

Analyse und Förderung der Organspendebereitschaft bei Studierenden

Eine Erkundungsstudie auf der Basis des Handlungstheoretischen Persönlichkeitsmodells

Günter Krampen¹ und Herbert Junk²

¹Fachbereich I – Psychologie, Universität Trier

²Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID), Universität Trier

Zusammenfassung. Empirische Untersuchungsbefunde zu differentialpsychologischen Korrelaten und zur Verstärkung der Organspendebereitschaft werden vorgestellt. Auf der Basis des Handlungstheoretischen Partialmodells der Persönlichkeit (HPP) wurden in einer Stichprobe von 190 Universitätsstudierenden auf den Handlungsbereich der Organspende bezogene Persönlichkeitsvariablen der Informiertheit, des subjektiven Konzeptualisierungsniveaus und des Vertrauens (in Ärzte und Medizin) erfasst. Unter Bezug auf vorliegende Befunde zu Korrelaten der Organspendebereitschaft wurden ergänzend soziodemographische Variablen, Vorbehalte gegenüber der Organspende (Antidonation), religions- und todesbezogene Einstellungen sowie Altruismus erhoben. Als abhängige Variablen dienten neben der Einstellung gegenüber der Organspende und der Absicht, einen Organspendeausweis auszufüllen und bei sich zu tragen, der bei der Ersterhebung und der bei der eine bis sechs Wochen später durchgeführten Nacherhebung behavioral geprüfte Besitz eines Organspendeausweises. Die Befunde zeigen, (1) dass von der Erst- zur Nacherhebung der Anteil der Organspendeausweis-Inhaber von 18% auf 39% gesteigert werden konnte, (2) dass soziodemographische Variablen bei Studierenden keine Bedeutung für die Organspendebereitschaft haben, (3) dass neben den allgemeinen Vorbehalten gegenüber der Organspende die handlungstheoretischen Persönlichkeitsvariablen (Informiertheit, Vertrauen, Konzeptualisierungsniveau) den höchsten Prädiktorwert für die Organspendebereitschaft und für den Besitz eines Spendeausweises aufweisen. Ergänzend wird auf die Gründe, die von denen angegeben wurden, die bei der Nacherhebung keinen Organspendeausweis hatten, sowie die Interkorrelationen und differentialpsychologischen Korrelate dieser Begründungen eingegangen. Die Befunde werden im Hinblick auf den Nutzen des HPP für psychologische Analysen der Organspendebereitschaft und Möglichkeiten ihrer Verstärkung sowie darauf bezogene Anschlussfragestellungen diskutiert.
Schlüsselwörter: Organspendebereitschaft, handlungstheoretische Persönlichkeitsvariablen, Handlungstheorie, Vertrauen, Informiertheit, Altruismus, Religiosität, Einstellungen zum Tod, Organtransplantation, Organspendeausweis

Analysis and promotion of organ donation readiness in university students: A pilot study with reference to the action theory model of personality

Abstract. Empirical results on the differential correlates as well as on promotion of organ donation readiness in college students are presented. With reference to the action theory model of personality (AMP) subjective knowledge level, subjective level of conceptualisation, trust in physicians, and trust in medical sciences were measured in a sample of 190 college students. In addition, socio-demographic data, reservations about organ donation (antidonation), religious attitudes, death attitudes, and altruism were assessed with reference to recent results on correlates of tissue donation readiness. Dependent variables are personal organ donation readiness and the individual possession of an organ transplant donor card, observed at pretest and at a posttest 1–6 weeks after pretest. Results show (1) that possession of organ transplant donor card improves from 18% at pretest to 39% at posttest, (2) that socio-demographic variables have no significance for organ donation attitudes and readiness in college students, (3) that action-theory personality traits (subjective knowledge level, subjective conceptualisation, and trust) are, besides reservations about donation (antidonation), the most powerful predictors of donation readiness and organ transplant donor card possession. Further results refer to the reasons given by those without an organ transplant donor card at posttest as well as to the inter-correlations and differential correlates of these reasons. Results are discussed in the context of the potentials of the AMP for analyses of tissue donation readiness and the possibilities of donation readiness promotion.

Key words: tissue donation, personality traits, action theory, interpersonal trust, knowledge level, altruism, religious attitudes, death attitudes, charitable behavior, organ transplantation, organ transplant donor card

Eine der Paradoxien im Kontext von Einstellungs-Verhaltens-Diskrepanzen, für die es gerade in Analysen gesundheitsförderlicher Einstellungen und Handlungen ebenso wie in der sozialpsychologischen Grundlagenforschung

zahlreiche Beispiele gibt, bezieht sich auf den Widerspruch zwischen der in Umfragen zumeist geäußerten hohen Zustimmung zur Transplantationsmedizin und zur relativ hohen Bereitschaft zur Organspende in der Bevöl-

kerung einerseits und der trotzdem geringen Spender- und Transplantationsrate sowie Anzahl von Organspendeausweis-Inhabern andererseits (siehe im Überblick etwa Gold, Schulz & Koch, 2001). Moderne Erklärungsansätze für solche Einstellungs-Handlungs-Diskrepanzen greifen sowohl in der Gesundheits- als auch in der Sozialpsychologie zumeist auf Varianten sozial-kognitiver Theorien zurück, anhand derer die sozial-kognitiven Bedingungen motivationaler und volitionaler Handlungsvorläufer in ihrer Onto- und Aktualgenese differenzierter beschrieben werden als nach den klassischen Einstellungskonzepten. Dies gilt etwa für die „Theorie geplanten Verhaltens“ (Ajzen & Fishbein, 1980), das „Health Belief Model“ (Maiman & Becker, 1974), das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitsbezogenen Handelns von Schwarzer (1992, 2001) und deren zahlreiche Derivate.

Anwendungen sozial-kognitiver Modelle (mit ihrer Gemeinsamkeit der Fundierung in Erwartungs-Wert-Theorien) finden sich auch in psychologischen Analysen der Organ- und Blutspendebereitschaft (siehe etwa Giles, McClenahan, Cairns & Mallet, 2004; Horton & Horton, 1991; Hübner & Six, 2005; Nolan & McGrath, 1990; Westhoff & Berka, 1987), bleiben in ihrem empirischen Beschreibungs- und Erklärungswert aber bislang begrenzt. Dies vor allem deswegen, weil die Organspendebereitschaft in der überwiegenden Mehrheit empirischer Analysen nur auf der Einstellungs- oder Intentionsebene erfasst wird. Selten wird dagegen – wie bei Birkimer et al. (1994), Horton und Horton (1991) sowie Hübner und Six (2005) – auf der Verhaltensebene der Besitz eines Organspendeausweises und seine Mitnahme registriert. Zudem dominieren punktuelle Erhebungen, bei denen die Umsetzung von Absichtsaussagen nicht zu einem späteren Erhebungszeitpunkt überprüft wird. Eine weitere Begrenzung sozial-kognitiver Analysen resultiert daraus, dass sich differenzierte Operationalisierungen der in diesen sozial-kognitiven Modellen zentralen Erwartungs-Konstrukte im Handlungsbereich der Organspende wegen der erst postmortal gegebenen Relevanz und damit potenziellen Transzendenz ihrer Ergebnisse und Folgen schwer tun. Zurückgegriffen wird vielmehr auf allgemeinere Einstellungs- und Werthaltungsvariablen wie religiöse, kulturelle, auf den Tod bezogene, altruistische, normative und/oder ethische Überzeugungssysteme (siehe etwa Gold et al., 2001; Hübner & Six, 2005; Radecki & Jaccard, 1997). Ergänzend zu positiven und negativen Einstellungen gegenüber der Organspende („prodonation“ und „antidonation“ nach Parisi & Katz, 1986) sowie der Informiertheit (dem Wissen) darüber erfasst, tragen sie zur Varianzaufklärung für Intentionsaussagen bei, weisen allerdings nur eine lockere theoretische Anbindung an die Grundstruktur sozial-kognitiver Erwartungs-Wert-Modelle auf.

Relativ konsistent ist dabei die Befundlage

- zur positiven Korrelation zwischen der Spendebereitschaft und der Informiertheit (dem Wissen) über Fragen der Organspende und Transplantationsmedizin, die mit dem Bildungsstand korreliert ist (Horton & Horton, 1991; Kischkel & Stiebler, 1989; Rice & Tamburlin, 2004),

- zum Einfluss religiöser, kultureller, auf den Tod bezogener, altruistischer, normativer und ethischer Überzeugungssysteme auf die Organspendebereitschaft (Horton & Horton, 1991; Hübner & Six, 2005; Skumanich & Kintsfather, 1996),
- zu positiven Korrelationen der Organ- bzw. Blutspendebereitschaft mit Selbstwirksamkeit (Giles et al., 2004; Keller et al., 2004),
- zur erhöhten Organspendebereitschaft bei positiver (Prodonation) und gleichzeitig geringer negativer Einstellung (Antidonation) gegenüber Organspende, wobei den Vorbehalten (Antidonation) nach Parisi und Katz (1986) das stärkere Gewicht zukommt,
- zur geringen oder gar nicht vorhandenen Bedeutung soziodemographischer Variablen für die Organspendebereitschaft (allerdings mit Ausnahme des Bildungsstandes; siehe etwa Keller et al., 2004; Strenge, Bunzel, Läderach-Hofmann & Smeritschnig, 2000) sowie
- zu (schwachen) Zusammenhängen der Organspendebereitschaft mit der Religionszugehörigkeit (bei Konfessionslosen und Katholiken höher als bei Protestanten und Angehörigen anderer Religionsgemeinschaften nach Keller et al., 2004) bzw. religiösen Einstellungen (Kischkel & Stiebler, 1989; Ryckman et al., 2004).

Da die durch diese Prädiktorvariablen erreichte Varianzbindung für die (abhängige) Variable der Organspendebereitschaft kaum 20%–25% überschreitet, ist nach wie vor die von Perkins (1987, S. 926; Übersetzung durch die Verf.) getroffene Aussage aktuell: „Die Disziplin der Psychologie (scheint) besonders gut für die Analyse und Beseitigung einiger der Rätsel geeignet, die sich auf die Erhöhung der Organspendebereitschaft beziehen“. Dass diese „Rätsel“ nach wie vor bestehen, belegt auch der von Gold et al. (2001, S. 95) nach ihrer Übersicht konstatierte Forschungsbedarf im Bereich von Verhaltensprädiktoren, „um die Möglichkeiten einer zuverlässigeren Verhaltensvorhersage bezüglich einer Organspende zu erarbeiten“. Bestätigt wird dies ebenfalls durch die neuesten für das Jahr 2004 von der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO, 2005; siehe www.dso.de) publizierten Zahlen. Danach sprechen sich zwar gut zwei Drittel der Bevölkerung (68%) aktiv für eine Organspende nach dem Tod aus, die Quote der Organspendeausweis-Träger beträgt aber nur 12%, und die Anzahl der Organtransplantationen im Jahr 2004 ($N = 3.672$) ist im Vergleich zu 2003 ($N = 3.688$) auf das Niveau der Jahre 2001 und 2002 bei unverändert hoher Warteliste ($N = 12.000$ Patienten) zurückgegangen. Ähnliche Zahlen finden sich international seit den 80er Jahren: über 90% der Befragten geben an, von der Möglichkeit der Organtransplantation und -spende Kenntnis zu haben; bis zu 80% sind über den Mangel an Spendeorganen informiert; bis zu 40% geben an, einen Organspendeausweis zu unterzeichnen, wenn sie darum gebeten würden; aber nur 10%–15% besitzen einen solchen Ausweis und können ihn auf Nachfrage vorweisen (siehe etwa auch Harris, Jasper, Lee & Miller, 1991; Manninen & Evans, 1985; McIntyre et al., 1987).

Die Befundlage rechtfertigt eine Erkundungsstudie, in der neben einigen der Korrelate der Organ spendebereitschaft, die in der bisherigen Forschung gesichert werden konnten, Konstrukte aus einem Handlungstheoretischen Partialmodell der Persönlichkeit (HPP; Krampen, 1988, 2000) im Mittelpunkt stehen. Eine der zentralen Thesen des HPP bezieht sich darauf, dass Persönlichkeitsvariablen insbesondere dann für Handlungsanalysen und -vorhersagen von Bedeutung sind, wenn sich Menschen subjektiv in mehrdeutigen, ambiguiden, kognitiv nicht klar strukturierten oder womöglich kognitiv gar nicht strukturierbaren Handlungs- und Lebenssituationen befinden. Selbst- und umweltbezogene Kognitionen, die über den eigenen Tod hinausreichen oder sich aber – etwa im Falle von Lebendspenden – auf erhebliche, risikobehaftete Eingriffe in den eigenen Körper beziehen, dürften bei vielen mit solchen Unsicherheiten verbunden sein. Ausnahmen mögen bei Personen mit religiösen oder weltanschaulichen Glaubenssätzen gegeben sein, die sich etwa auf das Weiterleben nach dem Tod und/oder Übersinnliches beziehen.

Das HPP ist ein sozial-kognitives Modell der Persönlichkeit, in dem situations- und handlungsspezifische selbst- und umweltbezogene Kognitionen (d.h. unterschiedliche Erwartungs- und Bewertungskonstrukte) systematisch mit Konstrukten der bereichsspezifischen und generalisierten Erwartungs- und Werthaltungen integriert werden. Postuliert wird, dass in subjektiv ambiguiden Handlungs- und Lebensbereichen bereichsspezifischen und generalisierten selbst- und umweltbezogenen Kognitionen (wie Vertrauen, Wissen und Konzeptualisierungsniveau, Selbstkonzept und Kontrollüberzeugungen [d.h. Selbstwirksamkeit] sowie Werthaltungen und Interessen) ein höherer Analyse- und Vorhersagewert für Handlungen und Erleben zukommt als den handlungs- und situationsspezifischen, da diese unklar und unsicher, mithin kognitiv nicht hinreichend strukturiert und ausgeprägt sind (siehe hierzu Krampen, 1988, 2000). Damit bietet das HPP u. a. eine Taxonomie sozial-kognitiver Variablen, die theoretisch fundiert ist und eklektische Zusammenstellungen entsprechender Werthaltungs- und Überzeugungskonstrukte überschreitet.

Unsere Hypothese bezieht sich darauf, dass Variablen aus dem HPP-Konstruktsystem ein signifikanter Rekonstruktionswert für die Organ spendebereitschaft zukommt. Die Organ spendebereitschaft wird dabei sowohl auf der Einstellungs- und (motivationalen) Absichtsebene als auch auf der behavioralen (volitionalen) Entschluss- und Realisierungsebene des Ausfüllens bzw. Vorhandenseins eines Organ spendeausweises operationalisiert. Außer ausgewählten HPP-Variablen (Vertrauen, subjektive Informiertheit, Konzeptualisierungsniveau) werden ergänzend neben soziodemographischen Variablen und dem Persönlichkeitsmerkmal des Altruismus mit den persönlichen Vorbehalten gegen die Organ spende und Transplantationsmedizin (Antidonation nach Parisi & Katz, 1986), der Orientierung an der Kirchenlehre sowie Einstellungen/Glaubenssätzen in den Bereichen der persönlichen Auseinandersetzung mit der Todesthematik, des Weiterlebens

nach dem Tod und der Existenz von Übersinnlichem Variablen beachtet, die sich in der bisherigen Forschung zur Organ spendebereitschaft zumindest teilweise als empirisch fruchtbar erwiesen haben. Die damit in der Erkundungsstudie zunächst gegebene Konzentration auf die genannte Auswahl von HPP-Konstrukten ist mit dem bereichsspezifischen Zugang begründet, der differenzierte Operationalisierungen anderer Erwartungs-Konstrukte (wie Selbstkonzept eigener Fähigkeiten, Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeit) im Handlungsbereich der Organ spende wegen der erst postmortal gegebenen Relevanz und potenziellen Transzendenz ihrer Ergebnisse und Folgen erschwert.

Als Erkundungsstudie angelegt, werden die Datenerhebungen bei Studierenden durchgeführt, die gleichwohl als Stichprobe junger Erwachsener potenziell von besonderem Interesse für die Organ spende und Transplantationsmedizin ist. Überprüft wird ferner, ob durch ein am Ende der schriftlichen Erstbefragung ohne weitere Begründung zur Verfügung gestelltes Organ spendeausweis-Formular eine Erhöhung der Anzahl der Ausweisbesitzer bei einer kurzen Nachbefragung erreicht werden kann.

Methoden

Stichprobe und Untersuchungsablauf

Die Datenerhebungen wurden in einer Stichprobe von 190 Universitätsstudierenden der Fächer Geographie ($n = 95$) und Psychologie ($n = 95$; 110 Frauen und 80 Männer; $M = 24.3$, $SD = 4.8$ Jahre; 179 ledig, 8 verheiratet und 3 geschieden; 98 römisch-katholisch, 66 protestantisch, 3 mit anderer und 23 ohne Religionszugehörigkeit) im Rahmen regulärer Lehrveranstaltungen (Seminare) in einem zweistufigen Verfahren mit einer ausführlicheren Erst- (t_1) und einer kurzen Nacherhebung (t_2 zu einem späteren Seminartermin) durchgeführt. Ohne Antwortverweigerung dauerte die Fragebogenbearbeitung bei der Ersterhebung inklusive der persönlichen Fragebogenabgabe mit Kontrolle des Vorhandenseins des Organ spendeausweises bei denen, die im Fragebogen den Besitz angegeben hatten, im Durchschnitt 15 Minuten. Die Nacherhebung wurde zu einem eine Woche bis sechs Wochen späteren Seminartermin durchgeführt und dauerte nur wenige Minuten; erreicht wurden 137 Teilnehmer/innen der Ersterhebung (72%). *Dropout*-Analysen weisen für keine der bei der Ersterhebung erhobenen Variablen auf Besonderheiten der *Dropouts*.

Ersterhebung

Der t_1 -Fragebogen „Bereitschaft zur Organ spende“ war direkt im Seminar zu bearbeiten, mit einem eindeutigen anonymen Personen-Code zu versehen und umfasste nach Fragen zu soziodemographischen Variablen (Alter, Geschlecht, höchster Schulabschluss, Familienstand,

gegenwärtige Tätigkeit, Religionsgemeinschaft) unterschiedliche Elemente in der folgenden Abfolge:

1. Globale Frage zur *Orientierung an der Kirchenlehre* („Wie stark orientieren Sie sich an den Lehren Ihrer Kirche?“) mit einem sechsstufigen Antwortformat (1 = „sehr wenig“ bis 6 = „sehr stark“);

2. *Multiple-Choice-Frage zur persönlichen Organspendebereitschaft* (Einstellung) mit den Antwortalternativen (a) „Ich besitze einen Organspendeausweis“ (Ausweisbesitz), (b) „Ich bin bislang nicht Organspender/in, bin aber daran interessiert, es zu werden“, (c) „Grundsätzlich finde ich es gut, ich selbst möchte aber nicht Organspender/in sein“, (d) „Ich stehe der Idee der Organspende eher ablehnend gegenüber“ und (e) „Ich lehne Organspenden aus prinzipiellen Gründen ab“;

3. *Skala zur subjektiven Informiertheit über Organspende und Transplantationsmedizin*: 7 Items mit sechsstufigem Antwortformat (1 = „stimmt nicht“ bis 6 = „stimmt genau“; Itembeispiele: „Ich würde mir zutrauen, einem Bekannten alle wesentlichen Fragen zum Thema Organspende zu beantworten“; „Ich weiß, wie die Organisationszentrale für Organtransplantationen arbeitet“ (Cronbachs Alpha = .83);

4. *Skala zur bisherigen persönlichen Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod*: 7 Items mit sechsstufigem Antwortformat; Itembeispiele: „Über den Tod mache ich mir erst Gedanken, wenn ich alt bin“; „Ich habe mich schon häufig mit Freunden oder Familienangehörigen über den Tod und das Sterben unterhalten“ ($\alpha = .65$);

5. *Skala zu Vorbehalten gegenüber der Organspende (Antidonation)*: 11 Items mit sechsstufigem Antwortformat in Anlehnung an Parisi und Katz (1986); Itembeispiele: „Indem Organe wie Ersatzteile ausgewechselt werden, wird der Mensch mit einer Maschine gleichgesetzt“; „Ein Organspendeausweis in meiner Tasche erinnert mich ständig an meinen eigenen Tod“; „Ich möchte es meinen Angehörigen nicht zumuten, dass bei mir im Todesfall Organe entnommen werden“ ($\alpha = .70$);

6. *Skala zum Vertrauen in Ärzte und die Medizin*: 6 Items mit sechsstufigem Antwortformat; Itembeispiele: „Wenn ich zu einem Arzt/einer Ärztin gehe, bin ich mir sicher, dass sie ihr Bestes für mich tun“; „Viele Operationen werden gemacht, obwohl sie medizinisch nicht notwendig wären“ ($\alpha = .72$);

7. *Skala zum Glauben an das Weiterleben nach dem Tod*: 7 Items mit dichotomem Antwortformat (richtig versus falsch); Itembeispiele: „Ich werde nach meinem Tod in irgendeiner Form weiterleben“; „Nach meinem Tod werde ich für mein Leben Rechenschaft ablegen müssen“ ($\alpha = .79$);

8. *Skala zum subjektiven bereichsspezifischen Konzeptualisierungsniveau für den Glauben an das Weiterleben nach dem Tod*: 7 Items der „Skala zum Glauben an das Weiterleben nach dem Tod“ mit sechsstufigem Antwortformat zur subjektiven Sicherheit der Beantwortung

dieser 7 Items (1 = „bin mir überhaupt nicht sicher“ bis 6 = „bin mir sehr sicher“; $\alpha = .82$);

9. *Skala zum Glauben an Übersinnliches*: 6 Items mit dichotomem Antwortformat (richtig versus falsch); Itembeispiele: „Es gibt Menschen, die hellseherische Fähigkeiten haben“; „Es gibt eine Macht in diesem Universum, die unsere Geschicke lenkt“ ($\alpha = .64$);

10. *Skala zum allgemeinen subjektiven Konzeptualisierungsniveau*: 6 Items der „Skala zum Glauben an Übersinnliches“ mit sechsstufigem Antwortformat zur subjektiven Sicherheit der Beantwortung dieser Items (1 = „bin mir überhaupt nicht sicher“ bis 6 = „bin mir sehr sicher“; $\alpha = .61$);

11. *Adjektiv-Kurzskala zum Altruismus*: insgesamt 18 Adjektive zur Selbstbeschreibung (sechsstufiges Antwortformat von 1 = „stimmt für mich eher nicht“ bis 6 = „trifft für mich sehr zu“), von denen fünf nach den Befunden von Dahl, Montada und Schmitt (1982) über maximale diskriminanzanalytische Gewichte für Hilfsbereitschaft verfügen („uneigennützig“, „engagiert“, „hilfsbereit“, „mitfühlend“ und „pflichtbewusst“; $\alpha = .61$);

12. Auf der letzten Seite des Fragebogens war ein unausgefüllter *Organspendeausweis* zum Herausnehmen so eingeklebt, dass er vor und während der Fragebogenbearbeitung nicht zu sehen war. Nach einem kurzen Text zur Möglichkeit, den Ausweis herauszutrennen und ggf. auch erst später auszufüllen, wird die aktuelle *Absicht, den Ausweis auszufüllen und bei sich zu tragen*, erfragt: „Ich werde den Ausweis ... ganz sicher nicht ausfüllen“ (= 1) bis „... auf jeden Fall ausfüllen“ (= 6).

Bei der persönlichen Abgabe des Fragebogens wurden die Teilnehmer/innen, die angegeben hatten, bereits einen Organspendeausweis zu haben und bei sich zu führen, gebeten, diesen vorzuzeigen. Für den Ausweis wurde anhand einer Sichtprüfung seine „Neuigkeit“ versus Alterung geprüft.

Nacherhebung

Der t_2 -Fragebogen „Abschlussblatt zum Fragebogen ‚Bereitschaft zur Organspende‘“ wurde bei einem späteren Seminartermin direkt bearbeitet, mit dem eindeutigen anonymen Personen-Code versehen und umfasste Fragen nach

1. dem *aktuellen Organspende-Status der Person*: Multiple-Choice-Frage mit den Antwortalternativen (a) „Ich war bereits vor der Untersuchung Organspender/in und trage den Organspendeausweis stets bei mir (Bitte zeigen Sie Ihren Organspendeausweis beim Abgeben dieses Blattes)“, (b) „Ich habe die Gelegenheit wahrgenommen und bin Organspender/in geworden (Bitte zeigen Sie Ihren Organspendeausweis beim Abgeben dieses Blattes)“, (c) „Ich habe einen Organspendeausweis, trage ihn aber nicht bei mir“ und (d) „Ich habe den Organspendeausweis nicht ausgefüllt“;

2. bei Antwort (d) auf die erste Frage sollten zusätzlich 7 Items zu den *Gründen dafür, dass der Organspendeausweis nicht ausgefüllt wurde*, beantwortet werden (sechstufiges Antwortformat: „Dieser Grund war für mich ... nicht wichtig“ = 1 bis „...sehr wichtig“ = 6). Neben einer offenen Antwortkategorie („sonstige Gründe“) waren (a) Vergessen, (b) Entscheidungsunsicherheiten, (c) kein Interesse am Thema, (d) Ablehnung aus religiösen Gründen, (e) Ablehnung aus weltanschaulichen Gründen, (f) Ablehnung wegen der Zumutungen für die Angehörigen im eigenen Todesfall und (g) Ablehnung wegen Misstrauens gegenüber der Arbeit von Transplantationszentren nach ihrer persönlichen Bedeutung einzuschätzen.

Ergebnisse

Organspende-Status und -Einstellungen bei der Ersterhebung sowie ihre Korrelate

In den Zeilen von Tabelle 1 wird über die Häufigkeiten der alternativ erfragten Einstellungsausprägungen zur Organspende bzw. des (kontrollierten) Besitzes eines Organspendeausweises informiert. Einen persönlichen Organspendeausweis hatten 18% der Stichprobe ($n = 34$) bei sich. Diese Quote liegt leicht über den bevölkerungsrepräsentativen Werten von 10%–15% (siehe oben), unterschreitet aber deutlich die von Strenge (1998) bei Medizinstudierenden registrierten Quoten von 30% bei Erstsemestern und 50% bei Fortgeschrittenen (im praktischen Jahr). Interesse am Organspendeausweis bekunden 41% ($n = 78$) unserer Stichprobe, was trotz ihrer hohen Selektivität recht gut bevölkerungsrepräsentativen Werten (siehe oben) entspricht. Insgesamt 39% ($n = 74$) der Stichprobe lehnen Organspende ab. „Prinzipiell“ tun dies aber lediglich 2% ($n = 4$), „eher“ 6% ($n = 11$) und nicht grundsätzlich, jedoch für sich persönlich 31% ($n = 59$).

In Übereinstimmung mit der vorliegenden Befundlage konnten für das Geschlecht keine Zusammenhänge mit der Organspendebereitschaft nachgewiesen werden ($Chi^2 =$

1.39; $df = 4$). In unserer bildungs- und auch relativ altershomogenen Stichprobe gilt dies auch für die Konfessionszugehörigkeit ($Chi^2 = 3.18$; $df = 8$), für die in manchen Studien schwache Zusammenhänge ermittelt wurden (siehe etwa Keller et al., 2004). Für die (varianzarme) Altersvariable zeigt sich im Gruppenvergleich, dass Organspendeausweis-Besitzer und -Interessenten ($M = 23.5$ Jahre) etwas jünger sind als die, die die Organspende für sich persönlich oder prinzipiell ablehnen ($M = 25.6$ Jahre; $F(3, 178) = 2.87$, $p < .05$). Signifikante Unterschiede zwischen den auf die Organspende bezogenen Einstellungsgruppen zeigen sich für die subjektive Informiertheit über Organspende und Transplantationsmedizin ($F(3, 177) = 14.79$, $p < .01$) und die Vorbehalte gegen die Organspende ($F(3, 178) = 17.27$, $p < .01$) – dies jeweils in der erwarteten Richtung, was nicht überrascht, aber im Sinne einer konvergenten Binnen-Validierung unserer Daten verstanden werden kann. Zusätzlich weisen die Studierenden, die Organspende für sich persönlich eher oder prinzipiell ablehnen, ein höheres bereichsspezifisches Konzeptualisierungsniveau auf ($n = 15$; $M = 35.1$) als die Organspendeausweis-Inhaber ($n = 34$; $M = 30$), die am Ausweis Interessierten ($n = 78$; $M = 28.8$) und die, die die Möglichkeit der Organspende nicht grundsätzlich, jedoch für sich persönlich ablehnen ($n = 59$; $M = 27.8$; $F(3, 178) = 3.03$, $p < .05$). Dies bedeutet, dass die Gruppe der Organspendeausweis-Ablehner sich ihrer Antworten auf die Fragen nach dem Glauben an das Weiterleben nach dem Tod subjektiv sicherer sind als die anderen.

Veränderungen im Organspende-Status von der Erst- zur Nacherhebung

Der Zusammenhang zwischen der Einstellung zur Organspende bzw. dem Besitz eines Spendeausweises bei der Ersterhebung mit dem Besitz eines Organspendeausweises zum Zeitpunkt der Nacherhebung ist in Tabelle 1 umfassend dokumentiert. Die Anzahl der (kontrollierten) Organspendeausweis-Inhaber steigt von $n = 34$ (18%) bei der Ersterhebung auf $n = 54$ bei der Nacherhebung. Bezo-

Tabelle 1. Zusammenhang zwischen der Einstellung zur Organspende bzw. dem Besitz eines Organspendeausweises bei der Ersterhebung und dem Besitz eines Spendeausweises bei der Nacherhebung (mit Angabe fehlender Daten)

Ersterhebung (f)	Nacherhebung: <i>Organspendeausweis-Besitz</i> (f)			Summe
	Ausweis vorhanden	kein Ausweis	fehlende Daten	
Einstellung zur Organspende				
– lehne Organspende prinzipiell ab	0	3	1	4
– lehne Organspende eher ab	0	11	0	11
– ist allgemein gut, aber nicht für mich	1	42	16	59
– persönl. Interesse an Spendeausweis	27	25	26	78
– hat Organspendeausweis dabei	26	0	8	34
– fehlende Daten	0	2	2	4
Summe	54	83	53	190

gen auf die Anzahl der zu t_2 Erreichten ($N = 137$) liegt die Quote Organspendeausweis-Inhaber damit bei 39% (was gut der in der Gesamtstichprobe der Medizinstudierenden von Strenge, 1998, registrierten Quote von 38% entspricht). Dieser Anstieg in der Anzahl der Ausweisinhaber ist nach dem Chi-Quadrat-Test von McNemar statistisch bedeutsam ($Chi^2 = 26.04$ mit $df = 1$; $p < .01$). Die konservativere Schätzung, die sich auf die Ausgangsstichprobe bei der Ersterhebung ($N = 190$) bezieht und alle Dropouts als Nicht- bzw. sogar Nicht-Mehr-Ausweisinhaber betrachtet, beträgt immerhin noch 28%. Neben einer Person, die zu t_1 noch der Aussage zugestimmt hat, dass sie Organspende grundsätzlich gut findet, dass dies aber nichts für sie selbst sei, haben 27 von 78 Personen, die zu t_1 die Einstellung vertreten haben, dass sie daran interessiert seien, Organspendeausweis-Inhaber zu werden, bei der Nacherhebung einen ausgefüllten Spendeausweis vorgelegt. Etwa ein Drittel der vormaligen Interessierten wurde also zu Organspendeausweis-Inhabern, ein weiteres Drittel dagegen (noch?) nicht und das letzte Drittel war bei der Nacherhebung nicht anwesend. Festzuhalten ist dabei, dass die Länge des Zeitraumes zwischen den beiden Erhebungen (zwischen einer Woche und sechs Wochen) keine Auswirkungen auf die Anzahl der neu ausgefüllten Organspendeausweise hatte ($Chi^2 = 0.66$, $df = 1$).

Varianzanalytische Vergleiche der Gruppen, die (A) bereits bei der Ersterhebung über einen Organspendeausweis verfügten, (B) bei der Nacherhebung erstmalig einen Spendeausweis vorwiesen und (C) weder bei der Erst- noch bei der Nacherhebung einen Organspendeausweis hatten, führten bei drei der zu t_1 erhobenen Skalen zu den folgenden statistisch bedeutsamen Befunden:

- Die *Orientierung an der Kirchenlehre* ist bei den neuen Ausweisinhabern ($M = 1.7$) signifikant geringer ausgeprägt als bei beiden anderen Gruppen ($M = 2.3$ bei Gruppe A, $M = 2.5$ bei Gruppe C; $F(2, 120) = 2.93$, $p < .05$);
- Die zu t_2 neuen Organspendeausweis-Inhaber ($M = 29.3$) fühlten sich zu t_1 *über Organspende und Transplantationsmedizin* signifikant besser informiert als Gruppe C ($M = 25.8$), aber gleichzeitig signifikant schlechter informiert als Gruppe A ($M = 35.7$; $F(2, 141) = 21.18$, $p < .01$);
- Bereits zu t_1 verfügten die neuen ($M = 19.4$) ebenso wie die „alten“ Organspendeausweis-Inhaber (Gruppe A: $M = 18.3$) über signifikant weniger *Vorbehalte gegenüber der Organspende* als Gruppe C ($M = 24.9$; $F(2, 141) = 15.87$, $p < .01$).

Vorhersage des Organspende-Status und der darauf bezogenen Veränderungsabsicht

Der Vorhersagewert aller bei der Ersterhebung vorgegebenen psychometrischen Skalen und *Single-Item*-Maße zu Einstellungs- und Persönlichkeitsvariablen wurde für (1) die bei der Ersterhebung geäußerte Absicht der Nicht-Ausweisinhaber, den Organspendeausweis auszufüllen, (2) den Organspendeausweis-Status bei der Ersterhebung und (3) den Organspendeausweis-Status bei der Nacherhebung über hierarchische multiple Regressionsanalysen überprüft. Da binäre logistische Regressionen für das dichotome Kriterium des Organspendeausweis-Besitzes die Signifikanzgrenze verfehlten ($Chi^2 < 15.50$ bei $df = 10$;

Tabelle 2. Multiple Regressionsanalysen^a zur Vorhersage der Absicht, einen Organspendeausweis auszufüllen, und des Spendeausweis-Status bei der Ersterhebung (t_1) sowie Nacherhebung (t_2) anhand zu t_1 erhobener Persönlichkeits- (P) und Einstellungsvariablen (E)

Prädiktor ^b (t_1)	t_1 -Ausweisabsicht			t_1 -Spendeausweis-Status			t_2 -Spendeausweis-Status		
	r_{crit}	beta	Strukt.	r_{crit}	beta	Strukt.	r_{crit}	beta	Strukt.
P-HPP: subjektive Informiertheit	.09	.04	.18	.36**	.29**	.65	.37**	.23**	-.66
P-HPP: bereichsspez. Konz.-Niveau	.06	.13	.12	.08	.09	.15	.06	.18	.11
P-HPP: allgemeines Konz.-Niveau	.16*	.25**	.32	.19*	.16*	.35	.17*	.29**	.30
P-HPP: Vertrauen in Ärzte/Medizin	.11	.14	.22	.10	.08	.18	.11	.13	.20
P: Altruismus	.02	.04	.04	.00	.00	.00	.01	.04	.02
E: Vorbehalte gegen Organspende	-.41**	-.42**	-.82	-.38**	-.39**	-.69	-.37**	-.31**	-.66
E: Orientierung an Kirchenlehre	-.04	-.01	-.08	.04	.02	.07	.17*	.16	.30
E: Auseinandersetzung mit Tod	-.01	.00	-.02	.03	.05	.05	.04	-.03	.07
E: Glaube an Weiterleben nach Tod	.03	-.02	.06	-.02	-.08	-.04	-.03	-.11	-.05
E: Glaube an Übersinnliches	-.04	.06	-.08	.00	-.04	.00	.09	.00	.16
multiple Korrelation (R)		.50**			.55**			.56**	
multiple Determination (R^2)		.25			.31			.31	
$F(df_1, df_2)$		3.95** (10, 119)			6.50** (10, 148)			4.67** (10, 102)	

Anmerkungen: ** $p < .01$; * $p < .05$. ^a r_{crit} = Prädiktor-Kriteriums-Korrelation; beta = Beta-Gewicht; Strukt. = Regressions-Faktor-Strukturkoeffizient. ^b P = Persönlichkeitsmerkmal; HPP = handlungstheoretische Persönlichkeitsvariable; E = Einstellungsvariable.

Tabelle 3. Begründungen für die Ablehnung eines Organspendeausweises bei der Nacherhebung (t_2 ; $n = 83$) sowie deren Interkorrelationen (t_2) und Korrelate (erhoben zu t_1)

Ablehnungsgrund (t_2)	<i>M</i>	<i>SD</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
(1) Vergessen trotz Absicht	2.0	1.5	1.00	.27*	-.20	-.04	-.30**	-.06	-.10
(2) Bin mir noch unsicher	3.8	1.7		1.00	.10	-.04	-.36**	.23*	-.11
(3) Interessiert mich nicht	2.0	1.3			1.00	.16	.07	.09	.01
(4) Religiöse Gründe	1.5	1.0				1.00	.27*	.11	.01
(5) Wegen Weltanschauung	2.0	1.5					1.00	-.03	.01
(6) Wegen Angehörigen	1.7	1.1						1.00	.26*
(7) Misstrauen (T.-Zentren)	3.1	1.7							1.00

Korrelate (erhoben zu t_1)									
Absicht, Ausweis auszufüllen			-.47**	-.48**	-.03	.12	.55**	-.08	.28*
Alter			-.24*	-.18	.02	-.05	-.04	-.12	.32**
E: Vorbehalte gegen Organspende			-.11	-.06	.10	.27*	.20	.29*	.53**
E: Orientierung an Kirchenlehre			.01	.05	-.23	.30*	.21	-.10	-.10
E: Auseinandersetzung mit Tod			-.15	-.23*	-.11	-.12	.15	-.18	.16
E: Glaube an Weiterleben nach Tod			-.13	.24*	-.01	.11	.13	.10	.17
E: Glaube an Übersinnliches			-.03	.11	-.02	.29*	.00	.24*	.20
P: Altruismus			.05	.03	-.27*	.09	-.07	.13	.17
P-HPP: subjektive Informiertheit			-.01	-.13	-.10	.00	.14	-.05	-.05
P-HPP: bereichsspez. Konzept.-Niveau			-.20	-.24*	-.01	.04	.17	-.35**	-.05
P-HPP: allgemeines Konzept.-Niveau			-.12	-.19	.00	-.02	.12	-.23*	-.06
P-HPP: Vertrauen in Ärzte/Medizin			.05	.10	-.07	.13	-.10	.16	-.44**

Anmerkungen: ** $p < .01$; * $p < .05$.

$p > .12$), wurde als Kriteriumsvariable der Organspendeausweis-Status mit den bei der Ersthebung erfassten fünf Abstufungen bzw. den bei der Nachbefragung erfassten vier Abstufungen verwendet, wobei dem Ausweisbesitz der höchste Ausprägungswert zugewiesen wurde. Für diese abhängigen Variablen erreichen die multiplen Korrelationskoeffizienten die Signifikanzgrenze und binden Varianzanteile zwischen 25% und 31% (siehe Tabelle 2).

Interessant sind bei den in Tabelle 2 zusammengefassten Ergebnissen vor allem auch die für die drei auf Organspendeausweise bezogenen Absichts- und Handlungsvariablen sehr konsistenten Ergebnisse zum relativen Vorhersagewert der Prädiktorvariablen. Mächtigster Prädiktor ist danach durchgängig die Stärke der zu t_1 angegebenen *Vorbehalte gegen Organspende und Transplantationsmedizin (Antidonation)*, was den Befund von Parisi und Katz (1986) bestätigt. Im relativen prognostischen Gewicht folgen diesem allgemeinen Einstellungsmaß die handlungstheoretischen Persönlichkeitsmerkmale der *subjektiven Informiertheit über Organspende* und des *allgemeinen Konzeptualisierungsniveaus* (siehe Tabelle 2). Dies wird durch den Nebenbefund bestätigt, dass in schrittweisen multiplen Regressionsanalysen nach der Aufnahme dieser drei Variablen keine signifikanten *R*-Zuwächse mehr erreicht werden.

Mit Ausnahme eines inkonsistenten Befundmusters für die Orientierung an der Kirchenlehre (nur mit einigem

prognostischen Gewicht für den Organspendeausweis-Status bei der Nacherhebung) tragen dagegen alle anderen Einstellungs- und Glaubensmaße ebenso wenig zur Vorhersage der Organspendebereitschaft bei wie das Persönlichkeitsmerkmal des Altruismus.

Gründe für die Ablehnung der Organspende und ihre Korrelate

Die wichtigsten Begründungen für die Ablehnung der Organspende und das Nichtausfüllen eines Organspendeausweises beziehen sich bei vergleichsweise hohen Standardabweichungen auf (1.) das Eingeständnis von eigenen Entscheidungsunsicherheiten und (2.) Misstrauen gegenüber Transplantationszentren. Alle anderen Begründungen weisen dagegen Zustimmungstärken auf, die im unteren Bereich liegen und daher augenscheinlich weniger relevant sind (siehe Tabelle 3). Angaben bei der offenen Frage nach „sonstigen Gründen“ wurden von den Studierenden nicht gemacht.

Die Binnenkorrelationen der sieben vorgegebenen Begründungsmöglichkeiten liegen zumeist sehr niedrig, was auf eine weitgehende Unabhängigkeit der Argumente gegen die Organspende schließen lässt. Lediglich die Angabe weltanschaulicher Ablehnungsgründe weist mehrere signifikante Korrelationen auf: sie ist positiv mit

der Angabe religiöser Gründe und negativ mit der Begründung durch Vergesslichkeit und Unsicherheit korreliert. Darüber hinaus existieren singuläre Signifikanzen für die Begründung durch Entscheidungsunsicherheit, Vergesslichkeit und Bedenken wegen der Belastungen für Angehörige im eigenen Todesfall. Die zuletzt genannte Begründung kovariert zudem als einzige signifikant mit dem Ablehnungsgrund des Misstrauens gegenüber Transplantationszentren.

Über die bei der Ersterhebung erhobenen Korrelate der bei der Nacherhebung von den Organspende-Ablehner angegebenen Gründe für ihre Ablehnung wird im unteren Teil von Tabelle 3 informiert. Neben einigen Zusammenhängen, die trivial sind bzw. die konvergente Validität im Datensatz bestätigen (wie etwa die signifikante Korrelation zwischen religiösen Ablehnungsgründen und der Orientierung an der Kirchenlehre sowie die zwischen dem Misstrauen gegenüber Transplantationszentren und dem geringen Vertrauen in Ärzte und Medizin), ist etwa von Interesse, dass

- die Absicht, den Organspendeausweis auszufüllen, bei denen, die dies nicht taten, substantiell positiv mit weltanschaulichen Begründungen und Misstrauen sowie substantiell negativ mit Begründungen korreliert ist, die auf Vergesslichkeit und Entscheidungsunsicherheiten rekurren;
- mit dem Alter das Misstrauen gegenüber Transplantationszentren ansteigt und eigene Vergesslichkeit seltener als Grund angeführt wird;
- Entscheidungsunsicherheiten als Begründung mit einem geringeren Ausmaß der Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod und ein geringeres darauf bezogenes Konzeptualisierungsniveau, dagegen positiv mit dem Glauben an ein Weiterleben nach dem Tod kovariieren;
- mangelndes Interesse am Thema der Organspende als Begründung mit geringerem Altruismus einhergeht;
- religiöse Ablehnungsgründe mit stärkeren Vorbehalten gegenüber der Organspende und einem erhöhten Glauben an Übersinnliches zusammenhängen;
- Rücksicht auf Angehörige als Grund für die Ablehnung der Organspende mit Vorbehalten gegen sie und dem Glauben an Übersinnliches positiv, mit dem allgemeinen und dem bereichsspezifischen Konzeptualisierungsniveau dagegen negativ korreliert ist.

Diskussion

Die Ausgangsfrage unserer Erkundungsstudie zum potenziellen empirischen Nutzen ausgewählter Konstrukte des Handlungstheoretischen Partialmodells der Persönlichkeit (HPP; Krampen, 1988, 2000) für Analysen und die Vorhersage der Organspendebereitschaft kann nach den vorgelegten Befunden verhalten positiv beantwortet werden. Neben den auf der globalen Einstellungsebene erfassten Vorbehalten gegenüber der Organspende und

Transplantationsmedizin (Antidonation; Parisi & Katz, 1986) weisen mit der subjektiven Informiertheit und dem allgemeinen Konzeptualisierungsniveau zwei HPP-Variablen durchgängig den höchsten prognostischen Wert für das Vorhandensein eines Organspendeausweises bei der Ersterhebung, für die am Ende der Ersterhebung angegebene Absicht, einen Organspendeausweis auszufüllen, und für den Besitz eines Organspendeausweises bei der Nacherhebung auf.

Voraussetzungen der auf Anwendungen des HPP in Folgestudien bezogenen Ergebniserwartungen sind (1.) Optimierungen der Konstruktoperationalisierungen (etwa Ergänzungen der Skala zum Vertrauen in Ärzte und die Medizin um „entpersonalisierte“, institutionelle Aspekte, die Transplantationszentren und -organisationen, aber auch Allgemeinkrankenhäuser betreffen) und (2.) der Einschluss weiterer HPP-Variablen (Selbstkonzept, Kontrollüberzeugungen, Selbstwirksamkeit), deren Operationalisierungsprobleme im Kontext postmortalen Organspende-Optionen wohl am besten dadurch zu lösen sind, dass sie nicht bereichsspezifisch, sondern in ihrer generalisierten (trait-)Ausprägung erfasst werden. Es ist zu erwarten, dass dadurch die hier empirisch belegten Varianzbindungen von 25 % für die Absicht, einen Organspendeausweis auszufüllen, und von 31% für den Organspendeausweis-Status gesteigert werden können. Hervorzuheben, da als empirischer Befund ungewöhnlich, bleibt schon jetzt, dass die Varianzaufklärung durch die HPP-Variablen für die volitional-behaviorale abhängige Variable höher liegt als für die motivationale.

In der an den Datenerhebungen beteiligten bildungs- und auch relativ altershomogenen, damit sehr selektiven Stichprobe von Studierenden konnten darüber hinaus einige der vorliegenden Befunde zur Organspendebereitschaft bestätigt werden, andere dagegen nicht. Trotz hinreichender Varianzen innerhalb der Stichprobe erwiesen sich weder Altruismus noch allgemeine weltanschauliche und auf den Tod bezogene Einstellungs- und Glaubensmerkmale empirisch als bedeutsam für die Ausprägung der Organspendebereitschaft. Repliziert wurden dagegen Ergebnisse zur relativen Irrelevanz soziodemographischer Variablen, zum begrenzten Diskriminationswert der religiösen Bindung und zur hohen Relevanz von Vorbehalten gegen Organspende einerseits sowie der Informiertheit über Organspende andererseits. Während Vorbehalte (Antidonation) durchgängig negativ mit motivationalen, volitionalen und behavioralen Indikatoren der Organspendebereitschaft verbunden sind (siehe auch Parisi & Katz, 1986), kovariert Informiertheit ebenso durchgängig positiv mit diesen Indikatoren (siehe auch Gold et al., 2001; Kischkel & Stiebler, 1989; Rice & Tamburlin, 2004).

Trotz der Spezifika unserer Stichprobe von Universitätsstudierenden entsprechen die bei der Ersterhebung registrierten Quoten der Organspendeausweis-Inhaber (18 %), an einem Ausweis Interessierten (41 %) und einem Organspendeausweis ablehnend Gegenüberstehenden (39 %) recht gut den Zahlen aus bevölkerungsrepräsentativen Studien. Interessant ist, dass durch eine auf den ersten Blick minimale Intervention – nämlich die Präsentation

eines leeren Organ spendeausweis-Formulars am Ende der Ersterhebung – innerhalb von wenigen Wochen die Quote der Ausweis-Inhaber auf 39% gesteigert werden konnte. Nach dem „Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung“ (TTM) von Prochaska, DiClemente und Norcross (1992; siehe hierzu auch Keller, 1999; Keller et al., 2004) liegt die Vermutung nahe, dass die Personen, die bei der Ersterhebung noch keinen, aber bei der Nacherhebung einen Spendeausweis bei sich trugen, bereits bei der Ersterhebung die Phase der Absichtslosigkeit (Indifferenz) überschritten und sich bereits in der Phase der Absichtsbildung (Bewusstwerdung) oder der Handlungsvorbereitung befanden. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass nicht alleine die Gelegenheit zum Ausfüllen eines Organ spendeausweises geboten wurde (wie etwa durch einfaches Auslegen entsprechender Formulare oder ihre Beilage in Zeitungen, Zeitschriften o. ä.), sondern dass die Thematik durch die im Durchschnitt 15 Minuten dauernde Fragebogenbearbeitung salient wurde und dass die Erhebungssituation im weitesten Sinne als persönliche Bitte oder Aufforderung interpretiert werden konnte. Kognitive Salienz der Thematik und persönliche Ansprache können zu persönlichem Involvement und damit zur Überwindung von Indifferenz beigetragen haben (siehe hierzu auch Birkimer et al., 1994; Skumanich & Kintsfather, 1996).

Bei den Begründungen für das Nicht-Ausfüllen eines Organ spendeausweises trotz der bei der Ersterhebung geäußerten Absicht und auch für die generelle Ablehnung der Organ spende sowie bei den handlungstheoretischen Persönlichkeitsvariablen liegen wesentliche Ansatzpunkte für Versuche, die Organ spendebereitschaft zu erhöhen. Unter Bezug auf die Gruppe der Ablehner ist zunächst festzuhalten, dass „harte“ Ablehnung in der untersuchten Studierendenstichprobe mit 2% selten, „weiche“ Ablehnung mit 37% häufiger ist. Eine Subgruppe der Organ spendeausweis-Ablehner gibt vor allem weltanschauliche Überzeugungen und Misstrauen in Ärzte als Ablehnungsgründe an und scheidet Vergesslichkeit sowie Entscheidungsunsicherheiten für sich aus. Dies geht einher mit einem höheren bereichsspezifischen Konzeptualisierungsniveau, d. h., dass sie sich ihrer Antworten auf die Fragen nach dem Glauben an ein Weiterleben nach dem Tod subjektiv sicherer sind. Die erhöhten Vorbehalte gegen Organ spende und -transplantation bei einer markant geringeren subjektiven Informiertheit darüber mögen die Folge davon sein. Dies findet sich auch in dem reduzierten allgemeinen Konzeptualisierungsniveau wieder, d. h., erhöhten Unsicherheiten über eigene Antworten bei den Fragen nach dem Glauben an Übersinnliches. Die persönliche Ablehnung der Organ spende scheint damit zwar eine bewusste Entscheidung, zugleich aber eine auf der Basis eines unzureichenden subjektiven Wissens zu sein. Davon getrennt zu betrachten ist die Gruppe derjenigen, die trotz ihrer Absichtserklärung bis zur Nacherhebung keinen Spendeausweis ausgefüllt haben: Die von ihnen angegebenen Entscheidungsunsicherheiten kovariieren mit einer geringeren Auseinandersetzung mit der Todesthematik, einem geringen Konzeptualisierungsniveau und mit einem stärkeren Glauben an ein Weiterleben nach

dem Tod. Auch Rücksicht auf Angehörige (für den Fall des eigenen Todes) wird als Grund angeführt, die als Begründung mit geringen allgemeinen und bereichsspezifischen Konzeptualisierungsniveaus einhergeht. Insgesamt scheint diese Subgruppe der (noch?) Indifferenten die Thematik der Organ spende bislang wenig kognitiv durchdrungen und in Gesprächen thematisiert zu haben.

Die Informiertheit über Organ spende und Transplantationsmedizin kann somit als der Humus für die Organ spendebereitschaft bezeichnet werden, der etwa nicht nur über massenmediale Aufklärungskampagnen, sondern insbesondere über Thematisierungen in familiären, schulischen und auch universitären Kontexten dazu beitragen kann, Vorbehalte abzubauen und Orientierungssicherheiten (d. h. ein erhöhtes Konzeptualisierungsniveau) zu vermitteln (vgl. hierzu etwa Morgan, 2004; Muthny, Buhk, Kuchenmeister & Stankowitz, 1995; Reubsaet, Reinaerts, Brug, van Hooff & van den Borne, 2004; Strenge, 1998; Waldrop, Tamburlin, Thompson & Simon, 2004). Im „Strategienorchester“ (Gold et al., 2001, S. 67; Schulz, Gold, von dem Knesebeck & Koch, 2002, S. 24) möglicher Maßnahmen wird dies aber nicht ausreichen, wenn nicht zugleich persönliches Involvement in die Thematik, darauf bezogenes Selbst- und Zukunftsvertrauen sowie Vertrauen in die mit der Organ spende befassten Personen und Institutionen aufgebaut werden kann. Damit sind weitere zentrale HPP-Variablen benannt, von denen nicht nur in psychologischen Analysen, sondern auch in den Bemühungen, die Organ spendebereitschaft zu erhöhen, wesentliche Beiträge zu erwarten sind. Strukturelle (Hintergrunds-)Aspekte wie etwa die Tatsache, dass im Jahr 2004 lediglich 40% der deutschen Krankenhäuser mit Intensivstationen sich an der Gemeinschaftsaufgabe Organ spende aktiv beteiligten (Deutsche Stiftung Organ spende, 2005), müssen dabei selbstverständlich als ungünstige Rahmenbedingungen für die Organ spendebereitschaft in der Bevölkerung und deren Vertrauen in die Medizin berücksichtigt werden. Mithin sollte Organ spendebereitschaft nicht nur spendeorientiert, sondern auch empfängerorientiert analysiert werden, wobei in Folgestudien im Unterschied zur vorliegenden Erkundungsstudie zwischen unterschiedlichen Spendearten (Lebendspende, postmortale Spende, Blutspende) und auch zwischen dem potenziellen Geben und Empfangen unterschiedlicher Organe unterschieden werden muss, da dafür bedeutsame Unterschiede, zum Teil auch interkulturelle Differenzen (vgl. etwa Dahlke et al., 2005), nachgewiesen wurden (siehe Strenge, 1996).

Literatur

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs/NJ: Prentice-Hall.
- Birkimer, J. C., Barbee, A. P., Francis, M. L., Berry, M. M., Deuser, P. S. & Pope, J. R. (1994). Effects of refutational messages, though provocation, and decision deadlines on signing to donate organs. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 1735–1761.
- Dahl, U., Montada, L. & Schmitt, M. (1982). Hilfsbereitschaft als Personenmerkmal. *Trierer Psychologische Berichte*, 9, Heft 8.

- Dahlke, M. H., Popp, F. C., Eggert, N., Hoy, L., Tanaka, H., Sasaki, K., Piso, P. & Schlitt, H. J. (2005). Differences in attitudes toward liver and postmortal liver donation in the United States, Germany, and Japan. *Psychosomatics*, *46*, 58–64.
- Deutsche Stiftung Organtransplantation (2005). Organspende und Transplantation 2003/2004. Verfügbar unter: <http://www.dso.de/infomaterial/presseservice/05-02-24> [02.05.2005].
- Giles, M., McClenahan, C., Cairns, E. & Mallet, J. (2004). An application of the Theory of Planned Behaviour to blood donation: The importance of self-efficacy. *Health Education Research*, *19*, 380–391.
- Gold, S. M., Schulz, K.-H. & Koch, U. (2001). *Der Organspendeprozess: Ursachen des Organmangels und mögliche Lösungsansätze* (= Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 13). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Verfügbar unter: <http://www.bzga.de> [12.09.2005].
- Harris, R. J., Jasper, J. D., Lee, B. C. & Miller, K. E. (1991). Consenting to donate organs. *Journal of Applied Social Psychology*, *21*, 3–14.
- Horton, R. L. & Horton, P. J. (1991). A model of willingness to become a potential organ donor. *Social Science and Medicine*, *33*, 1037–1051.
- Hübner, G. & Six, B. (2005). Einfluss ethischer Überzeugungen auf das Organspendeverhalten: Ein erweitertes Modell der Organspende. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, *13*, 118–125.
- Keller, S. (Hrsg.). (1999). *Motivation zur Verhaltensänderung: Das Trans theoretische Modell in Forschung und Praxis*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Keller, S., Bötting, K., Kaluza, G., Schulz, K.-H., Ewers, H., Robbins, M. L. & Basler, H.-D. (2004). Bedingungen für die Bereitschaft zur Organspende. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, *12*, 75–84.
- Kischkel, K.-H. & Stiebler, J. (1989). Zum Einfluss allgemeiner Einstellungen auf die Bereitschaft zur Organspende. In D. Rüdiger, W. Noldner, D. Haug & E. Kopp (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie: Konzepte und empirische Beiträge* (S. 233–237). Regensburg: Roderer.
- Krampen, G. (1988). Toward an action-theoretical model of personality. *European Journal of Personality*, *2*, 39–55.
- Krampen, G. (2000). *Handlungstheoretische Persönlichkeitspsychologie: Konzeptuelle und empirische Beiträge zur Konstruktion* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Maiman, L. A. & Becker, M. H. (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs*, *2*, 336–353.
- Manninen, D. L. & Evans, R. W. (1985). Public attitudes and behavior regarding organ donation. *Journal of the American Medical Association*, *253*, 3111–3115.
- McIntyre, P., Barnett, M. A., Harris, R. J., Shanteau, J., Skowrinski, J. J. & Klassen, M. (1987). Psychological factors influencing decisions to donate organs. *Advances in Consumer Research*, *14*, 331–334.
- Morgan, S. E. (2004). The power of talk: African American's communication with family members about organ donation and its impact on the willingness to donate organs. *Journal of Social and Personal Relationships*, *21*, 112–124.
- Muthny, F. A., Buhk, H., Küchenmeister, U. & Stankoweit, B. (1995). Medizinpsychologische Fortbildung für den Umgang mit den Angehörigen plötzlich Verstorbener. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, *4*, 183–190.
- Nolan, B. E. & McGrath, P. J. (1990). Social-cognitive factors influences on the willingness to donate organs. In J. Shanteau & R. J. Harris (Eds.), *Organ donation and transplantation: Psychological and behavioral factors* (pp. 25–36). Washington, DC: American Psychological Association.
- Parisi, N. & Katz, I. (1986). Attitudes toward posthumous organ donation and commitment to donate. *Health Psychology*, *5*, 565–580.
- Perkins, K. (1987). The shortage of cadaver donor organs for transplantation: Can psychology help? *American Psychologist*, *42*, 921–930.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, *47*, 1102–1114.
- Radecki, C. M. & Jaccard, J. (1997). Psychological aspects of organ donation: A critical review and synthesis of individual and next-of-kin donation. *Health Psychology*, *16*, 183–195.
- Reubsæet, A., Reinaerts, E. B. M., Brug, J., van Hooff, J. P. & van den Borne, H. W. (2004). Process evaluation of a school-based education program about organ donation and registration, and the intention for continuance. *Health Education Research*, *19*, 720–729.
- Rice, C. & Tamburlin, J. (2004). A confirmatory analysis of the Organ Donation Readiness Index. *Research on Social Work Practice*, *14*, 295–303.
- Ryckman, R. M., van den Borne, B., Thornton, B. & Gold, J. A. (2004). Intrinsic-extrinsic religiosity and university students' willingness to donate organs posthumously. *Journal of Applied Social Psychology*, *34*, 196–205.
- Schulz, K.-H., Gold, S., von dem Knesebeck, M. & Koch, U. (2002). Organspendebereitschaft in der Allgemeinbevölkerung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *52*, 24–31.
- Schwarzer, R. (1992). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (2001). Social-cognitive factors in changing health-related behaviors. *Current Directions in Psychological Science*, *10*, 47–51.
- Skumanich, S. A. & Kintsfather, D. P. (1996). Promoting the organ donor card: A causal model of persuasion effects. *Social Science and Medicine*, *43*, 401–408.
- Strenge, H. (1996). Fragen zur Organspende. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *46*, 327–332.
- Strenge, H. (1998). Die Organspende aus der Sicht von Medizinstudenten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, *48*, 457–462.
- Strenge, H., Bunzel, B., Läderach-Hofmann, K. & Smeritschnig, B. (2000). Die postmortale Organspende aus der Sicht von medizinischen Studienanfängern. In B. Johann & U. Treichel (Hrsg.), *Beiträge der Psychosomatik zur Transplantationsmedizin* (S. 56–65). Lengerich: Pabst.
- Waldrop, D. P., Tamburlin, J. A., Thompson, S. J. & Simon, M. (2004). Life and death decisions: Using school-based health education to facilitate family discussions about organ and tissue donation. *Death Studies*, *28*, 643–657.
- Westhoff, K. & Berka, H.-H. (1987). Beziehungen des Zusammenhangs zwischen Erwartungen und Verhalten. *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie und ihre Anwendungen*, *45*, 209–217.

Prof. Dr. Günter Krampen

Universität Trier
 Fachbereich I – Psychologie
 54286 Trier
 E-Mail: krampen@uni-trier.de