



Ärztliche Entscheidungsfindung am Lebensende im internationalen Vergleich

Dr. med. Georg Bosshard, MAE
Institut für Rechtsmedizin
Universität Zürich



Inhaltsübersicht

1. Empirie und Normativität
2. Resultate der EURELD-Studie
 - Überblick über die verschiedenen praktizierten Formen der Sterbehilfe in sechs europäischen Ländern
 - Vertiefte Analyse der passiven Sterbehilfe
3. Zusammenfassung



Empirie und Normativität

Faktenkenntnis ist zwar keine hinreichende,
wohl aber eine notwendige Voraussetzung
angewandter Ethik



Dem Vortrag zu Grunde liegende Publikationen

- Van der Heide A et al (2003) End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *Lancet* 362:345-50
- Bosshard G et al (2005) Forgoing treatment at the end of life in six European countries. *Arch Int Med* 165:401-407



Internationale EURELD-Projektpartner

- Belgien (Flandern)
- Dänemark
- Holland
- Italien (4 Regionen in Norditalien)
- Schweden
- Schweiz (Deutschschweiz)



EURELD: Methode

- Schriftliche Befragung von Ärztinnen und Ärzten
- Zufallsstichprobe von 5'000 Todesfällen 2001 in der Deutschschweiz (Bundesamt für Statistik)
- International Stichproben insgesamt über 30'000 Todesfälle



EURELD: Schweizer Projektpart

Universität Zürich

Institut für Sozial- und Präventivmedizin

Dr. med. Karin Faisst, lic.phil. Susanne Fischer

Institut für Rechtsmedizin

Dr. med. Georg Bosshard



Stichprobe und untersuchte Todesfälle

	Stichprobe	Untersuchte Todesfälle	Antwortquote in Prozent
NL	7'434	5'384	75
CH	5'007	3'355	67
DK	4'740	2'939	62
S	5'325	3'248	61
B	5'000	2'950	59
I	5'918	2'604	44
Total	33'424	20'480	61



Medizinisch *erwartete und unerwartete* Todesfälle

„Trat bei diesem Todesfall der Tod plötzlich *und* unerwartet ein?„



Denominator *passive Sterbehilfe* und *indirekt aktive Sterbehilfe*

„Führten Sie eine der folgenden Handlungen durch, wobei Sie wahrscheinlich oder sicher davon ausgehen mussten, dass diese Handlung den Todeseintritt des Patienten beschleunigen würde:

- Verzicht auf eine Behandlung?
- Abbruch einer Behandlung?
- Intensivierung der medikamentösen Schmerz- und/oder Symptomlinderung?“



Denominator *Suizidbeihilfe*

„War der Tod die Folge der Anwendung eines Medikamentes, welches von Ihnen verschrieben worden war *mit der ausdrücklichen Absicht*, den Patienten zu befähigen, sein eigenes Leben zu beenden?“



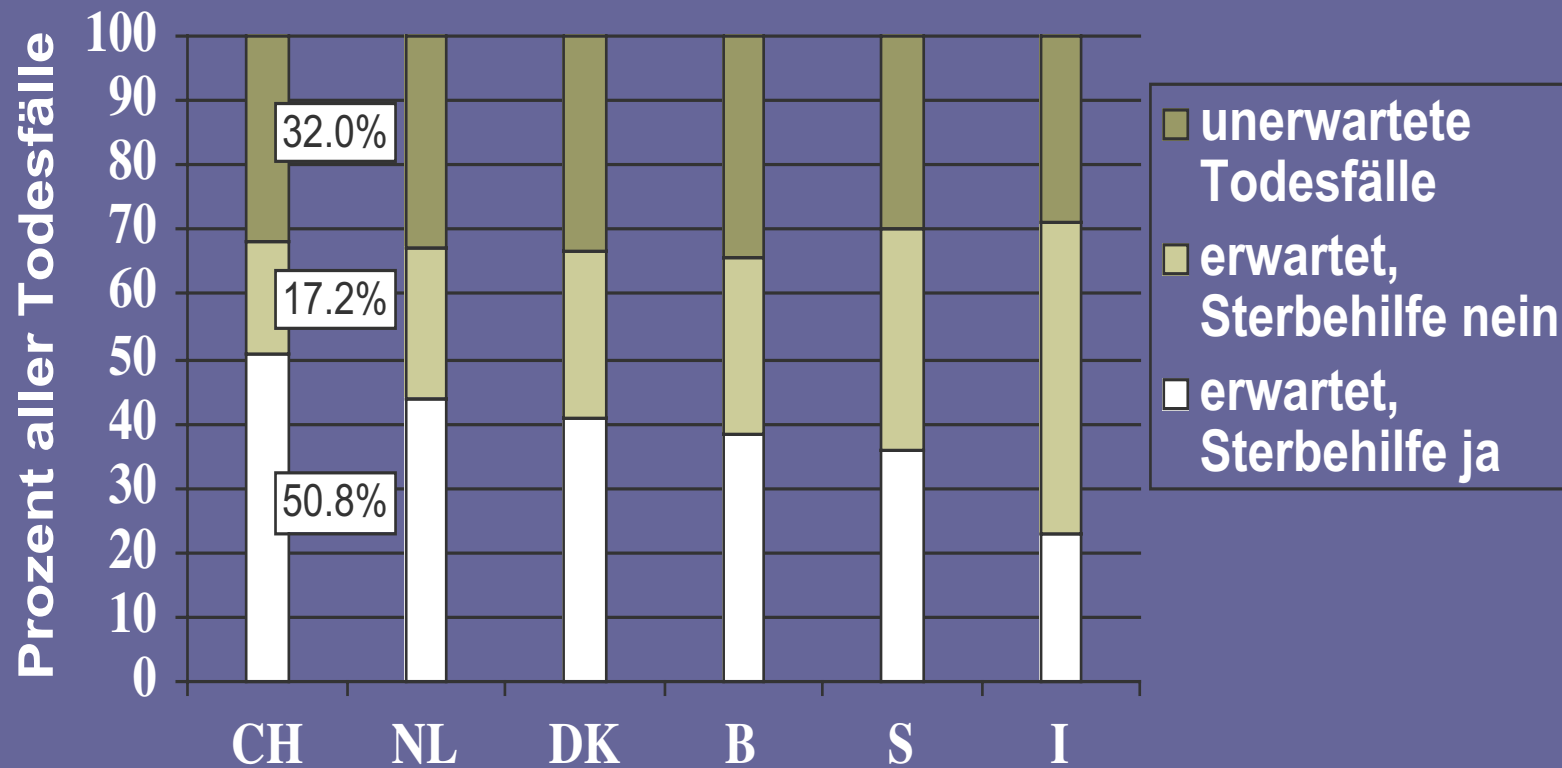
Denominator *aktive Sterbehilfe auf resp.
ohne ausdrückliches Verlangen des Patienten*

„War der Tod die Folge der Anwendung eines
Medikamentes, welches von Ihnen verabreicht
worden war *mit der ausdrücklichen Absicht*, den
Todeseintritt des Patienten zu beschleunigen?“

„Erfolgte die obgenannte Entscheidung auf
ausdrückliches Verlangen des Patienten?“

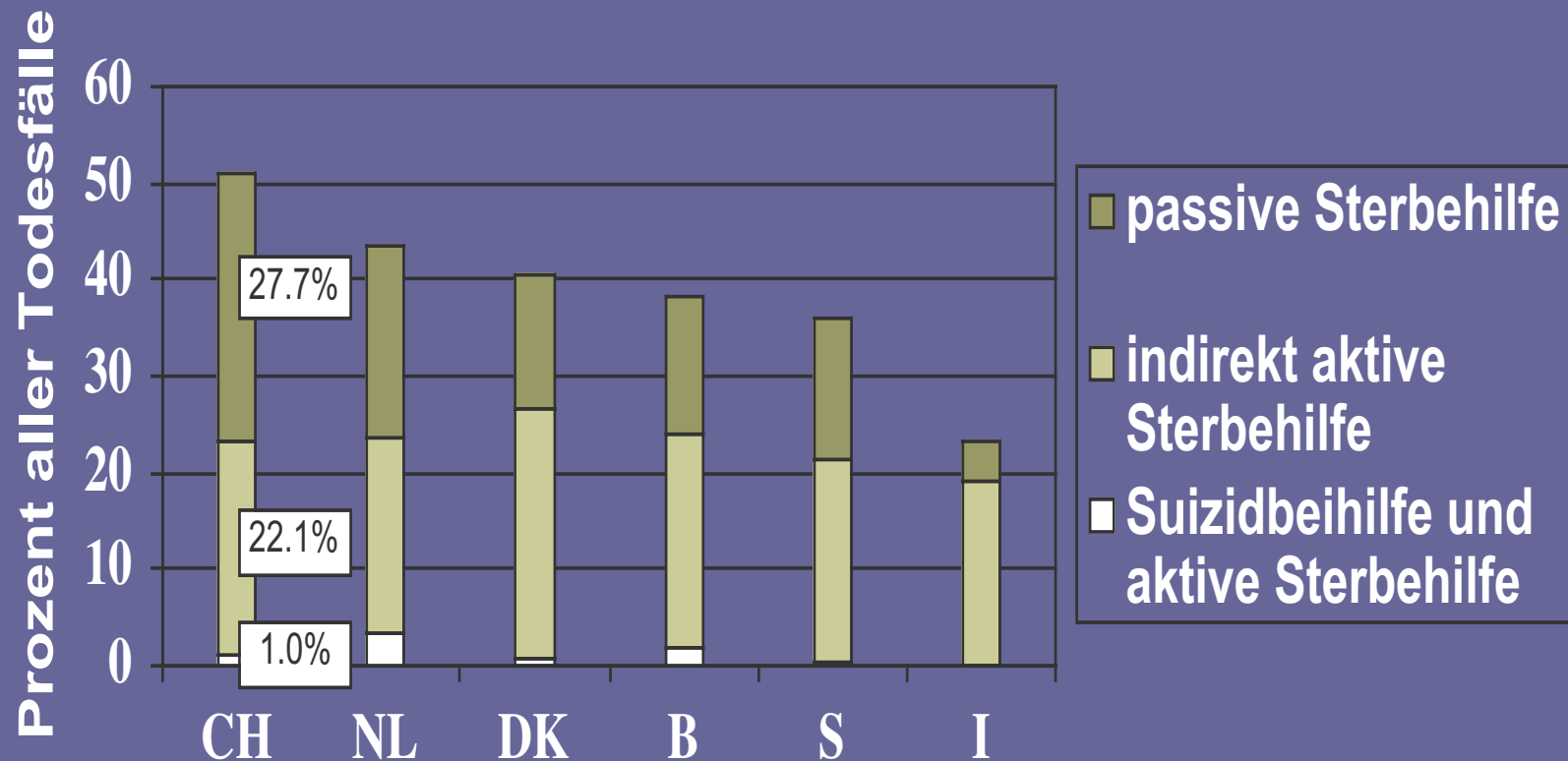


Häufigkeit von Sterbehilfe insgesamt



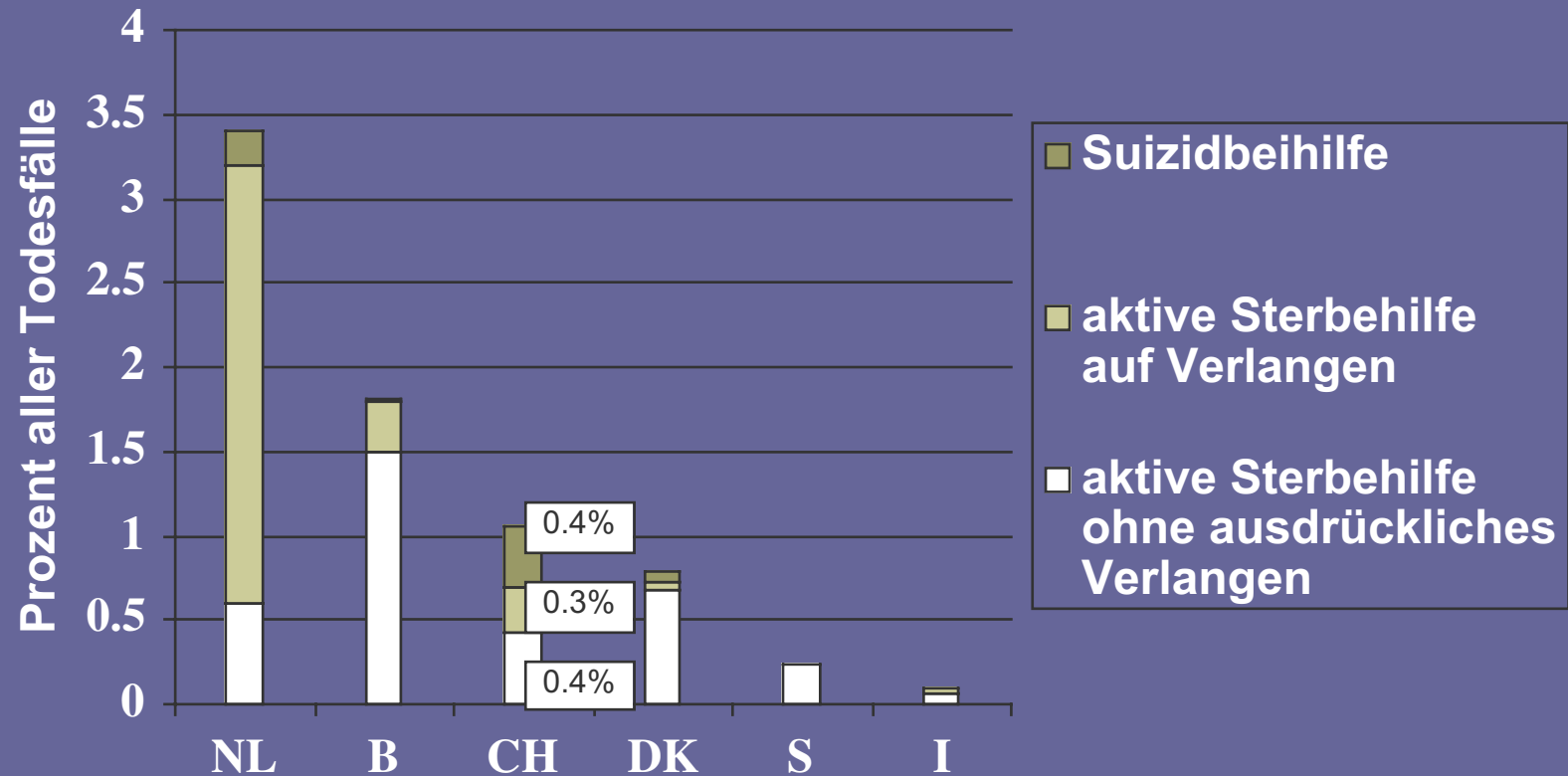


Häufigkeit der verschiedenen Formen von Sterbehilfe





Häufigkeit von Suizidbeihilfe und aktiver Sterbehilfe





Soziodemografische Charakteristika verschiedener Formen von Sterbehilfe in allen sechs Ländern

Passive Sterbehilfe

- Hoher Anteil an betagten Patienten (Anteil der über 80-jährigen ca. 60%)
- Krankheiten des Nervensystems besonders häufig
- Krebs nicht übervertreten (ca. 25%)

Indirekt aktive Sterbehilfe

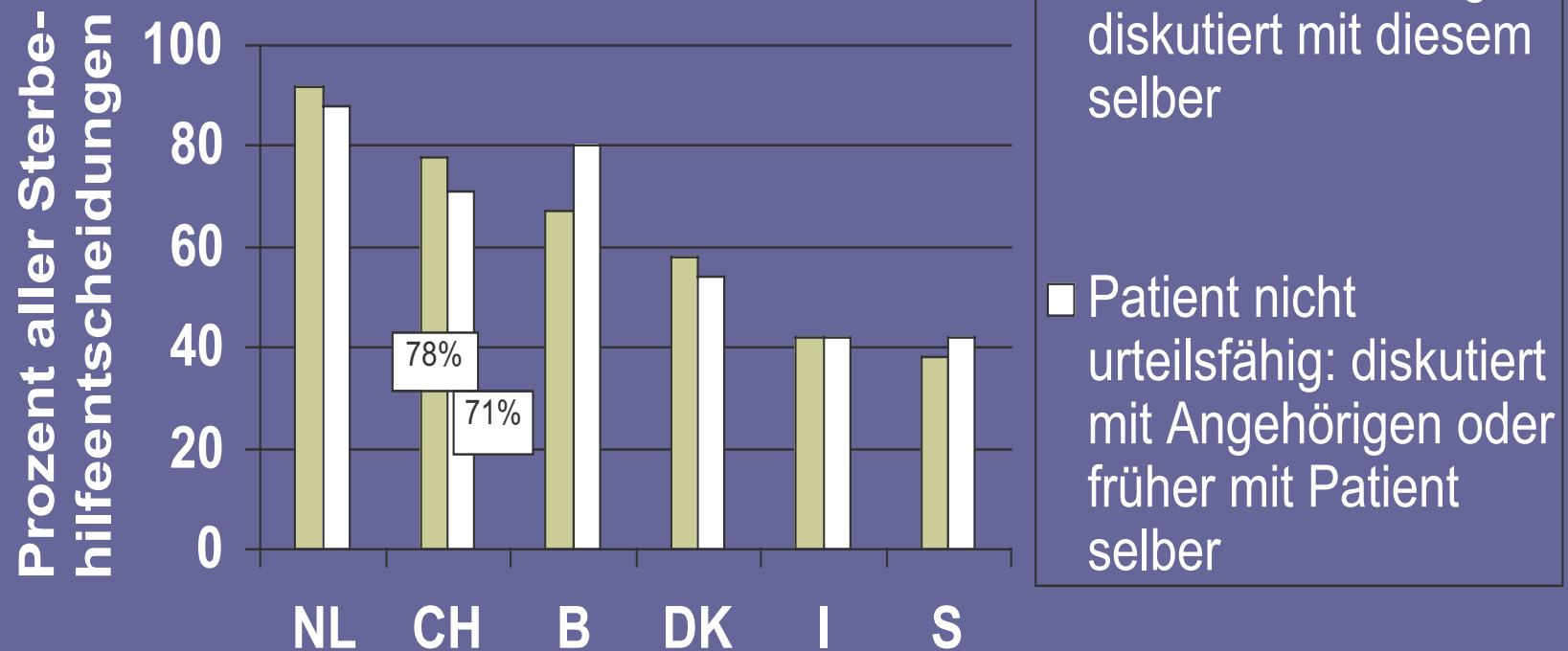
- Mässig hoher Anteil Betagter (Anteil der über 80-jährigen ca. 50%)
- Todesursache Krebs häufig (40-50%)

Suizidbeihilfe und aktive Sterbehilfe

- Vergleichsweise junge Patienten (2/3 unter 80 Jahre)
- Krebs sehr häufig (über 50% der Fälle)

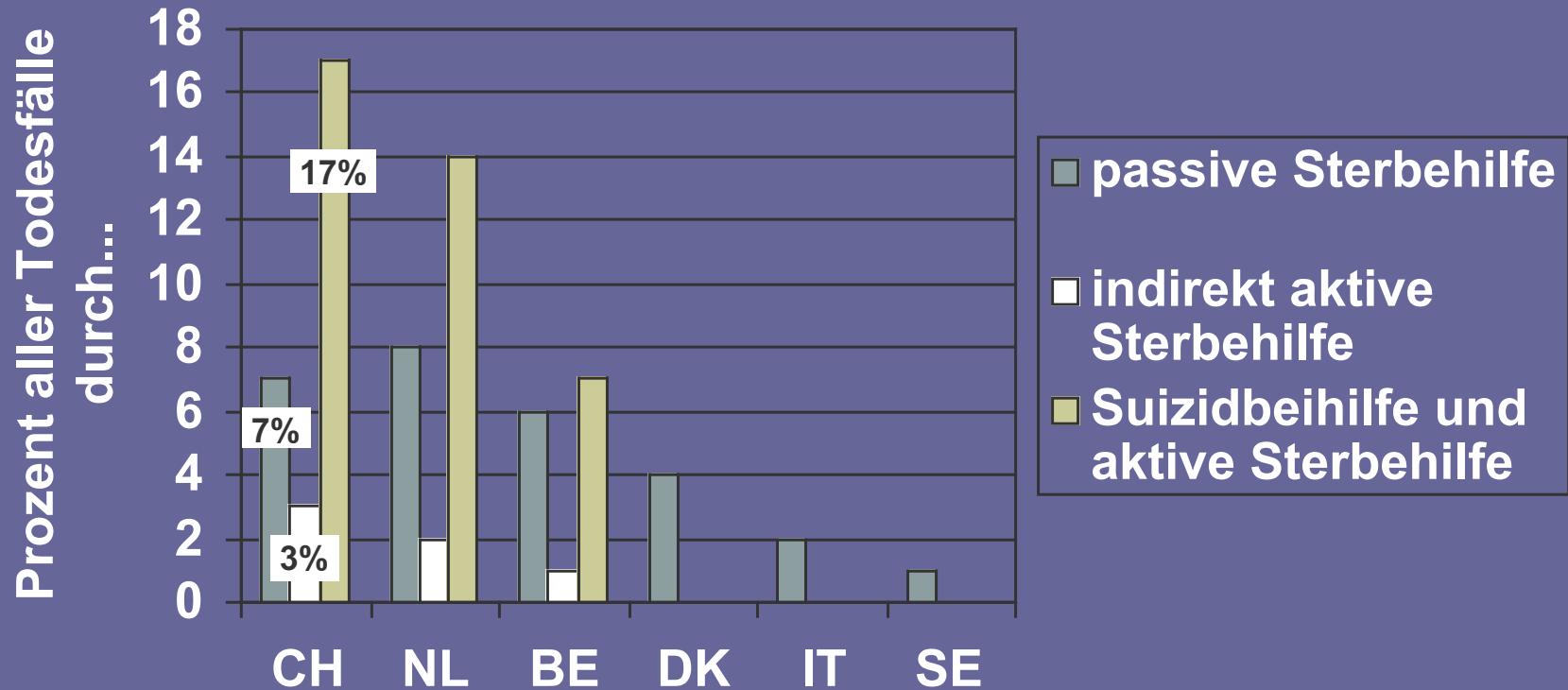


“informed consent“





Fälle mit einer geschätzten Lebensverkürzung von über einem Monat





Terminale Sedierung - fünfte Form der Sterbehilfe?

„Erhielt der Patient Medikamente wie Barbiturate oder Benzodiazepine, um ihn kontinuierlich bis zu seinem Tode in tiefer Sedierung oder im Koma zu halten?“

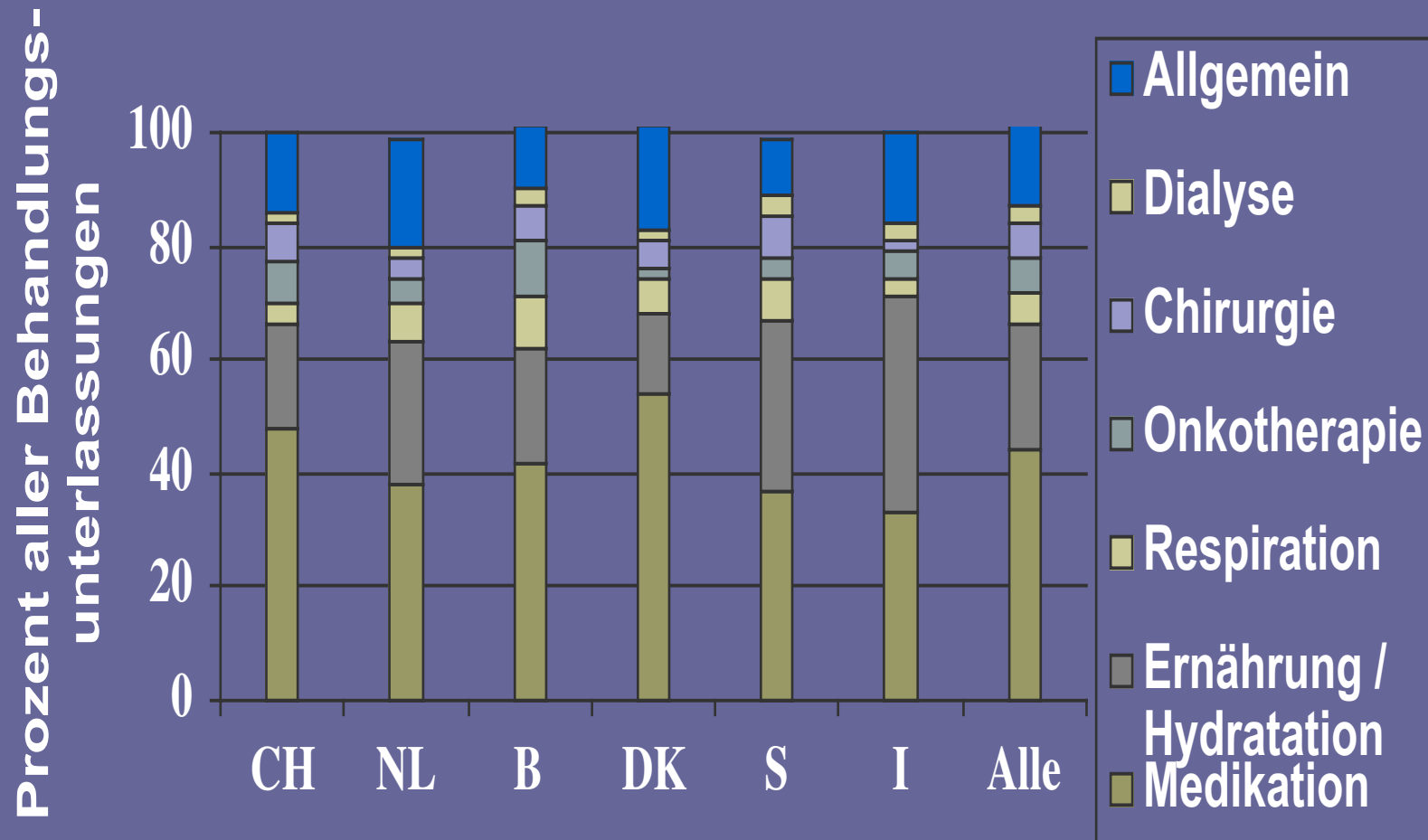


„Opiate und Sedativa am Lebensende“

- Schmerztherapie am Lebensende mit möglichem lebensverkürzendem Effekt
- Terminale Sedierung, ev. mit lebensverkürzendem Effekt, ev. kombiniert mit Einstellen von künstlicher Hydratation / Ernährung, immer aber mit gezielter Verkürzung der bewussten Lebenszeit
- Aktive Sterbehilfe (zumeist ohne ausdrückliches Verlangen)



Häufigkeit der verschiedenen Typen von passiver Sterbehilfe

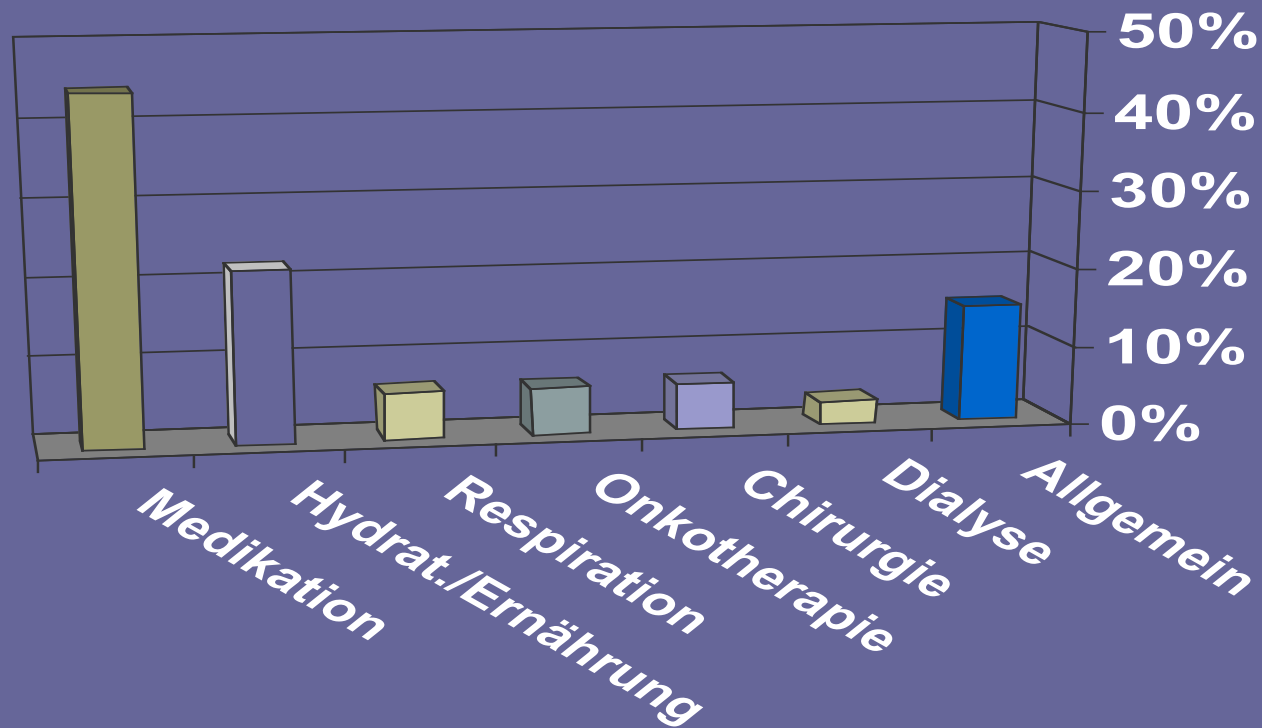




Häufigkeit der verschiedenen Typen von passiver Sterbehilfe

“Auf welche Behandlung wurde verzichtet / welche Behandlung wurde abgebrochen?”

-> Anteil der einzelnen Behandlungstypen in Prozent





Soziodemografische Charakteristika verschiedener Typen von passiver Sterbehilfe in allen sechs Ländern

- *Alter*

Besonders hohe Anteile betagter Patienten bei Hydratation / Ernährung sowie Medikation (61% resp. 57% aller Patienten sind älter als 80 Jahre). Onkotherapie und Respiration dagegen auch bei jüngeren Patienten häufig (Anteil Betagter >80 Jahre 31% resp. 35%)

- *Todesort*

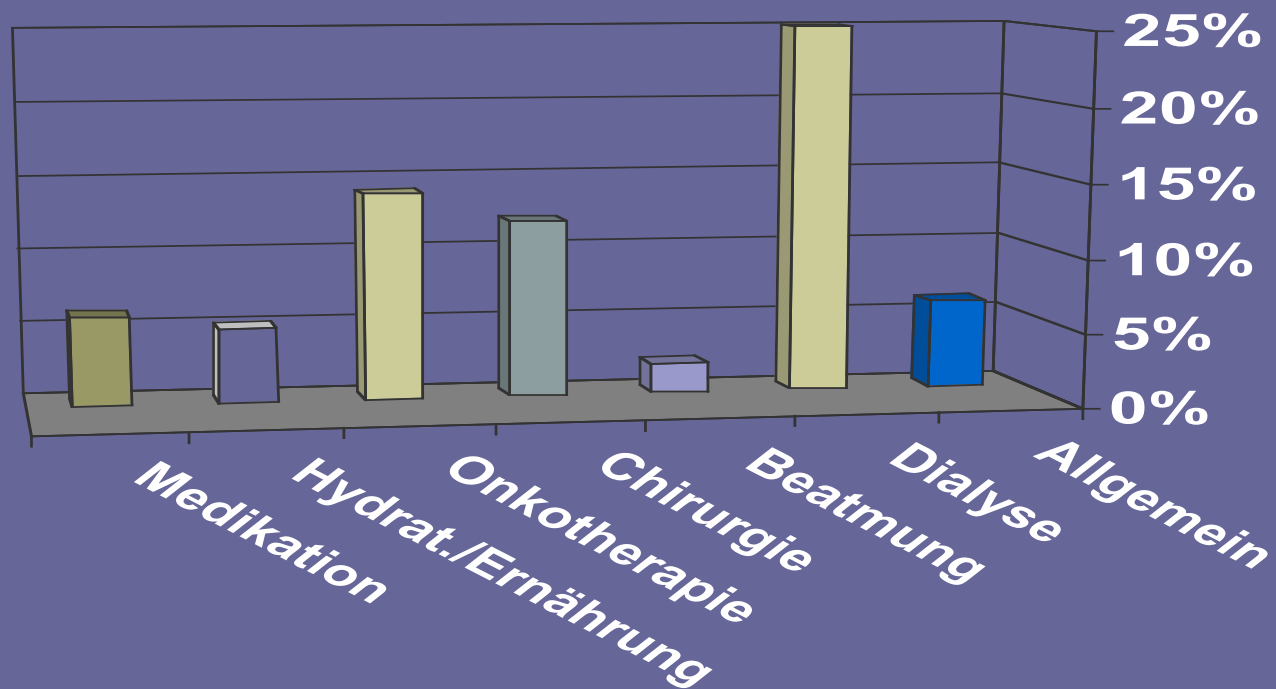
Beatmung/ Dialyse / Chirurgie besonders häufig bei im Spital Verstorbenen, Hydratation/Ernährung sowie Medikation besonders häufig im Altenheim (CH), Onkotherapie besonders häufig bei zu Hause Verstorbenen



Passive Sterbehilfe I: Lebensverkürzender Effekt

“Um wieviel verkürzte diese Handlung nach Ihrer Einschätzung das Leben des Patienten?”

-> Fälle mit einer Lebensverkürzung von mehr als einem Monat in Prozent

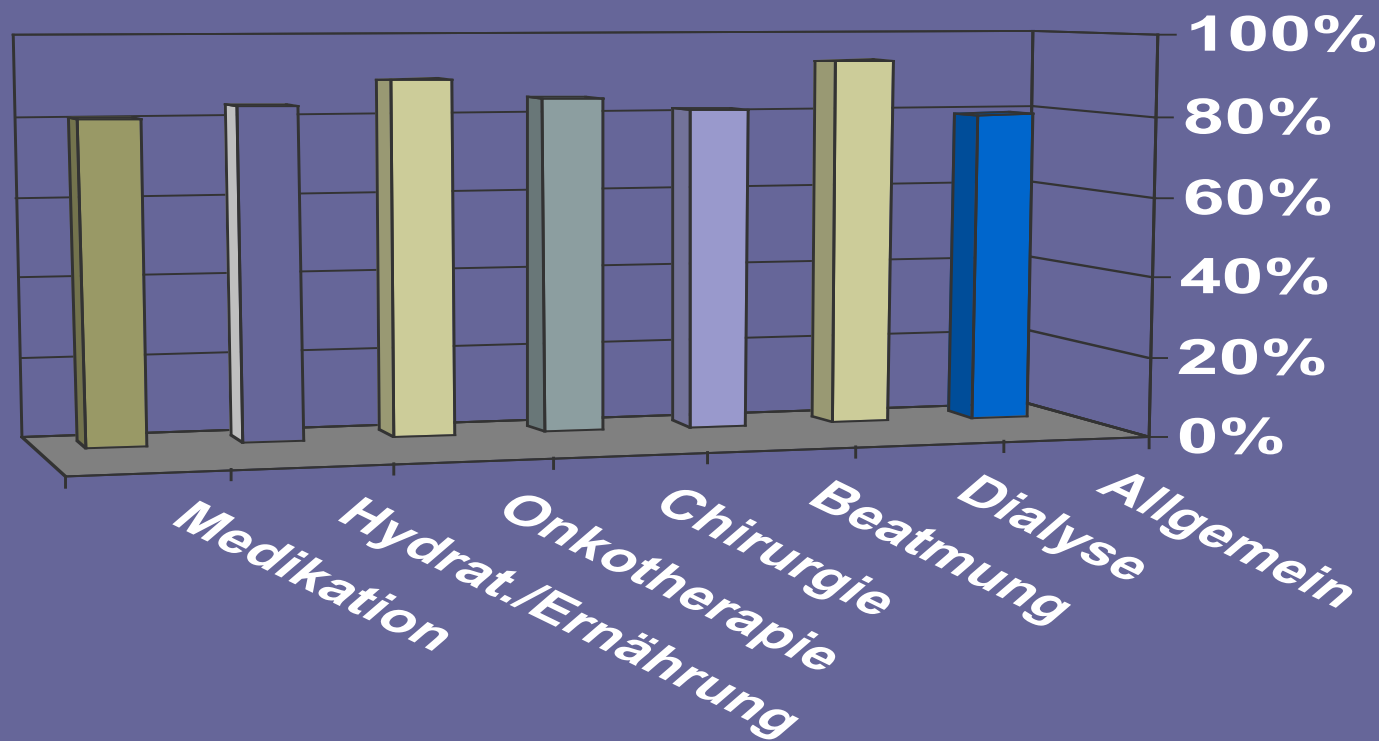




Passive Sterbehilfe II: “informed consent”

“Haben Sie die mögliche Lebensverkürzung mit dem Patienten oder dessen Angehörigen diskutiert?”

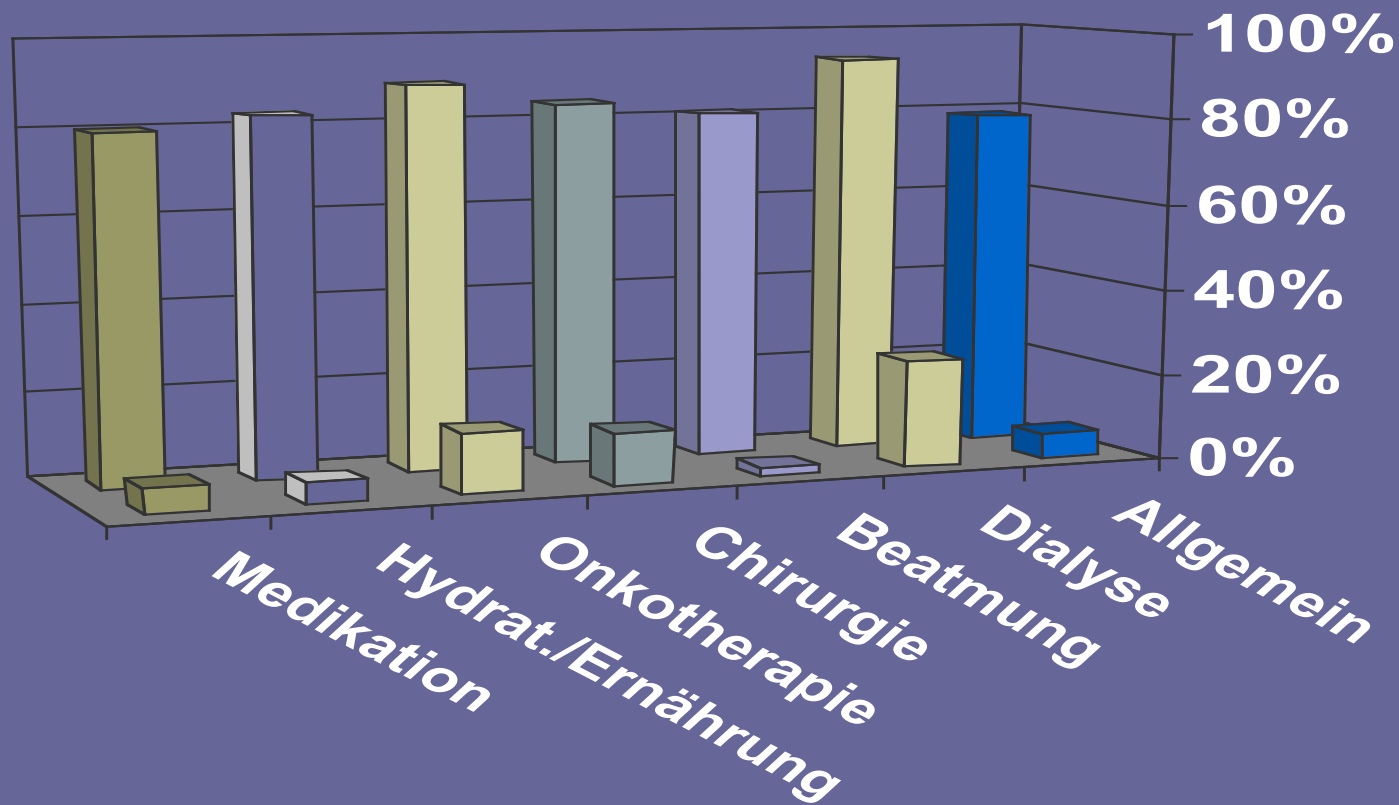
-> Fälle, in welchen eine solche Diskussion stattgefunden hatte, in Prozent





Passive Sterbehilfe III: Lebensverkürzung und "informed consent"

Lebensverkürzung um mehr als einen Monat (Kolonne vorne)
Diskussion = ja (Kolonne hinten)





Zusammenfassung I

Für alle untersuchten Länder gilt:

- Etwa $2/3$ aller Todesfälle sind medizinisch absehbar
- In mindestens der Hälfte dieser absehbaren Todesfälle steht der Todeszeitpunkt in Zusammenhang mit einem medizinischen Entscheid.
- Dabei stehen überall die passive und die indirekte Sterbehilfe im Vordergrund (je ca. 20% aller Todesfälle)



Zusammenfassung II

- Die passive Sterbehilfe betrifft überall die gleichen Typen von Behandlungen mit ähnlicher Häufigkeit. Überall erfolgt fast die Hälfte aller Fälle von passiver Sterbehilfe mit der ausdrücklichen Absicht zur Beschleunigung des Todeseintrittes.
- Bei der indirekten Sterbehilfe besteht überall zwischen der effektiv angewandten Opiatdosis(steigerung) und der Angabe, ob der Todeseintritt nur in Kauf genommen oder aber ausdrücklich beabsichtigt wurde, ein lediglich lockerer Zusammenhang. Die tatsächlich verwendeten Opiatdosen sind oftmals derart gering, dass rein pharmakologisch ein lebensverkürzender Effekt sehr unwahrscheinlich erscheint.



Zusammenfassung III

Systematische Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern bestehen in folgender Hinsicht:

In Ländern, in welchen Sterbehilfe-Entscheidungen häufiger mit den Betroffenen besprochen werden (NL, CH, BE)

- werden insgesamt mehr Sterbehilfeentscheidungen gefällt
- ist der lebensverkürzende Effekt pro Entscheidung im Durchschnitt ausgeprägter
- spielen Suizidbeihilfe (CH) oder aktive Sterbehilfe auf Verlangen die grössere Rolle