INTERESSENGEMEINSCHAFT
NIERENLEBENDSPENDE E.V.

# Fatigue nach Nierenlebendspende: Warum die Verkürzung auf „etwa 5 %“ in die Irre führt

Der Online-Bericht „*Nach Nierenlebendspende berichtet Minderheit über Einschränkungen im Alltag*“ des Deutschen Ärzteblatts vom 29. Oktober 2026 rückt eine Zahl in den Vordergrund: Etwa fünf Prozent der untersuchten Nierenlebendspender und -spenderinnen berichten ein Jahr nach der Spende über mäßige bis sehr starke Alltagseinschränkungen in Verbindung mit erhöhten Fatiguewerten. Grundlage ist eine aktuelle Auswertung des SOLKID-Lebendspenderegisters, veröffentlicht im Abstractband der 18. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) 2026 in Leipzig (S. 13, Abstract FV08). Der Bericht nennt auch die Veränderungen in allen fünf MFI-20-Subskalen und weist darauf hin, dass bei 28,42 % der Spender und Spenderinnen mindestens ein Fatiguewert erhöht ist. [1, 2]

Die Zahl „etwa 5 %“ beschreibt einen eng definierten Befund: erhöhte Fatiguewerte in Verbindung mit mäßigen bis sehr starken Alltagseinschränkungen. Als allgemeine Angabe zur Häufigkeit von Fatigue nach Nierenlebendspende ist sie aber irreführend.

Die Interessengemeinschaft Nierenlebendspende e. V. (IGN e. V.) sieht die Gefahr, dass sich in Aufklärungsgesprächen und Informationsmaterialien eine beruhigende Kurzformel etabliert, während die übrigen Ergebnisse in den Hintergrund treten. Wer eine gesunde Niere abgeben soll, hat aber Anspruch auf eine verständliche Darstellung der gesundheitlichen Risiken einschließlich möglicher Einbußen der Lebensqualität. Dafür genügt es nicht, nur die Teilgruppe der Nierenlebendspender und -spenderinnen zu beschreiben, die erhöhte Fatiguewerte und zugleich mäßige bis sehr starke Alltagseinschränkungen berichten.

**Die vollständige Übersicht zeigt Veränderungen in allen fünf MFI-20-Subskalen.** FV08 umfasst Daten von 1.318 Personen vor der Spende (T0) und 922 Personen ein Jahr danach (T1). Angegeben werden Anteile mit MFI-20-Werten mehr als eine Standardabweichung über der alters- und geschlechtsangepassten Norm. Es handelt sich um Schwellenüberschreitungen, nicht um durchschnittliche Skalenwerte.

| MFI-20-Subskala | Englische Bezeichnung | Was sie erfasst – sinngemäß | T0: vor der Spende | T1: ein Jahr danach | Differenz in Prozentpunkten |
|---|---|---|---|---|---|
| **Allgemeine Fatigue** | General Fatigue | Übergreifendes Erschöpfungsgefühl und subjektiv eingeschränkte Fitness. | 4,77 % | 16,59 % | +11,82 |
| **Körperliche Fatigue** | Physical Fatigue | Körperliches Ermüdungsgefühl und subjektiv eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit. | 4,86 % | 12,15 % | +7,29 |
| **Mentale Fatigue** | Mental Fatigue | Schwierigkeiten mit Konzentration und dem Aufrechterhalten der Aufmerksamkeit. | 6,75 % | 12,15 % | +5,40 |
| **Verminderte Aktivität** | Reduced Activity | Nach eigener Einschätzung weniger unternehmen oder erledigen. | 5,16 % | 14,19 % | +9,03 |
| **Verminderte Motivation** | Reduced Motivation | Weniger Antrieb beziehungsweise weniger Lust, Aktivitäten oder Vorhaben anzugehen. | 5,84 % | 11,71 % | +5,87 |

*Zahlen: FV08; Differenzen selbst berechnet. Skalenbeschreibungen: sinngemäße Zusammenfassung des MFI-20. Jede Subskala enthält vier Aussagen. Die Prozentwerte dürfen wegen Überschneidungen nicht addiert werden.* [2, 3]

„Mental“ bezeichnet kognitive Beschwerden in Form von Schwierigkeiten mit Konzentration und dem Aufrechterhalten der Aufmerksamkeit. „Verminderte Motivation“ beschreibt erlebte Einschränkungen. Aus einem erhöhten Wert dieser Subskala allein lassen sich weder die Ursache der Beschwerden noch mangelnde Willenskraft ableiten. Die MFI-20-Subskala

„Mentale Fatigue“ und die Vitalitätsskala des SF-36 sind unterschiedliche Messgrößen; sie dürfen nicht gleichgesetzt werden. [3]

**Die fünf Prozent entstehen durch ein zusätzliches Kriterium.** Bei T1 hatten 262 von 922 Personen, also 28,42 %, mindestens einen erhöhten Fatiguewert. Für die anschließende Auswertung der Alltagseinschränkungen nennt der Abstract 260 Personen aus dieser Gruppe. Davon berichteten 42 mäßige bis sehr starke Einschränkungen: 16,15 % dieser Teilgruppe beziehungsweise 4,56 % der gesamten T1-Kohorte. Warum sich der Nenner von 262 auf 260 Personen verringert, wird nicht erläutert. Die Aussage „nur fünf Prozent haben Fatigue“ lässt sich daraus nicht ableiten. Der Ärzteblatt-Bericht nennt zudem „weitere“ 28 von 922 Personen (3,04 %), die sich für berufliche oder alltägliche Aktivitäten weniger als 50 % fit fühlten. Ob und wie weit sich diese Gruppe mit den 42 Personen überschneidet, geht aus FV08 nicht hervor. Die Anteile von 4,56 % und 3,04 % dürfen deshalb nicht addiert werden.

Zusätzlich stieg der Anteil mit normabweichend verringerter körperlicher Lebensqualität im SF-12 von 0,54 % auf 5,29 %, mit verringerter psychischer Lebensqualität von 5,56 % auf 12,57 %. Auch diese Ergebnisse gehören zum Gesamtbild. [2]

Die ergänzende Erfassung der Alltagsfunktion ist sinnvoll. Sie hilft, die praktische Bedeutung von Beschwerden zu beurteilen. Sie berechtigt jedoch nicht dazu, alle Personen unterhalb dieser zusätzlichen Schwelle als beschwerdefrei einzustufen. Für Spendeninteressierte können auch ein erhöhter Erholungsbedarf, weniger verfügbare Energie oder Konzentrationsprobleme entscheidungsrelevant sein. Ob das verwendete Maß für Alltagseinschränkungen dieses Spektrum angemessen abbildet, lässt sich dem Abstract nicht entnehmen.

Nach Einschätzung der IGN e. V. können die Folgen vergleichbarer Fatiguewerte je nach Lebens- und Arbeitsbedingungen erheblich unterschiedlich ausfallen. Wer seinen Tagesablauf flexibel gestalten kann, kann zusätzliche Ruhezeiten möglicherweise leichter einplanen als Personen, deren Tätigkeit über Stunden körperliche und/oder kognitive Leistungsfähigkeit erfordert. Im Einzelfall können Einschränkungen der Konzentration und Belastbarkeit sowie rasch eintretende körperliche Erschöpfung die weitere Berufsausübung gefährden. Eine Aufklärung, die sich nur auf die Häufigkeit mäßiger bis sehr starker Alltagseinschränkungen beschränkt, wird dieser individuellen Tragweite nicht gerecht.

Umgekehrt sind 28,42 % mit mindestens einer Normabweichung keine gesicherte klinische Erkrankungsquote. Die fünf Skalen überschneiden sich. In einer deutschen Bevölkerungsstichprobe bestätigten Westenberger et al. 2022 die ursprüngliche Fünffaktorenstruktur des MFI-20 nicht. Dies begrenzt die Interpretation der Subskalen als klar voneinander getrennte Dimensionen. [3] Ebenso wenig ergibt sich aus den Gruppenanteilen bei unterschiedlichen Fallzahlen unmittelbar, wie viele Personen neu betroffen sind oder welcher Anteil der Beschwerden durch die Spende verursacht wurde. Die ausgewiesenen Anteile mit erhöhten Fatiguewerten liegen ein Jahr nach der Spende in sämtlichen fünf Subskalen über den präoperativ ausgewiesenen Anteilen. Dies ist ein ernst zu nehmender Befund, dessen Ursachen und individuelle Verläufe weiter untersucht werden müssen.

Nach den Erfahrungen der IGN e. V. aus ihrer Beratungsarbeit können Scham und die besondere persönliche Beziehung zum Organempfänger oder zur Organempfängerin dazu beitragen, dass Betroffene ihre Beschwerden zurückhaltend schildern. Ob und in welchem Ausmaß eine solche Untererfassung die SOLKID-Ergebnisse beeinflusst, lässt sich aus den veröffentlichten Angaben nicht beurteilen.

**Die älteren SOLKID-Befunde von 2022 verlangen eine ausdrückliche Einordnung.** Suwelack et al. untersuchten 336 Spender und Spenderinnen aus 20 deutschen Zentren. 2022 berichteten sie bei allgemeiner Fatigue einen Anstieg der Anteile oberhalb ihrer Schwelle von 6,3 % (20/320) vor der Spende auf 18,4 % (54/294) nach zwölf Monaten, bei mentaler Fatigue von 10,6 % (34/320) auf 28,1 % (81/288). Die unterschiedlichen Nenner bezeichnen die jeweils verfügbaren auswertbaren Angaben je Messzeitpunkt und Subskala. [4]

Die Autoren und Autorinnen bewerteten die Zunahme mentaler Fatigue ausdrücklich als klinisch relevant. Sie verglichen den Mittelwert der nach zwölf Monaten nachuntersuchten Gruppe von 9,34 Punkten auf der MFI-20-Subskala für mentale Fatigue mit Literaturwerten unter anderem von Krebsüberlebenden (8,19) und Patienten und Patientinnen unter

Strahlentherapie (10,2). Dabei benannten sie eine wesentliche Grenze: Die externen Vergleichsgruppen waren etwa zehn Jahre älter; ein belastbarer Vergleich sei nicht möglich. Es gab keine parallel untersuchte Krebs-Kontrollgruppe. Der Vergleich betrifft die mentale Fatigueskala, nicht eine Gleichsetzung der gesamten Gesundheit von Spendern und Spenderinnen mit derjenigen von Krebspatienten und -patientinnen. [4]

**Eine Neubewertung früherer Aussagen braucht eine wissenschaftliche Begründung.** Ob eine Abschwächung der früheren Bewertung beabsichtigt ist, lässt sich aus FV08 nicht feststellen. Nachprüfbar sind unterschiedliche Auswertungen: Die ältere Arbeit verwendete feste, aus deutschen Bevölkerungsnormen abgeleitete Schwellenwerte für allgemeine und mentale Fatigue. FV08 beschreibt dagegen eine alters- und geschlechtsangepasste Normierung und hebt zusätzlich die Verbindung mit Alltagseinschränkungen hervor. Ein belastbarer Vergleich setzt gleichartige Auswertungen und die Berücksichtigung der unterschiedlichen Kohorten voraus. Die ältere Zahl 28,1 % für mentale Fatigue ist auch nicht mit den aktuellen 28,42 % für mindestens eine beliebige Skala identisch.

Die IGN e. V. erwartet eine ausdrückliche wissenschaftliche Einordnung. Falls die frühere Einschätzung der klinischen Bedeutung revidiert werden soll, müssen die Gründe und die dafür tragenden Daten offengelegt werden. Der aktuelle Abstract nennt die höheren Fatigueanteile selbst und fordert eine differenzierte Interpretation. Die Kritik der IGN e. V. richtet sich gegen eine öffentliche oder klinische Verkürzung, durch die diese Befunde ihre Bedeutung für die Aufklärung verlieren könnten.

Andere Studien zeigen, weshalb eine einzige Prozentzahl dem Forschungsstand nicht gerecht wird.

**Rodrigue et al.** dokumentierten in der US-amerikanischen KDOC-Studie bei 24 von 193 Spendern und Spenderinnen, rund zwölf Prozent, persistierende klinische Fatigue bis einschließlich 24 Monate nach der Spende. Diese Personen erfüllten bei allen vier Nachuntersuchungen nach einem, sechs, zwölf und 24 Monaten die studienspezifischen Kriterien für klinische Fatigue in mindestens einem der beiden Instrumente: Fatigue Symptom Inventory (FSI) oder SF-36-Vitalitätsskala. Die zwölf Prozent bezeichnen somit die Gruppe mit über die Nachuntersuchungen fortbestehender Fatigue, nicht sämtliche am 24-Monats-Zeitpunkt Betroffenen. Für Spender und Spenderinnen mit nach sechs Monaten fortbestehender Fatigue beschreiben die Autoren und Autorinnen stärkere Beeinträchtigungen unter anderem bei Arbeit, Konzentration, Beziehungen und Lebensfreude. Dieser Befund gehört in die Aufklärung über mögliche anhaltende Beschwerden. [5]

**Wirken et al.** untersuchten in einer niederländischen prospektiven Studie vollständige Verläufe von 230 Spendern und Spenderinnen. Der mittlere Fatiguewert der verwendeten CIS-Kurzform lag vor der Spende bei 7,0, nach sechs Monaten bei 9,5 und nach zwölf Monaten bei 9,0. Vollständige Verläufe lagen für 64 % der tatsächlich spendenden Personen vor; eine Kontrollgruppe aus Nichtspendern und -spenderinnen fehlte. Die Untersuchung dokumentiert Beschwerden über die frühe Erholungsphase hinaus, erlaubt aber keine Übertragung ihrer Skalenwerte in eine SOLKID-Prozentquote. [6]

Auch günstigere Befunde müssen berücksichtigt werden. **Akkus et al.** verglichen 2025 Daten von 358 Spendern und Spenderinnen durchschnittlich 7,67 Jahre nach der Spende mit einer deutschen Bevölkerungsstichprobe. Die Spender und Spenderinnen hatten insgesamt überwiegend günstigere Fatiguewerte; Frauen im Alter von 45 bis 54 Jahren zeigten allerdings höhere allgemeine Fatigue. Präoperative Werte fehlten, und beide Gruppen waren in unterschiedlichen Jahren befragt worden. Der Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung wird durch die IGN e. V. deutlich kritisiert. Spender und Spenderinnen sind gesundheitlich vorselektiert. Ein Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung, zu der auch chronisch kranke Menschen gehören, kann deshalb spendebedingte Verschlechterungen verdecken und den Vergleich mit dem eigenen Gesundheitszustand vor der Spende nicht ersetzen. Diese Grenzen diskutieren auch die Autoren und Autorinnen. [7]

Die Konsequenz ist eindeutig: Ein Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung beantwortet nicht die Frage nach dem Gesundheitszustand vor der Spende. Wer zuvor besonders gesund war, kann sich verschlechtern und dennoch im Bevölkerungsdurchschnitt liegen.

**Der Abstract FV08 lässt Fragen offen.** Dazu gehören die verwendeten Fragen und das Auswertungsverfahren zur Alltagseinschränkung, die Verteilung der leichteren Einschränkungen, individuelle T0–T1-Verläufe, die Gründe für

unterschiedliche Fallzahlen und die Vergleichbarkeit mit der älteren SOLKID-Kohorte. Erforderlich sind gepaarte Auswertungen derselben Personen vor und nach der Spende sowie Angaben dazu, wie viele Personen für die Jahresnachuntersuchung infrage kamen, weshalb Daten fehlen und ob sich Teilnehmende und Nichtteilnehmende unterscheiden. Die unterschiedlichen Fallzahlen allein belegen keine Ausfallquote; fehlende Angaben können die Ergebnisse in beide Richtungen verzerren. Zudem fehlen für das Kriterium „mindestens eine erhöhte Subskala" der T0-Anteil und eine nach denselben Regeln ausgewertete Referenzquote. Die IGN e. V. fordert die vollständige Veröffentlichung der Methoden und Ergebnisse sowie eine transparente Gegenüberstellung der alten und neuen Auswertung.

**Die Aufklärung muss die Lebensqualität ausdrücklich einbeziehen.** § 8 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 TPG verlangt in seiner seit 1. Juni 2026 geltenden Fassung die Aufklärung über mögliche mittelbare Folgen und Spätfolgen sowie sonstige Einschränkungen der Lebensqualität. Die Begründung des Regierungsentwurfs zur Reform 2026 nennt ausdrücklich „das Risiko der Entwicklung einer klinisch relevanten Fatiguesymptomatik". Die Verpflichtung betrifft damit gerade einen Bereich, der sich nicht auf Operationskomplikationen oder Laborwerte reduzieren lässt. [8, 9]

Der Bundesgerichtshof hat in seinen beiden Urteilen vom 29. Januar 2019 in den Verfahren VI ZR 495/16 und VI ZR 318/17 den besonderen Schutz der vollinformierten Entscheidung von Spendern und Spenderinnen hervorgehoben. Bei der haftungsrechtlichen Beurteilung früherer Eingriffe sind zudem die damalige Rechtslage und der damalige Erkenntnisstand zu berücksichtigen. [10, 11]

### Konsequenzen für die Aufklärung

Das Gesetz schreibt keine bestimmte Prozentzahl als Pflichtformel vor. Die IGN e. V. fordert, die vorhandene Evidenz so zu erläutern, dass eine informierte Entscheidung möglich bleibt. Die Behauptung eines pauschalen Fatiguerisikos von „etwa 5 %" würde diesem Anspruch nicht gerecht. Zur Aufklärung gehört aus Sicht der IGN e. V. auch die Information, dass in dieser SOLKID-Auswertung ein Jahr nach der Spende 262 von 922 untersuchten Personen (28,42 %) auf mindestens einer Fatigueskala oberhalb der festgelegten Normschwelle lagen. Dieser Anteil beschreibt Schwellenüberschreitungen und ist keine gesicherte klinische Erkrankungsquote. Er beziffert auch nicht den durch die Spende verursachten Anteil. Der entsprechende T0-Anteil und eine nach denselben Regeln ermittelte Referenzquote werden in FV08 nicht angegeben. Die Bedeutung der einzelnen Subskalen und mögliche Folgen für die persönliche Lebensführung sollten gemeinsam mit der spendenden Person erläutert werden.

Eine umfassende und verständliche Aufklärung ist gesetzliche Pflicht. Zeitdruck im Klinikalltag entbindet davon nicht. Im Mittelpunkt stehen der Schutz der spendenden Person und ihre freie, informierte Entscheidung. Unzureichende Aufklärung kann zudem haftungsrechtliche Folgen haben. [8, 10, 11]

**Die Entscheidung, welche möglichen Einbußen ein Mensch in Kauf nehmen will, um einem anderen Menschen zu helfen, trifft der potenzielle Spender oder die potenzielle Spenderin. Eine auf beruhigende Kennzahlen verkürzte Aufklärung würde dieser Person wesentliche Grundlagen ihrer Entscheidung vorenthalten.**

**Ralf Zietz**

**1. Vorsitzender der Interessengemeinschaft Nierenlebendspende e. V.**

### Endnoten und Quellen

1 Deutsches Ärzteblatt, 29. Oktober 2026. *Nach Nierenlebendspende berichtet Minderheit über Einschränkungen im Alltag.* Anlass der Stellungnahme, keine Primärstudie. Bericht.

2 Kröncke S, Koch M, Reuter S, Bormann E, Wegner J, Sommerer C, Suwelack B; SOLKID-GNR Registry Group. *Lebensqualität, Fatigue und alltagsrelevante Einschränkungen 1 Jahr nach Nierenlebendspende – Ergebnisse des SOLKID-Lebendspenderegisters.* Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie. Supplement 01/2026, S. 13, Abstract FV08. Offizieller Abstractband als PDF.

[3] Westenberger A, Nöhre M, Brähler E, Morfeld M, de Zwaan M. *Psychometric properties, factor structure, and German population norms of the multidimensional fatigue inventory (MFI-20).* Frontiers in Psychiatry. 2022;13:1062426. Originalvolltext als PDF beim Verlag; DOI.

[4] Suwelack B et al. *Results of the prospective multicenter SoLKiD cohort study indicate bio-psycho-social outcome risks to kidney donors 12 months after donation.* Kidney International. 2022;101:597–606. Für die Häufigkeiten siehe Tabelle 5; für den Vergleich mentaler Fatigue siehe Diskussion und Abbildung 4. Originalvolltext als PDF bei der IGN e. V.; DOI.

[5] Rodrigue JR et al. *Patterns and predictors of fatigue following living donor nephrectomy: Findings from the KDOC Study.* American Journal of Transplantation. 2020;20:181–189; online 2019. Zur persistierenden klinischen Fatigue bis 24 Monate siehe Abschnitt 3.3 und Diskussion. Originalvolltext als PDF bei der IGN e. V.; DOI.

[6] Wirken L et al. *Psychosocial consequences of living kidney donation: a prospective multicentre study on health-related quality of life, donor–recipient relationships and regret.* Nephrology Dialysis Transplantation. 2019;34(6):1045–1055. Originalvolltext als PDF im Universitätsrepositorium Groningen; DOI.

[7] Akkus D et al. *Fatigue in living kidney donors compared to a German general population sample: an exploratory study.* Frontiers in Psychiatry. 2025;15:1510738. Originalvolltext als PDF beim Verlag; DOI.

[8] Transplantationsgesetz, § 8, insbesondere Abs. 2 Satz 1 Nr. 4, aktuelle Fassung. Amtlicher Gesetzestext.

[9] Deutscher Bundestag. *Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Novellierung der Regelungen zur Lebendorganspende und weitere Änderungen.* BT-Drs. 21/3619 vom 14. Januar 2026, Begründung S. 63. Amtliche Drucksache als PDF.

[10] Bundesgerichtshof, Urteil vom 29. Januar 2019, **VI ZR 495/16**, insbesondere Rn. 39, 45–48 und 51. Urteilsvolltext als PDF bei der IGN e. V.

[11] Bundesgerichtshof, Urteil vom 29. Januar 2019, **VI ZR 318/17**, insbesondere Rn. 17, 18 und 20; am selben Tag entschiedener Parallelfall zu VI ZR 495/16. Urteilsvolltext als PDF bei der IGN e. V.