



# Die Umfrage über Gesundheit, Alter und Ruhestand in Europa

2019

## Fragebogen zum Selbstausfüllen

Befragten-Nr.: ——

Vorname / Initialen: .....

Datum der Befragung:  /  /

Interviewer-Nr.:

Seriennummer:



## Wozu braucht es diesen Fragebogen?

Selbstbestimmung bedeutet, selbst entscheiden und handeln zu können, wenn es das eigene Leben betrifft. Selbstbestimmung ist ein Konzept, das gerade im medizinischen Bereich immer wichtiger wird. Patientinnen und Patienten müssen über die Vor- und Nachteile bestimmter medizinischer Behandlungen in der konkreten Situation informiert sein und auf der Grundlage dieser Informationen eine Entscheidung für sich selbst treffen können. Es ist auch möglich, diese Entscheidungen im Voraus zu treffen, um die Kontrolle auch für Situationen zu behalten, in denen man nicht mehr in der Lage ist, Entscheidungen selbst zu treffen – was am Ende des Lebens geschehen kann. Wir sind daran interessiert zu erfahren, wie Sie gesundheitsbezogene und medizinische Informationen wahrnehmen, insbesondere solche, die sich auf das Ende des Lebens beziehen. Wir möchten auch wissen, ob Sie im Vorfeld Entscheidungen für Situationen am Lebensende getroffen haben oder nicht. Ihre Meinungen und Einstellungen zu diesen Themen besser zu kennen hilft uns, die Gesundheitspolitik über die Erwartungen der Bevölkerung besser zu informieren. Vielen Dank im Voraus für Ihren wertvollen Beitrag!

## Wie muss ich diesen Fragebogen ausfüllen?

- Kreuzen Sie das zutreffende Kästchen neben der gewählten Antwort an: ☒
- Wenn Sie versehentlich das falsche Kästchen angekreuzt haben, so füllen Sie dieses ganz mit dem Kugelschreiber aus und kreuzen Sie dann das zutreffende Kästchen an: ✖ ☒
- Kreuzen Sie bitte jeweils pro Frage nur eine Antwort an, ausser wenn Sie ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass Sie mehrere Antworten ankreuzen können.
- Bitte beantworten Sie die Fragen der Reihe nach. Überspringen Sie keine Fragen, ausser wenn Sie ausdrücklich dazu aufgefordert werden.

### BEISPIEL

**73** Sind Sie verheiratet?

<sub>1</sub> Ja

<sub>2</sub> Nein > **WEITER MIT FRAGE 76**

Wenn Sie « Ja » ankreuzen, machen Sie mit der nächsten Frage weiter **74**

Wenn Sie « Nein » ankreuzen, machen Sie mit der angegebenen Frage weiter **76**

**ALLE IHRE ANTWORTEN WERDEN VERTRAULICH BEHANDELT.**

## Wohin muss ich diesen Fragebogen zurücksenden?

Falls die Interviewerin oder der Interviewer noch bei Ihnen ist, wenn Sie den Fragebogen fertig ausgefüllt haben, so geben Sie den Fragebogen ihr oder ihm mit. Andernfalls bitten wir Sie, den Fragebogen so rasch wie möglich im vorfrankierten Briefumschlag an folgende Adresse zu schicken:

**LINK Institut**  
**Spannortstrasse 7/9**  
**6002 Luzern 2**



1 Zuerst möchten wir Sie fragen, wie sicher Sie sich im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen fühlen. Ist es für Sie einfach oder schwierig...

	Sehr einfach	Ziemlich einfach	Ziemlich schwierig	Sehr schwierig
Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Packungsbeilage Ihrer Medikamente zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vor- und Nachteile von verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Informationen Ihres Arztes zu nutzen, um Entscheidungen zu Ihren Krankheiten zu treffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen darüber zu finden, wie man mit psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, umgehen kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitswarnungen zu Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermässiges Trinken zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Fortsetzung der Frage 1)

Ist es für Sie einfach oder schwierig...

	Sehr einfach	Ziemlich einfach	Ziemlich schwierig	Sehr schwierig
zu verstehen, warum Sie Vorsorge- untersuchungen brauchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen über Aktivitäten zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
etwas über politische oder administrative Veränderungen herauszufinden, die Auswirkungen auf Ihre Gesundheit haben könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsratschläge von Familien- mitgliedern oder Freunden zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern können, zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu beurteilen, welche alltäglichen Verhaltensweisen mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Im medizinischen Umfeld werden Fachwörter und spezielle Begriffe verwendet. Ist es für Sie einfach oder schwierig die folgenden medizinischen Begriffe **zu verstehen**?

	Sehr einfach	Ziemlich einfach	Ziemlich schwierig	Sehr schwierig
Prognose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intubation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palliativmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Lungen-Reanimation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Künstliche Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sedation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 Stellen Sie sich vor, sie sollten **heute** schriftlich festhalten, welche medizinischen Behandlungen Sie wünschen und welche nicht – für den Fall, dass Sie **selbst nicht mehr dazu Lage** sein sollten darüber zu entscheiden (Patientenverfügung). Ist es für Sie einfach oder schwierig, **heute** schriftlich festzuhalten, ob Sie folgende Behandlungen **am Lebensende** wünschen oder ablehnen?

	Sehr einfach	Ziemlich einfach	Ziemlich schwierig	Sehr schwierig
Künstliche Beatmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Künstliche Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluttransfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiotikabehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Lungen-Reanimation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4** Wir würden gerne wissen, wie einfach oder schwierig es Ihnen fällt, mit folgenden Situationen umzugehen.  
Ist es für Sie einfach oder schwierig...

	Sehr einfach	Ziemlich einfach	Ziemlich schwierig	Sehr schwierig
zu definieren, was Übertherapie für Sie bedeutet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit jemandem, zu dem Sie Vertrauen haben, beispielsweise nahe Angehörige oder Freunde, über Ihre Wünsche und Präferenzen in Bezug auf das Lebensende zu reden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit einem Arzt, einer Ärztin oder einer medizinischen Fachperson zu reden, um mehr über die vorausschauende Pflegeplanung und über Behandlungen am Lebensende zu erfahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen über die so genannte Patientenverfügung zu finden und/oder an eine Vorlage zum selber Ausfüllen zu gelangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich auf der Basis der Erfolgswahrscheinlichkeit einer bestimmten Behandlung für oder gegen diese Behandlung zu entscheiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zwischen einer <b>lindernden Pflege</b> (die nur die Beschwerden lindert, den Krankheitsverlauf aber nicht verlangsamt) und einer <b>aggressiven Behandlung</b> (schwere Chemotherapie, Intensivpflege mit künstlicher Beatmung) zu wählen, falls Sie an einer Krankheit <b>im Endstadium</b> leiden sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
für Sie zu definieren, in welchen Situationen oder spezifischen Gesundheitszuständen Sie es vorziehen würden, dass man Sie sterben lässt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 5** Es gibt unterschiedliche Meinungen über die Wichtigkeit verschiedener Aspekte für ein bestmögliches Erleben der letzten Lebensphase.  
Bitte geben Sie an, inwieweit die folgenden Dinge **Ihnen** wichtig sind, wenn Sie sich **die letzten sechs Monate** des Lebens vorstellen.

	Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig	Unwichtig
Das Gefühl haben, anderen nützlich zu sein (Zeit widmen, sein Wissen weitergeben usw.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Familie nicht zur Last fallen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formalitäten im Zusammenhang mit dem Tod (Beerdigung, Todesanzeige usw.) regeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den Sterbeort selbst wählen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht allein sterben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über die eigenen Ängste reden können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geistlichen oder religiösen Beistand bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine unerwünschte künstliche Lebensverlängerung (Übertherapie) vermeiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berührungen spüren (wie Hand halten).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Fähigkeit zu reden / zu kommunizieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich selbständig ernähren können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bis zum Schluss alle verfügbaren lebensverlängernden Behandlungen erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Schmerzen haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei vollem Bewusstsein sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 Manchmal lassen wir uns bei Entscheidungen von unseren persönlichen Erfahrungen beeinflussen.

	Ja	Nein
Haben Sie jemals <b>medizinische Entscheidungen</b> für einen Ihnen nahestehenden Menschen getroffen, der nicht mehr fähig war, seinen Willen zu äussern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie jemals sterbende Angehörige oder einen sterbenden engen Freund / eine sterbende enge Freundin am Lebensende <b>begleitet</b> (anwesend sein, besuchen, moralische Unterstützung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Haben Sie jemals einen sterbende Angehörige oder einen sterbenden engen Freund / eine sterbende enge Freundin <b>gepflegt</b> (waschen, Medikamente geben, Essen geben)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

7 Stellen Sie sich vor, Sie würden Opfer eines Herz-Kreislauf-Stillstands und/oder Atemstillstands.

In einer solchen Situation möchten Sie ...

- ...**reanimiert** werden.
- ...**nicht reanimiert** werden.

8 Stellen Sie sich vor, Sie werden z.B. durch einen Unfall, Schlaganfall oder Herzinfarkt urteilsunfähig. Nach ersten Notfallmassnahmen und sorgfältiger ärztlicher Beurteilung kommen die Ärzte zum Schluss, dass Sie Ihre Urteilsfähigkeit höchstwahrscheinlich **nie wieder** erlangen werden.

In einer solchen Situation würden Sie es vorziehen, ...

- ...dass auf alle Massnahmen, die nur eine Lebens- und Leidensverlängerung zur Folge haben, **verzichtet** wird.
- ...dass trotz der schlechten Aussichten **alles unternommen wird**, was medizinisch möglich ist, um zu versuchen, Ihr Leben zu verlängern.

**9** Stellen Sie sich vor, Sie würden an einer Krankheit leiden, die Schmerzen und andere unerträgliche Symptome wie Angst, Unruhe, Atemnot oder Übelkeit zur Folge hat. In einer solchen Situation...

- ...wünschten Sie in jedem Fall die optimale Behandlung von Schmerzen und anderen Symptomen und nähmen dafür eine allfällige therapiebedingte **Bewusstseinstrübung** (Sedation) in Kauf.
- ...wären Ihnen **Wachheit und Kommunikationsfähigkeit** wichtiger als eine optimale Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen.

**10** Es gibt Menschen, die ihrem Umfeld, bestimmten Institutionen und deren Vertretern grosses Vertrauen entgegenbringen, während andere diesen eher misstrauisch gegenüberstehen.

In Bezug auf das Lebensende, wie gross ist Ihr Vertrauen...

	Grosses Vertrauen	Eher Vertrauen	Eher kein Vertrauen	Überhaupt kein Vertrauen
in Ihre nächsten Angehörigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in die Ärzte/Ärztinnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in die Krankenversicherungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ins schweizerische Gesundheitsversorgungssystem im Allgemeinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ins schweizerische Rechtssystem (Justiz)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in religiöse Würdenträger und Institutionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11** Es gibt Menschen, die gerne über ihre Präferenzen und ihre Erwartungen in Bezug auf das Lebensende reden, während andere lieber nicht darüber sprechen. Haben Sie schon einmal mit jemandem über Ihre Wünsche in Bezug auf das Lebensende gesprochen?

- Ja
- Nein > **WEITER MIT FRAGE 13**

12 Mit wem haben Sie darüber gesprochen? *Sie können mehrere Antworten ankreuzen*

- Ehepartner/in, Partner/in
- Kind
- Geschwister
- Freund/in
- Arzt/Ärztin
- Andere Person (*bitte angeben*): \_\_\_\_\_

13 **Eine Patientenverfügung** ist ein schriftliches Dokument, in dem eine Person ihre Wünsche in Bezug auf medizinische Behandlungen festhält und/oder bestimmt, wer an ihrer Stelle gegebenenfalls medizinische Behandlungsentscheidungen treffen darf. Die Patientenverfügung kommt dann zur Anwendung, wenn der Patient nicht mehr in der Lage ist, seinen/ihren Willen zu äussern. Die Ärzte und Angehörigen sind verpflichtet, sich an den Inhalt dieses Dokuments zu halten.

Haben Sie ein **schriftliches** Dokument, das Ihre Wünsche in Bezug auf bestimmte medizinische Behandlungen festhält (Patientenverfügung)?

- Ja > **WEITER MIT FRAGE 16**
- Nein

14 Warum haben Sie **kein** schriftliches Dokument, das Ihre Wünsche in Bezug auf bestimmte medizinische Behandlungen festhält (Patientenverfügung)?

*Sie können mehrere Antworten ankreuzen*

- Bis jetzt wusste ich nicht, dass es so etwas gibt.
- Es ist zu schwierig zu wissen, was ich in dieses Dokument aufnehmen möchte.
- Ich glaube nicht, dass ich so etwas brauche, denn meine Familie oder meine Ärztin bzw. mein Arzt wird für mich die richtige Entscheidung treffen.
- Dafür ist es noch zu früh.
- Ich möchte nicht riskieren, dass ich wegen einer Patientenverfügung eine schlechtere medizinische Behandlung bekomme.
- Es ist zwecklos, im Voraus für eine hypothetische Situation zu planen, die sich momentan nicht genau abschätzen lässt.
- Ich bin bisher nicht dazugekommen.
- Andere Gründe (*bitte angeben*): \_\_\_\_\_

15 Glauben Sie, dass Sie irgendwann ein schriftliches Dokument haben werden, das Ihre Wünsche in Bezug auf bestimmte medizinische Behandlungen festhält (Patientenverfügung)?

- Ja, sehr wahrscheinlich
- Ja, wahrscheinlich
- Nein, vermutlich nicht
- Nein, absolut nicht

16 Haben Sie jemanden **schriftlich** ermächtigt, an Ihrer Stelle über medizinische Behandlungen zu entscheiden, falls Sie nicht mehr fähig wären, Ihren Willen selbst zu äussern?

- Ja
- Nein > **WEITER MIT FRAGE 18**

17 Wen haben Sie dazu ermächtigt? *Sie können mehrere Antworten ankreuzen*

- Ehepartner/in, Partner/in
- Kind
- Geschwister
- Freund/in
- Arzt/Ärztin
- Andere Person (*bitte angeben*): \_\_\_\_\_

> **WEITER MIT FRAGE 19**

18 Glauben Sie, dass Sie irgendwann **schriftlich** jemanden ermächtigen werden, medizinische Entscheidungen für Sie zu treffen, falls Sie nicht mehr fähig sein sollten, diese Entscheidungen selbst zu treffen?

- Ja, sehr wahrscheinlich
- Ja, wahrscheinlich
- Nein, vermutlich nicht
- Nein, absolut nicht

19 Finden Sie es gut, dass Sterbehilfe in der Schweiz legal ist?

- Ja
- Nein

20 Könnten Sie sich vorstellen, unter bestimmten Umständen Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen?

- Ja  
 Nein

21 In der Schweiz gibt es Sterbehilfevereine wie „Exit“ oder „Dignitas“. Sind Sie Mitglied bei einem solchen Verein?

- Ja > **WEITER MIT FRAGE 23**  
 Nein

22 Glauben Sie, dass Sie irgendwann einmal Mitglied eines Sterbehilfevereins werden?

- Ja, sehr wahrscheinlich  
 Ja, wahrscheinlich  
 Nein, vermutlich nicht  
 Nein, absolut nicht

23 Haben Sie eine (Ehe-)Partnerin bzw. einen (Ehe-)Partner?

- Ja  
 Nein > **WEITER MIT FRAGE 30 (Seite 17)**

24 Was Ihren Ehepartner/Ihre Ehepartnerin oder Ihren Partner/Ihre Partnerin anbelangt, wie gut kennen Sie...

	Sehr gut	Eher gut	Eher schlecht	Überhaupt nicht
<b>seine/ihre</b> Wünsche in Bezug auf das Lebensende im Allgemeinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>seine/ihre</b> Einstellungen in Bezug auf die medizinische Betreuung am Lebensende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25 Und wie gut kennt Ihr Ehepartner/Ihre Ehepartnerin oder Ihr Partner/Ihre Partnerin...

	Sehr gut	Eher gut	Eher schlecht	Überhaupt nicht
<b>Ihre</b> Wünsche in Bezug auf das Lebensende im Allgemeinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ihre</b> Einstellungen in Bezug auf die medizinische Betreuung am Lebensende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**26** Wir haben hier nochmals einige Aspekte aufgeführt, wichtig sein könnten, um die letzte Lebensphase bestmöglich zu erleben. Wir möchten Sie nun bitten, bei jedem einzelnen Aspekt anzugeben, was Ihrer Meinung nach **Ihr Partner/Ihre Partnerin** oder **Ihr Ehemann/Ihre Ehefrau** für sehr wichtig, eher wichtig, eher unwichtig oder unwichtig erachten würde, wenn er oder sie an die letzten sechs Monate **seines/ihres Lebens** denkt. **Wenn Sie es nicht wissen, geben Sie bitte an, was Ihrer Einschätzung nach am Ehesten zutrifft.**

Ihrer Meinung nach ist **Ihrem (Ehe-)Partner bzw. Ihrer (Ehe-)Partnerin** Folgendes wichtig:

	Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig	Unwichtig
Das Gefühl haben, anderen nützlich zu sein (Zeit widmen, sein Wissen weitergeben usw.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Familie nicht zur Last fallen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den Sterbeort selbst wählen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht allein sterben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geistlichen oder religiösen Beistand bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine unerwünschte künstliche Lebensverlängerung (Übertherapie) vermeiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Fähigkeit zu reden / zu kommunizieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich selbständig ernähren können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bis zum Schluss alle verfügbaren lebensverlängernden Behandlungen erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Schmerzen haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei vollem Bewusstsein sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27 Stellen Sie sich vor, **Ihre (Ehe-)Partnerin bzw. Ihr (Ehe-)Partner** wird Opfer eines Herz-Kreislauf-Stillstands und/oder Atemstillstands.

- Sie bzw. er **möchte Ihrer Meinung nach** reanimiert werden.
- Sie bzw. er **möchte Ihrer Meinung nach nicht** reanimiert werden.
- Ich habe keine Ahnung.

28 Stellen Sie sich vor, **Ihre (Ehe-)Partnerin bzw. Ihr (Ehe-)Partner** wird z.B. durch einen Unfall oder Herzinfarkt urteilsunfähig. Nach ersten Notfallmassnahmen und sorgfältigen ärztlicher Beurteilung kommen die Ärzte zum Schluss, dass sie ihre bzw. er seine Urteilsfähigkeit höchstwahrscheinlich nie wieder erlangen wird.

**Ihrer Meinung nach**, würde es Ihre (Ehe-)Partnerin bzw. Ihr (Ehe-)Partner in einer solchen Situation vorziehen, ...

- ...dass auf alle Massnahmen, die nur eine Lebens- und Leidensverlängerung zur Folge haben, **verzichtet** wird.
- ...dass trotz der schlechten Aussichten **alles unternommen wird**, was medizinisch möglich ist, um zu versuchen, ihr/sein Leben zu verlängern.
- Ich habe keine Ahnung.

29 Stellen Sie sich vor, **Ihre (Ehe-)Partnerin bzw. Ihr (Ehe-)Partner** würde an einer Krankheit leiden, die Schmerzen und andere unerträgliche Symptome wie Angst, Unruhe, Atemnot oder Übelkeit zur Folge hat.

In einer solchen Situation...

- ...wünschte **sie/er Ihrer Meinung nach** in jedem Fall die optimale Behandlung von Schmerzen und anderen Symptomen und nähme dafür eine allfällige therapiebedingte **Bewusstseinstrübung** (Sedation) in Kauf.
- ...wäre **ihr/ihm Ihrer Meinung nach Wachheit und Kommunikationsfähigkeit** wichtiger als eine optimale Linderung von Schmerzen und anderen Symptomen.
- Ich habe keine Ahnung.

**30** Viele Menschen haben Vorstellungen über die Häufigkeit bestimmter medizinischer Situationen am Lebensende. Wir möchten gerne Ihre Vorstellungen kennen.

Halten Sie die unten beschriebenen Situationen im Zusammenhang mit dem Lebensende für sehr unwahrscheinlich (0-25%), für eher unwahrscheinlich (26-50%), für eher wahrscheinlich (51-75%) oder für sehr wahrscheinlich (76-100%)?

**Wenn Sie es nicht genau wissen, geben Sie bitte eine Schätzung an.**

*Beispiel: «Ihrer Meinung nach, wie wahrscheinlich ist es, dass es morgen schneit?»  
Wenn Sie «sehr wahrscheinlich» ankreuzen, so nehmen Sie an, dass die Wahrscheinlichkeit, dass es morgen schneit, zwischen 76% und 100% liegt.*

Ihrer Meinung nach, wie wahrscheinlich ist es **im Allgemeinen in der Schweiz**....

	Sehr unwahrscheinlich 0-25%	Eher unwahrscheinlich 26-50%	Wahrscheinlich 51-75%	Sehr wahrscheinlich 76-100%
in einem Pflegeheim zu sterben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in einem Spital zu sterben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu Hause zu sterben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Alter von <b>75 Jahren</b> an einer Demenz zu leiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dass eine künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr <b>kurz vor dem Sterben</b> hilft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dass Schmerzen (unabhängig von ihrer Art) von Patienten <b>kurz vor dem Sterben</b> erfolgreich behandelt werden können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dass eine Spitaleinweisung wegen einer Lungenentzündung einer Person hilft, die aufgrund einer fortgeschrittener Demenz <b>im Sterben liegt</b> und in einem Pflegeheim lebt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dass eine 70-jährige Person eine ausserhalb des Spitals erfolgte Herz-Lungen-Reanimation nach eines Herzstillstands bis zur Entlassung aus dem Spital <b>überlebt</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Fortsetzung der Frage 30)

Ihrer Meinung nach, wie wahrscheinlich ist es **im Allgemeinen in der Schweiz...**

	Sehr unwahrscheinlich 0-25%	Eher unwahrscheinlich 26-50%	Wahrscheinlich 51-75%	Sehr wahrscheinlich 76-100%
dass Ärzte die Ehefrau/den Ehemann oder die Partnerin/ den Partner bitten, an Stelle einer Person eine medizinische Entscheidung zu treffen, wenn diese keine Patienten- verfügung hat und nicht mehr selbst entscheiden kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Alter von <b>95 Jahren</b> an einer Demenz zu leiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dass eine vierte Chemotherapie einem Patienten / einer Patientin mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung hilft, wenn die Erkrankung trotz drei verschiedenen Chemotherapien nicht gestoppt werden konnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Und wie wahrscheinlich ist es, dass <b>Sie</b> in der gleichen Situation (fortgeschrittene Krebserkrankung, die trotz drei verschiedenen Chemotherapien nicht gestoppt werden konnte) einer vierten Chemotherapie zustimmen würden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**31** Ich bin...

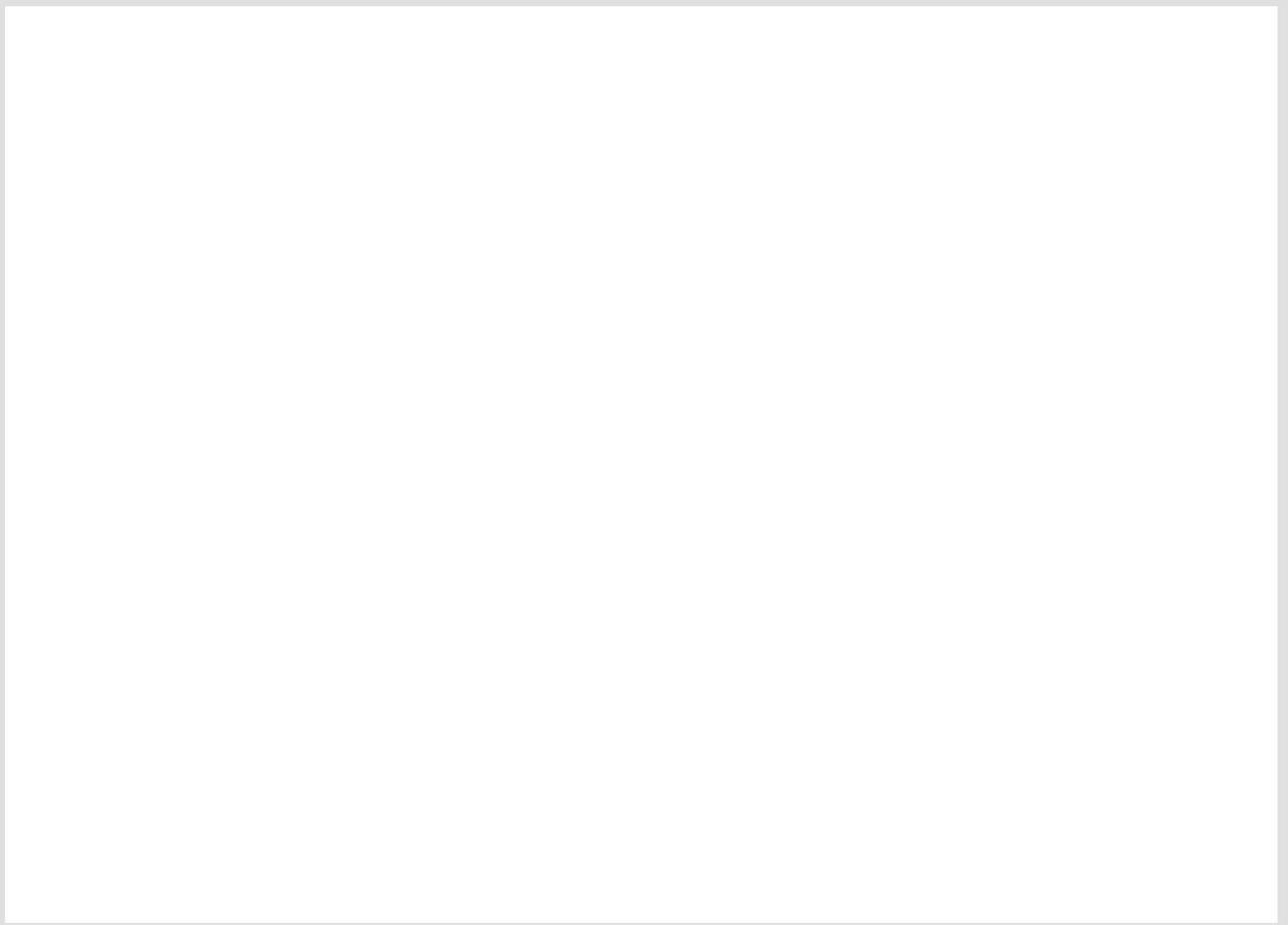
- männlich
- weiblich

**32** Mein Geburtsjahr:  (Jahr)

**33** Wie einfach oder wie schwierig war es für Sie, diesen Fragebogen zu beantworten?

- Sehr einfach
- Ziemlich einfach
- Ziemlich schwierig
- Sehr schwierig

34 Haben Sie noch Bemerkungen?



---

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit  
genommen haben, unsere Fragen zu  
beantworten.

Bitte geben Sie den Fragebogen dem  
Interviewer bzw. der Interviewerin oder  
senden Sie ihn im beiliegenden frankierten  
Couvert an:

LINK Institut  
Spannortstrasse 7/9  
6002 Luzern 2