



Editorial

Mein Tod gehört mir

Über selbstbestimmtes Sterben

Runde fünf Jahre nach Inkrafttreten der beiden in Luxemburg verabschiedeten Gesetze zur Förderung der Palliativpflege und der bedingten Depenalisierung der aktiven Sterbehilfe und der ärztlichen Beihilfe zum Freitod, hat sich die damalige Debatte größtenteils beruhigt.

Beide Gesetze liefern einen medizinisch-juristischen Rahmen, an beiden Gesetzen besteht sicherlich punktuell auch noch reglementarischer Nachholbedarf, und auch die praktische Implementierung der Gesetze sowie die ärztliche und pflegerische Weiterbildung lassen zum Teil noch zu wünschen übrig.

Interessant in diesem Zusammenhang sind natürlich auch die langjährigen Erfahrungen mit der Sterbehilfe (Suizidbeihilfe) in der Schweiz. Svenja Flaßpöhler, promovierte Philosophin, Journalistin und stellvertretende Chefredakteurin des deutschen Philosophie-Magazins beschreibt dieses Schweizer Modell der Suizidbeihilfe in einem nachdenklichen Buch unter dem Titel „Mein Tod gehört mir – über selbstbestimmtes Sterben“, einem sicherlich lesenswerten Beitrag zu der ganzen Sterbehilfedebatte.

Die Geschichte des Suizids

Interessant an dem rund 160 Seiten umfassenden Buch ist zunächst mal sein inhaltlicher Aufbau: Ausgehend von dem in der Moderne immer stärker geäußerten Wunsch des Einzelnen nach Selbstbestimmung, auch angesichts des Sterbeprozesses, unternimmt die Autorin einen recht aufschlussreichen Exkurs in die Geschichte des Suizids seit der Antike, in den verschiedenen Epochen des Mittelalters, bis hinein in die Neuzeit und ins 20. Jahrhundert.

Nach diesem historischen Exkurs setzt sich die Autorin auseinander mit der heutigen Realität. In allen Ländern der Welt gibt es bekanntlich immer wieder Menschen, die

aus Verzweiflung heraus Hand an sich legen, zumeist in großer Einsamkeit und größtenteils unter menschenunwürdigen Bedingungen: Erhängen, Sprung vor den Zug, Überdosis Pillen usw. 10.000 solcher Suizide pro Jahr soll es allein in unserem Nachbarland Deutschland geben, von entsetzlich gescheiterten Suizidversuchen mit zum Teil irreversiblen Schädigungen gar nicht zu reden.

Das Schweizer Modell der Suizidassistentz

Das Schweizer Modell der Beihilfe zum Freitod ist seit Jahren schon in seinen Grundzügen bekannt, desgleichen die beiden bekanntesten Freitodorganisationen Exit und Dignitas, wobei Exit die bei weitem größte Organisation ist (über 70.000 Mitglieder), aber nur Schweizer betreut.

In der Schweiz ist die Beihilfe zum Freitod seit sehr langen Jahren schon grundsätzlich erlaubt, wenn dabei keine egoistischen Motive, z. B. finanzielle oder emotionale Gewinne vorliegen.

Um nicht nur in der Theorie, sondern auch in der konkreten Praxis dieses Schweizer Modell verstehen und analysieren zu können, reiste Svenja Flaßpöhler in die Schweiz zu Exit, wo sie in aller Offenheit und Transparenz empfangen wurde, Befragungen durchführen und bei zwei Freitodbegleitungen selbst anwesend sein durfte.

In zwei zentralen Kapiteln ihres Buches un-

Lesen Sie weiter auf Seite 2

Sommaire

Les conditions de forme du testament	4
E puer Iwwerleengen iwwert d'Liewen an d'Stierwen	4
Das neue Patientenrechtsgesetz Trois événements on fait La Une	5
Avis important	5
Wichtige Mitteilung	6
Das neue Patientenrechtsgesetz	6
Conseil d'administration	6

Editorial **Mein Tod gehört mir**

tersucht die Autorin sowohl die Motivationen der Suizidanwärter als auch diejenigen der Helfer, der Suizidbegleiter, wobei diese in der Schweiz nicht unbedingt Ärzte sein müssen. Verlangt sind allerdings ärztliche Gutachten über die jeweilige Krankheit und ihre voraussehbare Entwicklung sowie Gutachten über die Urteilsfähigkeit der Suizidkandidaten und Informationen über eventuelle Alternativen, z. B. palliative Betreuung.

Die Krankheiten, die in der Schweiz zum Wunsch nach Beihilfe zum Suizid führen, werden von den Betroffenen ausnahmslos als schwerwiegend und aussichtslos geschildert und erlebt, und umfassen ein relativ breites Spektrum: nicht allein Krebspatienten in hoffnungslosen Situationen, nicht allein neurologische Erkrankungen wie ALS, MS oder Parkinson in fortgeschrittenem Stadium, auch schwere körperliche Schmerzkrankheiten, nicht besserbare psychische Schmerzkrankungen oder, bei Hochbetagten, eine Mischung aus unterschiedlichen und als immer unerträglicher empfundenen Krankheiten können bei Exit, nach gründlicher medizinischer Prüfung sowie der Kontrolle der geistig intakten Urteilsfähigkeit der Betroffenen, zur Beihilfe zum Freitod führen.

Auf die Frage, inwieweit diese weiter gefassten Indikationen nicht das Risiko von Missbräuchen beinhalten könnten, gibt die Autorin differenzierte Antworten: einerseits die medizinische Absicherung der Diagnose und der Urteilsfähigkeit des todeswilligen Patienten, zum zweiten die Ernsthaftigkeit, die psychische Solidität sowie der Idealismus der Freitodhelfer, ihr Bewusstsein, nicht gleich und automatisch den Freitodswünschen nachkommen zu müssen, bevor nicht im Gespräch die Möglichkeit anderer Auswege abgeklärt wurden (z. B. palliative Betreuung), im Erstgespräch und anschließenden Zusatzgesprächen. Und schließlich stelle auch die Tatsache, dass der Betroffene selbst das Medikament Natrium-Pentobarbital zu sich nehmen oder über Infusion aktivieren müsse, eine gewichtige Absicherung gegenüber von mancher Seite befürchteten Missbräuchen dar.

In diesem Zusammenhang verweist die Autorin auf die von Sterbehilfeopponenten immer wieder heraufbeschworenen Möglichkeiten, dass vor allem Ältere oder Arme im Rahmen neoliberaler Einsparexzesse im Gesundheitswesen und Pflege sich zunehmend als überflüssig ansehen und sich so zum Freitod gedrängt fühlen könnten. In den Schlussbetrachtungen ihres Buches widerspricht die Autorin allerdings selbst diesen Befürchtungen anhand des Beispiels des US-Staates Oregon und dessen Sterbehilfegesetz von 1997: nicht Arme, sondern vor allem Gebildete, Begüterte und gut Versicherte würden um Beihilfe ersuchen. Und auch die Sorge, durch eine Legitimierung der Suizidassistentz blieben die Möglichkeiten der Palliativmedizin unausgeschöpft, habe sich in Oregon nicht bewahrheitet.

Weil die Autorin sich in längeren, intensiven Gesprächen mit einigen Exit-Freitodbegleitern – Arzt, Pfarrer, Psychologe u. a. – unterhalten konnte, weiß sie um die grundsätzlich ideelle Einstellung dieser Menschen, für die der Wunsch nach Autonomie, nach Selbstbestimmung über den eigenen Abschied aus dem Leben immer im Vordergrund steht. Ablehnung jeglicher Form von Paternalismus und tiefer Respekt vor diesem Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen sind die Hauptmotivationen dieser Sterbebegleiter, die ehrenamtlich, außer einer Spesenpauschale von 500 Schweizer Franken, die emotional extrem schwierige Aufgabe der Suizidassistentz leisten. Und wie emotional einerseits, ruhig und würdig andererseits solche Freitodbegleitungen vonstattengehen, davon konnte die Autorin sich konkret durch ihre Präsenz bei zwei Freitodbegleitungen überzeugen.

Die Schlussbetrachtungen der Autorin

In ihren Schlussbetrachtungen formuliert Svenja Flaßpöhler einige Kritiken an der Freitodbegleitungspraxis von Exit sowie einige persönliche Überzeugungen.

Im Zentrum ihrer Kritiken am Exit-Modell stehen die ihrer Meinung nach zu weit, zu „vage“ gefassten Kriterien, in denen Freitodbegleitung möglich gemacht werde. Darüber hinaus sei Exit mit seinen über 70.000 Mitgliedern so schnell gewachsen, dass die Zahl der Suizidbegleiter den wachsenden Anfragen nicht mehr gerecht würde, mit zunehmendem Druck auf den einzelnen Sterbebegleiter.

Aus diesen Gründen plädiert sie eher für ein stark eingeschränktes Modell, vergleichbar mit dem des US-Bundesstaats Oregon, wo Freitodassistentz nur solchen Kranken gewährt wird, die nach ärztlicher Diagnose nur noch sechs Monate zu leben haben.

Darüber hinaus bezweifelt sie, dass private Organisationen wie Exit und Dignitas „strukturell“ geeignet seien, eine gesellschaftlich verantwortbare, „seriöse“ Form der Suizidassistentz zu gewährleisten, was aus diesem Grund allein Ärzten überlassen werden sollte. Es sei gerade in Zeiten des immer technisierteren medizinischen Fortschritts eine ärztliche, eine humane Pflicht, dass Ärzte solche todkranken Menschen beim Freitod begleiten müssten.

Mein gleichfalls persönliches Fazit

Das Buch von Svenja Flaßpöhler „Mein Tod gehört mir“ ist angesichts der jetzt in Deutschland begonnenen Sterbehilfediskussion ohne Zweifel nicht uninteressant, lässt aber wesentliche Aspekte der Sterbehilfedebatte außen vor. Dies gilt natürlich in erster Linie für die Problematik

Editorial **Mein Tod gehört mir**

der ärztlichen direkten Sterbehilfe (Euthanasie), die bei Svenja Flaßpöhler ohne überzeugende inhaltliche Begründung von vorneherein inakzeptabel bleibt, obwohl sie von großen Mehrheiten der Bevölkerung gewünscht und sogar von bedeutenden katholischen Theologen wie Hans Küng noch kürzlich in seinem neuen Buch „Glücklich sterben“ (Piper Verlag) verteidigt wird.

Dass Svenja Flaßpöhler in ihren Schlussbetrachtungen das Schweizer Exit-Modell sehr kritisch sieht und ihm das Modell des US-Staates Oregon vorzieht, ist eigentlich aus ihren Betrachtungen quer durch dieses Buch nur zum Teil verständlich: zum einen, weil in diesem Modell das Selbstbestimmungsrecht über das eigene Sterben arbiträr, künstlich eingeschränkt wird, durch die Klausel, dass der Tod spätestens nach sechs Monaten sowieso eintreten muss. Was aber mit Menschen, die noch länger überleben könnten, zum Beispiel ALS-Patienten, Menschen mit dem Locked-in-Syndrom u. a., deren Lage aber so aussichtslos und verzweifelt ist, dass sie trotz Palliativmedizin und bester Betreuung nach intensivster Überlegung zur definitiven Schlussfolgerung kommen, nicht mehr weiterleben zu können und zu wollen.

Hans Küng formuliert dies in seinem letzten Buch folgendermaßen: Erst Augustinus habe den Suizid als Mord am eigenen Leben angesehen und das Leben als Geschenk (Gottes), das man nicht so einfach zerstören dürfe. Aber warum, so Küng, soll man ein Geschenk nicht zurückgeben dürfen, das einem zur Qual geworden ist? Und warum sollte man daher nicht auch als Christ für die Freigabe der aktiven Sterbehilfe sein können?

Dass Svenja Flaßpöhler in ihren Schlussbetrachtungen Exit als private Selbsthilfeorganisation mit ihren eventuell zu wenigen ehrenamtlichen Freitodbegleitern kritisch sieht und stattdessen den Sterbehilfeprozess allein Ärzten überlassen will, ist sicherlich überlegenswert, allerdings

dürfte dies die Schweizer Situation wohl kaum beeinflussen, weil de facto Exit sich in der Bevölkerung einer immer größeren Unterstützung und Beliebtheit erfreut.

Dass Suizidhilfe und aktive Sterbehilfe auch in Luxemburg oder Belgien in die Hände von Ärzten verwiesen wurde, geht eigentlich ja in dieselbe Richtung. Die sichere Diagnostik einer Krankheit, die unheilbar ist und die weitestgehend abgesicherte Diagnose, dass die physischen und oder psychischen Schmerzen unerträglich sind (trotz aller Schmerzmittel) gehören zweifelsohne in die Hand von Ärzten. Dasselbe gilt in den Benelux-Staaten auch für die konkrete Durchführung der Sterbehilfe, im Unterschied eben zu der Schweiz.

Im Umkehrschluss zu Svenja Flaßpöhlers Überlegung, die konkrete Sterbebegleitung nur Ärzten zu überlassen, ließe sich eventuell aber auch argumentieren – nicht allein, weil immer noch nicht wenige Ärzte Euthanasie oder Beihilfe zum Suizid ablehnen oder weil deswegen sterbewillige Patienten verzweifelt nach Ärzten fragen, die bereit wären, ihnen beim definitiven Abschiednehmen zu helfen –, dass ein Hauptkriterium bei der schließlich konkreten Durchführung der Sterbebegleitung nicht so sehr oder allein der erlernte Arztberuf sein könnte, sondern gleichberechtigt auch die moralische Integrität und Ausgeglichenheit sowie eine über Weiterbildung geförderte Beherrschung der Technik, was also auch z. B. Pflegekräfte zu Sterbebegleitern werden lassen könnte.

Insgesamt wird die Sterbehilfediskussion, aus objektiv zu benennenden Gründen in allen Ländern, auch in den kommenden Jahren weitergehen und eventuell sinnvolle Änderungen erfordern.

Jean Huss

Präsident der ADMD-L



Les conditions de forme du testament

Le présent article fait suite à celui paru au bulletin n°47 et dans lequel nous avons rendu nos lecteurs attentifs à l'importance de se faire consulter par un spécialiste en droit, notaire ou avocat, pour la planification de leur succession.

A cet endroit, nous allons aborder les conditions de forme que devront respecter les testaments pour être juridiquement valables. Nous allons tout d'abord vous présenter les 3 formes légales de testaments (I) pour ensuite décrire brièvement leurs points communs (II).

I. Les 3 formes légales de testament

Les dispositions en question se retrouvent à l'article 969 du Code civil.

Le testament olographe

C'est la forme la plus simple et la moins onéreuse, mais où le risque de son invalidation est le plus grand, faute de consultation d'une personne qualifiée au préalable sans parler du risque que ce document pourra facilement « disparaître ».

- Le testateur, c'est-à-dire celui qui fait son testament, pourra rédiger ses dernières volontés sur un simple papier. Il faudra cependant veiller à ce que le testament soit entièrement rédigé, daté et signé de sa main.

Après le décès, il sera alors remis à un notaire par soit la personne chargée au préalable de ce faire (tel p-ex. un avocat consulté au préalable), soit par la personne qui trouvera ce testament (à ce sujet : voir risque de « disparition » dont parlé plus haut) qui

sera mandaté de l'ouverture et de la liquidation de la succession, c'est-à-dire qui veillera à ce que les dernières volontés du défunt soient respectées.

Le testament par acte public

Cet acte est plus solennel et entraînera certains frais. Il aura cependant comme grand avantage qu'il présuppose une consultation juridique préalable, partant les meilleurs garanties pour que le testament soit valable.

Dans un tel acte, les dernières volontés seront reçues par un notaire, voire deux notaires assisté(s) de deux témoins, qui devront, le cas échéant, signer le testament.

Il en sera également donné lecture au testateur, qui devra le signer à son tour. Précisons à cet endroit que certaines personnes, notamment les légataires ainsi que les proches du notaire et du testateur, ne peuvent servir de témoins.

L'ouverture du testament se fera à l'initiative du notaire et la liquidation se fera comme pour le testament olographe.

Le testament mystique

Ce dernier a comme particularité qu'il est sous forme d'un papier documentant les dispositions testamentaires, papier qui sera clos, cacheté et scellé auprès d'un notaire où de deux notaires accompagné(s) de deux témoins.

Le testateur devra déclarer que le contenu de ce papier constitue son testament, signé et écrit par ses soins, ou bien par une autre personne, que ce soit de façon manuscrite ou

mécanique, et dans ce dernier cas, affirmer qu'il en a personnellement vérifié le libellé.

II. Les points communs entre ces 3 formes

Pour ce qui est de l'ouverture et de la liquidation de la succession, les formalités sont identiques pour les 3 cas.

Autre point commun : le testament peut être révoqué à tout moment, contrairement à une donation.

Finalement et quelle que soit la forme de testament, sa validité présuppose, qu'au moment de sa rédaction, le testateur soit sain d'esprit et que sa volonté soit exprimée librement, hors toute pression morale et/ou physique.

En conclusion, la rédaction d'un testament n'est pas une procédure lourde et contraignante.

Elle est même empreinte d'une grande liberté et le testament peut être révoqué ou/et changé, respectivement complété à tout moment, sachant qu'en cas de testaments successifs, c'est le dernier en date qui est le seul valable.

Les seules réserves posées à cette liberté sont celles des héritiers dits « réservataires » et celle du conjoint survivant.

Il en sera question dans un article ultérieur de même que de la question : que se passe-t-il en cas d'absence de testament ?

s. **Maître Jean-Jacques Schonckert**
Avocat à la Cour et médiateur

E puer Iwwerleeungen iwwert d'Liewen an d'Stierwen

Leider ass d'Thema „Stierwen an Doud“ an onser moderner Gesellschaft een Tabuthema, dat ëmmer weider an den Hannergrond gestallt gëtt.

Am Stierwe leien esou vill Geheimnisser, déi ons Ängschten ouni Äntwert loossen. Jo, an dëser Welt, wou Erfolg, Gesondheet an éiweg Jugend un éischter Plaz stinn, passt dat net hin.

Dobäi soll d'ADMD-L de wichtege Beitrag leeschten, dass mir ons onser Vergänglecheit

bewosst ginn an Äntwerte méi liicht fannen. Wien sech zu Liefzäite bewosst mat dem eegenen Doud ausernee setzt, ka selbstbestëmmt an ouni Bevormundung liewen a stierwen.

Ech mengen, dass ouni Ängschten iwwert dat onauswäichlecht Enn, d'Liewensqualität positiv beaflosst gëtt.

Dofir ass et esou wichtig, dass een zu gesonde Liefzäiten, alles regelt, wat den eegenen Doud betrëfft.

Mir hunn hei am Land jo d'Gesetz iwwert d'Euthanasie vum 16. März 2009. Dat entsprécht dem Wëlle vun deene meeschten Awunner.

Duerch di virgenannten Tatsaachen bleift d'Thema „Stierwen an Doud“ een Tabuthema, an do musse mir als ADMD-L nach vill Iwwerzeegungsaarbecht leeschten.

vun eisem neie Member Marc Genot

Trois événements ont fait La Une de la presse internationale

*Les deux premiers cas, avec, en toile de fond, le houleux débat enflammé sur la fin de vie en France, à savoir d'une part, celui de **Vincent Lambert** et la controverse familiale – malheureusement encore et toujours actuelle - sur le bouleversant acharnement thérapeutique qui lui est infligé ; d'autre part le procès du **Docteur Bonnemaison**, dont l'inculpation a mis en lumière la douloureuse agonie des patients, dont la vie n'en finit pas de finir... Un troisième cas, tout récemment, a fait état du suicide assisté d'une jeune californienne de 29 ans, **Brittany Maynard**, qui, atteinte d'un cancer fulgurant au cerveau, a pu bénéficier du suicide assisté dans l'Etat d'Oregon aux Etats-Unis.*

Vincent Lambert : en 2008, un accident de la route a plongé ce jeune infirmier dans un état de conscience minimale. Le 10 avril 2013, son état ne s'étant toujours pas amélioré, son épouse Carine – en accord avec l'équipe médicale - décide de mettre fin à ses jours en cessant l'alimentation et l'hydratation artificielle. Vincent aurait dans le passé - d'après ses collègues et amis - exprimé son opposition à ce type d'acharnement inhumain. Le lendemain, les parents de Vincent Lambert saisissent le tribunal administratif de Châlons-en-Champagne, qui ordonne de rétablir en urgence l'alimentation et l'hydratation. La loi Leonetti, en vigueur en France, a été créée contre l'acharnement thérapeutique, avec néanmoins pour fondement l'autonomie de la personne. Ainsi, du fait que Vincent Lambert n'était plus capable d'exprimer sa volonté et sans l'existence de directives anticipées, l'avis de la famille était obligatoire. Or, les parents de Vincent Lambert n'avaient été consultés. En septembre 2013, le CHU de Reims entame une nouvelle procédure sur la fin de vie de Vincent Lambert. Ses parents, ainsi que ses frères et sœurs, sont convoqués lors de deux réunions. La décision d'arrêter les traitements est à nouveau prise le 11 janvier 2014. S'engage

alors une bataille judiciaire entre deux parties respectivement favorable et opposée à l'euthanasie passive de Vincent Lambert. Le sort pathétique de Vincent Lambert est actuellement suspendu dans le temps (...) à une décision *sine die* de la Cour européenne des droits de l'homme. Le **Docteur Nicolas Bonnemaison**, urgentiste, a été poursuivi au pénal pour « empoisonnement » avec pour conséquence d'avoir hâté la fin de vie de sept de ses patients, sans leur accord, ni celui de la famille, avec la circonstance aggravante qu'il s'agissait de personnes particulièrement vulnérables. Aucune plainte des familles n'avait été déposée à son encontre, il s'agissait de dénonciations au sein de son équipe. Le Code de Santé publique interdit au médecin de donner délibérément la mort. Il a été radié de l'Ordre des Médecins, malgré l'appel de 243 médecins en sa faveur. En juillet 2014, le Dr Bonnemaison a été acquitté par la cour d'assises de Pau, à la suite de plusieurs jours d'audiences, au cours desquelles avaient témoigné de nombreux médecins de leur expérience souvent douloureuse de la mort affrontée au quotidien, dont notamment celui d'un médecin réanimateur à l'hôpital de Bayonne : La fin de vie, on en a des images de cinéma. Un souffle qui s'arrête doucement et les yeux que l'on ferme. Mais nous, les médecins, ce n'est pas la fin de vie qu'on connaît ... Il y a deux phases. La phase pré-agonique dans laquelle le corps souffre, ... Là, il faut avoir recours à un sédatif. Puis vient la phase agonique ... Il n'y a plus d'état de conscience ... sur cette phase-là, aucun médicament ne marche ... quand l'agonie se prolonge, c'est vraiment terrible. Le parquet général de Pau a ensuite fait appel du jugement d'acquiescement. **Brittany Maynard**, superbe jeune femme, dont la photo a fait le tour du monde. Alors mariée depuis seulement un an, il lui fut diagnostiqué un cancer au cerveau. L'évolution fulgurante de la maladie lui laissait à peine quelques mois à vivre et ce dans d'atroces souffrances. En accord avec son mari, elle prit la décision courageuse de

déménager de la Californie pour l'Oregon, l'un des trois états américains ayant légalisé le « suicide assisté » dans le cas d'un patient - uniquement en « phase terminale ». Ce qui était son cas. Le 1er novembre dernier, sa décision ultime de s'en aller, a été respectée, en toute légalité.

Alors que nous disposons au Luxembourg de deux lois, respectivement l'une « sur les soins palliatifs » et l'autre sur « l'euthanasie et le suicide assisté », comment seraient considérés des cas de nature semblable ? Dans une situation comme celle de **Vincent Lambert**, la non-existence de directives anticipées de la loi sur les soins palliatifs, associée à un désaccord familial, aboutirait fort probablement également devant une juridiction.

Quant à un cas similaire à celui du **Docteur Bonnemaison**, il serait reproché au médecin de n'avoir pas informé ses patients et d'avoir agi seul sans avoir communiqué avec la famille et l'équipe soignante. Il serait fort probablement radié de l'Ordre des Médecins. Au pénal, espérons néanmoins qu'il lui serait octroyé la circonstance atténuante d'avoir agi par compassion, dans le seul but d'abrèger les souffrances d'une agonie dont l'issue était imminente et inéluctable. Une personne qui se trouverait dans les conditions similaires de **Brittany Maynard** pourrait bénéficier de la loi sur l'euthanasie et le suicide assisté. Avec comme différence, que notre loi n'exige pas que le patient se trouve en phase terminale, pour autant que les autres conditions soient respectées.

Quel que soit son âge, l'être humain peut à tout moment être confronté à l'une de ces situations. C'est bien la raison pour laquelle, en conclusion de cet article, nous tenons encore à insister auprès de nos membres : « rédigez clairement vos « dispositions de fin de vie » et aussi pour le cas où vous ne pourriez plus vous exprimer, afin que votre médecin – s'il y consent – puisse vous soulager en toute sécurité dans le cadre des conditions de la loi ».

Mireille KIES

AVIS IMPORTANT AUX MEMBRES

Les formulaires "Dispositions de fin de vie" restent valables même après un délai de 5 ans, il incombe à la Commission de Contrôle et d'Evaluation de demander une fois tous les cinq ans (à partir de la

date d'enregistrement) la confirmation de la volonté du déclarant et si les données en leur possession sont encore à jour.

WICHTIGE MITTEILUNG FÜR UNSERE MITGLIEDER

Die Formulare „Bestimmungen zum Lebensende“ bleiben auch nach fünf Jahren gültig. Die Kommission zur Kontrolle und Evaluation ist nach dieser Zeitspanne (ab dem Datum der Registrierung) verpflicht-

et, eine Bestätigung des Willens des Erklärenden zu verlangen und ob dessen Angaben noch stimmen.

Das neue Patientenrechtsgesetz



Seit dem 24. Juli 2014 verfügt Luxemburg über ein neues Patientenrechtsgesetz. Neu in dem Sinne, dass die Rechte der Patienten in einem globalen Gesetz zusammengefasst worden sind. Vor dem 24. Juli 2014 mussten sich die Patienten, um sich über ihre Rechte informieren zu können, mit unterschiedlichen Gesetzestexten wie z. B. der „loi hospitalière“ auseinandersetzen.

Die Patiente Verriedung asbl begrüßt dieses Gesetz, zumal hier Neuerungen vorgesehen sind, die es dem Patienten im medizinischen Alltag erleichtern sollen, sich zurecht zu finden.

So sieht das Gesetz vor, dass der Patient einen Begleiter („accompagnateur du patient“) wählen kann, welcher den Patienten zu Untersuchungen begleitet und moralisch unterstützen kann. Diese Begleitperson hat jedoch nur begrenzte Rechte, so kann sie nicht für oder im Namen des Patienten Entscheidungen treffen. (Art. 7(1) de la loi du 24 juillet 2014).

Eine weitere Neuerung stellt auch die Nennung einer „personne de confiance“ dar.

Diese hat im Vergleich zum „accompagnateur du patient“ mehr Rechte. Sie wird im Vorfeld vom Patienten bestimmt und hat meistens ein enges Vertrauensverhältnis zum Patienten und ist über dessen medizinische Einstellung, z. B. die Verneinung lebensverlängernder Maßnahmen informiert. Im Falle eines medizinischen Notfalles kann die Vertrauensperson im Namen des Patienten dessen Wünsche äußern. (Art. 12(1) de la loi du 24 juillet 2014).

Um in Zukunft Konfliktsituationen zwischen medizinischen Dienstleistern und Patienten besser, und für den Patienten schneller, lösen zu können, sieht das neue Patientenrechtsgesetz die Schaffung eines „service national d'information et de médiation“ vor. (Art. 20 de la loi du 24 juillet 2014).

Diese Informations- und Mediationsstelle soll den Patienten fortan als Anlaufstelle im Falle eines Konfliktes dienen, z. B. bei einer nicht adäquat durchgeführten Operation, bei Zweifeln über die Richtigkeit einer ausgestellten Rechnung usw.

Die Teilnahme an der Mediation ist für beide Parteien – Patient und medizinischer Dienstleister – freiwillig und soll im besten Falle zu einer für beide Parteien gütlichen Lösung führen. Da hier auch Experten herangezogen werden können, soll es dem Patienten die Beweislast erleichtern, sodass er schneller zu seinem Recht kommen kann.

Diese drei Neuerungen, „accompagnateur du patient“, „personne de confiance“, sowie der „service national d'information et de médiation“ stellen die Schwerpunkte in der Unterstützung der Patienten dar.

Da dies nur Auszüge aus dem Gesetzestext darstellen, steht die Patiente Verriedung asbl allen Interessierten telefonisch bei Fragen zur Verfügung.

Erreichen können Sie uns Dienstag bis Donnerstag von 8:00-12:00 sowie von 13:00-17:00 Uhr unter folgender Telefonnummer: 49 14 57-1.

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ADMD-L

L'association est gérée par un conseil d'administration de 7 à 17 membres, élus par l'assemblée générale, dont 3 personnes sont désignées au présidium.

Président:

Jean Huss – 25, rue André Koch – L-4173 Esch-sur-Alzette
Tél.: 56 53 82 – Fax: 56 33 57 – jhuss@villeesch.lu

Vice-Présidents:

Véronique Hammes – 25, rue des Romains – L-7563 Mersch
GSM: 691 311 115 – vhammes@pt.lu

Marie-Paule Kohn – 10, rue de l'Alzette – L-7351 Helmdange
Tél./Fax: 33 37 27 – marie-paule.kohn@education.lu

Secrétaire du présidium:

Marthy Putz – 18, avenue Dr. Klein – L-5630 Mondorf-les-Bains
Tél./Fax: 23 66 11 13 – GSM: 621 788 162 – mputz@pt.lu

Trésorier:

Nico Kohn – Im Contersfeld, 8 – D-66687 Wadern
Tél.: 0049 6871 920 94 56 – Fax: 0049 6871 920 94 57 – admdl@pt.lu

Membres du comité:

Corinne Cardoso – GSM: 691 881 212
cardosocorinne@hotmail.com

Marie-Josée Kerschen – 5a, op der Baach – L-9424 Vianden
Tél.: 83 40 76 – Fax: 84 93 33 – mjkerschen@gmx.net

Mireille Kies – 17, rue Hurkes – L-7592 Beringen
GSM: 621 789 652 (0032 2673 6850) – k-mireille@hotmail.com

Germaine Kohn – Im Contersfeld, 8 – D-66687 Wadern
GSM: 691 906 782

Théo Mackel – 34, rue du Lac – L-8808 Arsdorf
Tél.: 23 64 04 92 – Fax: 26 61 58 57 – tmackel@pt.lu

Chris Scott – 34, rue du Marché aux Herbes – L-1728 Luxembourg
Tél.: 22 59 13 26 – cscott@chd.lu

Marc Genot – 15, rue de la Cité – L-5488 Ehnen
GSM: 691 768 112 – marc.genot@pt.lu

Consultant:

Me Jean-Jacques Schonckert – Avocat à la cour – Médiateur
20, rue Saint Ulric – L-2651 Luxembourg – Tél.: 46 55 56

Secrétaire:

Michèle Beets – 50c, rue Andethana – L-6970 Oberanven
Tél.: 26 59 04 26 – michele@admdl.lu

