

Luxemburg, den 13. Oktober 2009

Zur Euthanasie in Luxemburg



Pastorale Fortbildung

Vortrag von Prof. Dr. Erny Gillen
Luxemburg

Inhalt

- A. Begriffe, wie sie international gebraucht werden
 - A1. Palliative Care
 - A2. Künstliche Lebensverlängerung
 - A3. Euthanasie
 - A4. Aide au suicide

- B. Die Versuche, das Sterben umfassend zu gestalten (obstination déraisonnable – palliative care – euthanasie)
 - B1. Frankreich
 - B2. Luxemburg

Inhalt

- C. Zur Geschichte der aktuellen Rechtslage
 - C1. Wichtige Etappen der legislativen Arbeit
 - C2. Zur Geschichte der Abstimmung
- D. Das luxemburgische Euthanasie-Gesetz
 - D1. Bedingungen und Verfahrensregelungen
 - D2. Zum Verständnis des Euthanasie-Gesetzes in Luxemburg?
 - D3. Widersprüche

Inhalt

- E. Zwei unterschiedliche Rechts- und Moralverständnisse konkurrieren
- F. Abschließende Überlegungen
- G. Pastorale und sozialetische Aufgaben der Gesellschaft und der Kirche
- H. Wider die Einsamkeit der Menschen

Artikel

RTL

ii op Käschte vun der LSAP +++ Belval Nord: Eischt Propriétaire krute Wunnengs

Sichen

News Sport Service Games Lifestyle Kichen

Menu opmaachen

National News

Minister: Euthanasie-Gesetz do, fir respektéiert ze ginn

RTL - 08.10.2009, 07:30 - Fir d'lescht aktualiséiert: 09.10.2009, 07:56

[Commentaire ofginn? Hei klicken!](#)

Euthanasie: Fir de Fall, dass sech confirméiert, dass de Wëlle vum Patient net respektéiert gouf, huet de Gesondheetsminister kee Versteestemech.



La loi sur l'euthanasie n'est pas respectée

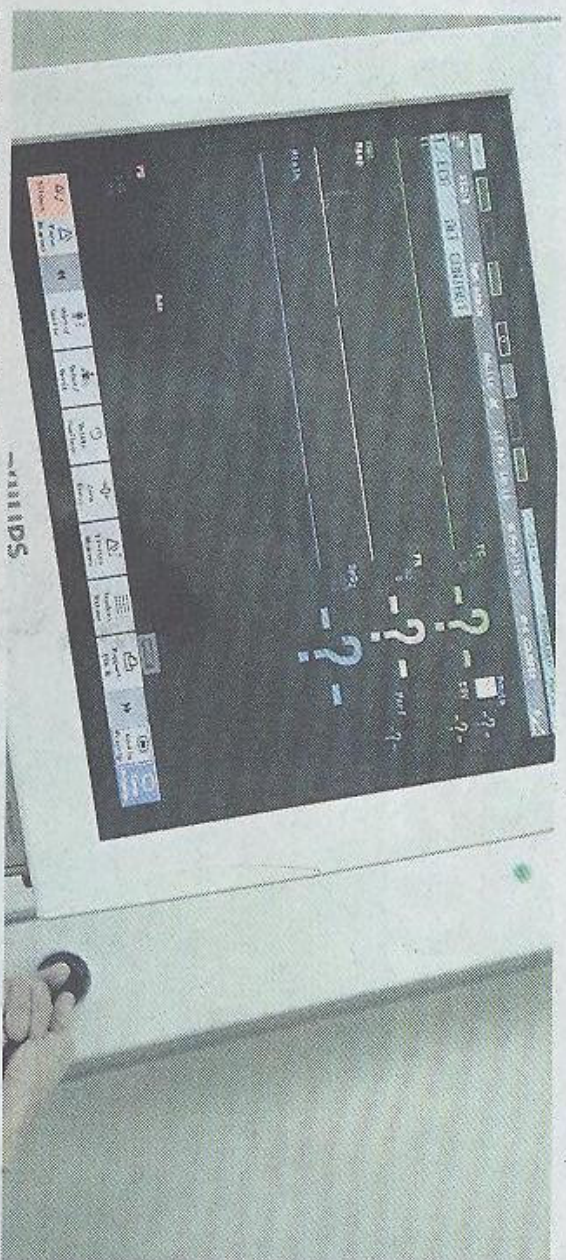
Le droit de mourir dans la dignité, pourtant reconnu par une loi votée au Parlement luxembourgeois, n'existe pas toujours dans la pratique. Une clinique vient de refuser d'appliquer la loi alors que toutes les conditions étaient réunies. Si un médecin peut refuser l'assistance médicalisée à un suicide, une institution, financée par l'État, ne le peut pas en théorie. **Page 4**

La loi sur l'euthanasie a été bafouée dans une clinique

LUXEMBOURG - La clinique Sainte-Zithe a refusé d'appliquer la loi sur l'euthanasie cet été alors que toutes les conditions légales étaient réunies.

» sondage sur www.lesessentiel.lu
Euthanasie

«C'est incroyable qu'une institution, quelle qu'elle soit, puisse prétendre échapper à la loi. Un médecin peut refuser l'assistance au suicide, mais pas les institutions. D'autant moins qu'elles sont financées par l'État». Coauteur de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, la députée socia-



editpress

La clinique Sainte-Zithe vient de refuser à un patient le droit de mourir dans ses murs.

liste Lydie Err n'en revient pas. Comme son collègue des Verts Jean Huss qui vient d'adresser une question au ministre de la Santé, elle est ulcérée par les méthodes employées par les opposants à la loi sur l'euthanasie. «Trans-

porter un mourant pour l'obliger à trouver un autre endroit où mourir, c'est... indescriptible», poursuit-elle.

D'autant plus que cette phase terminale, à été contrainte de mourir à son do-

micile en présence du médecin, selon une enquête menée par nos confrères de RTL radio Lëtzebuerg. «La lutte continue», assurent les deux auteurs de la loi sur l'euthanasie.

Patrick Théry

Sterbehilfe in der Zitha-Klinik

T. 9.10.09 EW, EG

„Patient hatte Verfügung zurückgezogen“



Foto: Tageblatt-Archiv

Sterbehilfe ist eine Angelegenheit zwischen Patient und Arzt

Lucien Montebusco

Verweigerte eine Klinik einem sterbenskranken Patienten das Recht auf Sterbehilfe, wie das gestern Morgen auf RTL Radio Lëtzebuerg gemeldet worden ist? Nein, heißt es aus der Zitha-Klinik in Luxemburg, um die es sich dabei handelt.

Seit März hat Luxemburg ein Gesetz über Sterbehilfe. Nun soll eine hauptstädtische Klinik einem Patienten dieses Recht auf Sterbehilfe verweigert haben. Das zumindest wusste gestern Morgen RTL Radio Lëtzebuerg zu vermuten.

Der Arzt habe dem Antrag des

Untersuchung

In einer parlamentarischen Anfrage an Gesundheitsminister Mars di Bartolomeo (LSAP) erkundigte sich der Abgeordnete Jean Huss („déligréng“) über die Rechtmäßigkeit der Entscheidung der Zitha-Klinik, sollten die Vorwürfe tatsächlich zutreffen. Ob dabei nicht gegen das Gesetz vom 16. März verstoßen wurde? Ob er eine Untersuchung einzuleiten gedenke?

krebskranken Patienten zugestimmt, nur habe die Direktion die Durchführung der Sterbehilfe im Krankenhaus verboten. Vorpatienten aus dem Spital zu entlassen, damit die Sterbehilfe an anderer Stelle vollzogen werden könnte. Der Patient jedoch fiel ins Koma und verschied kurz darauf.

Bei der betroffenen Klinik handelt es sich um die hauptstädtische Zitha-Klinik. Tatsächlich sei ein Arzt mit der Anfrage eines krebskranken Patienten auf Sterbehilfe befasst worden, bestätigte Dr. Philippe Turk, medizinischer Direktor der Zitha-Klinik, dem *Tageblatt* gestern.

Das Gesetz sieht vor, dass sich gleich zwei Ärzte zur Anfrage des Patienten äußern müssen, wobei das zweite Gutachten jedoch nicht mit dem ersten übereinstimmen muss.

Der erste Arzt habe dem Gesuch zugestimmt, das zweite Gutachten sei „nuancierter“ gewesen, so Dr. Turk. Dann habe der Patient seine Willensbekundung zurückgezogen. Er sei weiter palliativ behandelt worden und sei schließlich verstorben.

Dr. Turk bedauert in diesem Zusammenhang, dass das Sterbehilfegesetz dem Krankenhaus keinerlei Mitspracherecht einräume. Tatsächlich bleibt die Frage nach dem Ende des Lebens allein dem Patienten und Arzt überlassen.

Die Krankenhausleitung sei nur indirekt über den Wunsch

des Patienten nach Sterbehilfe informiert worden, so Dr. Turk. In der Zitha-Klinik werde die Frage über Sterbehilfe intensiv erörtert. Man suche dabei nach einem Mittelweg, der alle Seiten zufrieden stellen könnte. Als Institution sei man dazu verpflichtet, sowohl dem Arzt als auch dem Patient in dieser Frage Hilfestellung zu leisten.

Dr. Turk zufolge hätte das Krankenhaus die Sterbehilfe nicht verbieten können, doch wäre dieser Akt wohl nicht im

Sinne der Gründer des Krankenhauses gewesen. Das Zitha-Krankenhaus wurde von der Kongregation der Tertiär-Karmelitinnen gegründet, wird aber aus öffentlichen Geldern finanziert.

Auch in Zukunft könne man Sterbehilfe wohl nicht verbieten. Doch werde man sich um größtmögliche Hilfe bemühen, so Philippe Turk.

ANTRÄGE FÜR STERBEHILFE

www.sante.lu

Strenge Bedingungen

Kernelement des neuen Gesetzes zur Sterbehilfe ist die Depenalisierung der Sterbehilfe. Einem Patienten ist erlaubt, die Hilfe eines Arztes in Anspruch zu nehmen, um vorsätzlich aus dem Leben zu scheiden.

Der Arzt kann nicht gerichtlich belangt werden, wenn verschiedene Bedingungen erfüllt sind.

- Der betroffene Patient muss volljährig sein und sich in einer medizinisch ausweglosen Situation befinden.
- Zudem muss er unter physischen oder psychischen Schmerzen leiden, ohne

Aussicht auf Besserung dieser Situation.

- Der Patient muss außerdem seinen Wunsch, aus dem Leben scheiden zu wollen, in einem freiwilligen und wohlbedachten Antrag, frei von jeglichem externem Druck, formulieren und gegebenenfalls wiederholen.
- Auch muss der Patient von seinem Arzt über seinen Zustand und die entsprechenden medizinischen Möglichkeiten informiert werden.
- Schließlich muss der behandelnde Arzt einen zweiten Arzt bezüglich der Schwere und der Unheilbarkeit der Erkrankung zurate ziehen.

Mars di Bartolomeo

Öffentlich



Da alle Krankenhäuser Luxemburgs öffentlich finanziert würden, gehe er davon aus, dass man überall das Gesetz über Sterbehilfe einhalte,

sagte uns Gesundheitsminister Mars di Bartolomeo. Seit 1982 würden die Häuser gleich behandelt. Es sei kaum nachvollziehbar, wenn das Krankenhauswesen nun in zwei Lager gespalten werde. Wenn jedoch Spitäler zum privaten Raum erklärt würden, müssten sie auch Konsequenzen daraus ziehen. Das Gesetz über Sterbehilfe sehe keine Einmischung von Drittpersonen in die Beziehung Arzt-Patient vor, welche die Anwendung des Gesetzes verhindern könnten.

Zum geschilderten Fall von Sterbehilfe wolle er sich ausführlich informieren lassen. Imo



A. Begriffe, wie sie international gebraucht werden

- Palliative Care –
Die moderne Einhüllung des Sterbens
- Künstliche Lebensverlängerung –
Der Versuch, über die Natur zu siegen
- Euthanasie –
Die Tötung aus verzweifelter Freiheit
- Hilfe zur Selbsttötung

A1. Palliative Care – Definition der Weltgesundheitsorganisation

Laut Definition der Weltgesundheitsorganisation ist die Palliativmedizin “die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer voranschreitenden, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung in der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt.”

A1. Palliative Care – Definition in Luxemburg

Art. 1^{er}: „Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus et coordonnés, pratiqués par une équipe pluridisciplinaire dans le respect de la dignité de la personne soignée. Ils visent à couvrir l'ensemble des besoins physiques, psychiques et spirituels de la personne soignée et à soutenir son entourage. Ils comportent le traitement de la douleur et de la souffrance psychique.“

A1. Palliative Care – Umschreibung der katholischen Kirche

„Es ist immer erlaubt, sich mit den Mitteln zu begnügen, welche die Medizin allgemein zur Verfügung stellt. Niemand kann daher verpflichtet werden, eine Therapie anzuwenden, die zwar schon im Gebrauch, aber noch mit Risiken versehen oder zu aufwendig ist. Ein Verzicht darauf darf nicht mit Selbstmord gleichgestellt werden. Es handelt sich vielmehr um eine schlichtes Hinnehmen menschlicher Gegebenheiten; oder man möchte einen aufwendigen Einsatz medizinischer Technik vermeiden, dem kein entsprechender zu erhoffender Nutzen gegenübersteht; oder man wünscht, der Familie beziehungsweise der Gemeinschaft keine allzu große Belastung aufzuerlegen.“

Quelle: Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls, Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie, 20.5.1980

A2. Künstliche Lebensverlängerung – Definition der World Medical Association

„Conformément au principe de l'autonomie du patient, les médecins doivent respecter la décision du patient compétent d'abandonner un traitement de survie. Un traitement de survie est un traitement médical qui permet de prolonger la vie sans pouvoir rendre réversible l'état médical du patient. Un traitement de survie inclut, sans s'y limiter, la ventilation mécanique, la dialyse rénale, la chimiothérapie, les antibiotiques et l'alimentation et de l'hydratation artificielles.“

Quelle: http://www.wma.net/f/ethicsunit/whats_new_archives11.htm

A2. Künstliche Lebensverlängerung – Definition von Jean Leonetti

Art. 1: „Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.“

Quelle: Loi no 2005-370 dz 22.4.2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

A2. Künstliche Lebensverlängerung – Definition von Jean Leonetti

„Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10.“

A2. Künstliche Lebensverlängerung – Definitionen in Luxemburg

„On comprend par „acharnement thérapeutique“ la continuation d’un traitement au-delà du moment, où une réelle chance de guérison ou amélioration significative de l’état de santé du patient est donnée. L’acharnement thérapeutique, jugé par ailleurs inopportun par la Commission nationale d’éthique luxembourgeoise dans son avis 1/96 concernant l’acharnement thérapeutique, peut être considéré comme l’extension sans raison des tâches d’un médecin, ayant pour résultat une prolongation des souffrances, au lieu d’une amélioration de la situation du patient.“

Quelle: Gesetzesvorschlag Nr 4909 – „Exposé des motifs“

A2. Künstliche Lebensverlängerung – Definitionen in Luxemburg

Art. 2: „N'est pas sanctionné pénalement et ne peut donner lieu à une action civile en dommages-intérêts le fait par un médecin de refuser ou de s'abstenir de mettre en œuvre, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, des examens et traitements inappropriés par rapport à l'état de la personne en fin de vie et qui, selon les connaissances médicales du moment, n'apporteraient à la personne en fin de vie ni soulagement ni amélioration de son état ni espoir de guérison.“

A2. Künstliche Lebensverlängerung – Definition der katholischen Kirche

„Wenn der Tod näher kommt und durch keine Therapie mehr verhindert werden kann, darf man sich im Gewissen entschließen, auf weitere Heilversuche zu verzichten, die nur eine schwache oder schmerzvolle Verlängerung des Lebens bewirken könnten, ohne dass man jedoch die normalen Hilfen unterlässt, die man in solchen Fällen einem Kranken schuldet. Dann liegt kein Grund vor, dass der Arzt Bedenken haben müsste, als habe er einem Gefährdeten die Hilfe verweigert.“

Quelle: Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls, Erklärung der Kongregation für die Glaubenslehre zur Euthanasie, 20.5.1980

A2. Künstliche Lebensverlängerung – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

9.1.1. *Behandlungsverzicht oder -abbruch*

Angesichts des Sterbeprozesses kann der Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen oder deren Abbruch gerechtfertigt oder geboten sein. Ebenso besteht in den letzten Lebenstagen oft kein Bedürfnis mehr nach Flüssigkeit und Nahrung. Der Einsatz einer künstlichen Hydrierung erfordert eine sorgfältige Abwägung von erwarteter Wirkung und unerwünschten Nebenwirkungen. Bei der Entscheidungsfindung sollten Kriterien wie Prognose, voraussichtlicher Behandlungserfolg im Sinne der Lebensqualität sowie die Belastung durch die vorgeschlagene Therapie berücksichtigt werden.

Quelle: Palliative Care – Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen. SAMW vom 23.5.2006

A3. Euthanasie – Definition aus dem Ärzteethos (F)

Art. 38:

„Il (le médecin) n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort.“

A3. Euthanasie – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

4.2. Tötung auf Verlangen

Die Tötung eines Patienten (auch „aktive Sterbehilfe“ genannt) ist vom Arzt auch bei ernsthaftem und eindringlichem Verlangen des urteilsfähigen Patienten abzulehnen. Tötung auf Verlangen ist nach Art. 114 Strafgesetzbuch strafbar.“

Quelle: Betreuung von Patienten am Lebensende – Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW. In: Schweizerische Ärztezeitung, Nr. 6, 2004, S.290.

A3. Euthanasie – Definition der Bundesärztekammer (D)

„Eine gezielte Lebensverkürzung durch Maßnahmen, die den Tod herbeiführen oder das Sterben beschleunigen sollen, ist als aktive Sterbehilfe unzulässig und mit Strafe bedroht.“

A3. Euthanasie – Definition der katholischen Kirche

„Unter Euthanasie wird hier eine Handlung oder Unterlassung verstanden, die ihrer Natur nach oder aus bewusster Absicht den Tod herbeiführt, um so jeden Schmerz zu beenden. Euthanasie wird also auf der Ebene der Intention wie auch der angewandten Methoden betrachtet.“

A3. Euthanasie – Definition der luxemburgischen Gesetzgebung

„... il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un médecin, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande expresse et volontaire de celle-ci“

A4. Aide au suicide – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

„4.1. Beihilfe zum Suizid

Gemäß Art. 115 des Strafgesetzbuches ist die Beihilfe zum Suizid straflos, wenn sie ohne selbstsüchtige Beweggründe erfolgt. Dies gilt für alle Personen.

Für Ärzte besteht bei Patienten am Lebensende die Aufgabe darin, Symptome zu lindern und den Patienten zu begleiten. Trotzdem kann am Lebensende in einer für den Betroffenen unerträglichen Situation der Wunsch nach Suizidbeihilfe entstehen und dauerhaft bestehen bleiben.

Quelle: Betreuung von Patienten am Lebensende – Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW. In: Schweizerische Ärztezeitung, Nr. 6, 2004, S.290.

A4. Aide au suicide – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

In dieser Grenzsituation kann für den Arzt ein schwer lösbarer Konflikt entstehen. Auf der einen Seite ist die Beihilfe zum Suizid nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit, denn der Arzt ist verpflichtet, seine ärztlichen Kompetenzen zur Heilung, Linderung und Begleitung einzusetzen. Auf der anderen Seite hat er den Willen des Patienten zu achten. Das kann auch bedeuten, dass eine persönliche Gewissensentscheidung des Arztes, im Einzelfall Beihilfe zum Suizid zu leisten, zu respektieren ist. Der einzelne Arzt trägt dann die Verantwortung für die Prüfung der folgenden Mindestanforderungen:

Quelle: Betreuung von Patienten am Lebensende – Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW. In: Schweizerische Ärztezeitung, Nr. 6, 2004, S.290.

A4. Aide au suicide – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

- Die Erkrankung des Patienten rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist.
- Alternative Möglichkeiten der Hilfestellung wurden erörtert und, soweit gewünscht, auch eingesetzt.
- Der Patient ist urteilsfähig, sein Wunsch ist wohlüberlegt, ohne äußeren Druck entstanden und dauerhaft. Dies wurde von einer Drittperson überprüft, wobei diese nicht zwingend ein Arzt sein muss.

Der letzte Akt der zum Tode führenden Handlung muss in jedem Fall durch den Patienten selbst ausgeführt werden.

Quelle: Betreuung von Patienten am Lebensende – Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW. In: Schweizerische Ärztezeitung, Nr. 6, 2004, S.290.

A4. Aide au suicide – Luxemburgische Gesetzgebung

Art. 1er: „Par assistance au suicide il y a lieu d’entendre le fait qu’un médecin aide intentionnellement une autre personne à se suicider ou procure à une autre personne les moyens à cet effet, ceci à la demande expresse et volontaire de celle ci.

Quelle: Loi du 16 mars 2009 sur l’euthanasie et l’assistance au suicide

caritas
L U X E M B O U R G



B1. Der französische Versuch, die Einhüllung des Sterbens umfassend zu gestalten

1) Grenzverschiebung zwischen „Euthanasie“ und „Palliative Care“

- die früher als „passiv“ bezeichnete Euthanasie wird in das semantische Feld von „palliative care“ verlagert
- die früher als „indirekt“ bezeichnete Euthanasie wird ebenfalls in das semantische Feld von „palliative care“ verlagert

B1. Der französische Versuch, die Einhüllung des Sterbens umfassend zu gestalten

Euthanasie

aktiv

passiv

direkt

indirekt

B1. Der französische Versuch, die Einhüllung des Sterbens umfassend zu gestalten

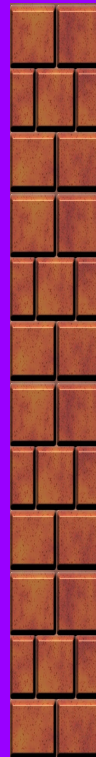
Palliative Care

Schmerzen nehmen

Leiden lindern

palliative Sedation

holistische Begleitung
beim Sterben



B1. Der französische Versuch, die Einhüllung des Sterbens umfassend zu gestalten

→ Daraus folgt eine scharfe Grenze zwischen „palliative care“ und „Euthanasie“. Die frühere Unschärfe innerhalb eines „breiter bestimmten“ Begriffs wird zugunsten eines klaren Euthanasiebegriffs und auf Kosten eines „offenen“ Begriffs von „palliative care“ gelöst.

B1. Der französische Versuch, die Einhüllung des Sterbens umfassend zu gestalten

Euthanasie

aktiv

passiv

direkt

indirekt

Palliative Care

Schmerzen
nehmen

Leiden
lindern

palliative
Sedation

holistische
Begleitung
beim Sterben

B1. Der französische Versuch, die Einhüllung des Sterbens umfassend zu gestalten

2) Grenzverschiebung zwischen „Lebensverlängerung“ und „Palliative Care“

- ❑ das Recht des Patienten, (für ihn) „sinnlose“ Therapien zu verweigern, wird festgeschrieben
- ❑ die frühere ärztliche Pflicht der Lebenserhaltung wird auf ein „vernünftiges“ Maß reduziert
- ❑ der Arzt wird entsprechend vor möglichen Anklagen wegen „unterlassener Hilfeleistung“ zivil- und strafrechtlich geschützt, wenn er auf Therapien verzichtet, die „sinnlos“ sind *und* (oder) vom Patienten (oder dessen Vertreter) abgelehnt werden, auch wenn dadurch der Sterbeprozess nicht aufgehalten oder gar freie Fahrt bekommt
- ❑ künstliche Ernährung wird als medizinische Handlung verstanden und nicht als Teil der Pflege

B1. Der französische Versuch, die Einhüllung des Sterbens umfassend zu gestalten

Künstliche Lebensverlängerung

Recht der Ablehnung von lebenserhaltenden Therapien

Lebenserhaltung wider besseres medizinisches Wissen

Ärztliche Pflicht das Leben entsprechend dem Willen des Patienten zu erhalten

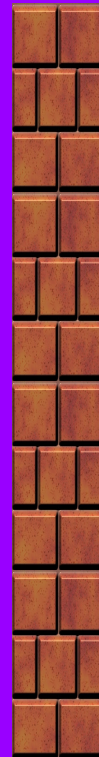
wider den Willen des Patienten

Ärztliche Pflicht, Leben zu erhalten

B1. Der französische Versuch, die Einhüllung des Sterbens umfassend zu gestalten

Palliative Care

Nicht Einleitung oder Abbruch von lebenserhaltenden Therapien



Aufklärung des Patienten und Anwalt „sinnvoller“ Therapie (also Widerstand leisten gegen den illegitimen Wunsch nach künstlicher Lebensverlängerung)

B1. Der französische Versuch, die Einhüllung des Sterbens umfassend zu gestalten

Palliative Care

Nicht Einleitung oder Abbruch von lebenserhaltenden Therapien

Aufklärung des Patienten und Anwalt „sinnvoller“ Therapie (also Widerstand leisten gegen den illegitimen Wunsch nach künstlicher Lebensverlängerung)



Recht der Ablehnung von lebenserhaltenden Therapien

Ärztliche Pflicht, das Leben entsprechend dem Willen des Patienten zu erhalten

Künstliche Lebensverlängerung

Lebenserhaltung wider besseres medizinisches Wissen

wider den Willen des Patienten

Ärztliche Pflicht, Leben zu erhalten

B1. Der französische Versuch, die Einhüllung des Sterbens umfassend zu gestalten

→ Daraus folgt eine neue scharfe oder harte Grenzziehung zwischen „palliative care“ und „obstination déraisonnable“ . Das Sprachfeld von „palliative care“ wird um das Recht des Patienten, „bewusst“ und „willentlich“ auch gegen medizinische Evidenzen und mögliche Therapien „sterbengelassen zu werden“, vergrößert und der Arzt wird entsprechend vor möglichen Klagen geschützt.

B1. Zusammenschau des französischen Versuchs, die Einhüllung des Sterbens umfassend zu gestalten

Euthanasie

Palliative
Care

Künstliche
Lebens-
verlängerung

Sterben lassen

Verzicht auf Therapie

B1. Der französische Versuch, die Einhüllung des Sterbens umfassend zu gestalten

Im französischen Gesetz wurde der Versuch unternommen, alle „Grenzfragen“ in das „Sprachfeld“ von „palliative care“ zu integrieren. Damit sollte gewährleistet werden, dass einerseits kein Patient gezwungen werden sollte, gegen seinen Willen weiterzuleben, und andererseits die Tötung auf Verlangen im medizinischen Raum ausgeschlossen und verboten bliebe.

B2. Die luxemburgische Rechtslage zu Euthanasie und Palliative Care

Das luxemburgische Gesetz zu „palliative care“ hat diese klare französische Begrifflichkeit und Konzeption nicht übernommen.

Der Patient hat kein „absolutes“ Recht, lebenserhaltende Therapien zu verweigern

« Art. 2. – Refus de l'obstination déraisonnable

N'est pas sanctionné pénalement et ne peut donner lieu à une action civile en dommages-intérêts le fait par un médecin de refuser ou de s'abstenir de mettre en œuvre, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, des examens et traitements inappropriés par rapport à l'état de la personne en fin de vie et qui, selon les connaissances médicales du moment, n'apporteraient à la personne en fin de vie ni soulagement ni amélioration de son état ni espoir de guérison. »

Quelle: Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie

B2. Die luxemburgische Rechtslage zu Euthanasie und Palliative Care

Die Grenzziehung zur Euthanasie bleibt ebenfalls offen; das heißt „Euthanasie“ wird im Gesetz nicht explizit ausgeschlossen.

Art. 2: « (...) La disposition qui précède s'entend sans préjudice de l'obligation pour le médecin soit de prodiguer lui-même à la personne en fin de vie les soins palliatifs définis à l'article qui précède soit de les initier. »

Art. 1: „Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus et coordonnés, pratiqués par une équipe pluridisciplinaire dans le respect de la dignité de la personne soignée. Ils visent à couvrir l'ensemble des besoins physiques, psychiques et spirituels de la personne soignée et à soutenir son entourage. Ils comportent le traitement de la douleur et de la souffrance psychique.“

Quelle: Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie

B2. Zusammenschau der luxemburgischen Rechtslage zu Euthanasie und Palliative Care

Euthanasie

Palliative
Care

Künstliche
Lebens-
verlängerung

Sterben lassen

Verzicht auf Therapie

B2. Die luxemburgische Rechtslage zu Euthanasie und Palliative Care

→ Die „offene“ Begriffsbestimmung von „palliative care“ im Gesetzentwurf wollte intentional wohl dem französischen Ansatz folgen, aber mit anderen „semantischen“ Mitteln.

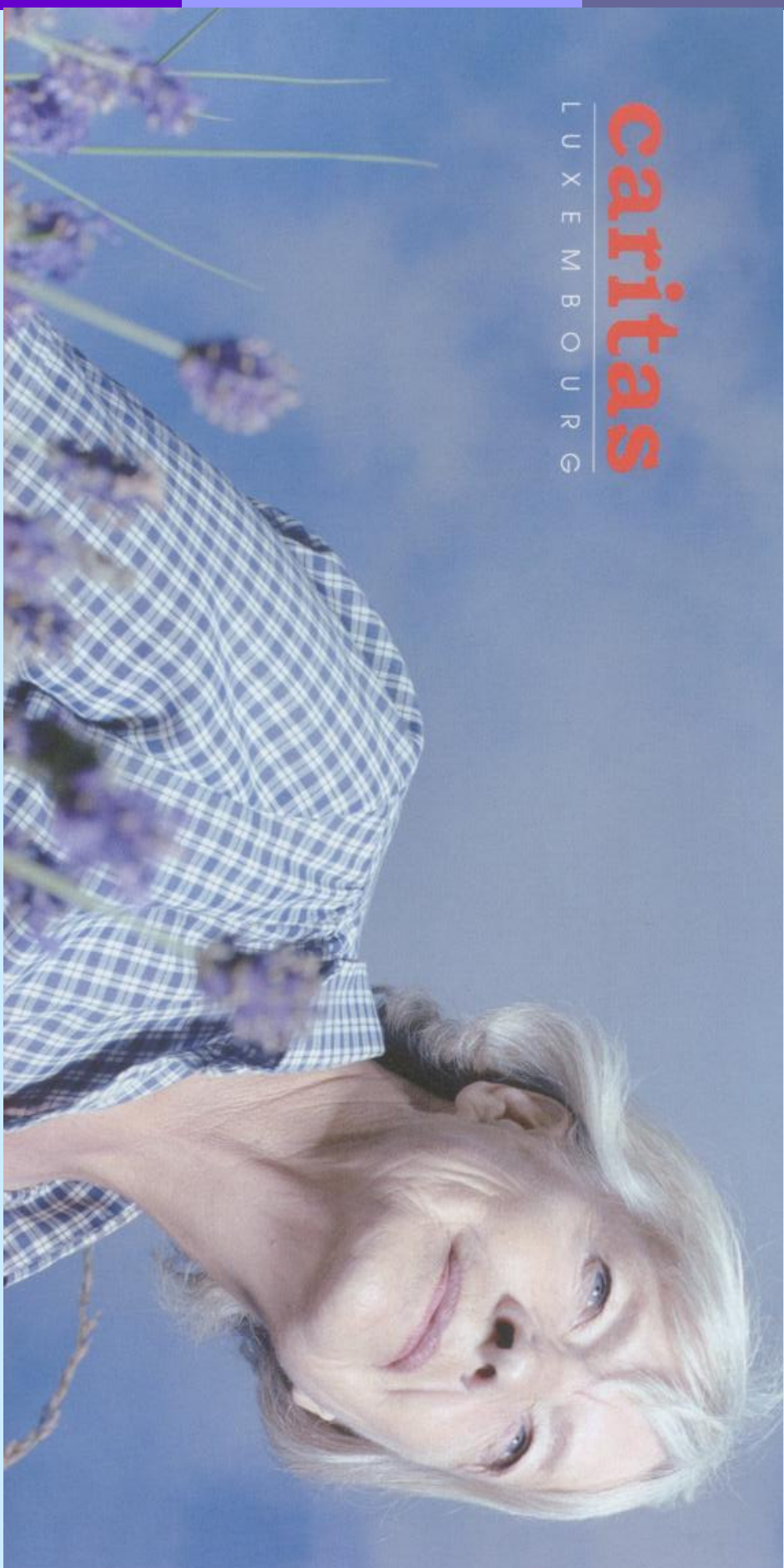
B2. Die luxemburgische Rechtslage zu Euthanasie und Palliative Care

→ Deutlich wird dies am Grenzfall der Sedation

„Sedation“

Palliative Care zielt darauf ab, die Fähigkeit des Patienten zur Kommunikation zu erhalten. Gelegentlich kann jedoch eine zeitlich begrenzte Sedation indiziert sein, um vorübergehend schwer behandelbare Symptome erträglich zu machen, bis entsprechende therapeutische Maßnahmen die gewünschte Wirkung bringen. In diesem Fall soll qualitativ und zeitlich nur so weit sediert werden, als dies für die Linderung der Symptome nötig ist.

caritas
L U X E M B O U R G



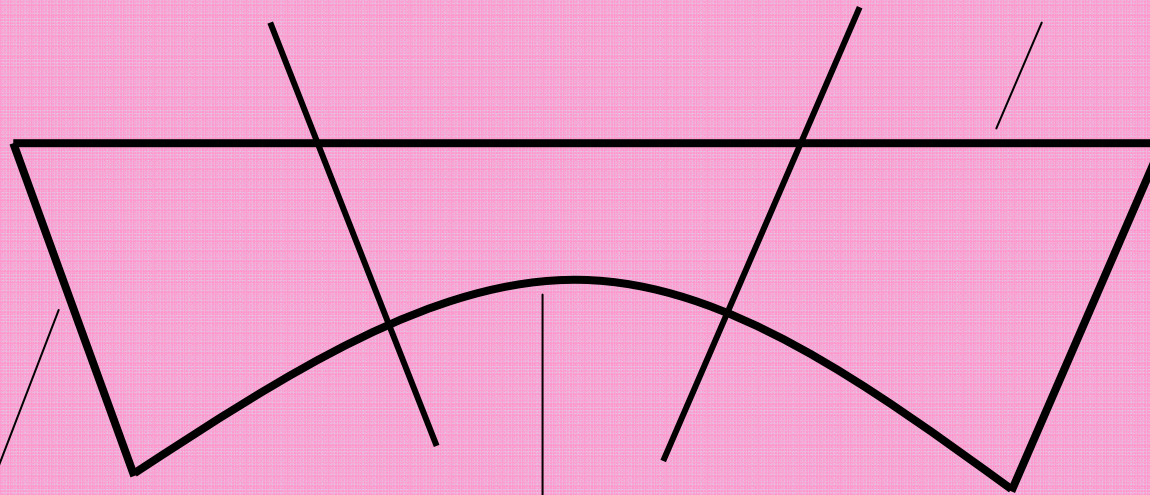
Denkpause 1

- Auf welchen Begriff sollte das Schwergewicht in der pastoralen Arbeit gelegt werden – angesichts der semantischen Verschiebungen und der legalen Gegebenheiten?
 - Verzicht und Ablehnung künstlicher Lebensverlängerung (*obstination déraisonnable*).
 - Euthanasie
 - Palliative Care

Denkpause 1

Warum?

In der Begleitung
kranker Menschen



Im politischen
öffentlichen
Diskurs

In der Verkündigung
und Paränese

Denkpause 1

Rückmeldung

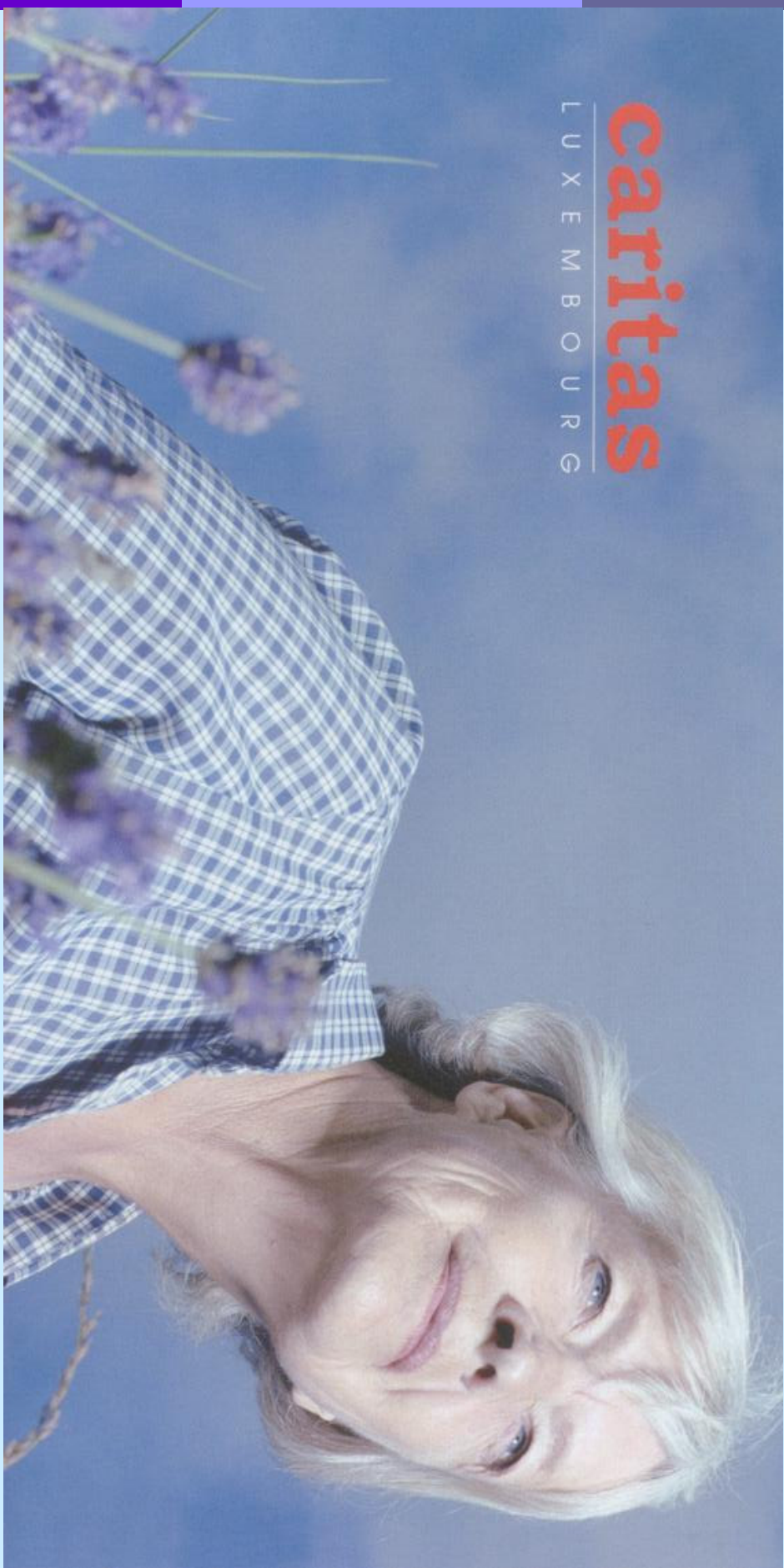
wichtigster Grund

A → a)
b)
c)

Schwergewicht auf B → a)
b)
c)

C → a)
b)
c)

caritas
L U X E M B O U R G



C1. Wichtige Etappen der legislativen Arbeit

- 1996: Interpellation Huss; Commission spéciale parlementaire « éthique »
- 1998 (28.08): Gesetz über die Krankenhäuser
- 1999 (16.03): Orientierungsdebatte im Parlament
- 1999 (17.03): 2 Resolutionen:
 - *Testament de vie*
 - *Euthanasie: 26 dafür, 22 dagegen, 4 Enthaltungen*

C1. Wichtige Etappen der legislativen Arbeit

- 2001 (03.05): Erklärung zur Lage der Nation
- 2002 (05.02): Proposition de loi Err / Huss
- 2003 (12.03): Neue Orientierungsdebatte
Resolution zur Euthanasie: 28 dafür, 27 dagegen, 1 Enthaltung
- 2004 (13.02): Dépôt Projet de loi 5303 relatif aux soins palliatifs et à l'accompagnement en fin de vie

C1. Wichtige Etappen der legislativen Arbeit

- 2004 (08): Regierungsprogramm: « réexamen »
- 2005 (07.07): Code de déontologie médicale, Artikel 40: «Il est interdit au médecin de provoquer délibérement la mort d'un malade (euthanasie) ou de l'aider à se suicider »
- 2006 (07.06): projet de loi 5584 – suite projet de loi 5303
- 2007 (11.06): Amendements à la proposition Err/Huss

C1. Wichtige Etappen der legislativen Arbeit

- ❑ 2007 (13.07): Avis du Conseil d'Etat
- ❑ 2007 (28.11): Amendements des auteurs à la proposition de loi 4909 et amendements parlementaires (5584)
- ❑ 2007 (11.12): Avis complémentaire du Conseil d'Etat: incompatibilité
- ❑ 2008 (14.02): Bericht zum Gesetz 5584 von der Kommission angenommen
- ❑ 2008 (04.03): Refus du second vote par le conseil d'état

C1. Wichtige Etappen der legislativen Arbeit

- ❑ 2008 (07.10): 2^{eme} Avis complémentaire du Conseil d'Etat
- ❑ 2008 (25.11): 3^{eme} Avis complémentaire du Conseil d'Etat
- ❑ 2008 (04.12): Rapport complémentaire de la commission de la santé et de la sécurité sociale
- ❑ 2008 (09.12): 4^{eme} Avis complémentaire du Conseil d'Etat

C2. Zur Geschichte der Abstimmung

- Der „Gesetzentwurf“ zu „Palliative Care“ wurde am 19. Februar 2008 einstimmig und in erster Lesung vom Parlament angenommen.
- Anschließend an diese „erste Lesung“ des „Palliative Care“-Gesetzentwurfs wurde der „parlamentarische Vorstoß“ eines „grünen“ und einer „sozialistischen“ Abgeordneten ebenfalls zur Abstimmung gebracht und mit 30 zu 26 Stimmen bei 3 Enthaltungen ebenfalls in erster Lesung angenommen.

C2. Zur Geschichte der Abstimmung

- ❑ Am 4. März 2008 verweigerte der Staatsrat beiden Texten zum Lebensende die Entbindung von der zweiten Lesung.
- ❑ Am 3. Juni 2008 wurden die beiden überarbeiteten Texte von der parlamentarischen Kommission angenommen und zur Begutachtung an den Staatsrat weitergeleitet.
- ❑ Es folgten noch 3 weitere Avis complémentaires des Staatsrats (07.10.2008; 25.11.1008 und 9.12.2008).
- ❑ Am 18. Dezember 2008 wurden die überarbeiteten Texte zur verfassungsgemäßen ersten Abstimmung dem Parlament vorgelegt (Palliative care einstimmig angenommen, Euthanasie mit 31 von 60 Stimmen angenommen).

C2. Zur Geschichte der Abstimmung

- ❑ Am 19. Dezember 2008 entband der Staatsrat beiden Texten zum Lebensende von der 2. Lesung (11 zu 9 Stimmen)
- ❑ Zuvor hatte der Großherzog angekündigt (2. Dezember 2008), das Euthanasie Gesetz nicht zu „billigen“ und zu „promulgieren.“
- ❑ Dieser Schritt wurde als institutionelle Krise bezeichnet.
- ❑ 11. Dezember 2008 Verfassungsänderung „billigen“ wurde gestrichen

C2. Zur Geschichte der Abstimmung

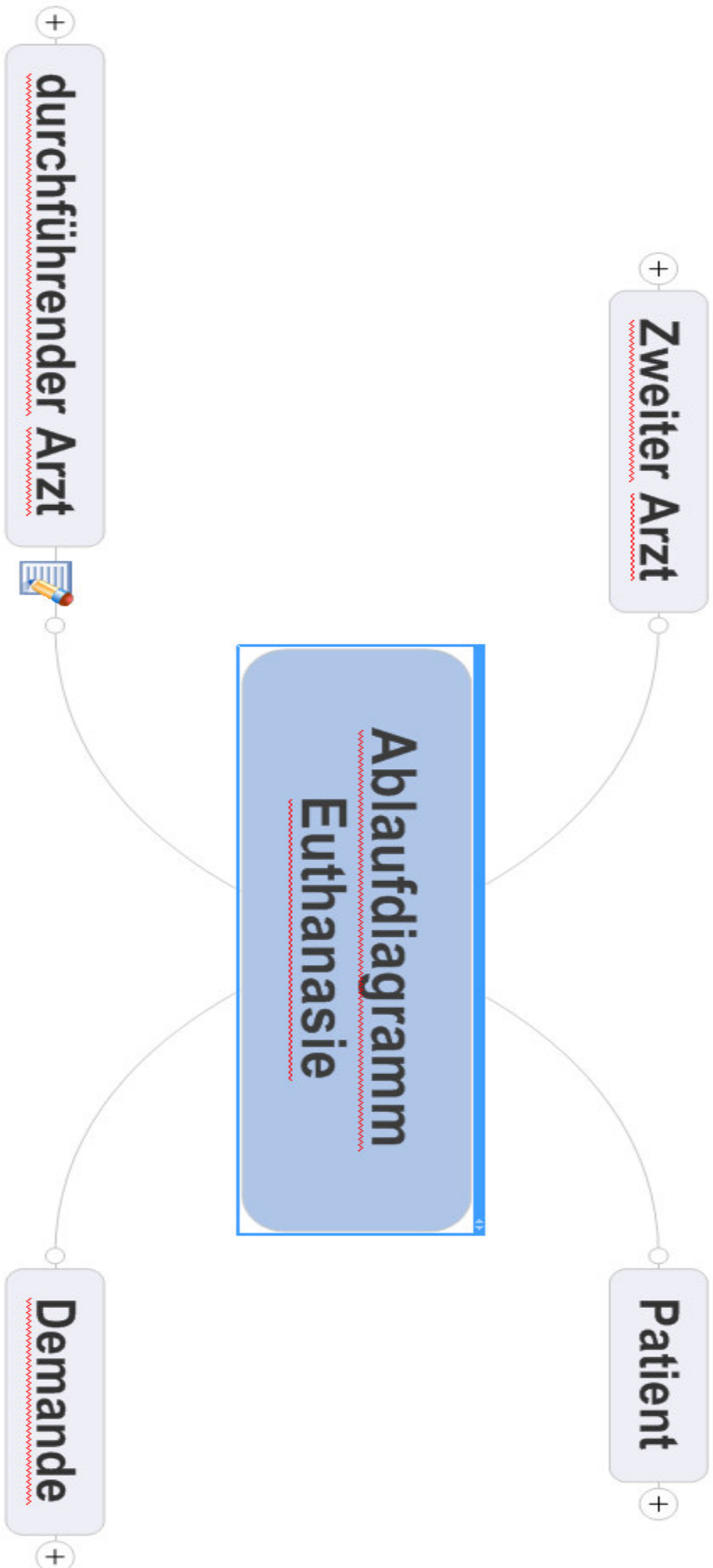
- ❑ 12. März 2009 Parlament zum obligatorischen 2. Votum über die Verfassungsänderung vorgelegt
- ❑ 12. März 2009 billigte und promulgierte der Großherzog die Verfassungsänderung
- ❑ Am 16. März 2009 unterschrieb der Großherzog das Gesetz unter den neuen verfassungsrechtlichen Bedingungen: er promulgierte das Gesetz.

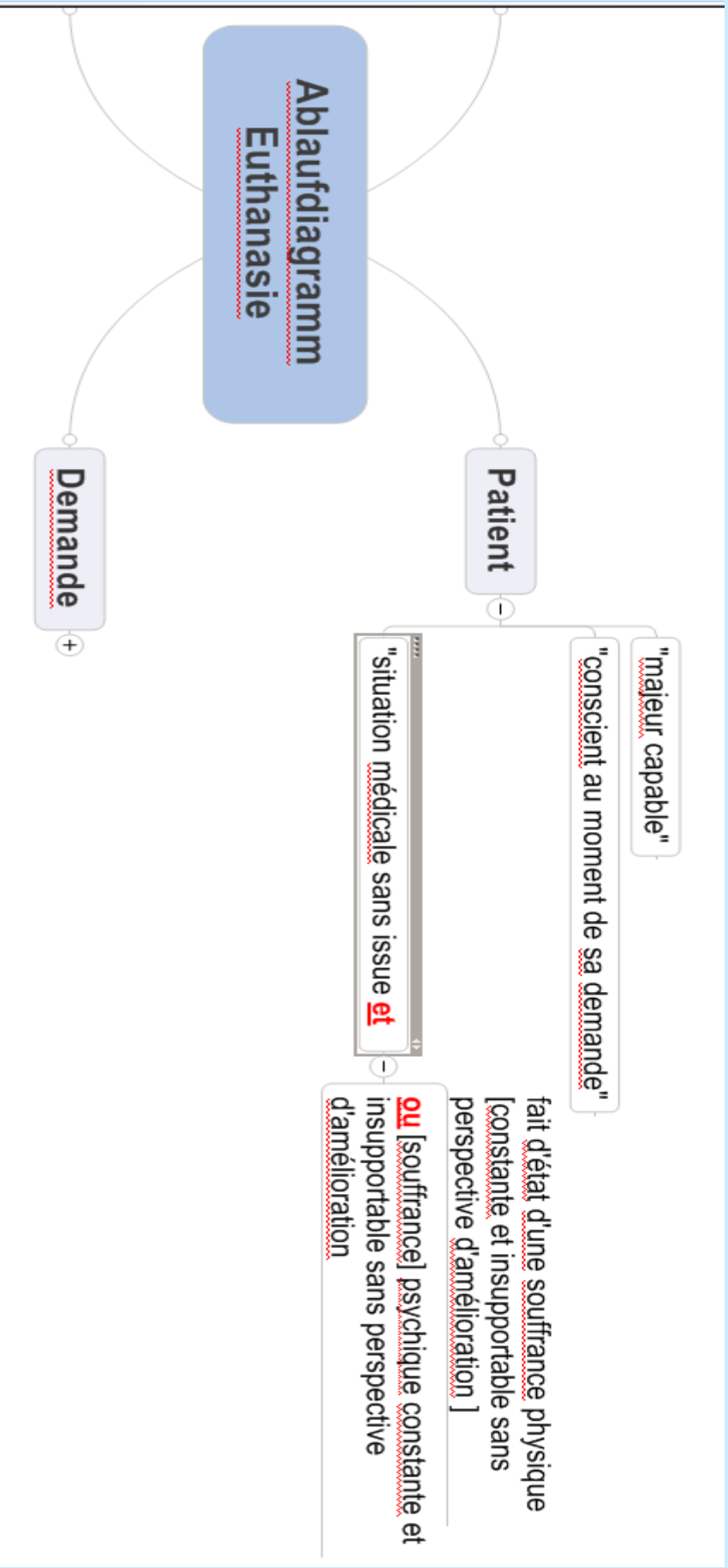
caritas
L U X E M B O U R G

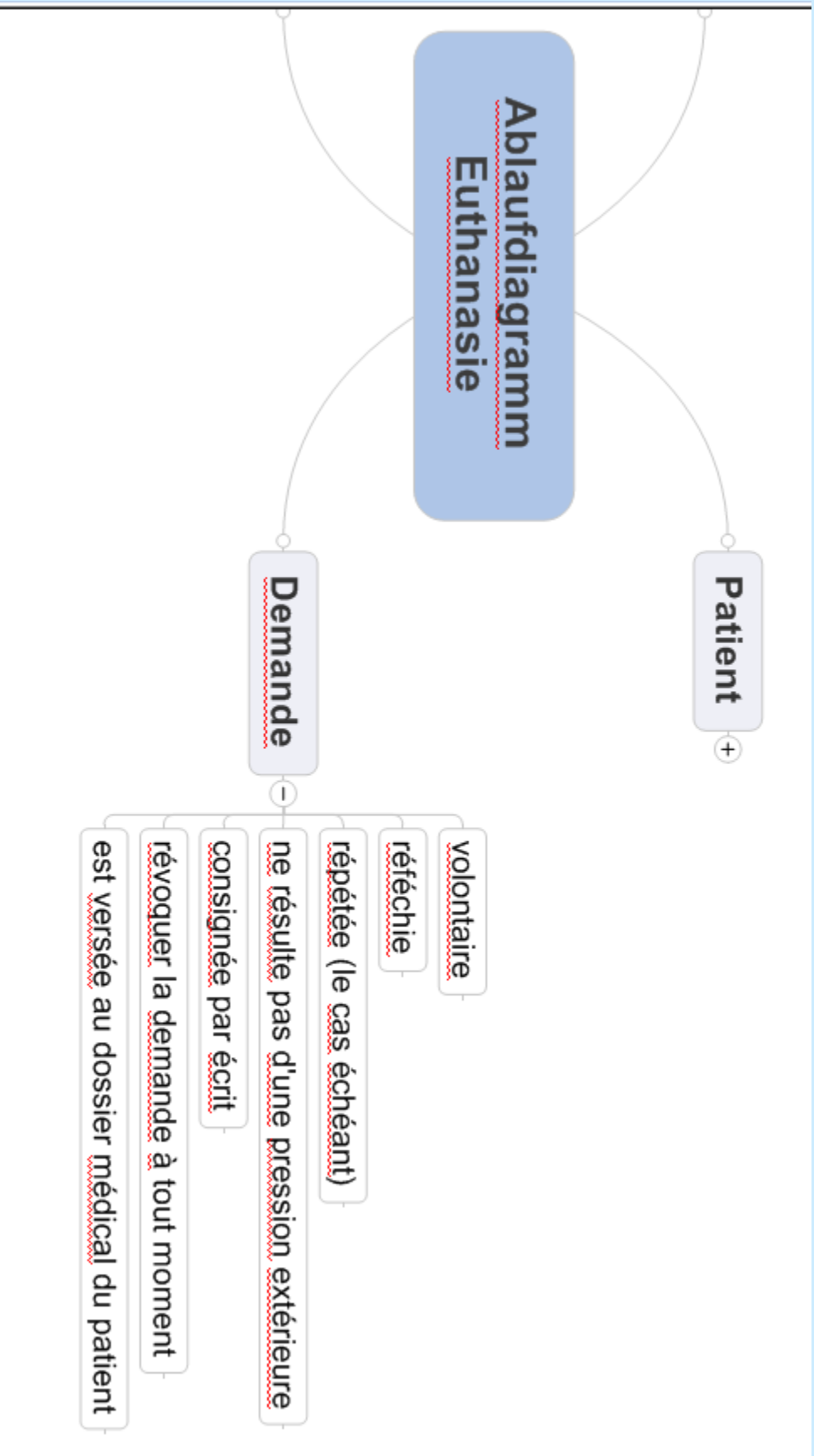


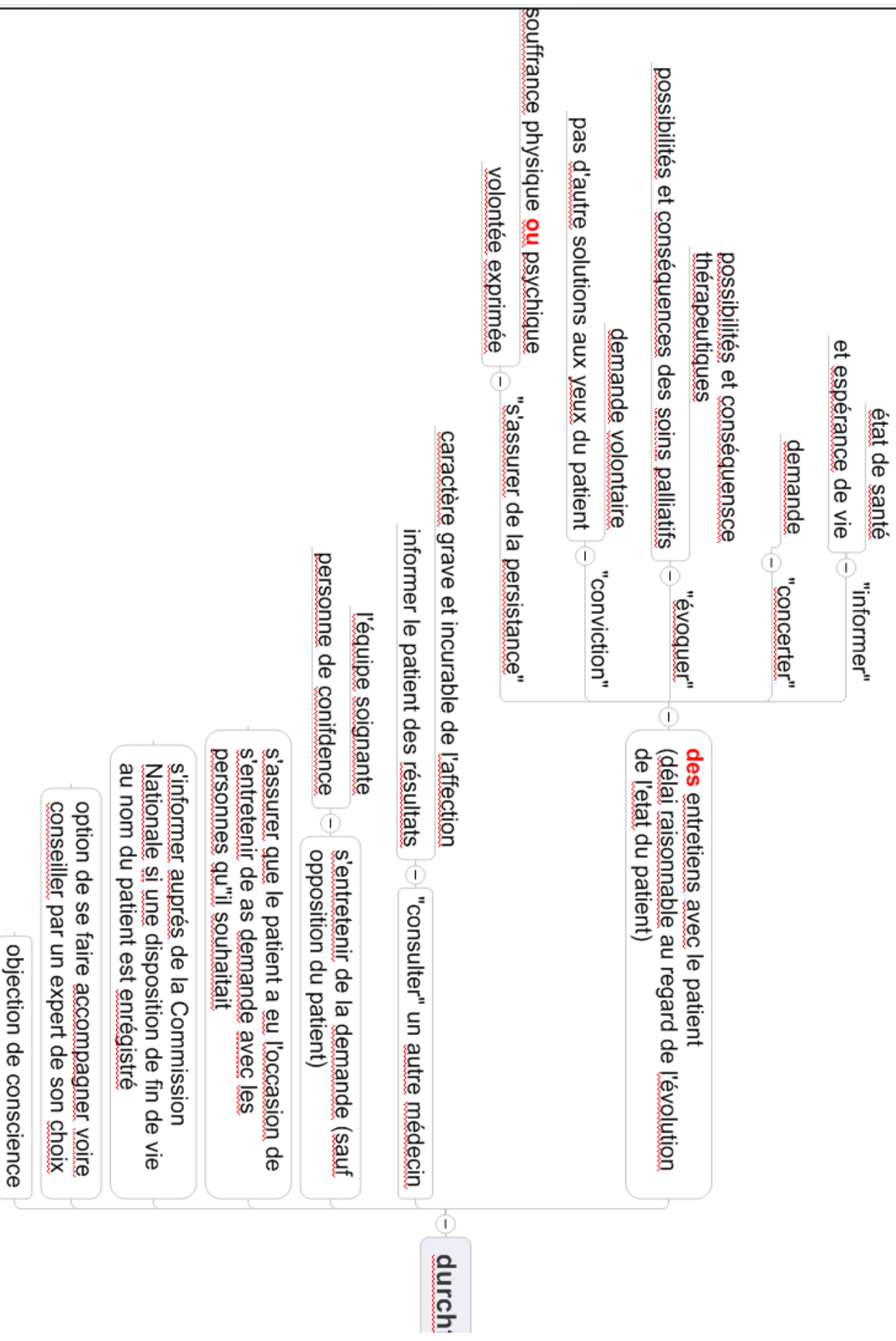
D1. Bedingungen und Verfahrensregelungen Euthanasie

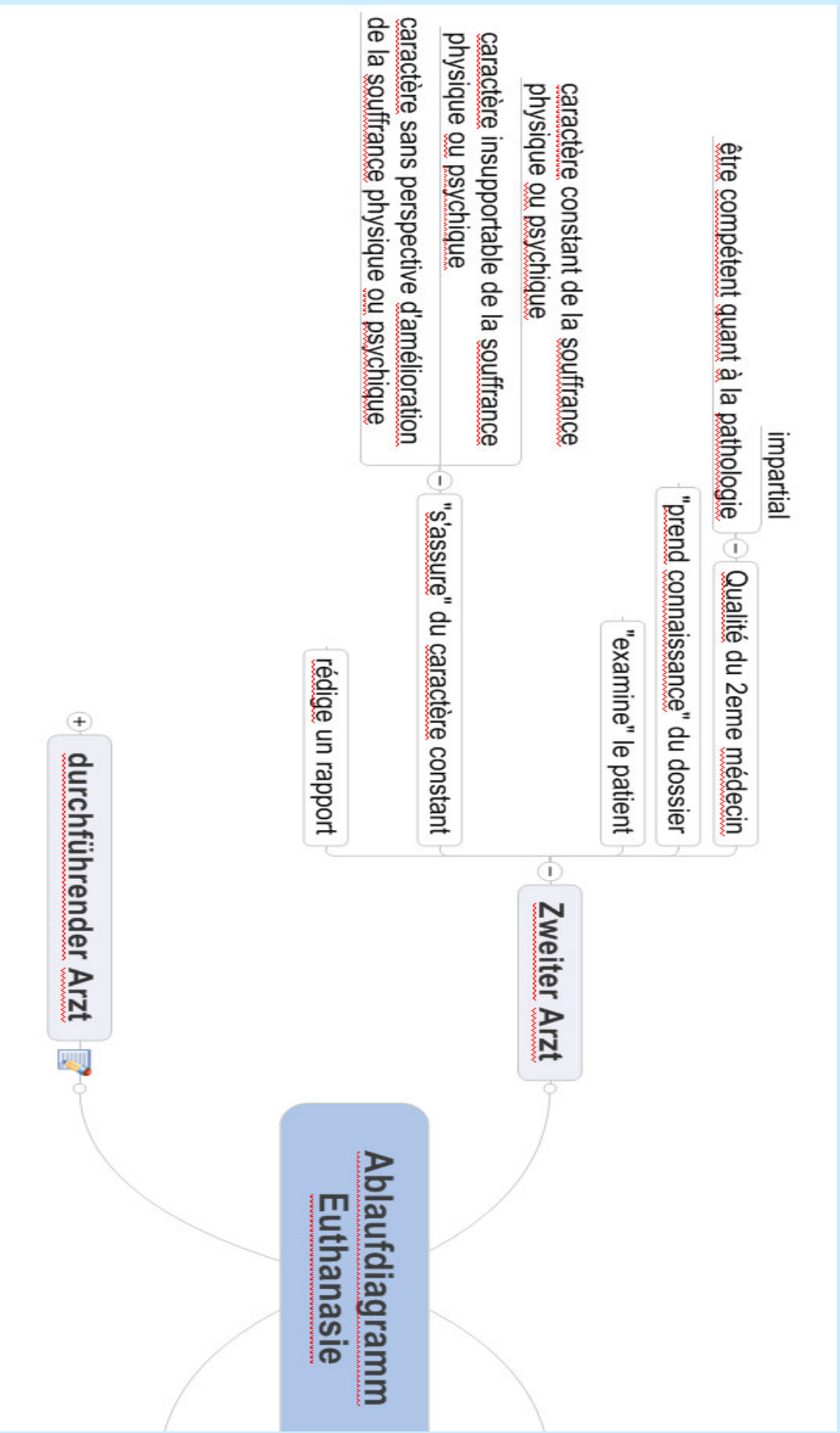
Überblick über die „conditions de fond“ und
die „conditions de forme“





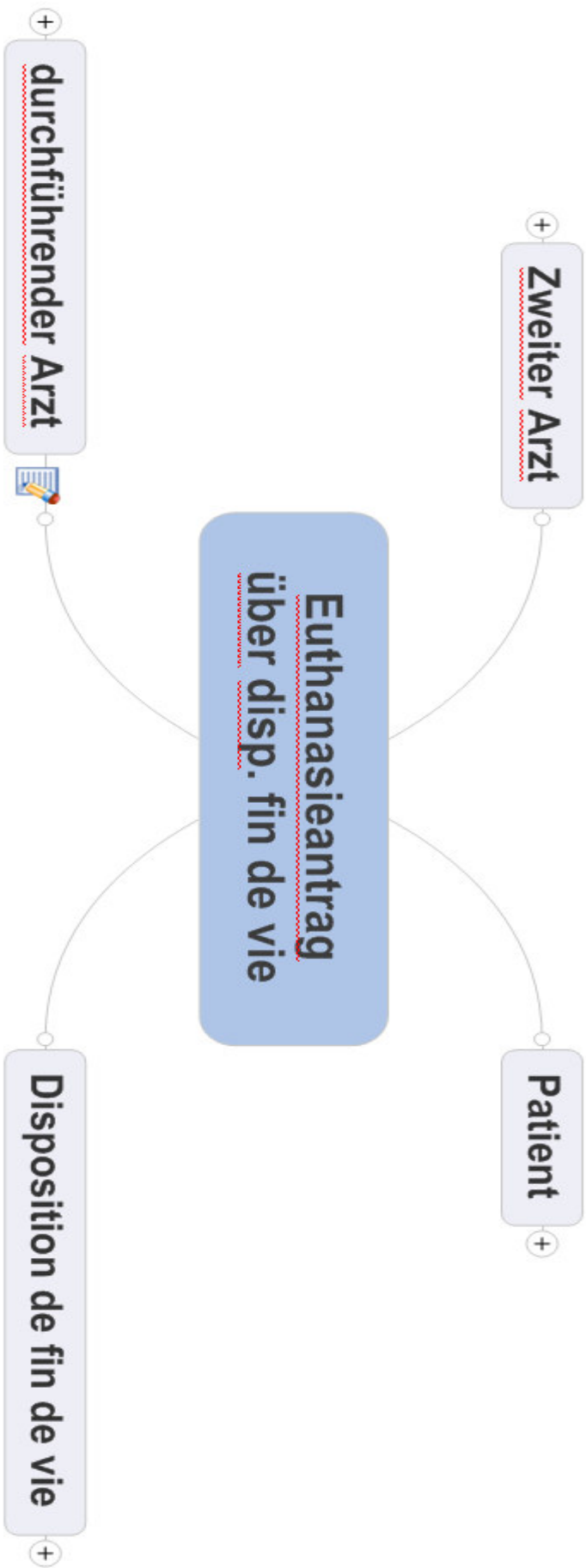


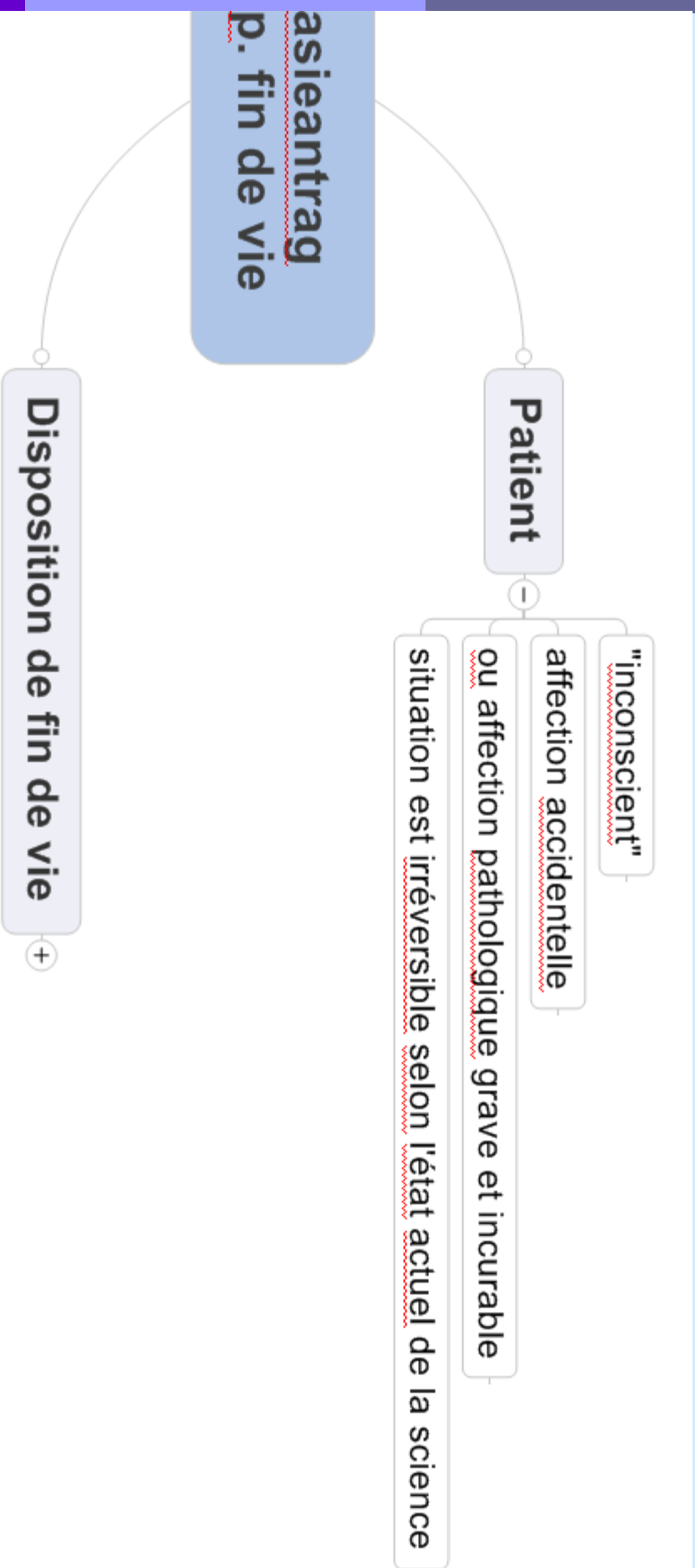


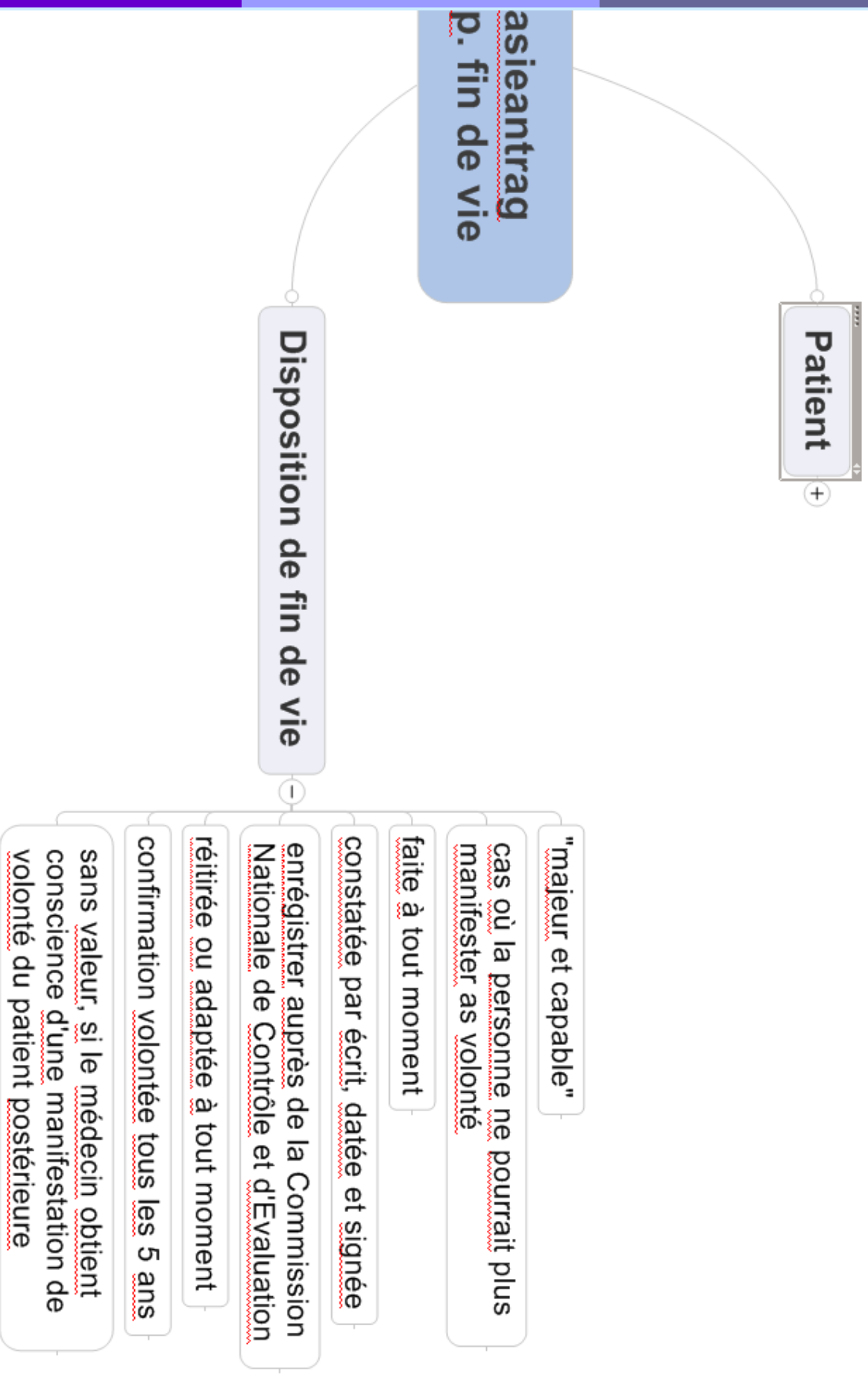


D1. Bedingungen und Verfahrensregelungen Euthanasie

Überblick Verfahrensregelungen „disposition
de fin de vie“







irréversibilité de la situation médicale

- "consulter" un autre médecin

informer le cas échéant la personne de confiance des résultats

le cas échéant l'équipe soignante

- s'entretenir du contenu des disp. de fin de vie

s'entretenir (le cas échéant) avec la personne de confiance de la volonté

s'entretenir de la volonté avec les proches du patient que la personne de confiance (le cas échéant) désigne

documents sont consignés dans le dossier médical du patient

si le médecin obtient conscience d'une manifestation de volonté du patient postérieure de la disp. de fin de vie, une euthanasie ne peut pas être pratiquée

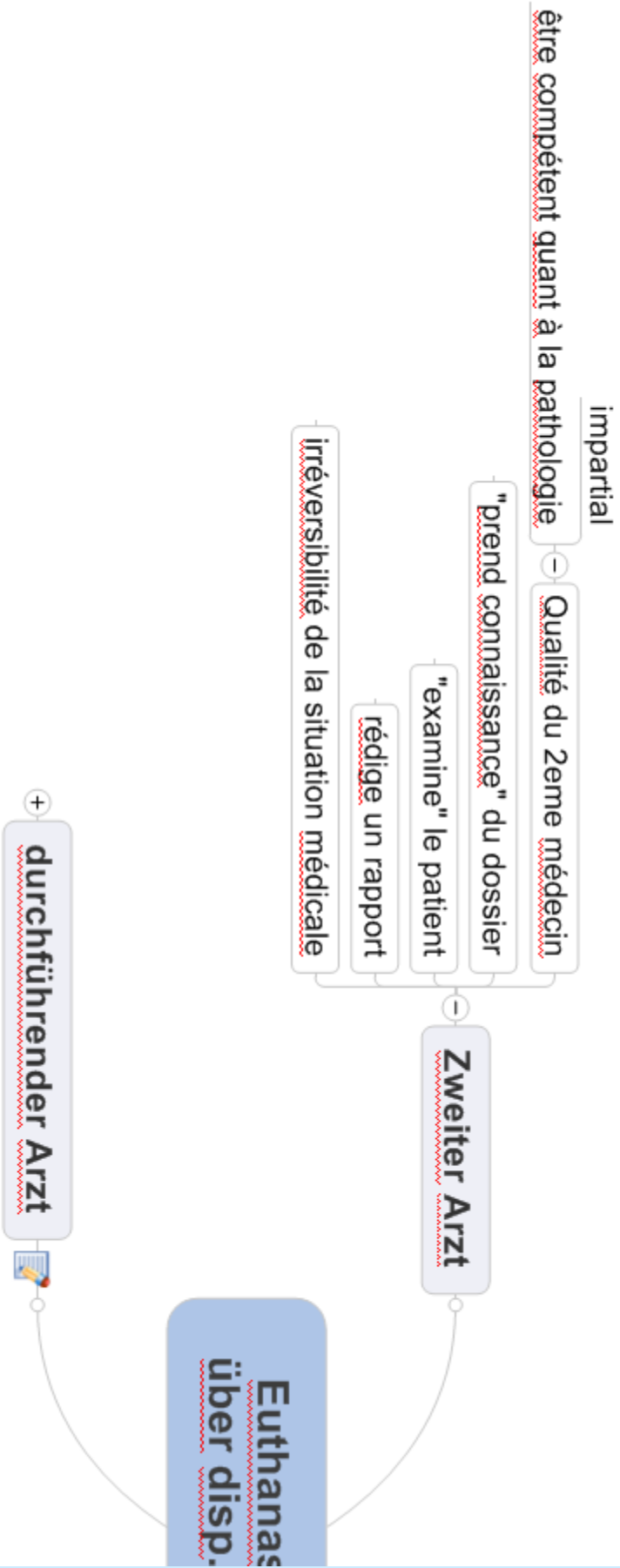
doit s'informer auprès de la Commission de l'existence d'une disp. de fin de vie (pour tous patients fin de vie ou situation médicale sans issue)

doit compléter chaque fois qu'il pratique une euthanasie un document de déclaration officielle

objection de conscience

durchführender Arzt





D1. Bedingungen und Verfahrensregelungen Euthanasie

[Accueil](#) > [Santé au Fil de la Vie](#) > [Fin de vie](#) > [Euthanasie ou assistance au suicide](#) > [Demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide](#)

[Santé au Fil de la Vie](#) Demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide



Pour qu'une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide soit légale au Luxembourg, les conditions suivantes doivent être remplies:

- vous devez être conscient au moment de la demande,
- vous devez être majeur capable (c'est-à-dire ne pas avoir été jugé incapable de prendre vos propres décisions par le tribunal),
- vous devez avoir pris votre décision sans pression extérieure,
- vous devez être dans une situation médicale sans issue, sans perspective d'amélioration, à la suite d'un accident ou d'une pathologie, et cette situation est irréversible dans l'état actuel de la science,
- vous devez souffrir physiquement ou psychologiquement de votre situation de santé,
- votre demande doit être consignée par écrit, porter vos coordonnées, être datée et signée,
- vous pouvez à tout moment révoquer votre demande. Elle sera alors retirée de votre dossier médical et vous pourrez la récupérer.



Pour en savoir plus

Formulaires

- [Demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide](#)  (pdf - 25 Ko)

D1. Bedingungen und Verfahrensregelungen Euthanasie

Procédure pour le médecin



Lorsque votre médecin reçoit votre demande, il doit:

- vous informer sur votre état de santé, votre espérance de vie, discuter avec vous des possibilités thérapeutiques encore envisageables, et vous présenter les possibilités offertes par les soins palliatifs,
- consigner ces entretiens dans votre dossier médical pour acter votre demande,
- réaliser avec vous plusieurs entretiens pour s'assurer que votre volonté est profonde et que vous souffrez de votre situation physiquement et psychologiquement,
- demander à un confrère son avis sur votre maladie ou votre situation médicale après un accident afin de confirmer son caractère grave et incurable,
- sauf votre opposition, discuter de votre demande avec l'équipe soignante,
- sauf votre opposition, s'entretenir avec la personne de confiance de votre choix,
- s'assurer que vous avez pu vous entretenir avec les personnes que vous désiriez rencontrer,
- s'informer auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation si vous avez fait enregistrer des dispositions de fin de vie.





Obligations pour le médecin

Si un médecin pratique une euthanasie ou une assistance au suicide, il doit dans les 8 jours remettre un document d'enregistrement à la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation, qui vérifie si les conditions et la procédure prévues ont été respectées.

Ci-dessous dans la boîtes "Pour en savoir plus", vous trouverez les **deux formulaires de Déclaration Officielle d'une Euthanasie** à la fois sur base d'une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide, ainsi que sur base de dispositions de fin de vie.

Pour en savoir plus

Formulaires

- [Formulaire de Déclaration Officielle d'une Euthanasie sur base d'une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide](#)  (pdf - 54 Ko)
- [Formulaire de Déclaration Officielle d'une Euthanasie sur base de dispositions de fin de vie](#)  (pdf - 51 Ko)

D1. Bedingungen und Verfahrensregelungen Euthanasie

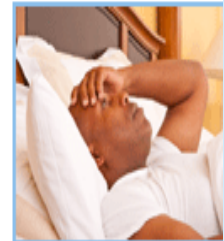
Dispositions de fin de vie

Les dispositions de fin de vie sont une **demande d'euthanasie faite à l'avance** pour le cas où le patient se trouverait, à un moment ultérieur de sa vie, dans une situation d'inconscience irréversible selon l'état actuel de la science et souffrirait d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable.

Vous avez à tout moment le droit de vous exprimer sur vos souhaits en rapport avec votre prise en charge, y compris en ce qui concerne l'euthanasie ou l'assistance au suicide.

Les dispositions de fin de vie vous permettent, de consigner par écrit les circonstances et conditions dans lesquelles vous désirez subir une euthanasie. Vos dispositions doivent être consignées par écrit, datées et signées par vous-même.

L'enregistrement auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation est obligatoire.



Pour en savoir plus

Formulaires

- [Dispositions de fin de vie pour une personne majeure capable qui est dans l'impossibilité physique permanente de rédiger et de signer ces dispositions.](#) (pdf - 48 Ko)
- [Dispositions de fin de vie pour une personne majeure capable de rédiger, dater et signer le document.](#) [†] (pdf - 30 Ko)

Quelle: <http://www.sante.public.lu/fr/fil-de-la-vie/fin-de-vie/euthanasie/disposition-fin-vie/index.html>

D2. Zum Verständnis der Euthanasie in Luxemburg

- ❑ ein acte médical
- ❑ Staatsanwaltschaft hat das letzte Wort nach der „Filterkommission“
- ❑ Palliative care als soins continus
- ❑ 2 getrennte Gesetze

D2. Zum Verständnis der Euthanasie in Luxemburg

- es wird ein „defacto“ Recht auf „Euthanasie“ eingeführt werden
(„Art.15: Si le médecin consulté refuse de pratiquer une euthanasie ou une assistance au suicide, i est tenu d'en informer le patient et/ou la personne de confiance, s'il en existe une, dans les 24 heures en précisant les raisons de son refus.)
- die „Euthanasie“ wird als „ärztliche Handlung“ eingestuft
- „Auslöser“ jeder Euthanasie soll das zu überprüfende und aufgeklärte „Verlangen“ des Patienten sein
- kein Arzt oder Pfleger oder Kranken-/Behinderten-/Alteneinrichtung ist gezwungen, eine Euthanasie-Handlung durchzuführen (dies wird als (institutionelle) Gewissensfreiheit umschrieben)

D2. Zum Verständnis der Euthanasie in Luxemburg

- eine „ex post“-Kommission soll formal und gegebenenfalls inhaltlich überprüfen, ob die ärztliche Entscheidung und Durchführung entsprechend der Prozedur geschah
- kommt der „Fall“ vor den Staatsanwalt, kann dieser auf die „Ausnahmesituation“ verweisen und den Fall ad acta legen oder Klage im Sinne des allgemeinen Rechts erheben

D3. Widersprüche

- es wird so getan, als ob für die Patienten ein direktes Recht auf Euthanasie eingeführt würde, dabei werden die Rechte der Ärzte gestärkt und vergrößert – ohne dass diese das ursprünglich verlangt hätten
- es wird so getan, als ob die Euthanasie als „extreme Ausnahme“ eingeführt werden sollte (Vincent Humbert und Chantal Sébire müssen als mediatisierte Fälle immer wieder herhalten), dabei hat man sich auf eine allgemeine Prozedur geeinigt

D3. Widersprüche

- es wird so getan, als sei der Wille des Patienten (Selbstbestimmungsrecht) ausschlaggebend, dabei kommt sein Wille nur in medizinisch aussichtslosen Fällen überhaupt erst zum Tragen
- es wird so getan, als ginge es um die Frage der „Euthanasie“, dabei wird gleichzeitig der „assistierte Suizid“ mit diskutiert und geregelt

D3. Widersprüche

- Es werden **zwei Typen von Patientenverfügungen** eingeführt, die hinsichtlich der Reichweite und der Gültigkeit entgegengesetzte Wege gehen:
 - directives anticipées
 - dispositions de fin de vie

caritas
L U X E M B O U R G



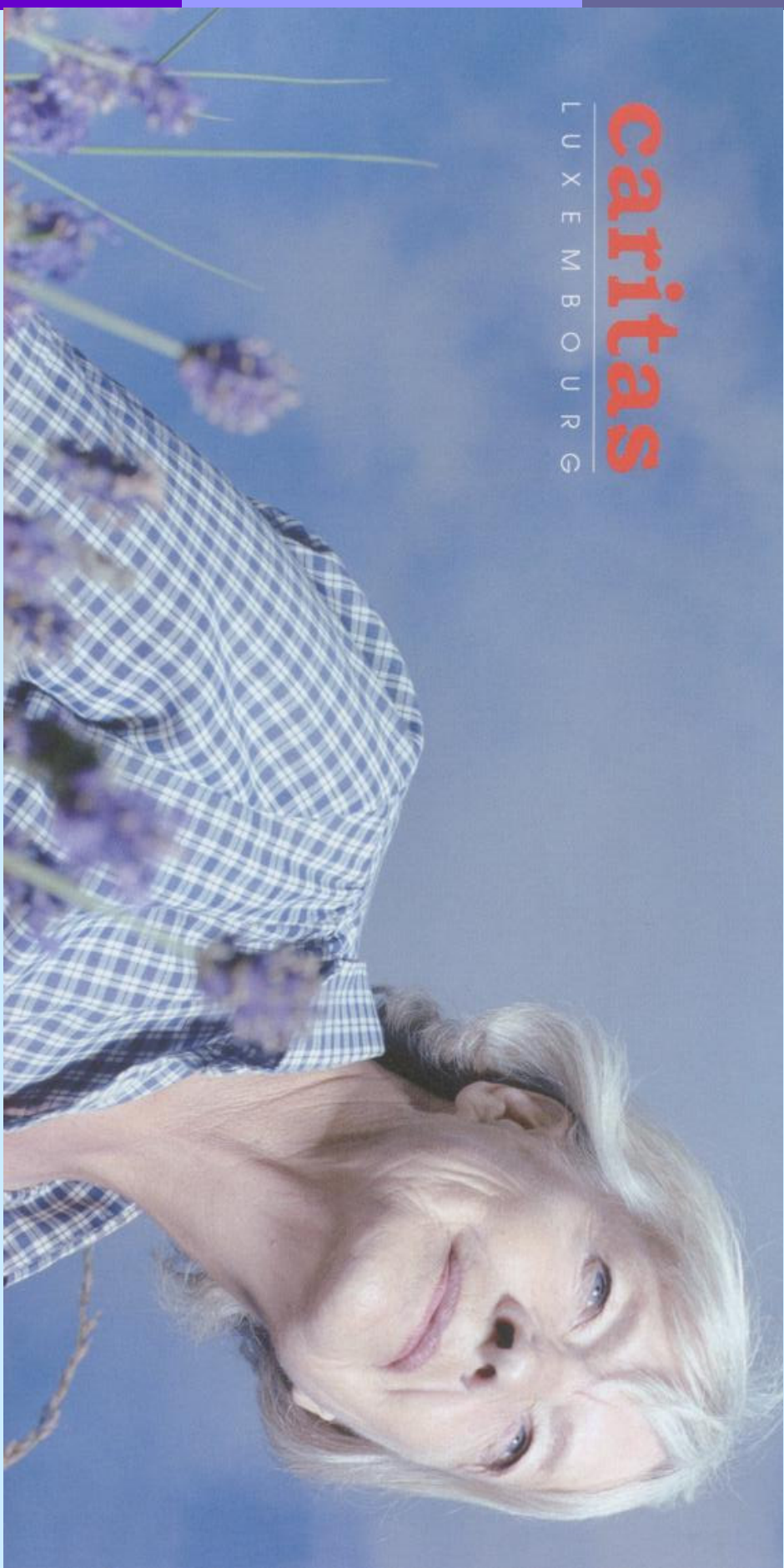
Denkpause 2

- Soll die Kirche, sollen die Seelsorgerinnen, Patientenverfügungen im Sinne der „directives anticipées“ aktiv fördern/vermarkten?
- Wie wird das Risiko der „Verwechslung“ und „Verwirrung“ beim Patienten eingeschätzt?

Denkpause 2

- Murmelgruppen 2-3 Personen
- Rückmeldung:
 - Pro aktive Förderung mit welchem Argument/Ansatz? 2 Personen
 - Gegen aktive Förderung mit welchem Argument/Ansatz? 2 Personen

caritas
L U X E M B O U R G



E. Zwei unterschiedliche Rechts- und Moralverständnisse konkurrieren

- Recht als Rahmen, in welchem jeder Einzelne und jede Gruppe sich innerhalb einer pluralen Gesellschaft entsprechend der eigenen moralischen Überzeugungen frei entfalten kann – so lange er oder sie der Gesellschaft nicht schadet
- Recht als Ausdruck einer bestimmten „minimalen und gemeinsamen Moral“

E. Zwei unterschiedliche Rechts- und Moralverständnisse konkurrieren

Wie sollen sich die Kirchen und andere „Wertgemeinschaften“ verhalten, wenn alles daraufhin deutet, dass Recht und Gesetz heute eher als Rahmen für die vielen Interessen verstanden wird?

E. Zwei unterschiedliche Rechts- und Moralverständnisse konkurrieren

- sich als „moralischer Leader“ für „ihre“ Gruppen positionieren und „moralische Orientierungshilfen“ für ihre „Kommunität(en)“ anbieten (inhaltlich ausformulierte Patientenverfügungen; eigene „wertgefüllte“ Einrichtung organisieren; sich politisch für die eigenen Interessen engagieren; ...)?
- sich als Hüter des „Gemeinwohls“ und des „Rechts auf Leben“ positionieren und in diesem Sinn Einfluss auf alle öffentlichen und politischen Debatten und Institutionen nehmen?
- eine Mischform suchen?

caritas
L U X E M B O U R G



F. Abschließende Überlegungen



F. Abschließende Überlegungen

- Neue Patientenverfügungen

Directives anticipées → Omega 90

Dispositions de fin de vie → Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation

- Voraussichtliche Veröffentlichung Ende Oktober



**So möchte ich leben.
So möchte ich sterben.**
_Meine persönliche Patientenverfügung.

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse/Nr.

PLZ/Wohnort

Patientenverfügung zu Händen der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes
und der zuständigen Pflegepersonen.

Meine persönliche Verfügung

Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu äussern, verfüge ich Folgendes:

Sollte ich von einer ernsthaften gesundheitlichen Störung betroffen sein, beanspruche ich alle sinnvollen ärztlichen und pflegerischen Massnahmen, die nach bestem Wissen und Gewissen zur Besserung meines Zustandes und zur Linderung belastender Symptome durchgeführt werden.

Dagegen verlange ich, dass lebensverlängernde Massnahmen unterlassen oder nicht weitergeführt werden, wenn

- diese nur den Todesertritt verzögern und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann.
- das Gehirn durch Unfall oder Krankheit so schwer und dauerhaft geschädigt ist, dass mit höchster Wahrscheinlichkeit keine Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins besteht.

Behandlung und Pflege sollen sich in diesen Fällen nach den Grundsätzen der palliativen Medizin, Pflege und Begleitung ausrichten. Die wirkungsvolle Linderung von belastenden Symptomen (z.B. Schmerzen, Atemnot, Durst, Unruhe, Angst) soll im Zentrum stehen.

Ich verlange, dass nichts unternommen wird, was den Tod absichtlich herbeiführt.

Organspende

- Ich gestatte keine Entnahme meiner Organe zur Transplantation.
- Ich gestatte die Entnahme meiner Organe zur Transplantation.
- Ich gestatte die Entnahme meiner Organe zur Transplantation mit Ausnahme folgender Organe:

.....

.....

Meine Wünsche zur Bestattung:

.....

.....

.....

Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu äussern, verfüge ich Folgendes:

Sollte ich von einer ernsthaften gesundheitlichen Störung betroffen sein, beanspruche ich alle sinnvollen ärztlichen und pflegerischen Massnahmen, die nach bestem Wissen und Gewissen zur Besserung meines Zustandes und zur Linderung belastender Symptome durchgeführt werden.

Dagegen verlange ich, dass lebensverlängernde Massnahmen unterlassen oder nicht weitergeführt werden, wenn

- diese nur den Todeseintritt verzögern und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann.
- das Gehirn durch Unfall oder Krankheit so schwer und dauerhaft geschädigt ist, dass mit höchster Wahrscheinlichkeit keine Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins besteht.

Behandlung und Pflege sollen sich in diesen Fällen nach den Grundsätzen der palliativen Medizin, Pflege und Begleitung ausrichten. Die wirkungsvolle Linderung von belastenden Symptomen (z.B. Schmerzen, Atemnot, Durst, Unruhe, Angst) soll im Zentrum stehen.

Ich verlange, dass nichts unternommen wird, was den Tod absichtlich herbeiführt.

Meine persönliche Verfügung

Für den Fall, dass ich nicht mehr in der Lage bin, meinen Willen zu äussern, verfüge ich Folgendes:

Sollte ich von einer ernsthaften gesundheitlichen Störung betroffen sein, beanspruche ich alle sinnvollen ärztlichen und pflegerischen Massnahmen, die nach bestem Wissen und Gewissen zur Besserung meines Zustandes und zur Linderung belastender Symptome durchgeführt werden.

Dagegen verlange ich, dass lebensverlängernde Massnahmen unterlassen oder nicht weitergeführt werden, wenn

- diese nur den Todesertritt verzögern und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann.
- das Gehirn durch Unfall oder Krankheit so schwer und dauerhaft geschädigt ist, dass mit höchster Wahrscheinlichkeit keine Aussicht auf Wiedererlangung des Bewusstseins besteht.

Behandlung und Pflege sollen sich in diesen Fällen nach den Grundsätzen der palliativen Medizin, Pflege und Begleitung ausrichten. Die wirkungsvolle Linderung von belastenden Symptomen (z.B. Schmerzen, Atemnot, Durst, Unruhe, Angst) soll im Zentrum stehen.

Ich verlange, dass nichts unternommen wird, was den Tod absichtlich herbeiführt.

Organspende

- Ich gestatte keine Entnahme meiner Organe zur Transplantation.
- Ich gestatte die Entnahme meiner Organe zur Transplantation.
- Ich gestatte die Entnahme meiner Organe zur Transplantation mit Ausnahme folgender Organe:

.....

Organspende

Meine Wünsche zur Bestattung: _____

.....
.....
.....

Meine Wünsche zur Bestattung:

Was mir für meine Behandlung, Pflege und Begleitung besonders wichtig ist:

Was mir für meine Behandlung, Pflege und Begleitung besonders wichtig ist:

Meine Wünsche zur religiösen Begleitung: — **Meine Wünsche zur religiösen Begleitung:**

Meine Religion/Konfession: — **Meine Religion/Konfession:**

Adresse einer mir vertrauten Seelsorgerin/eines mir vertrauten Seelsorgers:

Adresse einer mir vertrauten Seelsorgerin/eines mir vertrauten Seelsorgers:

Um die Verbindlichkeit der Patientenverfügung zu unterstreichen, bitten wir Sie, nachfolgend handschriftlich zu erklären, dass Sie diese im Vollbesitz Ihrer Urteilsfähigkeit und nach reiflicher Überlegung verfasst haben.

Um die Verbindlichkeit der Patientenverfügung zu unterstreichen, bitten wir Sie, nachfolgend handschriftlich zu erklären, dass Sie diese im Vollbesitz Ihrer Urteilsfähigkeit und nach reiflicher Überlegung verfasst haben.

Ort/Datum/Unterschrift

Eine Kopie dieser Verfügung befindet sich bei:

Eine Kopie dieser Verfügung befindet sich bei:

Name/Vorname

Adresse

Telefon/E-mail

Vollmacht

Zusätzlich zu meiner Patientenverfügung bevollmächtige ich folgende Person meines Vertrauens, in meinem Namen die Zustimmung zu medizinischen Massnahmen zu erteilen:

Name/Vorname

Geburtsdatum

Adresse/Wohnort

Telefon/E-mail

Zusätzlich zu meiner Patientenverfügung bevollmächtige ich folgende Person meines Vertrauens, in meinem Namen die Zustimmung zu medizinischen Massnahmen zu erteilen:

Ich ermächtige sie – nach ausführlicher Information und im Dialog mit dem Behandlungsteam – nach meinem Willen und im Sinne meiner Patientenverfügung zu entscheiden. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Ärztinnen, Ärzte und Pflegende der bevollmächtigten Person die relevanten Informationen zukommen lassen.

Ort/Datum/Unterschrift der bevollmächtigten Person

Ich ermächtige sie – nach ausführlicher Information und im Dialog mit dem Behandlungsteam – nach meinem Willen und im Sinne meiner Patientenverfügung zu entscheiden. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Ärztinnen, Ärzte und Pflegende der bevollmächtigten Person die relevanten Informationen zukommen lassen.

Erneuerung

Ort/Datum/Unterschrift

Ort/Datum/Unterschrift

Ort/Datum/Unterschrift

Ort/Datum/Unterschrift

Ort/Datum/Unterschrift

Ort/Datum/Unterschrift

Ort/Datum/Unterschrift

Ort/Datum/Unterschrift

Ort/Datum/Unterschrift

Ort/Datum/Unterschrift

Bitte bekräftigen Sie in regelmässigen Abständen mit Ihrer Unterschrift, ob Ihre Angaben noch aktuell sind.

Erläuterungen zur Patientenverfügung finden Sie in der Begleitroschüre. Für Fragen stehen wir Ihnen unter der Telefonnummer 40 21 31 221 gerne zur Verfügung.

Verantwortlicher Herausgeber:

© Caritas Luxembourg, 29, rue Michel Weiler, L-2730 Luxembourg, www.caritas.lu, April 2005.

**DISPOSITIONS DE FIN DE VIE POUR UNE PERSONNE MAJEURE
CAPABLE DE REDIGER, DATER ET SIGNER LE DOCUMENT**

conformément à la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide

Les dispositions de fin de vie sont une demande d'euthanasie faite à l'avance pour le cas où le patient se trouverait, à un moment ultérieur de sa vie, dans une situation d'inconscience irréversible selon l'état actuel de la science et souffrirait d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable.

Elles doivent être envoyées à l'adresse indiquée ci-après.

Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation
de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et
l'assistance au suicide

Ministère de la Santé

L – 2935 LUXEMBOURG

Les dispositions de fin de vie doivent être enregistrées dans le cadre d'un système officiel d'enregistrement systématique des dispositions de fin de vie auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation. Les dispositions peuvent être réitérées, retirées ou adaptées à tout moment. La Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation est tenue de demander une fois tous les cinq ans, à partir de la demande d'enregistrement, la confirmation de la volonté du déclarant. Tous les changements doivent être enregistrés auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation. Toutefois, aucune euthanasie ne peut être pratiquée si, à la suite des démarches qu'il est amené à faire, le médecin obtient connaissance d'une manifestation de volonté du patient postérieure aux dispositions de fin de vie dûment enregistrées, au moyen de laquelle il retire son souhait de subir une euthanasie.

Rubrique I. Données obligatoires

Mes données personnelles sont les suivantes:

- nom, prénom
- adresse
- matricule
- date et lieu de naissance
- téléphone :

Facultatif :

- GSM :
- adresse e-mail :

Pour le cas où je ne peux plus manifester ma volonté, je consigne par écrit dans ces dispositions de fin de vie que je désire subir une euthanasie, si mon médecin constate :

que je suis atteint(e) d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable, que je suis inconscient(e) et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science.

Remarques personnelles concernant les circonstances et conditions dans lesquelles je désire subir une euthanasie :

Cette déclaration a été faite librement et consciemment. Je souhaite que ces dispositions de fin de vie soient respectées.

Date et signature du requérant

Date

Signature du requérant

Rubrique II. Données facultatives

A. La personne de confiance majeure éventuellement désignée, qui met le médecin au courant de la volonté du déclarant selon ses dernières déclarations à son égard

nom et prénom
adresse
matricule
numéro de téléphone
date et lieu de naissance
lien de parenté éventuel.

B. Dispositions (facultatives) quant au mode de sépulture et à la cérémonie des funérailles

F. Abschließende Überlegungen

Gruppe christlicher Träger:

- 6 Treffen
- ein Orientierungspapier → Hauptaussagen

Hauptaussage 1

Einrichtungen in christlicher Trägerschaft schaffen Raum für das Sterben. Sie lassen Krisen und Suchbewegungen zu. Sie respektieren den Menschen in seinen Entscheidungen. Sie unterstützen ihn bei der Suche nach dem je Richtigen. Sie lassen ihn nicht mit sich allein und verlassen ihn auch dann nicht, wenn er Wege beschreitet, die aus ihrer Sicht Irrwege sind.

Quelle: Dokument *Im Einsatz für das Leben! - Eine grundsätzliche Orientierung für Einrichtungen in christlicher Trägerschaft zum Umgang mit Menschen am Ende ihres Lebens - Zur Umsetzung der beiden Gesetze vom 16. März 2009 zu Palliative Care* ¹⁰⁶ *einerseits und zur Euthanasie und zum assistierten Suizid andererseits*

Hauptaussage 2

Der Patient bestimmt für sich, wo für ihn die vernünftigen Grenzen der Medizin und der Pflege liegen. Er kann aufgrund desselben Gesetzes, wenn er die Schmerzen nicht weiter ertragen kann oder will, bis auf palliative Sedation zurückgreifen, d.h. sich in einen medikamentös induzierten Schlaf legen lassen. Bereits Papst Pius XII hatte deutlich gemacht, dass Schmerzenslinderung auch unter dem Risiko einer möglichen Lebensverkürzung in Kauf genommen werden dürfe. Das Gesetz zu Palliative Care setzt hier nun auch rechtlich neue Maßstäbe für die Reichweite der palliativen Medizin und die Kontinuität der Pflege und Begleitung.

Hauptaussage 3

Für einen Menschen, der sich dennoch für die Euthanasie oder für den assistierten Suizid entschieden hat und dessen Gesuch von einem Arzt zur Durchführung angenommen wurde gilt, ihn nicht allein zu lassen, sondern ihn weiterhin menschlich und kompetent zu begleiten und seinen Angehörigen beizustehen.

Hauptaussage 4

Die schwerwiegenden moralischen und ethischen Fragen, die eine aufgeklärte und moderne palliative Behandlung, Pflege und Begleitung aufwerfen, sollen gemeinsam angegangen und studiert werden.

Anstrengungen in den Bereichen ethischer Fort- und Weiterbildung sollen helfen, neue Fragen und Möglichkeiten frühzeitig zu erkennen und anzugehen.

F. Abschließende Überlegungen

Gruppe christlicher Träger:

- 6 Treffen
- ein Orientierungspapier → Hauptaussagen
- Weiterarbeit an palliativen Konzepten
- Bildung einer trägerübergreifenden ethischen Reflexionsgruppe

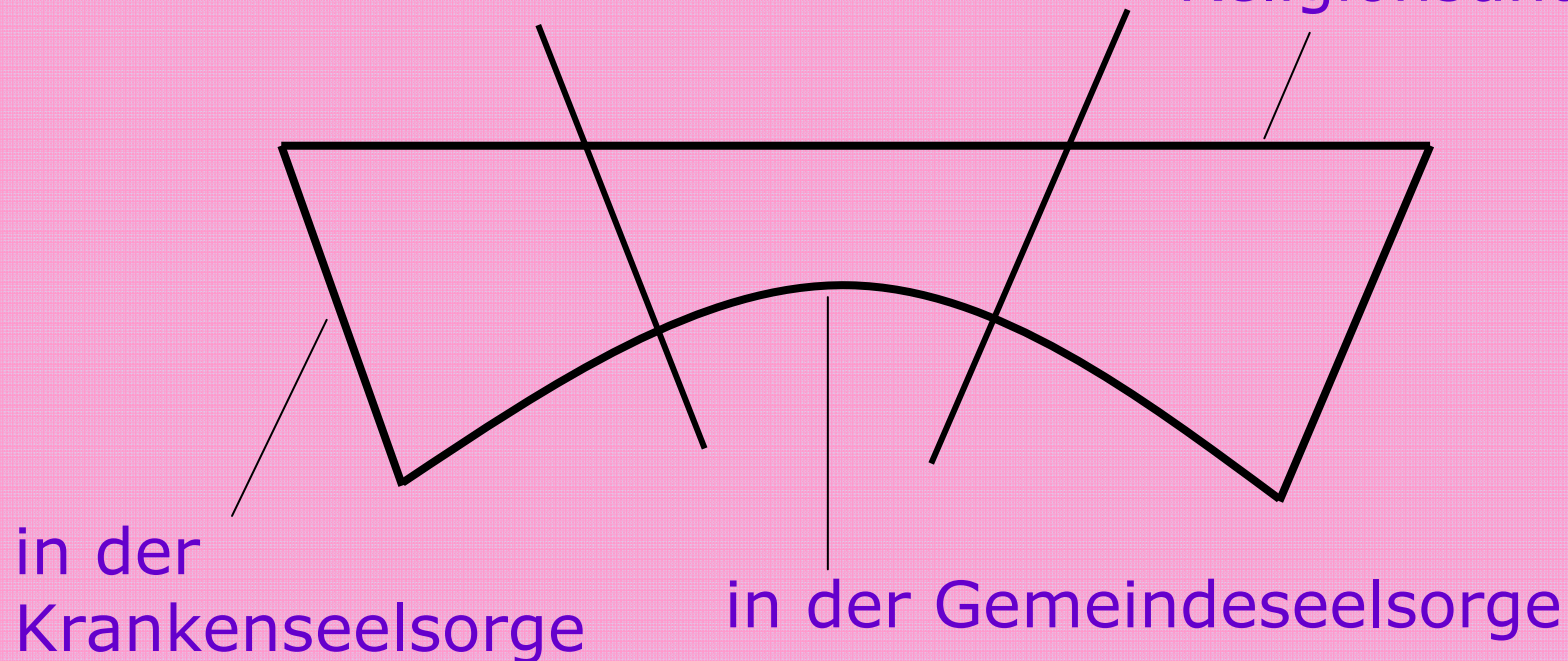
caritas
L U X E M B O U R G



Denkpause 3

- Pastorale Ideen zu einer „ars moriendi“ in einer „Kultur des Todes“...

im schulischen
Religionsunterricht



3 Ideen

caritas
L U X E M B O U R G



G. Pastorale und sozialetische Aufgaben der Gesellschaft und der Kirche

- „Man kann jedoch nicht die beunruhigenden Szenarien für die Zukunft des Menschen und die neuen mächtigen Instrumente, die der »Kultur des Todes« zur Verfügung stehen, bagatellisieren. Zur verbreiteten tragischen Plage der Abtreibung könnte in Zukunft – aber insgeheim bereits jetzt schon *in nuce* vorhanden – eine systematische eugenische Geburtenplanung hinzukommen. Auf der entgegengesetzten Seite wird einer *mens euthanasica* der Weg bereitet, einem nicht weniger mißbräuchlichen Ausdruck der Herrschaft über das Leben, das unter bestimmten Bedingungen als nicht mehr lebenswert betrachtet wird.

G. Pastorale und sozialetische Aufgaben der Gesellschaft und der Kirche

- Hinter diesen Szenarien stehen kulturelle Auffassungen, welche die menschliche Würde leugnen. Diese Praktiken sind ihrerseits dazu bestimmt, eine materielle und mechanistische Auffassung vom menschlichen Leben zu nähren. Wer wird die negativen Auswirkungen einer solchen Mentalität auf die Entwicklung ermessen können? Wie wird man sich noch über die Gleichgültigkeit gegenüber den Situationen menschlichen Verfalls wundern können, wenn die Gleichgültigkeit sogar unsere Haltung gegenüber dem, was menschlich ist oder nicht, kennzeichnet? Es verwundert einen die willkürliche Selektivität all dessen, was heute als achtenswert vorgeschlagen wird.

G. Pastorale und sozialetische Aufgaben der Gesellschaft und der Kirche

- Während viele gleich bereit sind, sich über Nebensächlichkeiten zu entrüsten, scheinen sie unerhörte Ungerechtigkeiten zu tolerieren. Während die Armen der Welt noch immer an die Türen der Üppigkeit klopfen, läuft die reiche Welt Gefahr, wegen eines Gewissens, das bereits unfähig ist, das Menschliche zu erkennen, jene Schläge an ihre Tür nicht mehr zu hören. Gott enthüllt dem Menschen den Menschen; die Vernunft und der Glaube arbeiten zusammen, ihm das Gute zu zeigen, wenn er es nur sehen wollte; das Naturrecht, in dem die schöpferische Vernunft aufscheint, zeigt die Größe des Menschen auf, aber auch sein Elend, wenn er den Ruf der moralischen Wahrheit nicht annimmt.“

caritas
L U X E M B O U R G



H. Wider die Einsamkeit der Menschen

„Eine der schlimmsten Arten von Armut, die der Mensch erfahren kann, ist die Einsamkeit. Genau betrachtet haben auch die anderen Arten von Armut, einschließlich der materiellen Armut, ihren Ursprung in der Isolation, im Nicht-geliebt-Sein oder in der Schwierigkeit zu lieben. Oft entstehen die Arten der Armut aus der Zurückweisung der Liebe Gottes, aus einem ursprünglichen tragischen Verschließen des Menschen in sich selbst, der meint, sich selbst genügen zu können oder nur eine unbedeutende und vorübergehende Erscheinung, ein »Fremder« in einem zufällig gebildeten Universum zu sein.“

Quelle: Caritas in veritate, 53

Vielen Dank für Ihre



Aufmerksamkeit!

[Avis 01/2007 du Comité d'Ethique de la FFE sur la Sédation Palliative](#)

[Loi hospitalière](#)

[Code de déontologie luxembourgeois médicale – art. 40 - 44](#)

[Position des Vatikan zur künstlichen Ernährung und Wasserversorgung](#)

[Avis de la CNNE sur fin de vie, arrêt de vie, euthanasie](#)

[4909 - Rapport de la Commission de la Santé et de la Sécurité Sociale](#)

[5584 - Rapport de la Commission de la Santé et de la Sécurité Sociale](#)

[Zwischen den Gesetzen – Artikel im Hessischen Ärzteblatt, Mai 2008](#)

[L'homicide et des lésions corporelles volontaires](#)

[Refus 5584](#)

[Refus 4909](#)

[Dépêche 4909 / 5584](#)

120

E. Zwischen den Gesetzen: Reaktionen

- ❑ der Ärztekammer – Reaktion 1
- ❑ der Ärztekammer – Reaktion 2
- ❑ der Ärztekammer – Reaktion 3
- ❑ der Association des Médecins et Médecins-Dentistes
- ❑ des Bischofs von Luxemburg Mgr Fernand Franck

H. Zum Kontext eines möglichen Luxemburger Konsenses

- es fehlt eine Persönlichkeit „à la Jean Leonetti“
- es gibt keine ernsthafte „akademische“ Diskussion
- ein möglicher Konsens spielt sich vor dem Hintergrund eines Kulturkampfes ab
- die „christliche Partei“ hat sich für eine „weiche Ablehnung“ der Euthanasie entschieden
- de facto gibt es nur eine Minderheitspartei, die generell und absolut gegen Euthanasie ist

Artikel von Erny Gillen

- Euthanasie im Angebot, Zur politisch-rechtlichen Neu-Organisation moralischer Normen in Luxemburg, 2009, noch nicht veröffentlicht
- Das Ende des Lebens in den Händen des Gesetzes Zur Situation in Luxemburg (März 2009), noch nicht veröffentlicht

Fin de vie



Si les progrès fait par la médecine ont entraîné un allongement heureux de l'espérance de vie, la médecine ne peut toujours guérir. La fin de vie fait partie du cycle de vie naturel.

De nos jours, du fait du progrès de la médecine, les circonstances de la mort ont changé. Lorsque la maladie s'interpose et nous oblige parfois à nous approcher plus vite de la mort, c'est le plus souvent dans un contexte médicalisé et la médecine permet de nos jours de maintenir artificiellement en vie.



Devant ces réalités, les questions relatives à la fin de vie ont beaucoup préoccupé les opinions publiques. Après un débat approfondi, le législateur est intervenu le 16 mars 2009 avec **deux lois importantes**: la loi relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie, ainsi que la loi sur l'euthanasie et l'assistance au suicide.

Ces deux textes renforcent et consignent les droits des personnes atteintes d'affections graves et incurables, en phase terminale.

Pour en savoir plus

Publications

- [Guide des soins palliatifs](#)

Législation

- [Soins palliatifs, directive anticipée, fin de vie \(loi 2009\)](#) ^{ta}
Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie et modifiant:1. le Code de la sécurité sociale; 2. la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat;
- [Euthanasie et assistance au suicide \(loi 2009\)](#) ^{ta}
Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide.(Mémorial A - N°46, 16 mars 2009, p.615-619)

Liens vers d'autres sites

- [OMEGA 90](#) ^{ta}
- [Lux Senior - services d'information, de consultation et d'orientation pour seniors](#) ^{ta}

Euthanasie ou assistance au suicide



Chaque être humain naît mais chaque être humain doit aussi à un moment mourir. La maladie n'est pas toujours guérissable. La fin de vie est une période souvent douloureuse pour la personne et ses proches.

Lorsque la médecine ne peut pas guérir, que la personne se trouve dans une situation médicale sans issue à la suite d'un accident ou d'une maladie, le suicide est parfois envisagé et une demande d'euthanasie ou d'aide au suicide peut être formulée par la personne à son médecin ou à ses proches.



Définitions

La loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide définit, pour les besoins de son application, l'**euthanasie** comme un acte médical par lequel un médecin met intentionnellement fin à la vie d'une autre personne à la demande expresse et volontaire de celle-ci.


L'**assistance au suicide** consiste, dans ces mêmes conditions, à aider une autre personne à se suicider, notamment en lui procurant les moyens nécessaires à cet effet.

Il s'agit de donner, ou d'aider à donner, la mort à une personne atteinte d'une maladie incurable, pour abréger ses souffrances et sa période d'agonie.

Au sein de cette section, vous retrouverez les **conditions pour qu'une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide soit légale au Luxembourg**, les **démarches que le médecin doit effectuer** lorsqu'il reçoit une demande d'euthanasie ainsi que ses obligations, des informations quant aux **dispositions de fin de vie** et la **Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation**.

Pour en savoir plus

Législation

- [Euthanasie et assistance au suicide \(loi 2009\)](#) 
Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide.(Mémorial A - N°46, 16 mars 2009, p.615-619)

Les soins palliatifs, l'accompagnement en fin de vie et la directive anticipée



Chaque être humain naît mais chaque être humain doit aussi à un moment mourir. La maladie n'est pas toujours guérissable. La fin de vie est une période souvent douloureuse pour la personne et ses proches.

Lorsque la médecine ne peut pas guérir, que la personne se trouve dans une situation médicale sans issue à la suite d'un accident ou d'une maladie, l'engagement des professionnels et bénévoles pour **soulager et accompagner celui ou celle qui se dirige inéluctablement vers la mort** permet de maintenir la meilleure qualité de vie possible pour le malade et son entourage. C'est ce qui est communément appelé "les soins palliatifs".



Définition

Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale à une personne se trouvant en phase avancée ou terminale d'une maladie grave, évolutive et incurable.

Il est possible de recevoir des soins palliatifs quelle que soit la cause de la maladie: cancer, Sida, fibrose pulmonaire sévère, ...

Ces soins sont dispensés dans le respect de la dignité de la personne et dans le respect de ses choix, de manière continue, par une équipe pluridisciplinaire composée de diverses compétences professionnelles comme par exemple: médecin, infirmière, psychologue, aide-soignante, kinésithérapeute.

Objectifs des soins palliatifs

L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle de la personne.

Ils visent aussi à soutenir les proches de la personne afin de les aider à accompagner la personne malade en lui garantissant une fin de vie la plus paisible possible.

Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès.

Pour en savoir plus

Publications

- [Guide des soins palliatifs](#)

Législation

- [Soins palliatifs - modalités d'attribution du droit \(règlement grand-ducal 2009\)](#) [†]
Règlement grand-ducal du 28 avril 2009 précisant les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs (Mémorial A - N° 91, 4 mai 2009, p.1062-1067)
- [Soins palliatifs - carnet de soins de la personne soignée en fin de vie \(règlement grand-ducal 2009\)](#) [†]
Règlement grand-ducal du 28 avril 2009 déterminant la forme et le contenu du carnet de soins de la personne soignée en fin de vie (Mémorial A - N° 91, 4 mai 2009, p.1067-1075)
- [Soins palliatifs, directive anticipée, fin de vie \(loi 2009\)](#) [†]
Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie et modifiant:1. le Code de la sécurité sociale; 2. la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat;

Directive anticipée



Vous pouvez **exprimer votre volonté relative à votre fin de vie**, comme par exemple l'arrêt d'un traitement, d'une réanimation, dans un document appelé "directive anticipée".

Si vous ne pouvez pas l'écrire et la signer vous-même, deux témoins doivent attester qu'il s'agit bien de votre volonté. Pour cela ils doivent indiquer leur nom et leur qualité et signer l'attestation.

Si vous êtes en fin de vie, vous pouvez désigner dans cette directive anticipée la **personne de confiance** qui devra vous représenter lorsque vous ne serez plus en mesure d'exprimer votre volonté. Vous pouvez remettre à votre médecin ou à l'hôpital, votre directive anticipée qui est alors intégrée dans votre dossier médical.

Si dans votre directive anticipée, vous exprimez des choix contraires aux convictions de votre médecin, il n'est pas obligé par la loi de respecter vos convictions, il doit alors vous transférer chez un confrère disposé à respecter vos directives.

La directive anticipée est régie par la loi relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement de fin de vie. Par cette directive, vous déterminez les conditions pour votre fin de vie "naturelle", donc sans influence sur le moment de votre décès.

Elle est à distinguer des "dispositions de fin de vie", régies par la loi sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, par lesquelles vous pouvez sous certaines conditions consigner par écrit les circonstances et conditions dans lesquelles vous désirez subir une euthanasie. L'enregistrement des "dispositions de fin de vie" auprès de la Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation est obligatoire.



Pour en savoir plus

Publications

- [Guide des soins palliatifs](#)

Législation

- [Soins palliatifs - carnet de soins de la personne soignée en fin de vie \(règlement grand-ducal 2009\)](#) ¹
Règlement grand-ducal du 28 avril 2009 déterminant la forme et le contenu du carnet de soins de la personne soignée en fin de vie (Mémorial A - N° 91, 4 mai 2009, p.1067-1075)
- [Soins palliatifs, directive anticipée, fin de vie \(loi 2009\)](#) ²
Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie et modifiant:1. le Code de la sécurité sociale; 2. la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat;

Liens internes

- [Dispositions de fin de vie](#)

Les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs



Pour bénéficier des soins palliatifs, il faut consulter au préalable votre médecin traitant afin qu'il introduise une déclaration auprès du Contrôle médical de la Sécurité Sociale. Cette déclaration se fera par le biais d'un formulaire spécial annexé au projet de règlement grand-ducal du 28 avril 2009 précisant les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs. Ce règlement grand-ducal est consultable dans la boîte "Pour en savoir plus" ci-dessous.

Le Contrôle médical prendra ensuite une décision sur la recevabilité médicale de la déclaration, le cas échéant, après avoir consulté les médecins signataires. Après cette validation, le droit aux soins palliatifs est ouvert pendant une période de **35 jours**. Cette période peut toujours être renouvelable pour une ou plusieurs périodes supplémentaires de 35 jours; et ce, uniquement sur initiative dûment motivée du médecin traitant.

Suite à la validation de la déclaration d'attribution ou de prolongation, la Caisse Nationale de Santé (CNS, anciennement UCM) établira un titre de prise en charge qui sera envoyé tant au médecin traitant qu'aux prestataires intervenant auprès de la personne soignée. Le médecin devra joindre ce titre de prise en charge au carnet de soins.

Pour en savoir plus

Publications

- [Guide des soins palliatifs](#)

Législation

- [Soins palliatifs - modalités d'attribution du droit \(règlement grand-ducal 2009\)](#) ^{tt}
Règlement grand-ducal du 28 avril 2009 précisant les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs (Mémorial A - N° 91, 4 mai 2009, p.1062-1067)
- [Soins palliatifs - carnet de soins de la personne soignée en fin de vie \(règlement grand-ducal 2009\)](#) ^{tt}
Règlement grand-ducal du 28 avril 2009 déterminant la forme et le contenu du carnet de soins de la personne soignée en fin de vie (Mémorial A - N° 91, 4 mai 2009, p.1067-1075)
- [Soins palliatifs, directive anticipée, fin de vie \(loi 2009\)](#) ^{tt}
Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie et modifiant:1. le Code de la sécurité sociale; 2. la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat;

Liens internes

- [Accompagnement en fin de vie](#)

Volonté de la personne en fin de vie



Vous avez à tout moment le droit de vous exprimer sur vos souhaits en rapport avec votre prise en charge, y compris vos souhaits en rapport avec la fin de vie.

La **directive anticipée vous permet d'exprimer d'avance votre volonté relative à votre fin de vie**, pour le cas où vous ne seriez plus en mesure de la communiquer. Elle vous permet aussi de préalablement désigner une personne de confiance dans votre entourage à laquelle vous déléguez la mission d'exprimer en son nom ses choix de fin de vie. La personne de confiance doit alors être entendue par le médecin et peut ainsi faire valoir votre volonté et vos droits auprès des médecins et des soignants dans le cas où vous-même n'en seriez plus capable.



Le médecin peut aussi faire appel à votre entourage, notamment familial, pour connaître votre volonté présumée, si vous n'avez pu vous exprimer auparavant.

Il est recommandé de discuter de la fin de vie et, le cas échéant, de la directive anticipée au préalable avec votre personne de confiance et avec votre famille pour qu'ils connaissent au mieux vos volontés et puissent vous représenter selon vos désirs en cas de problème.

Pour en savoir plus

Publications

- [Guide des soins palliatifs](#)

Législation

- [Soins palliatifs, directive anticipée, fin de vie \(loi 2009\)](#) ¹
Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie et modifiant:1. le Code de la sécurité sociale; 2. la loi modifiée du 16 avril 1979 fixant le statut général des fonctionnaires de l'Etat;

Liens internes

- [Directive anticipée](#)

Guide



Ministère de la Famille
et de l'Intégration
Ministère de la Santé
Ministère de la Sécurité sociale

Guide des soins palliatifs

Droit aux soins palliatifs	_____
Arrêt ou refus de traitements inappropriés	_____
Directive anticipée	_____
Prise en charge palliative	_____
Coordination des soins	_____
Services d'assistance à l'entourage	_____
Congé pour l'accompagnement des personnes en fin de vie	_____
Prise en charge financière des soins palliatifs	_____

