

Susanne Heinold
Dr.med.

Auswirkungen einer Nierenlebenspende auf den psychosozialen und klinischen Verlauf des Spenders

Promotionsfach: Innere Medizin

Doktormutter: Frau Prof. Dr. med. Claudia Sommerer

Bei terminal niereninsuffizienten Patienten stellt die Nierentransplantation in jeglicher Hinsicht die Therapieoption der Wahl dar. Aufgrund des fortbestehenden und gravierenden postmortalen Spendeorganmangels, kann durch die zunehmenden Lebendspendebereitschaft zumindest teilweise eine entsprechende Therapie ermöglicht werden. Auch aus transplantationsmedizinischer Sicht (bessere Funktionsraten der Lebend-Spendeniere gegenüber der postmortal entnommenen Spendeniere, elektive Vorbereitung des Empfängers bei HLA-Mismatch oder Blutgruppeninkompatibilität) sowie aufgrund der elektiven Planbarkeit (kombiniert optimierter operativer Zeitpunkt für Spender und Empfänger/ beide Operationen an einem Transplantationszentrum, mögliche präemptive Operationssituation) ist die Lebendspende eine mögliche Alternative für die postmortale Spende.

Bemerkenswert ist jedoch der Umstand, dass ein gesunder Mensch sich freiwillig zum Wohle eines anderen, einem operativen Risiko und einer willentlich eingegangenen Veränderung der Lebens- und Gesundheitssituation aussetzt. Demzufolge sind der Schutz und das Wohlbefinden des Spenders als herausragendes Ziel zu sehen.

In der vorliegenden Arbeit erfolgte am Transplantationszentrum der Universitätsklinik Heidelberg im Zeitraum von Dezember 1995 bis Oktober 2011 anhand von postoperativen somatischen Verlaufsparemtern sowie eines eigens erstellten psychosozialen Fragebogens, eine Auswertung des körperlichen und psychosozialen postoperativen „Outcomes“ der Lebendspendepatienten. In den Fragebogen eingebunden waren standardisierte Fragen zur Erhebung der Lebensqualität (Beschwerdenliste nach Zerssen, Short Formular SF-12) sowie die standardisierten Fragen der HADS-Evaluation zur Erfassung von Angst- und Depressionssymptomen. Die Erhebung dieses psychosozialen Fragebogens erfolgte

durchschnittlich im Zeitraum von $39,3 \pm 38,6$ postoperativen Monaten. Fragebögen die in einem Zeitraum ≤ 45 postoperativen Tagen ausgefüllt wurden, gingen nicht in die Evaluation ein, um eine Interaktion mit der postop. Rekonvaleszenzphase auszuschließen.

Bei den, im Durchschnitt $49,1 \pm 11,4$ Jahre alten und größtenteils weiblichen Spendern, wurden überwiegend konventionell-chirurgische Spendenephrektomie durchgeführt. Es zeigte sich weder eine auffällige Manifestation noch Häufung von postoperativen Komplikationen im Vergleich mit anderen entsprechenden Untersuchungen.

Die Auswertung der Fragebögen ergab, dass der postoperative psychosoziale Verlauf, sowohl in der subjektiven Einschätzung, wie auch in der objektiven Analyse, überwiegend positiv verlief. 97% der Spender würde, unabhängig vom eigenen postoperativen Verlauf, wie auch unabhängig vom postoperativen Verlauf des Empfängers, jederzeit wieder spenden.

Dennoch darf dies nicht darüber hinweg täuschen, dass ein Prozentsatz von $< 20\%$ eine subjektiv empfundene und objektiv nachweisbare postoperative Beeinträchtigung der körperlichen, seelischen und sozialen Lebensqualität erfahren hat. Als somatische und demographische Prädispositionsfaktoren konnten in der vorliegenden Arbeit ein erhöhter präoperativer BMI, das männliche Geschlecht sowie ein vorhandener Migrationshintergrund aufgezeigt werden. Als psychosoziale „Risikofaktoren“ ergaben sich u.a. eine, als unzureichend empfundene oder nicht individualisierte präoperative Aufklärung, die „Eltern-Spende“, eine kurze Bedenkzeit, eine Entscheidung aus „Pflichtgefühl“ und ein vorwiegend von „außen“ getriggertem Entschluss zur Lebendspende mit geringer aktiver Entscheidungsarbeit des Patienten. Daneben zeigte sich als negativer Faktor, eine fehlende oder nicht tragfähige postoperative soziale und familiäre Einbindung des Patienten.

Schlussfolgernd ergibt sich somit, dass bei allen genannten positiven Faktoren der Lebendspende, unter dem aktuellen präoperativen Auswahl- und postoperativen Nachsorge-Verfahren, bereits ein relativ geringer Anteil von „problematischen Verläufen“ auftritt. Ziel sollte jedoch eine weitere Reduktion dieser „negativen Outcome-Patienten“ sein. Es gilt somit eine unveränderte Sorgfalt hinsichtlich der medizinisch-psychologischen Auswahlkriterien an den Tag zu legen und eine adäquate, individualisierte und umfassende Aufklärung und Nachsorge, die sowohl somatische, aber auch psychologische Affektionen abdeckt, anzustreben. Der potentielle Spender sollte aktiv und von Dritten möglichst unbeeinflusst in die Entscheidung eingebunden werden und bereits im präoperativen Verlauf in ein tragfähiges soziales Umfeld eingegliedert sein.