

Aus der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin C: Palliativstation

(Direktor Prof. Dr. Florian Heidel)

Thema: „Interview zur persönlichen Einstellung zur Sterbehilfe bei Menschen in palliativer Situation“

Inaugural – Dissertation

zur

Erlangung des akademischen

Grades

Doktor der Medizin

(Dr. med.)

der

Universitätsmedizin

der

Universität

Greifswald

2021

vorgelegt von:

Laura Nadine Hamm

geb. am: 30.03.1995

in: Bernau

Stv. Dekan: Prof. Dr. med. Karlhans Endlich

1. Gutachter: Prof. Dr. William Krüger

2. Gutachter: Priv.-Doz. Dr. med. Ulrich Wedding

Ort: Zoom-Meeting

Tag der Disputation: 25.03.2022

# Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis .....	III
Abbildungsverzeichnis.....	IV
Tabellenverzeichnis.....	V
1. Einleitung.....	1
2. Problemstellung.....	4
2.1 Definitionen .....	4
2.2 Gesetzliche Lage in Deutschland .....	5
2.3 Palliativmedizin in Mecklenburg-Vorpommern .....	7
2.4 Sterbehilfe in anderen Ländern .....	8
2.5 Aktuelle Studienlage.....	10
3. Material und Methoden .....	14
3.1 Studiendesign .....	14
3.1.1 Probandenrekrutierung (Anzahl und Auswahl) .....	14
3.1.2 Studienablauf.....	15
3.2 Aufbau Interviewleitfaden .....	16
3.3 Datenschutz .....	21
3.4 Statistik .....	22
4. Ergebnisse.....	24
4.1 Demografische Daten.....	24
4.2 Allgemeine Palliativdaten .....	26
4.3 Gesprächseinführung und Komplex körperliche Symptome .....	29
4.4 Komplex Depressionen/depressive Verstimmung .....	31
4.5 Komplex Angst.....	33
4.6 Komplex Allgemein.....	34
4.7 Komplex Definitionen Sterbehilfe.....	35
4.8 Komplex Meinung zur Sterbehilfe.....	38
4.9 Korrelationen zwischen einzelner Variablen .....	42

4.9.1	Alter .....	42
4.9.2	Geschlecht.....	43
4.9.3	Setting .....	43
4.9.4	Beruf.....	44
4.9.5	Lebensform.....	45
4.9.6	ECOG.....	45
4.9.7	Karnofsky-Index.....	46
4.9.8	Pflegegrade .....	47
4.9.9	Symptome .....	47
4.9.10	Komplex Depression.....	47
4.9.11	Komplex Angst.....	48
4.9.12	Komplex Definitionen Sterbehilfe .....	50
4.9.13	Komplex Meinung zur Sterbehilfe .....	50
5.	Diskussion .....	52
5.1	Erkenntnisse zur Beantwortung der Fragestellung .....	52
5.2	Weitere Ergebnisse mit Bezug zur Studienlage.....	57
5.3	Studienkritik .....	62
6.	Zusammenfassung .....	64
	Literatur.....	66
	Anhang.....	74
	Anhang 1: Patienteninformation und Einverständniserklärung .....	74
	Anhang 2: Interviewleitfaden.....	78
7.	Danksagung .....	84

## Abkürzungsverzeichnis

AAPV	allgemeine ambulante Palliativversorgung
ÄAS	ärztlich-assistierter Suizid
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.
DHPV	Deutscher Hospiz- und PalliativVerband
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
MV	Mecklenburg-Vorpommern
NRS	numerische Rating-Skala
NTD	non-treatment decisions
PAS	physician-assisted suicide
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SAPV	spezialisierte ambulante Palliativversorgung
TAV	Tötung auf Verlangen
WHO	Weltgesundheitsorganisation

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 - Umfrage zur Meinung über Sterbehilfe; Quelle: YouGov .....	12
Abbildung 2 - Häufigkeiten der Grunderkrankungen .....	27
Abbildung 3 - Stichprobenumfang nach ECOG .....	28
Abbildung 4 - Stichprobenumfang nach Karnofsky-Index .....	28
Abbildung 5 - Verteilung der Pflegegrade .....	29
Abbildung 6 - Häufigkeiten von guter Aufklärung .....	29
Abbildung 7 - Häufigkeiten der belastendsten Symptome .....	30
Abbildung 8 - Verteilung der Schmerzen in Ruhe und bei Belastung.....	31
Abbildung 9 - Häufigkeiten von Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit.....	32
Abbildung 10 - Häufigkeiten von Interessensverlust, Müdigkeit oder Energielosigkeit .....	32
Abbildung 11 - Häufigkeiten von Sorgen, Ängste und Gefühle von Anspannung.....	33
Abbildung 12 - Häufigkeiten von Angstanfällen .....	34
Abbildung 13 - Häufigkeiten der Vorsorgemöglichkeiten .....	35
Abbildung 14 - Häufigkeiten der Kenntnis von aktiver direkter Sterbehilfe und Tötung auf Verlangen.....	36
Abbildung 15 – Häufigkeiten der Kenntnis von ärztlich-assistierten Suizid oder Beihilfe zur Selbsttötung.....	36
Abbildung 16 - Häufigkeiten der Kenntnis von passiver Sterbehilfe .....	37
Abbildung 17 - Häufigkeiten der Kenntnis von Palliativmedizin.....	38
Abbildung 18 - Häufigkeiten der Meinung über die Zulassung von TAV und/oder ÄAS .....	39
Abbildung 19 - Häufigkeiten von TAV und/oder ÄAS in derzeitiger Situation .....	40
Abbildung 20 - Häufigkeiten von Faktoren der Meinungsänderung .....	41
Abbildung 21 - Häufigkeiten von Möglichkeiten, Schwerstkranken am Lebensende zu helfen .....	42
Abbildung 22 - Unterstützung von Schwerstkranken beim Suizid; Quelle: infratest dimap .....	54

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 - Definitionen Sterbehilfe und Palliativversorgung .....	4
Tabelle 2 - Übersicht Sterbehilfe in anderen Ländern, eigene Darstellung (Quelle: Patientenverfügung.digital).....	8
Tabelle 3 - Defintion und Vergleich zwischen ECOG und Karnofsky-Index; eigene Darstellung (Quelle: Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group).....	17
Tabelle 4 - Demografische Daten .....	25
Tabelle 5 - Aufteilung in Altersgruppen.....	42

# 1. Einleitung

Die Palliativmedizin ist ein multimodales Fachgebiet, welches sich mit der Verbesserung der Lebensqualität von schwerstkranken und sterbenden Patienten befasst. Abgeleitet ist der Begriff Palliativmedizin vom spätlateinischen Wort „palliare“, welches „mit einem Mantel bedecken“ bedeutet. (1, o.S.) Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert die Palliativmedizin wie folgt:

„Palliativmedizin ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten, mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung der Schmerzen, anderer Krankheitsbeschwerden, psychologischer, sozialer und spiritueller Probleme höchste Priorität besitzt.“ (2, S. 1)

„Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.“ – ein Zitat von Cicely Saunders, welche die moderne Palliativ- und Hospizbewegung 1967 in England begründete. (3, S. 2) Sie erfasste Mängel in der bisherigen Versorgung und entwickelte ein ganzheitliches Konzept, um die Begleitung von Patienten und Angehörigen zu verbessern. So geht es nun nicht mehr ausschließlich um die Milderung und Behebung von körperlichen Symptomen, es spielen viel mehr die psychosozialen und spirituellen Komponenten am Lebensende eine wichtige Rolle. Der Fokus liegt auf dem sterbenden Menschen. Er soll in seiner Gesamtheit erfasst und verstanden werden. Es wird mit verschiedenen Therapieansätzen gearbeitet, wobei stets die Verbesserung der Lebensqualität im Vordergrund stehen muss und nicht mehr die Heilung der Krankheit.

Nach Deutschland kam diese neue Palliativbewegung erst 1983. Die Universitätsklinik Köln richtete die bundesweit erste Palliativstation ein. (4) Von da an wuchs die Palliativ- und Hospizbewegung auch in Deutschland. 1994 wurde die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP) gegründet, die heute ein wichtiger Bestandteil für die interdisziplinäre Vernetzung, dem Aufbau und die Weiterentwicklung der Palliativ- und Hospizversorgung ist. Anfang 2019 gab es in Deutschland ca. 1500 ambulante Hospizdienste, ca. 230 stationäre Hospize und ca. 330 Palliativstationen in Krankenhäusern. (5)



2017 betrug die Zahl der Todesfälle in Deutschland 932.272 Menschen. Dabei ist ein Anstieg von 2,3 % im Vergleich zum Vorjahr zu vermerken. Auf Platz eins der häufigsten Todesursachen liegen die Herz-/Kreislaufkrankungen, wie schon in den Jahren zuvor (37 % der Todesfälle). Rund ein Viertel (24,4 %) geht auf die zweithäufigste Todesursache, den Krebserkrankungen, zurück. Dabei waren Lungen- und Bronchialkarzinome bei den Männern und Mammakarzinome bei den Frauen am häufigsten vertreten. Bei 4,3 % der Todesfälle konnte eine nicht natürliche Todesursache, wie z.B. Unfälle und Suizide, festgestellt werden. (6)

Um eine maximale Versorgung der Patienten zu gewährleisten, lässt sich das Feld der Palliativmedizin in einzelne Abteilungen untergliedern. So unterscheidet man drei ambulante Versorger: die Hausärzte (allgemeine ambulante Palliativversorgung, AAPV), die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) und die Hospize sowie die Palliativstationen als stationären Teil.

Oft ist die erste Anlaufstelle von schwerstkranken Patienten die Notaufnahme in einem Krankenhaus. Über diesen ersten Anlaufpunkt werden die Patienten dann auf die Palliativstationen verlegt. Diese sind spezialisierte Einrichtungen, deren Ziel es ist, eine grundlegende Symptomlinderung herzustellen, um die Lebensqualität zu steigern und es dem Patienten zu ermöglichen, in seine gewohnte Umgebung zurückkehren zu können. Dabei steht die Akutbehandlung der häufigsten palliativmedizinischen Symptome, wie z.B. Atemnot und Schmerzen, im Vordergrund. Ein weiterer Bestandteil ist die Beratung und Unterstützung in der Organisation der optimalen Versorgung außerhalb der Palliativstation.

Wohnt der Patient noch zu Hause, in einem Pflegeheim oder im betreuten Wohnen, kann die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) eine Unterstützung bieten. Primär wird der Patient durch den Hausarzt und insbesondere die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) betreut. Steigt jedoch die Intensität und Komplexität der Versorgung, wird die SAPV zu Hilfe gezogen. Dabei ist das primäre Ziel den Patienten in seinem Lebensumfeld körperlich, psychosozial und spirituell weitestgehend zu entlasten. Die 24h Rufbereitschaft der SAPV-Teams ist bei alledem unverzichtbar. Die DPG beschreibt die SAPV als Ergänzung zur allgemeinen ambulanten Palliativmedizin, mit dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung so weit wie möglich zu bewahren und zu verbessern. (7)

Die dritte Säule stellen die Hospize dar. Dabei geht es darum, den Patienten und seine Angehörigen in der letzten Lebensphase zu unterstützen, sowohl in der vertrauten Umgebung im eigenen Zuhause, als auch stationär. Überwiegend ehrenamtliche Mitglieder arbeiten mit Ärzten und Pflegekräften zusammen, um eine ganzheitliche Pflege und Versorgung zu gewährleisten. Die Betreuung der Angehörigen endet jedoch nicht immer mit dem Tod des Patienten. Die Hospize bieten den Angehörigen weiterhin Trauerberatung und auch Trauergruppen an. (8)

Der Sterbeprozess und der Tod sind wichtige Bestandteile der Palliativversorgung. Generell steht die Palliativmedizin für die Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität durch Behandlung und Symptomlinderung und damit auch für eine Erleichterung des Sterbeprozesses. Ein zentraler Grundsatz besteht darin, dass jeder Mensch das Recht hat, in Würde zu sterben. Dieser Grundsatz löst viele Diskussionen aus. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin äußerte sich klar gegen jegliche Form der Beihilfe zum Suizid. (9) Doch vor allem Patienten sehen die Notwendigkeit zur Änderung der Gesetzeslage. Vom 2. März 2017 bis zum 17. Mai 2018 waren beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) 104 Anträge auf Erlaubnis zum Erwerb eines Betäubungsmittels im Rahmen der Selbsttötung eingegangen. Schon im März 2017 entschied das Bundesverwaltungsgericht, dass der Staat in extremen Ausnahmefällen individuell über die Ausgabe von Betäubungsmittel entscheiden muss. Damit soll ermöglicht werden, dass schwerstkranke Patienten eine schmerzlose Selbsttötung durchführen können. (10) Eine Gesetzesänderung vom 26.02.2020 erklärt den § 217 StGB (Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung) für verfassungswidrig. (11) So ist es Patienten nun möglich, eine selbstbestimmte Lebensbeendigung zu wählen. Doch ist die Rechtslage zum aktuellen Zeitpunkt weiterhin nicht genau bestimmt und der „Rechtsschutz“ für Dritte bei der Suizidbeihilfe nicht gegeben. (12)

## 2. Problemstellung

### 2.1 Definitionen

Die aktuelle politische Lage in Europa, als auch deutschlandweit zum Thema Sterbehilfe ist vielschichtig. Daher gibt es viele Studien, wobei die Begrifflichkeiten oft uneinheitlich sind. Der Nationale Ethikrat empfiehlt seit 2006 die Verwendung der neueren Begriffe „Tötung auf Verlangen“ und „ärztlich-assistierter Suizid“. Weiterhin rät der Nationale Ethikrat zur Verwendung des Ausdruckes „Sterbenlassen“ anstatt „passiver Sterbehilfe“. Da jedoch der Begriff „Sterbenlassen“ aktuell nur selten in der Literatur verwendet wird, wird in der vorliegenden Arbeit weiterhin „passive Sterbehilfe“ genutzt. (13) In Tabelle 1 sind die einzelnen Begriffe und die internationalen Pendanten definiert.

**Tabelle 1 - Definitionen Sterbehilfe und Palliativversorgung**

Begriff	Deutsche Definition	Internationale Definition	gesetzliche Lage in Deutschland
<b>Tötung auf Verlangen/euthanasia</b>	„Tötung auf Verlangen liegt laut Strafgesetzbuch (StGB) § 216 vor, wenn jemand durch das „ausdrückliche und ernstliche Verlangen“ des Getöteten zur Tötung bestimmt wurde und den Tod gezielt aktiv herbeiführt.“ (14, S. 70)	„A doctor intentionally killing a person by the administration of drugs, at that person’s voluntary and competent request“ (15, S. 98)	strafbar
<b>Ärztlich assistierter Suizid/physician-assisted suicide (PAS)</b>	Bei der Beihilfe zur Selbsttötung wird ein todbringendes Medikament durch den Arzt bereitgestellt. Der Patient nimmt es jedoch selbstständig ein. (14, S. 70)	„PAS is a doctor intentionally helping a person to commit suicide by providing drugs for self-administration, at that person’s voluntary and competent request“ (15, S. 98)	seit 26.02.2020 erlaubt

<b>Passive Sterbehilfe/non-treatment decisions (NTD)</b>	„Behandlungsabbruch oder Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen bei sterbenden Patienten bzw. in aussichtslosen Krankheitssituationen mit (mutmaßlicher) Einwilligung des Patienten.“ (16, S. 1)	„NTD are defined as follows: withholding or withdrawing medical treatment from a person either because of medical futility or at that person’s voluntary and competent request.“ (17, S. 109)	erlaubt
<b>Palliativversorgung/palliative care</b>	„Palliativversorgung ist die aktive, umfassende Versorgung des Patienten, dessen Erkrankung auf eine kurative Behandlung nicht anspricht. Kontrolle von Schmerzen, anderen Symptomen sowie von sozialen, psychologischen und spirituellen Problemen ist oberstes Ziel.“ (18, S. 219)	„Palliative Care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.“ (19, S. 10)	-

## 2.2 Gesetzliche Lage in Deutschland

In der aktuellen gesetzlichen Lage in Deutschland zum Thema Sterbehilfe gibt es nicht nur klare Grenzen. So befasst sich der § 216 Abs. 1 StGB mit der Tötung auf Verlangen und stellt diese unter Strafe. Seit Februar 2020 ist der assistierte Suizid unter bestimmten Voraussetzungen nicht mehr strafbar. Generell gilt jedoch der Suizid in Deutschland als straffrei und somit auch die Teilnahme (Beihilfe oder Verleitung).

2015 wurde diesbezüglich ein Gesetz vom Bundestag verabschiedet. Laut dem § 217 Abs. 1 StGB war die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe gestellt. Der erste Absatz des Gesetzes sollte vor allem das Auftreten von Sterbehilfeorganisationen verhindern. (20) Ein Beispiel für solch eine Sterbehilfeorganisation stellt der Verein „DIGNITAS – Menschenwürdig leben –

Menschenwürdig sterben“ aus der Schweiz dar. Laut eigenen Aussagen hilft der Verein Menschen am Lebensende mithilfe der Förderung des Selbstbestimmungsrechtes. Dabei werden Menschen beraten, begleitet und letztendlich wird ihnen zum Freitod verholfen. (21)

Der zweite Abschnitt des § 217 StGB lautete wie folgt: „Als Teilnehmer bleibt straffrei, wer selbst nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger des in Absatz 1 genannten anderen ist oder diesem nahesteht“ (§ 217 Abs. 2 StGB). Daraus wird nicht klar ersichtlich, ob nun z.B. ein Arzt, der dem Patienten ein todbringendes Medikament verabreicht, strafrechtlich verfolgt wird oder nicht. Das Wort „geschäftsmäßig“ bedeutet in diesem Zusammenhang zunächst nur, dass der Täter darauf aus ist, den Vorgang zu wiederholen. Dabei ist die Geschäftsmäßigkeit unabhängig einer Gewinnerzielung. (22) Somit wäre ein Arzt, der dem Patienten nahesteht oder wenn es sich um eine einmalige Tat handelt, straffrei. Doch z.B. ein Allgemeinmediziner handelt widerrechtlich, wenn er einem Patienten auf seinen eigenen Wunsch hin ein todbringendes Medikament verabreicht oder es ihm zur Verfügung stellt, in dem Wissen, dass der Patient suizidgefährdet ist. Es wäre also ein geschäftsmäßiger Tatbestand vorhanden, da er bei ähnlichen Fällen genauso handeln würde. (9)

Am 26.02.2020 wurde jedoch der § 217 StGB vom Bundesverfassungsgericht für verfassungswidrig erklärt. Dadurch wurde die Diskussion rund um das Thema Sterbehilfe neu angeregt, da nun die geschäftsmäßige Beihilfe zum Suizid wieder erlaubt ist. Die konkreten gesetzlichen Auslegungen stehen zum aktuellen Zeitpunkt noch aus. Bei der Verkündung empfahlen die zuständigen Richter jedoch bestimmte Zulassungsvoraussetzungen für das Bestehen von Sterbehilfeorganisation. Weiterhin gilt, dass bei einem nicht freiwilligen assistierten Suizid, die Tat nach § 212 StGB als Totschlag gilt und mit einer Freiheitsstrafe geahndet wird. (23)

Die unterschiedlichen Berufsordnungen der Ärzteschaft der einzelnen Bundesländer äußern sich nicht eindeutig zum Umgang mit Patienten, die nach Sterbehilfe fragen. § 16 der Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte besagt, dass es Ärzten verboten ist, die Tötung auf Verlangen durchzuführen. Weiterhin ist es ihnen ausdrücklich untersagt, Beihilfe zum Suizid zu leisten. (24) Diesen Paragraphen haben jedoch nicht alle Landesärztekammern übernommen. So heißt es z.B. in den Berufsordnungen von Berlin, Baden-Württemberg und Bayern,

dass Ärztinnen und Ärzte den Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen haben. Jeglicher Kommentar zum Thema Sterbehilfe wurde nicht aus der Musterberufsordnung übernommen. (25) (26) (27) Ein Gegenbeispiel stellt Mecklenburg-Vorpommern (MV) dar. In der Berufsordnung von MV wurde § 16 wortwörtlich aus der Berufsmusterordnung übernommen. (28) Somit entstehen regionale Unterschiede zwischen den Bundesländern.

## **2.3 Palliativmedizin in Mecklenburg-Vorpommern**

Obwohl Mecklenburg-Vorpommern das Bundesland mit der geringsten Einwohnerdichte (69 Einwohner pro km<sup>2</sup>; Stand: 31.12.2018) ist, sind die ambulante Palliativversorgung und die stationären palliativmedizinischen Komplexbehandlungen gut ausgebaut. So bietet die Fläche Mecklenburg-Vorpommerns den Vorteil, dass sich engagierte Teams, z.B. SAPV-Teams, besser organisieren und damit eine flächendeckende Versorgung gewährleisten können. Im Gegensatz dazu stehen jedoch die weiten Fahrtwege und die Organisation während Krisensituationen. (29) (30)

Daher gibt es in Mecklenburg-Vorpommern elf Palliativstationen mit insgesamt 69 Betten, wodurch MV die zweithöchste Bettenzahl pro eine Million Einwohner besitzt (Stand 2015). Aktuell verfügt Mecklenburg-Vorpommern über 13 SAPV-Teams, die eine flächendeckende Versorgung gewährleisten. (31) Im Vergleich dazu waren es 2015 nur fünf SAPV-Teams. (32)

Die Palliativstation in der Universitätsklinik Greifswald wurde am 01.02.2011 eröffnet. Sie umfasst zehn Betten in zehn Einzelzimmern, wobei jedem Zimmer ein eigener Sanitärbereich zugehörig ist. Ca. 360 Patienten werden pro Jahr durch die Palliativstation behandelt. Davon versterben rund 160 auf der Station. Auch hier spielen weiterhin die Grundsätze von Cicely Saunders eine wichtige Rolle. Im Vordergrund steht die Konzentration auf die physischen, psychischen, sozialen und seelischen Bedürfnisse der Patienten. Mit einer individuellen Behandlung in einem interdisziplinären Team wird für die Verbesserung der Lebensqualität gesorgt. Dabei wird deutlich hervorgehoben, dass das Leben bejaht, der Tod jedoch weder

beschleunigt noch hinausgezögert und eine aktive Sterbehilfe konsequent abgelehnt wird. (33) (34)

## 2.4 Sterbehilfe in anderen Ländern

Die Diskussion um das Thema Sterbehilfe und insbesondere den ärztlich-assistierten Suizid findet in ganz Europa statt. In den meisten europäischen Ländern sind sowohl die indirekte als auch die passive Sterbehilfe legal. Bei der Tötung auf Verlangen und dem ärztlich-assistierten Suizid sieht es anders aus. In Belgien und den Niederlanden sind diese beiden Formen seit einigen Jahren legal. Ein weiteres bekanntes Beispiel stellt die Schweiz dar. Die Tötung auf Verlangen ist in der Schweiz strafbar, jedoch ist der assistierte Suizid nur legal, insofern keine selbstsüchtigen Beweggründe vorliegen. (35) Eine Übersicht der gesetzlichen Lage in den Ländern stellt Tabelle 2 dar.

**Tabelle 2 - Übersicht Sterbehilfe in anderen Ländern, eigene Darstellung (Quelle: Patientenverfügung.digital (36))**

<b>Sterbehilfeformen</b>	<b>Deutschland</b>	<b>Belgien</b>	<b>Niederlande</b>	<b>Schweiz</b>
<b>Tötung auf Verlangen</b>	strafbar	unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt	unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt	strafbar
<b>Ärztlich-assistierter Suizid</b>	geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung erlaubt	unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt	unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt	wenn aus nicht-selbstsüchtigen Motiven gehandelt wird, nicht strafbar
<b>Passive Sterbehilfe</b>	erlaubt	erlaubt	erlaubt	erlaubt

In allen Ländern liegen festgelegte Sorgfaltskriterien vor, um die Rahmenbedingungen für einen ärztlich-assistierten Suizid herzustellen.

In Belgien können sowohl Volljährige als auch Minderjährige eine Anfrage auf Sterbehilfe stellen. Dabei muss der Patient zum Zeitpunkt des Wunsches bei Bewusstsein und handlungsfähig sein. Weiterhin muss er seinen Sterbewunsch mehrmals freiwillig äußern. Die Grundvoraussetzung ist eine medizinisch aussichtslose Lage. Dazu wird ein zweiter unabhängiger Arzt zur Konsultation herangezogen. Zwischen der schriftlichen Festlegung des Sterbewunsches und der Tötung auf Verlangen muss mindestens ein Monat vergangen sein. (37)

Die Niederlande sind Vorreiter in der Legalisierung von der Tötung auf Verlangen und dem ärztlich-assistierten Suizid. Im Jahr 2002 trat das Sterbehilfegesetz in Kraft. Darin werden gewisse Sorgfaltskriterien festgehalten, die einen Rahmen für das ärztliche Handeln vorgeben. Dabei müssen folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

1. Der Sterbewunsch des Patienten muss wohlüberlegt und absolut freiwillig sein. Falls er seinen Willen nicht mehr äußern kann, ist es möglich ihn vorher schriftlich, bei bestehender Geschäftsfähigkeit, festzuhalten.
2. Der medizinische Zustand ist aussichtslos und das einhergehende Leiden ist unerträglich.
3. Der Arzt hat den Patienten vollständig über seine Situation und weitere Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt.
4. Sowohl der Patient als auch der Arzt sind der Meinung, dass keine weiteren Therapiemöglichkeiten sinnvoll und hilfreich wären.
5. Mindestens ein weiterer unabhängiger Arzt muss den Patienten untersuchen und eine schriftliche Stellungnahme zu den Kriterien 1-4 aufgeben.
6. Die Durchführung der Lebensbeendigung muss mit der gebotenen medizinischen Sorgfalt durchgeführt werden.

Auch in den Niederlanden können Minderjährige die Möglichkeit der Lebensbeendigung wahrnehmen. (36)

Die Tötung auf Verlangen ist, ebenso wie in Deutschland, auch in der Schweiz strafbar. Für den ärztlich-assistierten Suizid gibt es besondere Vorgaben. Er ist nicht strafbar, solange aus nicht-selbstsüchtigen Gründen gehandelt wird. In den neuen



Richtlinien spricht sich die schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) einerseits dafür aus, dass der ÄAS nicht Teil der ärztlichen Tätigkeit ist. Andererseits stellt sie auch klar dar, dass ein Arzt stets den Willen des Patienten zu achten hat. Eine Besonderheit der Schweiz sind die Sterbehilfeorganisationen. Auch hierfür wurden Mindestanforderungen festgelegt. Es dürfen keine Zweifel an der Urteilsfähigkeit des Patienten bestehen und der Patient muss sich ohne äußere Einflüsse dafür entscheiden. Weiterhin muss sich der Patient in einer medizinisch aussichtslosen Situation befinden. Der Sterbenswunsch muss wohlüberlegt und darf nicht Symptom einer psychischen Krankheit sein. Es werden mehrere intensive Gespräche durchgeführt und zudem ist eine unabhängige Zweitmeinung erforderlich. Auch Patienten ohne schweizerische Staatsbürgerschaft können die Möglichkeiten der Sterbehilfeorganisationen in Anspruch nehmen. (35)

## **2.5 Aktuelle Studienlage**

Es gibt vereinzelte Studien bei denen der Standpunkt zum Thema Sterbehilfe analysiert wurde. Dabei wird unter anderem darauf eingegangen, was Ärzte und Ärztinnen, Pflegepersonal, die Bevölkerung und Patienten mit einer schweren Krankheit darüber denken. Doch vor allem Studien, die die Einstellung von Betroffenen erfassen, sind rar. Eines der wenigen Beispiele stellt die Studie von Ernest Güell dar. Er und seine Mitarbeiter untersuchten das Auftreten vom Wunsch nach Sterbehilfe bei Patienten einer Palliativstation. Fast 10 % der 701 behandelten Patienten sprachen den Wunsch nach Sterbehilfe aus. Unterschied zu der Studie von Güell und der vorliegenden Untersuchung aus Greifswald ist, dass Güell auf die spontanen Äußerungen der Patienten eingeht und nicht aktiv nach deren Einstellung fragt. (38)

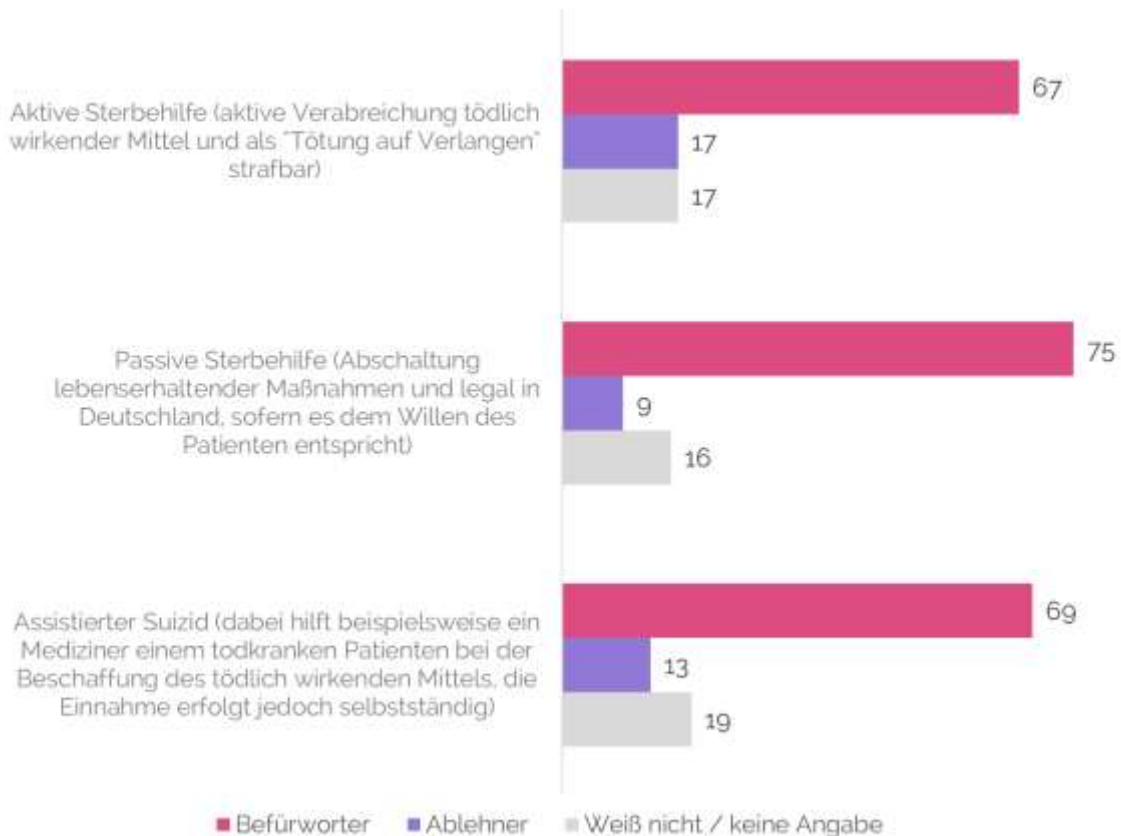
Eine ähnliche Studie wurde 2018 von Patricia Hizo-Abes und Mitarbeitern in Canada durchgeführt. Dabei wurden 102 stationäre und ambulante Patienten rekrutiert, die alle unter fortgeschrittenen lebensbedrohlichen Krankheiten litten. Weiterhin wurden die Patienten in drei Gruppen eingeteilt: Patienten ohne Palliativversorgung, mit gerade begonnener Palliativversorgung und mit vorheriger Palliativversorgung. Auch hier war die große Mehrheit generell positiv gegenüber dem ärztlich-assistierten Suizid eingestellt. Nicht so eindeutig waren die Antworten im Bezug darauf, ob für die

Patienten selbst der ÄAS in Betracht käme. Dabei fielen die Antworten sehr unterschiedlich aus, dennoch ließ sich eine Tendenz zugunsten der Legalisierung des ÄAS feststellen. (39)

Gegner der Legalisierung von ärztlich-assistierten Suizid und Tötung auf Verlangen setzen auf das Argument der schiefen Ebene. Es wird befürchtet, dass sich Patienten unter Druck gesetzt fühlen, sobald es eine Gesetzesänderung gibt. Patienten, die nicht zustimmen oder aus den falschen Gründen sich für den ÄAS oder die TAV entscheiden, sollen davor geschützt werden. In Belgien und den Niederlanden wurden Untersuchungen angestellt, die genau dieses Phänomen betrachtet haben. Die Ergebnisse zeigen, dass weniger Patienten keine eindeutige Zustimmung zum ÄAS/TAV gegeben haben. (40)

In einer aktuellen Umfrage vom April 2019 wurden 2.058 Personen über 18 Jahren in Deutschland zum Thema Sterbehilfe befragt. Dabei wurde die Befürwortung oder Ablehnung der Personen gegenüber der Tötung auf Verlangen, passiver Sterbehilfe und dem ärztlich-assistierten Suizid erfragt. Hieraus geht hervor, dass sich 67 % für die Tötung auf Verlangen und 69 % für den ärztlich-assistierten Suizid aussprechen (siehe Abbildung 1, S. 12). Weiterhin wurde festgestellt, dass vor allem über 55-Jährige die Tötung auf Verlangen befürworten (70 %). Im Vergleich dazu sind es 60 % bei den 18- bis 24-Jährigen. Die gleiche Tendenz findet man beim ärztlich-assistierten Suizid. Ein Ost/West-Unterschied stellt sich nur in der Befürwortung der Tötung auf Verlangen dar. In Ostdeutschland sprechen sich 72 % und in Westdeutschland 65 % für die Legalisierung aus. (41)

Breite Mehrheit für Legalität unterschiedlicher Formen der Sterbehilfe  
Befürwortung und Ablehnung (in %)



YouGov | yougov.com

05.-07.04.2019 n=2.058

Abbildung 1 - Umfrage zur Meinung über Sterbehilfe; Quelle: YouGov (41)

Die bisher erfassten Stichproben umfassten alle Personen ab 18 Jahren, die einer Umfrage zugestimmt haben. Die gesamte Diskussion um die Legalisierung von Möglichkeiten der Sterbehilfe, betrifft jedoch Patienten, die sowohl in ihrer verbliebenen Lebenszeit als auch in der Lebensqualität eingeschränkt sind.

Um jedoch auftretende Unterschiede in der Meinungsbildung von Gesunden und Kranken aufzugreifen, wurden in dieser Studie lediglich Patienten in palliativer Situation befragt.

Das vorangestellte Ziel dieser Doktorarbeit ist es, den Kenntnisstand von Patienten in palliativer Situation zu den Themen Palliativmedizin und Sterbehilfe herauszufinden. Weiterhin wurde untersucht, welche Meinung die Patienten über Sterbehilfe und die

Legalisierung dieser haben. Zudem wurde erfragt, wie groß der Anteil der Patienten ist, die bei adäquater palliativmedizinischer Versorgung eine vorzeitige Lebensbeendigung befürworten oder ablehnen.

Zusätzlich kann ein Vergleich zwischen ambulant und stationär versorgten Patienten in Greifswald dargestellt werden. Die Untersuchung basiert auf einem neu erstellten Fragebogen und beinhaltet vielfältige Faktoren, die eventuell einen Einfluss auf die Meinungsbildung haben.

Die Ergebnisse der Befragung dienen als Beitrag zur Diskussion rund um das Thema Sterbehilfe.

## **3. Material und Methoden**

### **3.1 Studiendesign**

Zur Erhebung der Daten wurde eine Querschnittsstudie gewählt, bei der Informationen zum Kenntnisstand von Palliativpatienten zu den Themen Palliativmedizin und Sterbehilfe erfasst wurden. Weiterhin wurde erhoben, wie viele Patienten bei einer adäquaten Versorgung eine vorzeitige Lebensbeendigung befürworten oder ablehnen. Die verwendete Befragungsmethode bestand aus einem Interview in einem persönlichen Einzelgespräch mit den Patienten. Der Interviewleitfaden besteht aus einem zuvor erstellten Fragebogen.

Die Interviews wurden von drei verschiedenen Personen durchgeführt. Durch die Verwendung eines vorgefertigten Fragebogens konnten Störfaktoren weitestgehend vermieden werden.

Hinsichtlich der Formulierung wird lediglich der Begriff „Patient“ verwendet, welcher sowohl Patienten als auch Patientinnen mitumfasst.

#### **3.1.1 Probandenrekrutierung (Anzahl und Auswahl)**

Nach gegebenem Votum der Ethikkommission der Universitätsmedizin Greifswald (Registernummer: BB075/17) fand die Probandenrekrutierung in zwei Phasen statt. Die erste Phase verlief vom 04.05.2015 bis zum 30.10.2015 und erfasste stationär behandelte Patienten der Palliativstation und der Station der Klinik für Hämatologie und Onkologie in der Universitätsmedizin Greifswald und des Hospizes in Greifswald (stationäre Patienten). Zuvor gab es eine Probeerhebung mit 10 Probanden vom 20.04.2015 bis zum 28.04.2015, um die Eignung und Vollständigkeit des Fragebogens zu testen. Die zweite Phase befasste sich mit ambulanten Patienten. Diese wurden im Rahmen der SAPV rekrutiert. Dabei wurden Patienten ausgewählt, die in einem Umkreis von 5 km um Greifswald von der SAPV versorgt werden. Diese Befragung verlief vom 29.06.2017 bis zum 27.09.2019.

Die Auswahl der Patienten umfasste alle in den vorgenannten Zeiträumen, welche die Einschlusskriterien erfüllten. Die Einschlusskriterien beinhalteten:

- die Betreuung in einer der genannten Institutionen über mindestens drei Tage (stationär) bzw. über mindestens eine Woche (ambulant)
- ein Mindestalter von 18 Jahren
- ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache
- die körperliche, als auch mentale Fähigkeit zur Beantwortung der gestellten Fragen
- ein zuvor gegebenes Einverständnis zur Durchführung des Interviews

Waren die Einschlusskriterien nicht gegeben, hatte der Patient der Untersuchung nicht zugestimmt oder lagen zerebrale Schäden mit kognitiven Einschränkungen, demenzielle Erkrankungen oder Psychosen (Ausschlusskriterien) vor, wurden Patienten nicht in die Untersuchung einbezogen.

Zur Einholung des Einverständnisses wurde der Patient über die Studie, die Anonymität und die Freiwilligkeit aufgeklärt und bei Interesse um Teilnahme gebeten. Erst wenn die Patienteninformation gelesen, verstanden und die Einverständniserklärung unterschrieben wurde, erfolgte das Interview. (siehe Anhang 1, S. 74)

Während der Befragung hatte der Patient jederzeit die Möglichkeit, Fragen zu stellen, das Gespräch zu pausieren oder abubrechen. Erfüllte ein Patient die Einschlusskriterien nicht oder lehnte die Teilnahme ab, wurde dieser nicht in die Untersuchung aufgenommen. In den beiden Zeiträumen wurden 94 Patienten aus dem Krankenhaus, 10 Bewohner im Hospiz und 30 Patienten der SAPV befragt, insgesamt also 134 Patienten.

### **3.1.2 Studienablauf**

Die Patienten und Bewohner wurden persönlich kontaktiert und es wurde vorab geprüft, ob die Einschlusskriterien erfüllt wurden. Bei den Patienten der SAPV wurde durch das Pflegepersonal und die Koordinatorin ein Teil der Einschlusskriterien im Voraus geprüft. Demnach wurden nur Daten von Patienten an den Interviewer

weitergegeben, die die körperlichen und mentalen Fähigkeiten besaßen, das Interview durchzuführen.

Die Patienten wurden vor dem Interview über die Anonymität der Studie aufgeklärt. Die einzelnen Fragebögen wurden pseudonymisiert erfasst. Pseudonymisiert bedeutet in diesem Fall, dass jedem Patienten ein Code zugeordnet wurde. Dieser besteht aus den Initialen von Vor- und Zuname und dem Geburtsdatum. Der pseudonymisierte Code dient dazu, die Daten derjenigen Patienten zu löschen, die im Nachhinein ihre Einwilligung zurückziehen.

Die Einverständniserklärung liegt in zweifacher Ausführung vor, eine für den Patienten und eine für den Interviewer. Die zweite Ausführung wird sicher verschlossen, die personenbezogenen Daten werden geschwärzt.

Durch die einmalige Befragung der Bewohner und Patienten entsteht ein Querschnitt zu einem Messzeitpunkt. Die erhobenen Daten wurden anschließend in ein entsprechendes Statistikprogramm übertragen.

## **3.2 Aufbau Interviewleitfaden**

Der Interviewleitfaden, mit dem die Befragungen geführt wurden, besteht aus acht Teilen und wurde im Vorhinein für diese Untersuchung erstellt (siehe Anhang 2, S. 78).

### **1) Allgemeines zur Patientin/zum Patienten und Gesprächseinführung**

Der erste Abschnitt befasst sich mit den demografischen Informationen wie Alter, Geschlecht, Familienstand, Lebensform und Beruf. Zusätzlich wird nach der Grunderkrankung, ECOG, Karnofsky-Index und dem Pflegegrad gefragt. Dabei wurden sowohl geschlossene als auch offene Fragen gestellt.

1974 entwickelte die Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Skalen und Kriterien, die die Einschränkung der Krankheit und den Aktivitätsstatus von Tumorpatienten einschätzen und vergleichbarer machen sollten. Dabei betrachtet der ECOG verschiedene Modalitäten wie die Fähigkeit zur Selbstversorgung, die

körperliche Belastbarkeit und die Arbeitsfähigkeit. Aufsteigend von Grad 0 (voll aktiv; uneingeschränkte Leistungsfähigkeit wie vor der Erkrankung) bis 5 (Tod) verschlechtert sich der Aktivitätsstatus.

Der Karnofsky-Index ist ein weiteres Instrument zur Beurteilung der Qualität und der Teilhabe eines Patienten am alltäglichen Leben. Diese Skala umfasst die Leistungsfähigkeit im Alltag und das Bestehen von körperlichen Symptomen. Außerdem wird die Notwendigkeit von häuslicher Pflege, ärztlicher Betreuung und einer Krankenhauseinweisung bewertet. Dabei entspricht ein Karnofsky-Index von 100 % dem Normalzustand ohne Beschwerden und Krankheitsanzeichen. Die Abstufungen in 10 %-Schritten gehen bis 0 %, was dem Tod entspricht.

Beide Skalen werden gleichermaßen bei onkologischen und palliativmedizinischen Patienten verwendet. Die genaue Umrechnung zwischen den Skalen ist nicht immer sicher möglich, eine Vergleichbarkeit dagegen schon. Daher sind in Tabelle 3 beide Instrumente dargestellt und ihre jeweiligen Abstufungen erläutert. (42)

**Tabelle 3 - Definition und Vergleich zwischen ECOG und Karnofsky-Index; eigene Darstellung (Quelle: Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group (42))**

<b>Grad</b>	<b>ECOG</b>		<b>Karnofsky-Index</b>
<b>0</b>	Voll aktiv, uneingeschränkte Leistungsfähigkeit wie vor der Erkrankung	<b>100</b>	Normalzustand, keine Beschwerden, keine Krankheitsanzeichen
		<b>90</b>	Normale Leistungsfähigkeit, minimale Krankheitsanzeichen/-symptome
<b>1</b>	Eingeschränkte Leistungsfähigkeit bei körperlicher Aktivität, gehfähig, arbeitsfähig (z.B. leichte Hausarbeit, Büroarbeit)	<b>80</b>	Mit Anstrengung normale Leistungsfähigkeit, einige Krankheitsanzeichen/-symptome
		<b>70</b>	Selbstversorgung möglich, eingeschränkte Leistungsfähigkeit, arbeitsunfähig
<b>2</b>	Gehfähig, Selbstversorgung möglich, arbeitsunfähig, mehr als 50 % der Wachzeit gehfähig	<b>60</b>	Selbstversorgung weitestgehend möglich, benötigt gelegentlich Hilfe



		<b>50</b>	Benötigt umfangreiche Hilfe und ärztliche Betreuung
<b>3</b>	Eingeschränkte Selbstversorgung, mehr als 50 % der Wachzeit an Stuhl oder Bett gebunden	<b>40</b>	Bettlägerig, benötigt spezielle Pflege
		<b>30</b>	Schwer krank, Krankenhauseinweisung ist indiziert
<b>4</b>	Vollständig pflegebedürftig, keine Selbstversorgung möglich, vollständig an Bett oder Stuhl gebunden	<b>20</b>	Schwer krank, Krankenhausaufenthalt und aktive supportive Pflege ist nötig
		<b>10</b>	Moribund
<b>5</b>	Tod	<b>0</b>	Tod

Am Ende des ersten Abschnittes dokumentiert der Interviewer das Vorhandensein aller Einschlusskriterien und bestätigt dies mit seiner Unterschrift.

Die weiteren Komplexe werden mit einer geschlossenen Frage eingeleitet, in der der Patient reflektieren soll, ob er sich mit seiner Erkrankung und Behandlung gut aufgeklärt fühlt.

## 2) Komplex körperliche Symptome

Um Rückschlüsse auf den Einfluss von körperlichen Symptomen schließen zu können, wird der Patient nach dem Vorhandensein von 20 verschiedenen Symptomen in den vergangenen zwei Wochen und deren Intensität gefragt. Darunter fallen Schmerzen in Ruhe und bei Belastung, gastrointestinale Beschwerden, psychische Belastung, Erschöpfung und sonstige Symptome. Dabei muss der Patient die Stärke der einzelnen Symptome anhand einer numerischen Rating-Skala (NRS) einschätzen. Die NRS ist ein bewährtes Instrument, anhand der Patient subjektive Empfindungen objektivierbar und für die Auswertung vergleichbar macht. Beginnend bei 0, welches das Fehlen eines Symptoms darstellt, und endend bei 10, die am stärksten vorstellbare Intensität eines Symptomes, wird der Patient nach seinen Symptomen befragt.

Mithilfe einer offenen Frage wird zusätzlich nach weiteren körperlichen Symptomen gefragt, die der Patient wiederum anhand der NRS einschätzt.

Abschließend wird der Patient nach dem am stärksten belastenden Symptom gefragt, um auch dort mögliche Rückschlüsse ziehen zu können.

### **3) Komplex Depressionen/depressive Verstimmung**

In diesem Fragenkomplex werden dem Patient vier geschlossene Fragen zum Thema Depression und depressive Verstimmung gestellt. Durch eine bestehende Depression ändert sich auch die Sicht auf das eigene Leben. Dadurch wird ebenfalls die Einstellung zur Sterbehilfe beeinflusst. Dabei wird nach fast täglichen Gefühlen von Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, Interessenverlust, Müdigkeit und Energielosigkeit länger als zwei Wochen gefragt. Außerdem soll der Patient angeben, ob er in den letzten zwei Wochen vor der Befragung an diesen Symptomen litt. Bei den Fragen gibt es vier Antwortmöglichkeiten bestehend aus „ja“, „nein“, „vielleicht“ und „weiß nicht“. Somit können die Antworten besser kategorisiert und verglichen werden.

### **4) Komplex Angst**

Hier wird der Patient nach dem Auftreten von ängstlichen Perioden, Angstanfällen oder Panikattacken gefragt. Auch hier beeinflusst möglicherweise eine bestehende Angststörung die Meinung zum Thema Sterbehilfe. Dabei wird differenziert, ob die Zustände jemals im Leben auftraten und/oder auch in den letzten Wochen vor der Befragung. Auch hier wurden geschlossen Fragen mit den vier zuvor erwähnten Antwortmöglichkeiten verwendet.

### **5) Komplex Allgemein**

Zunächst werden dem Patienten Fragen bezüglich seiner Konfession gestellt. Damit können Zusammenhänge zwischen der Religiosität und der Einstellung zur Sterbehilfe hergestellt werden. Zwei geschlossene und eine offene Frage werden zum Prozess des Sterbens und der Angst davor gestellt. Weiterhin wird erfragt, ob

und wie der Patient für den Fall des Todes vorgesorgt hat. Dabei wird zwischen dem Informieren von Angehörigen über die Wünsche, einer Vorsorgevollmacht, einer Patientenverfügung und Sonstigem unterschieden.

## **6) Komplex Definitionen Sterbehilfe**

In diesem Komplex wird der Patient über die Kenntnis und Bedeutung von Begriffen aus dem Themengebiet Sterbehilfe befragt. Dabei handelt es sich um folgende Begriffe: aktive direkte Sterbehilfe oder Tötung auf Verlangen, ärztlich-assistierter Suizid oder Beihilfe zur Selbsttötung, passive Sterbehilfe und Palliativmedizin. Hierbei wurden sowohl die älteren als auch die überarbeiteten Begriffe verwendet, um Missverständnisse zu verhindern. Die Patienten wurden zunächst befragt, ob sie den jeweiligen Begriff kennen. Anschließend sollten sie den Begriff mit eigenen Worten erklären. Dabei hat der Interviewer die Antwort mit einer vorgegebenen Definition abgeglichen und konnte die Übereinstimmung als „voll“, „teils“, „kaum“ oder „weiß nicht“ einschätzen. Bei Unkenntnis seitens des Patienten wurde ihm die Definition der einzelnen Begriffe erklärt. Dies soll den Kenntnisstand der Patienten erfassen und gleichzeitig eine gemeinsame Wissensbasis schaffen, welche für die weiteren Fragen notwendig ist.

## **7) Komplex Meinung zur Sterbehilfe**

Dies ist der zentrale Komplex der Untersuchung. Hierbei wird der Patient gefragt, ob seiner Meinung nach die Tötung auf Verlangen und/oder der ärztlich-assistierte Suizid in Deutschland zugelassen werden sollte. Dabei gibt es auch die Frage, ob dies nur auf Extremfälle, also für unheilbare Schwerstkranke, beschränkt bleiben soll. Dem Patienten wird auch die Frage gestellt, ob er in seiner derzeitigen Situation die TAV und/oder den ÄAS wählen würde. Es wird im nächsten Abschnitt darauf eingegangen, was sich für den Befragten ändern müsste, damit er über die Möglichkeiten der Lebensbeendigung nachdenken würde. Schließlich soll der Patient beurteilen, ob die TAV und/oder der ÄAS notwendig sind, wenn die interdisziplinäre Palliativmedizin ihm alle belastenden Symptome nehmen würde. Als letztes sollen Maßnahmen ausgesucht werden, inwiefern Schwerstkranken am Lebensende geholfen werden sollte. Dazu zählen die mitmenschliche Sterbebegleitung, die

medikamentöse Dämpfung von Schmerzen und Beruhigung des Schwerstkranken sowie die passive Sterbehilfe.

## **8) Komplex zusätzliche Fragen**

Zum Gesprächsabschluss wurden sechs offene Fragen gestellt. Dies soll einen genaueren Einblick in die Wünsche und Vorstellungen am persönlichen Lebensende ermöglichen. Im Folgenden werden diese sechs Fragen dargestellt:

1. Was wünschen Sie sich für Ihr Lebensende (die letzten Wochen und Tage)?
2. Wo möchten Sie sterben?
3. Wenn Sie auf Ihr Leben zurückschauen und Bilanz ziehen: Gibt es etwas, worauf Sie stolz sind? Wenn ja, was ist das?
4. Würden Sie etwas anders machen, wenn Sie jünger wären und die Gelegenheit dazu hätten? Wenn ja, was wäre das?
5. Gibt es etwas, was Sie bereuen?
6. Was würden Sie jungen Menschen mit auf den Lebensweg geben bzw. Menschen, die mitten im Leben stehen?

Diese Fragen sind ein Bestandteil des Interviews und die Antworten werden in einer gesonderten Arbeit behandelt, hierzu erfolgt jedoch keine Auswertung und Interpretation.

## **3.3 Datenschutz**

Da in den Gesprächen sensible teilnehmerbezogene Daten und intime Informationen besprochen und erfasst werden, umfasst das angewandte Konzept zur Sicherstellung des Datenschutzes mehrere Säulen.

Einerseits werden die Fragebögen pseudonymisiert, um keinen direkten Rückschluss auf Teilnehmer ziehen zu können. Andererseits werden die Gesprächsbögen im Arztzimmer der Palliativstation der Universitätsmedizin Greifswald in einem abschließbaren Aktenschrank aufbewahrt. Somit haben unbeteiligte dritte Personen keinen Zugriff auf die sensiblen Daten. Weiterhin unterliegen alle Mitarbeiter der

Studie der Schweigepflicht und wurden dahingehend unterwiesen. Die Ergebnisse der Studie werden letztendlich anonymisiert dargestellt.

### **3.4 Statistik**

Die Übertragung der Daten des Gesprächsbogens erfolgte in das Statistik-Programm IBM SPSS (Version 25). Mittels direkter Abfrage der Wertebereiche der jeweiligen Variablen während der Eingabe werden fehlerhafte Eingaben minimiert. Sporadische Kontrollen bereits eingegebener Daten sollen die Genauigkeit der Dateneingabe erhöhen.

Um Grafiken und Tabellen zu erstellen, wurden die Daten wiederum in Microsoft Excel übernommen. Einige Tabellen wurden auch direkt in Microsoft Word erarbeitet.

Da zu erwarten ist, dass die Varianz innerhalb der Patientengruppen groß ist, ist auch nur von kleinen Effekten auszugehen. Vielmehr ist anzunehmen, dass sich bei weiteren Analysen vor allem Interaktionen zwischen den Prädiktoren Merkmalskombinationen beobachten lassen werden, die weiteren Aufschluss über Bedingungsgefüge bei der Fragestellung erlauben.

Mit einer Stichprobengröße von  $n = 134$  sollten die erwarteten Unterschiede bzw. Merkmalskombinationen auch beobachtet werden können (alpha von 0,05; Power von 0,8).

Zunächst erfolgte die deskriptive Statistik mit der Erhebung von Häufigkeiten sowohl der absoluten als auch relativen Zahlen, den Mittelwerten, der Standardabweichung, dem minimalen und maximalen Zahlenwert und dem Median.

Anschließend wurden univariate Gruppenvergleiche vorgenommen. Abhängig von Skalenniveau und Verteilungsform kamen parametrische Verfahren (Varianzanalytische Verfahren), non-parametrische Verfahren (Rang- oder Zählverfahren) sowie verteilungsfreie Verfahren (exakte Tests) zum Einsatz.

Bei nominalskalierten Daten und dichotomen Zusammenhängen wurde die Signifikanz mithilfe des Chi-Quadrat-Testes ( $X^2$ -Test) ermittelt und die Effektstärke durch den  $\phi$ -Koeffizienten (Phi-Koeffizient) und Cramers V angegeben. Um die

Effektstärke zu beurteilen, erfolgt die Interpretation von  $\varphi$  und Cramers  $V$  nach Cohen wie folgt:

kleiner Effekt	$\varphi, V = 0,1$	
mittlerer Effekt	$\varphi, V = 0,3$	
großer Effekt	$\varphi, V = 0,5$	(43)

In Abbildungen und Tabellen wurden lediglich die gültigen Werte einbezogen, fehlende Werte wurden nicht berücksichtigt.

## 4. Ergebnisse

Es wurden lediglich Zusammenhänge dargestellt, die relevant für die Beantwortung der zentralen Frage sind. Weiterhin wurden Untergruppenvergleiche nur dann vorgenommen wenn der Sachverhalt auch in der Übergruppe signifikant war. Zudem wurden Prozentwerte auf eine Kommastelle gerundet. Die Fragen werden zur Übersichtlichkeit gemäß des beigefügten Gesprächsleitfadens nummerisch aufgeführt, z.B. Frage 1, Frage 2 usw. (siehe Anhang 2, S. 78).

### 4.1 Demografische Daten

Die Stichprobe umfasste insgesamt 134 Patienten, darunter befanden sich 71 Männer (53 %) und 63 Frauen (47 %). Das Durchschnittsalter lag bei 69,7 Jahren, wobei der jüngste 45 Jahre und die drei ältesten Patienten 91 Jahre alt waren. Die meisten lagen in der Altersklasse 70-79 Jahren (34,3 %).

70,2 % der Patienten befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung im Krankenhaus, 7,5 % waren Bewohner im Hospiz und 22,4 % wurden ambulant durch die SAPV behandelt. Die Hälfte der Interviewten waren verheiratet (50 %), der zweithäufigste Familienstand waren verwitwet (23,9 %), darauf folgend die Geschiedenen (10,5 %), an vierter Position lagen ledige Patienten (8,2 %) und am seltensten waren diejenige mit festem Lebenspartner (7,5 %).

117 Patienten hatten Kinder (87,3 %), wobei die meisten zwei Kinder besaßen (32,8 %). Dabei wohnten bei 84 Patienten die Kinder in Wohnortnähe (63,2 %).

50 % lebten in einer Partnerschaft, 35 % allein, 8,2 % im betreutem Wohnen, 4,5 % im Pflegeheim und 2,2 % in sonstigen Wohnsituationen. (siehe Tabelle 4, S. 25).

Tabelle 4 - Demografische Daten

Information	n	Prozent
<b>Geschlecht</b>		
männlich	71	53
weiblich	63	47
<b>Institution</b>		
Krankenhaus	94	70,2
Hospiz	10	7,5
SAPV	30	22,4
<b>Alter</b>		
Durchschnittsalter	69,7 Jahre	
<50	6	4,5
50-59	26	19,4
60-69	29	21,6
70-79	46	34,3
80-89	23	17,2
>90	4	3
<b>Familienstand</b>		
ledig	11	8,2
verheiratet	67	50
fester Partner	10	7,5
geschieden	14	10,5
verwitwet	32	23,9
<b>Anzahl der Kinder</b>		
0	17	12,7
1	29	21,6
2	44	32,8
3	24	17,9
4	10	7,5
5	5	3,7
6	4	3
8	1	0,8
<b>Kinder in wohnortnähe</b>		



nein	32	24,1
ja	84	63,2
keine Kinder	17	12,8
fehlende Angaben	1	
<b>Lebensform</b>		
allein	47	35,1
in Partnerschaft	67	50
betreutes Wohnen	11	8,2
Pflegeheim	6	4,5
sonstiges	3	2,2

Um die Berufe besser mit anderen Variablen vergleichen zu können, wurden die einzelnen angegebenen Berufe in drei Gruppen unterteilt. Dabei wurden sie in „eher körperlich tätig“, „eher geistig tätig“ und „gemischt tätig“ unterteilt. 63,6 % waren eher körperlich tätig, 20,2 % eher geistig und 15,7 % hatten eine gemischte Tätigkeit

## 4.2 Allgemeine Palliativdaten

Eine vorherige palliative Anbindung hatten 23,1 % der Patienten vor der Befragung. Im Gegensatz dazu waren 76,9 % Befragte noch nie in palliativer Anbindung.

Um die erfassten Grunderkrankungen besser vergleichen zu können, wurden diese in Obergruppen sortiert. Die Obergruppen werden in der folgenden Abbildung 2 mit sinkender Häufigkeit dargestellt:

### Grunderkrankungen (Häufigkeiten in %)

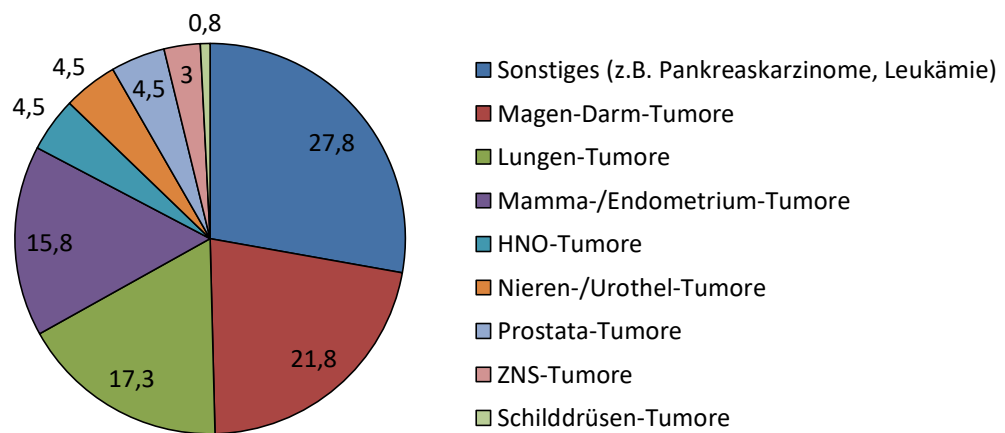


Abbildung 2 - Häufigkeiten der Grunderkrankungen

Dabei erkrankten insgesamt 94 % der Patienten an einer malignen Tumorerkrankung.

Der ECOG und der Karnofsky-Index stellen wichtige Instrumente zur Beurteilung des Aktivitätsstatus und des Allgemeinzustandes dar. Die beiden Messinstrumente basieren zum einen auf die Selbsteinschätzung des Patienten und zum anderen auf die Beurteilung des Interviewers und der Pflegekräfte. Die meisten Patienten (48,9 %) hatten einen ECOG von drei, welches eine eingeschränkte Selbstversorgung bedeutet (siehe Abbildung 3, S. 28). Beim Karnofsky-Index verhielt es sich ähnlich. 23,9 % wurde ein Index von 40 (bettlägerig, benötigt spezielle Pflege) zugewiesen (siehe Abbildung 4, S. 28).

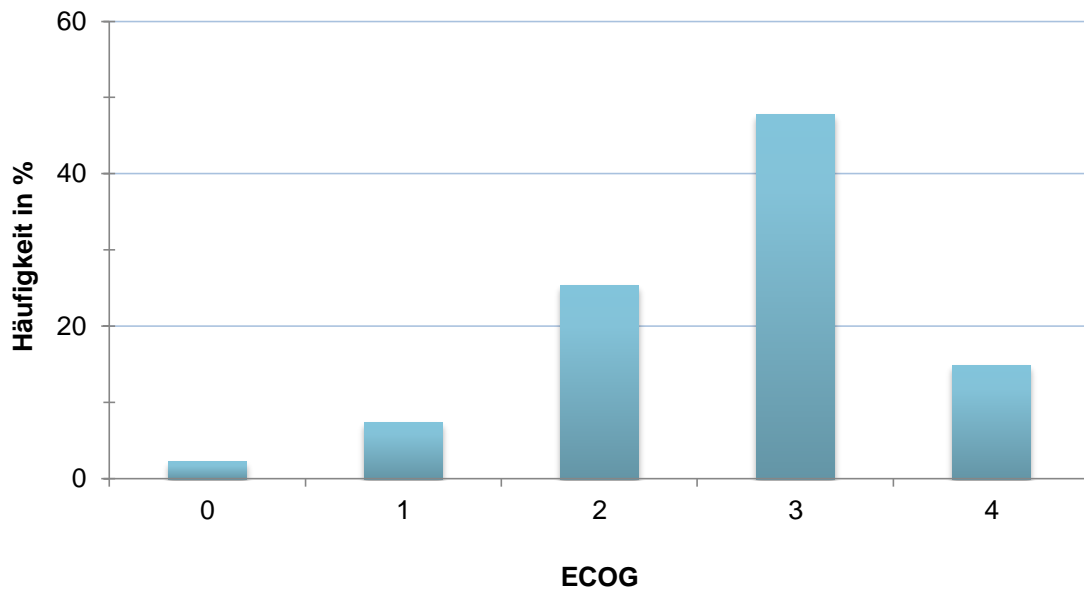


Abbildung 3 - Stichprobenumfang nach ECOG

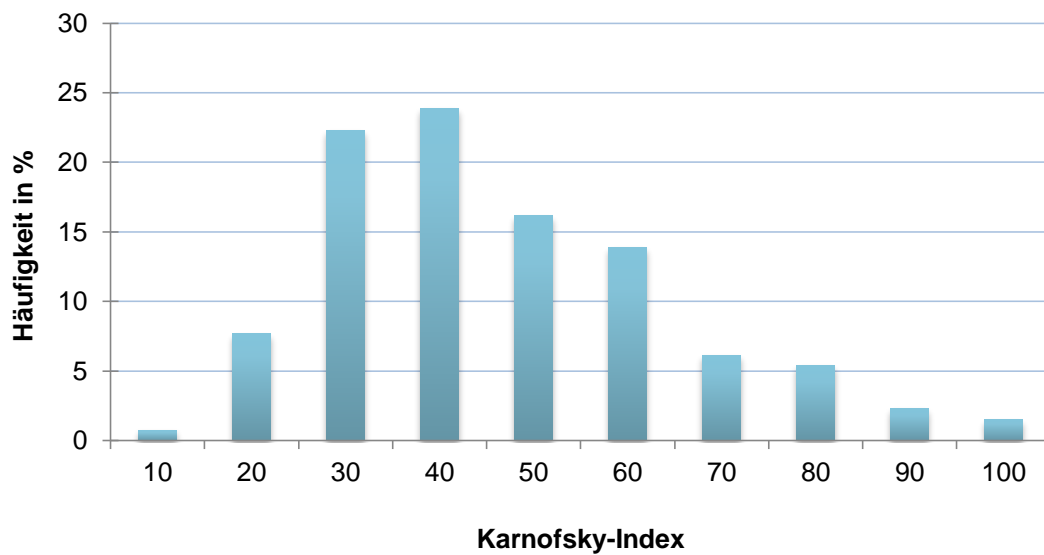


Abbildung 4 - Stichprobenumfang nach Karnofsky-Index

Um die Fähigkeiten des Patienten noch besser beurteilen zu können, wurden zusätzlich die Pflegegrade hinzugezogen. Dabei ist zu sehen, dass 57,1 % keinen Pflegegrad besaßen (siehe Abbildung 5, S. 29).

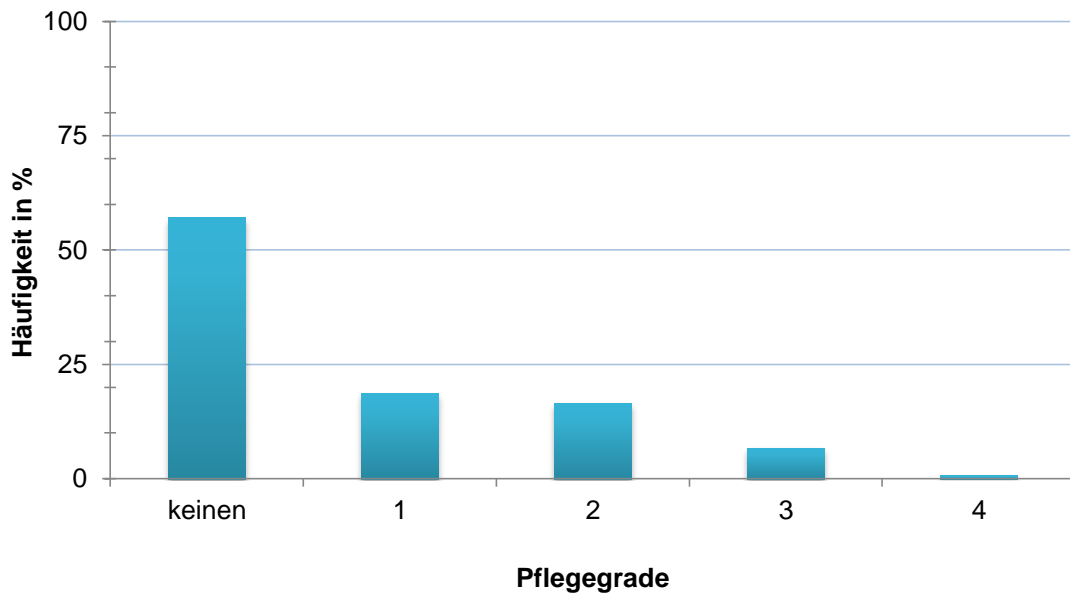


Abbildung 5 - Verteilung der Pflegegrade

### 4.3 Gesprächseinführung und Komplex körperliche Symptome

Die einleitende Frage (siehe Abbildung 6, S. 29), ob der Patient sich gut über seine Erkrankung und Behandlung aufgeklärt fühlt, wurde mehrheitlich mit „Ja“ beantwortet (85%). Lediglich 6,8 % Patienten antworteten mit „Nein“, 3 % mit „Vielleicht“ und 5,3 % mit „Weiß nicht“.

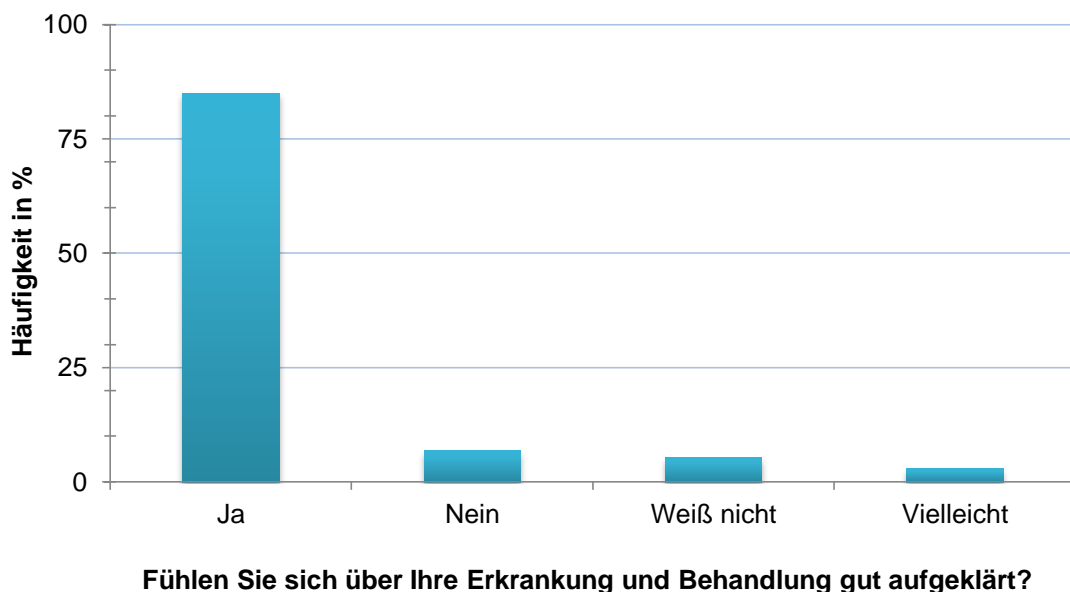


Abbildung 6 - Häufigkeiten von guter Aufklärung

Generell litten in den letzten zwei Wochen vor der Befragung 41 % Patienten unter keinen Schmerzen. 13,4 % der Befragten schätzten ihren Schmerz in Ruhe auf der numerischen Rating Skala als eine 10 ein.

Die Patienten wurden weiterhin gefragt, ob sie derzeit körperliche Beschwerden hätten, die sie stark beeinträchtigen würden. Dabei gaben 79 Patienten ein stark belastendes Symptom an (60,8 %). Bei 45 % Patienten waren es die Schmerzen, bei 12,5 % die Luftnot, bei 20 % Erschöpfung bzw. Schwäche, bei 2,5 % die Unzufriedenheit bzw. Traurigkeit und die restlichen 20 % gaben sonstige Symptome, wie z.B. starkes Schwitzen und Schwindel an (siehe Abbildung 7, S. 30).

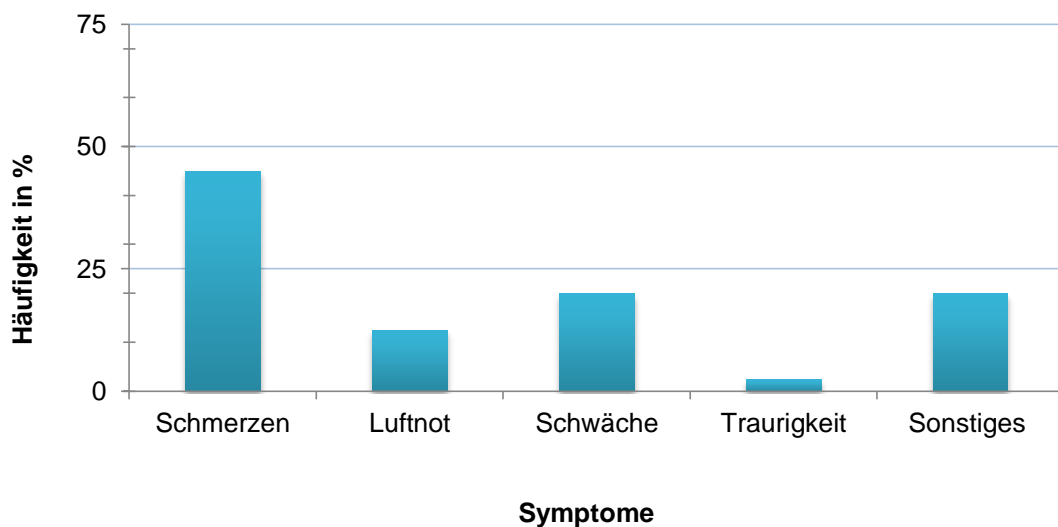


Abbildung 7 - Häufigkeiten der belastendsten Symptome

Darüber hinaus sollten die Patienten ihre Schmerzen in Ruhe und bei Belastung mit Hilfe der numerischen Rating-Skala beschreiben und einordnen. In der folgenden Abbildung 8 gibt ca. die Hälfte der Patienten keine Schmerzen bei Belastung und ca. 40 % keine Schmerzen in Ruhe an. Gegensätzlich dazu steht, dass 13,4 % bzw. 18,2 % den stärksten Schmerzen in Ruhe bzw. bei Belastung verspürten.

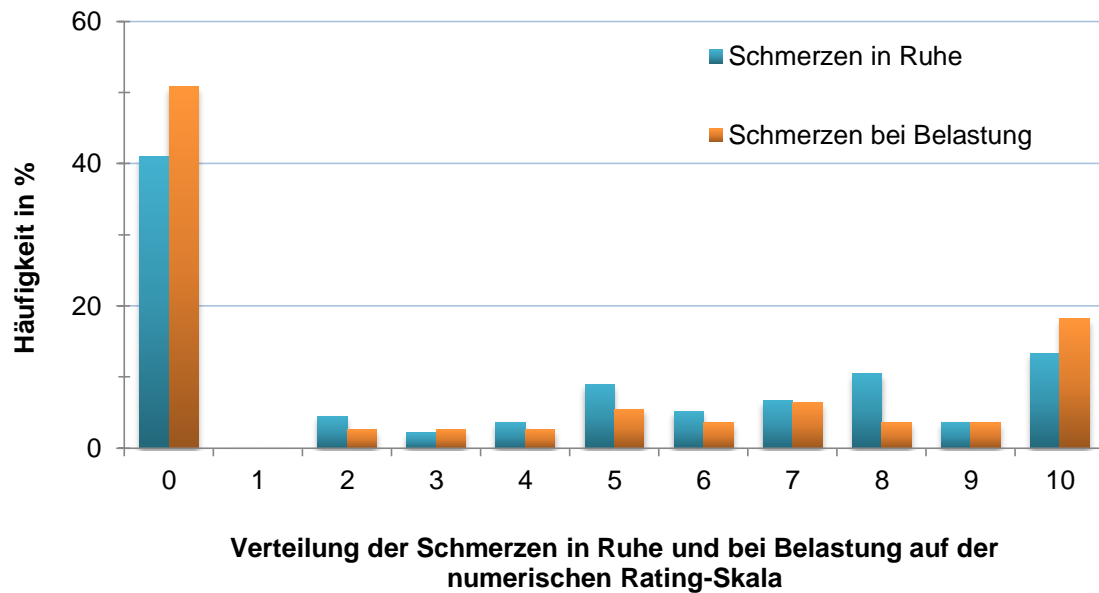
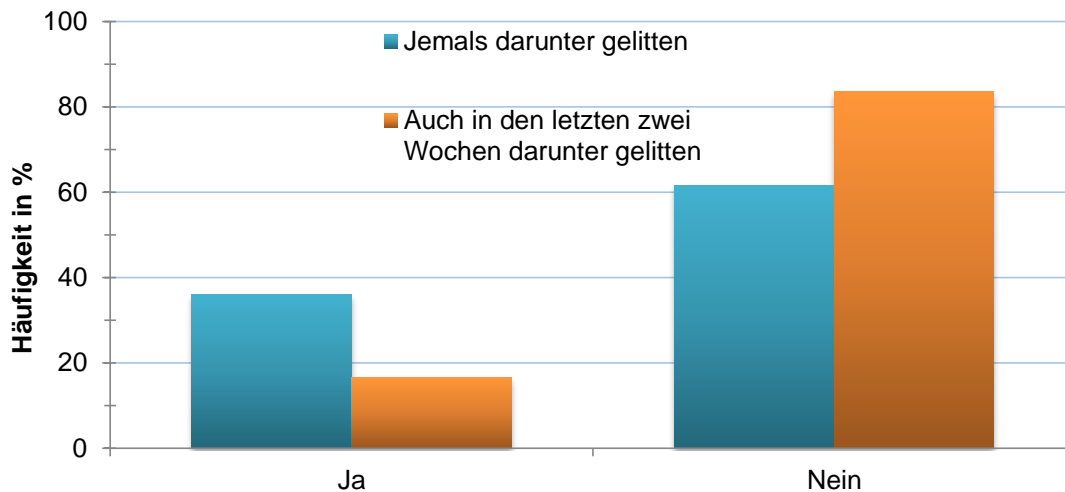


Abbildung 8 - Verteilung der Schmerzen in Ruhe und bei Belastung

#### 4.4 Komplex Depressionen/depressive Verstimmung

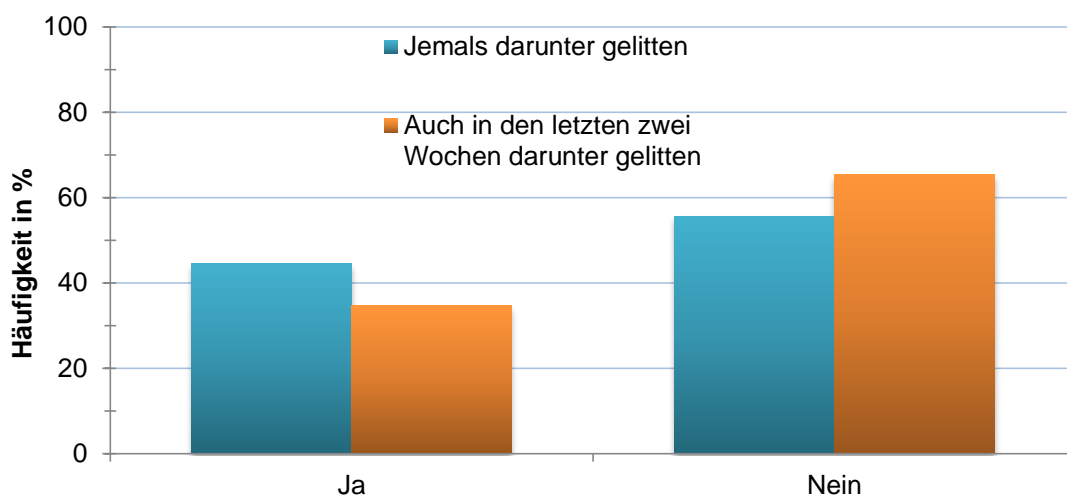
Bei der Frage, ob die Patienten jemals über mehr als zwei Wochen fast täglich unter Gefühlen von Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit gelitten haben, antwortete die Mehrheit (61,7 %) mit „Nein“ und 36,1 % mit „Ja“ (siehe Abbildung 9, S. 32). Ob diese Gefühle auch in den letzten zwei Wochen vor der Befragung auftraten, beantworteten 16,5 % mit „Ja“.



**Litten Sie jemals und auch in den letzten zwei Wochen fast täglich unter Gefühlen von Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit?**

**Abbildung 9 - Häufigkeiten von Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit**

Außerdem werden in diesem Komplex die Patienten nach dem Auftreten von Interessenverlust, Müdigkeit und Energielosigkeit befragt. Dabei gaben 59 Patienten (44,4 %) an, dass sie schon einmal mehr als zwei Wochen an diesen Symptomen litten (siehe Abbildung 10, S. 32). In den zwei Wochen vor der Befragung waren es dann 46 Patienten (34,6 %).



**Litten Sie jemals und auch in den letzten zwei Wochen fast täglich unter Interessensverlust, Müdigkeit oder Energielosigkeit?**

**Abbildung 10 - Häufigkeiten von Interessensverlust, Müdigkeit oder Energielosigkeit**

## 4.5 Komplex Angst

79 % Patienten beantworteten die Frage, ob es in ihrem Leben schon einmal eine Zeitspanne von einem Monat oder länger gab, in der sie sich oft oder meistens ängstlich, angespannt und voller ängstlicher Besorgnis gefühlt haben, mit „Nein“ (siehe Abbildung 11, S. 33). Die Frage, ob diese Symptome auch in den letzten Wochen auftraten, wurde von 119 Patienten (89,5 %) verneint.

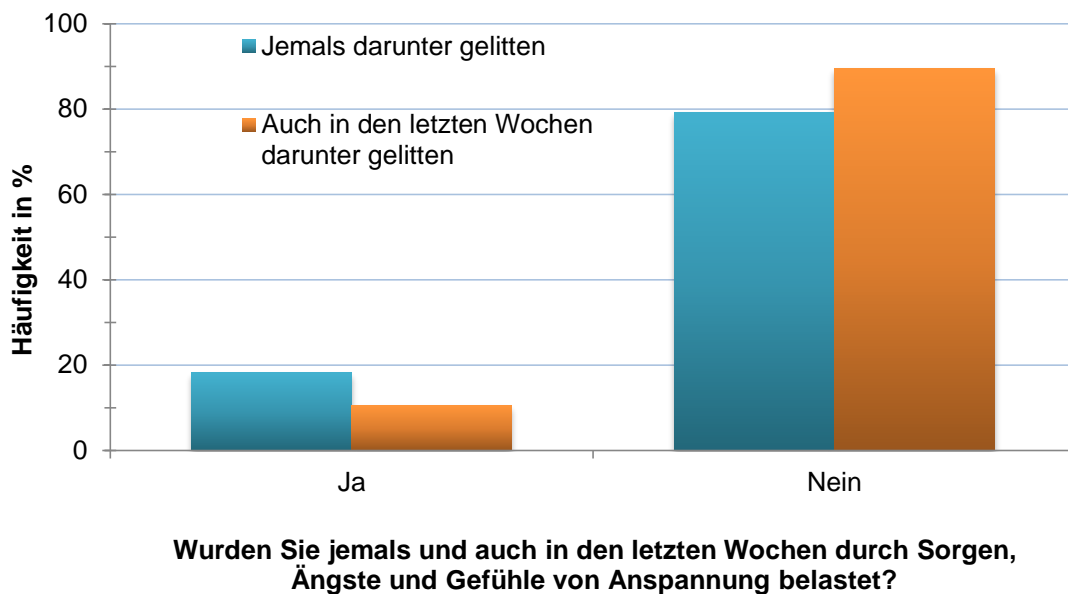


Abbildung 11 - Häufigkeiten von Sorgen, Ängste und Gefühle von Anspannung

Die Frage nach dem Auftreten eines Angstanfalles/Panikattacke/Angstattacke beantworteten 17,3 % mit „Ja“ (siehe Abbildung 12, S. 34)



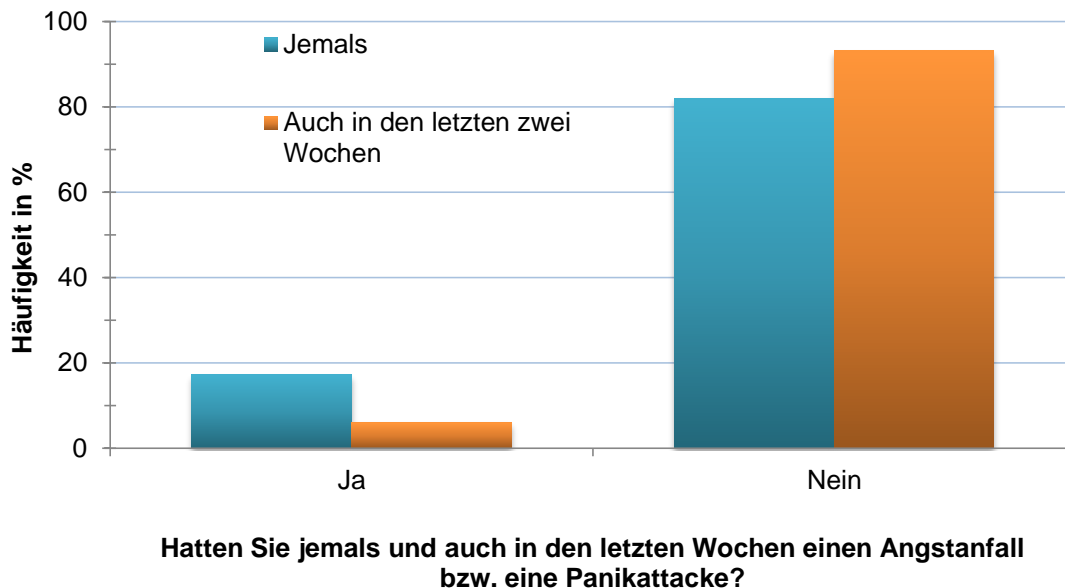


Abbildung 12 - Häufigkeiten von Angstanfällen

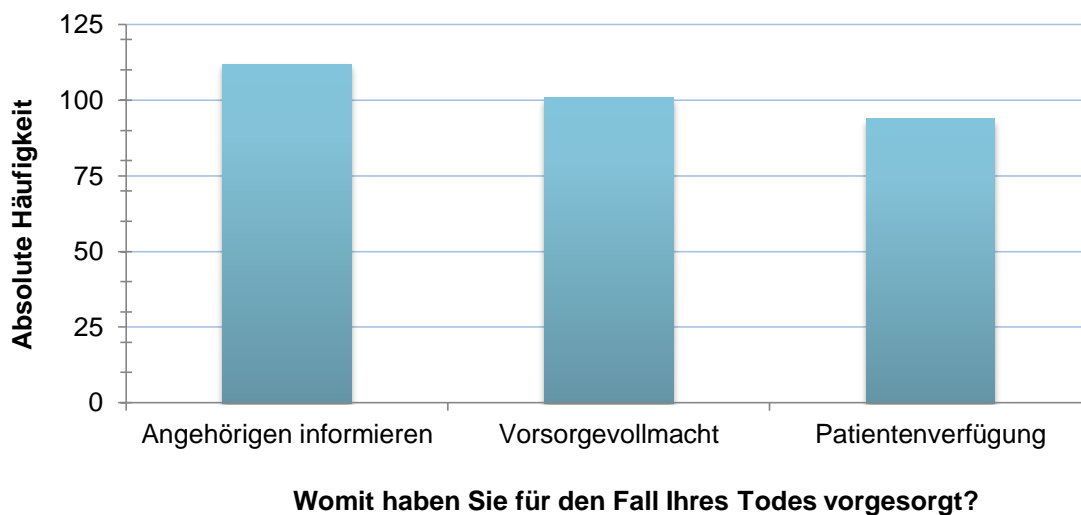
Jedoch hatten lediglich 8 Patienten (6 %) in den letzten zwei Wochen vor der Befragung eine solche Angstattacke.

#### 4.6 Komplex Allgemein

29,9 % der Patienten gaben eine Konfession an, 29,1 % waren evangelisch und 0,8 % katholisch. 38 Patienten (43,2 %) gaben an, dass ihnen der Glaube in der derzeitigen Situation hilft.

77,6 % der Befragten haben sich schon mal über ihr eigenes Sterben Gedanken gemacht.

Insgesamt haben 118 der Patienten (88,1 %) für den Tod vorgesorgt. In der folgenden Abbildung 13 wird dargestellt, wie viele sich für eine Vorsorgemöglichkeit entschieden haben, dabei waren Mehrfachantworten möglich. Dazu zählen: einen Angehörigen über eigene Wünsche zu informieren, eine Vorsorgevollmacht zu erstellen und/oder eine Patientenverfügung aufzusetzen.



**Abbildung 13 - Häufigkeiten der Vorsorgemöglichkeiten**

Auf die Frage, ob der Patient Angst vor dem Prozess bzw. vor dem Verlauf des Sterbens haben, antworteten 64,9 % mit „Nein“, 31,3 % mit „Ja“, 3 % mit „Vielleicht“ und 0,8 % mit „Weiß nicht“.

#### **4.7 Komplex Definitionen Sterbehilfe**

Die erste Frage in diesem Komplex fragt den Patienten nach seiner Kenntnis von dem Begriff aktive direkte Sterbehilfe oder Tötung auf Verlangen. 27,6 % Patienten kannten die Begriffe nicht wohingegen 64,9 % sie kannten. Den Begriff konnten 44 Patienten voll umfassend erklären (32,8 %). Jedoch konnten 61 Patienten (45,5 %) den Begriff nicht erklären (siehe Abbildung 14, S. 36).

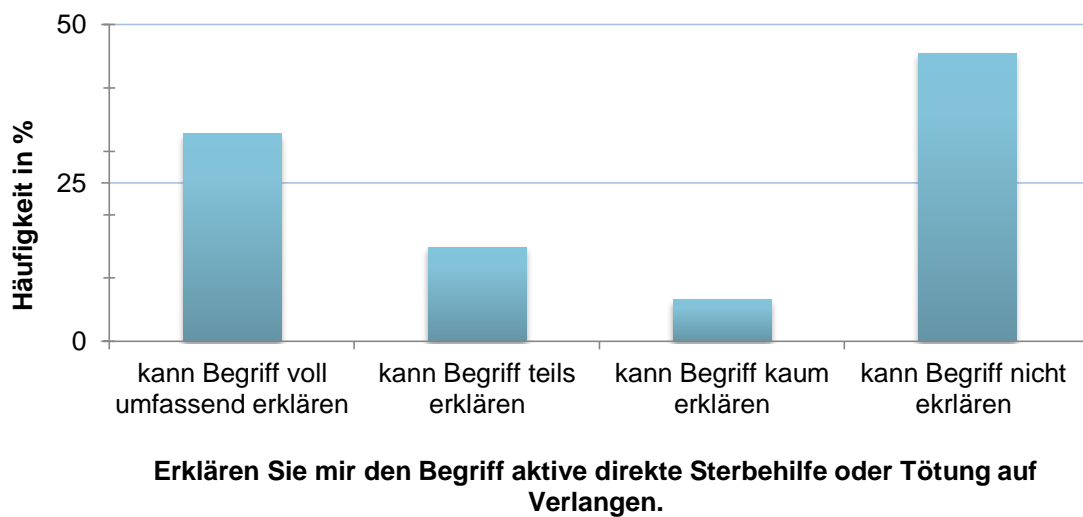


Abbildung 14 - Häufigkeiten der Kenntnis von aktiver direkter Sterbehilfe und Tötung auf Verlangen

Den Begriff ärztlich-assistierter Suizid oder Beihilfe zur Selbsttötung kannten 51 der Patienten (38,1 %). Dabei konnten ihn 27 voll umfassend erklären (20,2 %), jedoch konnte die Mehrheit (64,9 %) der Befragten den Begriff nicht erklären (siehe Abbildung 15, S. 36).

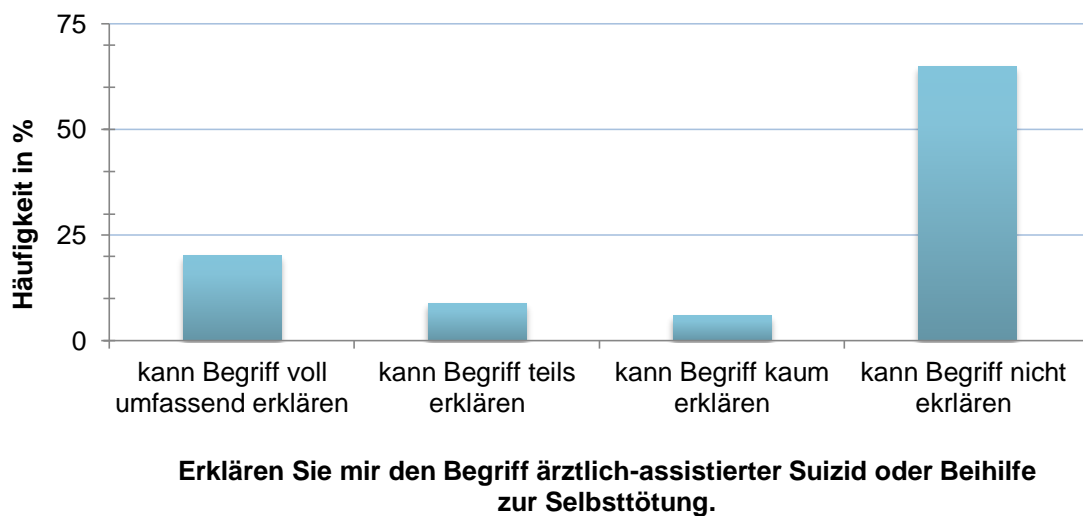
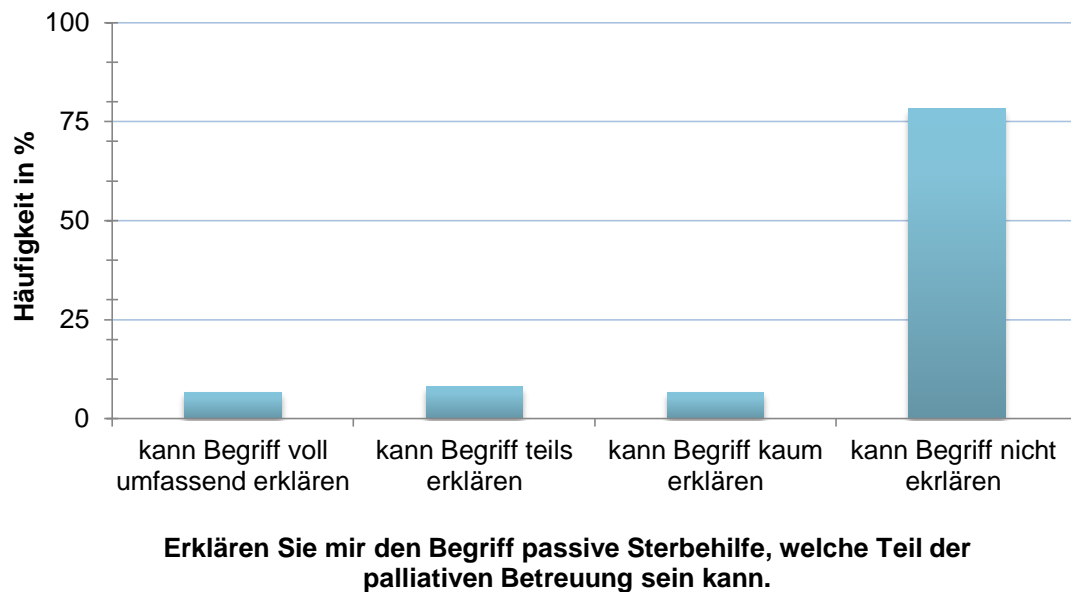


Abbildung 15 – Häufigkeiten der Kenntnis von ärztlich-assistierten Suizid oder Beihilfe zur Selbsttötung

Auf die Frage „Kennen Sie den Begriff passive Sterbehilfe, welche Teil der palliativen Betreuung sein kann?“ antwortete die Mehrheit (61,9 %) mit „Nein“. Lediglich 35 Patienten gaben an, dass sie den Begriff kennen (26,1 %).

Den Begriff konnten nur 6,7 % vollständig erklären. Im Gegensatz dazu konnten 78,4 % diesen nicht definieren (siehe Abbildung 16, S. 37).



**Abbildung 16 - Häufigkeiten der Kenntnis von passiver Sterbehilfe**

Über die Hälfte gaben an, dass sie den Begriff Palliativmedizin kennen (58,7 %). Jedoch konnten nur 21 den Begriff vollständig erklären (15,9 %), 28 Patienten teilweise (21,2 %), 15 kaum (11,4 %) und 68 (51,5 %) konnten den Begriff überhaupt nicht erklären (siehe Abbildung 17, S. 38).

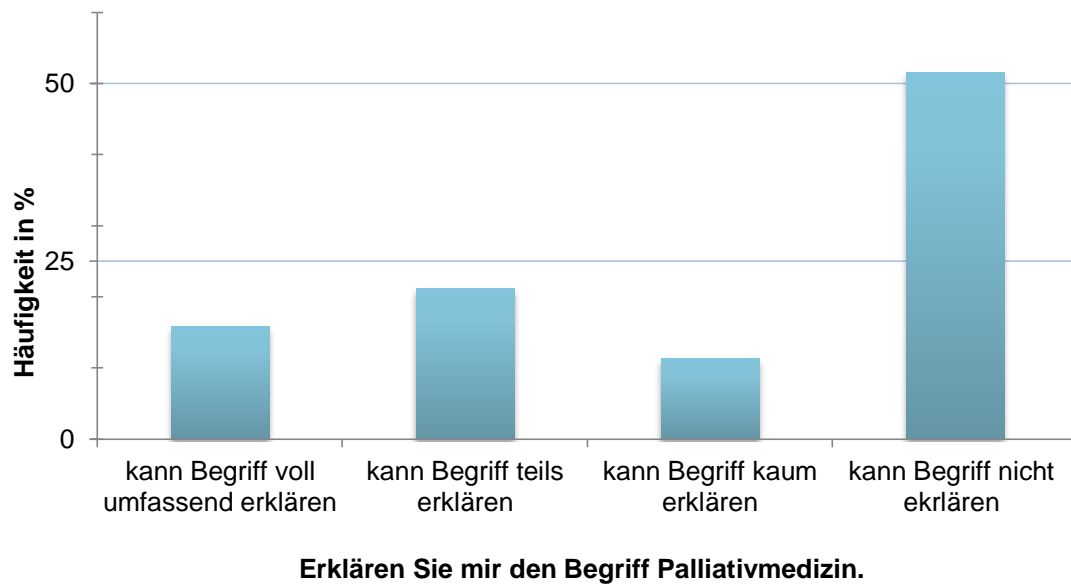
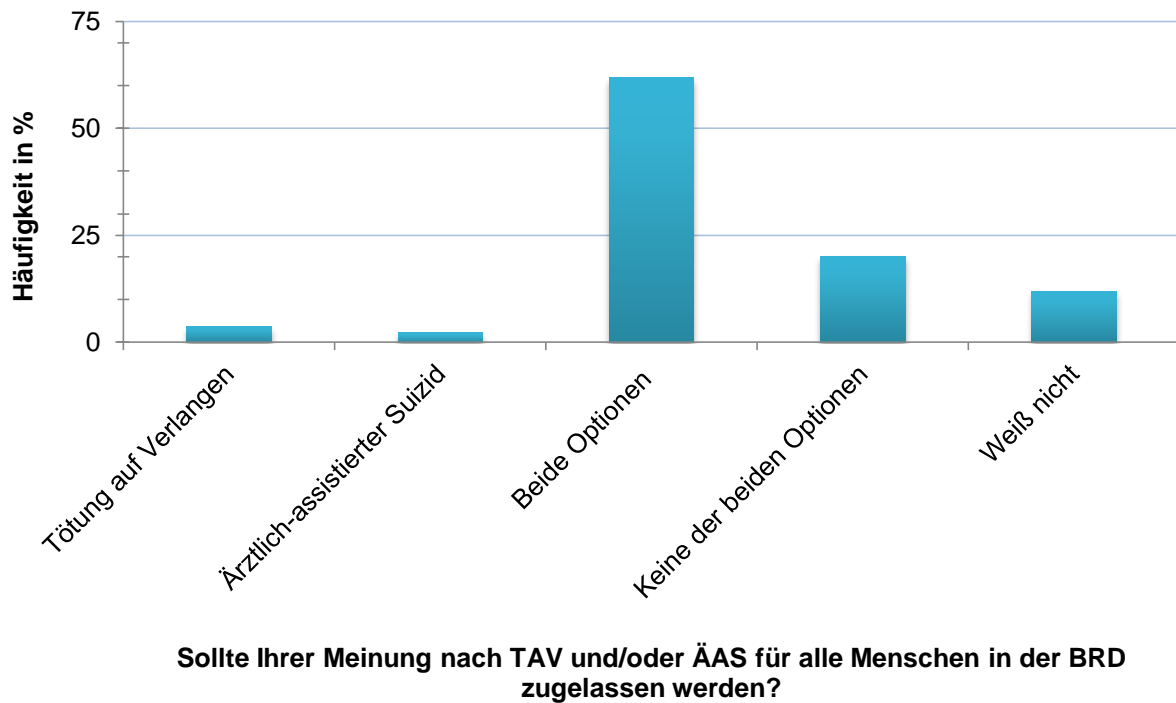


Abbildung 17 - Häufigkeiten der Kenntnis von Palliativmedizin

#### 4.8 Komplex Meinung zur Sterbehilfe

Auf die zentrale Frage der Arbeit, ob die Tötung auf Verlangen und/oder der ärztlich-assistierte Suizid für alle Menschen in Deutschland zugelassen werden sollte, antworteten 83 (61,9 %) Patienten mit „Beide Optionen“. 27 Personen (20,2 %) waren generell gegen eine Legalisierung der beiden Formen von Sterbehilfe (siehe Abbildung 18, S. 39).

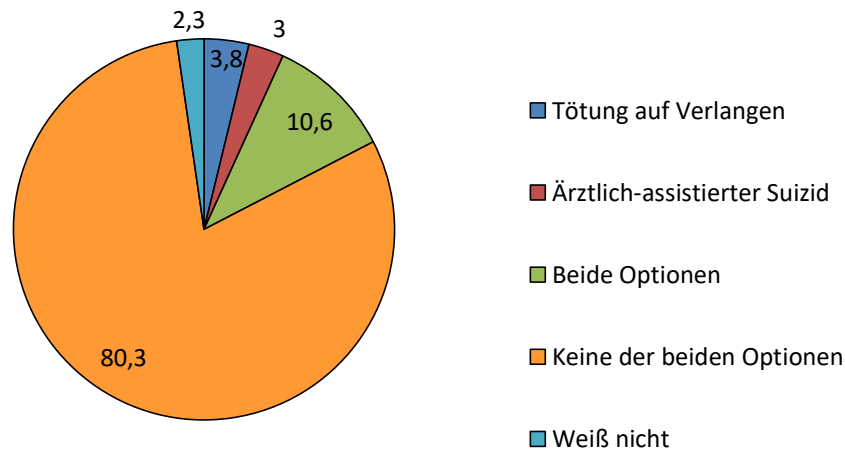


**Abbildung 18 - Häufigkeiten der Meinung über die Zulassung von TAV und/oder ÄAS**

60,5 % der Befragten waren der Meinung, dass die Tötung auf Verlangen und der ärztlich-assistierte Suizid nur für Extremfälle, also unheilbar Schwerstkranke, deren Leiden nicht gemindert werden kann, zugelassen werden soll.

Im Gegensatz dazu steht jedoch, was die Patienten für sich selbst in ihrer derzeitigen Situation wählen würden. Es lehnten 106 also 80,3 % der Befragten sowohl die Tötung auf Verlangen als auch den ärztlich-assistierten Suizid für sich selbst ab. Lediglich 3,8 % würden sich für die Tötung auf Verlangen, 3 % für den ärztlich-assistierten Suizid und 10,6 % für beide Optionen entscheiden (siehe Abbildung 19, S. 40).

**Würden Sie für sich in Ihrer derzeitigen Situation TAV und/oder  
ÄAS wählen? (Häufigkeit in %)**

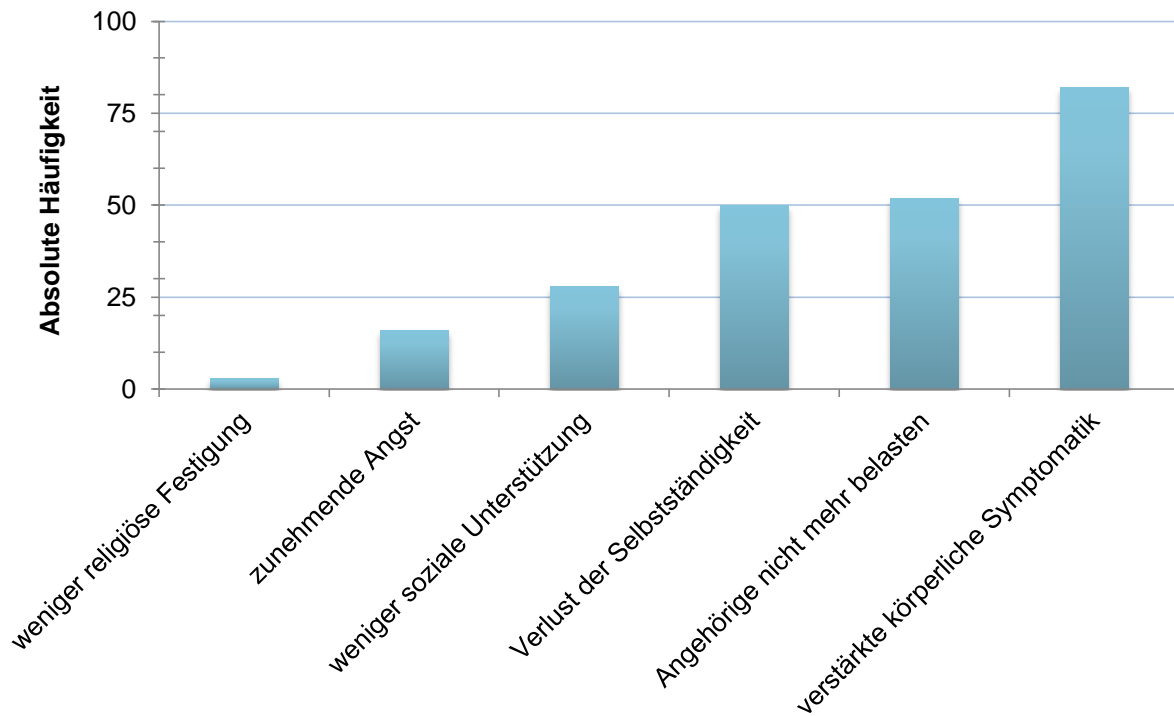


**Abbildung 19 - Häufigkeiten von TAV und/oder ÄAS in derzeitiger Situation**

17,3 % der Patienten hatten auch schon vor einer palliativmedizinischen Behandlung den Wunsch, ihr Leben zu beenden.

Weiterhin wurde erfragt, welche Faktoren sich für die Patienten ändern müssten, damit sie über die beiden Möglichkeiten der Lebensbeendigung nachdenken würden. Dadurch konnte ermittelt werden, welche Kriterien für die Patienten wichtig sind, um eine hohe Lebensqualität zu erreichen. Die Patienten konnten durch Mehrfachnennung erläutern, welche Kriterien für sie ausschlaggebend sind, um über die Möglichkeiten der Sterbehilfe nachzudenken. Darunter zählen eine verstärkte körperliche Symptomatik, zunehmende Angst, Belastung von Angehörigen, weniger soziale Unterstützung zu erhalten, die Selbstständigkeit zu verlieren und eine geringere religiöse Festigung.

Dabei wurde festgestellt, dass der ausschlaggebendste Faktor das körperliche Wohlbefinden ist. 82 der Patienten (66,7 %) gaben an, dass sie, wenn sich die körperliche Symptomatik verschlechtern würde, über eine Art der Lebensbeendigung nachdenken würden. Absteigend der Häufigkeit, mit der die Patienten den Faktor als wichtig erachteten, wurde folgende Reihenfolge ermittelt: verstärkte körperliche Symptomatik, Angehörige nicht mehr zu belasten, Verlust der Selbstständigkeit, weniger soziale Unterstützung, zunehmende Angst und am wenigsten wurde eine weniger religiöse Festigung gewählt (siehe Abbildung 20, S. 41).



**Was müsste sich für Sie ändern, damit Sie über die beiden Möglichkeiten der Lebensbeendigung nachdenken?**

**Abbildung 20 - Häufigkeiten von Faktoren der Meinunsänderung**

Um die Stellung der interdisziplinären Palliativmedizin darzustellen, wurden die Patienten gefragt, ob sie noch die Notwendigkeit von der Tötung auf Verlangen und/oder dem ärztlich-assistierten Suizid sehen, wenn ihnen alle belastenden Symptome genommen werden können. Die Mehrheit antwortete mit „Nein“ (68,3 %).

Um die Arbeit der Palliativmedizin weiterhin zu verbessern, ist es wichtig, Feedback von Patienten zu bekommen. Dahingehend ist es bedeutend, Schwerstkranke danach zu fragen, wie man sie am Lebensende am besten unterstützen kann. Darum wurden die Patienten danach gefragt, wie man dies umsetzen könnte. Eine Mehrfachnennung war auch hier möglich. Dabei wurde die mitmenschliche Sterbebegleitung am häufigsten gewählt (87,5 %), darauf folgend die passive Sterbehilfe (78,9 %) und die medikamentöse Dämpfung von Schmerzen und Beruhigung des Schwerstkranken (72,7 %). Der Meinung, dass weder direkt noch indirekt in den Sterbeprozess eingegriffen soll, waren 10,7 % der Befragten (siehe Abbildung 21, S. 42).



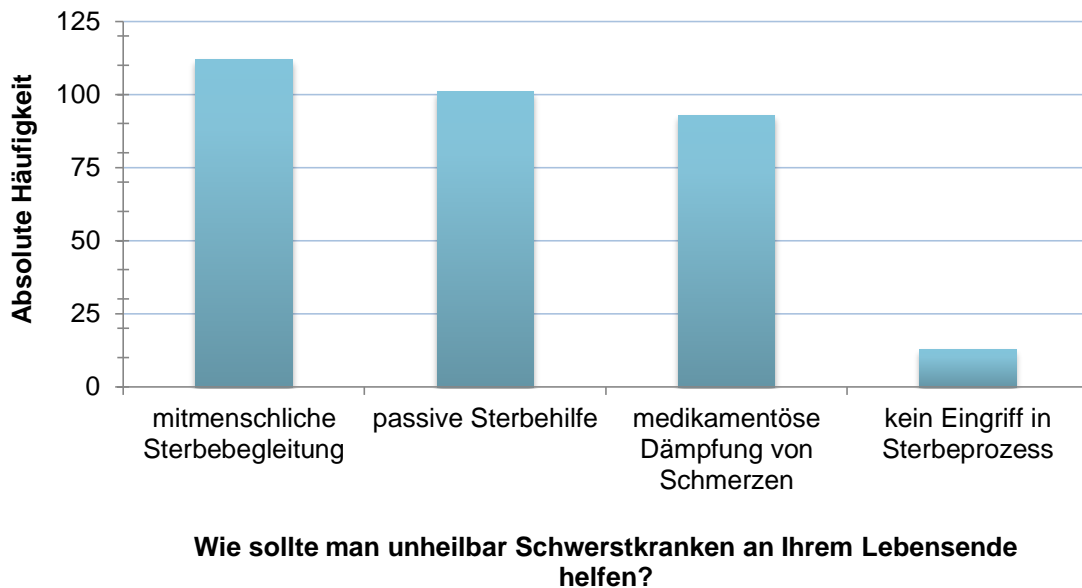


Abbildung 21 - Häufigkeiten von Möglichkeiten, Schwerstkranken am Lebensende zu helfen

## 4.9 Korrelationen zwischen einzelner Variablen

### 4.9.1 Alter

Um verschiedene Zusammenhänge zwischen einzelnen Variablen und dem Alter feststellen zu können, wurden acht Altersgruppen erstellt. Dabei ist zu beachten, dass die Patienten annähernd gleichverteilt in die Gruppen transformiert wurden, um Interpretationsfehler zu vermeiden. Die Gruppen umfassten 15-18 Patienten und sind in Tabelle 5 folgendermaßen aufgeteilt:

Tabelle 5 - Aufteilung in Altersgruppen

Gruppe	Alter	Häufigkeit (n)
1	45-53	17
2	55-59	15
3	61-65	17
4	66-71	16
5	72-75	17
6	76-78	16

7	79-81	18
8	82-91	18

Es hat sich herausgestellt, dass das Alter nur mit einer anderen Variablen signifikant korreliert. Je jünger die Patienten sind, desto eher konnten sie den Begriff Tötung auf Verlangen voll umfassend erklären ( $X^2_{(21,134)} = 43,98$ ;  $p = 0,002$ ; Cramers  $V = 0,33$ ). Die Effektstärke nach Cohen war dabei mittelgradig.

#### 4.9.2 Geschlecht

Zwischen dem Geschlecht und anderen Variablen stellt sich nur ein Zusammenhang als signifikant heraus. Männer erachteten die Tötung auf Verlangen und den ärztlich-assistierten Suizid als weniger notwendig, wenn ihnen die interdisziplinäre Palliativmedizin alle belastenden Symptome genommen hat ( $X^2_{(3,120)} = 8,3$ ;  $p = 0,04$ ;  $\Phi = 0,26$ ).

#### 4.9.3 Setting

Beim Setting wurden zwei Merkmale unterschieden: zum einen wurden die Patienten ambulant ( $n = 30$ ) und zum anderen stationär ( $n = 104$ ) behandelt. Es stellte sich heraus, dass vor allem Patienten, die stationär aufgenommen wurden, für den Fall ihres Todes vorgesorgt haben ( $X^2_{(2,134)} = 7,47$ ;  $p = 0,024$ ;  $\Phi = 0,24$ ). Diese Tendenz zieht sich durch alle Unterkategorien, wobei sich bei „Angehörigen informieren“ und der „Vorsorgevollmacht“ ein geringer bis mittlerer Effekt darstellte (Cramers  $V = 0,25$  bzw.  $0,26$ ). Beim Zusammenhang zwischen dem Setting und des Vorhandenseins einer Patientenverfügung stellte sich ein mittlerer Effekt von Cramers  $V = 0,3$  dar.

Weiterhin bestand ein signifikanter Bezug zwischen der Frage, ob die Patienten Angst vor dem Prozess oder dem Verlauf des Sterbens haben und dem Setting. Anhand der erwarteten Werte ließ sich schlussfolgern, dass ambulant behandelte

Patienten diese Frage eher verneinen als stationär Behandelte ( $X^2_{(3,134)} = 17,12$ ;  $p = 0,001$ ;  $\Phi = 0,36$ ).

Ebenfalls zeigte sich, dass stationäre Patienten eher angaben den Begriff Tötung auf Verlangen zu kennen ( $X^2_{(3,134)} = 10,05$ ;  $p = 0,018$ ;  $\Phi = 0,27$ ).

Stationäre Patienten konnten signifikant eher den Begriff ärztlich-assistierten Suizid erklären. ( $X^2_{(3,134)} = 9,47$ ;  $p = 0,024$ ;  $\Phi = 0,27$ ).

Auch der Zusammenhang zu der Frage, ob die Patienten in ihrer derzeitigen Situation die Tötung auf Verlangen und/oder den ärztlich-assistierten Suizid wählen würden, ist signifikant. Mithilfe der erwarteten Werte lässt sich eine Tendenz erkennen, dass stationär behandelte Patienten eher keine der beiden Optionen wählen würden ( $X^2_{(4,132)} = 13,05$ ;  $p = 0,011$ ;  $\Phi = 0,31$ ).

Stationär behandelte Patienten sind signifikant eher dazu geneigt, in den letzten zwei Wochen vor der Befragung unter Interessensverlust, Müdigkeit oder Energielosigkeit zu leiden ( $X^2_{(1,133)} = 7,73$ ;  $p = 0,005$ ;  $\Phi = 0,24$ ).

Es gehörten vor allem Patienten, die stationär behandelt wurden, einer Konfession an ( $X^2_{(1,134)} = 7,27$ ;  $p = 0,007$ ;  $\Phi = 0,23$ ). Dabei ist es auch signifikant, dass den stationären Patienten der Glaube in ihrer Situation hilft ( $X^2_{(3,88)} = 25,12$ ;  $p < 0,001$ ;  $\Phi = 0,53$ ).

Stationär behandelte Patienten sind eher der Meinung, dass man unheilbar Schwerstkranken durch mitmenschliche Sterbebegleitung unterstützen sollte ( $X^2_{(3,128)} = 10,06$ ;  $p = 0,018$ ;  $\Phi = 0,28$ ).

#### **4.9.4 Beruf**

Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen eher körperlich tätigen Patienten und dem Nicht-Vorhandensein von Angst vor dem Prozess/dem Verlauf des Sterbens ( $X^2_{(6,132)} = 23,2$ ;  $p = 0,001$ ; Cramers  $V = 0,3$ ).

Weiterhin war es signifikant, dass eher körperlich Berufstätige den Begriff Tötung auf Verlangen nicht erklären konnten ( $X^2_{(6,132)} = 16,79$ ;  $p = 0,01$ ; Cramers  $V = 0,25$ ). Eine ähnliche Tendenz ließ sich bei der Kenntnis und der Erklärung des ärztlich-

assistierten Suizides feststellen. Bei der Erklärung vom ÄAS ließ sich ein leicht stärkerer Effekt als im Vergleich zur Erklärung der TAV nachweisen ( $X^2_{(6,132)} = 22,5$ ;  $p = 0,001$ ; Cramers  $V = 0,29$ ).

#### 4.9.5 Lebensform

Der Zusammenhang zwischen der Lebensform und dem Karnofsky-Index stellte sich als signifikant heraus ( $X^2_{(36,130)} = 53,8$ ;  $p = 0,029$ ; Cramers  $V = 0,32$ ).

Patienten, die in einer Partnerschaft lebten, zeigen eine signifikante Tendenz für den Fall des Todes vorgesorgt zu haben. Im Gegensatz dazu sind Alleinstehende eher dazu geneigt, keine Vorsorge getroffen zu haben ( $X^2_{(8,134)} = 25,91$ ;  $p = 0,001$ ; Cramers  $V = 0,31$ ).

Patienten, die in einer Partnerschaft lebten, sind signifikant eher dazu geneigt, ihre Angehörigen über ihre Wünsche am Lebensende zu informieren ( $X^2_{(8,133)} = 29,31$ ;  $p < 0,001$ ; Cramers  $V = 0,33$ ).

Die gleichen Tendenzen stellten sich in Bezug auf das Vorhandensein einer Vorsorgevollmacht ( $X^2_{(8,134)} = 41,9$ ;  $p < 0,001$ ; Cramers  $V = 0,4$ ) und einer Patientenverfügung ( $X^2_{(8,134)} = 41,9$ ;  $p < 0,001$ ; Cramers  $V = 0,4$ ) dar.

Der Zusammenhang zwischen der Lebensform und dem Wunsch in der derzeitigen Situation die TAV und/oder den ÄAS zu wählen stellt sich als nicht signifikant heraus ( $X^2_{(16,132)} = 25,54$ ;  $p = 0,061$ ; Cramers  $V = 0,22$ ).

#### 4.9.6 ECOG

Es bestand ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem ECOG und der Frage, ob es im Leben der Patienten schon einmal eine Zeitspanne von einem Monat oder länger gab, in der sie sich oft oder meistens ängstlich, angespannt und voller ängstlicher Besorgnis gefühlt haben. Dabei ließ sich die Tendenz ablesen, dass Patienten mit einem ECOG von drei eher dazu geneigt waren, diese Frage mit „Nein“

zu beantworten. Dabei ließ sich ein mittlerer Effekt erkennen ( $X^2_{(12,130)} = 33,15$ ;  $p = 0,001$ ; Cramers  $V = 0,29$ ).

Ein niedriger ECOG-Wert von eins bis zwei ging eher mit der Kenntnis des Begriffes der aktiven direkten Sterbehilfe bzw. der Tötung auf Verlangen einher ( $X^2_{(12,131)} = 22,25$ ;  $p = 0,035$ ; Cramers  $V = 0,24$ ).

Patienten mit einem ECOG von drei waren eher dazu geneigt, den Begriff Palliativmedizin nicht erklären zu können ( $X^2_{(12,129)} = 29,92$ ;  $p = 0,003$ ; Cramers  $V = 0,28$ ).

Auch der Zusammenhang zur Frage der Zulassung der TAV und/oder ÄAS ist signifikant. Vor allem wurde die Antwort „beide Optionen“ von Patienten mit einem ECOG von drei gewählt ( $X^2_{(16,131)} = 37,41$ ;  $p = 0,002$ ; Cramers  $V = 0,27$ ).

#### **4.9.7 Karnofsky-Index**

Patienten mit einem Karnofsky-Index zwischen 30 und 50 gaben an, in den letzten zwei Wochen nicht unter Gefühlen von Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit gelitten zu haben ( $X^2_{(9,129)} = 20,18$ ;  $p = 0,017$ ; Phi = 0,4).

Weiterhin gab es einen signifikanten Bezug zwischen der Frage, ob die Patienten jemals über mehr als zwei Wochen fast täglich unter Interessensverlust, Müdigkeit oder Energielosigkeit litten ( $X^2_{(9,129)} = 17,6$ ;  $p = 0,04$ ; Phi = 0,37).

Der Zusammenhang zwischen dem Karnofsky-Index und der Frage, ob die Patienten auch in den letzten zwei Wochen unter Interessensverlust, Müdigkeit oder Energielosigkeit litten, war signifikant ( $X^2_{(9,129)} = 21,48$ ;  $p = 0,011$ ; Phi = 0,41).

Ein signifikanter Zusammenhang bestand zwischen der Frage, ob es schon einmal eine Zeitspanne von einem Monat oder länger gab, in der sie sich oft oder meistens ängstlich, angespannt und voller ängstlicher Besorgnis gefühlt haben und dem Karnofsky-Index. Patienten mit einem Index von 30 und 40 beantworteten diese Frage eher mit „Nein“ ( $X^2_{(27,129)} = 42,7$ ;  $p = 0,028$ ; Cramers  $V = 0,33$ ).

Patienten mit einem Index von 40 waren eher dazu geneigt der Meinung zu sein, dass beide Optionen (TAV und ÄAS) in Deutschland zugelassen werden sollten ( $X^2_{(36,130)} = 61,02$ ;  $p = 0,006$ ; Cramers  $V = 0,34$ ).

#### **4.9.8 Pflegegrade**

Patienten ohne Pflegegrad waren eher dazu geneigt, keine Vorsorgevollmacht ( $X^2_{(8,133)} = 16,01$ ;  $p = 0,042$ ; Cramers  $V = 0,25$ ) und auch keine Patientenverfügung ( $X^2_{(8,133)} = 17,41$ ;  $p = 0,026$ ; Cramers  $V = 0,26$ ) zu besitzen.

#### **4.9.9 Symptome**

Die Patienten konnten während der Befragung angeben, welche Symptome sie am stärksten belasten. Diese wurden anschließend in folgende fünf Gruppen eingeteilt: Schmerzen, Luftnot, Erschöpfung/Schwäche, Unzufriedenheit/Traurigkeit und sonstige (z.B. Schwitzen, Schwindel). Es gab einen signifikanten Zusammenhang zwischen angegebenen Schmerzen und der Angst vor dem Prozess/dem Verlauf des Sterbens ( $X^2_{(8,80)} = 17,22$ ;  $p = 0,028$ ; Cramers  $V = 0,33$ ).

#### **4.9.10 Komplex Depression**

Patienten, welche die Frage 3 (Haben sie jemals über mehr als zwei Wochen fast täglich unter Gefühlen von Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit gelitten?) mit „Nein“ beantworteten, gaben signifikant häufiger an, dass es in ihrem Leben auch keine Zeitspanne von einem Monat oder länger gab, in der sie sich oft oder meistens ängstlich, angespannt und voller ängstlicher Besorgnis gefühlt haben ( $X^2_{(9,133)} = 47,99$ ;  $p < 0,001$ ; Cramers  $V = 0,35$ ).

Die Frage 3a (Litten sie auch in den letzten zwei Wochen darunter?) wurde von Patienten mit „Nein“ beantwortet, welche ebenfalls die Frage 5a (Wurden sie

während der letzten Wochen oft durch Sorgen, Ängste und Gefühle von Anspannung belastet?) mit „Nein“ beantwortet haben ( $X^2_{(1,133)} = 4,17$ ;  $p = 0,041$ ;  $\Phi = 0,18$ ).

Patienten, die im Vorfeld eine Vorsorgevollmacht erstellt hatten, litten auch häufiger mehr als zwei Wochen fast täglich unter Interessensverlust, Müdigkeit oder Energielosigkeit ( $X^2_{(2,133)} = 7,2$ ;  $p = 0,027$ ;  $\Phi = 0,23$ ).

Es bestand ebenfalls ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Wunsch derzeitig die Tötung auf Verlangen und/oder den ärztlich-assistierten Suizid zu erhalten und der Frage 3. Mithilfe der erwarteten Werten ließ sich eine leichte Tendenz ablesen, dahingehend dass Patienten, die keine der beiden Optionen wählten, auch noch nie unter mehr als zwei Wochen unter Gefühlen von Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit litten ( $X^2_{(12,131)} = 22,71$ ;  $p = 0,03$ ; Cramers  $V = 0,24$ ).

Weiterhin war der Bezug zwischen Frage 4 (Litten sie jemals über mehr als zwei Wochen fast täglich unter Interessensverlust, Müdigkeit oder Energielosigkeit?) und der Frage 17a (Hatten sie vor der palliativmedizinischen Behandlung den Wunsch ihr Leben aufgrund der Beschwerden zu beenden?) signifikant. Patienten, die zu Interessensverlust, Müdigkeit oder Energielosigkeit tendierten, hatten auch eher vor der palliativmedizinischen Behandlung den Wunsch, ihr Leben zu beenden ( $X^2_{(1,132)} = 6,3$ ;  $p = 0,012$ ;  $\Phi = 0,22$ ).

#### **4.9.11 Komplex Angst**

Patienten, die schon einmal eine Panikattacke erlebt hatten, gaben auch signifikant häufig an, den Begriff Tötung auf Verlangen zu kennen ( $X^2_{(6,133)} = 28,16$ ;  $p < 0,001$ ; Cramers  $V = 0,33$ ). Die gleiche Tendenz ließ sich bei der Erklärung des Begriffes erfassen ( $X^2_{(6,133)} = 17,41$ ;  $p = 0,008$ ; Cramers  $V = 0,26$ ).

Diejenigen, die in den letzten zwei Wochen eine solche Panikattacke hatten, kannten ebenfalls häufiger den Begriff TAV ( $X^2_{(6,133)} = 25$ ;  $p < 0,001$ ; Cramers  $V = 0,31$ ). Auch hier konnten die Patienten den Begriff häufiger erklären, als diejenigen, die keine Angstattacken in den letzten zwei Wochen hatten ( $X^2_{(6,133)} = 14,61$ ;  $p = 0,024$ ; Cramers  $V = 0,23$ ).

Ein signifikanter Zusammenhang bestand zwischen dem Auftreten von Sorgen, Ängsten und Gefühle von Anspannung in den letzten Wochen vor der Befragung und der Kenntnis des Begriffes des ärztlich-assistierten Suizides ( $X^2_{(3,133)} = 11,61$ ;  $p = 0,009$ ;  $\Phi = 0,30$ ).

Ebenfalls hing das Auftreten einer Panikattacke mit der Kenntnis des Begriffes des ÄAS zusammen ( $X^2_{(6,133)} = 13,5$ ;  $p = 0,036$ ;  $\text{Cramers } V = 0,23$ ).

Auch kannten diejenigen, die schon einmal eine Zeitspanne von einem Monat oder länger durchlebt haben, in der sie oft ängstlich, angespannt und voller ängstlicher Besorgnis gefühlt haben, seltener den Begriff Palliativmedizin ( $X^2_{(9,132)} = 23,86$ ;  $p = 0,005$ ;  $\text{Cramers } V = 0,25$ ).

Weiterhin bestand ein signifikanter Bezug zwischen der Frage 5a und der Kenntnis des Begriffes der Palliativmedizin ( $X^2_{(3,132)} = 10,30$ ;  $p = 0,016$ ;  $\Phi = 0,28$ ).

Zwischen der Frage 5a und der Frage 17 (Würden sie für sich in ihrer derzeitigen Situation TAV und/oder ÄAS wählen? Wenn ja, welche?) bestand ein signifikanter Zusammenhang. Es ließ sich aufgrund der erwarteten Werte ableiten, dass Patienten, die keine der beiden Optionen wählen würden, auch durch keine Sorgen, Ängste und Gefühle von Anspannung in den letzten Wochen belastet wurden ( $X^2_{(4,131)} = 15,35$ ;  $p = 0,004$ ;  $\Phi = 0,34$ ).

Ähnlich verhielt es sich mit denjenigen Patienten, die auch in den letzten zwei Wochen keine solcher Angstatracken erlebten ( $X^2_{(8,131)} = 19,07$ ;  $p = 0,014$ ;  $\text{Cramers } V = 0,27$ ).

Patienten, die schon einmal eine Panikattacke durchlebt haben, sind auch eher dazu geneigt gewesen, vor der palliativmedizinischen Behandlung ihr Leben aufgrund der Beschwerden zu beenden ( $X^2_{(2,132)} = 6,7$ ;  $p = 0,035$ ;  $\Phi = 0,23$ ). Ähnliche Tendenzen stellten sich beim Zusammenhang zu Frage 6a (Hatten sie in den letzten zwei Woche solche Angstatracken?) heraus ( $X^2_{(2,132)} = 6,97$ ;  $p = 0,031$ ;  $\Phi = 0,23$ ).



#### 4.9.12 Komplex Definitionen Sterbehilfe

Um zu prüfen, ob die Patienten nicht nur die Begriffe rund um das Thema Sterbehilfe kennen, sondern auch den genauen Wissensstand zu ermitteln, wurden sie gebeten, die einzelnen Begriffe mit eigenen Worten zu erklären. Während der Auswertung wurde festgestellt, dass die meisten Patienten, die angaben, die Begriffe zu kennen, sie auch voll umfassend erklären konnten.

Es ließ sich also demnach ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Kenntnis und der Erklärung des Begriffes der Tötung auf Verlangen erkennen ( $X^2_{(9,134)} = 80,19$ ;  $p < 0,001$ ; Cramers  $V = 0,45$ ). Auch die Effektstärke war dabei groß.

Zwar kannten weniger Patienten den Begriff ärztlich-assistierten Suizid im Vergleich zur TAV, jedoch konnten diejenigen, die ihn kennen, den Begriff auch signifikant häufig erklären ( $X^2_{(9,134)} = 87,53$ ;  $p < 0,001$ ; Cramers  $V = 0,47$ ).

Noch weniger Patienten kannten den Begriff der passiven Sterbehilfe im Vergleich zur TAV und dem ÄAS. Doch gab es hier auch einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Kenntnis und der Erklärung der passiven Sterbehilfe ( $X^2_{(9,134)} = 69,5$ ;  $p < 0,001$ ; Cramers  $V = 0,42$ ).

Die gleiche Tendenz zeigte sich beim Begriff der Palliativmedizin ( $X^2_{(9,132)} = 72,78$ ;  $p < 0,001$ ; Cramers  $V = 0,43$ ).

#### 4.9.13 Komplex Meinung zur Sterbehilfe

Weiterhin konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen der richtigen Erklärung der TAV und der Meinung, dass sowohl die TAV als auch der ÄAS in Deutschland zugelassen werden soll, erkannt werden ( $X^2_{(12,134)} = 27,68$ ;  $p = 0,006$ ; Cramers  $V = 0,26$ ).

Die Institution, in der die Befragung erfolgte (Palliativstation, Station der Klinik für Hämatologie und Onkologie, Hospiz, SAPV), beeinflusst signifikant die Beantwortung der Frage, ob die Patienten der Meinung sind, dass die TAV und/oder der ÄAS zugelassen werden sollte ( $X^2_{(12,134)} = 21,66$ ;  $p = 0,042$ ; Cramers  $V = 0,23$ ). Auch die

Frage 17 (Würden sie für sich in ihrer derzeitigen Situation TAV und/oder ÄAS wählen? Wenn ja, welche?) hing signifikant mit der Institution zusammen ( $X^2_{(12,132)} = 38,01$ ;  $p < 0,001$ ; Cramers  $V = 0,31$ ).

Abgeleitet von den erwarteten Werten wurde sichtbar, dass Patienten, die schon vor der palliativmedizinischen Behandlung den Wunsch hatten, ihr Leben aufgrund der Beschwerden zu beenden, signifikant häufig der Meinung waren, dass sowohl die Tötung auf Verlangen als auch der ärztlich-assistierte Suizid in Deutschland zugelassen werden sollte ( $X^2_{(4,133)} = 11,74$ ;  $p = 0,019$ ;  $\Phi = 0,3$ ).

Auch der Zusammenhang, ob die Patienten in ihrer derzeitigen Situation die TAV und/oder den ÄAS wählen würden und der Tatsache, dass sie vor der palliativmedizinischen Behandlung den Wunsch hatten, ihr Leben zu beenden, stellte sich als signifikant heraus ( $X^2_{(4,132)} = 21,47$ ;  $p < 0,001$ ;  $\Phi = 0,4$ ). Durch die Interpretation der erwarteten Werte ließ sich ableiten, dass Patienten mit einem vorherigen Wunsch der Lebensbeendigung auch häufiger sowohl die TAV als auch den ÄAS in ihrer derzeitigen Situation wählen würden.

Es bestand kein signifikanter Bezug zwischen der Frage 16 (Sollte ihrer Meinung nach TAV und/oder ÄAS für alle Menschen in Deutschland zugelassen werden? Wenn ja, welche?) und dem Setting (ambulant bzw. stationär). Auch beeinflussten weder das Geschlecht noch das Alter die Beantwortung der Frage 16 signifikant.

Zwischen der Erklärung des ärztlich-assistierten Suizides und der Frage 17 konnte eine Signifikanz dargestellt werden ( $X^2_{(12,132)} = 26,57$ ;  $p = 0,009$ ; Cramers  $V = 0,26$ ).

Auch der Zusammenhang zwischen der Erklärung der passiven Sterbehilfe und der Frage 17 stellte sich als signifikant heraus ( $X^2_{(12,132)} = 46,81$ ;  $p < 0,001$ ; Cramers  $V = 0,34$ ). Durch die erwarteten Werte ließ sich die Tendenz erkennen, dass Patienten, die den Begriff nicht erklären konnten, auch keine der beiden Optionen wählen würden.

## 5. Diskussion

### 5.1 Erkenntnisse zur Beantwortung der Fragestellung

Am 26.02.2020, fünf Jahre nach seiner Einführung, erklärte das Bundesverfassungsgericht den § 217 StGB (Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung) für nichtig und gegen das Grundgesetz verstoßend. Auslöser für dieses Urteil waren zahlreiche Klagen von schwerstkranken Patienten, Ärzten und Pflegekräften, welche sich für eine selbstbestimmte Möglichkeit der Lebensbeendigung aussprachen. Das 2015 erlassene Gesetz machte es Schwerstkranken praktisch unmöglich, eine begleitete Sterbehilfe durch Dritte in Anspruch zu nehmen (44). Die ursprüngliche Intention des Gesetzes war es, die Ausweitung und fortschreitende Normalisierung der Sterbehilfeorganisationen in Deutschland zu stoppen. So schreibt das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil:

„Die Entscheidung des Einzelnen, dem eigenen Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, entzieht sich einer Bewertung anhand allgemeiner Wertvorstellungen, religiöser Gebote, gesellschaftlicher Leitbilder für den Umgang mit Leben und Tod oder Überlegungen objektiver Vernünftigkeit. Sie bedarf keiner weiteren Begründung oder Rechtfertigung, sondern ist im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren.“ (11, o.S.)

Auch hier wird die Unabhängigkeit der Entscheidung sich das Leben zu nehmen, betont.

Die Urteilsverkündung löste eine weite Diskussion mit vielen Meinungen aus. So sprach sich Prof. Lukas Radbruch (Präsident der DGP) kritisch gegenüber der Gesetzesänderung aus. Er warnt vor einer Stärkung der Sterbehilfeorganisationen und machte sich stattdessen für einen Ausbau der palliativmedizinischen Behandlung in Deutschland stark. Er ist der Meinung, dass sich die Aufklärung und Informationsweitergabe der derzeitigen palliativmedizinischen Möglichkeiten verbessern müssen, um jeden Patienten bestmöglich über seine Alternativen aufzuklären. Er gibt sogar an, dass viele Patienten gar nicht genau über die

Möglichkeit des Abbruches oder des Verzichtes auf lebenserhaltende Maßnahmen Kenntnis haben. (45)

Auch der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV) teilt die Besorgnis von Radbruch. Winfried Hardinghaus, Präsident des DHPV, befürchtet eine Entsolidarisierung. Er warnt vor dem Wiederaufkommen der Sterbehilfeorganisationen und einer damit einhergehenden Normalisierung von geschäftsmäßiger Suizidbeihilfe in der Gesellschaft.

Ein Befürworter der Urteilsverkündung ist der Vorsitzende des Vereins Sterbehilfe Deutschland Roger Kusch. Er sieht in dem Urteil die Möglichkeit der Fortführung der Arbeit der Sterbehilfevereine wie vor dem Urteil von 2015. (45) Von 2010 bis 2013 wurden durch den Verein Sterbehilfe Deutschland 118 Fallbeschreibungen von ärztlich-assistierten Suizid publiziert. (46)

Die zentrale Fragestellung der Arbeit lautet, ob es Unterschiede in der Meinung zum Thema der Legalisierung der Sterbehilfe in Deutschland zwischen einer Stichprobe aus der normalen Bevölkerung und Patienten in palliativmedizinischer Betreuung gibt. Die Mehrheit beider Gruppen sprach sich generell für die Einführung der Tötung auf Verlangen und auch den ärztlich-assistierten Suizid aus.

In der im Februar 2020 von infratest dimap durchgeführten Studie wurden 1007 wahlberechtigte Deutsche ab 18 Jahren zu ihrer Einstellung zum Thema Sterbehilfe per Telefoninterview befragt. Dabei waren 81 % der Meinung, dass es Ärzten und Ärztinnen grundsätzlich erlaubt sein sollte, Schwerstkranken ein todbringendes Medikament zur Verfügung zu stellen, welches sie selbstbestimmt einnehmen können. Im Vergleich dazu zeigt die folgende Abbildung 22, dass sich dieser Wert im November 2012 noch auf 76 % belief. (47)

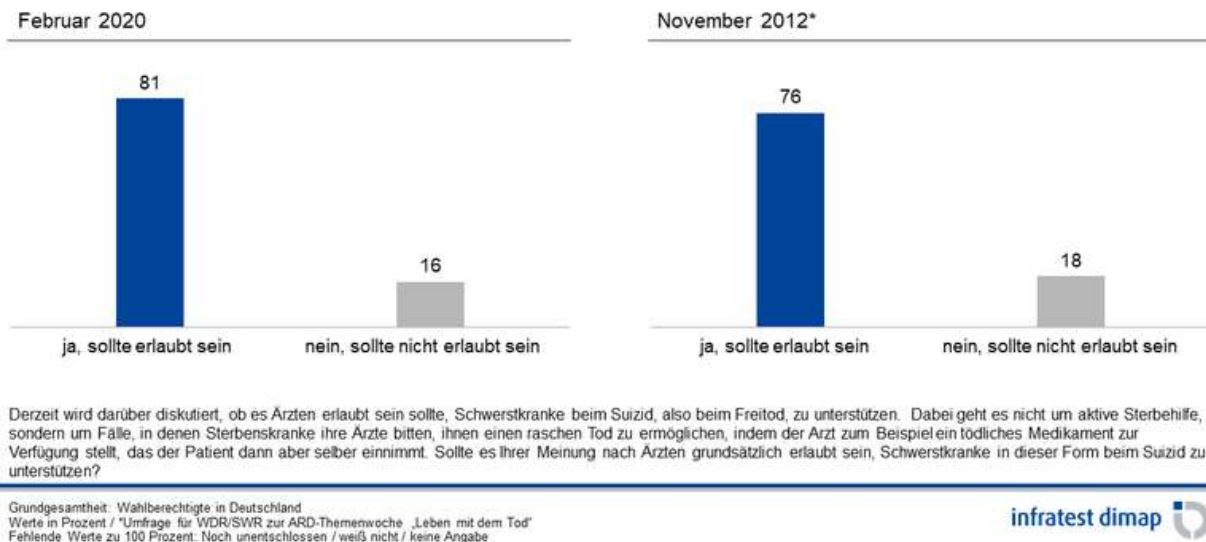


Abbildung 22 - Unterstützung von Schwerstkranken beim Suizid; Quelle: infratest dimap (47)

In der vorliegenden Studie wurden die Meinungen von 134 Patienten in palliativmedizinischer Betreuung aus und um Greifswald untersucht. Insgesamt zeigt sich bei dieser Stichprobe, dass die Mehrheit (61,9 %) der Meinung ist, sowohl die Tötung auf Verlangen als auch den ärztlich-assistierten Suizid in Deutschland zuzulassen. Diese Ergebnisse sind ähnlich mit denen von Wilson et al. (64 %), welche ebenfalls die Meinungen von Schwerstkranken zur Sterbehilfe in Kanada untersuchten. (48) Vergleichbare Ergebnisse erzielte Brandon Attel, der mit seiner amerikanischen Längsschnittstudie die Entwicklung der Zustimmung zur Legalisierung von der Tötung auf Verlangen (68 %) und ärztlich-assistierten Suizid (57 %) zeigte. (49) Auch die Studie von Roesinger et al. erzielte ähnliche Resultate. Dabei wurden 1068 Personen über 65 Jahre auf postalischen Wege befragt. Eine Mehrheit von 74,2 % sprach sich positiv gegenüber einer gesetzlichen Erlaubnis der Tötung auf Verlangen aus. Im Bezug zum ärztlich-assistierten Suizid erhöht sich der Anteil der Befürworter auf 80,4 %. (50)

Vergleichend mit der Studie von Hizo-Abes et al. zeigt sich eine ähnliche Tendenz. In ihrer Untersuchung sprach sich eine größere Mehrheit (82 % - 89 %) für den ärztlich-assistierten Suizid aus, abhängig vom Befragungszeitpunkt und Zeitpunkt der palliativmedizinischen Betreuung. Weiterhin ergaben sich widersprüchliche

Ergebnisse im Vergleich zum allgemeinen Verständnis. Es stellte sich bei der in Canada durchgeführten Studie heraus, dass Patienten in beginnender bzw. andauernder palliativmedizinischer Betreuung im Gegensatz zu Patienten ohne diese Betreuung eher dazu geneigt sind, den ÄAS in hypothetischen Situationen in Betracht zu ziehen. Mögliche Erklärungsansätze sind, dass Palliativpatienten sich intensiver mit dem Prozess des Sterbens beschäftigen als Patienten, die noch keine spezialisierte Behandlung erhalten haben. Denkbar ist aber auch, dass diejenigen ausführlicher durch das speziell ausgebildete Personal über ihre Optionen informiert wurden und deren Symptome vielleicht auch schon weiter fortgeschritten sind. (39)

Es lässt sich demnach eine landesübergreifende Liberalisierung in Hinblick einer Zulassung von Suizidbeihilfe feststellen. Im Zuge dessen gaben aber auch 58 % der Befragten der vorliegenden Studie an, dass die beiden Möglichkeiten der Sterbehilfe auf unheilbar Schwerstkranke beschränkt bleiben soll, deren Leiden nicht gemindert werden kann. Dadurch wird klar, dass es trotz einer Zustimmung zur Legalisierung dennoch Richtlinien und gesetzliche Voraussetzungen geben muss. Dieser Meinung schließen sich die ärztlichen Mitglieder der DGP an, die sich vorstellen könnten, einen ärztlich-assistierten Suizid durchzuführen. Ihnen war die Ausarbeitung und Einhaltung von staatlichen Sorgfaltskriterien wichtig, wie sie z.B. von der Nationalen Ethikkommission der Schweiz formuliert wurden. (51)

In der vorliegenden Studie gaben 5 Patienten an, dass sie in ihrer derzeitigen Situation die Tötung auf Verlangen wählen würden. Weiterhin wählten 4 Patienten den ärztlich-assistierten Suizid und 14 würden sich für beide Optionen entscheiden. Ca. 17 % würden sich also in ihrer derzeitigen Verfassung für eine Möglichkeit der Sterbehilfe entscheiden, wobei generell 61,9 % der befragten Patienten und 81% der Allgemeinbevölkerung für eine Zulassung einer Sterbehilfeform sind. Vergleichend mit anderen Studien ist dieser Wert leicht erhöht. Wilson et al. fanden heraus, dass 12 % ihrer Grundgesamtheit sich für die Tötung auf Verlangen oder den ärztlich-assistierten Suizid entscheiden würden. (48) Auch Mystakidou et al. kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Sie gaben an, dass 8,3 % der Patienten einen signifikanten Wunsch nach einem vorzeitigen Tod hatten. Verglichen haben sie ihre Ergebnisse mit einer kanadischen Studie von Chochinov et al. (8,5 %) und einer amerikanischen Studie von Breitbart et al. (16 %). (52)

Unterschiedliche Meinungen bestehen jedoch dazu, ob Patienten eher die TAV oder den ÄAS für ihre eigene Lebensbeendigung wählen würden. In der vorliegenden Studie sind die Angaben der Patienten recht ausgeglichen, wobei generell nur wenige Patienten sich explizit für eine der beiden Optionen entschieden haben (5 Patienten für TAV; 4 Patienten für ÄAS). Hagens et al. untersuchten die Meinung von Ratsuchenden in Sachen Sterbehilfe aus den Niederlanden und fanden heraus, dass diese eher den ärztlich-assistierten Suizid wählen würden. (53) Widersprüchlich dazu gaben Jansky et al. an, dass sich Patienten eher für die Tötung auf Verlangen entscheiden würden. Dabei beziehen sie sich auf die Erfahrungen von Mitgliedern der DGP und aus Daten der Niederlande. (51) Grund für diese Diskrepanzen könnte sein, dass von Hagens et al. rein hypothetische Situationen besprochen wurden, im Vergleich dazu werteten Jansky et al. reale Daten und Erfahrungsberichte aus. Wilson et al. kamen ebenfalls zu der Meinung, dass Patienten in palliativmedizinischer Betreuung eher die Tötung auf Verlangen wählen würden. (51) Einen weiteren Erklärungsansatz brachte Brandon Attell hervor. Er untersuchte die Veränderungen der Einstellung zur Tötung auf Verlangen und dem ärztlich-assistierten Suizid von 1977 bis 2016 unter der amerikanischen Bevölkerung. Dabei stellte er fest, dass über die gesamten Studienjahre die Akzeptanz für die Tötung auf Verlangen höher ist im Vergleich zum Suizid und demnach auch zum ärztlich-assistierten Suizid. Zum einen könnte das soziale Stigma bezüglich des Suizides Grund dafür sein, aber auch der Gedanke, dass durch die Hilfe eines Mediziners der Tod herbeigeführt, als sicherer erachtet wird. (49) Doch entgegengesetzt zur Meinung der Patienten befürworten laut einer Studie Ärzte aus Australien, Belgien, Dänemark, Italien, Niederlanden, Schweden und der Schweiz eher den ÄAS als die TAV. (54) Daraus lässt sich erkennen, dass in der Arzt-Patient-Beziehung die endgültige Handlungsgewalt bezüglich der Gabe eines todbringenden Medikamentes eher beim Gegenüber toleriert wird.

Die bestmögliche Symptomkontrolle spielt eine wichtige Rolle in der palliativmedizinischen Behandlung. Um dieses Ziel ermöglichen zu können, muss die Betreuung schrittweise angepasst werden. Sobald die Behandlungsmöglichkeiten der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung überschritten wurden, sollte durch den schon angebundenen Hausarzt eine intensivere palliativmedizinische Beratung erfolgen. Darauf sollte die Einbindung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung folgen. Sobald auch hier das Versorgungslimit überschritten ist

und eine ausreichende Symptomkontrolle nicht mehr gewährleistet werden kann, sollte mit dem Patienten eine stationäre Behandlung im Sinne einer Aufnahme auf eine Palliativstation oder ins Hospiz besprochen werden. Eine vollumfassende Pflegeberatung ist essentiell für eine bestmögliche Behandlung. Dazu gehört auch die Beantragung von Pflegegraden. In der vorliegenden Studie geht hervor, dass 57,1 % der Patienten keinen Pflegegrad besitzen, sich aber in palliativmedizinischer Betreuung befinden. Aus der dargestellten Untersuchung geht weiterhin hervor, dass vor allem die männlichen Patienten die Tötung auf Verlangen und den ärztlich-assistierten Suizid als weniger notwendig ansehen, wenn die Behandlung ihnen alle Symptome genommen hätte. Weiterhin sind Patienten mit einem Karnofsky-Index von 40 signifikant häufig für die Zulassung von beiden Optionen der Sterbehilfe. Die Untersuchung von Scherrens et al. bestätigt die Annahme, dass ein schlechter Gesundheitsstatus die Wahrscheinlichkeit erhöht, sich für eine Möglichkeit der Lebensbeendigung zu entscheiden. (55) Doch laut Emanuel et al. sind die Schmerzen nicht immer die Hauptmotivation für einen ärztlich-assistierten Suizid. Häufig durchleben weniger als ein Drittel der Patienten Schmerzen, welche durch eine adäquate Schmerztherapie nicht zu kontrollieren sind. Verlust der Selbstbestimmung, der Würde und die Minderung der Lebensqualität sind die Hauptgründe, weswegen ein Patient sich für die Sterbehilfe entscheidet. (40) In der vorliegenden Untersuchung gaben 66,7 % der Patienten an, dass sie über eine Art der Lebensbeendigung nachdenken würden, wenn sich die körperliche Symptomatik verschlechtern würde. Auch die steigende Belastung der Angehörigen (42,3 %) sowie ein Verlust der Selbstständigkeit (41,3 %) empfanden die Befragten als wichtige Gründe, um ihre Entscheidung über eine Lebensbeendigung zu überdenken.

## **5.2 Weitere Ergebnisse mit Bezug zur Studienlage**

Die Untersuchung hat weitere Faktoren hervorgebracht, welche im Zusammenhang stehen, die Entscheidung für oder gegen die Tötung auf Verlangen und/oder den ärztlich-assistierten Suizid zu beeinflussen. Patienten, die stationär behandelt wurden, waren signifikant eher der Meinung, dass keine der beiden Optionen eine Möglichkeit für ihre derzeitige Situation darstellt. Im Krankenhaus gibt es mehr



Optionen für verschiedene Therapiebehandlungen zur Symptomkontrolle. Durch die bessere Kontrolle der Symptome sehen die Patienten weniger die Notwendigkeit der Sterbehilfe. Ebenfalls sind stationäre Patienten eher der Meinung, dass durch mitmenschliche Sterbebegleitung Schwerstkranken am Lebensende geholfen werden sollte. Durch die intensive Betreuung durch das Ärzteteam, speziell ausgebildetes Pflegepersonal, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten, Musiktherapeuten, Ergotherapeuten, Mitarbeiter der Krankenhausseelsorge und des Sozialdienstes ist eine individuelle Behandlung möglich. Das erklärt wahrscheinlich die Befürwortung der mitmenschlichen Sterbebegleitung.

Im Komplex Depression wurden zwei signifikante Zusammenhänge in Bezug auf die zentrale Fragestellung erfasst. Zum einen würden Patienten, die jemals über mehr als zwei Wochen fast täglich unter Gefühlen von Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit gelitten haben, signifikant häufiger derzeit eine der beiden Optionen der Sterbehilfe wählen. Wobei eine stärkere Tendenz in Richtung der Tötung auf Verlangen vorliegt. Castelli Dransart et al. sehen einen ähnlichen Zusammenhang. Patienten mit Depressionen sind doppelt so häufig dazu geneigt, sich den ärztlich-assistierten Suizid in zukünftigen Szenarien vorstellen zu können. Sobald jedoch die Depression adäquat behandelt wurde, sank dieser Wunsch sein Leben vorzeitig zu beenden. (56) In der Studie von Emanuel et al. wurden 988 amerikanische Palliativpatienten zweimal zu ihrer Meinung bezüglich der Tötung auf Verlangen und dem ärztlich-assistierten Suizid befragt. Über den Zeitraum zwischen der ersten und zweiten Befragung änderte ungefähr die Hälfte der Patienten ihre Meinung darüber, für sich selbst eine der beiden Optionen zu wählen. Wiederum überlegten andere Patienten, sich nun für eine der beiden Interventionen zu entscheiden. Emanuel et al. brachten diese Instabilität der Meinungsbildung mit depressiven Symptomen und auch Dyspnoe in Verbindung. Demnach müssen Ärzte, die eine Anfrage bezüglich Suizidbeihilfe erhalten, wohlüberlegt handeln und dies nicht als feststehende Meinung ansehen. Vielmehr sollten sie eine Instabilität zur Kenntnis nehmen und mit dem jeweiligen Patienten ins Gespräch gehen, um Anzeichen einer Depression oder Anhaltspunkte für Dyspnoe zu erkennen. Weiterhin verdeutlicht diese Sprunghaftigkeit die Bedeutung der Einhaltung der Wartezeit zwischen einer Anfrage und Ausführung der Beihilfe. (57)

Zusätzlich sind Patienten, die auch in den zwei Wochen vor der Befragung unter Interessensverlust, Müdigkeit oder Energielosigkeit litten, eher dazu geneigt

gewesen, auch vor einer palliativmedizinischen Behandlung den Wunsch zu haben, ihr Leben zu beenden. Diese Patienten gehören zu den Gruppen, die durch eine Einführung der Möglichkeiten der Sterbehilfe gefährdet sind. Im Komplex Angst zeigt sich ein ähnlicher signifikanter Zusammenhang. Patienten, die in den letzten Wochen oft durch Sorgen, Ängste und Gefühle von Anspannung belastet wurden, sind eher dazu geneigt in ihrer derzeitigen Situation eine der beiden Optionen der Sterbehilfe zu beenden. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass auch Menschen mit Angst- und Zwangsstörungen sich eventuell zu früh und aus den falschen Gründen für die Sterbehilfe entscheiden könnten. Auch Roesinger et al. kamen zu diesem Schluss. In ihrer Studie hatten die Befürworter der Suizidbeihilfe häufiger Ängste vor dem Prozess des Sterbens. (50)

Patienten, die schon einmal den Wunsch hatten, ihr Leben vor der palliativmedizinischen Behandlung zu beenden, sind signifikant häufig dazu geneigt, die Zulassung der TAV und des ÄAS zu befürworten. In diesen Fällen ist es besonders wichtig, die Beweggründe und Ursachen des Sterbewunsches zu eruieren und mithilfe einer palliativmedizinischen Behandlung alle Optionen der Symptomkontrolle und Verbesserung der Lebensqualität auszuschöpfen. (58)

Patienten, welche die Begriffe Tötung auf Verlangen und ärztlich-assistierten Suizid voll umfassend erklären konnten, sind auch häufiger der Meinung, dass die beiden Formen der Sterbehilfe in Deutschland zugelassen werden sollen. Die richtige Erklärung lässt z.B. einen höheren Bildungsstand oder eine intensivere Beschäftigung mit dem Thema vermuten. Daraus könnte man die These aufstellen, dass vor allem Patienten mit einem höheren Bildungsstand für eine Liberalisierung der Sterbehilfe sind. Brandon Attell fand heraus, dass sich mit steigender Bildung die Zustimmung zur TAV und dem ÄAS signifikant erhöht. (49)

Canada ist ein gutes Beispiel, welches zum Vergleich zur aktuellen Lage in Deutschland herangezogen werden kann. Am 06.02.2015 hat der kanadische Supreme Court beschlossen, dass die bisherigen Regelungen zum Verbot vom ärztlich-assistierten Suizid gegen das verfassungsmäßige Recht auf ÄAS verstoßen. (59) Am 17.06.2016 einigten sich der Senat und das kanadische House of Commons und verabschiedeten „Bill C-14“, welches die Voraussetzungen der Bereitstellung der Tötung auf Verlangen und dem ärztlich-assistierten Suizides darlegt. (60) Ein vergleichbares Beispiel stellt nun auch Deutschland dar.

Argumente für die Einführung einer staatlich geregelten Möglichkeit zur Tötung auf Verlangen und/oder dem ärztlich-assistierten Suizid ist unter anderem die Stärkung der Patientenautonomie. Diese spielt in Anbetracht der Geschichte von Nachkriegsdeutschland eine wichtige Rolle. Als Folge der medizinischen Experimente und der Praxis von Euthanasie, durchgeführt von den Nationalsozialisten, wurden die Patientenrechte durch den Nürnberger Kodex 1947 gestärkt. Dadurch galt jedoch das Thema Sterbehilfe jahrelang als Tabuthema, um Patienten mit eingeschränkter Möglichkeit zur Selbstbestimmung zu schützen. (61) (62)

Dabei ist es wichtig, die Patienten über ihre derzeit vorhandenen Möglichkeiten aufzuklären. Eine dieser Möglichkeiten stellt die passive Sterbehilfe dar, die in Deutschland zugelassen ist. Diese beschreibt den Verzicht oder den Abbruch von lebensverlängernden Maßnahmen, wobei die palliative Betreuung dies mit einschließen kann. Nur 26,1 % der 134 Befragten gaben an, den Begriff zu kennen und lediglich 6,7 % (n = 9) der Patienten konnten den Begriff voll umfassend erklären. Jedoch hatten 88,1 % eine oder mehrere Möglichkeiten gewählt, um für ihren Tod vorzusorgen. Patientenverfügungen beinhalten dagegen häufig Aussagen über eine passive Sterbehilfe. Viele Patienten wissen demnach zu wenig über ihre zukünftigen Möglichkeiten. Daher sollte die Aufklärung der Patienten durch speziell ausgebildetes Personal weiter ausgebaut und die zurzeit bestehenden rechtlichen Regelungen vollumfassend dargestellt werden. Insgesamt gibt es aber eine positive Tendenz bezüglich des Vorhandenseins einer Patientenverfügung. So erfasste das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung 2007 noch knapp 10 % an Personen mit einer Patientenverfügung. 2015 waren es dann schon 35 %. (63) So ist es nun möglich, im Rahmen einer gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase ein individuell zugeschnittenes Beratungsangebot zu erstellen. Dabei wird mit dem Patienten über seine Vorstellung zu medizinisch-pflegerischen Abläufen, die Intensität von medizinischen Interventionen sowie palliativmedizinische Behandlungen gesprochen und dafür ein Konzept erstellt. Dies beinhaltet ebenfalls die Aufklärung bezüglich einer Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsvollmacht. Damit soll dem Patienten die Angst vor fehlender psychosozialer Unterstützung am Lebensende genommen werden. (64)

Es liegen kaum Studien zum Vergleich des Kenntnisstandes der Patienten bezüglich der Begrifflichkeiten vor. Lediglich Untersuchungen, die das vorhandene Wissen von

z.B. Medizinstudenten oder palliativmedizinischen Personal betrachten, bestehen. Insgesamt ist das Wissen der Befragten als mäßig einzuschätzen. Lediglich 33 % konnten den Begriff Tötung auf Verlangen erklären, wobei vor allem die jüngeren Patienten signifikant häufig den Begriff richtig erläutern. 20 % konnten den ärztlich-assistierten Suizid, 7 % die passive Sterbehilfe und 16 % den Begriff Palliativmedizin voll umfassend erklären. Diese Daten bestätigen ein weiteres Mal die Notwendigkeit eines Ausbaues der Aufklärung.

Ein weiteres Argument gegen die Legalisierung ist der moralisch-ethische Konflikt bezüglich des hippokratischen Eides. Auch wenn der hippokratische Eid nicht nach der Approbation verpflichtend geleistet werden muss, gilt er dennoch als eine medizinethische Richtlinie. Er legt folgenden Satz dar: „Ich werde niemandem, auch auf eine Bitte nicht, ein tödlich wirkendes Gift geben und auch keinen Rat dazu erteilen“. (65) (66) Hier bedarf es vermutlich einer Überarbeitung und Anpassung des Eides. Hetzler et al. untersuchten die Meinungen von Ärzten aus den USA zum ärztlich-assistierten Suizid. Rund 42 % waren der Meinung, dass der ÄAS nicht in ihrem Bundesstaat zugelassen werden sollte. Viele begründeten ihre Meinung mit dem hippokratischen Eid und dass Ärzte Patienten kein Leid zufügen dürfen. (67)

Die Befürchtungen vor den Folgen einer Zulassung wurden in vielen Studien dargestellt. Zum einen befürchten viele ältere Patienten aber auch die Allgemeinbevölkerung die Entstehung der schiefen Ebene. Dieser Ausdruck beschreibt den möglichen Anstieg von ärztlich-assistierten Suizid und/oder der Tötung auf Verlangen bei Personen, welche keinen ausdrücklichen Wunsch der Lebensbeendigung geäußert haben. (40) In der Untersuchung von Roesinger et al. gaben 41,3 % an, dass sie befürchten, dass Schwerstkranke im Folge einer Legalisierung sich zu der Inanspruchnahme gedrängt fühlen und vorzeitig ihr Leben beenden. (50) Die Umfrage unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, durchgeführt von Jansky et al., zeigte eine noch stärkere Tendenz. Dabei waren 73,6 % der Meinung, dass sich bei einer Enttabuisierung des ärztlich-assistierten Suizides Menschen eher für diese Möglichkeit entscheiden, um selbst keine Belastung mehr für die Familie und Gesellschaft darzustellen. Weiterhin glaubte aber eine ähnliche Mehrheit daran, dass durch die Enttabuisierung mehr Patienten mit ihrem Arzt über eventuell vorhandene Sterbewünsche reden würden. (51)

Letztendlich ist die Entscheidung, die Suizidbeihilfe zu legalisieren, mit vielen Folgen und Bedenken verbunden, auch wenn die Mehrheit der Palliativpatienten dieser Möglichkeit der Lebensbeendigung zustimmt. Es ist weiterhin notwendig, die Palliativmedizin auszubauen, um eine flächendeckende vollumfassende Versorgung von schwerstkranken Patienten zu gewährleisten. Zusätzlich muss es mehr speziell ausgebildetes Fachpersonal geben, um die psychosozialen, spirituellen und körperlichen Beschwerden der Patienten weitestgehend lindern zu können. Die Einführung der Suizidbeihilfe ist keine einfache Lösung für die Sorgen der Palliativpatienten. Wenn jemand einen Sterbewunsch äußert, muss mit ihm ins offene Gespräch gegangen werden, um seine Intentionen dahinter zu verstehen. Oftmals ist das bloße Gespräch eine Erleichterung und es kann erkannt werden, dass jemand sich z.B. als Last sieht. Um diese Sorgen zu mindern, muss es einen Wandel im gesellschaftlichen Denken geben. Zusätzlich muss sich die Ausbildung der Ärzte, Ärztinnen und Pflegekräfte mehr auf die Palliativmedizin und den Umgang mit schwerstkranken Patienten ausrichten. Die Fortführung einer intensiven medizinischen Betreuung darf nicht als finanzieller Ballast gesehen werden, der mithilfe einer schnellen Lebensbeendigung abgebaut wird. Vielmehr muss der Palliativpatient als ganzheitliche Einheit mit sowohl psychosozialen, spirituellen und körperlichen Beschwerden gesehen werden.

### **5.3 Studienkritik**

Die Limitationen der Studiendurchführung waren die relativ geringe Anzahl an Studienteilnehmer und insbesondere die niedrige Zahl der ambulant behandelten Patienten im Vergleich zu den stationären Fällen. Dies ist der Begrenzung der Befragung auf die Stadt Greifswald, der geringen Studienteilnahme und dem Mindestaufenthalt in den Institutionen vor der Befragung geschuldet. Die ausschließliche Erhebung in Greifswald erfolgte aus ökonomischen und untersuchungspraktischen Gründen. Voltz et al. und Gysels et al. stellen ebenso eine geringe Studienteilnahme bei palliativmedizinischen Patienten fest. Sie beobachteten einen Zusammenhang zwischen eingeschränkten emotionalen und körperlichen Ressourcen und einer geringeren Zustimmung zur Studienteilnahme. (68) (69) Vor allem im ambulanten Bereich gab es eine hohe Ablehnungsquote. Die Vorauswahl

erfolgte durch die Koordinatorin und die Pflegekräfte der SAPV Greifswald. Auch waren im Vergleich zu den Patienten im Krankenhaus, die sich eher über eine Ablenkung gefreut haben, weniger Patienten in ihrer gewohnten Umgebung motiviert, sich für die Befragung Zeit zu nehmen. Ein weiterer Grund für die geringe Anzahl von ambulanten Patienten ist der relativ lange Zeitraum (eine Woche) zwischen Aufnahme durch das SAPV-Team und dem Befragungszeitpunkt. Dieser wurde gewählt um den Patienten Zeit für die Eingewöhnung zu geben. Häufig schritt aber in dieser Zeit die Krankheit voran und der Allgemeinzustand des Patienten verschlechterte sich, wodurch eine Befragung nicht mehr möglich war. Durch die lokale Befragung und die relativ geringe Teilnehmerquote ist die Verallgemeinerung der Ergebnisse der dargestellten Studie nicht gegeben. Dabei ist vor allem die Diskrepanz zwischen der Anzahl der stationären und ambulanten Patienten zu beachten. Gleichwohl ist eine Tendenz erkennbar.

Weiterhin lässt sich vermuten, dass vor allem Patienten, die generell positiv und offen dem Thema Sterbehilfe gegenüberstehen, sich bereit erklärt haben an der Studie teilzunehmen. Deshalb wäre es möglich, dass die Ergebnisse dahingehend verfälscht wurden, dass die Zustimmung zur Legalisierung der Sterbehilfe höher ausfiel als erwartet. Dadurch entsteht ein Selektionsbias, der bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden muss.

Probleme, die während der Durchführung der Befragung auftraten, waren die Länge des Interviews und die Komplexität einzelner Fragen. Die Länge betrug häufig eine Stunde oder länger, wodurch meist kleinere Pausen eingelegt werden mussten. Am schwierigsten stellten sich die Fragen zu den Symptomen heraus. Viele Patienten waren mit der numerischen Rating-Skala überfordert und konnten einzelne Symptome gar nicht so genau differenzieren.

## 6. Zusammenfassung

Die internationale Diskussion rund um das Thema Sterbehilfe hält weiter an. Mit der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes, dass der § 217 StGB gegen das Grundgesetz verstößt, wurde die Debatte in Deutschland weiter vorangetrieben. Vor allem bezeugt jedoch die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes, dass die Sicht des Staates neutral bis sogar positiv gegenüber der Sterbehilfe ist. Denn mit der Gesetzesänderung ist es Sterbehilfeorganisationen in Deutschland nun wieder gestattet zu agieren. Es müssen nun weitere Richtlinien und Vorgaben bezüglich der Suizidhilfe ausgearbeitet werden, um einen Schutz der Patienten zu gewährleisten. Dies hat weiterhin oberste Priorität, auch wenn über lange Sicht die Autonomie des Patienten und das Recht auf Selbstbestimmung weiterhin steigen werden.

In der vorliegenden Studie wurde die differenzierte Meinung von 134 Greifswalder Patienten mithilfe eines zuvor erstellten Fragebogens zum Thema Sterbehilfe erfasst. Sowohl ambulante als auch stationäre Patienten in palliativmedizinischer Betreuung äußerten sich mehrheitlich positiv gegenüber einer Legalisierung einer Suizidbeihilfe (61,9 %). Die Gesetzesänderung entspricht somit weitestgehend der Meinung der Patienten aus der vorliegenden Studie. Jedoch muss man berücksichtigen, dass zwar die meisten Patienten eine generelle Legalisierung der Sterbehilfe befürworten, sie für sich selber doch nur in geringem Ausmaße wählen würden. Dies bezeugt den Wunsch nach einer selbstbestimmten Lebensbeendigung, zeigt aber auch, dass viele diesbezüglich unsicher sind. Um dieses Gefühl einer gewissen Hilflosigkeit zu nehmen, muss die gesamte Arbeit der Palliativmedizin ausgebaut werden. Es bedarf umfangreicher Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowohl beim medizinischen Fachpersonal als auch in der Aufklärung der Bevölkerung. Eine vollumfassende medizinische, psychologische, soziale und spirituelle Betreuung der Patienten soll die Lebensqualität am Lebensende höchstmöglich steigern. Dabei bedarf es auch einer ausführlichen Darstellung des Wesens der Palliativmedizin bei Patienten als auch bei deren Angehörigen.

Die Untersuchung zeigte aber auch, dass immer noch große Lücken bezüglich der Meinung und auch der Kenntnis von Palliativpatienten zum Thema Sterbehilfe bestehen. Vor allem hinsichtlich der Definitionen und der rechtlichen Lage herrscht große Unkenntnis. Es ist eine Pflicht, weitere Studien zu dem Thema durchzuführen,

um neue und genauere Erkenntnisse bezüglich des Themas der Sterbehilfe zu sammeln. Dies fordert aber auch den stetigen Ausbau der palliativmedizinischen Versorgung, um diese Aufklärung zu gewährleisten. Dadurch wird sichergestellt, dass ein Großteil der Patienten über bereits bestehende Möglichkeiten der Verbesserung der Lebensqualität informiert wird und Alternativen für eine vorzeitige Lebensbeendigung erarbeitet werden. Dabei muss ein besonderer Wert auf die Definitionen und Umsetzung der Sterbehilfearten gelegt werden, denn viele Patienten mit Sterbewunsch ist die Differenzierung nicht bekannt. Dies schließt die intensive Auseinandersetzung mit der Aufsetzung einer Vorsorgevollmacht und einer Patientenverfügung mit ein. Hierbei kann auf individuelle Patientenwünsche am Lebensende eingegangen und schon rechtzeitig eine entsprechende Betreuung ausgearbeitet werden.

Weiterhin wurden Faktoren erschlossen, welche die Entscheidung zur Lebensbeendigung beeinflussen. Zum Beispiel wirken depressive Symptome auf die Entscheidung für eine Suizidbeihilfe fördernd ein. Patienten mit Depressionen bzw. depressiven Verstimmungen haben demnach häufiger den Wunsch, ihr Leben aufgrund einer terminalen Krankheit zu beenden. Doch statt die Suizidbeihilfe weiter zu normalisieren, sollte es zunächst einen Ausbau der Diagnostik und Therapie dieser Erkrankung geben. So muss auch das Personal, welches einen intensiven Umgang mit Palliativpatienten führt, besonders auf die Erkennung von akuten und chronischen Depressionen/depressiven Verstimmungen geschult werden. Das gleiche gilt für Patienten mit Angststörungen. Die vorliegende Arbeit zeigt die Abnahme von depressiven Verstimmungen und Panikattacken während einer palliativmedizinischen Behandlung. Dort muss weiter angesetzt werden, um Depressionen und Angststörungen zu erkennen und interdisziplinär diese Erkrankungen zu behandeln. Es benötigt einen intensiven Kontakt zwischen Personal und Patienten, um die genauen Intentionen des Sterbewunsches zu ergründen. Daraus ergibt sich die Möglichkeit einer adäquaten Behandlung und Zusammenarbeit. Demnach wird sich die Anzahl von Patienten, die einen konkreten Wunsch der Suizidbeihilfe äußern, möglicherweise verringern. Der genaue Umgang mit Patienten, die trotz ausgeschöpfter Betreuung noch einen Sterbewunsch äußern, muss nach der Gesetzesänderung nun ausgearbeitet werden, um Möglichkeiten einer angemessenen Suizidbeihilfe zu gewährleisten.



## Literatur

1. Duden [Stand: 24.02.2020]. Verfügbar unter: <https://www.duden.de/node/155290/revision/155326>.
2. Sabatowski, Radbruch, Nauck, Roß, Zernikow. Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin Deutschland; 2005 [Stand: 07.01.2020]. Verfügbar unter: [http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Was\\_ist\\_Palliativmedizin\\_Definitionen\\_Radbruch\\_Nauck\\_Sabatowski.pdf](http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Was_ist_Palliativmedizin_Definitionen_Radbruch_Nauck_Sabatowski.pdf).
3. Husebø S, Mathis G, Hrsg. Palliativmedizin. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2017 [Stand: 11.11.2020].
4. Martina Kern GG. Grundlagen Palliative Care - fachliche Kompetenz 2006 [Stand: 10.01.2020]. Verfügbar unter: <https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/fachkompetenz/Sektion%20Pflege%2060808%20PCLLL%20Grundlagen%201%20FachKomp.pdf>.
5. DHPV und Deutscher Kinderhospizverein. Zahlen und Fakten; 2019 [Stand: 10.01.2020]. Verfügbar unter: [https://www.dhvp.de/service\\_zahlen-fakten.html](https://www.dhvp.de/service_zahlen-fakten.html).
6. Statistisches Bundesamt. Zahl der Todesfälle im Jahr 2017 um 2,3 % gestiegen; 2020 [Stand: 24.02.2020]. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/todesfaelle.html>.
7. DGP. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) [Stand: 13.01.2020]. Verfügbar unter: <https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/sapv-sp.html>.
8. Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. Hospiz: ambulant vor stationär; 2020 [Stand: 20.08.2020]. Verfügbar unter: [https://www.dhvp.de/themen\\_hospize.html](https://www.dhvp.de/themen_hospize.html).
9. Oliver Tolmein LR. Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung: Balanceakt in der Palliativmedizin. Deutsches Ärzteblatt 2017; 114(7).
10. Deutsches Ärzteblatt. Sterbehilfe: BfArM lehnt Medikamentenabgabe ab, Ministerium unterläuft Urteil; 2018 [Stand: 12.01.2020]. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/97255/Sterbehilfe-BfArM-lehnt-Medikamentenabgabe-ab-Ministerium-unterlaeuft-Urteil>.
11. Bundesverfassungsgericht. Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung verfassungswidrig; 2020 [Stand: 20.03.2020]. Verfügbar unter:

<https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2020/bvg20-012.html>.

12. Dr. iur. utr. Carsten Schütz, Dr. med. Thomas Sitte. Sterbehilfe: Freiheitsrecht außer Rand und Band. MMW - Fortschritte der Medizin 2020; (8):S. 36 [Stand: 23.10.2020]. Verfügbar unter: <https://static-content.springer.com/pdf/art%3A10.1007%2Fs15006-020-0426-7.pdf?token=1603450247199--7a2edb4fbfcade317f4e11ea4d276a88c37e886545450e32efc87279a621c7ba7b046004f8322eb206478eda7f83d0dee78ddc6c878b03675f94ac763be9dc8e>.
13. Nationaler Ethikrat. Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende: Stellungnahme; 2006 [Stand: 04.03.2020]. Verfügbar unter: [https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/Archiv/Stellungnahme\\_Selbstbestimmung\\_und\\_Fuersorge\\_am\\_Lebensende.pdf](https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/Archiv/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fuersorge_am_Lebensende.pdf).
14. Nauck F, Ostgathe C, Radbruch L. Ärztlich assistierter Suizid: Hilfe beim Sterben – keine Hilfe zum Sterben. Dtsch Arztebl International 2014; 111(3):A-67-A-71.
15. Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J, Førde R, Gravgaard A-MB, Müller-Busch HC et al. Euthanasia and physician-assisted suicide: A view from an EAPC Ethics Task Force. Palliat Med 2003; 17(2):97-101; discussion 102-79. doi: 10.1191/0269216303pm673oa.
16. Woskanjan S. Hintergrund-Information / Sterbehilfe [Stand: 13.01.2020]. Verfügbar unter: [https://www.klinikum.uni-muenchen.de/Klinik-und-Poliklinik-fuer-Palliativmedizin/download/de/downloads/Hi\\_Sterbehilfe\\_\\_090630\\_.pdf](https://www.klinikum.uni-muenchen.de/Klinik-und-Poliklinik-fuer-Palliativmedizin/download/de/downloads/Hi_Sterbehilfe__090630_.pdf).
17. Radbruch L, Leget C, Bahr P, Müller-Busch C, Ellershaw J, Conno F de et al. Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. Palliat Med 2016; 30(2):104–16. doi: 10.1177/0269216315616524.
18. Radbruch L, Payne S. Standards und Richtlinien für Hospiz- und Palliativversorgung in Europa: Teil 1. Palliativmedizin 2011; 12(05):216–27. doi: 10.1055/s-0031-1276909.
19. Lima L de, Woodruff R, Pettus K, Downing J, Buitrago R, Munyoro E et al. International Association for Hospice and Palliative Care Position Statement:

- Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. *Journal of Palliative Medicine* 2017; 20(1):8–14. doi: 10.1089/jpm.2016.0290.
20. Richter-Kuhlmann E. Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung: Mehr Licht für eine Grauzone. *Dtsch Arztebl International* 2017; 114(7):A-300.
  21. DIGNITAS. "DIGNITAS - Menschenwürdig leben - Menschenwürdig sterben" [Stand: 13.01.2020]. Verfügbar unter: <http://www.dignitas.ch/>.
  22. Bundesärztekammer. Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB): Hinweise und Erläuterungen für die ärztliche Praxis. *Deutsches Ärzteblatt*; 114(7):A334-A336.
  23. Dr. med. Matthias Thöns, RA Wolfgang Putz. Verfassungsrichter stärken Selbstbestimmung Wer sterben will, dem dürfen Ärzte helfen 2020; (5):S. 29 [Stand: 23.10.2020]. Verfügbar unter: <https://static-content.springer.com/pdf/art%3A10.1007%2Fs15006-020-0251-z.pdf?token=1603454531378--3e562a978e95e3ec04a699fd95f421714c4581a0b78eff3ec4b9b12a2c2e855c699e875f6c2a00ade10406ab25d3073d7715683fbb0d28daef55636909eaa4d5>.
  24. (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. *Dtsch Arztebl International* 2019; 116(5):230 [Stand: 23.10.2020]. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=205080>.
  25. Berufsordnung der Ärztekammer Berlin. In: *Amtsblatt Berlin*. S. 27 [Stand: 26.10.2020]. Verfügbar unter: [https://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/30\\_Berufsrecht/06\\_Rechtsgrundlagen/30\\_Berufsrecht/Berufsordnung.pdf](https://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/30_Berufsrecht/06_Rechtsgrundlagen/30_Berufsrecht/Berufsordnung.pdf).
  26. Berufsordnung. In: *Ärzteblatt Baden-Württemberg*. S. 259 [Stand: 26.10.2020]. Verfügbar unter: <https://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/40merkblaetter/20recht/05kammerrecht/bo.pdf>.
  27. Berufsordnung für die Ärzte Bayerns. In: *Bayerisches Ärzteblatt*. S. 694 [Stand: 26.10.2020]. Verfügbar unter: <https://api.blaek.de/content/13-kammerrecht/2-c9h9iyvzo71531985574ivslrzyln3293/2-kvbog6zsf1574957510yrwwkqbjmo191/berufsordnung-fuer-die-aerzte-bayerns-bekanntmachung-vom-09-januar-2012-in-der-fassung-der-aenderungsbeschluesse-vom-13-10-2019.pdf>.

28. Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern. In: Amtsblatt M-V/AAz 2005, S. 917. S. 83 ff. [Stand: 26.10.2020]. Verfügbar unter: <https://www.aek-mv.de/upload/file/konsolidierte%20Fassung%20BO.pdf>.
29. Statistisches Bundesamt. Bundesländer mit Hauptstädten nach Fläche, Bevölkerung und Bevölkerungsdichte am 31.12.2018; 2018 [Stand: 28.01.2020]. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/02-bundeslaender.html>.
30. Radbruch L, Andersohn F, Walker J. Palliativversorgung: Überversorgung kurativ – Unterversorgung palliativ? Analyse ausgewählter Behandlungen am Lebensende.
31. Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV); 2020 [Stand: 21.08.2020]. Verfügbar unter: <https://www.kvmv.de/mitglieder/qualitaetssicherung/sapv/>.
32. Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung Deutschland. Übersicht zum aktuellen Stand der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland [Stand: 28.01.2020]. Verfügbar unter: [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/%C3%9Cbersicht\\_zum\\_aktuelle\\_n\\_Stand\\_der\\_Hospiz\\_08-2015\\_wegweiser.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/%C3%9Cbersicht_zum_aktuelle_n_Stand_der_Hospiz_08-2015_wegweiser.pdf).
33. Saunders C, Holder-Franz M. Sterben und Leben: Spiritualität in der Palliative Care. Zürich: TVZ Theol. Verl.; 2009 [Stand: 09.11.2020].
34. Universitätsmedizin Greifswald Klinik und Poliklinik für Innere Medizin C. Palliativstation [Stand: 29.01.2020]. Verfügbar unter: <http://www2.medizin.uni-greifswald.de/InnereC/klinik/palliativstation/>.
35. Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften. Sterbehilfe - gesetzliche Regelungen; 2020 [Stand: 16.01.2020]. Verfügbar unter: <http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe/rechtliche-regelungen>.
36. Patientenverfügung.digital. Sterbehilfe im Ausland: In diesen 4 Ländern ist Sterbehilfe erlaubt; 2020 [Stand: 24.02.2020]. Verfügbar unter: <https://www.patientenverfuegung.digital/blog/sterbehilfe-im-ausland>.
37. Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften. Die Gesetzeslage zur Sterbehilfe in Belgien: "Loi relative à l'euthanasie"; 2020

[Stand: 25.02.2020]. Verfügbar unter: <http://www.drze.de/im-blickpunkt/sterbehilfe/module/belgien-loi-relatif-a-leuthanasie>.

38. Güell E, Ramos A, Zertuche T, Pascual A. Verbalized desire for death or euthanasia in advanced cancer patients receiving palliative care. *Palliat Support Care* 2015; 13(2):295–303. doi: 10.1017/S1478951514000121.
39. Hizo-Abes P, Siegel L, Schreier G. Exploring attitudes toward physician-assisted death in patients with life-limiting illnesses with varying experiences of palliative care: A pilot study. *BMC Palliat Care* 2018; 17(1):56. doi: 10.1186/s12904-018-0304-6.
40. Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA* 2016; 316(1):79–90. doi: 10.1001/jama.2016.8499.
41. YouGov. Sterben lassen sollte erlaubt sein [Stand: 04.03.2020]. Verfügbar unter: <https://yougov.de/news/2019/07/08/sterben-lassen-sollte-erlaubt-sein/>.
42. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 1982; 5(6):649–55.
43. Hemmerich W. Cramer's V; 2019 [Stand: 04.03.2020]. Verfügbar unter: <https://statistikguru.de/lexikon/cramers-v.html>.
44. Deutscher Ärzteverlag GmbH, Redaktion Deutsches Ärzteblatt. Bundesverfassungsgericht erklärt Sterbehilfeparagrafen für nichtig; 2020 [Stand: 24.03.2020]. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=17&typ=1&nid=109605&s=f%F6rderung&s=gesch%E4ftsm%E4%DfIge>.
45. Deutscher Ärzteverlag GmbH, Redaktion Deutsches Ärzteblatt. Gekipptes Sterbehilfeverbot löst heftige Reaktionen aus; 2020 [Stand: 24.03.2020]. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/109662/Gekipptes-Sterbehilfeverbot-loest-heftige-Reaktionen-aus#comments>.
46. Bruns F, Blumenthal S, Hohendorf G. Organisierte Suizidbeihilfe in Deutschland: Medizinische Diagnosen und persönliche Motive von 117 Suizidenten. *Dtsch Med Wochenschr* 2016; 141(4):e32-7. doi: 10.1055/s-0041-111182.

47. infratest dimap. Mehrheit befürwortet ärztliche Sterbehilfe; 2020 [Stand: 26.10.2020]. Verfügbar unter: <https://www.infratest-dimap.de/umfragen-analysen/bundesweit/umfragen/aktuell/sterbehilfe/>.
48. Wilson KG, Scott JF, Graham ID, Kozak JF, Chater S, Viola RA et al. Attitudes of terminally ill patients toward euthanasia and physician-assisted suicide. *Arch Intern Med* 2000; 160(16):2454–60. doi: 10.1001/archinte.160.16.2454.
49. Attell BK. Changing Attitudes Toward Euthanasia and Suicide for Terminally Ill Persons, 1977 to 2016: An Age-Period-Cohort Analysis. *Omega (Westport)* 2020; 80(3):355–79. doi: 10.1177/0030222817729612.
50. Roesinger M, Prudlik L, Pauli S, Hendlmeier I, Noyon A, Schäufele M. Einflussfaktoren auf die Positionierung gegenüber Sterbehilfe: Ergebnisse einer repräsentativen Studie in der Altenbevölkerung. *Z Gerontol Geriatr* 2018; 51(2):222–30. doi: 10.1007/s00391-016-1159-1.
51. Jansky M, Jaspers B, Radbruch L, Nauck F. Einstellungen zu und Erfahrungen mit ärztlich assistiertem Suizid: Eine Umfrage unter Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2017; 60(1):89–98. doi: 10.1007/s00103-016-2476-7.
52. Mystakidou K, Rosenfeld B, Parpa E, Katsouda E, Tsilika E, Galanos A et al. Desire for death near the end of life: The role of depression, anxiety and pain. *General Hospital Psychiatry* 2005; 27(4):258–62. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2005.02.004.
53. Hagens M, Snijdewind MC, Evenblij K, Onwuteaka-Philipsen BD, Pasman HRW. Experiences with counselling to people who wish to be able to self-determine the timing and manner of one's own end of life: A qualitative in-depth interview study. *Journal of Medical Ethics* 2019. doi: 10.1136/medethics-2019-105564.
54. Löfmark R, Nilstun T, Cartwright C, Fischer S, van der Heide A, Mortier F et al. Physicians' experiences with end-of-life decision-making: Survey in 6 European countries and Australia. *BMC Med* 2008; 6:4. doi: 10.1186/1741-7015-6-4.
55. Scherrens A-L, Roelands M, van den Block L, Deforche B, Deliens L, Cohen J. What influences intentions to request physician-assisted euthanasia or continuous deep sedation? *Death Stud* 2018; 42(8):491–7. doi: 10.1080/07481187.2017.1386734.

56. Castelli Dransart DA, Lapierre S, Erlangsen A, Canetto SS, Heisel M, Draper B et al. A systematic review of older adults' request for or attitude toward euthanasia or assisted-suicide. *Aging Ment Health* 2019;1–11. doi: 10.1080/13607863.2019.1697201.
57. Emanuel EJ, Fairclough DL, Emanuel LL. Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers. *JAMA* 2000; 284(19):2460–8. doi: 10.1001/jama.284.19.2460.
58. DGP. BGH Urteile vom 3. Juli 2019 - 5 StR 132/18 und 5 StR 393/18 Freisprüche in zwei Fällen ärztlich assistierter Selbsttötungen bestätigt; 2019 [Stand: 16.01.2020]. Verfügbar unter: <https://www.dgpalliativmedizin.de/category/169-pressemitteilung-2019.html>.
59. Browne A, Russell JS. Physician-Assisted Death in Canada. *Camb Q Healthc Ethics* 2016; 25(3):377–83 [Stand: 21.04.2020]. Verfügbar unter: [https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/D0098A2770E9DF1F6069F149640D867D/S0963180116000025a.pdf/physicianassisted\\_death\\_in\\_canada.pdf](https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/D0098A2770E9DF1F6069F149640D867D/S0963180116000025a.pdf/physicianassisted_death_in_canada.pdf).
60. Nicol J, Tiedemann M. Legislative Summary of Bill C-14: An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying); 2018 [Stand: 21.04.2020]. Verfügbar unter: <https://lop.parl.ca/staticfiles/PublicWebsite/Home/ResearchPublications/LegislativeSummaries/PDF/42-1/c14-e.pdf>.
61. Horn R. The right to a self-determined death as expression of the right to freedom of personal development: The German Constitutional Court takes a clear stand on assisted suicide. *Journal of Medical Ethics* 2020. doi: 10.1136/medethics-2020-106197.
62. Robert Bublak. Patientenautonomie und ihre Grenzen. *Im Fokus Onkologie* 2012; (15):11–3.
63. Ahrens P-A, Wegner G. Die Angst vorm Sterben: Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage zur Sterbehilfe. Hannover; 2015 [Stand: 28.04.2020]. Verfügbar unter: [https://www.si-ekd.de/download/2014127941\\_Sterbehilfe\\_layout\\_web.pdf](https://www.si-ekd.de/download/2014127941_Sterbehilfe_layout_web.pdf).
64. GKV-Spitzenverband. Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase - GKV-Spitzenverband; 2020.000Z [Stand: 14.05.2020]. Verfügbar

unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hospiz\\_und\\_palliativversorgung/letzte\\_lebensphase/gesundheitsliche\\_versorgungsplanung.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/hospiz_und_palliativversorgung/letzte_lebensphase/gesundheitsliche_versorgungsplanung.jsp).

65. Der hippokratische Eid [Stand: 09.05.2020]. Verfügbar unter: <https://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/40merkblaetter/20recht/10gesetze/hippoeid.pdf>.
66. Sprung CL, Somerville MA, Radbruch L, Collet NS, Duttge G, Piva JP et al. Physician-Assisted Suicide and Euthanasia: Emerging Issues From a Global Perspective. *J Palliat Care* 2018; 33(4):197–203. doi: 10.1177/0825859718777325.
67. Hetzler PT, Nie J, Zhou A, Dugdale LS. A Report of Physicians' Beliefs about Physician-Assisted Suicide: A National Study. *Yale J Biol Med* 2019; 92(4):575–85.
68. Voltz R, Galushko M, Walisko J, Pfaff H, Nauck F, Radbruch L et al. End-of-life research on patients' attitudes in Germany: A feasibility study. *Support Care Cancer* 2010; 18(3):317–20. doi: 10.1007/s00520-009-0654-y.
69. Marjolein Gysels, Cathy Shipman, Irene J. Higginson. "I Will Do It If It Will Help Others:" Motivations Among Patients Taking Part in Qualitative Studies in Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management* 2008; 35(4):347–55 [Stand: 29.04.2020]. Verfügbar unter: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(07\)00745-2/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(07)00745-2/fulltext).



# Anhang

## Anhang 1: Patienteninformation und Einverständniserklärung



**Dr. Britta Buchhold**

Diplom-Psychologin  
Psychologische Psychotherapeutin,  
Psychoonkologin

Universitätsmedizin Greifswald  
Institut für Medizinische Psychologie  
Psychotherapeutischer Dienst  
Walther-Rathenau-Str. 46  
17487 Greifswald

Tel.: (03834) 86-5676 Fax: -5677  
Email: [buchhold@uni-greifswald.de](mailto:buchhold@uni-greifswald.de)



**OA Dr. med. Andreas Jülich**

FA für Anästhesiologie, Notfallmedizin und  
Palliativmedizin

Universitätsmedizin Greifswald  
Klinik für Innere Medizin C,  
Palliativmedizin  
Sauerbruchstraße  
17475 Greifswald

Tel.: (0 3834) 86-22988  
Email: [ajuelich@uni-greifswald.de](mailto:ajuelich@uni-greifswald.de)

***„Interview zur persönlichen Einstellung zur Sterbehilfe bei  
Menschen in palliativer Situation“***

**Patienteninformation und Einverständniserklärung**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit diesem Schreiben möchten wir Ihnen eine Untersuchung vorstellen, die zurzeit über die SAPV (Spezialisierte Ambulante Palliativ Versorgung) Vorpommern durchgeführt wird. Gleichzeitig bitten wir Sie um Ihre Mitarbeit. Diese Untersuchung erfolgt im Rahmen einer Doktorarbeit von Frau Laura Hamm, Medizinstudentin im dritten Studienjahr. Die Ergebnisse der Studie führen zu einem deutlichen Wissenszuwachs und kommen zukünftigen Patienten zugute.

Zu dem Thema Sterbehilfe gibt es bereits einige Studien, allerdings wurden kaum Patienten mit schwerer Krankheit in palliativer Situation befragt. Hier möchten wir eine Wissenslücke schließen.

Sie befinden sich aufgrund einer schweren Erkrankung aktuell in Behandlung und werden durch die SAPV Vorpommern betreut. Eventuell leiden Sie unter starken krankheitsbedingten Einschränkungen und Beschwerden, Sorgen, Ängsten oder gedrückter Stimmung. Gleichzeitig wünschen sich Menschen in Ihrer Situation auch zu Sachverhalten die Sie betreffen könnten gefragt und gehört zu werden, so unsere mehrjährige Erfahrung. Wir möchten Sie einmalig zu Ihrer Einstellung bezüglich den Themen Palliativmedizin und Sterbehilfe befragen.

**Bitte unterstützen Sie unsere Untersuchung.**



Wir bitten Sie zuzustimmen, dass wir Ihre Angaben pseudonymisiert in unserer Studie nutzen dürfen. Das heißt, dass Ihre Daten mit einer laufenden Nummer versehen werden, um im Falle eines Widerrufs Ihrerseits entsprechend gelöscht werden zu können. Ob Sie an der Untersuchung teilnehmen und sich mit der Verwendung Ihrer Angaben einverstanden erklären, ist Ihre freie Entscheidung. Sollten Sie Ihre Angaben nicht zur Verfügung stellen wollen, entstehen Ihnen dadurch keine Nachteile. Sie können also Ihre Zustimmung auch nachträglich jederzeit widerrufen und die Löschung Ihrer Daten verlangen.

### ***Was geschieht mit Ihren Angaben?***

Die Person, die Ihnen die Fragen stellt, notiert Ihre Antworten. Diese werden für die Studie wissenschaftlich bearbeitet, wobei Informationen, die Rückschlüsse auf Ihre Person ermöglichen würden nicht weitergegeben werden.

Letztendlich werden die **Ergebnisse in anonymisierter Form** dargestellt.

Ein Zugriff durch unbeteiligte Personen ist nicht möglich, eine Weitergabe von Personen-identifizierenden Daten an Dritte ist ausgeschlossen. Alle Mitarbeiter des Projektes unterliegen der Schweigepflicht.

### ***Warum benötigen wir Ihre Unterschrift?***

Dass der Schutz persönlicher Daten hohe Priorität genießt, ist auch unser Interesse. Unsere Arbeit kann nur Erfolg haben, wenn es uns gelingt Vertrauen herzustellen. Wir informieren Sie deshalb offen über diese Studie und über das, was mit Ihren Antworten geschieht. Mit der geleisteten Unterschrift geben Sie uns Ihre Erlaubnis, die Befragung wie beschrieben durchführen zu dürfen.

Greifswald, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Projektleiter



**Die Patienteninformation und ein Exemplar der Einverständniserklärung sind für Ihre Unterlagen bestimmt!**

**Einverständniserklärung der Studienteilnehmer**

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	

Ich erkläre mich bereit, an der Studie „**Interview zur persönlichen Einstellung zur Sterbehilfe bei Menschen in palliativer Situation**“ teilzunehmen. Ich stimme zu, die Fragen des Interviewers zu beantworten.

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass die im Rahmen der Studie erhobenen Daten in anonymisierter Form wissenschaftlich ausgewertet werden. Ein Zugriff auf meine Daten durch unbeteiligte Personen ist nicht möglich, eine Weitergabe von personenidentifizierenden Daten an Dritte ist ausgeschlossen. Alle Mitarbeiter des Projektes unterliegen der Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung oder Teile davon jederzeit und ohne Angaben von Gründen widerrufen kann und dass mir dadurch keinerlei Nachteile entstehen. Im Falle eines Widerrufs werden meine Daten nicht weiter verwendet und umgehend gelöscht. Ausgenommen sind lediglich Daten, die vor meinem Widerruf bereits in Datenauswertungen und Projektergebnisse eingegangen sind.

Ich hatte die Gelegenheit, alle mich bezüglich der Studie interessierenden Fragen zu stellen und habe alle Erklärungen verstanden. Gegenwärtig habe ich keine weiteren Fragen. Eine Teilnehmerinformation habe ich erhalten, die Adresse für die Widerspruchserklärung ist unten aufgeführt.

\_\_\_\_\_  
Greifswald, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Interviewer

**Kontaktpersonen:**

**OA Dr. med. Andreas Jülich**

FA für Anästhesiologie, Notfallmedizin und Palliativmedizin

Universitätsmedizin Greifswald  
Klinik für Innere Medizin C,  
Palliativmedizin  
Sauerbruchstraße  
17475 Greifswald

Tel.: (0 3834) 86-22988

Email: [ajuelich@uni-greifswald.de](mailto:ajuelich@uni-greifswald.de)

**Dr. Britta Buchhold**

Diplom-Psychologin, Psychologische  
Psychotherapeutin, Psychoonkologin

Universitätsmedizin Greifswald  
Institut für Medizinische Psychologie  
Psychotherapeutischer Dienst  
Walther-Rathenau-Str. 46  
17487 Greifswald

Tel.: (03834) 86-5676 Fax: -5677

Email: [buchhold@uni-greifswald.de](mailto:buchhold@uni-greifswald.de)



## Einverständniserklärung der Studienteilnehmer

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	

Ich erkläre mich bereit, an der Studie „**Interview zur persönlichen Einstellung zur Sterbehilfe bei Menschen in palliativer Situation**“ teilzunehmen. Ich stimme zu, die Fragen des Interviewers zu beantworten.

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass die im Rahmen der Studie erhobenen Daten in anonymisierter Form wissenschaftlich ausgewertet werden. Ein Zugriff auf meine Daten durch unbeteiligte Personen ist nicht möglich, eine Weitergabe von personenidentifizierenden Daten an Dritte ist ausgeschlossen. Alle Mitarbeiter des Projektes unterliegen der Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung oder Teile davon jederzeit und ohne Angaben von Gründen widerrufen kann und dass mir dadurch keinerlei Nachteile entstehen. Im Falle eines Widerrufs werden meine Daten nicht weiter verwendet und umgehend gelöscht. Ausgenommen sind lediglich Daten, die vor meinem Widerruf bereits in Datenauswertungen und Projektergebnisse eingegangen sind.

Ich hatte die Gelegenheit, alle mich bezüglich der Studie interessierenden Fragen zu stellen und habe alle Erklärungen verstanden. Gegenwärtig habe ich keine weiteren Fragen. Eine Teilnehmerinformation habe ich erhalten, die Adresse für die Widerspruchserklärung ist unten aufgeführt.

Greifswald, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Interviewer

### Kontaktpersonen:

#### OA Dr. med. Andreas Jülich

FA für Anästhesiologie, Notfallmedizin und Palliativmedizin

Universitätsmedizin Greifswald  
Klinik für Innere Medizin C,  
Palliativmedizin  
Sauerbruchstraße  
17475 Greifswald

Tel.: (0 3834) 86-22988

Email: [ajuelich@uni-greifswald.de](mailto:ajuelich@uni-greifswald.de)

#### Dr. Britta Buchhold

Diplom-Psychologin, Psychologische  
Psychotherapeutin, Psychoonkologin

Universitätsmedizin Greifswald  
Institut für Medizinische Psychologie  
Psychotherapeutischer Dienst  
Walther-Rathenau-Str. 46  
17487 Greifswald

Tel.: (03834) 86-5676 Fax: -5677

Email: [buchhold@uni-greifswald.de](mailto:buchhold@uni-greifswald.de)

**Bitte geben Sie diese Einverständniserklärung unterschrieben wieder ab.**



## Gesprächsleitfaden

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wie von (Person XY) bereits angekündigt, möchte ich mich mit Ihnen kurz zu Ihrer persönlichen und ehrlichen Meinung zum Thema „Sterbehilfe“ unterhalten. Grund dafür sind aktuelle politische Diskussionen zur Sterbehilfe.

Diese Bögen mit verschiedenen Fragen (Zettel zeigen) werden mir dabei als Gesprächsleitfaden dienen. Dieser Leitfaden ist wichtig um die Gespräche mit unterschiedlichen Patienten im Nachhinein vergleichbar zu machen. Die Auswertung der Fragen erfolgt anonym. Niemand weiß dann, wer welche Fragen wie beantwortet hat. Falls Sie einige Fragen akustisch oder inhaltlich nicht verstehen, bin ich gerne bereit Ihnen diese zu erklären.

Nr.	Gesprächseinführung	Ja	Nein	Viel- leicht	Wei- ß nicht							
1	Fühlen Sie sich über Ihre Erkrankung und Behandlung gut aufgeklärt?											
<b>I. Komplex körperliche Symptome</b>												
2	Litten Sie in den vergangenen 2 Wochen wiederholt oder dauerhaft unter:											
2a	Schmerzen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2b	Luftnot	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2c	Anderen körperlichen Symptomen, die Sie sehr belasteten? Welche:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2d	Haben Sie im Moment körperliche Beschwerden, die Sie stark beeinträchtigen?	Ja	Nein	Viel- leicht	Wei- ß nicht							
2e	Wie stark beeinträchtigt Sie Ihr derzeitig stärkstes Symptom? Welches Symptom ist dies?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>II. Komplex Depressionen/depressive Verstimmung</b>												
3	Haben Sie jemals über mehr als 2 Wochen fast täglich unter Gefühlen von Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit gelitten?											
3a	Litten Sie auch in den letzten 2 Wochen darunter?											
4	Litten Sie jemals über mehr als 2 Wochen fast täglich unter Interessenverlust, Müdigkeit oder Energielosigkeit?											
4a	Litten Sie auch in den letzten 2 Wochen darunter?											
<b>III. Komplex Angst</b>												
5	Gab es in Ihrem Leben schon einmal eine Zeitspanne von einem Monat oder länger, in der Sie sich oft oder meistens ängstlich, angespannt und voller ängstlicher Besorgnis gefühlt haben?											
5a	Wurden Sie während der letzten Wochen oft durch Sorgen, Ängste und Gefühle von Anspannung belastet?											
6	Hatten Sie schon einmal einen Angstanfall, manche nennen das auch Panikattacke oder Angstattacke, bei dem Sie ganz plötzlich von einem Gefühl starker Angst, Beklommenheit oder Unruhe überfallen wurden?											
6a	Hatten Sie in den letzten 2 Wochen solche Angstattacken?											



IV.	Komplex Allgemein	Ja	Nein	Viel- leicht	Weiß nicht
7	Gehören Sie einer Konfession an? Wenn ja, welche? _____ Wenn keine Konfession: Glauben Sie an etwas? Wenn ja, was?				
8	Hilft Ihnen Ihr Glaube in dieser Situation?				
9	Haben Sie sich jemals über Ihr Sterben Gedanken gemacht?				
10	Haben Sie für den Fall Ihres Todes vorgesorgt?				
10a	Wenn ja, wie? Angehörige über Wünsche informiert				
	Vorsorgevollmacht				
	Patientenverfügung				
	Sonstiges:				
11	Haben Sie Angst vor dem Prozess / dem Verlauf des Sterbens?				
11a	Wenn ja, wovor genau? Freitext:				
V.	Komplex Definitionen Sterbehilfe	Ja	Nein	Viel- leicht	Weiß nicht
12	Kennen Sie den Begriff aktive direkte Sterbehilfe oder Tötung auf Verlangen?				
12a	Bitte erklären Sie mir diesen:	Voll	Teils	Kaum	Weiß nicht
	<b>Erklärung:</b> Die <b>aktive Sterbehilfe</b> ist die gezielte Verabreichung eines tödlichen Medikamentes an einen schwerstkranken Menschen verübt durch den Arzt.				
13	Kennen Sie den Begriff ärztlich-assistierter Suizid oder Beihilfe zur Selbsttötung?	Ja	Nein	Viel- leicht	Weiß nicht
13a	Bitte erklären Sie mir diesen:	Voll	Teils	Kaum	Weiß nicht
	<b>Erklärung:</b> Bei der <b>Beihilfe zur Selbsttötung</b> wird ein todbringendes Medikament durch den Arzt bereitgestellt. Der Patient nimmt es jedoch selbstständig ein. Diese Vorgehensweise ist derzeit strittig.				
14	Kennen Sie den Begriff passive Sterbehilfe, welche Teil der palliativen Betreuung sein kann?	Ja	Nein	Viel- leicht	Weiß nicht
14a	Bitte erklären Sie mir diesen:	Voll	Teils	Kaum	Weiß nicht
	<b>Erklärung:</b> Die <b>passive Sterbehilfe</b> beschreibt den Verzicht oder den Abbruch von lebensverlängernden Maßnahmen. Die palliative Betreuung kann dies mit einschließen.				
15	Kennen Sie den Begriff Palliativmedizin?	Ja	Nein	Viel- leicht	Weiß nicht
15a	Bitte erklären Sie mir diesen:	Voll	Teils	Kaum	Weiß nicht
	<b>Erklärung:</b> <b>Palliativmedizin</b> ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von schwerstkranken Patienten mit einer begrenzten Lebenserwartung, bei denen die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychischen, sozialen und geistlichen Problemen im Vordergrund steht.				

VI.	Komplex Meinung zur Sterbehilfe	TAV	ÄAS	Keine	Weiß nicht
16	Sollte Ihrer Meinung nach TAV und / oder ÄAS <b>für alle Menschen</b> in der BRD zugelassen werden? Wenn ja, welche? (Mehrfachnennungen möglich)				
16a	TAV und ÄAS sollte <b>nur auf Extremfälle</b> also unheilbar Schwerstkranke beschränkt bleiben, deren Leiden nicht gemindert werden kann und nur in diesem Fall erlaubt sein.	Ja	Nein	Viel- leicht	Weiß nicht
17	Würden Sie für sich <b>in Ihrer</b> derzeitigen Situation TAV und / oder ÄAS wählen? Wenn ja, welche?	TAV	ÄAS	Keine	Weiß nicht
17a	Hatten Sie vor der palliativmedizinischen Behandlung den Wunsch Ihr Leben aufgrund der Beschwerden zu beenden?	Ja	Nein	Viel- leicht	Weiß nicht
17b	Was müsste passieren, dass Sie <b>für sich</b> über diese beiden Möglichkeiten der Lebensbeendigung (TAV, ÄAS) nachdenken würden?	Ja	Nein	Viel- leicht	Weiß nicht
	Verstärkte körperliche Symptomatik (starke)				
	Zunehmende Angst				
	Angehörigen nicht mehr belasten				
	Weniger soziale Unterstützung				
	Verlust der Selbstständigkeit				
	Weniger religiöse Festigung				
	Sonstiges:				
18	Wenn die interdisziplinäre Palliativmedizin ihnen alle belastenden Symptome genommen hat (nehmen wird), sehen sie noch eine Notwendigkeit für TAV oder ÄAS?	Ja	Nein	Viel- leicht	Weiß nicht
19	Wie sollte man unheilbar Schwerstkranken an Ihrem Lebensende helfen? (Mehrfachnennung möglich) Durch:				
	Mitmenschliche Sterbebegleitung				
	Medikamentöse Dämpfung von Schmerzen und Beruhigung des Schwerstkranken, wobei in Kauf genommen wird, dass der Patient durch diese Behandlung schneller stirbt, dies aber nicht beabsichtigt wird.				
	Indirekte Sterbehilfe, also der Abbruch oder Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen				
	Es sollte weder direkt, noch indirekt in den Sterbeprozess eingegriffen werden				
VII.	<b>Komplex zusätzliche Fragen</b>				
20	Was wünschen Sie sich für Ihr Lebensende (die letzten Wochen und Tage)?				
21	Wo möchten Sie sterben?				



22	Wenn Sie auf Ihr Leben zurückschauen und Bilanz ziehen: Gibt es etwas, worauf Sie stolz sind? Wenn ja, was ist das?
23	Würden Sie etwas anders machen, wenn Sie jünger wären und die Gelegenheit dazu hätten? Wenn ja, was wäre das?
24	Gibt es etwas, was Sie bereuen?
25	Was würden Sie jungen Menschen mit auf den Lebensweg geben bzw. Menschen, mitten im Leben stehen?

Dies war die letzte Frage. Ich möchte mich herzlichst für Ihre Teilnahme an diesem Gespräch zu diesem wichtigen Thema bedanken. Mit Ihrer Teilnahme haben Sie einen wichtigen Beitrag zur Debatte um das Thema „Sterbehilfe“ geleistet.

Vielen Dank!

**Anhang für Interviewer:**

Frage 2c:

**Schmerzintensität**

Schmerzen in Ruhe	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schmerzen bei Belastung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Gastrointestinale Beschwerden**

Appetitlosigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Durst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Übelkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Erbrechen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Verstopfung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Harninkontinenz	0	1									
Stuhlinkontinenz	0	1									

**Psychische Belastung**

Luftnot, Dyspnoe	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Unruhe	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Angstgefühl	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Depression	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
häusl. Überforderung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Erschöpfung**

Müdigkeit	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schwäche	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Einschlafstörungen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Durchschlafstörungen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Sonstige Symptome**

Schwitzen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Schwindel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## 7. Danksagung

Die vorliegende Dissertation wurde in der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin C Palliativmedizin unter der Leitung von Prof. Dr. Florian Heidel an der Universität Greifswald angefertigt.

Ich danke besonders Dr. Andreas Jülich und Dr. Britta Buchhold, für die Bereitstellung des spannenden und vielfältigen Themas. Sie haben mich auf dem Weg stets begleitet und bestmöglich unterstützt. Sie hatten jederzeit ein offenes Ohr für mich und haben meine Arbeit umfassend und ausgiebig betreut.

Weiterhin möchte ich mich bei meinem Doktorvater Prof. Dr. William Krüger bedanken. Insbesondere gilt mein Dank der Unterstützung, Betreuung und der förderlichen Ratschläge, die mich ans Ziel gebracht haben.

Weiterer Dank geht an das Team der SAPV in Greifswald für die stets freundliche und intensive Betreuung und Zusammenarbeit.

Zusätzlich möchte ich mich für die Offenheit der Patienten bedanken. Die intensiven Gespräche haben mich sowohl persönlich als auch in meinem zukünftigen Beruf gestärkt.

Besonderer Dank gilt meinen Freunden, die stets ein offenes Ohr für meine Sorgen und Nöte hatten. Besonders Franziska Glöckner und Julia Bethune danke ich für die uneingeschränkten Aufmunterungen, konstruktiven Kritikpunkte und unzähligen Gespräche durch die ich meine Motivation aufrechterhalten konnte.

Abschließend möchte ich mich bei meiner Familie bedanken, die mir fortwährend den Rücken gestärkt und mich tatkräftig unterstützt haben. Ohne diesen Rückhalt wäre eine Er- und Fertigstellung dieser Arbeit nicht möglich gewesen. Insbesondere danke ich meiner Mama für die Unterstützung und den Feinschliff in der Endphase dieser Dissertation. Zuletzt möchte ich aber Corvin Lerche erwähnen, der stets geduldig zugehört und durch seinen Beistand an guten sowie schlechten Tagen eine große Rolle gespielt hat.