

# Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht in sechs europäischen Ländern: Resultate der EURELD/MELS-Studie

Georg Bosshard<sup>a</sup>, Susanne Fischer<sup>b</sup>, Karin Faisst<sup>c</sup>

Dieser Artikel präsentiert eine Zusammenfassung der Ergebnisse der EURELD/MELS-Studie (Medical End-of-Life Decisions in Six European Countries) zur passiven Sterbehilfe. Zwischen den sechs untersuchten Ländern zeigen sich erhebliche Unterschiede, wie oft eine potentiell lebensverlängernde Behandlung abgebrochen oder gar nicht erst begonnen wird. Am häufigsten werden solche Entscheidungen von Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz angegeben, am seltensten in Italien. In allen Ländern aber sind die gleichen Typen von passiver Sterbehilfe vergleichsweise besonders häufig, nämlich der Verzicht oder Abbruch einer medikamentösen Behandlung sowie einer künstlichen Hydratation/Ernährung. Und in allen Ländern sind Dialyse, Onkotherapie, teilweise auch Chirurgie diejenigen therapeutischen Massnahmen, deren Abbruch oder Verzicht mit einer stärkeren Verkürzung der Überlebenszeit verbunden ist.

*Cet article présente un résumé des résultats de l'étude EURELD/MELS (Medical End-of-Life Decisions in Six European Countries) sur l'assistance passive au décès. De profondes différences se manifestent entre les six pays participant à l'enquête concernant le nombre effectif d'interruptions de traitements cherchant à prolonger la vie ou le nombre de fois où aucun traitement n'a même été commencé. La fréquence de décisions de médecins dans ce sens est la plus élevée en Suisse, la plus basse en Italie. Dans tous les pays cependant, les mêmes types d'assistance passive au décès sont particulièrement fréquents, c'est-à-dire le renoncement ou l'interruption de traitements médicamenteux et d'alimentation/hydratation artificielle. Et dans tous les pays, la dialyse, l'oncothérapie, et en partie la chirurgie, sont les mesures thérapeutiques associées à un raccourcissement plus fort de la survie, lorsqu'on renonce à les utiliser ou qu'on les interrompt.*

## Einleitung

Zwischen Oktober 2000 und September 2003 wurde in sechs europäischen Ländern das Forschungsprojekt *EURELD – Medical end-of-life decisions in 6 European countries* durchgeführt. Im Rahmen dieser Studie wurden über 20000 Ärzte, welche zwischen Juni 2001 und Februar 2002 einen Totenschein ausgefüllt hatten, zu den dem Todesfall vorangegangenen medizinischen Entscheidungen schriftlich befragt. Der Schweizer Part der Studie, MELS, wurde vor Beginn der Datensammlung in der Schweizerischen Ärztezeitung und im PrimaryCare ausführlich vorgestellt [1, 2]. Eine Zusammenfassung der im Juni 2003 im Lancet publizierten ersten Ergebnisse der Studie [3] ist bereits früher in der Schweizerischen Ärztezeitung präsentiert worden [4].

Eine Form der Lebensend-Entscheidung, mit welcher die praktisch tätige Ärztin besonders häufig

konfrontiert wird, ist der Behandlungsverzicht und -abbruch, auch passive Sterbehilfe genannt. Entsprechende Resultate der EURELD-Studie sind im Februar dieses Jahres in den Archives of Internal Medicine publiziert worden [5]. Der vorliegende Artikel liefert eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse dieser Arbeit.

## Ergebnisse

### Passive Sterbehilfe in der Schweiz am häufigsten

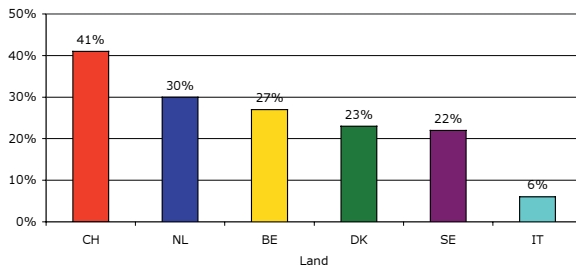
Bereits in den ersten Ergebnissen wurde aufgezeigt, dass die passive Sterbehilfe in allen sechs Ländern, insbesondere aber der Schweiz, häufig vorkam. Die

<sup>a</sup> Institut für Rechtsmedizin der Universität Zürich

<sup>b</sup> Soziologisches Institut der Universität Zürich

<sup>c</sup> Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich

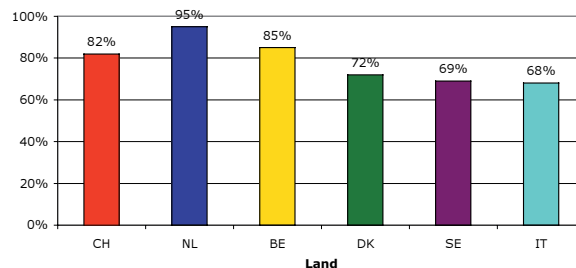
Inzidenz wird in allen Ländern sogar noch höher, wenn man alle Fälle von passiver Sterbehilfe zusammenzählt, also auch diejenigen, wo der Zeitpunkt des Todesintritts nicht alleine durch den Entscheid zum Behandlungsabbruch oder -verzicht, sondern beispielsweise auch durch die Gabe von Opiaten oder Sedativa in hohen Dosen beeinflusst wurde. Dann errechnet sich, dass innerhalb der untersuchten Länder die passive Sterbehilfe in der Schweiz mit 41% aller Todesfälle am häufigsten war, gefolgt von Holland mit 30%. Am seltensten von Behandlungsabbruch oder -verzicht berichteten Ärzte in Italien, nämlich lediglich in 6% aller Todesfälle.



**Abbildung 1.** Anteil passive Sterbehilfe an allen Todesfällen.

**Weitere länderspezifische Differenzen**

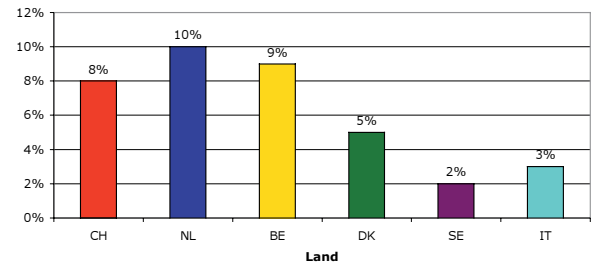
Auch was die Entscheidungsfindung sowie die geschätzte Lebensverkürzung im Zusammenhang mit der passiven Sterbehilfe betrifft, ergaben sich bemerkenswerte länderspezifische Differenzen. In Holland wurden die Entscheidungen zum Behandlungsabbruch oder -verzicht besonders oft, nämlich in 95% aller Fälle, mit den Patienten und/oder deren Angehörigen diskutiert. Hoch war dieser Prozentsatz auch in Belgien (85%) und der Schweiz (82%). Seltener dagegen wurden solche Entscheidungen in Dänemark (72% der Fälle), Schweden (69%) und Italien (68%) besprochen.



**Abbildung 2.** Anteil besprochener Fälle an allen Behandlungsbegrenzungen.

Die Zeitspanne, um welche das Leben als Folge des Behandlungsabbruches oder -verzichtet verkürzt wurde, war eher kurz: Insgesamt, d.h. in allen unter-

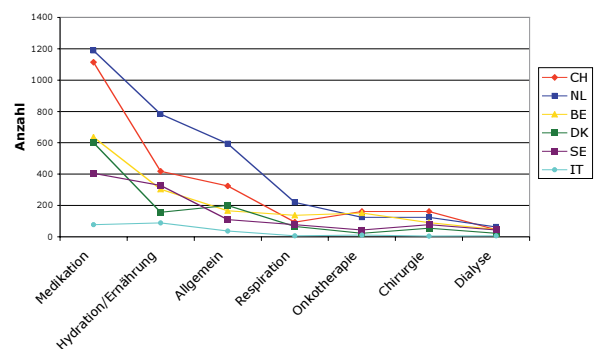
suchten Ländern zusammen, wurde sie in 7% der Fälle auf mehr als einen Monat geschätzt. Höher als der internationale Durchschnitt lag dieser Prozentsatz in Holland (10%), Belgien (9%) und der Schweiz (8%), tiefer in Dänemark (5%), Italien (3%) und Schweden (2%).



**Abbildung 3.** Anteil von Behandlungsbegrenzungen mit einer geschätzten Lebensverkürzung von über einem Monat.

**Gemeinsame Muster bei den Behandlungstypen**

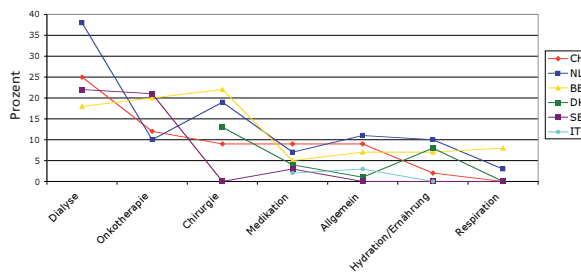
Im Gegensatz zu den obgenannten Unterschieden zwischen den einzelnen Ländern fanden sich in bezug auf die verschiedenen Typen von Behandlungsbegrenzungen in allen Ländern auffallend ähnliche Muster. Überall war – auf je verschiedenem Häufigkeitsniveau – der Verzicht oder Abbruch einer Medikation sowie einer künstlichen Hydratation/Ernährung die häufigste Form der passiven Sterbehilfe. Deutlich seltener waren der Verzicht oder Abbruch einer respiratorischen Therapie (Sauerstoff, Intubation, künstliche Beatmung), einer Onkotherapie (Chemo- oder Radiotherapie), einer chirurgischen Intervention oder einer Dialyse.



**Abbildung 4.** Absolute Häufigkeit von Behandlungsbegrenzungen nach Behandlungstyp.

Ein ebenfalls in allen Ländern ähnliches Muster fand sich betreffend lebensverkürzenden Effekt der verschiedenen Typen von Behandlungsbegrenzungen. Fälle mit einer geschätzten Lebensverkürzung von mehr als einem Monat waren besonders häufig beim Abbruch oder Verzicht einer Dialyse (durchschnitt-

lich 25% der Fälle), einer onkologischen Therapie (14%) sowie einer chirurgischen Intervention (12%). Deutlich niedriger war dieser Prozentsatz in allen Ländern bei den Medikamenten, der Hydratation/Ernährung sowie bei respiratorischen Therapien.



**Abbildung 5.** Relative Häufigkeit von Behandlungsbegrenzungen mit einer geschätzten Lebensverkürzung von mehr als einem Monat.

### Diskussion

Unsere Studie zeigt zum einen medizinische Faktoren – nämlich den Typ der in Frage stehenden Behandlung – auf, welche Entscheidungen passiver Sterbehilfe in allen Ländern auf ähnliche Art und Weise beeinflussen. So ist überall der Verzicht oder Abbruch einer medikamentösen Therapie oder einer Hydratation/Ernährung vergleichsweise häufig. Die Nichtanwendung dieser verhältnismässig einfachen, wenig technisierten medizinischen Massnahmen führt allerdings in den meisten dieser Fälle nur zu einer geringen Verkürzung der Überlebenszeit. Der Verzicht oder Abbruch vergleichsweise mehr «technischer» Interventionen wie Dialyse, chirurgische Massnahmen oder Onkotherapien ist dagegen seltener, wenn er aber erfolgt, sind die Konsequenzen quoad vitam oftmals schwerwiegender.

Es hängt aber nicht nur von der medizinischen Situation ab, ob und unter welchen Umständen Sterbehilfe-Entscheidungen getroffen werden, sondern auch soziale und kulturelle Einflüsse spielen hier eine wesentliche Rolle. Unter den letzteren ist der Faktor «Nationalität» bekanntermassen einer der ganz wesentlichen [6]. Dieser Befund widerspiegelt sich auch in unserer Studie in den eindrücklichen Unterschieden betreffend Häufigkeit von Behandlungsabbruch und -verzicht insgesamt, betreffend Entscheidungsfindung und betreffend lebensverkürzenden Effekt des getroffenen Entscheides zwischen den einzelnen an der Studie beteiligten Ländern. Offenbar empfinden Ärztinnen in Italien, Schweden und Dänemark mehr als ihre Kolleginnen in den Niederlanden, Belgien und der Schweiz eine absolute Pflicht zur Lebenserhaltung. Demgegenüber

steht in den letztgenannten Ländern der Wille des Patienten im Vordergrund auch dann, wenn dieser Wille mit der ärztlichen Pflicht zur Lebenserhaltung bzw. -verlängerung im Widerspruch steht.

Trotz der fast überall hohen Rücklaufquote (Schweiz 67%, Holland 75%, Belgien 59%, Dänemark 62%, Schweden 61%, Italien 44%) kann eine Verzerrung der Ergebnisse durch einen Non-Response-Bias nicht ausgeschlossen werden. Im Zusammenhang mit den auffallenden länderspezifischen Unterschieden in der Häufigkeit der passiven Sterbehilfe ist auch daran zu denken, dass vielleicht in einzelnen Ländern bewusster mit Behandlungsverzicht und -abbruch umgegangen wird als in anderen. Wo dieses Bewusstsein vergleichsweise weniger ausgeprägt ist, könnten eher Fälle vorgekommen sein, in welchen zwar nicht alle möglichen lebensverlängernden Massnahmen zum Einsatz gelangten, dies aber vom betreffenden Arzt gar nicht als Behandlungsverzicht und -abbruch wahrgenommen und entsprechend in der Befragung auch nicht angegeben wurde.

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften die passive Sterbehilfe (inklusive das Zurückhalten der künstlichen Wasser- und Nahrungszufuhr) schon relativ früh zum Thema gemacht hat. So haben bereits die zum Zeitpunkt der vorliegenden Datenerhebung gültigen Richtlinien aus dem Jahre 1995 den Verzicht oder Abbruch lebensverlängernder Massnahmen bei «Sterbenden, deren Grundleiden einen unabwendbaren Verlauf zum Tode genommen hat, und bei zerebral schwerst Geschädigten» ausdrücklich gerechtfertigt [7].

Die Autoren bedanken sich ausdrücklich bei allen Ärztinnen und Ärzten, welche sich trotz ihres oft hektischen Arbeitsalltags die Zeit genommen haben, die im Rahmen der MELS-Studie zugesandten Fragebogen auszufüllen. Ein besonderer Dank geht an die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften für deren vielfältige Unterstützung, welche massgeblich zum Gelingen der Studie beigetragen hat.

Die MELS-Studie wurde durch das Bundesamt für Bildung und Wissenschaft in Bern wesentlich finanziell unterstützt (BBW-Vertrag 99-0889).

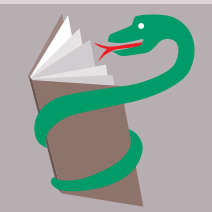
### Literatur

- 1 Faisst K. Medizinische Entscheidungen am Lebensende in der Schweiz. Schweiz. Ärztezeitung 2001;25:1529–32.
- 2 Bosshard G, Fischer S, Faisst K. Die Debatte um die Regelung von Sterbehilfe in der Schweiz und die MELS-Studie. PrimaryCare 2001;1:600–4.
- 3 Van der Heide A, Deliens L, Faisst K et al. End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. Lancet 2003;362:345–50.

- 4 Faisst K, Fischer S, Bosshard G, Zellweger U, Bär W, Gutzwiller F. Medizinische Entscheidungen am Lebensende in sechs europäischen Ländern: Erste Ergebnisse. Schweiz Ärztezeitung 2003;84:1676–8.
- 5 Bosshard G, Nilstun T, Bilsen J et al. Forgoing treatment at the end of life in six European countries. Arch Intern Med 2005;165:401–7.
- 6 Rebagliato M, Cuttini M, Broggin L, et al. Neonatal end-of-life decision making. Physicians' attitudes and relationship with self-reported practices in 10 European countries. JAMA 2000;284:2451–9.
- 7 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten. Schweiz Ärztezeitung 1995;76:1223–5.

---

Dr. med. Georg Bosshard, MAE  
 Facharzt FMH für Allgemeinmedizin  
 Institut für Rechtsmedizin  
 Universität Zürich  
 Winterthurerstrasse 190 / Bau 52  
 8057 Zürich  
 Schweiz  
 E-Mail: bosh@irm.unizh.ch



## POSITIVE EFFECT ON CONSULTATION LENGTH

*Variables that have an independent positive effect on consultation length in Australia identified*

The researchers found: «The following variables had an independent positive effect on consultation length: GP female, older, graduated in Australia, FRACGP-qualified, and in rural practice; patient female, older, new to practice, with higher socioeconomic status, no health concession card, more reasons for encounter, and more problems managed; and management of specific problem types (social, psychological and female genital problems), management of chronic disease, and provision of clinical treatments.»

The researchers concluded: «The independent relationship of some GP, practice, patient and consultation characteristics with length of consultation may affect future GP supply. These factors should be considered in modelling future general practice workforce needs.»

Britt HC, Valenti L, Miller GC. Determinants of consultation length in Australian general practice. Med J Aust 2005;183:68–71. [http://www.mja.com.au/public/issues/183\\_02\\_180705/bri10271\\_fm.html](http://www.mja.com.au/public/issues/183_02_180705/bri10271_fm.html)

Aus: *Journal Alerts from Global Family Doctor – Wonca Online. [www.globalfamilydoctor.com](http://www.globalfamilydoctor.com) / BK*