

# MEIN WILLE AM ENDE DES LEBENS



LE GOUVERNEMENT  
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG  
Ministère de la Santé

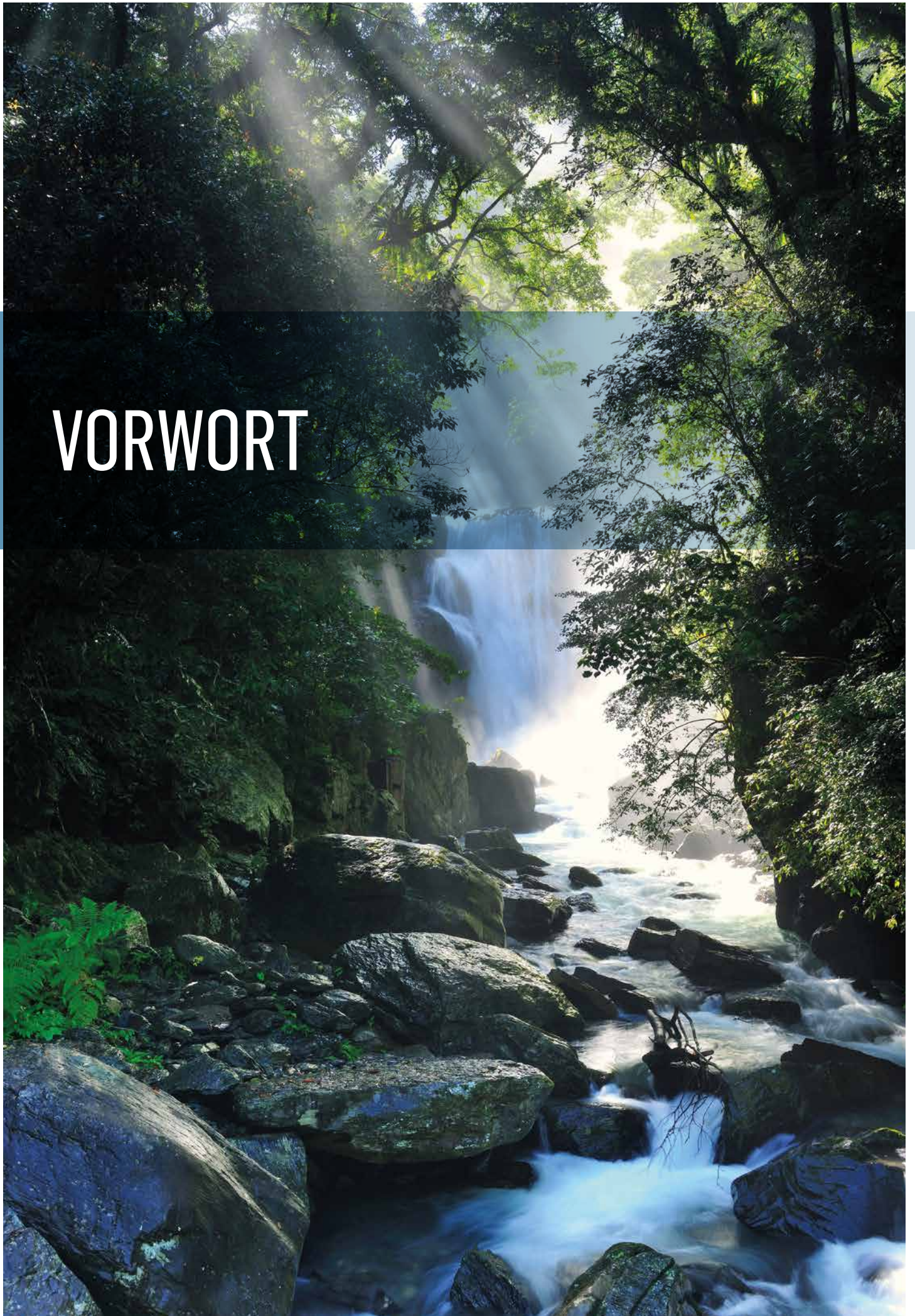
Direction de la santé



LE GOUVERNEMENT  
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG  
Ministère de la Famille, de l'Intégration  
et à la Grande Région



# VORWORT





## DAS LEBSENDE: REDEN WIR DARÜBER

Das Ende unseres Lebens ist eine besondere Zeit. Der Tod ist vor allen Dingen ein persönliches Anliegen und wenn man darüber spricht, entstehen alle möglichen Gefühle: Angst, Unsicherheit, Traurigkeit, Wut, aber auch möglicherweise Erleichterung. In unserer Gesellschaft wird immer häufiger offen über das Lebensende geredet. Die betroffenen Menschen wollen selbst über ihr Lebensende entscheiden und viele gehen individuell an diesen Moment heran.

Die Regierung begrüßt diese Entwicklung und möchte jedem Bürger die Möglichkeit geben, die für diesen unvermeidlichen Moment am besten geeigneten Vorkehrungen zu treffen. In diesem Sinne will diese Broschüre die Bürger ganz neutral über die Gesetze das Lebensende betreffend und über die ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten informieren.

Um sicherzustellen, dass die Wünsche einer Person am Lebensende respektiert werden, auch wenn sie sich nicht mehr äußern kann, besteht ein Teil der Broschüre aus Formularen wie Patientenverfügung und Bestimmungen zum Lebensende, die der Bürger verwenden kann, um seine Entscheidungen zu dokumentieren. Jeder Patient kann sowohl eine Patientenverfügung als auch die Bestimmungen zum Lebensende ausfüllen.

Diese Broschüre wird vor allem an medizinische Fachkräfte sowie an Pflege- und Betreuungseinrichtungen verteilt und wird auf den Internetseiten unserer Ministerien elektronisch verfügbar sein.



**Corinne CAHEN**  
Ministerin für Familie und Integration  
Ministerin für die Großregion



**Étienne Schneider**  
Vizepremierminister  
Minister für Gesundheit



A photograph of a dense, misty forest. A dirt path leads through the undergrowth, surrounded by lush green plants and ferns. Large, moss-covered tree trunks and branches frame the path, with sunlight filtering through the canopy in the background. The word "EINLEITUNG" is overlaid in white text on a dark horizontal band across the middle of the image.

# EINLEITUNG



Jeder Mensch, ob jung oder alt, ob krank oder gesund, stellt sich Fragen über sein Lebensende und will selbst darüber entscheiden.

Das Luxemburger Gesetz gibt Ihnen die Möglichkeit der Mitbestimmung. Im Vollbesitz Ihrer geistigen Kräfte können Sie sich aktiv an Ihrer Betreuung beteiligen und die von Ihnen gewünschten Behandlungen schriftlich festhalten, etwa in Form einer Patientenverfügung (die Palliativpflege betreffend) bzw. durch Bestimmungen zum Lebensende, für den Fall, dass Sie Ihren Willen nicht mehr zum Ausdruck bringen können (Bewusstseinsverlust nach einer Erkrankung oder einem Unfall, Demenz).

## DAS LEBENSENDE WIRD DURCH DREI GESETZE GEREGLT:

- 1. Das Gesetz vom 16. März 2009 über Palliativpflege, Patientenverfügung und Sterbebegleitung.**
- 2. Das Gesetz vom 16. März 2009 über Sterbehilfe, assistierten Suizid und über die Bestimmungen zum Lebensende.**
- 3. Das Gesetz vom 24. Juli 2014 über Rechte und Pflichten der Patienten.**

Um zu verstehen, wann eine Patientenverfügung oder die Bestimmungen zum Lebensende in Kraft treten, ist es wichtig, zwischen zwei möglichen Situationen am Lebensende zu unterscheiden:

1. Wenn Sie im Vollbesitz Ihrer geistigen Kräfte sind, können Sie Ihre Entscheidungen zu diesem Zeitpunkt zum Ausdruck bringen. Ihr Wille hat Vorrang gegenüber der Patientenverfügung oder den Bestimmungen zum Lebensende.
2. Sie sind nicht mehr in der Lage, Ihren Willen zum Ausdruck zu bringen, Sie sind nicht bei Bewusstsein oder unfähig (dement): Wenn eine Patientenverfügung und/oder die Bestimmungen zum Lebensende bestehen, müssen Ihre darin festgehaltenen Wünsche gemäß den gesetzlichen Bestimmungen eingehalten werden.

Jedes der Gesetze sieht eine Vertrauensperson vor. Die vom Patienten benannte Vertrauensperson entscheidet im Namen einer Person, die dazu nicht in der Lage ist. Sie muss die Vorlieben, Werte und Überzeugungen der Person kennen, für die sie als Fürsprecher agiert. Sie muss Entscheidungen auf der Grundlage der jüngsten Wünsche treffen, die die Person zu dem Zeitpunkt geäußert hat, zu dem sie dazu in der Lage war. Sie müssen Ihre Vertrauensperson sorgfältig auswählen. Selbstverständlich muss Sie damit einverstanden sein, diese Aufgabe zu übernehmen.

## IM IDEALFALL WIRD IHRE WAHL AUF EINE VERTRAUENSPERSON TREFFEN, DIE:

- volljährig ist (gesetzliche Regelung der Bestimmungen zum Lebensende);
- in der Lage ist, Ihnen bei Bedarf zur Seite zu stehen;
- bereit ist, zukünftige Entscheidungen mit Ihnen zu besprechen und ein offenes Ohr für Ihre Anliegen hat;
- bereit ist, in Ihrem Namen zu sprechen;
- in der Lage ist, nach Ihren Wünschen zu handeln;
- die Verantwortung für eine solche Aufgabe übernimmt;
- Sie gut kennt und versteht, was Ihnen wichtig ist;
- in der Lage sein wird, potenzielle Konflikte zwischen Familienmitgliedern, Verwandten und Pflegepersonal rechtzeitig zu bewältigen;
- ein unermüdlicher Verteidiger Ihres Willens gegenüber Ärzten und Institutionen sein wird.

Das Lebensende ist unumgänglich, doch darüber nachzudenken macht es möglich, dass der eigene Wille respektiert wird. Mit Ihren Nächsten schon vorher darüber zu sprechen, wird Ihnen zu gegebener Zeit unter Umständen viel Leid ersparen.

Diese Broschüre enthält alle Dokumente, die Sie benötigen, um Ihre Überlegungen zu leiten und Ihre Wünsche auszudrücken.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Wünsche zu ändern und neue Dokumente abzufassen.





# PATIENTENVERFÜGUNG



## PRÄAMBEL

Das Gesetz sieht vor was durch eine Patientenverfügung geregelt werden kann. Es handelt sich hierbei um:

- die Bedingungen der Behandlung;
- die Begrenzung der Behandlung;
- die Einstellung der Behandlung einschließlich der Schmerzbehandlung;
- psychologische und geistige Begleitung.

Ihre Patientenverfügung trifft erst dann in Kraft wenn die folgenden zwei Bedingungen zutreffen:

- Sie befinden sich in einem fortgeschrittenen Stadium oder Endstadium einer schweren oder unheilbaren Erkrankung und
- Sie sind nicht mehr in der Lage, Ihren Willen zum Ausdruck zu bringen.

**Solange Sie sich noch ausdrücken können, wird Ihre Patientenverfügung nicht in Betracht gezogen.**

Bevor Sie dieses Dokument ausfüllen, ist es ratsam, zuerst mit Ihrer Vertrauensperson, mit den Ihnen nahestehenden Menschen und gegebenenfalls mit Ihrem behandelnden Arzt zu sprechen.

Nach den Bestimmungen des Gesetzes haben Sie Anrecht auf:

- die Linderung der körperlichen und psychischen Leiden, wie zum Beispiel Schmerz, Atemnot, Unruhe, Angst, Durst, usw.
- die Achtung Ihrer Wünsche hinsichtlich der psychologischen und geistigen Begleitung;
- die Berücksichtigung der von Ihrer Vertrauensperson vorgebrachten Entscheidungen.

# FORMULAR PATIENTENVERFÜGUNG

NAME UND VORNAME: .....

ADRESSE: .....

SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER: .....

GEBURTSDATUM UND -ORT: .....

TEL./GSM: .....

E-MAIL: .....

Für den Fall, dass ich mich in einem fortgeschrittenen Stadium oder Endstadium einer schweren oder unheilbaren Erkrankung, unabhängig von deren Ursache, befinde und dass ich nicht mehr in der Lage bin meinen Willen zum Ausdruck zu bringen, habe ich meine Patientenverfügung abgefasst. Der behandelnde Arzt muss sie laut Gesetz berücksichtigen.

Ich wünsche mir, dass alle Entscheidungen laut meiner Patientenverfügung getroffen werden und/oder gegebenenfalls in Absprache mit meiner Vertrauensperson.

## VERTRAUENSPERSON

Ich ermächtige hiermit die nachstehende Person:

- *meinen Willen in Bezug auf die Behandlungs- und Pflegemaßnahmen auszudrücken und*
- *in meinem Namen in die vorgeschlagenen Maßnahmen einzuwilligen.*

NAME UND VORNAME: .....

GEBURTSDATUM: .....

ADRESSE: .....

TEL./GSM: .....

E-MAIL: .....

Ich erlaube den Ärzten und dem Pflegepersonal meiner Vertrauensperson alle notwendigen Informationen zu geben.

- (1) Ich fordere die Beendigung jeglicher Untersuchungen und Behandlungen für den Fall dass diese keine Linderung, keine Verbesserung meines Zustandes, keine Hoffnung auf Heilung bringen und den Tod nur hinauszögern, ohne den Verlauf meiner Erkrankung aufzuhalten.

*Dies beinhaltet den speziellen Fall des unwiderruflichen Komas, das heißt den Fall, in dem mein Gehirn schwerwiegend und nachhaltig durch einen Unfall oder durch eine Erkrankung beschädigt wurde und welcher einen wahrscheinlich unwiderruflichen Bewusstseinsverlust zur Folge hätte.*

☐ ja    ☐ nein

- (2) Im Einklang mit meiner Entscheidung unter (1) bitte ich meinen Arzt folgende Behandlungen und Maßnahmen zu unterlassen, wenn diese keine Verbesserung meines Zustandes oder keine Hoffnung auf Heilung bringen und den Tod nur hinauszögern.



**Ich verzichte auf folgende Behandlungen/Maßnahmen:**

- künstliche Beatmung;
- künstliche Ernährung;
- künstliche Flüssigkeitszufuhr;
- sämtliche Medikamente, die nicht zu meiner Lebensqualität beitragen;
- Dialyse;
- Behandlung im Krankenhaus;
- andere .....

(3) Zusätzliche Anmerkungen: .....

.....

.....

(4) Zur Pflege und zur Begleitung am Lebensende wünsche ich:

- a) In Bezug auf das Pflegepersonal, die körperliche Pflege und mein Wohlbefinden:  
(z.B. Position in Bett/Sessel, Massagen, ätherische Öle, Musik, Lieblingsessen/-getränke, ...)

.....

.....

.....

- b) In Bezug auf die Begleitung:  
Familie/Angehörige, psychologisch, spirituell/religiös, ehrenamtlich, andere  
(bitte möglichst genaue Informationen geben)

.....

.....

.....

**EINE KOPIE DIESER PATIENTENVERFÜGUNG HAT ERHALTEN:****1. Meine Vertrauensperson**

**NAME UND VORNAME:** .....

**ADRESSE:** .....

.....

**TEL./GSM:** .....

**E-MAIL:** .....



## 2. Behandelnder Arzt

NAME UND VORNAME: .....

ADRESSE: .....

TEL./GSM: .....

E-MAIL: .....

## 3. Krankenakte (z.B. Patientenakte, CIPA, Krankenhaus, usw.)

.....

.....

## 4. Drittperson(en)

NAME UND VORNAME: .....

ADRESSE: .....

TEL./GSM: .....

E-MAIL: .....

Nach der Ausarbeitung meiner Patientenverfügung habe ich auch über andere Punkte nachgedacht, die mir wichtig sind.

# WÜNSCHE, AUßER EINER UNHEILBAREN ERKRANKUNG, IN DEM FALL, DASS ICH MEINEN WILLEN NICHT ZUM AUSDRUCK BRINGEN KANN:

Wenn ich nicht in der Lage bin, meinen Willen vorübergehend oder dauerhaft zum Ausdruck zu bringen, soll der Gesundheitsdienstleister meinen mutmaßlichen Willen herausfinden indem er sich an folgende Personen wendet:

- ☐ An meine Vertrauensperson.
- ☐ An meine Angehörigen.
- ☐ An alle Personen, die Kenntnis über meinen Willen haben könnten.

## Im Fall eines Notfalls

- ☐ Bitte ich den Gesundheitsdienstleister, sämtliche Notfallmaßnahmen in meinem Interesse zu ergreifen.
- ☐ Habe ich nachgedacht und meinen Willen gebildet:

Herz-Lungen-Wiederbelebung ☐ ja ☐ nein

künstliche Beatmung ☐ ja ☐ nein

künstliche Ernährung ☐ ja ☐ nein

Kommentar: .....

.....



# WAS MIT MEINEM KÖRPER NACH DEM TOD GESCHEHEN SOLL

## Organspende

- ☐ Ich bin gegen eine Organentnahme zur Transplantation
- ☐ Ich bin mit einer Organentnahme zur Transplantation einverstanden, außer von folgenden Organen:

.....

.....

## Nach meinem Tod möchte ich:

- ☐ beerdigt werden .....
- ☐ eingeäschert werden .....
- ☐ meine Asche soll .....

## Andere Wünsche im Zusammenhang mit der Beerdigung:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hiermit bestätige ich, dass diese Patientenverfügung meinem freien und klaren Willen entspricht und dass ich diese Verfügung nach reiflicher Überlegung abgefasst habe.

Ausgefertigt in ..... Exemplaren

....., den .....

Ort/Datum

.....

Name und Vorname/Unterschrift

Unterschrift



SIND SIE KÖRPERLICH NICHT IN DER LAGE, DIESES DOKUMENT SELBST ABZUFASSEN/ZU UNTERZEICHNEN, SO HABEN SIE DIE MÖGLICHKEIT, DASS EINE VON ZWEI PERSONEN IHRER WAHL AUFSCHREIBT WAS SIE IHR DIKTIEREN. BEIDE ZEUGEN UNTERZEICHNEN DAS DOKUMENT.

Wir, die Unterzeichnenden, Zeugen gemäß Artikel 5 Absatz 2 des Gesetzes vom 16. März 2009 über Palliativpflege, Patientenverfügung und Sterbebegleitung bestätigen, dass dieses Dokument der Ausdruck des freien und klaren Willens von:

**FRAU/HERR:** .....

ist, welche/r nicht in der Lage ist, ihre/seine Patientenverfügung selbst abzufassen und zu unterzeichnen.

**NAME/VORNAME:** .....

**FUNKTION:** .....

**ADRESSE:** .....

**DATUM/UNTERSCHRIFT:** .....

**NAME/VORNAME:** .....

**FUNKTION:** .....

**ADRESSE:** .....

.....  
Datum

Unterschrift



## ZUSÄTZLICHE ERKLÄRUNGEN

Nachdem Sie Ihre Patientenverfügung abgefasst, datiert und unterschrieben haben

- bewahren Sie das Original zuhause an einem leicht zugänglichen Ort auf
- geben Sie eine Kopie
  - Ihrer Vertrauensperson
  - Ihrem behandelnden Arzt
  - dem CIPA-, Krankenhauspersonal, usw. (falls zutreffend)
  - einer Drittperson
- speichern Sie eine Kopie in Ihrer Patientenakte, wenn Sie dies wünschen

## ERNEUERUNG:

Im Gesetz ist keine Gültigkeitsdauer der Patientenverfügung vorgesehen, sie gilt daher bis zu ihrer Änderung oder Annullierung. Dennoch empfehlen wir Ihnen, die Patientenverfügung alle fünf Jahre zu überlesen und sie nach Belieben zu bestätigen oder anzupassen.

## FRAGEN UND ANTWORTEN ZUR PATIENTENVERFÜGUNG

### 1. Was ist unter Palliativpflege zu verstehen?

Palliativpflege ist eine aktive, kontinuierliche und koordinierte Pflege durch ein interdisziplinäres Team unter Achtung der Würde des Pflegebedürftigen. Diese Pflege hat zum Ziel allen körperlichen, psychischen, geistigen und sozialen Bedürfnissen der versorgten Person Rechnung zu tragen und ihr Umfeld zu unterstützen. Sie umfasst die Behandlung von Schmerzen und des psychischen Leids. Um dies zu gewährleisten, arbeiten die verschiedenen Gesundheitsberufe wie Ärzte, Krankenpfleger und Pflegehelfer, Physiotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter und andere eng zusammen. Bei allen Entscheidungen der Behandlung wird der Wille des kranken Menschen berücksichtigt.

Palliativpflege steht für die ganzheitliche Betreuung des kranken Menschen.

### 2. Wo wird Palliativpflege angeboten?

Palliativpflege wird zu Hause, im Krankenhaus, im Haus Omega – einem Palliativzentrum – und in Altenheimen angeboten.

### 3. Wer hat Anrecht auf Palliativpflege?

Jede Person im fortgeschrittenen Stadium oder Endstadium einer schweren oder unheilbaren Erkrankung unabhängig von deren Ursache hat Recht auf Palliativpflege.

### 4. Wer übernimmt die Kosten der Palliativpflege?

Die Kosten der Palliativpflege werden auf Antrag des behandelnden Arztes von der Caisse Nationale de Santé (CNS) übernommen (Pflegeheft der behandelten Person am Lebensende).

### 5. Urlaub zur Sterbebegleitung

Wussten Sie, dass Sie laut Gesetz Anrecht auf Urlaub zur Sterbebegleitung haben, um einem Familienmitglied am Lebensende beizustehen?

Sie haben Anrecht auf fünf Tage (maximal 40 Stunden) pro Person am Lebensende und pro Jahr, die je nach Bedarf gesplittet werden können.

Die Antragsformulare für diesen Urlaub finden Sie unter [www.cns.lu](http://www.cns.lu), Tel. 27 57 - 1.

**Zusätzliche Informationen: siehe am Ende dieses Dokuments.**

A photograph of a dense forest of tall evergreen trees, likely spruce or fir, under a hazy, misty sky. The trees are silhouetted against the lighter sky, with some mist or smoke rising from the forest floor. A semi-transparent blue horizontal banner is positioned across the middle of the image, containing the title text in white.

# BESTIMMUNGEN ZUM LEBENSENDE



# BESTIMMUNGEN ZUM LEBENSENDE FÜR EINE VOLLJÄHRIGE PERSON, DIE IN DER LAGE IST DAS DOKUMENT ABZUFASSEN, ZU DATIEREN UND ZU UNTERSCHREIBEN

Gemäß dem Gesetz vom 16. März 2009 über Sterbehilfe und assistierten Suizid

Die Bestimmungen zum Lebensende sind ein im Voraus formuliertes Verlangen nach Sterbehilfe für den Fall, dass der Patient zu einem späteren Zeitpunkt seines Lebens nicht im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte ist und an den unheilbaren Folgen eines Unfalls oder einer schweren pathologischen Erkrankung leidet und nach aktuellem Stand der Wissenschaft diese Situation nicht umkehrbar ist.

Die Bestimmungen zum Lebensende müssen an die nachstehend angegebene Adresse gesandt werden.

**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**

Die Bestimmungen zum Lebensende müssen im Rahmen eines offiziellen systematischen Systems zur Registrierung von Bestimmungen zum Lebensende bei der *Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation* (Nationalen Kommission zur Kontrolle und Evaluation) registriert werden. Die Bestimmungen können jederzeit wiederholt, zurückgenommen oder angepasst werden. Die *Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation* ist gehalten, alle fünf Jahre gerechnet ab dem Datum des Registrierungsantrags eine Bestätigung des Willens des Erklärenden zu verlangen. Jegliche Änderungen müssen bei der *Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation* registriert werden. Allerdings darf keine Sterbehilfe geleistet werden, wenn der Arzt infolge der von ihm zu ergreifenden Schritte Kenntnis von einer Willensbekundung des Patienten erlangt, die später als die ordnungsgemäß registrierten Bestimmungen zum Lebensende erfolgte und in der er seinen Wunsch nach Sterbehilfe widerruft.

# FORMULAR BESTIMMUNGEN ZUM LEBENSENDE

## RUBRIK I. OBLIGATORISCHE ANGABEN

Meine persönlichen Daten lauten:

**NAME, VORNAME:** .....

**ADRESSE:** .....

**SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER:** .....

**GEBURTSDATUM UND -ORT:** .....

**TEL.:** .....

Fakultativ:

**GSM:** .....

**E-MAIL:** .....

Für den Fall, dass ich meinen Willen nicht mehr zum Ausdruck bringen kann, halte ich in diesen Bestimmungen zum Lebensende schriftlich fest, dass ich Sterbehilfe wünsche, wenn mein Arzt Folgendes feststellt:

*ich leide an den unheilbaren Folgen eines Unfalls oder einer schweren pathologischen Erkrankung,  
ich bin nicht bei Bewusstsein und  
diese Situation ist nach aktuellem Stand der Wissenschaft nicht umkehrbar.*

Persönliche Bemerkungen zu den Umständen und Bedingungen, unter denen ich Sterbehilfe erhalten möchte:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Diese Erklärung wurde freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst. Ich wünsche, dass diese Bestimmungen zum Lebensende eingehalten werden.

Datum und Unterschrift des Antragsstellers:

.....  
Datum

Unterschrift des Antragsstellers



## BESTIMMUNGEN ZUM LEBENSENDE

[illegible]

Sind Sie körperlich nicht in der Lage, dieses Dokument selbst abzufassen und zu unterzeichnen, so haben Sie die Möglichkeit, dass eine Person Ihrer Wahl aufschreibt was Sie diktieren, dies in Anwesenheit von zwei Zeugen. Die Zeugen und Ihre Vertrauensperson unterzeichnen das Dokument. Die Ursache, warum Sie die Bestimmungen nicht selbst abfassen und unterschreiben konnten, muss im Dokument beschrieben und von einem Arzt bestätigt werden.

Wir, die Unterzeichnenden, Zeugen gemäß Artikel 4 Absatz 2 des Gesetzes vom 16. März 2009 über Sterbehilfe und assistierten Suizid, bestätigen, dass dieses Dokument der Ausdruck des freien und klaren Willens von:

**FRAU/HERR :** .....

die/der aus folgender Ursache nicht in der Lage ist, selbst die Bestimmungen zum Lebensende abzufassen und zu unterzeichnen.

**NAME/VORNAME:** .....

**FUNKTION:** .....

**ADRESSE:** .....

**DATUM/UNTERSCHRIFT:** .....

**NAME/VORNAME:** .....

**FUNKTION:** .....

**ADRESSE:** .....

**DATUM/UNTERSCHRIFT:** .....

**NAME/VORNAME:** .....

**FUNKTION:** .....

**ADRESSE:** .....

**DATUM/UNTERSCHRIFT:** .....

**NAME/VORNAME DER VERTRAUENSPERSON:** .....

Unterschrift

.....  
Datum



## ZUSÄTZLICHE ERKLÄRUNGEN

Nachdem Sie Ihre Bestimmungen zum Lebensende abgefasst, datiert und unterschrieben haben

- lassen Sie die Bestimmungen zum Lebensende unbedingt bei der *Commission Nationale de Contrôle et d’Evaluation* (Nationalen Kommission zur Kontrolle und Evaluation) registrieren damit sie gültig sind;
- bewahren Sie eine Kopie der Bestimmungen zum Lebensende und den Registrierungsbrief der *Commission Nationale de Contrôle et d’Evaluation* zuhause auf;
- geben Sie eine Kopie der Bestimmungen zum Lebensende und des Registrierungsbriefs
  - Ihrer Vertrauensperson
  - Ihrem behandelnden Arzt
  - dem CIPA-, Krankenhauspersonal, usw. (falls zutreffend)
  - einer Drittperson;
- speichern Sie eine Kopie in Ihrer Patientenakte, wenn Sie dies wünschen;

Die Bestimmungen zum Lebensende können jederzeit wiederholt, zurückgenommen oder angepasst werden. Jegliche Änderungen müssen bei der *Commission Nationale de Contrôle et d’Evaluation* registriert werden. Allerdings darf keine Sterbehilfe geleistet werden, wenn der Arzt infolge der von ihm zu ergreifenden Schritte Kenntnis von einer Willensbekundung des Patienten erlangt, die später als die ordnungsgemäß registrierten Bestimmungen zum Lebensende erfolgte und in der er seinen Wunsch nach Sterbehilfe widerruft.

Die *Commission Nationale de Contrôle et d’Evaluation* ist gehalten, alle fünf Jahre, gerechnet ab dem Datum der Registrierung, eine Bestätigung des Willens des Erklärenden zu verlangen.

Falls Sie andere Wünsche als die Bestimmungen zum Lebensende im Formular festhalten, fallen diese nicht unter das Gesetz vom 16. März 2009 über Sterbehilfe und assistierten Suizid. Diese Wünsche sind zwar legal und gültig, können jedoch nicht bei der Kommission registriert werden. Diese Wünsche sind Teil der Patientenverfügung oder der persönlichen Wünsche. Wir empfehlen Ihnen daher, Ihre Vertrauenspersonen und Angehörigen über die Existenz und den Inhalt dieses Dokuments zu informieren und eine Kopie an Ihren behandelnden Arzt und gegebenenfalls an die Verantwortlichen der Einrichtung, die Sie betreut, wie z.B. ein Krankenhaus oder ein integriertes Seniorenzentrum, zu geben.

## FRAGEN UND ANTWORTEN ZU DEN BESTIMMUNGEN ZUM LEBSENDE

### 1. Was ist unter Euthanasie zu verstehen?

Die Euthanasie ist die von einem Arzt vorgenommene Handlung, welche willentlich dem Leben einer Person auf deren ausdrückliches und freiwilliges Verlangen hin, ein Ende bereitet.

Der Patient kann eine Sterbehilfe oder einen assistierten Suizid beantragen, die der Arzt durchführen kann ohne strafrechtliche Verfolgung und Zivilklage, sofern die vom Gesetz vorgesehenen Voraussetzungen erfüllt sind.

### 2. Ist es ratsam, eine Patientenverfügung abzufassen, wenn ich meine Bestimmungen zum Lebensende registriert habe?

Ja. Für den Fall, dass Sie Ihren Willen nicht mehr zum Ausdruck bringen können, können Sie eine Vielzahl von Situationen und Wünschen klären, die nicht durch die Bestimmungen zum Lebensende abgedeckt sind. Wenn Sie, wie oben erwähnt, neben dem erwarteten Antrag auf Euthanasie andere Wünsche als die Bestimmungen zum Lebensende im Formular festhalten, werden diese nicht von der Kontrollkommission registriert. Um sicherzustellen, dass sie berücksichtigt werden, ist es besser, eine Patientenverfügung abzufassen und Ihre Vertrauensperson, Ihren behandelnden Arzt und gegebenenfalls das CIPA- oder Krankenhauspersonal usw. zu informieren.

### 3. Urlaub zur Sterbebegleitung

Wussten Sie, dass Sie laut Gesetz Anrecht auf Urlaub zur Sterbebegleitung haben, um einem Familienmitglied am Lebensende beizustehen?

Sie haben Anrecht auf fünf Tage (maximal 40 Stunden) pro Person am Lebensende und pro Jahr, die je nach Bedarf gesplittet werden können.

Die Antragsformulare für diesen Urlaub finden Sie unter [www.cns.lu](http://www.cns.lu), Tel. 27 57 - 1.

**Zusätzliche Informationen: siehe am Ende dieses Dokuments**



## SCHLUSSFOLGERUNGEN

Ihre Patientenverfügung und Ihre Bestimmungen zum Lebensende sind Dokumente, deren Zweck es ist, Ihre Wünsche zu berücksichtigen, falls Sie nicht mehr in der Lage sind, sich zu äußern. Es ist wichtig zu wissen, dass, solange Sie bei Bewusstsein und in der Lage sind, Ihren Willen zum Ausdruck zu bringen, Ihr Wille Vorrang hat gegenüber der Patientenverfügung oder den Bestimmungen zum Lebensende.

Die Patientenverfügung ist ein Dokument, das einen ähnlichen rechtlichen Wert besitzt wie ein eigenhändiges Testament. Sie müssen es lediglich abfassen und unterschreiben, damit es Rechtsgültigkeit erlangt. Die Bestimmungen zum Lebensende müssen jedoch bei der *Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation* des Gesetzes des 16. März 2009 über Sterbehilfe und assistierten Suizid registriert werden, um rechtsgültig zu sein.

# BERATUNGSSTELLEN IN BEZUG AUF DAS LEBENSENDE

## IHR BEHANDELNDER ARZT

### **Mäi Wëllen, Mäi Wee - association pour le droit de mourir dans la dignité Lëtzebuerg**

[www.mwmw.lu](http://www.mwmw.lu)

secretaire@mwmw.lu - Tel.: 26 59 04 82

Zuhör- und Begleitservice: info@mwmw.lu - 621 306406

### **Omega 90**

138, rue Adolphe Fischer

L-1521 Luxembourg

Tel.: 29 77 89 1

E-mail: [info@omega90.lu](mailto:info@omega90.lu)

[www.omega90.lu](http://www.omega90.lu)

### **Fondation Cancer**

209, route d'Arlon

L-1150 Luxembourg

Tel.: 45 30 33 1

E-mail: [fondation@cancer.lu](mailto:fondation@cancer.lu)

[www.cancer.lu](http://www.cancer.lu)

## INFORMATIONEN

### **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

Allée Marconi/Villa Louvigny

L-2120 Luxembourg

Mr. Raoul FRANCK (Secrétaire)

Tel.: 247-85626

E-mail: [cnce.euthanasie@ms.etat.lu](mailto:cnce.euthanasie@ms.etat.lu)

### **Patienteverriedung**

1b, rue Thomas Edison

L-1445 Strassen

Tel.: 49 14 57-1

Fax.: 49 14 58

[www.patienteverriedung.lu](http://www.patienteverriedung.lu)

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

73, rue Adolphe Fischer (4. Stock)

L-1520 Luxembourg

Tel.: 24 77 55 15

[info@mediateursante.lu](mailto:info@mediateursante.lu)

[www.mediateursante.lu](http://www.mediateursante.lu)

**Sie können den Ratgeber zur Palliativpflege und den Ratgeber zur Selbsthilfe und assistierter Suizid  
auch auf der Webseite [www.sante.lu](http://www.sante.lu) lesen.**







