



Medizinethische Überlegungen zur Verteilung von Spenderlebern

Monika Bobbert

Auszug aus dem Jahresbericht
„Marsilius-Kolleg 2011/2012“



Einleitung

Patienten mit Leberversagen sind vom Tode bedroht, wenn es keine andere Behandlung als eine Lebertransplantation gibt. Aufgrund der Begrenztheit der Spenderorgane kann nicht jeder Patient ein Organ erhalten. Da die Kriterien der Zuteilung eines Lebertransplantats über Leben und Tod entscheiden, bedarf es guter Gründe.

Die klinische Praxis der Organverteilung in Deutschland ist durch rechtliche Vorgaben, berufsethische Normen und Fachstandards geregelt, lässt den behandelnden Ärzten aber Beurteilungsspielräume. Darüber hinaus ergeben sich aus der faktischen klinischen Praxis der Organtransplantation, den Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) und dem Transplantationsgesetz (TPG) aktuelle Fragen in Bezug auf die Normen Gleichheit und Ungleichheit, die noch nicht oder nicht umfassend psychologisch und wissenschaftsethisch bearbeitet wurden. Das interdisziplinäre Projekt im Marsilius-Kolleg wurde auf das Organ Leber zugeschnitten, da die einschlägige Ethik-Literatur zeigt, dass die Problemkonstellationen je nach Organ, z. B. Leber, Niere, Herz und nach Herkunft des Transplantats unterschiedlich sind.

Im ersten Jahr wurden in Kooperation mit einem Juristen (Gerhard Dannecker) und einem Mediziner (Tom M. Ganten) spezifische Fragen der Zuteilung von Lebertransplantaten hirntoter Patienten bearbeitet, u.a. Verteilungskriterien und medizinische Prognosekriterien sowie Alkoholabhängigkeit und „Non-Compliance“ als potenzielle Ausschlusskriterien. Die Themen Retransplantation–Teilen eines Lebertransplantats eines hirntoten Patienten zwischen erwachsenen Empfängern (split liver)–Leberlebendspende und Ressourcenverteilung wurden gleichermaßen diskutiert, konnten jedoch nicht eingehend bearbeitet werden.

Die wissenschaftsethische und psychologische Bearbeitung der oben genannten Fragen stellte ein Forschungsdesiderat dar, das sich nur durch interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Medizin und den Rechtswissenschaften bearbeiten ließ. Das spezifische Aufgabenfeld der Psychologie bestand aus einer methodenkritischen Sichtung und Zusammenführung empirisch-psychologischer Erkenntnisse. Das Aufgabenfeld der Ethik bestand aus einer Explikation und Reflexion ethisch

Medizinethische Überlegungen zur Verteilung von Spenderlebern

Monika Bobbert

relevanter Wertungen in medizinischen und psychologischen Studien und ihren Zielsetzungen. Die daran anschließende ethische Diskussion erfolgte auf der Basis der ethischen Theorie von Alan Gewirth¹, die in kantischer Tradition steht, aber neben negativen moralischen Rechten und Pflichten auch kategorische positive (Hilfe-)Pflichten begründet. Problemanalysen und Reflexionen ausgewählter Fragen in Bezug auf Regeln und Praxis der Leberallokation trugen unter anderem dazu bei, den berufsständischen (BÄK) und rechtlichen (TPG) Änderungsbedarf herauszuarbeiten.

Klinisch-empirische Aspekte und die Verteilungskriterien Dringlichkeit und Erfolgsaussicht

Das spannungsreiche Verhältnis der Zuteilungskriterien Dringlichkeit und Erfolgsaussicht wurde in Bezug auf die Lebertransplantation im Dezember 2006 durch die Einführung des MELD (Model for End Stage Liver Disease)-Scores verändert. Hatten zuvor Dringlichkeit und Wartezeit die Chancen der Zuteilung eines Lebertransplantats bestimmt, erhielt nun die Dringlichkeit starkes Gewicht. Waren früher viele Patienten auf der Warteliste verstorben, so dass eher Patienten mit „gutem Durchhaltevermögen“ eine Leber erhielten, führte nun die Zuteilung der Lebertransplantate angesichts sehr hoher Dringlichkeit in Deutschland zu höheren postoperativen Sterblichkeitsraten. Transplantationsmediziner fordern daher seit einiger Zeit, bei der Verteilung von Lebertransplantaten die Erfolgsaussicht stärker zu berücksichtigen.

Die ethisch-relevanten Bewertungen, die der MELD-Score und andere Scores enthalten, wurden herausgearbeitet. Da u. a. die Art des Erfolgskriteriums ethisch relevant ist, wurden im Fellowjahr die „medizinischen“ Erfolgsmaße, so z. B. perioperative Mortalitäts- und Komplikationsraten, Halb-, Ein- oder Fünfjahresüberleben sowie Langzeitfolgen diskutiert. Ein argumentativ begründetes Ergebnis der bisherigen Fellow-Zeit besteht darin, dass das prognostische Überleben zumindest drei Monate umfassen sollte – sofern man die Transplantation als zielorientierte Behandlungsmaßnahme versteht.² Inwiefern sich die postoperative Überlebensrate durch – derzeit in Deutschland noch nicht eingesetzte – prognostische Scores verbessern ließe, ist noch zu klären. Die Zulässigkeit des Einsatzes von Scores, die den postoperativen Erfolg vorherzusagen beanspruchen, hängt zum einen von der Begründbarkeit des Kriteriums Erfolgsaussicht ab. Zum anderen ist der Einsatz be-

stehender oder noch zu entwickelnder Scores, die auf statistischen Korrelationen beruhen, nicht nur im Hinblick auf ihre Validität und Reliabilität zu diskutieren, sondern auch auf den Stellenwert biostatistischer Aussagen, die auf individuelle Patienten bezogen werden.

Alkoholabhängigkeit als Zurückstellungs- oder Ausschlusskriterium

Wenngleich Einigkeit darin besteht, alkoholabhängige Patienten nicht generell von einer Organtransplantation auszuschließen (in der Regel wird eine sechsmonatige Abstinenz verlangt), kann der Arzt davon absehen, einen Patienten umgehend für die Warteliste bei Eurotransplant anzumelden. Der ärztliche Entscheidungsspielraum ist von Annahmen beeinflusst – z. B. ob Alkoholabhängigkeit eine Krankheit oder ein abweichendes Verhalten darstellt, ob sie soziale Ursachen hat, ob Willensfreiheit bzw. eigenes Verschulden zugrunde liegt oder ob der Alkohol Kranke „Compliance“ zeigt.

Im ersten Fellowjahr wurden aus psychologischer und psychiatrischer Sicht die Krankheitsformen, Entstehungshypothesen, Therapieansätze und -erfolge des Alkoholmissbrauchs bzw. der -abhängigkeit erarbeitet. Es wurde deutlich, dass sich die in Ausbildung und über Lehrbücher vermittelten Kenntnisse und Theorien der Ärzt(inn)en, Psychiater(inn)en und Psycholog(inn)en unterscheiden. So lernen z. B. Medizinstudierende nur wenig über Alkohol als Suchterkrankung. Darüber hinaus zeigte sich, dass je nach psychologischer Hintergrundtheorie Entstehungshypothesen, Therapieansätze und -erfolgsprognosen variieren. Die je nach Profession und Theorie unterschiedlichen, meist impliziten Schuld- oder Krankheitszuschreibungen werden aus ethischer Sicht zum Problem, wenn darauf basierend Transplantate vorenthalten oder zugeteilt werden.

Abschließend – dies steht noch aus – wäre noch eine auf das solidarisch finanzierte Gesundheitssystem gerichtete Frage zu präzisieren: Die BÄK verlangt Coping-Strategien zur Bewältigung von Schwierigkeiten nach der Transplantation. Hier ist nicht klar, um welche Coping-Strategien es sich handelt. Davon abgesehen wäre vor dem Hintergrund von Hilfsverpflichtungen aus sozialetischer und psychologischer Sicht zu diskutieren, welche Formen professioneller Unterstützung alkoholabhängige Patienten erhalten sollten. Durch die bisherige ethische und psychologische Reflexion ergaben sich bereits große Zweifel daran,

ob sich die sechsmonatige Abstinenzforderung der BÄK (2009) vor Aufnahme auf die Warteliste und der in der Praxis bestehende Beurteilungsspielraum der Ärzte rechtfertigen lassen.

„Non-Compliance“ als Zurückstellungs- oder Ausschlusskriterium

Die von der BÄK und vielen Ärzten eingeforderte Bedingung der „Compliance“ bzw. „Adherence“, d. h. die Mitwirkung des Patienten, was z. B. das Einhalten von Arztterminen, die Einnahme von Medikamenten oder gesundheitsbezogenes Verhalten anbelangt, wurde aus psychologischer und ethischer Sicht reflektiert. Die „Non-Compliance“ eines Patienten kann bzw. soll dazu führen, dass ein Patient nicht auf die Warteliste aufgenommen wird. Als Grund führen Ärzt(inn)en häufig an, dass ohne Compliance der postoperative Erfolg nicht gewährleistet sei.

Allerdings existieren keine empirischen Studien, die belegen könnten, dass sich aus der Compliance bzw. Non-Compliance vor einer Transplantation zuverlässige Schlüsse auf die künftige Compliance ziehen lassen. Zudem berichten Ärzte und Psychologen auch von Einzelfällen, in denen das postoperative Verhalten überraschenderweise in der einen oder anderen Richtung vom präoperativen Verhalten abgewichen ist – angesichts der Erfahrung der Lebensrettung oder einer „Lerngeschichte“ des Patienten. Hinzu kommt, dass das Konzept der Compliance nicht klar umrissen ist, so dass die daran geknüpften Erwartungen in der klinischen Praxis je nach Arzt oder Transplantationszentrum variieren können. Das klinische Vorab-Urteil des Arztes über die künftige Compliance ist also angesichts methodischer Schwierigkeiten und fehlender empirischer Grundlagen fraglich. Geht man aus ethischer Sicht zudem von moralischen Hilfspflichten für einen Patienten, der vom Tod bedroht ist, aus, so dürfte Non-Compliance kein Ausschlusskriterium sein. Vielmehr müsste man von psychotherapeutischen und sozialen Hilfspflichten reden, denen ein Gesundheitssystem und seine professionellen Helfer unter Einsatz ihrer Fachkompetenzen nachkommen sollten.

Interdisziplinarität als methodische Voraussetzung der Bio- und Medizinethik

Eine interdisziplinäre Medizin- und Bioethik versteht ethische Reflexion als Anliegen der Ärzt(inn)e(n) und Biolog(inn)en, da diese Personen Verantwortung für ihr klinisches Handeln und ihre Forschungsaktivitäten tragen. Dies bedeutet unter

anderem, dass die empirisch arbeitenden Wissenschaftler(innen) Problemanzeigen und Sachwissen in die wissenschaftsethischen und öffentlichen Debatten einbringen sollten. Zur Bearbeitung der sich aus der Biomedizin ergebenden ethischen Fragestellungen und zur fundierten Urteilsbildung ist dann jedoch eine interdisziplinäre Herangehensweise erforderlich, an der Wissenschaftler(innen) aus unterschiedlichen Disziplinen beteiligt sein sollten. Zum einen ist der Dialog mit der philosophischen und theologischen Ethik unabdingbar, da eine anwendungsorientierte Ethik auf einer methodisch reflektierten Anwendung von Theorien, Begriffen und Normen beruhen muss. Ethik als Wissenschaft hat die Aufgabe, moralische Wertungen und Normen auf ihre Schlüssigkeit hin zu untersuchen, Argumente zu prüfen sowie Kohärenzen und Widersprüchlichkeiten festzustellen.

Zwar gibt es bei moralischen Fragestellungen der Biomedizin nicht immer eine rational bestimmbare einzig „richtige“ Antwort. In diesen Fällen geht es darum, die Spielräume, die gerechtfertigte und damit legitime Lösungen beinhalten, wahrzunehmen und Entscheidungen im Rahmen des Vernünftigen auszuweisen. Dabei werden die Schnittstellen von Ethik und Recht permanent berührt. Die rechtlichen Möglichkeiten und Grenzen von Entscheidungen sind von der Rechtswissenschaft im Dialog mit der Ethik und den Humanwissenschaften herauszuarbeiten. Die Kultur- und Sozialwissenschaften sind heranzuziehen, um Problemstellungen und gesellschaftliche Konsequenzen angemessen zu erfassen.

Ein solcher interdisziplinärer Diskurs über bio- und medizinethische Fragestellungen setzt eine einschlägige Koordination und Konzeption voraus, um eine hohe Qualität der angewandten Ethik zu sichern und gegebenenfalls begründete Ergebnisse in Gesellschaft und Politik hinein zu vermitteln. Folgendes pragmatisches Defizit, auf das u. a. der Jurist und Präsident des Deutschen Hochschulverbandes, Bernhard Kempen, aufmerksam machte, ist dabei allerdings zu vermeiden: „Oft genug erschöpfen sich die Berichte und Empfehlungen der öffentlichen Ethik-Einrichtungen in praktischen Ratschlägen, die das Niveau banaler Vereinsregeln kaum erreichen. Ethik in den Wissenschaften verlangt nach mehr: nach einer Reflexion des Ethik-Begriffs unter den Bedingungen einer entmystifizierten Wissenschaft, nach methodischer Stringenz und inhaltlicher Konsistenz und erst dann nach praktischen Verhaltensanweisungen. Nur so ist Ethik in der Wissenschaft vorstellbar, nur als wissenschaftlich fundierte Ethik vermag sie in der Wissenschaft Akzeptanz zu finden und Orientierung zu geben.“³

Die Bio- und Medizinethik will weder herausfinden, was der Fall ist noch was der Fall sein wird, sondern fragt, wie wir handeln sollen und wie sich dies begründen lässt. Sie ist also eine präskriptive Disziplin. Es gilt zu klären, was der aus ethischer Sicht verantwortliche und richtige Umgang mit den Möglichkeiten von Biologie und Medizin ist. Dazu müssen, obwohl ein methodischer Vorrang der normativen Ethik vor den andern Disziplinen besteht, zur Beantwortung der normativen Frage eine Reihe deskriptiver und prognostischer Aspekte untersucht werden.

Interdisziplinarität im Teilprojekt zur Lebertransplantation

Konkret auf das Projekt zu „Medizinischen, ethischen und rechtlichen Fragen der Lebertransplantation“ bezogen hieß dies unter anderem:

1. Information über neue medizinische bzw. medizinisch-technische Möglichkeiten und Verstehen der zugrunde liegenden wissenschaftstheoretischen Annahmen: So verändern beispielsweise neue Informationen über neue Medikamente zur Immunsuppression, die eine geringere Kompatibilität des Spenderorgans tolerierbar machen, die Chancen von Organempfängern.
2. Identifikation „gemischter“ Urteile in der Medizin, um die evaluativen Anteile explizit zu machen und gegebenenfalls argumentativ einzuholen oder zu verwerfen: „Gemischte Urteile“ bringen mit sich, dass ihre Berechtigung von unterschiedlichen Disziplinen und Diskursen geprüft werden muss. Angesichts verschiedener Fragestellungen, Prämissen und Beantwortungskompetenzen ist es erforderlich, dass im Ansatz die Arbeitsweise und die theoretischen Voraussetzungen der jeweils anderen Disziplinen verstanden werden: So ist z. B. herauszuarbeiten, dass das ärztliche Urteil „transplantierbar“ versus „nicht transplantierbar“ vom gesetzten Erfolgskriterium abhängig ist.
3. Information über zukünftige Möglichkeiten und Unsicherheiten und Bewertung der Ziele, erforderlichen Mittel und potenziellen Folgen der unterschiedlichen Optionen: In Bezug auf die Forschung steht vor allem die Realistik und moralische Akzeptabilität der Forschungsziele und Mittel zur Debatte; vgl. z. B. eine „Technikfolgenabschätzung“ des Split-liver-Verfahrens bei Organen hirntoter Patienten, der Leberlebendspende oder anderen Alternativen der Organtransplantation.

4. Thesen geleitetes, methodisch reflektiertes Einholen der psychischen und sozialen „Wirklichkeit“ der direkt und indirekt betroffenen Akteure: Warum sind bestimmte Bedürfnisse für Menschen relevant? Welche kulturellen Horizonte spielen eine Rolle. Dabei geht es nicht nur darum, empirische Daten zu erheben, sondern diese sozialwissenschaftlich und gesellschaftstheoretisch zu interpretieren. Weiterhin geht es darum, auch den historischen und kulturellen Hintergrund zu verstehen, bevor eine ethisch-normative Bewertung vorgenommen wird; vgl. z. B.: Was wissen wir über die Motive der Betroffenen, die die Transplantationsmedizin in Anspruch nehmen? Wie beeinflussen die neuen medizinisch-technischen Entwicklungen das menschliche Selbstverständnis in Bezug auf Leib, Endlichkeit und Sterben? Welche Erfahrungen wurden in anderen Ländern gemacht und lassen sich diese auf die Situation in Deutschland übertragen? Inwiefern sind Erwartungen an individuelle oder familiäre „Compliance“ kulturabhängig?
5. Unterscheidung von ethisch-normativen Fragestellungen und Fragestellungen, die auf der Ebene einer Ethik des guten bzw. gelingenden Lebens beantwortet werden können: Die Zuordnung zum normativen und evaluativen Bereich ist begründungsbedürftig. Einer differenzierten Argumentation bedürfen ethisch-normative Urteile, die auf die Frage „Was sollen wir tun?“ Antwort geben.
6. Umschreiben eines etwaigen rechtlichen Regelungsbedarfs: In Bezug auf bestehenden Regelungen lässt sich unter Umständen Änderungsbedarf aufzeigen, sei es in Form von Gesetzesänderungen, -präzisierung oder Neuregelungen. Die Notwendigkeit des Regelungsbedarfs wird unter anderem vom „Gegenstand“ und seiner Relevanz für Individuen und Gesellschaft abhängen.

Interdisziplinarität im Marsilius-Kolleg

Die Marsilius-Fellows 2011/2012, die beiden Direktoren Wolfgang Schluchter und Hans-Georg Kräusslich und der Geschäftsführer Tobias Just sowie die Kooperationspartner Gerhard Dannecker (Rechtswissenschaften) und Tom M. Ganten (Medizin) des Teilprojekts zur Organtransplantation ermöglichten eine intensive und organisatorisch abgesicherte interdisziplinäre Erarbeitung des Themas durch Hinweise und kritische Anfragen aus unterschiedlichen Disziplinen. Während sich die

Bio- und Medizinethik bei anderen Fragestellungen Dialog- und Kooperationspartner suchen muss und durch die knappen Zeitbudgets der Wissenschaftler(innen) anderer Disziplinen Grenzen erfährt, bietet das Marsilius-Kolleg durch sein in der interdisziplinären Arbeit sehr erfahrendes Leitungsteam und seine Förderstruktur einen zuverlässigen und kreativen Diskussionsrahmen. Im Laufe des Jahres erwuchs durch die konstruktive Moderation der Direktoren aus einer Addition von Disziplinen zunehmend ein Dialog zwischen den Disziplinen. Aus den Montagsdiskussionen resultierten für die Kollegmitglieder auch für ihre je eigene Disziplin häufig Differenzierungen der Fragestellungen und Vorgehensweisen. Für das Gelingen eines interdisziplinären Dialogs müssen alle Beteiligten neben Zeit auch Interesse an den Fragestellungen, Methoden und theoretischen Konzepten anderer Disziplinen aufbringen. Das Kollegjahr war durch zunehmendes Verständnis für die anderen Wissenschaften und die Freude an interdisziplinären Diskussionen geprägt.

¹ Alan Gewirth: *Reason and Morality*, Chicago: The University of Chicago Press 1978.

² vgl. für die Argumentation den eingereichten Beitrag von Monika Bobbert und Tom M. Ganten: *Liver allocation: urgency of need or prospect of success? Ethical considerations*, in: *Clinical Transplantation* (2012).

³ Bernhard Kempen: *Ethik in der Wissenschaft – Über Ethik-Kommissionen, ethisches Bewusstsein und die Verantwortung der Lehrenden*, in: *Forschung & Lehre* 5 (2010), S. 322.

Publikationen im Projektjahr

- Bobbert, Monika und Tom M. Ganten: *Liver allocation: urgency of need or prospect of success? Ethical considerations*, in: *Clinical Transplantation* (2012).
- Bobbert, Monika: *Die Vergabekriterien Dringlichkeit und Erfolgsaussicht in der Lebertransplantation und der MELD-Score aus ethischer Sicht* (in Vorbereitung).