wirkt

es der weiteren Benachteiligung von Personen, die eine Krebserkrankung besiegt haben, bei Abschluss einer Kreditversicherung entgegen. Die Vereinbarung zwischen der Regierung und dem Versicherungsverband ACA (*l'association des compagnies d'assurances et de réassurances*) gilt:

- einzig und ausschließlich für die Restschuldversicherung (unter ausdrücklichem Ausschluss der Absicherung bei Invalidität und Berufsunfähigkeit);
- für einen oder mehrere Immobilienkredite für den Erwerb eines Hauptwohnsitzes oder gewerblicher Räume;
- wobei die maximale Deckungshöhe der Restschuldversicherung den Betrag von 1.000.000€ nicht überschreiten darf (dieser Betrag wird regelmäßig – spätestens nach fünf Jahren – überprüft und gegebenenfalls der Entwicklung der Immobilienpreise angepasst). Sie gilt nicht für den Erwerb eines Zweitwohnsitzes oder für Investitionen in Mietobjekte.

Das Alter des Versicherungsnehmers ist ebenfalls von Bedeutung: Er darf nicht älter als 70 Jahre sein.

Recht auf Vergessenwerden ohne Verpflichtung zur Bekanntmachung

In der Praxis bedeutet das, dass bei dem Antrag auf eine Restschuldversicherung für einen Immobilienkredit:

- der Antragsteller das Recht hat, seine Krebserkrankung nicht anzugeben, sofern die Behandlung dieser Krebserkrankung **vor mehr als zehn Jahren** abgeschlossen wurde; die Behandlung dieser Krebserkrankung vor

mehr als fünf Jahren abgeschlossen wurde (bei Krebserkrankungen, die vor Vollendung des 18. Lebensjahres diagnostiziert wurden); **es zu keinem Rückfall gekommen ist.**

- Die Versicherungsunternehmen verpflichten sich, keinerlei medizinische Informationen bezüglich einer Krebserkrankung in die Risikobewertung und die Prämienberechnung einfließen zu lassen, sofern die Behandlung dieser Krebserkrankung vor mehr als zehn Jahren abgeschlossen wurde und es nicht zu einem Rückfall gekommen ist. Gleiches gilt für Krebserkrankungen, die bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres diagnostiziert wurden, deren Behandlung vor über fünf Jahren abgeschlossen wurde und die ohne Rückfall geblieben sind. Angesichts dieser Kriterien muss man feststellen, dass ein Großteil der in Behandlung befindlichen Krebspatienten und -patientinnen weiterhin ausgeschlossen bleibt. Letztlich werden nur wenige Menschen in den Genuss einer Restschuldversicherung ohne Risikoaufschlag kommen.

Recht auf Vergessenwerden mit Verpflichtung zur Bekanntmachung

Ergänzend zum Recht auf Vergessenwerden gibt es eine als Referenztablette (Teil 1) bezeichnete Liste, auf der diverse Krebserkrankungen aufgeführt sind. Als Basis für diese Tabelle dient die französische Referenztablette vom 16. Juli 2018.

Bei Antrag auf eine Restschuldversicherung für einen Immobilienkredit müssen Antragstellerinnen und Antragsteller, die von einer der in der Tabelle aufgeführten Krebsarten geheilt

wurden (insgesamt gehören zehn Krebsarten zu der Gruppe), ihre Erkrankung zwar bekannt machen, aber der Versicherungsgeber darf sie, sofern bestimmte Bedingungen erfüllt sind, nicht ausschließen oder einen Risikoaufschlag fordern.

Damit haben die Antragsteller und Antragstellerinnen bereits nach einer Frist von weniger als zehn oder im Fall fünf Jahren (nach Behandlungsende und ohne Rückfall) Zugang zu einer Restschuldversicherung ohne Risikoaufschlag. Bei Erfüllung der entsprechenden Bedingungen verpflichten sich die unterzeichnenden Versicherungsunternehmen, für den Zugang zu der Versicherung oder für die Berechnung der Prämien für die Restschuldversicherung keinerlei medizinische Informationen hinsichtlich einer Krebserkrankung zu berücksichtigen.



Gut zu wissen

Unter Behandlungsabschluss versteht man: „den Zeitpunkt, zu dem die aktive Behandlung der Krebserkrankung ohne Rückfall mittels Operation, Strahlentherapie, Chemotherapie in einer zugelassenen medizinischen Einrichtung beendet wurde und ab dem keine weitere Behandlung notwendig ist. Eine Ausnahme bilden mögliche Langfristtherapien wie etwa eine Hormon- oder Immuntherapie“.

Unter einem Rückfall versteht man „jedes neuerliche Auftreten des Krebses, das auf medizinischem Wege – sei es durch eine klinische oder biologische Untersuchung oder ein bildgebendes Verfahren – festgestellt wurde“.



V. Nützliche Adressen

Nationale Gesundheitskasse - Caisse nationale de santé (CNS)

4, rue Mercier
L-2144 Luxemburg-Gare
Postanschrift: L-2980 Luxemburg
T 27 57-1
E cns@secu.lu

Krankenkasse der Kommunalbeamten und kommunalen Angestellten - Caisse de maladie des fonctionnaires et employés communaux (CMFEC)

20, avenue Emile Reuter
L-2420 Luxemburg
Postanschrift: B.P. 328
L-2013 Luxemburg
T 45 05 15

Krankenkasse der Beamten und Ange- stellten des Staates - Caisse de maladie des fonctionnaires et employés public (CMFEP)

32, avenue Marie-Thérèse
L-2132 Luxemburg
T 45 16 81
E cmfep@secu.lu

Pensiounskees - Caisse nationale d'assurance pension (CNAP)

1, boulevard Prince Henri
L-1724 Luxemburg
T 22 41 41 1
T 224141-6500
E über Kontaktformular auf Homepage

Krankenkasse der nationalen Eisenbahn- gesellschaft - Entraide médicale de la société nationale des chemins de fer luxembourgeois (EM-CFL)

2B, rue de la Paix
L-2312 Luxemburg
T 49 90 - 3416

Kontrollärztlicher Dienst der Sozial- versicherung - Contrôle médical de la Sécurité sociale (CMSS)

4, rue Mercier
L-2144 Luxemburg-Gare
Postanschrift: B.P. 1342
L-1013 Luxemburg
T 24 76 75 00





Oberstes Schiedsgericht der Sozialversicherung - Conseil supérieur de la sécurité sociale (CSSS)

14, avenue de la Gare
L-1610 Luxemburg
T 26 26 05 1
F 26 26 05 38

Schiedsgericht der Sozialversicherung - Conseil arbitral de la sécurité sociale (CASS)

271, route d'Arlon
L-1150 Luxemburg

Bewertungs- und Kontrollbehörde der Pflegeversicherung - Administration d'évaluation et de contrôle (AEC)

4, rue Mercier
L-2144 Luxemburg-Gare
T 247-86 060
F 247-86 061
E secretariat@igss.etat.lu

SMA Service Moyens Accessoires

22-22, rue Geespelt
L-3378 Livingen
T 40 57 33 1
F 40 95 17
Msg 621 340 257
E contact@sma.lu

ADEM

3a, rue de Bitbourg
L-1273 Luxemburg
T 24 78 88 88
E info@adem.etat.lu

ITM Inspection du Travail et des Mines

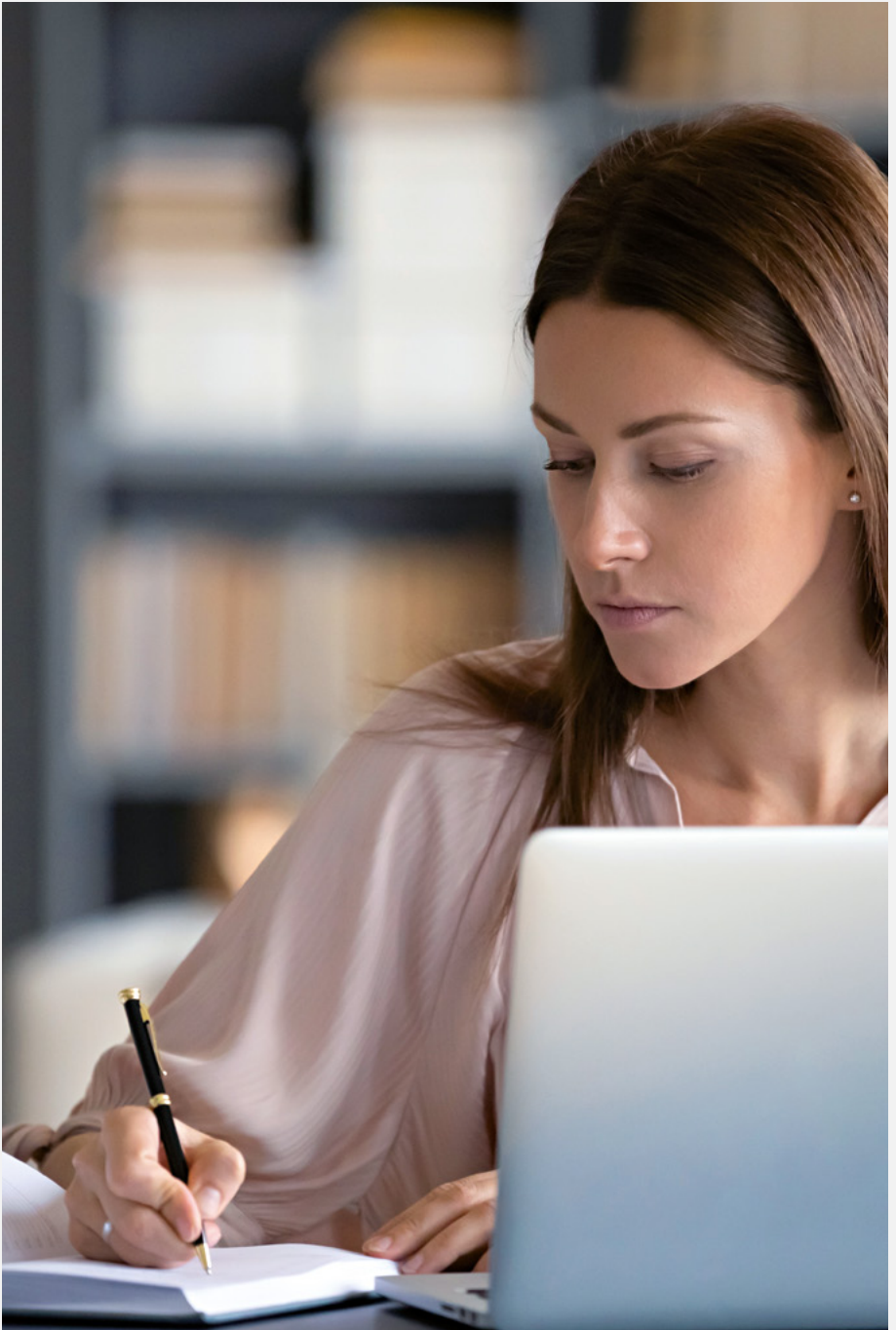
3, rue des Primeurs
L-2361 Strassen
T 247-76100
E über Kontaktformular auf Homepage

Nationaler Solidaritätsfonds - Fonds national de solidarité (FNS)

8-10, rue de la Fonderie
L-1531 Luxemburg
Postanschrift: B.P. 2411
L-1024 Luxemburg
T 49 10 811
F 26 12 34 64
E fns@secu.lu

Service national d'information et de médiation dans le domaine de la santé

11 Rue Robert Stumper,
L-2557 Gasperich Luxemburg
T 24 77 55 15
E info@mediateursante.lu



Patiente Verriedung

1B, rue Thomas Edison

L-1445 Strassen

T 49 14 57 1

E info@patienteverriedung.lu

Ombudsman Luxemburg

36, rue du Marché-aux-Herbes

L-1728 Luxemburg

T 26 27 01 01

E info@ombudsman.lu

Krankenhaus Emile Mayrisch -**Centre Hospitalier Emile Mayrisch (CHEM)**

Rue Emile Mayrisch

L-4240 Esch/Alzette

T 57 11 1

Krankenhaus in der Stadt Luxemburg -**Centre Hospitalier Luxembourg (CHL)**

4, rue Ernest Barblé

L-1210 Luxemburg

T 44 11 11

CHL Eich

L-1460 Luxemburg

T 44 11 12

Robert Schuman Krankenhäuser -**Hôpital Kirchberg (HRS)**

9, rue Edward Steichen

L-2540 Luxemburg

T 24 68 1

ZithaKlinik (HRS)

20-30 rue d'Anvers

L-1130 Luxemburg

T 28 88 1

Centre Hospitalier du Nord (CHdN)

120, avenue Salentiny

L-9080 Ettelbruck

E chdn@chdn.lu

T 81 66 1

Nationales Zentrum für Strahlentherapie**François Baclesse - Centre François****Baclesse (CFB)**

Rue Emile Mayrisch

L-4005 Esch/Alzette

T 26 55 66 1

Haus Omega

80, rue de Hamm

L-1713 Luxemburg

E info@hausomega.lu

T 26 00 37 1



HELP - Doheem Versuergt

11 Place Francois-Joseph Dargent

L-1413 Luxemburg

E info@help.lu

Päiperléck S.à.r.l.

1b, rue Stohlbou

L-6181 Gonderingen

E info@paiperleck.lu

Stéftung Hëllef Doheem

48a, avenue Gaston Diderich

L-1420 Luxemburg

E info@shd.lu

T 40 20 80

Rehabilitationszentrum im Schloss Colpach
- Centre de réhabilitation du Château
de Colpach

1, Am Schlosspark

L-8527 Niedercolpach

T 27 55 43 00

E crcc@croix-rouge.lu

Familljenhaus Zentrum

29, rue de Mamer

L-8081 Bartringen

T 40 49 49 400

F 40 21 31 339

Mondorf Domaine Thermal

Avenue des Bains

B.P. 52

L-5601 Bad Mondorf

T 23 666-800

F 23 666 -557

E domaine@mondorf.lu

Ministerium für Arbeit, Beschäftigung
sowie Sozial- und Solidarwirtschaft -
Ministère du Travail, de l'Emploi et de
l'Économie sociale et solidaire

26, rue Sainte-Zithe

L-2939 Luxemburg

T 2478-6130

Zoll- und Verbrauchsteuerverwaltung
(Direktion) - Administration des douanes
et accises

22, rue de Bitbourg

L-1273 Luxemburg

T 28 18 28 18 (central)



Ministerium für Umwelt, Klima und nachhaltige Entwicklung (Abteilung für Mobilität und Transport) - Ministère de l'Environnement, du Climat et du Développement durable (Département des transports)

4, place de l'Europe
L-1499 Luxembourg

Ministerium für soziale Sicherheit - Ministère de la sécurité sociale

26, rue Sainte Zithe
L-2763 Luxembourg

Juristische Empfangs- und Informationsstelle - Service d'accueil et d'information juridique - (SAIJ) - Luxembourg

Cité judiciaire - Bâtiment BC
L-2080 Luxembourg

Juristische Empfangs- und Informationsstelle - Service d'accueil et d'information juridique - (SAIJ) - Diekirch

Palais de justice de Diekirch - Salle d'audience
II EG21
4, place Guillaume
L-9280 Diekirch

Service de l'assistance judiciaire

45, allée Scheffer
L-2520 Luxembourg

Rechtsbezirk Diekirch Vorsitzender der Anwaltskammer-Diekirch - Bâtonnier de l'Ordre des Avocats de Diekirch

B.P. 68
L-9201 Diekirch



Die Fondation Cancer, für Sie, mit Ihnen, dank Ihnen.

1994 in Luxemburg gegründet, setzt sich die Fondation Cancer seit über 30 Jahren im Kampf gegen den Krebs ein. Neben Information über Prävention, Früherkennung und Leben mit Krebs besteht eine ihrer Missionen darin, Patienten und ihre Angehörigen mit vielfältigen Angeboten zu unterstützen. Die Förderung von Forschungsprojekten rund um das Thema Krebs bildet eine weitere wichtige Säule der Arbeit der Fondation Cancer, die alljährlich das große Solidaritätsevent *Relais pour la Vie* veranstaltet. Diese Missionen können nur dank der Großzügigkeit unserer Spender erfüllt werden.

Sie können uns auf folgenden Kanälen erreichen:



@fondationcancer



@relaispourlavieluxembourg



@fondationcancerluxembourg



Fondation Cancer Luxembourg



Fondation Cancer

cancer.lu

T 45 30 331

E fondation@cancer.lu

209, route d'Arlon

L-1150 Luxembourg





Diese Broschüre konnte Ihnen dank der Unterstützung der Spender der Fondation Cancer kostenlos zur Verfügung gestellt werden. Wenn Sie möchten, können auch Sie die Initiativen der Fondation Cancer mit einer steuerlich absetzbaren Spende auf das folgende Konto unterstützen:



CCPL LU92 1111 0002 8288 0000

Die Fondation Cancer ist Gründungsmitglied der 'Don en Confiance Luxembourg' asbl.



Die Fondation Cancer,
für Sie, mit Ihnen, dank Ihnen.



209, route d'Arlon
L-1150 Luxembourg
T 45 30 331
E fondation@cancer.lu
cancer.lu



**Fondation
Cancer**
Info · Aide · Recherche