

Aus dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
der Medizinischen Fakultät der Martin Luther-Universität Halle-Wittenberg

(Direktor: Prof. Dr. phil. habil. J. Behrens)

**Die Einstellung zur eigenen postmortalen Organspendebereitschaft
von Pflegenden und Ärzten
zweier Kliniken und verschiedener Intensivstationen**

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Gesundheits- und Pflegewissenschaften
(Dr. rer. medic.)

vorgelegt
der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Jutta Sabine Maria Müller
geboren am 18. Mai 1964

in Heilbad Heiligenstadt

Gutachter

1. Prof. Dr. J. Behrens
2. Prof. Dr. G. Duncker
3. Prof. Dr. H. Angstwurm (München)

Verteidigungsdatum: 03.09.2002

urn:nbn:de:gbv:3-000005579

[<http://nbn-resolving.de/urn/resolver.pl?urn=nbn%3Ade%3A3Agbv%3A3-000005579>]

Referat und bibliographische Beschreibung

Zielsetzung: Ziel der empirischen Untersuchungen ist, die Spendebereitschaft von Pflegenden und Ärzten verschiedener Intensivstationen und Kliniken zur eigenen postmortalen Organspende zu erfragen. Es soll eruiert werden, ob sich die Gruppen der Nichtspender des Fachpersonals unterscheiden und welche Faktoren sich als Risikofaktoren darstellen, keine Organe spenden zu wollen. Die Spendebereitschaft des Fachpersonals soll mit der Theorie des geplanten Verhaltens (Ajzen: Theorie Of Planned Behavior, TOPB) und der Organspendeprozess im Intensivbereich insgesamt soll mit Aspekten eines Qualitätsmanagements in Verbindung gebracht werden. Es wird dargestellt, dass sich in der Berufspraxis Handlungsansätze ergeben, dem bestehenden Organ- und Gewebemangel entgegenwirken zu können.

Methode: Pflegende und Ärzte verschiedener Intensivstationen zweier grosser Kliniken (altes / neues Bundesland) sind im Rahmen schriftlicher Vollerhebungen mit einem standardisierten, mit ZUMA Mannheim (Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen) bzgl. der Methodik bearbeitetem Fragebogen zu allgemeinen Einstellungen, zu Wahrnehmungen und Belastungen und zum Informationsstand befragt worden.

Ergebnisse: In Klinik A haben 35 Mitarbeiter des Pflegepersonals und 56 Ärzte an der Erhebung teilgenommen (Rücklaufquote 95%), in Klinik B sind es 59 Pflegende und 12 Ärzte gewesen (Rücklaufquote 56%). In Klinik A unterscheiden sich Pflegende und Ärzte bzgl. ihrer Spendebereitschaft höchst signifikant ($p = 0,001$): Ärzte sind eher zur postmortalen Multiorganspende bereit, Pflegende beschränken ihre Spendebereitschaft eher auf die Spende bestimmter Organe. In Klinik B unterscheiden sich Pflegende und Ärzte bzgl. ihrer Spendebereitschaft nicht signifikant ($p = 0,329$). In beiden Kliniken wären Ärzte bereit zu zögern, die Meldung potenzieller Organspender an das zuständige Transplantationszentrum weiterzuleiten, um dadurch Gespräche mit den Angehörigen zu vermeiden.

Schlussfolgerungen: Pflegende und Ärzte im Intensivbereich gelten als wichtige Schlüsselgruppen und Multiplikatoren im Organspendeprozess insgesamt und bei der Lösung der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe, dem bestehenden Organ-Gewebemangel entgegenzuwirken. Durch die Verbindung zur Theorie des geplanten Verhaltens stellt sich eine Möglichkeit dar, die Abhängigkeit des Einstellungsverhaltens des Fachpersonals von verschiedenen Faktoren ergründen zu können. Aspekte eines Qualitätsmanagementsystems erweisen sich als geeignet, um Pflegende und Ärzte in ihrer Berufspraxis zu unterstützen und im Hinblick steigender Organ- und Gewebespendenzahlen.

Müller, Jutta: Die Einstellung zur eigenen postmortalen Organspendebereitschaft von Pflegenden und Ärzten zweier Kliniken und verschiedener Intensivstationen.
Halle, Martin-Luther-Universität, Med. Fak., Diss., 80 Seiten, 2002

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangsphänomen	1
1.1. EINLEITUNG	1
1.2. FRAGESTELLUNGEN DER ARBEIT.....	5
1.3. LITERATURSTAND	6
2. Orientierende Erklärungsheuristiken	8
2.1. ERKLÄRUNGSHEURISTIKEN ALLGEMEIN.....	8
2.1.1. Ebene I: Prozessmodell der Makroebene.....	8
2.1.2. Ebene II: Prozessmodell der Mesoebene.....	1
2.1.3. Ebene III: Prozessmodell der Mikroebene	16
2.1.4. Theorie des geplanten Verhaltens (TOPB) und Ableitung der TOPB auf die Variable der Spendebereitschaft.....	18
2.2. HYPOTHESEN	28
3. Methodik der Datenerhebung	29
3.1. FRAGEBOGEN	29
3.2. DATENERHEBUNGEN	29
3.2.1. Datenerhebung 1 - Klinik in den alten Bundesländern	30
3.2.2. Datenerhebung 2 - Klinik in den neuen Bundesländern	31
3.3. VORSTELLUNG DER TEILNEHMER DER UNTERSUCHUNGEN	31
3.3.1. Altersverteilung der Teilnehmer.....	31
3.3.2. Geschlechtsverteilung der Teilnehmer	32
3.3.3. Berufserfahrung der Teilnehmer	32
3.3.4. Konfessionszugehörigkeit der Teilnehmer.....	33
4. Spendebereitschaft des Fachpersonals	34
4.1. SPENDEBEREITSCHAFT ALLGEMEIN	34
4.2. SPENDEBEREITSCHAFT BEZOGEN AUF EINZELNE ORGANE.....	35
4.3. GRUPPEN DER NICHT-SPENDER IN KLINIK A UND KLINIK B	37
5. Überprüfung der Hypothesen	38
5.1. ZUSAMMENFASSUNGEN (KURZDARSTELLUNGEN) DER HYPOTHESEN 1 – 5	39
5.1.1. Hypothese 1	39
5.1.2. Hypothese 2	40
5.1.3. Hypothese 3	42
5.1.4. Hypothese 4	43
5.1.5. Hypothese 5	45
5.2. RISIKOPROFILE FÜR KLINIKEN A UND B, DIE ZUR ABLEHNUNG DER POSTMORTALEN SPENDEBEREITSCHAFT DES FACHPERSONALS FÜHREN	48
5.3. HYPOTHESE 6	53
6. Diskussion	59
6.1. SCHLUSSFOLGERUNG	59
6.2. RÜCKBEZUG ZU KAPITEL 2.....	63
Literaturverzeichnis	65
Anhang	71
Thesen	80
Biografie	84
Selbstständigkeitserklärung	85
Danksagung	86

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Prozessmodell Makroebene	9
Abb. 2: Prozessmodell Mesoebene	13
Abb. 3: Prozessmodell Mikroebene	17
Abb. 4: Modell der TOPB bezogen auf die Spendebereitschaft und deren Erklärung	21
Tbl. 1: Datenerhebungen Klinik A und Klinik B.....	29
Abb. 5: Alter, Klinik A.....	34
Abb. 6: Alter, Klinik B.....	34
Tbl. 2: Geschlecht, Kliniken A + B	32
Tbl. 3: Berufserfahrung, Klinik A	32
Tbl. 4: Berufserfahrung, Klinik B	32
Tbl. 5: Religionszugehörigkeit, Kliniken A und B.....	33
Abb. 7: Spendebereitschaft, Klinik A Abb. 8: Spendebereitschaft, Klinik B	34
Tbl. 6: Spendebereitschaft, bezogen auf einzelne Organe, Klinik A	35
Tbl. 7: Spendebereitschaft, bezogen auf einzelne Organe, Klinik B	36
Tbl. 8: Nicht-Spender, Kliniken A und B.....	37
Tbl. 9: Risikoprofil für Kliniken A und B	50
Abb. 9: Zögerung der Meldung an das Transplantationszentrum, Ärzte Kliniken A + B	53
Tbl. 10: Zögerung zur Meldung an das Transplantationszentrum vs. Zögerungsgründe	54
Tbl. 11: Zögerung zur Meldung an das Transplantationszentrum vs. Spendebereitschaft	57
Tab. 12: Spendebereitschaft – Zögerung zur Meldung an Transplantationszentrum	59

1. Ausgangsphänomen

1.1. Einleitung

Im Leben eines Menschen stellen sich im Verlaufe des privaten und beruflichen Lebens zu verschieden wichtigen und unwichtigen Themen Fragen; Fragen, die beantwortet werden (können) und Fragen, die nicht beantwortet werden (können). Organ- Gewebespende und Transplantation – ein aktuelles Thema der Gesellschaft und der Krankenhäuser, kann schnell ein aktuelles Thema für jeden persönlich werden. Ein Thema aus den Grenzbereichen des menschlichen Lebens, das meistens mit der Beschäftigung mit dem eigenen Tod behaftet ist – mit dem man sich weniger freiwillig, sondern eher „gezwungenermaßen“ beschäftigt, sei es durch persönliche Erfahrungen oder andere innere und äußere Einflüsse. Eine Besonderheit für die gegenwärtige materialistisch orientierte Gesellschaft ist darin zu sehen, dass eine Organ-Gewebespende eine besondere Gabe oder Leistung für andere, meistens unbekannte, Menschen bedeutet, ohne dafür eine materielle Gegenleistung oder nicht immer einen Dank zu bekommen. Der verstorbene Mensch ist ein im Rahmen der sich entwickelnden Medizin und Technik „zum Besitzer wertvoller Güter und ‚Materialien‘“ (Bayerts 1997) geworden, die im Hinblick auf das Überleben anderer und im Hinblick einer besseren Lebensqualität anderer an schwerkranke Menschen verschenkt werden. Im Gegensatz zur Organspende / Transplantation ist das Thema der Gewebespende / Transplantation in der Öffentlichkeit weniger bis garnicht bekannt. Die Bevölkerung wird aber parallel dazu im Organspendeausweis um eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende gebeten. Die Auswertungen der empirischen Untersuchungen dieser Arbeit sind ansatzweise mit auf den Bereich der Gewebespende / Transplantation gerichtet, indem Einstellungen gegenüber der Augenhornhaut mit erhoben worden sind. Bzgl. der Gewebespende insgesamt bezieht sich diese Arbeit auf die Gewebespende im Rahmen einer postmortalen Organspende. Das Umfeld einer Intensivstation, die Situation des Umgangs mit den Angehörigen, die Situation des Personals, die mündliche oder schriftliche Zustimmungserklärung – alle im Folgenden beschriebenen Faktoren - betreffen gleichermaßen auch das Gebiet der Gewebespende.

Parallel zu der Ansicht „Entgegen der heute vorherrschenden Gleichsetzung von Hirntod und Tod des Menschen wird festgestellt, dass darüber hinaus, ob der Hirntote lebt oder tot ist, Nichtwissen herrscht.“ (Thomas 1994) existiert bereits gegenwärtig das Gebiet der Transplantationsmedizin mit seinen zwei Seiten:

„- die Seite des Erfolges und der Beendigung der Wartezeit auf ein neues Organ, die Seite der Transplantation und

- die Seite, die immer mit dem Tod endet und nach dem heutigen Stand der Medizin immer Voraussetzung für die Seite des Erfolges ist, die Seite der Explantation.“ (Müller 1999).

Zwei Seiten, denen in Übereinstimmung mit Eiglers (1997) Ansicht auf Grund ihrer individuellen Problematik und der jeweils individuellen Hintergründe die Bewertung weder als Routine noch als Experiment zukommt.

Ein Phänomen, mit dem seit langem nicht nur Ärzte, sondern gleichermaßen Pflegende und Angehörige umzugehen haben. Bevor aus diesem Nichtwissen ein Wissen wird, werden gerade in der Praxis, konkret am Organ-Gewebespende, am schwerkranken Patienten, der ein Organ / Gewebe benötigt, am Transplantierten und mit den jeweiligen Angehörigen, noch viele Pflegende und Ärzte, speziell im Intensiv- und OP-/Anästhesiebereich, konfrontiert. Aus verschiedenen Sichtweisen, aus medizinischer, philosophischer und theologischer, wird die Hauptfrage nach dem Hirntod als Tod des Menschen in der Literatur und öffentlich teilweise kontrovers diskutiert. Abhängig von der Prägung des individuellen Menschenbildes ist es möglich, Antworten zu finden und/oder zu akzeptieren, um somit zu einer eigenen, persönlichen Einstellung zu kommen. Entwicklungen in der Transplantationsmedizin gehen weiter, die Diskussion um den Hirntod als Tod des Menschen geht weiter – Handlungsspektren werden erweitert, neue Verantwortlichkeiten müssen definiert und festgelegt werden. „Ärztliches Tun auf diesem Gebiet muss sich somit nicht nur mit den medizinischen Gegebenheiten, sondern besonders auch mit allgemein menschlichen Bereichen, Fragen der Weltanschauungen und dabei sicher vor allem mit dem christlichen Gedankengut auseinandersetzen.“ (Pichlmayer 1989). Für pflegerisches Tun gilt diese Auseinandersetzung gleichermaßen als existent. Die Teilnahme am interdisziplinären Dialog zum Thema Organ-Gewebespende / Transplantation ist Voraussetzung, um „die jeweils spezifischen Begriffsmuster und Denkstrukturen der anderen Disziplinen zu erlernen.“ (Kütz, Wehkamp 1995). Pflege ist mehr als die historische Betrachtungsweise und der Verbalisierung der Worte „tun und ausführen“, sondern Pflege ist logisches Denken, Verantwortungsübernahme, Hinterfragen, selbstständiges Handeln, agieren und reagieren, Prioritätenerkennung, Entscheidungsfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Organisation, Kooperation, Verstehen, Wirtschaftlichkeit, Wissen – Pflege hat Rechte und Pflichten. „Jede Ausweitung unserer Wahlmöglichkeiten bedeutet einen Zuwachs an Freiheit, aber auch an Verantwortung.“ (Birnbacher 1997) – nicht nur für Medizin und Technik, auch für Pflege bedeutet neues Wissen neue Wahlmöglichkeiten, neue Freiheiten und neue Verantwortung.

Als Ausgangssituation dieser Arbeit gelten folgende Basisphänomene: (statistische Angaben aus Untersuchungen des Forsa-Institutes und dem DSO-Jahresbericht 2000, Die Angaben

2. Annahme: Eine höhere Beschäftigung mit dem Thema Gewebespende könnte eine steigende Bereitschaft zur Gewebespende mit der dazugehörigen Willenserklärung zur Folge haben.
- ◆ 1997: Inkrafttreten des deutschen Transplantationsgesetzes: Erklärung der Transplantationsmedizin und der postmortalen Organspende zur Gemeinschaftsaufgabe aller an der medizinischen Versorgung der Bevölkerung Beteiligten.
 - ◆ Organspenden: 1997: 3223 Transplantationen solider Organe: 1997: 3839
 1998: 3331 1998: 3918
 1999: 3208 1999: 3896
 2000: 3135 2000: 3819
 - ◆ Die Organspenderaten weisen regionale Unterschiede auf. Die Organspenderate für Deutschland liegt bei 12,5 Mio. Einwohner und Jahr und ist niedriger als in den europäischen Nachbarländern. Die Entwicklung der Organspende im Ost – West – Vergleich (in der DDR galt bis 1990 die Widerspruchsregelung) zeigt gegenläufige Tendenzen: neue Bundesländer: Anstieg der Organspenderaten; alte Bundesländer: kontinuierlicher Rückgang der Organspenderaten.
 - ◆ Der Hauptablehnungsgrund, der 2000 zu einer Nicht-Realisierung einer Organspende geführt hat, wird in der Ablehnung durch die Angehörigen formuliert, wenn keine schriftliche oder mündliche Willenserklärung des Verstorbenen bekannt gewesen ist mit steigender Frequenz.

bei realisierten Organspenden 2000:		bei Ablehnung einer Organspende 2000:	
4%	schriftlicher Wille bekannt	1%	
9%	mündlicher Wille bekannt	19%	
81%	vermuteter Wille durch die Angehörigen	71%	
6%	Entscheidung von Angehörigen	9%	

auf Grund eigener Wertvorstellungen

Die Zustimmung einer Organspende impliziert meistens die Zustimmung zur Entnahme mehrerer Organe.

- ◆ Die Organisation der Organspende als gemeinschaftliche Aufgabe der Krankenhäuser und der Transplantationszentren gehört mit zu den Aufgaben der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO).
- ◆ Der Bedarf an Transplantaten für wartende Patienten kann nicht gedeckt werden bei steigender Diskrepanz zwischen Organ-Gewebeangebot – Nachfrage.

- ◆ Die Möglichkeiten der Lebendspenden existieren bei Nieren- und Leberteiltransplantationen. Für 2000 werden angegeben:
346 Nierentransplantationen mit Organen lebender Spender = ca. 16% aller Nierentransplantationen, insgesamt steigende Tendenz, im Vergleich zu 1999 ein leichter Rückgang. Im Vergleich dazu beträgt in Skandinavien und Nordamerika der Anteil der Lebendspende bei dialysepflichtigen Patienten ca. 50%. (Lauchert 1998). Der Anstieg der Lebendnierenspende in den USA zwischen 1988-1994 wird mit ca. 70% auf ca. 40% aller Spender beschrieben (Becker 2000).
90 Leberteil-Lebendspenden = ca. 11% aller Lebertransplantationen, Tendenz steigend
- ◆ Ein nachweisbarer Kostenvorteil ist bei Nierentransplantationen gegenüber dem Alternativverfahren der Dialysebehandlung errechnet worden und eine geringe Kostenwirksamkeit bei Lebertransplantationen bezogen auf genommene Lebensjahre und Nutzwerte (Greiner 1999).
- ◆ Die Möglichkeiten der Xenotransplantation (Hammer 2000) und des Tissue Engineering (Topp et al. 2000) sind derzeit noch nicht als Alternativverfahren zur Behebung des Organ-Gewebemangels etabliert.
- ◆ Seit dem Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes ist es durch entsprechende Länderregelungen zunehmend zur Ernennung von Transplantationsbeauftragten in Kliniken gekommen, die diese Funktion zusätzlich zu ihrer bisherigen Tätigkeit ausüben.
- ◆ Die Berufsgruppe der Pflegenden ist die zahlenmäßig größte Berufsgruppe im deutschen Gesundheitswesen (ca. 70% aller Mitarbeiter). Der Zeitaufwand und die Nähe, den Pflegenden auf Intensivstationen mit Patienten und Angehörigen verbringen, ist höher bzw. intensiver als bei anderen Berufsgruppen.
- ◆ Parallel zu den Entwicklungen in Medizin, Technik und anderen Fachgebieten Entwicklungen im Bereich der Gesundheits- und Pflegewissenschaft und des Qualitätsmanagements.

1.2. Fragestellungen der Arbeit

Die Fragestellungen ergeben sich aus dem Phänomen der Organ-Gewebespende als gesamtgesellschaftliches Anliegen und dem Mangel als gesamtgesellschaftliches Problem. Diese Phänomene werden in Verbindung gebracht zur Berufspraxis der Pflegenden und Ärzte im Intensivbereich, die den Prozessablauf der Erkennung und Versorgung und Betreuung eines Organ-Gewebespenders umsetzen (sollen).

1. Wie hoch ist die Spendebereitschaft von Pflegenden und Ärzten?
2. Welche soziodemographischen Merkmale kennzeichnen die Nichtspender in Klinik A (Fachklinik) und Klinik B (Universitätsklinik)?
3. Welche Faktoren stellen sich als Risikofaktoren für Fachpersonal dar, keine Organe spenden zu wollen?
4. Erweist sich die Anwendung der Theorie des geplanten Verhaltens (Theorie Of Planned Behavior, TOPB) auf die Spendebereitschaft des Fachpersonals als geeignet, um zur Erklärung des gesellschaftlichen Phänomens des Organ-Gewebemangels beitragen zu können?
5. Welche Forschungsansätze sind ableitbar?
6. Lässt sich ein für die jeweilige Klinik angemessenes und implementiertes Qualitätsmanagementsystem in Verbindung bringen mit dem Prozess der Versorgung und Betreuung eines Organ-Gewebespenders?

Die Beschäftigung mit der Organ-Gewebespende in der Gesellschaft, also „außen“, ist eine Seite. Wie es bei denjenigen aussieht, die nah und direkt mit der Thematik umzugehen haben, also „innen“, ist die andere Seite. Eine niedrige Organ-Gewebespenderate einer Klinik in der Jahresendstatistik kann verschiedene Ursachen haben, die bei selbstkritischer Analyse der Frage nach dem Warum? zu Antworten führt.

Fachpersonal der Pflegenden und der Ärzte erfährt die gleichen Umgebungsbedingungen. Zeitlich gesehen sind die Pflegenden auf Grund der Arbeitsorganisationsstruktur einer Klinik und einer Intensivstation länger, intensiver und somit näher im Prozessverlauf involviert. Die Möglichkeit des Rückzugs besteht nicht. Dabei kann sich die Gewichtung der Wahrnehmungsebenen ändern: Eine sachlich, rationale Ebene kann sich schnell in eine Beziehungs- oder emotionale Ebene wandeln, was einen Wechsel der Einflussfaktoren einer Einstellung und eines Verhaltens bedeuten kann. Pflegende und Ärzte der OP- und Anästhesieabteilung sind ebenso nah und direkt mit der Organ-Gewebespende konfrontiert. Jedoch beinhaltet diese Nähe andere bedeutsame Einflussfaktoren, die andere Einstellungen und Verhaltensweisen zur Folge haben können.

1.3. Literaturstand

Studien zu Einstellungen des medizinischen Personals sind in der inhaltlichen und methodenkritischen Analyse vorhandener nationaler und internationaler Studien von Gold, Schulz und Koch (2001) gelistet. Als Fazit zu dieser Expertise ist in einer Expertendiskussion festgestellt worden, dass die wenigen für Deutschland vorliegenden Studien nur ein kleines Segment wiedergeben und z.T. methodische Mängel aufweisen, was bestätigt werden kann. Als

ebenfalls ungünstig erweist sich die fehlende Vergleichbarkeit der Studien durch die Verwendung unterschiedlicher Untersuchungsinstrumente mit verschiedenen Kriterien. Von der weiteren für diese Arbeit recherchierte Literatur sollen dazu zwei Gruppen bzw. Forschungsbe-
reiche erwähnt werden:

a) ergänzende Literatur zum Einstellungsverhalten von medizinischem Personal, in denen z.T. Aussagen zur Augenhornhautspende mit gemacht werden (Kibert, Kibert 1992; Kent, Owens 1995; Wolf 1990; Meier 1999; Gibson 1996).

Zu allen Arbeiten, die Aussagen zum Einstellungsverhalten von medizinischem Personal enthalten, muss kritisch angemerkt werden, dass als die gewählten Forschungsgruppen nicht bzw. nur z. T. die Kerngruppen des medizinischen Personals im Intensivbereich gewählt worden sind. Gerade in diesen Abteilungen sollen Organ-Gewebespende erkannt werden. Bestätigt werden muss das Ergebnis von Gold et al, dass sich aus vorliegenden Arbeiten ein Forschungsbedarf für Deutschland ableiten lässt. Das Thema der Gewebespende ist als ein weiterer Forschungsbedarf ableitbar, speziell auch im Zusammenhang mit den sich entwickelnden Alternativverfahren. Studien, die sich ausschließlich mit dem Einstellungsverhalten zur Gewebespende befassen, konnten nicht recherchiert werden.

b) Arbeiten im Zusammenhang mit Angehörigen (Fischer-Fröhlich et al 1998; Burroughs et al 1998; De Jong 1998; Pearson et al 1995; Douglass, Daly 1995; Pelletier 1992; Cerney 1993).

Aus vorliegenden Arbeiten in Bezugnahme zu den Angehörigen ist ebenso ein Forschungsbedarf für Deutschland zu erkennen. Gerade den Angehörigen als weitere Schlüsselgruppe im Organspendeprozess kommt eine bedeutsame Rolle zu, wenn es um die Bitte um eine Organ-Gewebespende geht.

Die empirischen Untersuchungen von Pflegenden und Ärzten in Klinik A (alte Bundesländer) und Klinik B (neue Bundesländer) geben einen weiteren Überblick über das Einstellungsverhalten von Fachpersonal im Intensivbereich. Eine Verbindung dieser Arbeit mit den von Gold et al. beschriebenen Modellen kann in der Integrierbarkeit dieser Arbeit in die Modelle gesehen werden.

Glaser und Strauss (1995), die in den USA in einer 6-jährigen Feldstudie das Verhalten von Menschen untersucht haben, die an Sterbeprozessen beteiligt sind, behaupten, „dass sich bei Sterbephase im Krankenhaus bestimmte Formen der Interaktion voraussagen lassen oder dass sie zumindest nicht rein zufällig sind“. Eine Behauptung, die durch die Kombination der von Gold et al. beschriebenen Modelle mit den „Hintergrund“-Informationen der empirischen

Erhebungen in Klinik A und Klinik B für den gesamten Prozessverlauf einer Organ-Geweibespende im Intensivbereich nachvollziehbar ist.

Die Verbindung der deskriptiven Darstellung des IST-Zustandes des Fachpersonals mit analytisch errechneten Risikofaktoren ermöglicht die Ableitung gezielter, konkreter und zeitnaher Handlungskonzepte für die jeweilige Klinik und / oder die jeweilige Berufsgruppe. Somit wird es möglich, 1. einen Überblick, 2. einen Begründungsansatz und 3. einen Handlungsansatz zu geben. Beide Auswertungsverfahren können als Diskussionsgrundlage für die jeweilige Einrichtung gewertet werden.

2. Orientierende Erklärungsheuristiken

2.1. Erklärungsheuristiken allgemein

Mit den Erklärungsheuristiken 2.1.1. – 2.1.3., die in drei Ebenen dargestellt werden, wird gezeigt, wie die Thematik der Arbeit in das Gesamtgefüge der Thematik Organ-Geweibespende / Transplantation einzuordnen ist und an welchen Stellen sich praxisrelevante Probleme ergeben können, ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben. In den folgenden allgemeinen Erklärungsheuristiken wird eine Verbindung zu der Theorie des geplanten Verhaltens (TOPB) dargestellt.

2.1.1. Ebene I: Prozessmodell der Makroebene

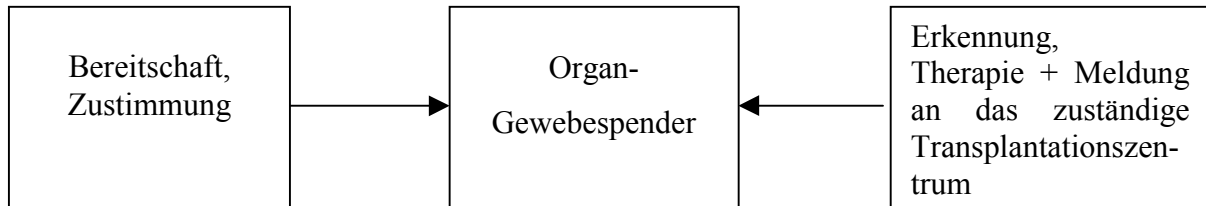
Das Prozessmodell der I. Ebene, der Makroebene, stellt den globalen Zusammenhang dar: Voraussetzungen zur Realisierung einer Organ- Gewebespende liegen 1. auf der Seite des Spenders oder seiner Angehörigen und 2. auf der Seite der Klinik mit verschiedenen Einflussfaktoren.

Organ-Gewebespende

Angehörige

Staat / Gesellschaft

Klinik



- persönliche Einstellung
- Beschäftigung mit der Thematik
- Einfluss der Einstellungen der Angehörigen
- Wissen um den Hirntod
- Akzeptanz des Hirntodes als Tod des Menschen
- Einstellung der zugehörigen Konfession und die Kenntnis darüber
- Informationsstand über die Thematik Organ-Gewebespende und Transplantation
- Informationsgehalt und -qualität der Medien und der zu informierenden Institutionen
- Erfahrungen mit Angehörigen von Organ- Gewebespendern
- Erfahrungen von Patienten auf den Wartelisten
- Erfahrungen mit Transplantierten

- Anwesenheit des diensthabenden Personals
- persönliche Einstellungen des diensthabenden Personals
- qualitative Fähigkeiten des diensthabenden Personals zur Erkennung u. Versorgung eines Organ-Gewebespenders einschließlich der Angehörigen
- Bereitschaft zur Versorgung/Betreuung /Therapieausführung
- Identifizierung der Klinik mit der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe (Klinikseinstellung)
- Regelung von Verantwortlichkeiten und Prozessabläufen
- Fähigkeiten der jeweils Verantwortlichen
- Nachweiskriterien
- Nachweisdokumentation
- Kontrollkriterien, -instanzen

= **Elemente eines Qualitätsmanagementsystems (QMS)**

Abb. 1: Prozessmodell Makroebene (Müller, 2002)

2.1.2. Ebene II: Prozessmodell der Mesoebene

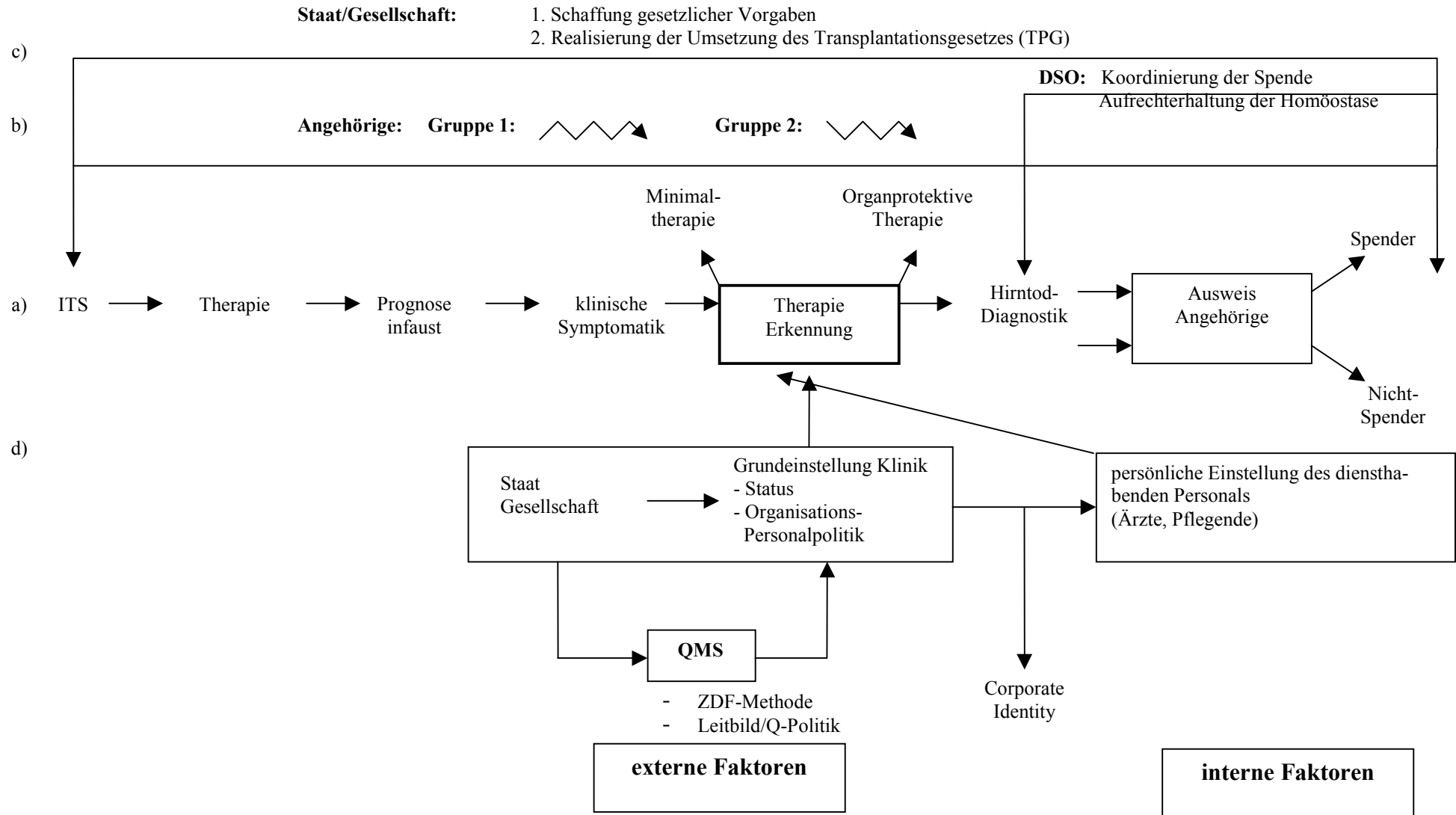


Abb. 2: Prozessmodell Mesoebene (Müller, 2002)

Im Modell der II. Ebene, der Mesoebene, wird der Prozessverlauf im Intensivbereich als Schlüsselbereich gezeigt. Als wichtige praxisbezogene Schnittstellen gelten die Erkennung eines Spenders einschließlich der Gestaltung der Therapie und die Gewährleistung einer ad-äquaten Spender- und Angehörigenbetreuung. Ausgangspunkt ist die Aufnahme eines Patienten auf die Intensivstation. Endpunkt ist der Abruf des Organ-Gewebespenders in den OP, einschließlich des Transportes des Leichnams nach erfolgter Organ-Gewebeentnahme in die Leichenhalle. Bei Nichtrealisierung einer Organ-Gewebeentnahme gilt als Endpunkt ebenfalls der Transport-Teilprozess. Ausgangs- und Endpunkt sind so dargestellt,

- da sie einen wesentlichen Einfluss auf den Prozessablauf und das „Prozess-Outcome“ insgesamt haben und
- sie gelten als einflussreiche, prospektiv wirkend zu sehende Faktoren für den folgenden Prozessablauf.

Angehörige (b) und Staat und Gesellschaft (c) gelten als übergeordnete Ausgangs- und Endpunkte:

- Angehörige sind während des gesamten Verlaufs existent und
- Organ-Gewebespende gelten als gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Die Einstellung und das Verhalten des Staates/der Gesellschaft hat Einfluss auf den Prozessverlauf insgesamt.

Dieses Prozessmodell trifft bis zu dem Punkt der Feststellung des Hirntodes für eine weitere Patientengruppe zu, die für die Institution Klinik nicht die gleiche „Wichtigkeit“ darstellt: die Patienten, bei denen der Hirntod festgestellt wird und es um die Frage der Therapiebeendigung und nicht um eine Organ-Gewebespende geht. Ein Prozess mit einem tiefen ethischen Hintergrund, der für Pflegenden und Ärzte ebenso Belastungs-, Wahrnehmungs- und Einflussfaktoren beinhaltet; ein Prozess, in dem Angehörige integriert sind.

a) Ein Patient kommt auf die Intensivstation, wird therapiert und gepflegt, im Krankheitsverlauf zeigt sich, dass die Prognose infaust ist, klinische Symptomatik und medizinische Diagnostik deuten eine Hirntod-Symptomatik an (Bsp. CT-Befunde, ausgefallene Hirnstamm-Reflexaktivitäten, Befunde der akustisch evozierten und somatosensibel evozierten Potenziale). Die weiterlaufende Therapie als eine entscheidende Schnittstelle kann als Minimaltherapie oder als organprotektive Therapie gestaltet werden. Diese Schnittstelle hängt ab von den persönlichen Einstellungen des diensthabenden Arztes und des Pflegepersonals, die wiederum von der jeweiligen Grundeinstellung der Klinik und der Einstellung / Haltung der Gesellschaft mit determiniert werden. Nach Entscheidung zur Durchführung der Hirntoddiagnostik, der Durchführung, dem Nachweis des Hirntodes und der dazugehörigen Dokumentation kann

eine Organ-Gewebespende realisiert werden unter Einhaltung der gesetzlichen und behördlichen Vorgaben oder die Therapie wird eingestellt, d.h. das Beatmungsgerät wird abgestellt und der Herz-Kreislauf-Tod tritt nach wenigen Minuten ein.

Bei Einstellung der Therapie ist nach Feststellung des Herz-Kreislauf-Todes der ärztliche Auftrag schnell beendet, sie können und müssen wieder andere Patienten versorgen. Die Tätigkeiten des Pflegepersonals bestehen noch in der Versorgung der Leichnams.

Bei der Zustimmung zu einer Organ-Gewebespende bedeutet die Vorbereitung bis zur Entnahme für beide Berufsgruppen viel Arbeit, bei der sie von Mitarbeitern der Deutschen Stiftung Organtransplantation, der Koordinierungsstelle für Organspenden, unterstützt werden. In dieser Phase können Pflegende und Ärzte in einen bedeutsamen Gewissenskonflikt geraten, wenn sie auf Grund ihrer eigenen persönlichen Einstellung nicht an Toten arbeiten können oder möchten und dieser Gewissenskonflikt zu arbeitsrechtlichen Konsequenzen führen würde. Diese „Verweigerung“ kann in Folge ein organisatorisches Problem nach sich ziehen, wenn nicht genügend Personal im Dienst ist und das verbleibende Personal nicht über hinreichende Erfahrungen verfügt.

Eine andere Bewertung kommt dem Transport des Leichnams nach erfolgter Organ-Gewebespende in die Leichenhalle zu, der meistens nachts stattfindet und die Belastung für die Ausführenden des OP/Anästhesie- oder des Intensivpersonals während dieses Teilprozesses unterschiedlich sein kann. Der Leichnam eines Patienten, der ehemals in seiner subjektiven Ganzheit erlebt worden ist, muss würdevoll „endversorgt“ werden. Eine Tätigkeit wie viele andere in einer Klinik, der gewohnte Tätigkeiten nahtlos folgen.

b) Eine zentrale Stellung für den gesamten Verlauf nehmen die Angehörigen ein. In den für diese Arbeit durchgeführten empirischen Erhebungen werden keine Angehörigen befragt. Im Gegensatz dazu ist das Fachpersonal gebeten worden, sich über die Angehörigen der Patienten in der Weise Gedanken zu machen, dass sie die Einstufung der Wichtigkeit vorgegebener Aspekte für Angehörige aus ihrer Sichtweise einschätzen sollten. (Die Ergebnisse können aus Übersichtsgründen nicht dargestellt werden.) Bei der Begleitung und Führung der Angehörigen werden je nach Krankheitsverlauf des Patienten zwei Gruppen unterschieden. Für Außenstehende wird dieser Unterschied vermutlich kaum ersichtlich. Bei intensiver Beschäftigung mit den Angehörigen ist er im Umgang mit ihnen jedoch bedeutsam. Der Zustand der Angehörigen soll durch die Zackenlinien der Grafik verdeutlicht werden: sie pendeln zwischen Phasen der Hoffnung, Resignation und Annahme der Situation.

Gruppe 1: Angehörige von Patienten, deren Prognose von Anfang an sehr schlecht ist und die eine entsprechende Aufklärung bekommen, beispielsweise bei primären Schädigungen (Bsp.

schwerste isolierte Schädel-Hirn-Traumen, intracerebrale Blutungen). Diese Patienten sind meistens von Beginn an intubiert, die Angehörigen haben keine Möglichkeit mehr zur Kommunikation.

Gruppe 2: Angehörige von Patienten, die zunächst eine gute Prognose haben, bei denen im weiteren Verlauf schwerste Komplikationen eintreten, die zum Hirntod führen im Zusammenhang mit der entsprechenden Aufklärung (Bsp. Patient mit Subarachnoidalblutung auf Grund eines Aneurysmas, Aneurysma wird geklippt, Auftreten einer Nachblutung oder eines nicht therapierbaren Hirnödems). Diese Angehörigen sind zunächst „erleichtert“, wenn ihr Angehöriger eine Operation gut überstanden hat und die Phase auf der Intensivstation beginnt. Grundsätzlich dürfen die Angehörigen nicht nur als „Besuch“ der Patienten gesehen werden, ihnen muss in jeder Phase generell der gleiche Respekt und die Würde zukommen wie den Patienten. Es darf nicht sein, dass sich erst um die Angehörigen gekümmert wird, wenn es um die Bitte einer Organ-Gewebespende geht. Die Wahrscheinlichkeit ist gegeben, dass es dann zu spät ist. Für Angehörige ist es unzumutbar und für die Gesprächsführenden dürfte es schwer sein, Betreuungsfehler, die im Vorfeld passiert sind, in nur einer kurzen Zeitspanne in einem Gespräch korrigieren zu können. „Im Moment müssen wir Schäden beseitigen, ange- richtet durch den inkompetenten menschlichen Umgang. ‚Vouz avez raison d’en profiter‘ hätte ihr Mann gesagt, schrieb uns eine Frau. Übersetzt: Es ist das gute Recht der Menschen, die jemanden verloren haben, dass wir ihnen helfen, unabhängig von der Bitte um eine Or- ganspende.“ (Fischer-Fröhlich et al. 1998). Zweifelsohne haben Angehörige gleichermaßen eine Multiplikatorfunktion wie Fachpersonal und viele Angehörige kommen in den Kontakt mit Angehörigen anderer Patienten und auch anderen Personengruppen.

c,d) Die Grafik zeigt weiterhin, dass als übergeordnete, verantwortliche Instanz für das Ge- schehen auf einer Intensivstation zunächst die Klinik selbst zu sehen ist. Die Phase der Orga- nisation einer Organspende als gemeinschaftliche Aufgabe der Krankenhäuser und der Trans- plantationszentren gehört mit zum Aufgabenbereich der Deutschen Stiftung Organtransplan- tation (DSO) als Koordinierungsstelle für Organspenden. Darüber hinaus ist als verantwort- lich der Staat zu sehen: zum einen durch die Schaffung gesetzlicher Vorgaben, zum anderen durch eine praxisrelevante und angemessene Überprüfung der Realisierung und Umsetzung des Transplantationsgesetzes im Sinne der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe eines Sozial- staates. Die Grundeinstellung einer Klinik wird durch die Grundeinstellung des Staates be- stimmt. Sie ist auch abhängig vom jeweiligen Status der Einrichtung und wird durch organi- sations- und personalpolitische Strukturen reflektiert. Und diese Grundeinstellung der Klinik als soziales System hat Einfluss auf persönliche Verhaltensweisen des Personals verschiede-

ner Ebenen, was Forschungsergebnisse der Sozialpsychologie bestätigen „In einem sozialen System gibt es einen gemeinsamen Grundstock von Anschauungen und Überzeugungen, die das Verhalten der einzelnen Mitglieder bestimmen“ (Bierhoff 1996). Wenn die diensthabenden Ärzte und Pflegenden eine positive Einstellung zur Organ- Gewebespende haben, die Strukturen der Klinik aber nicht unterstützend gegeben sind, wird diese Kombination nicht zu einer Steigerung der Organ-Gewebespenderate führen. Ein weiterer Widerspruch kommt deutlich in dem von Gubernatis (1996) geschilderten Beispiel zum Ausdruck: „Das Beispiel eines konfessionellen Krankenhauses, in dem der Hirntod als Tod abgelehnt wird, die Organspende unterbunden werden soll, das jedoch gleichzeitig den Antrag auf Zulassung als Transplantationszentrum stellt, macht einen Konflikt deutlich, der nicht nur krankenhauserne, sondern gesellschaftliche Tragweite hat, - ein Konflikt, der bald entschieden werden muss.“ Der Status eines Transplantationszentrums in einem Prospekt ist wohl imagefördernd für eine Klinik, wenn das Personal aber nicht hinreichend genug unterstützt wird, ist es nicht förderlich im Hinblick einer gesteigerten Organ-Gewebespenderate, d.h. im Sinne der Umsetzung der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe.

d) Im unteren Teil der grafischen Darstellung wird im Zusammenhang mit zu erwartenden und kommenden Entwicklungen des deutschen Gesundheitssystems die Wirkung eines Qualitätsmanagements (QMS) gezeigt. Ein Qualitätsmanagementsystem, welches eine Ablauf- und keine Aufbauorganisation beschreibt, da die jeweiligen Aufbaustrukturen vorhanden sind, gilt bei Funktionieren als Unterstützung eines jeden Klinikmanagements. Über die Qualitätspolitik eines QMS oder ein Leitbild würde die Grundeinstellung der Einrichtung formuliert, die dann gleichzeitig den Mitarbeitern bekannt gemacht wird. Ein entscheidendes Kennzeichen eines QMS ist, mit Zahlen, Daten und Fakten (= ZDF-Methode) zu arbeiten. Somit wäre eine geeignete Unterstützung- und Nachweisunterstützung gegeben mit den Möglichkeiten entsprechender Evaluierungen der Effektivität der Maßnahmen. Nachweisunterstützungen nicht nur in Bezug auf ablaufende Prozesse, sondern auch im Hinblick der Realisierung und Umsetzung des Transplantationsgesetzes und im Sinne monitärer Aspekte. Der Anteil derjenigen Patienten, die durch eine Behandlung im Krankenhaus schwere Komplikationen mit Folgeschäden erleiden oder die gar versterben, wird auf 4% insgesamt geschätzt. Das bedeutet, „Eine Universitätsklinik mit 50.000 Behandlungsfällen pro Jahr lebt mit dem Risiko, sich 2000 mal im Jahr fragen lassen zu müssen, ob alles mit rechten Dingen zugegangen ist. Wenn wieder eine Horrorstory durch die Presse geht, scheucht das jeden Arzt und jedes Krankenhaus auf.“ (Paschen 2001). „Horror szenarien“ werden im Feld der Transplantationsmedizin ebenfalls mitunter beschrieben und über die Medien verbreitet, wodurch nicht nur medizini-

sche Institutionen, sondern auch ein nicht kleiner Teil der Bevölkerung aufgescheucht, d.h. zum Nachdenken gebracht wird. Mit Hilfe eines der jeweiligen Klinik angepassten QMS liessen sich mit Sicherheit die Raten des „aktiven Versagens“ („aktives Versagen besteht bei denen, die in einem System die Leistung erbringen“, ebenda) und der „latenten Gefahren“ („latente Gefahren drohen aus fehlerhaften Entscheidungen der Leitung, unzureichender Ausstattung, überarbeitetem Personal, zeitlichem Druck, Kommunikationsfehlern und dem Einsatz wenig robuster Verfahren“, ebenda) reduzieren und durch geeignete Maßnahmen verhindern, durch die „Horrorszenarien“ verursacht werden. Unter diesem Aspekt gesehen, d.h. über Methoden eines Fehlermanagements und im Sinne der Beweislastumkehr bei Regressansprüchen, ist die Implementierung jeweils angemessener QM-Maßnahmen dringend zu empfehlen. Zusammenfassend kann formuliert werden, dass sich die Begründung bzw. Rechtfertigung für die Implementierung eines QMS in vielen Bereichen ergibt, im entscheidenden Maße aus den jeweiligen Praxissituationen selbst. Die Bedeutung eines QMS kann auch wieder mit Erkenntnissen der Sozialpsychologie unterstützt werden: Personen, die keine Kontrolle erwarten werden wenig motiviert sein, ein bestimmtes Verhalten zu zeigen und durchzuführen. Beispiele hierzu könnten viele angeführt werden, was aber den Umfang dieses Abschnittes überschreiten würde. Daher seien nur wenige Beispiele erwähnt:

- Wenn die Implementierung und Aufrechterhaltung eines angemessenen QMS nicht als Führungsaufgabe in medizinischen Einrichtungen anerkannt und gelebt wird, wird das QMS nicht zum gewünschten Erfolg führen.
- Wenn keine Dokumentationsvorgaben existieren, keine -kriterien und keine -pflicht besteht ist der Anreiz nicht gegeben, auch dementsprechend zu dokumentieren.
- Wenn keine interdisziplinären Case-Managements bei potenziellen Organ-Gewebespendern durchgeführt werden, die einen zeitlichen Umfang von Minuten in Anspruch nehmen sollten, um u.a. auch angemessenen und suffizienten Zugang zu den Angehörigen zu besprechen und zu bekommen, wird es für das Personal nicht bis wenig motivationssteigernd sein, sich über die Angehörigen Gedanken zu machen.
- Wenn keine Dokumentationskriterien und Dokumentationsvorgaben für die Ärzte zur Meldung von potenziellen Organ-Gewebespendern an das zuständige Transplantationszentrum zur Verfügung gestellt werden bzw. wenn der Ablauf dieses Prozesses unbekannt ist, kann dieses als fehlender Anreiz und als nicht motivationsfördernd bewertet werden, dieses auch zu tun.
- Wenn keine Leitlinien / Standards und Prozessbeschreibungen mit den dazugehörigen In- und Outputs und Regelungen von Verantwortlichkeiten existieren und / oder den Mitar-

beitern unbekannt oder schwer zugänglich sind, sind Störungen in den Prozessabläufen vorprogrammiert.

- Wenn bei den Mitarbeitern der beteiligten Bereiche und Institutionen (Schnittstellenproblematik) nicht das Bewusstsein im Sinne des Umgangs mit internen und externen Kunden geweckt bzw. gefördert wird, wird dieses ebenfalls zu Fehlsteuerungen vieler Prozesse führen, die u.a. verminderte Transplantatqualitäten zur Folge haben können (z.Bsp.: Verzögerungen der Organ- Gewebetransportzeiten, Verzögerung bei der Weitergabe von Laborparametern, Verschwendung von personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen durch Doppelinformationen).

2.1.3. Ebene III: Prozessmodell der Mikroebene

In dieser differenzierten 3. Ebene, der Mikroebene, werden im Zusammenhang mit den im Punkt 2.2. formulierten Hypothesen Faktoren dargestellt, die einen Einfluss auf das Spendeverhalten des Fachpersonals haben können und einen engen Bezug zur Berufspraxis der Pflegenden und Ärzte darstellen. Alle in der Grafik aufgeführten Aspekte sind im Rahmen der empirischen Erhebungen erfragt und ausgewertet worden, können jedoch aus Übersichtsgründen nicht dargestellt werden.

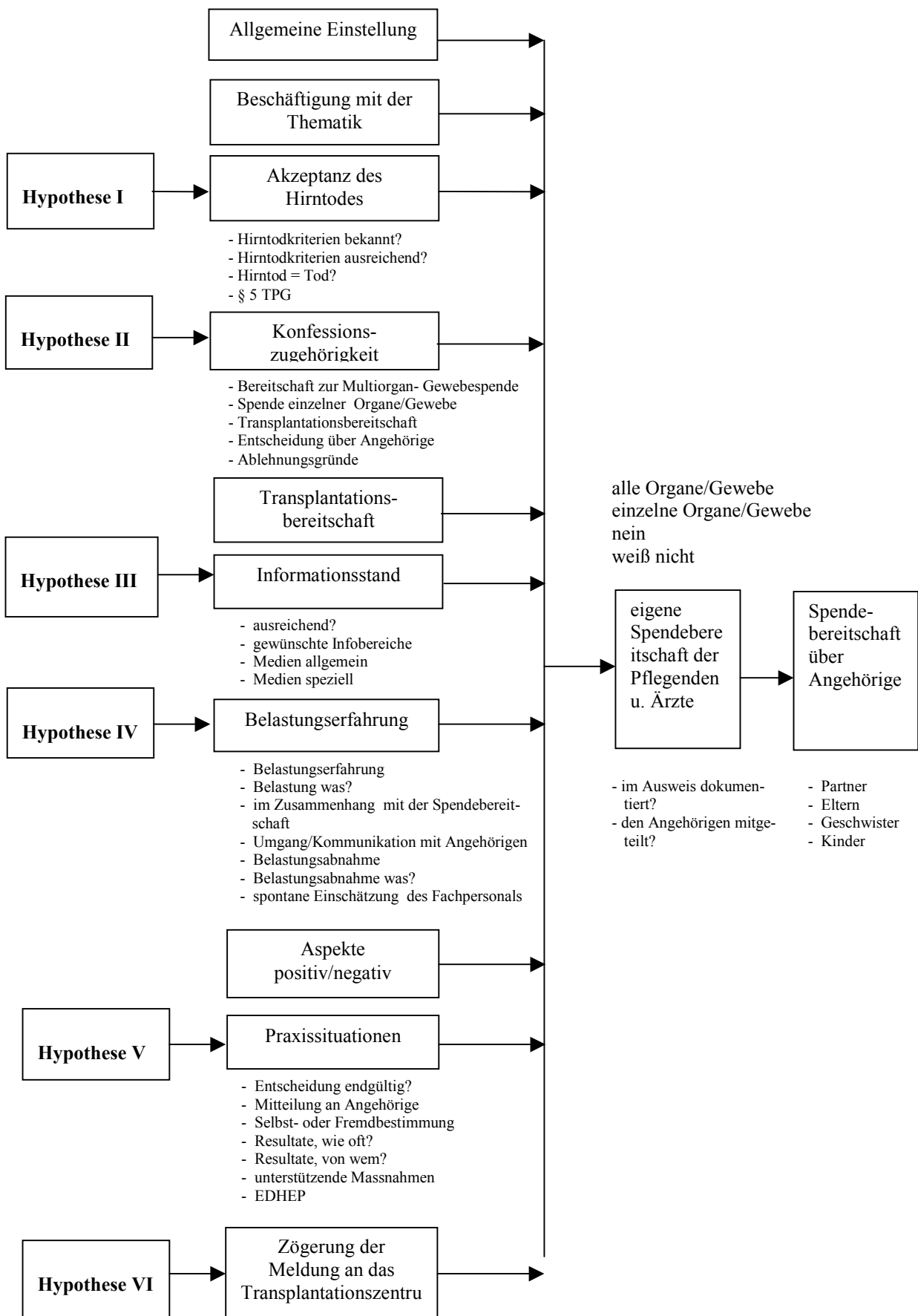


Abb. 3: Prozessmodell Mikroebene (Müller, 2002)

2.1.4. Theorie des geplanten Verhaltens (TOPB) und Ableitung der TOPB auf die Variable der Spendebereitschaft

Die Theorie des geplanten Verhaltens von Ajzen gilt als Erweiterung der Theorie des überlegten Handelns von Fishbein & Ajzen. Seit ihrer Erstveröffentlichung 1985 ist sie anhand vieler empirischer Untersuchungen in verschiedenen Bereichen überprüft worden, am meisten im Bereich gesundheitsbezogener Verhaltensweisen (Arnscheid & Schomers 1996). Von Plies und Schmidt (1996) werden die Theorie des überlegten Handelns und die Theorie des geplanten Verhaltens „in der Sozialpsychologie als die am besten operationalisierten und empirisch am umfangreichsten getesteten Theorien zur Erklärung von Verhalten angegeben.“ Als die bekannteste Studie zur Erklärung zum Zusammenhang zwischen Einstellungen und Verhalten gilt die von La Pierre 1934 veröffentlichte Studie, bei der er in den 30er Jahren, einer Zeit der Vorurteile gegenüber Chinesen, zusammen mit einem chinesischen Ehepaar die Vereinigten Staaten bereist hat. Entgegen dem bestehenden Vorurteil ist ihre Aufnahme in nur einem von 200 Hotels abgelehnt worden. Das Ergebnis einer schriftlichen Befragung der Hotels sechs Monate nach dem persönlichen Besuch hat als Ergebnis eine Übereinstimmung mit dem bekannten Vorurteil ergeben, was aber im Widerspruch zum tatsächlichen Verhalten der Hotelangestellten und –besitzer gestanden hat. (Frey, Stahlberg, Gollwitzer 1993). Dieses Ergebnis, welches auf die fehlende Konsistenz zwischen Einstellungen und Verhalten zurückgeführt wird, ist zwar nicht in allen frühen Einstellungs-Verhaltensstudien beschrieben. Es hat aber seit den späten 60 Jahren zu einem neuen Forschungsansatz geführt: „Unter welchen Umständen besteht ein Zusammenhang zwischen Einstellungen und Verhalten?“, „Welche anderen Faktoren bestimmen die Enge des Zusammenhanges, falls er gefunden wird?“ und „Durch welche vermittelnden Variablen beeinflussen Einstellungen Verhalten?“ (Zanna & Fazio 1982, in Frey et al. 1993).

Die Differenzierung von Einstellungen und Verhaltensweisen in vier unterschiedliche Aspekte nach Fishbein & Ajzen (in Frey et al. 1993) ist auch auf die Variable der Spendebereitschaft zur Organ-Gewebespende bei Pflegenden und Ärzten im Intensivbereich und deren Willenserklärung ableitbar.

1. *Handlungsaspekt* („*action element*“): Welches Verhalten soll untersucht werden?
 - die Handlung der mündlichen oder schriftlichen Erklärung einer getroffenen Spendebereitschaft
2. *Zielaspekt* („*target element*“): Auf welches Objekt bzw. Ziel ist das Verhalten gerichtet?
 - die Entscheidung einer Spendebereitschaft schriftlich in einem Ausweis zu dokumentieren oder in einem Gespräch den Angehörigen mitteilen

3. *Kontextaspekt* („*context element*“): In welchem Kontext wird das Verhalten ausgeführt?
 - als Kontext sind das private Umfeld, das soziale System Klinik und ihre praxisbedingten Voraussetzungen zur Entscheidungsfindung zu sehen
4. *Zeitaspekt* („*time element*“): Zu welchem Zeitpunkt soll das Verhalten ausgeführt werden?
 - beispielsweise sofort, vor oder nach einer gewünschten Informationsveranstaltung zur Thematik, ohne unterstützende Maßnahmen für den Arbeitsbereich des Fachpersonals, nach erfahrenen Praxissituationen oder zu einem nicht definierten Zeitpunkt zu Lebzeiten

Als Theorieerweiterung zur Theorie des überlegten Handelns gilt die Komponente der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle in der Theorie des geplanten Verhaltens. Intensionen sagen nicht die tatsächliche Verhaltensausführung vorher, sondern den Versuch. Bei der Verhaltenskontrolle wird unterschieden zwischen der tatsächlichen Verhaltenskontrolle, die schwer zu ermitteln ist, und der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle, deren Ermittlung einfacher ist.

Nach Ajzen und Madden kann die wahrgenommene Verhaltenskontrolle das Verhalten indirekt, über die Intension beeinflussen (1.1. und 1.2. der grafischen Darstellung) in zweierlei Abhängigkeiten:

1.1. Unabhängig von der Einstellung und der subjektiven Norm, d.h. Einflüsse der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle werden über die Intension vermittelt als direkter kausaler Einfluss auf die Intension = motivationaler Effekt, direkte Determinante der Verhaltensausführung wäre dabei die Intension.

Dieser unabhängige Komponentenzusammenhang wird dadurch erklärt, dass Personen wegen mangelnder Fähigkeiten, Ressourcen oder externer Hindernisse ein Verhalten nicht ausführen, obwohl sie eine positive Einstellung gegenüber einem Verhalten besitzen und deren Bezugspersonen diesem Verhalten zustimmen würden.

1.2. Bei wechselseitiger Beeinflussung von Einstellung, subjektiver Norm und wahrgenommener Verhaltenskontrolle, d.h. als indirekte Beeinflussung der Intension

Sie kann auch einen zusätzlichen direkten Einfluss auf die Verhaltensausführung ausüben, somit nicht über die Intension (2. in der grafischen Darstellung).

2. Direkter Einfluss der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle auf die Verhaltensausführung, wenn die wahrgenommene Verhaltenskontrolle die tatsächliche Kontrolle über das Verhalten reflektiert. Dieses ist z.Bsp. der Fall, wenn Vorerfahrungen mit dem beabsichtigtem Verhalten vorliegen.

Bei den Determinanten der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle wird zwischen internalen und externalen Faktoren unterschieden. Wobei angenommen werden kann, dass sich verschiedene Faktoren gerade auf die Berufsgruppen der Pflegenden und der Ärzte im Intensivbereich mit einer anderen Intensität auswirken werden als auf andere Berufs- und Bevölkerungsgruppen.

Um eine genaue Vorhersage bzgl. des Verhaltens treffen zu können, müssen folgende Bedingungen erfüllt sein (Ajzen 1991):

- die Einhaltung des Prinzips der Korrespondenz, d.h. ein wichtiges Kriterium der Einstellungs- Verhaltensübereinstimmung ist deren vergleichbarer Spezifikationsgrad, Diese Anforderung ist abhängig von der Modifizierung des Untersuchungsinstrumentes.
- die Stabilität der Intensionen und der wahrgenommener Verhaltenskontrolle zwischen der Einschätzung und der Beobachtung des Verhaltens
Bzgl. der Gewährung der Stabilität kann vermutet werden, dass bei Pflegenden und Ärzten im Intensivbereich von einer größeren Stabilität auszugehen ist als bei anderen Probanden, da ihnen die generellen Folgen einer Einstellung bzgl. getroffener Spendebereitschaft und Willenserklärung für sich und andere bewusster ist.
- Die dritte Anforderung ist im Zusammenhang mit der Genauigkeit der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle zu sehen: Je mehr die wahrgenommene Verhaltenskontrolle die aktuelle Verhaltenskontrolle reflektiert, je besser ist die Vorhersage des Verhaltens durch die wahrgenommene Verhaltenskontrolle.
Bzgl. dieser Anforderung dürfte sich die Probandengruppe des Fachpersonals ebenfalls als günstige Untersuchungsgruppe eignen.

Theorie des geplanten Verhaltens (Theory Of Planned Behavior-TOPB)

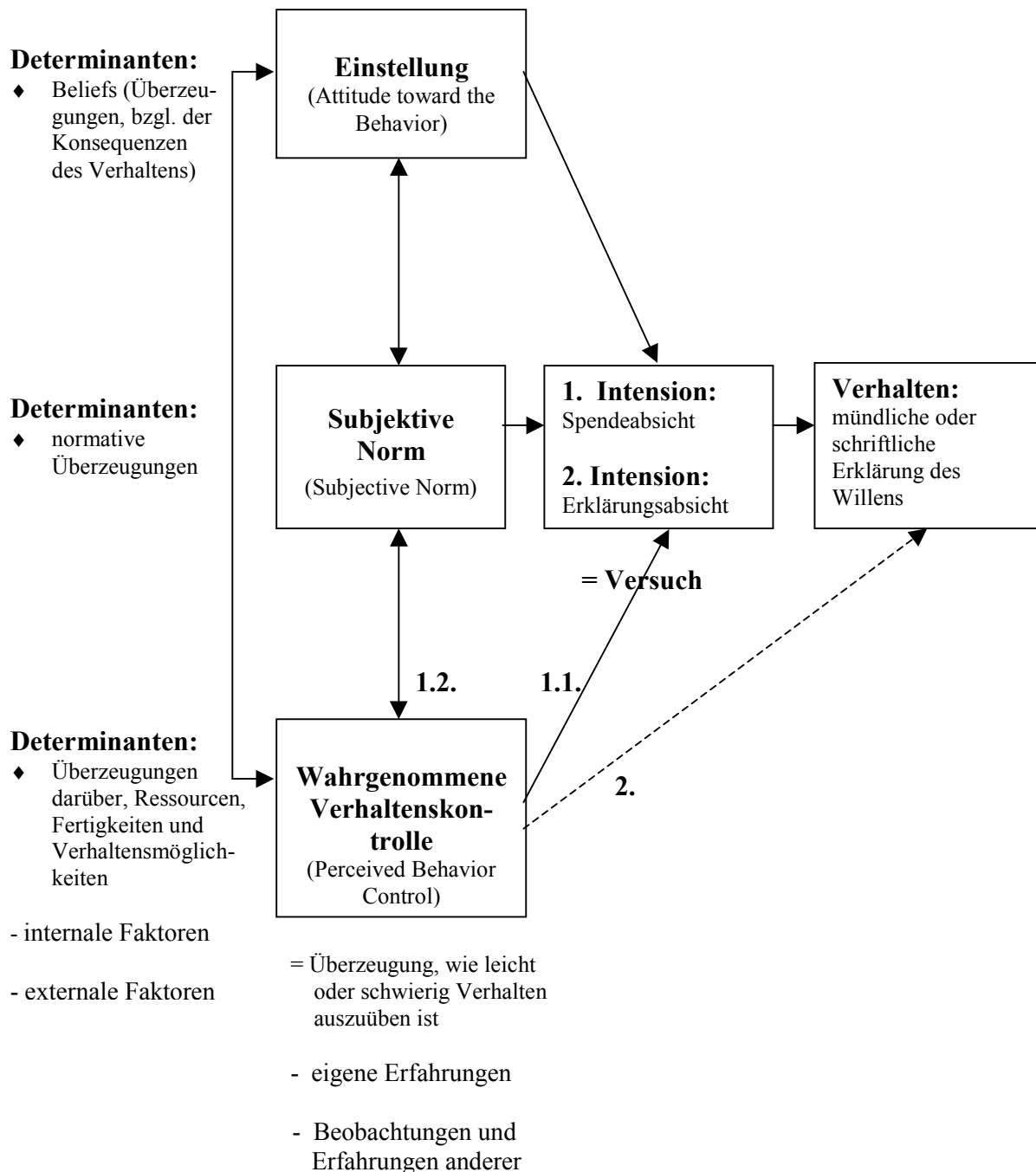


Abb. 4: Modell der TOPB bezogen auf die Spendebereitschaft und deren Erklärung (nach Ajzen & Madden, in Frey et al. 1993), bezogen auf das Verhalten der Willenserklärung zur Organ-Gewebespendebereitschaft (Müller, 2002)

Die Ableitung der Theorie des geplanten Verhaltens von Ajzen auf die Variable der Spendebereitschaft zur postmortalen Organ- und Gewebespende (= 1. Intension), ist indirekt über eine zweite Verhaltensvariable (= 2. Intension) möglich und somit direkt mit dieser zweiten Verhaltensvariable verbunden. Als Besonderheit ergibt sich die Überprüfung der 1. Intension,

nach dem Tod auch tatsächlich ein Organ- Gewebespende zu sein. Deswegen ist auch nur eine Überprüfung des tatsächlichen Verhaltens der 2. Intension möglich. Die Sinnhaftigkeit und Logik besteht darin, dass zwei Intensionen über eine Verhaltensvariable geprüft werden. Anders wie bei der Überprüfung der Theorie des überlegten Handelns (Theorie Of Reasoned Action = TORA) im Bereich der Blutspende (Charng, Piliavin, Callero 1988), wo die Ausführung der überlegten Handlung von lebenden Personen ausgeführt wird oder nicht, ist der Bereich der Organ-Gewebespende zu sehen: von lebenden Personen wird ein Verhalten geplant, dass erst nach ihrem Tod tatsächlich ausgeführt würde, sofern es bekannt ist. Ein Blutspender lebt, ein Organ-Gewebespende ist tot. Dabei stehen die 1. und 2. Intension nicht nur bzgl. der Überprüfung der Ausführung des geplanten Verhaltens in einem unmittelbaren Zusammenhang. Die 1. Intension gilt immer als notwendige Voraussetzung der 2. Intension – erst muss eine Entscheidung getroffen werden, dann muss etwas mit dieser Entscheidung passieren. Die Datenauswertungen ermöglichen u.a. zu zeigen, ob Pflegende und Ärzte, die mit der Thematik direkt im Praxisalltag involviert sind, 1. eine eigene Entscheidung getroffen haben und 2. was mit dieser Entscheidung geschehen ist: ist sie dokumentiert, sind die Angehörigen darüber informiert oder soll eine Entscheidung über eine postmortale Organspende von nahe stehenden Personen getroffen werden. Möglichkeiten, die im Ereignisfall gesetzeskonform und für die Betroffenen vorteilhaft sind: Der Verstorbene kann davon ausgehen, dass seinem Willen entsprochen wird bei gleichzeitiger Entlastung seiner Angehörigen in der schweren Situation. Die Erhebung des IST-Zustandes im Kontext der Organspende beleuchtet Situationen für Pflegende und Ärzte im Intensivbereich als Schlüsselbereich im Organspendeprozess, die Einfluss auf die 1. Intension haben können. Aus Platzgründen können diese Ergebnisse nicht ausführlich dargestellt werden.

2.1.5. Welche Hypothesen würden aus der Theorie des geplanten Verhaltens folgen? Die Überprüfung der TOPB ist nicht Gegenstand dieser Arbeit. Die Fragestellungen und die des Untersuchungsinstrumentes hätten hierfür modifiziert werden müssen. Die Fragestellungen und Ergebnisse der Auswertungen können aber in Verbindung mit Einstellungen und Verhalten des Fachpersonals und deren Hintergründe gebracht werden. Folgende Hypothesen sind daraus ableitbar:

1. Die Intension der Bereitschaft zur eigenen postmortalen Organ-Gewebespende wird bei Pflegenden und Ärzten = Fachpersonal im Intensivbereich eher / mehr von individuellen Einstellungen determiniert als von ihrer subjektiven Norm.

Begründungs-/Vermutungsansatz: Einstellungen des Fachpersonals beruhen in starkem Maße

auf Erfahrungswerten, die nur sie haben im Gegensatz zu allen anderen Bevölkerungs- und Berufsgruppen. Die Determination der subjektiven Norm über ihre eigene postmortale Spendebereitschaft, d.h. die Akzeptanz ihrer Entscheidung von denen ihnen nahe stehenden Personen, ist subsidiär gegenüber ihren eigenen Erfahrungswerten.

2. Die wahrgenommene Verhaltenskontrolle wird bei Pflegenden und Ärzten im Intensivbereich eher ein besserer Prädiktor der schriftlichen und mündlichen Willenserklärung sein als bei Berufs- und Bevölkerungsgruppen, die nicht so nah und intensiv mit dem Thema Organ-Gewebespende konfrontiert werden.

Begründungs-/Vermutungsansatz: Die Begründung dieser Hypothese wird in den Determinanten der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle, den internalen und externalen Faktoren, vermutet. Diese Hypothese entspricht der 2. Version der TOPB: der direkten Beeinflussung der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle auf das Verhalten, nicht über die Intension. Dieser direkte Effekt der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle ist dann möglich, wenn er die tatsächliche Kontrolle über das Verhalten reflektiert. Bei Frey et al. (1993) heißt es, dass die wahrgenommene Verhaltenskontrolle in hohem Maße die tatsächliche Kontrolle widerspiegelt, wenn z. Bsp. ein hohes Maß an Vorerfahrungen mit dem beobachtbaren Verhalten vorliegt. Zusätzlich zu den eigenen Vorerfahrungen des Fachpersonals, d.h. der eigenen Einstellung zur Organ-Gewebespende und deren Willensbekundung, wird das Nichtvorhandensein der Vorerfahrungen anderer auf die Einstellungen und das Verhalten des Fachpersonals reflektiert werden. Das bedeutet, sie erfahren und beobachten die Wirkung, wenn andere („ihre“ verstorbenen Patienten) keine Entscheidung bzgl. ihrer Organ-Gewebespende getroffen haben bzw. wenn den Angehörigen diese Entscheidung nicht bekannt ist.

3. Für Fachpersonal ist es einfacher, ihre Entscheidung über die eigene postmortale Organ-Gewebespendebereitschaft in einem Gespräch ihren Angehörigen mitzuteilen, als einen Organspendeausweis auszufüllen, obwohl sie Praxissituationen kennen.

Begründungs-/Vermutungsansatz: Das Phänomen des durchgeführten Verhaltens der mündlichen und schriftlichen Willenserklärungen des Fachpersonals lässt darauf schließen. Es besteht die Annahme, dass es Faktoren gibt, die ein Individuum hindern, trotz getroffener positiver oder negativer Entscheidung bzgl. der eigenen Spendebereitschaft, diese Entscheidung zu dokumentieren. Diese Faktoren sind bisher nicht hinreichend genug bekannt. Aus den Untersuchungen kann weiter abgeleitet werden, dass evtl. dem Fachpersonal nicht hinreichend genug bekannt ist, welche Entscheidungsmöglichkeiten sie in einem Organspendeausweis haben, d.h., dass ein Organspendeausweis nicht unmittelbar die Dokumentation der positiven Spendebereitschaft impliziert.

Diese Tatsache ist nicht konträr zur bestehenden deutschen Gesetzgebung (erweiterte Zustimmungslösung). Sie könnte sich als richtungsweisend für weitere Aufklärungs- und Informationsarbeit in kleinen Gruppen oder im Rahmen von Massenkampagnen erweisen.

4. Je höher das Wissen um die Hirntodkriterien und die Akzeptanz des Hirntodes als Tod des Menschen ist, umso höher ist die Bereitschaft zur Organ-Gewebespende und je leichter ist es, die Bereitschaft zur Willenserklärung mündlich oder schriftlich zu bekunden.

Begründungs-/Vermutungsansatz: Diese Hypothese wird anhand der Phänomene der Antworten zum Aspekt des Kenntnisstandes der Hirntodkriterien und der Akzeptanz des Hirntodes als Tod des Menschen vermutet. Es kann angenommen werden, dass sich diese Phänomene bei Berufs- und Bevölkerungsgruppen, die nicht so nah und intensiv mit der Thematik konfrontiert werden, nicht beschreiben lassen. Die Kenntnis der Hirntodkriterien, damit verbunden ein Wissen um die Hirntoddiagnostik und die Akzeptanz des Hirntodes, können zu den elementaren internen Faktoren, die zur Einstellungsfindung bzgl. einer eigenen postmortalen Organ-Gewebespendebereitschaft führen können, gezählt werden. Die Sicherheit dieses Wissens und ein damit verbundenes Bewusstsein über den Tod einer Person bei Akzeptanz des Hirntodes bzw. über den verbleibenden „Zustand“ der Person bei Nicht-Akzeptanz werden es erleichtern, zu einer positiven Einstellung gegenüber einer Organ-Gewebespende zu kommen und diese Bereitschaft auch mündlich oder schriftlich zu bekunden. Aus den Untersuchungen ist ableitbar, dass in der Vermittlung der Hirntodkriterien und in der Schaffung von Möglichkeiten des Dialoges für Berufsgruppen untereinander und mit anderen Disziplinen (Ethikern, Psychologen, Theologen, Juristen) ein Praxisansatz zu sehen ist.

5. Je mehr positive oder negative Erfahrungen Pflegende und Ärzte in ihrer Berufspraxis mit dem Prozess der Versorgung und Betreuung von Hirntoten und Organ-Gewebespendern haben, umso höher ist die Bereitschaft zur Willenserklärung der eigenen postmortalen Spende-bereitschaft.

Begründungs-/Vermutungsansatz: Der Prozess der Versorgung und Betreuung von Organ-Gewebespendern einschließlich deren Angehörigen, wie er in Pkt. 2.1.2. (Mesoebene) dargestellt wird, läuft in jedem Krankenhaus in Abhängigkeit vieler Faktoren hausintern ab. Er kann sowohl als einzigartig bezeichnet werden, da mit ihm ein ganz spezielles Schicksal eines Menschen und seiner Angehörigen verbunden ist. Auf der anderen Seite wäre es wünschenswert, nötig und erleichternd für beteiligte Personalgruppen, wenn er nach einheitlicheren Vorgaben ablaufen würde, die einem Prozessablauf zuordbar sind. Da speziell die Pflegenden und Ärzte im Intensivbereich am Prozessablauf beteiligt sind und ihn erfahren, werden sich sowohl positive wie negative Erfahrungen motivationsfördernd auf die Einstellungsbildung ge-

genüber einer Spendebereitschaft und die damit verbundene Bereitschaft zur Willenserklärung pro oder contra einer Organ-Gewebespende auswirken. Prozessbeschreibungen mit den dazugehörigen Inputs, Outputs und Regelungen von Verantwortungen und Zuständigkeiten, um Abläufe transparent darzustellen und zu regeln, sollten als Unterstützung für Praxisbedingungen gesehen werden.

6. Je besser sich Fachpersonal zur Thematik Organ-Gewebespende / Transplantation informiert fühlt, je leichter fällt es ihnen, ihre Spendebereitschaft pro oder contra Organ-Gewebespende mündlich oder schriftlich zu erklären.

Begründungs-/Vermutungsansatz: Diese Hypothese wird aus den Phänomenen des Informationsstandes und der Informationswünsche des Fachpersonals heraus begründet. Je sicherer und je intensiver sich Menschen über ein Thema informiert fühlen, desto leichter wird eine Entscheidung getroffen werden können und desto leichter wird es sein, zu dieser Entscheidung zu stehen. Eine Bezugnahme zur Praxis ist indiziert, indem den Personalgruppen kliniks- und/oder berufsgruppenbezogene Informationen gegeben werden, um nicht am Thema vorbei zu informieren.

7. Pflegende und Ärzte, die im Intensivbereich direkt mit der Thematik Organ-Gewebespende einschließlich der Angehörigen konfrontiert werden, werden eher eine Entscheidung bzgl. der eigenen postmortalen Organ-Gewebespende treffen als Berufs- und Bevölkerungsgruppen, die nicht so nah und intensiv mit dem Thema umgehen.

8. Pflegende und Ärzte, die im Intensivbereich direkt mit der Thematik Organ-Gewebespende konfrontiert werden, sind eher bereit, ihre Entscheidung bzgl. der eigenen Spendebereitschaft mündlich oder schriftlich zu erklären als Berufsgruppen, die nicht so nah und intensiv mit dem Thema umgehen.

Begründungs-/Vermutungsansatz für Hypothesen 7 und 8: Speziell Pflegende und Ärzte im Intensivbereich wissen eher als andere Berufs- oder Personalgruppen, was es konkret bedeutet, hirntot zu sein und nicht nur über den Hirntod zu sprechen. Über den Hirntod sprechen müssen sie allerdings auch – und zwar mit den Angehörigen. Es ist für sie ein Thema, mit dem sie nicht nur peripher, sondern nah konfrontiert werden. Wobei eine nahe Konfrontation nicht unbedingt eine Beschäftigung mit der Thematik bedeuten muss, sondern auch die Möglichkeit einer inneren Blockade besteht auf Grund persönlicher Einstellungen, Stimmungen oder anderer Faktoren.

Bei Bestätigung dieser Hypothesen durch weitere und vergleichende empirische Erhebungen kann dieses Phänomen als richtungsweisend für zukünftige und bestehende Informationsarbeit gesehen werden: je näher die Thematik Organ-Gewebespende/Transplantation den Zielgrup-

pen für Aufklärung gebracht wird, je leichter würde es den Zielgruppen fallen, von dem Thema „gehört zu haben“. Es kann nicht erwartet werden, dass sich Menschen mit diesem Thema aus den Grenzbereichen des menschlichen Lebens, bei dem sie über ihr eigenes Lebensende nachdenken müssen, freiwillig beschäftigen.

9. Pflegende und Ärzte im Intensivbereich sehen in der mündlichen oder schriftlichen Mitteilung ihrer eigenen positiven oder negativen Spendebereitschaft eher eine moralische Verpflichtung ihren Angehörigen gegenüber als Berufs- und Bevölkerungsgruppen, die nicht so nah und intensiv mit Angehörigen von Patienten arbeiten.

Begründungs-/Vermutungsansatz: Diese Hypothese wird ebenfalls aus den Phänomenen der vorliegenden Untersuchungen abgeleitet. Ein entscheidender Ansatz ergibt sich zusätzlich aus den offenen Antworten der Befragten. Pflegende und Ärzte im Intensivbereich wissen um den Umgang mit den Angehörigen – den Umgang, den sie „brauchen“, und den Umgang, den sie „bekommen“. Es ist diesem Fachpersonal eher als anderen bewusst, dass sie selbst oder ihre eigenen Angehörigen in die Situation „ihrer“ Patientenangehörigen kommen können.

10. Je mehr positive Erfahrungen Pflegende und Ärzte im Intensivbereich mit Randbedingungen (= Praxissituationen) im Prozess der Betreuung und Versorgung von Organ- und Gewebespendern einschließlich positiver Erfahrungen im Umgang und der Kommunikation mit den Angehörigen erfahren, desto höher ist ihre Motivation, positive Argumente und Informationen bzgl. Organ- Gewebespende / Transplantation zu verarbeiten und zu bewerten.

Begründung-/Vermutungsansatz: Die Annahme dieser Hypothese ist aus dem Elaboration-Likelihood-Modell, ELM, von Petty und Cacioppo (Stahlberg, Frey 1993) und Phänomenen der zwei empirischen Untersuchungen ableitbar. Im ELM werden zwei Wege der Einstellungsänderung durch Überzeugungsversuche beschrieben:

zentraler Weg = eine Person ist motiviert und fähig, Argumente und Informationen zu verarbeiten und zu bewerten = tiefe Verarbeitung von Argumenten und Informationen;

peripherer Weg = eine Person ist nicht motiviert und fähig, sich mit Argumenten und Informationen auseinanderzusetzen und sie zu verarbeiten = oberflächliche Verarbeitung von Argumenten und Informationen.

Werden diese zwei Wege der Einstellungsänderung in Verbindung mit den Phänomenen zu den Fragen bzgl. der passiven Akzeptanz einer Organspende / Transplantation, der Unentschlossenheit bzgl. einer eigenen Spendebereitschaft (= Antwortoption „weiß nicht“), dem Kenntnisstand über die Hirntodkriterien, der Akzeptanz des Hirntodes zur Todesfeststellung, Praxissituationen und den offenen Antworten der Pflegenden und Ärzte gebracht, lässt diese Verbindung die Formulierung dieser Annahme zu. Auch die Betrachtungsweise des Men-

schen, nicht als „passiv reagierendes Wesen...“, sondern aktiv Informationen verarbeitende Individuen, die sich durch subjektive Wahrnehmungen und Weiterverarbeitung objektiver Stimuli eine individuelle Abbildung der sie umgebenden Umwelt selbstständig aufbauen. ... Die Verarbeitung erfolgt ferner unter Berücksichtigung vorheriger Erfahrungen und bestehender Erwartungen der betreffenden Person“ (Frey 1997), unterstützt diese Annahme.

Die Beschreibung von Phänomenen durch die Auswertungen der empirischen Erhebungen in Kliniken A und B, die sowohl Gemeinsamkeiten wie Unterschiede aufweisen, reflektieren den IST-Zustand von Pflegenden und Ärzten im Intensivbereich im Prozess der Versorgung und Betreuung von Hirntoten und Organspendern und deren Angehörigen. In der Annahme, dass bestimmte Phänomene unter speziellen Bedingungen auftreten (Manstead, Semin 1996), ist in zukünftigen Überprüfungen der TOPB bei Fachpersonal eine gute Verbindung zwischen Praxis und Theorie zu sehen, die richtungweisend für einen Lösungsansatz zur Erklärung des gesellschaftlichen Phänomens sein kann: Das die aktive Akzeptanz einer Organspende wesentlich größer ist als die Bereitschaft, diese aktive Akzeptanz selbst zu dokumentieren oder Angehörige darüber zu informieren. „Es fehlen experimentelle Belege für die angenommenen kausalen Beziehungen zwischen der Einstellung zum Verhalten, der subjektiven Norm bzw. der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle einerseits und der Intension bzw. dem Verhalten andererseits“ (Jonas, Doll 1996) – eine Aussage, der eine Verbindung von empirischen Untersuchungen von Pflegenden und Ärzten im Intensivbereich in Verbindung mit sozialpsychologischer Forschung gerecht werden kann.

Auch die in der neueren Literatur beschriebenen Entwicklungsrichtungen mit den zusätzlich zu den drei bekannten Determinanten der TOPB vermuteten beeinflussenden Faktoren des Verhaltens (Conner, Armitage 1998) können zu einer weiteren Klärung oder Beweisbarkeit führen. Dies sind Faktoren im Zusammenhang zur Motivation zum Ausführen eines Verhaltens, der Möglichkeit zur Informationsverarbeitung, der wahrgenommenen moralischen Verpflichtung, dem vergangenen Verhalten und der Beeinflussung weiterer Faktoren, die zur Umsetzung einer Intension zu einem Verhalten führen. Praxisbedingungen auf Intensivstationen in deutschen Kliniken, in die Fachpersonal als wichtige Multiplikatoren integriert sind, sind vorhanden, Phänomene sind beschreibbar - für den Bereich der Organ-Gewebespende „... kann es für die Einstellungs-Verhaltensforschung nur heißen, mit frischem Mut an die anstehende theoretische Entwicklungsarbeit zu gehen.“ (Six, Eckes 1996).

2.2. Hypothesen

Anhand der Daten insgesamt sind sechs Hypothesen geprüft worden, denen verschiedene Einflussfaktoren auf die Variable der Spendebereitschaft von Pflegenden und Ärzten zugeordnet worden sind (s. Pkt. 2.1.3.).

1. Hypothese: Medizinisches Fachpersonal, Pflegepersonal sowie Ärzteschaft im Intensivbereich, hält den Hirntod als nicht ausreichend zur Feststellung des Todes.
2. Hypothese: Die Konfessionszugehörigkeit steht mit der Bereitschaft der Pflegenden und Ärzte, eigene Organe postmortal zu spenden oder fremde Organe im eigenen Krankheitsfall anzunehmen in der Weise in einem Zusammenhang, dass sie sich als Hinderungsgrund darstellt.
3. Hypothese: Ärzte und Pflegenden, die sich nicht ausreichend über das Thema Organspende / Transplantation informiert fühlen, lehnen die Organspende viel häufiger ab als ihre Kollegen, die sich informiert fühlen.
4. Hypothese: Je häufiger der Umgang mit den Angehörigen als Belastung empfunden wird, umso geringer ist die Spendebereitschaft.
5. Hypothese: Die Entscheidungsbereitschaft des medizinischen Fachpersonals für oder gegen eine Organspende wird von Situationen beeinflusst, die Pflegenden und Ärzte in ihren Arbeitsbereichen, bei der Versorgung und Betreuung von Organspendern und deren Angehörigen, wahrnehmen.
6. Hypothese: Wenn Ärzte sich vorstellen können, die Meldung eines potenziellen Organspenders an das zuständige Transplantationszentrum weiterzuleiten, um Gespräche mit den Angehörigen zu vermeiden, lehnen sie auch eine eigene postmortale Organspende häufiger ab.

Aus Übersichtsgründen kann nur eine Hypothese unter Punkt 5 dargestellt werden. Vorhandene Daten würden es durch weitere Auswertungen und Berechnungen ermöglichen, als neue Zielvariable die Vorstellung der Zögerung der Meldung an das zuständige Transplantationszentrum einzuführen und Einflussfaktoren zu ermitteln. Die Verbindung dieser neuen Zielgröße ist ebenfalls mit der Theorie des geplanten Verhaltens möglich (Vgl. zu Pkt. 2.1.4.): *Handlungsaspekt*: Handlung der Meldung an das zuständige Transplantationszentrum; *Zielaspekt*: die Weiterleitung der Meldung; *Kontextaspekt*: soziales System Klinik mit den jeweiligen praxisbedingten Voraussetzungen; *Zeitaspekt*: im Zusammenhang mit der Erkennung eines potenziellen Organ-Gewebespenders = klare Definierung des Zeitpunktes ist möglich. Dieses würde aber den Umfang einer eigenständigen, weiteren Arbeit in Anspruch nehmen.

3. Methodik der Datenerhebung

3.1. Fragebogen

Das verwendete Untersuchungsinstrument gliedert sich in vier Abschnitte. Im ersten Abschnitt geht es um die Meinung und allgemeine Spendebereitschaft des Fachpersonals. Im zweiten Abschnitt befinden sich Fragen zum Umgang mit Angehörigen von Hirntoten und Organspendern. Speziell geht es hier um die Wahrnehmung und Belastung des Personals. Die Fragen im dritten Abschnitt sind zur Informationsbeschaffung und zum Informationsstand gestellt. Sozialdemografische Angaben werden im vierten Abschnitt erfragt (Fragebogen siehe Anhang).

Für den Pilottest vor der ersten Befragung haben jeweils drei Mitarbeiter aus pflegerischen und ärztlichen Bereichen anderer medizinischer Einrichtungen den Fragebogen ausgefüllt. Da sich keine bedeutenden Verständnis- und Inhaltsprobleme ergeben haben, ist das Instrument verwendet worden.

3.2. Datenerhebungen

Methode	schriftliche Vollerhebung
Instrument	selbständig erarbeiteter, standardisierter, mit ZUMA Mannheim bzgl. der Methodik bearbeiteter Fragebogen
Zielgruppen	Pflegende und Ärzte verschiedener Intensivstationen
Klinik A, 1998	Klinik der Maximalversorgung und akademisches Lehrkrankenhaus einer Universität und einer Fachhochschule, zeitlicher Verlauf der Befragung: August – Oktober 1998
Klinik B, 2000	Universitätsklinik, zeitlicher Verlauf der Befragung: Juli – Oktober 2000
Rücklaufquoten	Klinik A: 95%, Klinik B 56%

Tbl. 1: Datenerhebungen Klinik A und Klinik B

Im Rahmen der Anonymität ist den Mitarbeitern garantiert worden, dass es nicht um die Bewertung der persönlichen Meinungen geht und die Aussagen zu keinen anderen Zwecken gebraucht werden. Die Ursache der Differenz bei den Rücklaufquoten kann nur vermutet, nicht bewiesen werden: 1. Die Teilnehmer in Klinik A haben eine positivere innere Einstellung gegenüber Befragungen. 2. Die Teilnehmer in Klinik B, einer Universitätsklinik, werden insgesamt mehr um die Ausfüllung von Fragebögen gebeten, wodurch das Interesse am Ausfüllen von Fragebögen niedriger sein kann. 3. In diesem Zusammenhang kann weiter vermutet werden, dass die Nonresponder aus Klinik B nicht als zufällig gelten, sondern einer bestimmten Gruppe angehören:

- bezogen auf die Spendebereitschaft: Gruppe der Nichtspender
- bezogen auf das Interesse am Ausfüllen von Fragebögen: Gruppe der Spender oder der Nichtspender.

Als Folge für die Interpretation ergeben sich für Klinik B kleinere Fallzahlen, wodurch die Aussagekraft für diese Klinik gemindert wird.

Gründe für einzelne fehlende Antworten sind nicht bekannt. Vermutet werden können Vergesslichkeit, fehlende Entscheidungsfähigkeit oder ein Unbehagen gegenüber den Fragen. Auswertungskriterien beider Erhebungen sind Pflegende versus Ärzteschaft und Klinik A versus Klinik B. Die berufsgruppenspezifische Auswertung ist gewählt worden, um erkennen zu können, zu welchen Aspekten sich eher Gemeinsamkeiten oder Unterschiede zwischen den Berufsgruppen ergeben.

Die kliniksspezifische Auswertung ist gewählt worden, um erkennen zu können, ob sich zwischen den Kliniken A und B Unterschiede ergeben und ob diese Unterschiede evtl. auf Organisations- und/oder Personalstrukturen zurückzuführen sind. Internationale Beispiele, wie bei Beasley und Blaustein (1997) beschrieben, um kliniksspezifische Ansätze zur Problematik des Organspendemangels angehen zu können, könnten durchaus auch in Deutschland erarbeitet werden. Das kliniksspezifische Programme helfen, die Organspendesituation einer jeweiligen Klinik zu verbessern, zeigt die internationale Initiative „Donor Action“. In einer Pilotphase sind in 11 Intensiveinheiten in Spanien (2), den Niederlanden (2), United Kingdom (1) und Canada (6) jeweils Patientendaten (medical record reviews) und Einstellungen des Intensivpersonals (hospital attitude surveys) erhoben worden. Die daraus folgende Implementierung spezieller Programme hat nachweisbar zu einer Steigerung der Organspenden geführt (Wight et al. 2000).

Beide Auswertungskriterien führen weg von einer globalen Betrachtungsweise. Sie sollen gezielt zu den Pflegenden und Ärzten im Intensivbereich führen.

3.2.1. Datenerhebung 1 - Klinik in den alten Bundesländern

Die Klinik der ersten Befragung, **Klinik A** (= Fachklinik), ist eine medizinische Einrichtung in den alten Bundesländern. Bei dieser Untersuchung sind alle Mitarbeiter des Pflegepersonals der neurochirurgischen Intensivstation der Einrichtung, alle Neurochirurgen und alle Anästhesisten der ärztlichen Mitarbeiter des Hauses erfasst worden. Insgesamt haben 96 Mitarbeiter die Fragebögen bekommen, fünf Mitarbeiter haben den Fragebogen nicht ausgefüllt.

Von den 96 Befragten gehören 37 zum Pflegepersonal und 59 zur Ärzteschaft. Von den Pflegenden sind zwei Fragebögen ohne statistische Angaben und zwei Fragebögen nicht ausge-

füllt worden. Von den Ärzten sind ebenfalls zwei Fragebögen ohne statistische Angaben abgegeben worden und drei Fragebögen überhaupt nicht.

Als Zufallsmoment während der Zeit dieser ersten Befragung muss erwähnt werden, dass die Befragten durch die Versorgung und Betreuung zweier Organspender direkt mit der Thematik konfrontiert worden sind.

3.2.2. Datenerhebung 2 - Klinik in den neuen Bundesländern

Die zweite Befragung ist in **Klinik B** (= Uniklinik) in den neuen Bundesländern durchgeführt worden. Bei dieser Untersuchung sind alle Mitarbeiter des Pflegepersonals und der Ärzteschaft von drei verschiedenen interdisziplinären Intensivstationen befragt worden, auf denen Hirntote und Organspender einschließlich ihrer Angehörigen versorgt und betreut werden. Eine dieser drei Intensivstationen ist eine Kinder-Intensivstation. Insgesamt haben 127 Mitarbeiter den Fragebogen bekommen. 56 Mitarbeiter haben den Fragebogen nicht ausgefüllt.

Von den 127 Befragten gehören 99 zum Pflegepersonal und 28 zur Ärzteschaft. 40 Pflegende (40%) und 16 Ärzte (57%) haben nicht an der Untersuchung teilgenommen.

3.3. Vorstellung der Teilnehmer der Untersuchungen

Anhand der statistischen Angaben der Teilnehmer an den Untersuchungen ergeben sich folgende Verteilungen zum Alter, zum Geschlecht, zur Berufserfahrung und zur Konfessionszugehörigkeit. In den Grafiken sind die Werte „keine Angaben“ mit aufgeführt um zu zeigen, wie hoch die Nicht-Beantwortung der jeweiligen Frage ist.

3.3.1. Altersverteilung der Teilnehmer

Zur Beantwortung sind verschiedene Altersgruppen vorgegeben gewesen.

Frage: Wie alt sind Sie?

Teilnehmer Klinik A

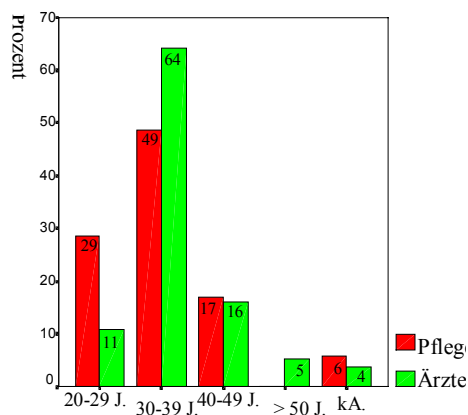


Abb. 5: Alter, Klinik A

Anzahl der ausgew. Fragebögen Klinik A, 1998
n = 91, davon n Pflegepers. = 35, n Ärzte = 56

Teilnehmer Klinik B

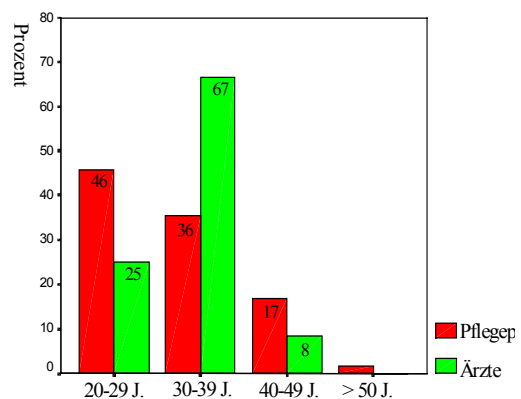


Abb. 6: Alter, Klinik B

Anzahl der ausgew. Fragebögen Klinik B, 2000
n = 71, davon n Pflegepers. = 59, n Ärzte = 12

- ◆ In beiden Kliniken gehören die meisten Mitarbeiter beider Berufsgruppen zu den Altersgruppen 20-29 und 30-39 Jahren. In Kliniken A und B besteht zwischen den Pflegenden und den Ärzten hinsichtlich der Altersverteilung kein signifikanter Unterschied (Klinik A $p = 0,081$, Klinik B $p = 0,255$).
- ◆ Die Pflegenden und Ärzte der Kliniken A + B unterscheiden sich hinsichtlich der Altersgruppen nicht signifikant voneinander (Pflegende $p = 0,371$, Ärzte $p = 0,474$).

3.3.2. Geschlechtsverteilung der Teilnehmer

Frage: Ihr Geschlecht?

Teilnehmer Klinik A + B

	Pflegepersonal		Ärzeschaft	
	Klinik A	Klinik B	Klinik A	Klinik B
weiblich	n = 29 88%	n=54 91%	n = 10 18 %	n=4 33%
männlich	n = 4 12%	n=5 9%	n = 44 82%	n=8 67%

Tbl. 2: Geschlecht, Kliniken A + B

Anzahl der ausgew. Fragebögen Klinik A, 1998
n = 87, davon n Pflegepers. = 33, n Ärzte = 54

Anzahl der ausgew. Fragebögen Klinik B, 2000
n = 71, davon n Pflegepers. = 59, n Ärzte = 12

- ◆ Die Geschlechtsverteilung lässt erkennen, dass bei beiden Studiengruppen bei den Pflegenden das weibliche und bei den Ärzten das männliche Geschlecht überwiegt.

3.3.3. Berufserfahrung der Teilnehmer

Zur Beantwortung sind verschiedene Gruppen vorgegeben gewesen.

Frage: Wie lange haben Sie Berufserfahrung als Arzt oder als Pflegeperson?

Teilnehmer Klinik A

	unter 1 J.	1- unter 2 J.	2- unter 5 J.	5- unter 10 J.	mehr als 10 J.
Pflegepersonal	0	0	3 9%	10 30%	20 61%
Ärzeschaft	5 9%	3 6%	11 20%	18 33%	17 32%

Tbl. 3: Berufserfahrung, Klinik A

Anzahl der ausgew. Fragebögen Klinik A, 1998: n = 87, davon n Pflegepersonal = 33, n Ärzte = 54

Teilnehmer Klinik B

	unter 1 J.	1- unter 2 J.	2- unter 5 J.	5- unter 10 J.	mehr als 10 J.
Pflegepersonal	2 3%	1 2%	5 8%	18 31%	33 56%
Ärzeschaft	0	1 8%	5 42%	4 33%	2 17%

Tbl. 4: Berufserfahrung, Klinik B

Anzahl der ausgew. Fragebögen Klinik A, 2000: n = 71, davon n Pflegepersonal = 59, n Ärzte = 12

- ◆ In Klinik A haben die meisten Mitarbeiter beider Berufsgruppen eine mittlere bis hohe

Berufserfahrung. Pflegende und Ärzte unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Berufserfahrung nicht signifikant ($p = 0,063$). In Klinik B hat der überwiegende Teil der Pflegenden eine hohe Berufserfahrung. Die Ärzte besitzen eher eine mittlere bis hohe Berufserfahrung. Der signifikante Unterschied zwischen den Berufsgruppe ($p = 0,012$) ergibt sich vermutlich aus den unterschiedlichen Fallzahlen der Pflegenden und Ärzte.

- ◆ Der Klinikvergleich der Pflegenden und Ärzte beider Kliniken hinsichtlich der Anzahl der Jahre der Berufserfahrung ergibt zwischen den Berufsgruppen keine signifikanten Unterschiede (Pflegende $p = 0,947$, Ärzte $p = 0,431$).

Die meisten Studienteilnehmer beider Kliniken haben eher eine mittlere bis hohe Berufserfahrung. Es wird davon ausgegangen werden, dass sie dadurch bedingt einen großen Bezug zur Thematik Organspende/Transplantation haben.

3.3.4. Konfessionszugehörigkeit der Teilnehmer

Frage: Ihre Religionszugehörigkeit?

- ◆ Der überwiegende Teil der Pflegenden und Ärzte aus Klinik A (Fachklinik) hat eine Konfessionszugehörigkeit angegeben. Die Berufsgruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Angaben nicht signifikant (Klinik A $p = 0,350$). Die meisten Pflegenden und Ärzte in Klinik B (Uniklinik) gehören keiner Konfession an. Die Angaben ergeben ebenfalls keinen signifikanten Unterschied zwischen den Berufsgruppen (Klinik B $p = 0,604$).
- ◆ Der Vergleich der Pflegenden und Ärzte beider Kliniken (und Bundesländer) ergibt einen höchst signifikanten Unterschied ($p < 0,001$).

Teilnehmer Kliniken A und B

	keine		römisch-katholisch		evangelisch		sonstige	
	Klin. A	Klin.B	Klin. A	Klin. B	Klin. A	Klin. B	Klin. A	Klin. B
Pflegepersonal	4 13%	45 80%	17 53%	4 7%	11 34%	7 13%	0	0
Ärztenschaft	8 15%	9 82%	19 36%	0	24 45%	2 18%	2 4%	0

Tbl. 5: Religionszugehörigkeit, Kliniken A und B

Anzahl der ausgew. Fragebögen Klinik A, 1998
n = 85, davon n Pflegepers. = 32, n Ärzte = 53

Anzahl der ausgew. Fragebögen Klinik B, 2000
n = 67, davon n Pflegepers. = 56, n Ärzte = 11

In diesen Angaben unterscheiden sich die Befragten deutlich voneinander. Bei Vernachlässigung der Angaben zu den Optionen „sonstige“ und „keine Angaben“ wegen der geringen Fallzahl ist erkennbar, dass die Mehrheit der Teilnehmer aus Klinik A einer Konfession angehört im Gegensatz zu den Teilnehmern aus Klinik B. Diese Angaben erlauben keine Aussagen, wie intensiv der religiöse Hintergrund der Teilnehmer ausgeprägt ist und Lebenssituatio-

nen beeinflusst. Zwischen den einzelnen Konfessionen wird nicht unterschieden, da es sich um die beiden Hauptkonfessionen in Deutschland handelt und eine weitere Differenzierung für die Grundaussage dieser Arbeit nicht von Bedeutung ist.

Zusammenfassend kann zum Spektrum der Pflegenden und Ärzten beider Untersuchungen gesagt werden, dass sie sich bzgl.

1. der Altersverteilung,
2. der Geschlechtsverteilung und
3. der Anzahl der Jahre Berufserfahrung nicht wesentlich voneinander unterscheiden.
4. Die Befragten beider Untersuchungen unterscheiden sich deutlich bzgl. ihrer Konfessionszugehörigkeit.

4. Spendebereitschaft des Fachpersonals

„Es sind die Lebenden, die den Toten die Augen schliessen.
Es sind die Toten, die den Lebenden die Augen öffnen.“¹

4.1. Spendebereitschaft allgemein

Die Spendebereitschaft der Pflegenden und Ärzte der Fachbereiche gilt als primäre Zielgröße.

Frage: Sind Sie bereit, nach Ihrem Tod Organe zu spenden?

Teilnehmer Klinik A

Teilnehmer Klinik B

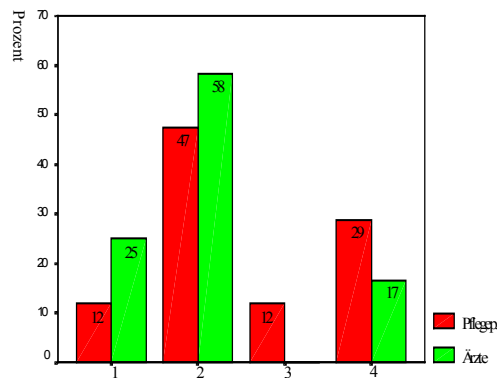
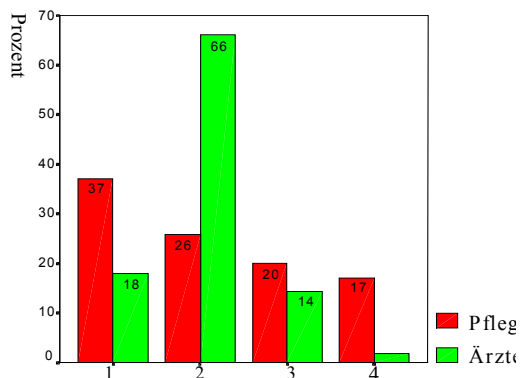


Abb. 7: Spendebereitschaft, Klinik A
Anzahl der ausgew. Fragebögen Klinik A, 1998
n = 91, davon n Pflegepers. = 35, n Ärzte = 56
1 = ja, nur bestimmte Organe, 2 = ja, alle Organe, 3 = nein, 4 = weiss nicht

Abb. 8: Spendebereitschaft, Klinik B
Anzahl der ausgew. Fragebögen Klinik B, 2000
n = 71, davon n Pflegepers. = 59, n Ärzte = 12

- ◆ In Klinik A (Fachklinik) unterscheiden sich Pflegenden und Ärzten hinsichtlich ihrer Spendebereitschaft höchst signifikant ($p = 0,001$): Mehr Ärzte als Pflegenden sind zur eigenen postmortalen Multiorganspende bereit. Pflegenden beschränken ihre Spendebereitschaft auf

¹ unbekannt, in: PFLEGE HEUTE, S. 499

die Spende einzelner Organe. Mehr Pflegende (20%) als Ärzte (14%) lehnen eine eigene postmortale Organspende ab.

- ◆ In Klinik B (Uniklinik) sind die meisten Befragten beider Berufsgruppen zur eigenen Multiorganspende bereit. Die Berufsgruppen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander ($p = 0,329$). 12% der Pflegenden lehnen ihre eigene postmortale Organspende ab.
- ◆ Die Pflegenden beider Kliniken insgesamt unterscheiden sich in ihrer Spendebereitschaft sehr signifikant ($p = 0,010$): In Klinik B sind mehr Pflegende zur eigenen Multiorganspende bereit als in Klinik A. Die Ärzte beider Kliniken insgesamt unterscheiden sich in ihrer Spendebereitschaft nicht signifikant ($p = 0,071$).

Die Frage, die sich anhand dieser Antworten ergibt ist vermutlich die, warum die Spendebereitschaft des Fachpersonals nicht 100% beträgt. Die Auswertungen der Fragebögen insgesamt, einschließlich der offenen Antworten der Befragten (die sehr aussagekräftig sind, auf die ebenfalls aus Übersichtsgründen verzichtet werden muss), lassen die Vermutung zu, dass die Spendebereitschaft des Fachpersonals in nicht unbedeutendem Masse von externen Umgebungsfaktoren beeinflusst wird und somit zur Begründungen dieser Phänomene der Spendebereitschaft führen können.

Ein Gruppenunterschied zwischen Pflegenden und Ärzten bzgl. der Spendebereitschaft hat sich ebenfalls in einer Untersuchung von Weber und Canbay (1999) gezeigt. In dieser Untersuchung, bei der 759 Fragebögen von Ärzten und 820 Fragebögen von Pflegenden verschiedener unterschiedlicher Fachbereiche ausgewertet worden sind, würden Ärzte eher als Pflegende Organe spenden wollen. In beiden Gruppen ist eine große Anzahl der Mitarbeiter beunruhigt über die Todesfeststellung, Organhandel, Vermittlung und kriminelle Aktivitäten, wobei mehr Pflegende als Ärzte diese Meinung angegeben haben.

Die Beantwortung obiger Frage ist im folgenden Punkt in den Antworten weiter differenziert worden.

4.2. Spendebereitschaft bezogen auf einzelne Organe

Frage: Welche Organe sind Sie bereit zu spenden?

Die Spendebereitschaft gegenüber der Niere ist bei allen Befragten zu 100% angegeben worden.

Teilnehmer Klinik A (Fachklinik)

	Herz	Lunge	Leber	Pankreas	Cornea
Pflegepersonal	46% (6)	23% (3)	23% (3)	38% (5)	46% (6)
Ärzte	60% (6)	40% (4)	70% (7)	60% (6)	50% (5)

Tbl. 6: Spendebereitschaft, bezogen auf einzelne Organe, Klinik A
Anzahl der ausgew. Fragebögen Klinik A, 1998: $n = 22$, davon n Pflegepers. = 13 (37%), n Ärzte = 9 (16%)

Reihenfolge Pflegende: Niere – Herz/Cornea – Pankreas – Lunge/Leber

Reihenfolge Ärzte: Niere – Leber – Herz/Pankreas – Cornea - Lunge

Teilnehmer Klinik B (Uniklinik)

	Herz	Lunge	Leber	Pankreas	Cornea
Pflegepersonal	57% (4)	71% (5)	86% (6)	86% (6)	29% (2)
Ärzte	33% (1)	33% (1)	67% (2)	67% (2)	33% (1)

Tbl. 7: Spendebereitschaft, bezogen auf einzelne Organe, Klinik B

Anzahl der ausgew. Fragebögen Klinik B, 2000: n = 10, davon n Pflegepers. = 7 (12%), n Ärzte = 3 (25%)

Reihenfolge Pflegende: Niere – Leber/Pankreas – Lunge – Herz - Cornea

Reihenfolge Ärzte: Niere – Leber/Pankreas – Lunge/Herz/Cornea

Worin die unterschiedliche Bereitschaft zur Spende einzelner Organe begründet ist, wird durch diese quantitativen Erhebungen nicht erfasst. Ursachen könnten erst in weiteren Interviews ersichtlich werden.

An dieser Stelle soll ein Ergebnis eines interdisziplinären Projektes erwähnt werden. Es fügt sich in den Zusammenhang dieser Arbeit ein und kann mit als richtungweisend für den Gewebespendenbereich in der untersuchten Region (Klinik B-Uniklinik) gesehen werden: Die Ablehnung gegenüber einer Augenhornhaut- oder Herzspende ist am höchsten bei Personen mit einer positiven Spendebereitschaft. Wenn nicht das gesamte Auge, sondern nur die vordere Hornhautscheibe entnommen würde, ist eine höhere Zustimmung zur Entnahme angegeben worden. In den vier befragten Projektgruppen ist die Zustimmungsrate bei den Ärzten am höchsten, beim Pflegepersonal am niedrigsten gewesen. Die Ablehnungsraten gegenüber einer Herzspende können als mit Basisinformation für den Bereich der Herzklappenspende gesehen werden (s. auch Punkt 5.2., S. 52. An der Stelle werden nähere Projektangaben gemacht, die an dieser Stelle aus Platzgründen entfallen müssen).

In einer internationalen Multicenterstudie, in der Einstellungen zur Organtransplantation und Organspende bei Medizinstudenten in Deutschland, Österreich und der Schweiz untersucht worden sind (Streng et al. 2000), ist die Nierenspende am wenigsten abgelehnt worden. Herz und Augenhornhaut werden häufig als Spenderorgane angegeben, jedoch mit einem Unterschied der Studierenden. Eine geringere Zustimmungsrate zur Spende der Augenhornhaut wird in einer Untersuchung bei Personen mit und ohne medizinische Ausbildung von Künsebeck, Wilhelm und Harborth (2000) beschrieben. Erstaunlich ist eine Aussage dieser Untersuchung auf die Frage nach dem Organ, dass „auf keinen Fall“ gespendet werden würde: „... 4,1% der Angehörigen der Gesundheitsberufe und 2,1% der anderen nannten als Organ, dass

sie auf keinen Fall spenden würden, das Gehirn...“. Im Hinblick auf die Multiplikatorfunktion gerade von Angehörigen von Gesundheitsberufen und mit unbestrittener Tatsache, dass die Feststellung des Hirntodes die unumgängliche Voraussetzung einer Organspende ist – ein bemerkenswertes Ergebnis. Ein bemerkenswertes Ergebnis, welches im Zusammenhang mit Ausbildungseinrichtungen für Gesundheitsberufe gesehen werden sollte. Im Gegensatz zu diesen Ergebnissen ist bei Kent und Owens (1995) bei einer Erhebung von Krankenschwestern, die mit einem von Parisi und Katz erstellten Fragebogen durchgeführt worden ist, die größte Ablehnung gegenüber der Augenhornhaut beschrieben.

Die Auswertung einer Untersuchung von Basu, Hazariwala und Chipman (1989) zeigt demgegenüber ein Ergebnis, welches sich speziell für den Bereich der Gewebespende / -transplantation als interessant darstellt: Das meiste Wissen ist gegenüber einer Corneatransplantation angegeben worden, gefolgt vom Wissen über Nieren-, Herz-, Knochenmark- und Lebertransplantationen. Dem überwiegenden Teil der Befragten ist die Eye-Bank in Canada bekannt gewesen und davon haben wieder über die Hälfte der Befragten gewusst, was eine Eye-Bank ist.

4.3. Gruppen der Nicht-Spender in Klinik A und Klinik B

In diesem Punkt wird dargestellt, welche soziodemografischen Angaben den Nicht-Spendern in den Kliniken zugeordnet werden können.

		Klinik A		Klinik B	
		Pflegepers.	Ärzte	Pflegepers.	Ärzte
Alter	20-29 Jahre	4 (31%)	1 (11%)	9 (37%)	-
	30-39 Jahre	7 (54%)	5 (55%)	11 (46%)	2 (100%)
	40-49 Jahre	1 (8%)	3 (33%)	4 (17%)	-
	> 50 Jahre	-	-	-	-
Berufserfahrung	< 1 Jahr	1 (8%)	-	-	-
	1- unter 2 Jahren	-	2 (22%)	-	-
	2- unter 5 Jahren	1 (8%)	-	1(4%)	1 (50%)
	5- unter 10 Jahren	4 (31%)	2 (22%)	9 (37%)	1 (50%)
	> 10 Jahre	6 (46%)	5 (55%)	14 (58%)	-
Konfessionszugehörigkeit	ja	9 (69%)	6 (66%)	7 (29%)	-
	nein	2 (15%)	2 (22%)	15 (62%)	1 (50%)
Geschlecht	männlich	1 (8%)	9 (99%)	2 (8%)	1 (50%)
	weiblich	11 (85%)	-	22 (91%)	1 (50%)

Tbl. 8: Nicht-Spender, Kliniken A und B
Klinik A n = 22, davon n Pflegep. = 13, n Ärzte = 9

Klinik B n = 26, davon n Pflegep. = 24, n Ärzte = 2

- ◆ Die Zusammenfassung der Zuordnung verschiedener soziodemografischer Merkmale zeigt, dass die meisten Pflegenden und Ärzte, die eine eigene postmortale Organspende ablehnen, in der Altersgruppe zwischen 30 – 39 Jahre sind und eine hohe Berufserfahrung von > 10 Jahren haben. In diesen Angaben kann ein Zusammenhang zwischen der erfahrenen Berufspraxis und der Spendebereitschaft vermutet werden. Interviews, Angaben, wie oft diese Mitarbeiter tatsächlich selbst den Prozess der Versorgung und Betreuung von Hirntoten und Organspendern erfahren haben und die Darstellung der IST- Praxissituationen können den Zusammenhang weiter aufklären. Angaben der Art sind bei den Datenerhebungen erfragt worden, können jedoch aus Platzgründen nicht dargestellt werden. Aus diesen Ergebnissen lässt sich weiter ein Zusammenhang zu Gebieten der Sozialpsychologie, der Organisations- und Personalentwicklung ableiten. Forschungsergebnisse dieser Fachrichtungen, die auf das Thema der Organ-Gewebespende und auf die Verbindung zu Stationsstrukturen im Intensivbereich umgesetzt worden sind, müssen aus Platzgründen entfallen.
- ◆ Die Angaben der Nicht-Spender im Zusammenhang zu ihrer Konfessionszugehörigkeit deuten einen Anspruch an die beiden Hauptkonfessionen an. Stellungnahmen zum Thema der Organspende gibt es und der Institution Kirche kommt in Deutschland eine bestimmte bildungspolitische Funktion zu. Auf die erarbeitete Darstellung dieses Zusammenhangs muss ebenfalls verzichtet werden.
- ◆ Dem Merkmal des Geschlechts kommt eine andere Bewertung zu. Dieses Merkmal soll als gegeben betrachtet werden. In Bezugnahme zur Spendebereitschaft des Fachpersonals soll der Zusammenhang zur Berufserfahrung und dem Altersspektrum der Nichtspender als bedeutender gelten als das Geschlecht, da das Geschlecht ein berufsgruppenspezifisches Merkmal ist.

5. Überprüfung der Hypothesen

Im Zusammenhang und zusätzlich zu den Hypothesen ist untersucht worden, von welchen Faktoren eine Nichtspendebereitschaft in Klinik A und Klinik B abhängen kann. Die Modelle sind unter Beachtung verschiedener Merkmale mit dem statistischen Auswertungsverfahren der logistischen Regression berechnet worden:

1. einfaktorielle Berechnung eines evtl. Risikofaktors für **keine** Spendebereitschaft und
2. mehrfaktorielle Berechnung unter Beachtung verschiedener Merkmale

Die Modellberechnungen sind zu Faktoren aufgestellt worden, bei denen angenommen wird, dass sie einen Einfluss auf die primäre Zielgröße der Spendebereitschaft ausüben und für die Berufspraxis relevant sind.

Die Zielgröße der Spendebereitschaft ist für die Modellberechnungen in eine dichotome Zielgröße umcodiert worden:

Spendebereitschaft ja = Multiorganspende + Spende bezogen auf einzelne Organe
Spendebereitschaft nicht ja = nein + weiß nicht

Bei dieser Umcodierung wird angenommen, dass die Befragten, die die Antwortoption „weiß nicht“ gewählt haben, eher eine eigene postmortale Organ- und Gewebespende ablehnen würden. Alle Modelle sind zusätzlich ohne die Angaben der Antwortoption „weiß nicht“ berechnet worden. Auf die Angabe dieser Modelle wird verzichtet, weil keine anderen Risikofaktoren eruiert werden konnten.

Manche Modellberechnungen sind nach Kliniken und/oder Berufsgruppen stratifiziert worden, um einen Kliniks- oder Berufsgruppenunterschied erkennen zu können.

Bei der Ableitung von Handlungskonzepten für die jeweilige Klinik und/oder Berufsgruppe müssen deskriptive und analytische Auswertung im Zusammenhang diskutiert werden.

5.1. Zusammenfassungen (Kurzdarstellungen) der Hypothesen 1 – 5

Die im Prozessmodell der Mikroebene (s. 2.1.3.) dargestellten Einflußfaktoren, die den verschiedenen Hypothesen zugeordnet worden sind, sind alle erhoben und ausgewertet worden. Ergebnisse zu den Hypothesen 1- 5 können aus Übersichtsgründen nur zusammenfassend beschrieben werden.

5.1.1. Hypothese 1

Medizinisches Fachpersonal, Pflegepersonal wie Ärzteschaft im Intensivbereich, hält den Hirntod als nicht ausreichend zur Feststellung des Todes.

Die Begründung für die Formulierung dieser Hypothese ist einerseits darin zu sehen, dass ein Teil der Bevölkerung einer Organspende negativ gegenübersteht in der Annahme, bei der Organentnahme „nicht richtig tot zu sein“. Andererseits sind Pflegende und Ärzte im Intensivbereich der Teil der Bevölkerung, der direkt mit dem Hirntod im Berufsalltag konfrontiert wird. Es sind die Berufsgruppen, die nicht nur über den Hirntod sprechen, sondern ihn mit all seinen Ausmaßen bei anderen erleben und damit umzugehen haben. Sie erfahren den Prozess des Eintretens des Hirntodes, der Diagnostik und der jeweiligen Folgen. Die Akzeptanz des Hirntodes als Tod des Menschen, die Entscheidung eines jeden Einzelnen, zählt zu den internen Einstellungsfaktoren. Zu dieser Hypothese ist ausgewertet worden, ob Faktoren, die als Grundvoraussetzung zur Spendebereitschaft bei Fachpersonal gesehen werden können, gegeben sind, d.h.:

- ob die Hirntodkriterien bekannt sind,
- ob sie als ausreichend zur Todesfeststellung gehalten werden,
- warum der Hirntod nicht als Tod des Menschen gesehen wird, sofern die Hirntodkriterien nicht als ausreichend zur Todesfeststellung gehalten werden und
- ob § 5 des Transplantationsgesetzes vom medizinischen Fachpersonal akzeptiert wird (Feststellung und Dokumentation des Hirntodes)

Zusätzlich sind zwei Modelle berechnet worden, mit denen geprüft wird, ob der Kenntnisstand mancher Hirntodkriterien und die Nicht-Akzeptanz des Hirntodes als Tod des Menschen ein erhöhtes Risiko für Fachpersonal darstellen, keine Organe spenden zu wollen.

Die Auswertungen zu dieser Hypothese hat folgende Ergebnisse gezeigt:

1. Dem überwiegenden Teil des Fachpersonals beider Kliniken sind alle Hirntodkriterien bekannt. Ein geringerer Prozentsatz hat angegeben, manche Hirntodkriterien zu kennen.
2. Die meisten Pflegenden und Ärzte beider Kliniken halten die Feststellung des Hirntodes als ausreichend zur Todesfeststellung, was zur Falsifikation der Hypothese führt.
3. Ablehnungsgründe, die zur Nicht-Akzeptanz des Hirntodes als Tod des Menschen führen, sind vorwiegend durch ethische Gründe bedingt.
4. Die Festlegungen im § 5 des Transplantationsgesetzes zur Feststellung und Dokumentation des Hirntodes werden vom überwiegenden Teil des Fachpersonals akzeptiert.
5. Wenn Fachpersonal nur manche Hirntodkriterien bekannt sind und nicht alle, ist für Klinik B (Uniklinik) unter Beachtung des Merkmals der Berufserfahrung eine 3,35 fache, signifikante Risikoerhöhung nachweisbar ($p = 0,04$), keine Organe spenden zu wollen.

Hypothese 1 kann durch vorliegende Ergebnisse falsifiziert werden. Daraus wird geschlossen, dass in beiden Kliniken die Ablehnung zur postmortalen Organspende des Fachpersonals weniger auf den Kenntnisstand der Hirntodkriterien und deren Akzeptanz zurückzuführen ist.

5.1.2. Hypothese 2

Die Konfessionszugehörigkeit steht mit der Bereitschaft der Pflegenden und Ärzte, eigene Organe postmortal zu spenden oder fremde Organe im eigenen Krankheitsfall anzunehmen in der Weise in einem Zusammenhang, dass sie sich als Hinderungsgrund darstellt.

Die Hypothese ist im Zusammenhang mit der Religionsstruktur der deutschen Bevölkerung, der Aufgabe der Institution Kirche in Deutschland und dem Entgegenwirken des Organmangels als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu sehen. Eine Konfessionszugehörigkeit als Ursache zur Organspende kann analog einiger internationaler Untersuchungen vermutet, aber nicht

bewiesen werden.

Die Verbindung der Spendebereitschaft zur Konfessionszugehörigkeit ist ein individueller Einstellungsfaktor. In diesen Untersuchungen soll ein Überblick geschaffen werden, wie sich die Konfessionszugehörigkeit zur Spendebereitschaft darstellt. Unbekannt ist dabei, ob die Stellungnahmen der beiden Hauptkirchen Deutschlands zur Thematik der Organspende bekannt sind. Unbekannt ist auch, ob sie akzeptiert werden, d.h. ob sie mit der eigenen Einstellung im Einklang stehen bzw. die eigene Einstellung beeinflussen im Sinne einer Unterstützung.

In diesem Abschnitt wird geprüft, ob sich die Konfessionszugehörigkeit als Hinderungsgrund darstellt bei

- der Spendebereitschaft bezogen auf die Bereitschaft zur Multiorganspende der Befragten,
- der Spendebereitschaft bezogen auf einzelne Organe,
- der Transplantationsbereitschaft der Befragten im Falle der eigenen Erkrankung,
- der Einwilligung zur Organspende von verstorbenen Angehörigen (Partner, Eltern, Geschwister, Kinder) sofern kein Organspendeausweis vorhanden ist und
- den Ablehnungsgründen zur eigenen Organspendebereitschaft.

Mit der zu dieser Hypothese erstellten Modellberechnung wird geprüft, ob sich die Konfessionszugehörigkeit als Risikofaktor zur Ablehnung einer Spendebereitschaft darstellt.

Die ausgewerteten Ergebnisse zeigen:

1. Die Konfessionszugehörigkeit der Pflegenden und Ärzte beider Kliniken stellt sich nicht als Hinderungsgrund zur eigenen postmortalen Organspende dar.
2. Die Konfessionszugehörigkeit des Fachpersonals beider Kliniken stellt sich nicht als Hinderungsgrund dar zur Spendebereitschaft bezogen auf einzelne Organe.
3. Die Konfessionszugehörigkeit scheint ebenfalls kein Hinderungsgrund zu sein zur Annahme von Organen in Falle der eigenen Erkrankung. Speziell diese drei Ergebnisse führen zur Falsifikation dieser zweiten Hypothese.
4. Mehr Pflegende und Ärzte beider Kliniken würden der Organspende verstorbener Angehörigen zustimmen als ablehnen. Die Konfessionszugehörigkeit kann nicht in Verbindung gebracht werden mit einer Ablehnung zur Organspende von verstorbenen Angehörigen.
5. In beiden Kliniken sind religiöse Gründe nicht vorwiegend als Ablehnungsgründe zur eigenen postmortalen Organspende angegeben worden.
6. Bei den Modellberechnungen hat sich die Konfessionszugehörigkeit nicht deutlich genug, d.h. nicht statistisch signifikant, als Risikofaktor dargestellt, der zur Ablehnung einer Organspende beim Fachpersonal führt. Die sich ergebenden Effekte können Zufall sein. Grö-

ssere Fallzahlen könnten diese Effekte bestätigen oder nicht. Dennoch weisen die Risikofaktoren darauf hin, dass die Themen der Organspende und der Konfession im interdisziplinären Dialog und unter Beachtung der regionalen Einflüsse besprochen werden sollten: Für Klinik B (Uniklinik) ist eine 4,8 fache Risikoerhöhung ($p = 0,06$) nachweisbar, bei Konfessionszugehörigkeit keine Organe spenden zu wollen unter Beachtung der Merkmale des Informationsstandes und des Informationswunsches nach ethischen Aspekten. Die weitere Stratifizierung nach Kliniken und Berufsgruppen bestätigt die Risikoerhöhung auf das 3,5 fache ($p = 0,07$) bei den Pflegenden, wonach der Klinikseffekt auf die Meinungsäußerung der Pflegenden zurückzuführen ist. Die Hinzunahme des Merkmals des Informationsstandes erhöht das Risiko nachweisbar auf das 4,00 fache ($p = 0,05$). Die Hinzunahme beider Merkmale in die Modellberechnung, des Informationsstandes und des Informationswunsches nach ethischen Aspekten, führt zur 4,8 fachen ($p = 0,06$) Risikoerhöhung bei den Pflegenden, keine Organe spenden zu wollen.

In Klinik A (Fachklinik) und bei den Ärzten in Klinik B ist keine Risikoerhöhung gesichert bzw. nachweisbar.

Zusammenfassend ergibt sich, dass die zweite Hypothese durch vorliegende Ergebnisse falsifiziert werden kann. Die Effekte der Modellberechnungen weisen darauf hin an, dass sich für die Pflegenden in Klinik B die Konfessionszugehörigkeit als Risikofaktor darstellt, keine Organe spenden zu wollen, was aber statistisch nicht gesichert werden kann.

5.1.3. Hypothese 3

Pflegende und Ärzte, die sich nicht ausreichend über das Thema Organspende / Transplantation informiert fühlen, lehnen die Organspende viel häufiger ab als ihre Kollegen, die sich informiert fühlen.

Vermutet werden kann, dass sich gerade die Zielgruppen dieser Untersuchungen ausreichend genug informiert fühlen und daher einer Organspende eher zustimmen würden als ihre uninformierten Kollegen/innen. Eine fast triviale Aussage, deren Überprüfung Einblicke in Begründungen für das Spendeverhalten von Fachpersonal geben soll. Selbstkritisch angemerkt werden soll zu hierzu, dass die Einschätzung bzgl. eines ausreichenden Informationsstandes sehr subjektiv und vieldeutig interpretierbar ist. Es obliegt jedem Mitarbeiter selbst zu entscheiden, was für ihn ein ausreichender Informationsstand bedeutet und beinhaltet.

Der Informationsstand des Fachpersonals kann ebenfalls als Einstellungsfaktor gewertet werden.

Zu dieser Hypothese ist ausgewertet worden,

- ob sich Pflegende und Ärzte ausreichend über die Thematik Organspende / Transplantati-

on informiert fühlen,

- wie dieser Aspekt im Zusammenhang mit der Spendebereitschaft steht,
- zu welchen Bereichen von Pflegenden und Ärzten der Wunsch nach Informationen geäußert wird,
- welche Informationsmedien die Studienteilnehmer für allgemeine Informationen nutzen und
- über welche Informationsmedien und Einrichtungen sich die Pflegenden und Ärzte speziell zur Thematik Organspende / Transplantation informieren.

Die Modellberechnung zu dieser Hypothese prüft, ob ein nicht ausreichender Informationsstand ein Risiko für Fachpersonal darstellt, keine Organe spenden zu wollen.

Die Auswertungen der Antworten führen zu folgenden Aussagen:

1. Der überwiegende Teil des Fachpersonals beider Studiengruppen fühlt sich zur Thematik Organspende / Transplantation nicht ausreichend genug informiert und wäre
2. trotzdem zur postmortalen Organspende bereit. Mit diesen beiden Ergebnissen kann die formulierte Hypothese falsifiziert werden. Es kann daraus abgeleitet werden, dass es zweifelhaft bleibt, ob Informationen die Spendebereitschaft entscheidend fördern. Arten der Informationen müssten differenzierter erfasst werden.
3. Informationswünsche des Fachpersonals fallen überwiegend in den ethischen, rechtlichen und kommunikativen Bereich. Kommunikationshilfen zum Umgang mit den Angehörigen werden noch mehr von den Pflegenden angegeben.
4. Pflegende und Ärzte nutzen in ähnlicher Weise Informationsmedien und Einrichtungen, um sich allgemein und speziell zur Thematik Organspende / Transplantation zu informieren.
5. Mittels der Modellberechnungen ist für beide Kliniken und Berufsgruppen keine statistisch signifikante Risikoerhöhung gesichert, keine Organe spenden zu wollen, wenn sich das Fachpersonal nicht ausreichend genug informiert fühlt. Ein Ergebnis, dass in einen direkten Zusammenhang zu den deskriptiven Auswertungen gebracht werden kann.

Hypothese 3 wird durch die Ergebnisse beider empirischer Erhebungen falsifiziert.

5.1.4. Hypothese 4

Je häufiger der Umgang mit den Angehörigen als Belastung empfunden wird, umso geringer ist die Spendebereitschaft.

Mit dieser Aussage wird der wahrgenommene Umgang mit anderen auf die eigenen Angehörigen der Pflegenden und Ärzte reflektiert. Mit der Beantwortung und Auswertung der zu dieser Hypothese zugehörigen Fragen wird gezeigt, welche Bereiche für medizinisches Fachper-

sonal im Prozess der Versorgung und Betreuung eines Hirntoten oder Organspenders belastend sind. Der subjektiv empfundene Belastungsgrad von Pflegenden und Ärzten kann den Einstellungsfaktoren zugeordnet werden.

Es ist erfragt und ausgewertet worden,

- ob die Versorgung und Betreuung eines Hirntoten oder Organspenders eine Belastung für Pflegende und Ärzte darstellt,
- ob bei beiden Berufsgruppen die Belastung eher im Umgang mit den Angehörigen liegt als in der medizinischen und pflegerischen Arbeit,
- in welchem Zusammenhang die Belastungserfahrung mit der Bereitschaft zur eigenen Organspende steht,
- ob mit zunehmender Berufserfahrung der Umgang, die Kommunikation mit den Angehörigen einfacher wird,
- ob die Belastung mit zunehmender Berufserfahrung abnimmt und
- welche Art der Belastung abnimmt.

Unterstützend und ergänzend zu diesen Ergebnissen sind noch zwei weitere Aspekte ausgewertet worden:

- die spontane Einschätzung der Thematik Organspende / Transplantation durch das Fachpersonal und
- die Bereiche *Bereicherung der Ärzte* und *Organhandel* in Bezugnahme zur Spendebereitschaft.

Die zwei zu dieser Hypothese erstellten Modellberechnungen prüfen, ob sich die Faktoren 1. der Belastung und 2. der nicht abnehmenden Belastung mit zunehmender Berufserfahrung als Risikofaktoren für Fachpersonal darstellen, selbst keine Organe spenden zu wollen.

Als Kurzzusammenfassung können folgende Ergebnisse formuliert werden:

1. Für Pflegende und Ärzte bedeutet die Betreuung und Versorgung von Hirntoten und Organspendern eher „immer“ und „meistens“ eine Belastung durch ihren Berufsalltag. Dabei noch mehr für Pflegende als für Ärzte.
2. Die Belastung stellt für beide Berufsgruppen der Umgang mit den Angehörigen dar (Anm.: Diese Aussage ist bei den Ärzten aus Klinik B (Uniklinik) nicht in derselben Deutlichkeit erkennbar wie in Klinik A (Fachklinik). Selbst wenn sie vernachlässigt wird, trifft diese Aussage für die anderen Studienteilnehmer zu.)
3. Trotz steigendem wahrgenommenem Belastungsgrad ist das Fachpersonal beider Kliniken zur eigenen postmortalen Organspende bereit.

Durch dieses Ergebnis kann die vierte Hypothese falsifiziert werden.

4. Die Kommunikation mit den Angehörigen wird mit zunehmender Berufserfahrung für beide Berufsgruppen, dabei noch eher für das Pflegepersonal, nicht einfacher.
5. Mit zunehmender Berufserfahrung nimmt die Belastung für Pflegende und Ärzte nicht ab.
6. Der Umgang mit den Angehörigen wird für beide Berufsgruppen mit zunehmender Berufserfahrung nicht einfacher.
7. Spontane Gedanken an die Thematik Organspende / Transplantation assoziieren Pflegende und Ärzte nicht vordergründig mit dem Bereich der *Arbeitsbelastung*.
8. Assoziationen an die Bereiche *Bereicherung der Ärzte* und *Organhandel* können nicht als Hinderungsgrund zur Spendebereitschaft gesehen werden.
9. Die beiden geprüften Faktoren der Belastung und der nicht abnehmenden Belastung mit zunehmender Berufserfahrung stellen sich nicht als signifikante Risikofaktoren dar, die zur Ablehnung der postmortalen Organspende bei Fachpersonal führen würden. Dieses Ergebnis kann als übereinstimmend mit den Ergebnissen der deskriptiven Auswertung gesehen werden.

Hypothese 4 wird mit vorliegenden Auswertungen falsifiziert.

5.1.5. Hypothese 5

Die Entscheidungsbereitschaft des medizinischen Fachpersonals für oder gegen eine Organspende wird von Situationen beeinflusst, die Pflegende und Ärzte in ihren Arbeitsbereichen, bei der Versorgung und Betreuung von Organspendern und deren Angehörigen, wahrnehmen.

Die Formulierung dieser Hypothese liegt in der besonderen Sensibilität des Themas der Organspende begründet. Einerseits sind Praxissituationen, die Pflegende und Ärzte erleben, beeinflussbar. Andererseits beeinflussen Praxissituationen Pflegende und Ärzte. Es gibt Situationen oder Themen im Leben, zu denen ein klarer Standpunkt bezogen wird. Im Gegensatz dazu gibt es Situationen, bei denen die Entscheidung eher vermieden oder auf andere Personen übertragen wird. In Bezugnahme zu dieser Hypothese werden Ergebnisse vorgestellt, die den Aspekt der Entscheidungsbereitschaft bzgl. der eigenen Spendebereitschaft betreffen. Die gewählten Aspekte beleuchten Praxissituationen im Hinblick auf die Situationsabhängigkeit der Entscheidung.

Im Zusammenhang zu den Angehörigen der Organspender sind einige internationale Angehörigenstudien recherchiert worden, die in dieser Arbeit nur punktuell andiskutiert werden können um herauszufinden, ob die Gedanken des Fachpersonals mit den tatsächlich empfundenen Aspekten von Angehörigen gleichartig gelagert sind.

In einer Erhebung ist bzgl. der Erklärung des Hirntodes festgestellt worden (=Informiertheit

der Angehörigen), dass es eine starke Beziehung zwischen dem Level der Zufriedenheit „... with the amount of information given initially and that given at the time of brain death. ...“ (Pearson et al. 1995) gibt. Eine weitere Aussage in dem Zusammenhang, die zum Nachdenken anregt, ist: „... The most common comment was that the tests were not explained, or that they were only told that „the tests were done“ ...“ (ebenda).

In einer Untersuchung von Douglass und Daly (1995), in der eine Organspende als ein „... positive outcome from what is otherwise a tragedy, ...“ von den Angehörigen eingeschätzt wird, wird auf einen Punkt aufmerksam gemacht, der auch in Intensivstationen in Deutschland beachtet werden sollte: Der Punkt der flexiblen Besuchszeiten: „... to spend the final hours without feeling pressured ...“. Dazu soll erwähnt werden, dass es in den Kliniken A und B flexible Besuchszeiten nach Absprache mit dem Personal gibt, damit die Angehörigen die Zeit bekommen, die sie zum Abschiednehmen brauchen.

In einer Angehörigenstudie, der als theoretisches Rahmenwerk die Stress- und Bewältigungstheorie von Lazarus & Folkmann zu Grunde gelegt worden ist, wird ein Aspekt von Angehörigen angegeben, der vage in Verbindung mit deutschen Verhältnissen gebracht werden kann, bestimmter aber mit den Angaben des Fachpersonals aus Klinik A und Klinik B. Es heißt: „...The most frequently reported stressful situations centred around the threat of losing a loved one, confirmation of brain death, failure of the health professionals to identify the loved one as a potential donor and the approach the family regarding organ donation, ...“ (Pelletier 1992). Übereinstimmend ist von den befragten Angehörigen dieser Studie die Organspende als helfend in ihrem Leid bezeichnet worden.

In einer Arbeit von Cerney (1993) wird darauf verwiesen, dass der Status eines jeden Familienmitgliedes persönliche Reaktionen mitbestimmt und eine Rolle im Trauerprozess spielt. Das setzt voraus, dass man sich mit den Angehörigen „beschäftigt“ um erfahren zu können, welche Rolle der Verstorbene im familiären Verbund gespielt hat bzw. welches Verhältnis zu den Angehörigen bestanden hat. Weiter wird auf die Bedeutung des Hirntodes mit seinen psychologischen Konsequenzen verwiesen und auf einen Aspekt, der unbedingt in den Pflegeprozess einer Intensivstation integriert werden sollte: „... Family members – including children, unless they choose not to be present – need the opportunity to express their love and care to their loved one. ...“ (ebenda). Die Einbeziehung der Angehörigen von Anfang an als ein entscheidender Faktor der Trauerbewältigung – ganz sicher kein unlösbares Problem.

Im Rahmen einer Studie von De Jong et al. (1998) ist erforscht worden, dass die Organspenderate durch die Verbesserung der „hospital care“ und der Art und Weise des Umgangs mit den familiären „... informational and emotional needs ...“ gesteigert werden kann. Als Grün-

de einer niedrigen Organspenderate werden angegeben: „... the failure to determine which patients are potential donors, failure to ask patients' families to grant consent, poor timing or phrasing of the donation request, lack of knowledge among family members about the deceased's wishes, public ignorance about the concept of brain death, and various beliefs and attitudes about organ donation and transplantation. ...“. Praxisbezogene Gründe, die vermutlich auch mit für die niedrigen Organspenderaten in Deutschland verantwortlich sind.

Zu dieser Hypothese ist ausgewertet worden,

- ob Fachpersonal den eigenen Entscheidungsprozess bzgl. Spendebereitschaft und Transplantation abgeschlossen hat,
- ob Pflegende und Ärzte ihre Entscheidung ihren nächsten Angehörigen mitgeteilt haben,
- ob sie die Entscheidung bzgl. der eigenen Organspende selbst treffen möchten,
- wie oft ihnen Resultate über erfolgte Transplantationen mitgeteilt werden,
- wer ihnen die Resultate mitteilt,
- was sich Pflegende und Ärzte für unterstützende Maßnahmen für ihren Arbeitsbereich wünschen,
- ob Pflegende und Ärzte es für sinnvoll halten, an einem EDHEP-Seminar teilzunehmen und
- mit welcher Wichtigkeit verschiedene Aspekte lt. Meinungen des Fachpersonals Angehörige von Hirntoten und Organspendern bei ihrer Entscheidungsfindung beeinflussen können.

Die zu dieser Hypothese durchgeführte Modellberechnung prüft, ob ein nicht abgeschlossener Entscheidungsprozess ein erhöhtes Risiko zur Ablehnung einer Organspende darstellt.

Zusammenfassend führen die Antworten der Studienteilnehmer zu folgenden Aussagen:

1. In Klinik A (Fachklinik) ist für den überwiegenden Teil beider Berufsgruppen der eigene Entscheidungsfindungsprozess noch nicht abgeschlossen und wird von Praxissituationen beeinflusst. In Klinik B (Uniklinik) ist der eigene Entscheidungsfindungsprozess für den überwiegenden Teil des Fachpersonals abgeschlossen. Durch dieses Ergebnis kann die Hypothese für Klinik A noch nicht falsifiziert werden, für Klinik B kann sie falsifiziert werden.
2. Die meisten Befragten beider Kliniken haben ihre Entscheidung ihren nächsten Angehörigen mitgeteilt.
3. Die meisten Pflegenden und Ärzte beider Kliniken möchten die Entscheidung bzgl. ihrer eigenen Organspende selbst treffen und nicht ihren Angehörigen übertragen.
4. Pflegende und Ärzte beider Kliniken werden über Resultate erfolgter Transplantationen

selten bis nie informiert.

5. Über Resultate von Transplantationen müssen sich Pflegende und Ärzte über Kollegen selber informieren, mit Ausnahme der Ärzte aus Klinik B (Uniklinik): Sie werden vom Transplantationskoordinator informiert.
6. Als unterstützende Maßnahmen für den Arbeitsbereich wünschen sich Pflegende vorwiegend mehr Zeit für Gespräche im Team bzgl. der Thematik, Gespräche mit externem Fachpersonal im Rahmen von Supervisionen und Informationen über transplantierte Patienten. Für Ärzte wäre es eine Unterstützung, wenn sie ebenfalls mehr Zeit für Gespräche mit Kollegen bzgl. der Thematik und Möglichkeiten zu Gesprächen mit internem und externem Fachpersonal hätten, auch im Rahmen von Supervisionen, und mehr Informationen über transplantierte Patienten bekommen würden.
7. Der überwiegende Teil der Pflegenden und Ärzte hält es für sich selbst für sinnvoll, an einem EDHEP-Seminar teilzunehmen.
8. Beide Berufsgruppen schätzen Aspekte, die die Angehörigen der Organspender selbst betreffen bei ihrer Entscheidungsfindung, mit größerer Wichtigkeit ein als organisatorische Aspekte.
9. Ein nicht abgeschlossener Entscheidungsprozess bzgl. der eigenen postmortalen Organspende stellt sich für beide Kliniken in der Modellberechnung nicht als Risikofaktor dar, keine Organe spenden zu wollen.

Abschliessend zu dieser Hypothese sei angemerkt, dass offen bleibt, ob Praxissituationen eher die emotionale oder rationale Betrachtungsweise des Fachpersonals in der Weise beeinflussen, dass nach einer erlebten Praxissituation der Betreuung und Versorgung eines Organspenders und seiner Angehörigen Affektsituationen ausgelöst werden können. Affektsituationen in dem Sinne, dass sie positiv oder negativ die jeweilige Grundeinstellung der Pflegeperson oder des Arztes beeinflussen: Positiv erlebte Praxissituationen können die Bereitschaft des Fachpersonals zu einer eigenen postmortalen Organ-Gewebespende fördern, negativ erlebte Praxissituationen eine ablehnende Haltung stärken.

Diese fünfte Hypothese kann durch vorliegende Untersuchungsergebnisse für Klinik A noch nicht falsifiziert werden. Für Klinik B wird sie falsifiziert.

5.2. Risikoprofile für Kliniken A und B, die zur Ablehnung der postmortalen Spendebereitschaft des Fachpersonals führen

Anhand der im Zusammenhang mit den Hypothesen 1 bis 5 ermittelten Risikofaktoren kann zusammenfassend folgendes Risikoprofil erstellt werden. Bei den mehrfaktoriellen Risiko-

faktoren ist erkennbar, welche Faktoren eine Risikoerhöhung beeinflussen (siehe Punkt 5).

Faktor	Risiko	
	OR	p-Wert
Hirntodkriterien: es sind nur manche Hirntodkriterien bekannt im Gegensatz zu allen	Klinik A: keine Risikoerhöhung (einfaktoriell und mehrfaktoriell)	
	Klinik B: 3,35	0,04 (mehrfaktoriell)
Todesfeststellung: Hirntodkriterien werden nicht als ausreichend zur Todesfeststellung gehalten	Klinik A: keine statistisch signifikante Risikoerhöhung (einfaktoriell und mehrfaktoriell), aber:	
	OR: 2,21	0,40 (mehrfaktoriell)
	OR Ärzte: 4,09	0,15 (einfaktoriell)
	Klinik B: nicht nachweisbar	
Konfessionszugehörigkeit: ja	Klinik A: keine Risikoerhöhung	
	Klinik B: keine statistisch signifikante Risikoerhöhung, aber	
	OR: 4,80	0,06 (mehrfaktoriell)
	adjustiert nach: Berufsgruppe, Informationsstand, Infowunsch nach ethischen Aspekten	
	Stratifizierung nach Berufsgruppen:	
	OR Pflegende: 4,00	0,05 (mehrfaktoriell)
adjustiert nach: Informationsstand		
OR Pflegende: 4,80		0,06 (mehrfaktoriell)
adjustiert nach: Informationsstand und Informationswunsch zu ethischen Aspekten		
Informationsstand: Fachpersonal fühlt sich nicht ausreichend genug zum Thema informiert	Klinik A: keine statistisch signifikante Risikoerhöhung (einfaktoriell und mehrfaktoriell), aber:	
	OR Pflegende: 6,64	0,15 (mehrfaktoriell)
	adjustiert nach: Berufserfahrung	
	Klinik B: keine statistisch signifikante Risikoerhöhung (einfaktoriell und mehrfaktoriell)	

Belastung: Fachpersonal ist bei der Versorgung von Hirntoten und Organ Spendern belastet (Angabe verschiedener Belastungswahrnehmungen)	Klinik A: keine statistisch signifikante Risikoerhöhung (einfaktoriell und mehrfaktoriell)
	Klinik B: keine statistisch signifikante Risikoerhöhung (einfaktoriell und mehrfaktoriell)
Belastungsabnahme: Belastung nimmt mit zunehmender Berufserfahrung nicht ab	Klinik A: keine Risikoerhöhung (einfaktoriell und mehrfaktoriell)
	Klinik B: keine statistisch signifikante Risikoerhöhung, aber OR: 3,21 0,09 (mehrfaktoriell) adjustiert nach: Berufserfahrung
Entscheidungsprozess: bzgl. der eigenen Spendebereitschaft ist für Fachpersonal noch nicht abgeschlossen	Klinik A: keine Risikoerhöhung (einfaktoriell und mehrfaktoriell)
	Klinik B: nicht nachweisbar

Tbl. 9: Risikoprofil für Kliniken A und B
Zusammenfassung der Hypothesen 1-5

Diese Ansätze der Ergründungen für das Spendeverhalten der Pflegenden und Ärzte muss im Zusammenhang mit den deskriptiven Auswertungen gesehen werden. Nicht alle ermittelten Risikoerhöhungen stellen sich als statistisch signifikant dar, die Wahrscheinlichkeit eines Irrtums ist in diesen Studien gegeben. Sie gelten jedoch als bedeutsam bei einer Betrachtung der Auswertungen insgesamt und in Verbindung mit der jeweiligen Situation der Einrichtung. Die Modellberechnungen zeigen, dass es möglich ist zu ermitteln, ob sich Einfluss- und Einstellungsfaktoren als statistisch signifikante Risikofaktoren darstellen, die zur Nicht-Spendebereitschaft bei Pflegenden und Ärzten führen können. Die analytischen Auswertungen zeigen des Weiteren, dass eine Ermittlung von Risikofaktoren nicht bei jeder Modellberechnung möglich ist. Es wird davon ausgegangen, dass diese nicht nachweisbaren Risikofaktoren auf die Fallzahlen zurückzuführen sind.

Für **Klinik B** (Uniklinik) ist eine 3,35 fache, signifikante Risikoerhöhung gesichert ($p = 0,04$), keine Organe spenden zu wollen, wenn Pflegenden und Ärzten manche Hirntodkriterien bekannt sind und nicht alle. Für **Klinik A** (Fachklinik) kann kein Einstellungsfaktor als statistisch gesicherter signifikanter Risikofaktor auf Grund der Angaben der Studienteilnehmer ermittelt werden.

Einige ermittelte p-Werte liegen nicht mehr ganz im statistisch signifikanten Bereich und können Anlass zur kontroversen Diskussion sein. Diese Werte werden aufgeführt, da sie in Verbindung mit der deskriptiven Auswertung und für die Berufspraxis bedeutsam sind:

- Für das Fachpersonal in **Klinik A** ist unter Beachtung des Merkmals der Berufsgruppenzugehörigkeit eine 2,21 fache Risikoerhöhung gesichert ($p = 0,40$), keine Organe spenden zu wollen, wenn die Hirntodkriterien als nicht ausreichend zur Todesfeststellung gehalten werden, d.h. wenn der Hirntod nicht als Tod akzeptiert wird. Auf Grund der Stratifizierung nach den Berufsgruppen ist ersichtlich, dass dieser Effekt auf die ärztliche Meinungsäußerung zurückzuführen ist: Bei ihnen ist ein 4,09 faches Risiko nachweisbar ($p = 0,15$), bei den Pflegenden ist kein Nachweis möglich.
- Für **Klinik B** (Uniklinik) ist bei Konfessionszugehörigkeit unter Beachtung der Merkmale der Berufsgruppe, des Informationsstandes und des Informationswunsches zu ethischen Aspekten eine 4,80 fache Risikoerhöhung nachweisbar, keine Organe spenden zu wollen ($p = 0,06$). Die weitere Stratifizierung nach den Berufsgruppen ermöglicht zu eruieren, dass dieses Ergebniss durch die Meinungsäußerungen der Pflegenden verursacht wird und als statistisch signifikant gilt: $OR = 4,00$, $p = 0,05$ unter Beachtung des Informationsstandes. Das Merkmal des Informationswunsches zu ethischen Aspekten erhöht das Risiko zusätzlich auf das 4,8 fache ($p = 0,06$). Bei den Ärzten ist kein Nachweis möglich.
- Ein weiteres Ergebnis, dass ausserhalb des statistischen Signifikanzbereiches liegt, zeigt sich bei der Stratifizierung nach den Berufsgruppen zum Einflußfaktor des Informationsstandes. In **Klinik A** (Fachklinik) ergibt sich bei den Pflegenden eine 6,64 fache Risikoerhöhung, keine Organe spenden zu wollen, wenn sie sich nicht ausreichend genug informiert fühlen unter Beachtung der Berufserfahrung. Der ermittelte dazugehörige p-Wert ist 0,15. Ein Ergebnis, dass im Hinblick seiner Praxisrelevanz und wieder im Zusammenhang mit der deskriptiven Auswertung dennoch als Diskussionsgrundlage gesehen werden kann.
- Wenn für Fachpersonal in **Klinik B** (Uniklinik) die Belastung bei der Versorgung und Betreuung von Organspendern mit zunehmender Berufserfahrung nicht abnimmt, ist eine 3,21 fache Risikoerhöhung nachweisbar, selbst keine Organe spenden zu wollen ($p = 0,09$). Dieser Effekt ist ebenfalls hauptsächlich auf die Meinungsäußerungen der Pflegenden zurückzuführen, da bei den Ärzten kein Nachweis möglich ist (OR Pflegende 3,01, $p = 0,13$).

Die zusammenfassende Darstellung dieses Risikoprofils zeigt, dass es möglich ist, Risikobereiche zu erkennen, Grundlagen eines interdisziplinären Dialoges zu schaffen, Handlungsansätze zu erstellen und Begründungen zu finden. Somit kann ein weiterer kleiner Beitrag geleistet werden, das Spendeverhalten von Pflegepersonal und Ärzten im Intensivbereich als Schlüsselbereich im Organspendeprozess zu ergründen. Dabei kann bei Absprache der Verantwortli-

chen mit den Beteiligten der wichtige Aspekt der Ressourcennutzung berücksichtigt werden, um eine Verschwendung zeitlicher und finanzieller Ressourcen zu vermeiden.

Im Rahmen eines interdisziplinären Projektes (Psychologie, Augenheilkunde, Gesundheits- und Pflegewissenschaft), das als Folge eines Organspendesymposiums (1999) an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg durchgeführt worden ist, sind Einflußfaktoren auf die Bereitschaft, einen Organspendeausweis auszufüllen, untersucht worden. In dieser Studie ist die Theorie des geplanten Verhaltens zur Vorhersage der Bereitschaft, einen Organspendeausweis auszufüllen, und des tatsächlichen Verhaltens abgeleitet, entwickelt und empirisch überprüft worden. An dieser Untersuchung mittels Fragebogenerhebung haben sich 830 Personen beteiligt (361 Personen der Allgemeinbevölkerung, 101 Patienten, 289 Pflegende und 79 Ärzte verschiedener Krankenhäuser und Fachbereiche. Anm.: Es ist davon auszugehen, dass diese Pflegenden und Ärzte eher peripher mit dem Thema der Organspende konfrontiert werden: Zum Zeitpunkt der Erhebung sind sie nicht im Schlüsselbereich einer Intensivstation tätig. Es ist unbekannt, ob sie bisher Kontakt mit einem Organspender und dessen Angehörigen gehabt haben.). Als ein wichtiges Ergebnis dieser Untersuchung wird formuliert, dass über fünf Variablen 70% der Varianz in der Intension aufgeklärt werden können. Im Gegensatz dazu wird das Ergebnis der Vorhersage des tatsächlichen Verhaltens, einen Organspendeausweis auszufüllen, als unbefriedigend beschrieben: Über die Intension konnten nur 13% des Verhaltens aufgeklärt werden (Hübner, Six 2002). Aus dieser Studie ist ableitbar, dass Einstellungen eine geringe Wirkung auf die Verhaltensausführung zeigen. Die empirischen Erhebungen in Klinik A und Klinik B zeigen Einstellungen von Pflegenden und Ärzten, die durch Praxissituationen beeinflusst werden können und die über die 1. und 2. Intension (= Spendeabsicht und Erklärungsabsicht) einen Einfluss auf die Verhaltensausführung der schriftlichen oder mündlichen Willenserklärung darstellen können.

Die Ergebnisse der geprüften Hypothesen, bei denen zu ausgewählten Einstellungen angenommen worden ist, dass sie zur Nicht-Spendebereitschaft des Fachpersonals führen, können vage in Verbindung zu dem Projektergebnis gebracht werden. Vage deshalb, da die untersuchten Forschungsgruppen und Kernfragestellungen nicht korrespondieren (Fragestellung Projekt: Organspendeausweis, Fragestellung Kliniken A und B: Spendebereitschaft. Fragestellung von Kliniken A und B = Voraussetzung für Fragestellung Projekt). Beide Untersuchungen machen deutlich, 1. dass es neben Einstellungen andere Bereiche (Praxissituationen?, Organisationsstrukturen?, Einfluss des Staates/der Gesellschaft auf die medizinische Einrichtungen, Elemente eines QMS?) geben könnte, die bedeutsam für eine Spende- und Erklärungsabsicht und das darauf folgende Verhalten, diese Absicht zu dokumentieren oder

den Angehörigen mitzuteilen, gibt und 2. dass daraus ein weiterer interdisziplinärer Forschungsbedarf ableitbar ist.

5.3. Hypothese 6

Wenn Ärzte sich vorstellen können, die Meldung eines potenziellen Organspenders an das zuständige Transplantationszentrum weiterzuleiten, um Gespräche mit den Angehörigen zu vermeiden, lehnen sie eine eigene postmortale Organspende häufiger ab.

Mit der Beantwortung dieser Frage, die speziell für die Ärzte gedacht gewesen ist, soll die Umsetzung des Transplantationsgesetzes erfragt werden. Es wird eruiert, in welchem Zusammenhang diese Einstellung zur eigenen postmortalen Organspende steht. In der Verbindung der Vorstellung zur Zögerung der Meldung und der eigenen Spendebereitschaft kommt die Reflektion des wahrgenommenen Umgangs mit den Angehörigen auf den Kommunikationsumgang mit den eigenen Angehörigen, damit auf das eigene Verhalten, zum Ausdruck. Dieser Zusammenhang ist als Bestandteil des Modells der TOPB zu sehen, welches sich in Abb. 4 auf die Spendebereitschaft bezieht. Dieser Zusammenhang ist bedeutsam, da er auf den wichtigen Aspekt der Kommunikation hinweist. Die Weiterleitung einer Meldung an das zuständige Transplantationszentrum fällt nicht in den Aufgabenbereich des Pflegepersonals.

Frage: Könnten sie sich vorstellen zu zögern, einen Hirntoten zu melden, um Gespräche mit den Angehörigen zu vermeiden?

Teilnehmer der Ärzte Kliniken A + B:

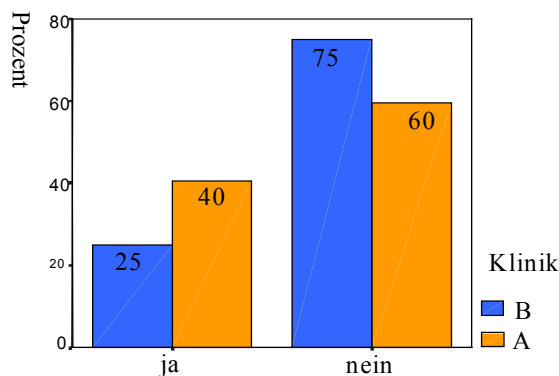


Abb. 9: Zögerung der Meldung an das Transplantationszentrum, Ärzte Kliniken A + B
n = 59, davon n Klinik A = 47, n Klinik B = 12

- ◆ In beiden Kliniken würden Ärzte zögern, die Meldung an das zuständige Transplantationszentrum weiterzugeben. Zu diesem Ergebnis muss eine ergänzende Aussage zur Größenordnung der Angaben gemacht werden: Da die Fallzahl der Ärzte in Klinik B insgesamt geringer ist als in Klinik A ist, gilt die Aussage für Klinik B zu diesem Aspekt als gemindert.

- ◆ In Klinik A (Fachklinik) haben diese Befragten eine hohe Berufserfahrung von 5- unter 10 und mehr als 10 Jahren. In Klinik B (Uniklinik) sind es Ärzte mit mittlerer Berufserfahrung von 2- unter 5 und 5- unter 10 Jahren.

Ein Ergebnis, dass von Bedeutung ist bzgl. der Umsetzung des Transplantationsgesetzes und im Hinblick auf die Tatsache, dass zu viele schwerkranke Patienten auf der Warteliste für eine Transplantation versterben, weil kein passendes Organ zur Verfügung steht. Die Gründe für dieses Ergebnis können vielseitig sein.

Die Antworten der Ärzte auf die nächste Frage sollen zeigen, wie sich diese Tatsache im Ansatz erklären lässt, worin das begründet sein könnte.

Frage: Nicht alle Hirntoten werden dem zuständigen Transplantationszentrum gemeldet. Woran könnte das Ihrer Meinung nach liegen? (Mehrfachantworten)

Die Antworten geben einen kleinen Einblick in Praxissituationen dieser Kliniken. Die geringe Fallzahl der Befragten lässt die Tendenz erkennen, dass sich im organisatorischen Bereich für Klinik A (Fachklinik) ein Erklärungsansatz ergeben könnte. Und da Organisationsstrukturen im Zusammenhang mit bestehenden Personalstrukturen analysiert, angepasst bzw. geändert und somit prozessoptimiert werden können, kann dieser Fakt als konkreter Ansatz gesehen werden, in der Praxis etwas gegen den bestehenden Organmangel zu tun.

Gründe	Zögerung zur Meldung JA			
	Klinik A n = 19		Klinik B n = 3	
	wichtigster	zweitw. Grund	wichtigster	zweitw. Grund
personelle Gründe	37% (n=7)	16% (n=3)	67% (n=2)	-
medizinische Gründe	26% (n=5)	37% (n=7)	-	34% (n=1)
organisatorische Gründe	68% (n=13)	5% (n=1)	34% (n=1)	34% (n=1)
Vermeidung der Belastung der Angehörigen	37% (n=7)	21% (n=4)	-	67% (n=2)
fehlendes Verständnis der Angehörigen	21% (n=4)	32% (n=6)	34% (n=1)	34% (n=1)

Tbl. 10: Zögerung zur Meldung an das Transplantationszentrum vs. Zögerungsgründe, Ärzte Kliniken A + B

Diese Ergebnisse lassen sich in zwei Betrachtungsweisen andiskutieren:

1. keine Beachtung Akzeptanz der Antworten keine Reaktion
eine mögliche Folge: Bei Bekanntwerden dieses Faktes bei anderen Personal- bzw. Bevölkerungsguppen schlechtes Image der Organ- und Gewebespender in der Öffentlichkeit
2. Beachtung keine Akzeptanz der Antworten Reaktion: Was kann von wem getan werden?

Zunächst kann an die diensthabenden und damit verantwortlichen Ärzte appelliert werden, der Meldepflicht entsprechend dem Transplantationsgesetz (§11, Abs.4) nachzukommen. Es ist bekannt, dass viele Krankenhäuser in Deutschland Organ- und Gewebespenden nicht erkennen und/oder die Meldung eines Organspenders nicht an das zuständige Transplantationszentrum weiterleiten. Die Beteiligung der insgesamt 1426 Krankenhäuser mit Intensiv- und Beatmungsbetten an Organspenden hat im Jahre 2000 bei 38% gelegen (Quelle: Jahresbericht 2000 der Deutschen Stiftung Organtransplantation), wobei der Anteil der Häuser der Maximal- und Zentralversorgung höher gewesen ist als der der Grund- und Regelversorgung. Auch die Aktivitäten der kleineren Krankenhäuser im Hinblick einer steigenden Organspenderate sind wichtig, auf deren Bedeutung wird bei Gubernatis et al. (1997) hingewiesen. Von anderen Autoren wird ebenfalls auf diese Problematik aufmerksam gemacht: „Ein ungenutztes Potenzial scheint jedoch auch in den Kliniken selbst zu liegen. ...Dies mag lediglich ein Aufklärungs- und Organisationsdefizit sein, ... dass sich zahlreiche Kliniken dieser ethisch, rechtlich und medizinisch komplexen Probleme nicht aussetzen wollen. Von medizinischer Seite wurde besonders angemaht, dass existierende Transplantationszentren zurzeit keinerlei standardisierter Qualitätskontrollen unterliegen, ... erhebliche Qualitätsunterschiede bestehen. Eine Behebung dieses z.T. dramatischen Zustandes scheint den meisten Medizinern dringend geboten, da auf nicht zu rechtfertigende Weise die ohnehin nur ungenügend zur Verfügung stehenden Organe verloren gehen.“ (Engels, Badura-Lotter, Schicktanz 2000).

Auch für Angehörige, die um eine Entscheidung bzgl. Organspende verstorbener Angehöriger gebeten werden, scheint die Größe bzw. der Status eines Krankenhauses nicht unwichtig zu sein, was in einer internationalen Studie ein interessantes Ergebnis darstellt. „... Whenever the approach was made in a large university medical center, families were less satisfied than when the request was made at a community hospital, regardless of the community hospital's size...“ (Burroughs et al. 1998).

Das ein implementiertes und gut funktionierendes Qualitätsmanagementsystem u.a. auch zur Hilfestellung für kleinere Krankenhäuser führt in der Weise, dass es ihnen ermöglicht wird, am Organspendeprozess teilzunehmen, wird von Gubernatis et al. (2001) beschrieben, und sollte daher als beispielhaft und wegweisend für die Zukunft gesehen werden. Als weitere positive Facts, zu denen ein Qualitätsmanagement u.a. generell führen sollte, werden angegeben „... may serve as such a system, one in which quality management is combined with recognition, leading to a reduction of cost and, thus, to an increase in effectiveness.“ (ebenda).

Aus diesem Zusammenhang ergibt sich eine Frage mit juristischen Inhalt: Könnte sich eine juristische Konsequenz für die Krankenhäuser ergeben im Sinne einer unterlassenen Hilfeleistung für schwerkranke Patienten auf der Warteliste, da

- die Behebung des Organmangels eine gemeinschaftliche Aufgabe ist und
- die Krankenhäuser lt. §11 TPG, Abs. 4 "verpflichtet" sind, mit der Koordinierungsstelle zusammen zu arbeiten?

Diese Frage wird zum jetzigen Zeitpunkt mit „nein“ beantwortet: „... Eine unterlassene Hilfeleistung im Sinne des Strafgesetzbuches wird man in einer Nichtmitwirkung kaum sehen können. ... Sicher könnte man rechtlich die Nachfragepflicht verschärfen...“ (Prof. Dr. Dr. h.c. H.-L. Schreiber, persönliche Korrespondenz, Nov. 2001).

Somit haben die Krankenhäuser keine Sanktionen wie z. Bsp. bei Organhandel von Seiten des Gesetzgebers zu befürchten, da der Gesetzgeber als Kontrollinstanz gilt. Von einem anderen Autor ist formuliert worden: „Eine Zahl von verfügbaren Organen kann für sich allein kein Mangel sein, streng genommen ist der Mangel an Organen nur ein Symptom für das eigentliche Problem. ... Insofern bedingt die Zahl der verfügbaren Transplantate, dass mögliche Hilfe durch Transplantation unterbleiben muss. Im Grunde ist es nicht ein Mangel an Organen, sondern ein Mangel an möglicher Hilfe für Bedürftige“ (Wiesing 2000).

Als ein entscheidender Aspekt, der bei Umsetzung einen Handlungsansatz für die Berufspraxis darstellt und der auch bei einer sich „rechtlich verschärfenden Nachfragepflicht“ positiv und empfehlenswert für die jeweiligen Krankenhäuser wäre, gilt in diesem Zusammenhang wieder der Aspekt eines funktionierenden Qualitätsmanagementsystems. Maßnahmen der Qualitätssicherung, die gesetzeskonform mit SBG V sind und sich vorwiegend auf Bereiche der Ergebnisqualität beziehen (organbezogen, Follow-up Bereiche), müssen als unzureichend gesehen werden im Gesamtkontext Organ-Gewebespende / Transplantation, da sie Teilbereiche eines Qualitätsmanagementsystems abdecken. Ob Maßnahmen in Konformität mit der ISO 9001:2000-12, der ISO 9004:2000-12 im Hinblick der Erweiterung in Richtung Total Quality Management, nach KTQ-Vorgaben, im Hinblick einer EFQM-Bewertung oder einer Konformitätserklärung der jeweiligen Einrichtung – wenn sich die Inputeingaben des Meldeprozesses eines Organ- und Gewebespenders nicht ändern, wird sich auf der Outputseite nichts ändern können.

Sofern es vom Gesetzgeber als verantwortliche Instanz anerkannt wird, dass zum einen der gravierende Organmangel ursächlich mitbedingt ist als ein „... result of insufficient recognition of potenzial organ donors by medical staff in hospitals...“ (Gubernatis et al. 2001), und als Folge einer insuffizienten Teilnahme der Krankenhäuser und Ärzte am Organspendeprozess, „

... hospitals and doctors do not participate sufficiently in the process of organ donation ...“ (Gubernatis 1999), zum anderen zusätzlich nachweislich in (mindestens) 2 großen Krankenhäusern Ärzte nicht zögern würden, eine Meldung an das zuständige Transplantationszentrum weiterzuleiten, ist deutlich ein Handlungsbedarf ableitbar. In Bezugnahme zur formulierten Hypothese stellt sich der Zusammenhang der Vorstellung der Zögerung zur Meldung mit der Spendebereitschaft als Einstellungsfaktor dieser Ärzte wie folgt dar:

Wären die Ärzte selber zur eigenen postmortalen Organspende bereit?

Spendebereitschaft	Zögerung zur Meldung JA	
	Klinik A n = 19	Klinik B n = 3
nur bestimmte Organe	11% (n = 2)	-
Multiorganspende	68% (n = 13)	67% (n = 2)
nein	21% (n = 4)	-
weiß nicht	-	34% (n = 1)

Tbl. 11: Zögerung zur Meldung an das Transplantationszentrum vs. Spendebereitschaft, Ärzte Kliniken A + B

Ärzte, die sich vorstellen könnten zu zögern, die Meldung an das zuständige Transplantationszentrum weiterzuleiten, sind selber überwiegend zur postmortalen Organspende bereit, um anderen Menschen zu helfen. Diese Ergebnisse führen zur Falsifikation der Hypothese. Wenn aus diesen Antworten geschlussfolgert wird, dass in anderen Einrichtungen ebenfalls Meldungen nicht weitergeleitet werden und somit weniger Organe vermittelbar sind, kann vermutet werden, dass einem Wunsch zur Organspende nur bedingt entsprochen werden würde. In Bezugnahme zur Spendebereitschaft der Ärzte ist eine Modellberechnung erstellt worden, die prüfen soll, ob sich dieser Einstellungsfaktor der Zögerung als Riskofaktor zur Nichtspendebereitschaft darstellt.

Modellberechnung:

Risiko für keine Spendebereitschaft – Zögerung der Meldung an das zuständige Transplantationszentrum



unter Beachtung

- der Berufserfahrung,
- des ausreichenden Informationsstandes,
- der Meinung, es könnte an persönlichen Gründen liegen,
- der Meinung, es könnte an medizinischen Gründen liegen,

- der Meinung, es könnte an der Vermeidung der Belastung der Angehörigen liegen,
- der Meinung, es könnte am fehlenden Verständnis der Angehörigen liegen,
- der Meinung, es könnte an organisatorischen Gründen liegen.

Faktor	OR		p-Wert	
	Klin. A	Klin. B	Klin. A	Klin. B
Klinik A: n=47 Klinik B: n=12 Zögerung zur Meldung vorstellbar ja n = 19 n = 3 nein n = 28 n = 9	<u>1,22</u> 1	<u>4,00</u>	<u>0,78</u>	<u>0,39</u>
Klinik A: n=46 Klinik B: n=12 Zögerung zur Meldung vorstellbar ja n = 19 n = 3 nein n = 27 n = 9 unter Beachtung der Berufserfahrung	2,85 1	2,73	0,27	0,55
Klinik A: n=47 Klinik B: n=12 Zögerung zur Meldung vorstellbar ja n = 19 n = 3 nein n = 28 n = 9 unter Beachtung des ausreichenden Informationsstandes	1,17 1	<u>4,37</u>	0,82	<u>0,37</u>
Klinik A: n=27 Klinik B: n=7 Zögerung zur Meldung vorstellbar ja n = 10 n = 2 nein n = 17 n = 5 unter Beachtung der Meinung, es könnte an persönlichen Gründen liegen	<u>1,97</u> 1	3,00	<u>0,56</u>	0,54
Klinik A: n=31 Klinik B: n=8 Zögerung zur Meldung vorstellbar ja n = 12 n = 1 nein n = 19 n = 7 unter Beachtung der Meinung, es könnte an medizinischen Gründen liegen	1,29 1	nicht nachweisbar	0,77	nicht nachweisbar
Klinik A: n=30 Klinik B: n=9 Zögerung zur Meldung vorstellbar ja n = 11 n = 2 nein n = 19 n = 7 unter Beachtung der Meinung, es könnte an der Vermeidung der Belastung der Angehörigen Gründen liegen	1,08 1	<u>4,00</u>	0,94	<u>0,44</u>
Klinik A: n=31 Klinik B: n=5 Zögerung zur Meldung vorstellbar ja n = 10 n = 2 nein n = 31 n = 3 unter Beachtung der Meinung, es könnte am fehlenden Verständnis der Angehörigen liegen	1,17 1	nicht nachweisbar	0,90	nicht nachweisbar

Klinik A: n=36	Klinik B: n=7				
Zögerung zur Meldung vorstellbar					
ja n = 14	n = 2	<u>2,42</u>	3,03	<u>0,37</u>	0,55
nein n = 22	n = 5	1			
unter Beachtung der Meinung, es könnte an organisatorischen Gründen					

Tab. 12: Spendebereitschaft – Zögerung zur Meldung an Transplantationszentrum vorstellbar stratifiziert nach Kliniken A und B

- Bei den Ärzten in Klinik B (Uniklinik), die sich vorstellen können zu zögern, die Meldung an das zuständige Transplantationszentrum weiterzuleiten, um Gespräche mit den Angehörigen zu vermeiden, ist das Risiko, selbst keine Organe spenden zu wollen, 4 fach erhöht. Diese Risikoerhöhung lässt sich aber statistisch nicht sichern, was durch die niedrige Fallzahl der Ärzte verursacht sein kann. In Klinik A ist keine so deutliche Risikoerhöhung zu erkennen, die ebenfalls als nicht statistisch signifikant gesichert ist.
- Die Hinzunahme weiterer Faktoren in die Modellberechnung ergeben für beide Kliniken keine statistisch signifikant gesicherten Risikofaktoren.

Ein Risikoprofil zu diesem Faktor kann daher nicht erstellt werden.

6. Diskussion

6.1. Schlussfolgerung

Die Auswertung der beiden empirischen Erhebungen bei Pflegenden und Ärzten im Intensivbereich in Klinik A und Klinik B im Zusammenhang mit den Modellberechnungen zur Berechnung von Risikofaktoren, die zur Ablehnung einer postmortalen Organspende beim Fachpersonal führen, hat bei beiden Berufsgruppen Gemeinsamkeiten wie Unterschiede ergeben. Die deskriptiven und analytischen Auswertungen sollen einen Ansatz geben, kliniks- und/oder berufsgruppenspezifische Handlungskonzepte im Sinne einer steigenden Organ-Gewebespenderate zu erstellen und Einstellungen zu verdeutlichen. Sie sollen auch die Grundlage eines interdisziplinären Dialoges für die Berufsgruppen der Pflegenden und Ärzte bilden, die in einem gleichen Berufspraxisumfeld eng zusammenarbeiten und direkt mit dem Thema der Organ-Gewebespende konfrontiert werden. Weg von einer globalen Betrachtungsweise, konkret hinführend zu der jeweiligen Klinik und der jeweiligen Berufsgruppe angepasst. Die Verbindung der Auswertungen insgesamt, die unbedingt im Zusammenhang diskutiert werden müssen, zeigt, dass im Berufsumfeld der Pflegenden und Ärzte entscheidende Lösungen zu finden sind, um ein positives Einstellungsverhalten des Fachpersonals zu unterstützen. Statistische Zahlen allein sind nicht die Lösung. Sie können als ein weiterer Baustein gesehen werden, um diesen Berufsgruppen eine gezielte Hilfestellung zu geben.

Die deskriptiven Auswertungen der Erhebungen haben ergeben (was aus Übersichtsgründen nicht dargestellt werden kann), dass die Antworten des Fachpersonals eher kliniks- als berufsgruppenspezifisch sind, woraus die Erarbeitung spezieller interdisziplinärer, kliniksinterner Handlungskonzepte ableitbar ist. Diskutiert werden muss dieses Phänomen in zweierlei Hinsicht: 1. es habe Absprachen untereinander beim Ausfüllen des Fragebogens gegeben (was als zusätzliche Tätigkeit im Intensivalltag bei dem ohnehin anfallenden Arbeitsaufwand als eher nicht sehr wahrscheinlich angenommen werden kann) und 2. dieses Phänomen ist tatsächlich als Hinweis auf kliniksinterne Strukturen und Verantwortlichkeiten zu sehen im Kontext des Organisations- und Personalmanagements der jeweiligen Klinik.

Anknüpfend an die Fragestellungen im Abschnitt 1.2. und an die sechs formulierten Hypothesen ergeben sich folgende Antworten:

1. Über 50% der Pflegenden und Ärzte im Intensivbereich in beiden Kliniken wären zur eigenen postmortalen Organspende bereit. In Klinik A (Fachklinik) lehnen 20% der Pflegenden und 14% der Ärzte eine eigene postmortale Organspende ab, in Klinik B (Uniklinik) wird sie von 12% des Pflegepersonals abgelehnt. Die Zustimmung zur Augenhornhautspende ist mit 43% bei den Pflegenden in Klinik A am niedrigsten. (im Rahmen einer Multiorganspende + bezogen auf die Augenhornhaut einzeln).
2. Die Spendebereitschaft von Pflegenden und Ärzten wird von internen wie externen Faktoren beeinflusst. Anhand der soziodemografischen Merkmale, die den Nicht-Spendern in Klinik A und Klinik B zuordbar sind, sind Handlungsansätze im Hinblick einer positiven Beeinflussung ableitbar. Die meisten Nichtspender beider Kliniken und beider Berufsgruppen sind in der Altersgruppe 30-39 Jahre. Die Nichtspender beider Kliniken haben hohe Berufserfahrung von 5- unter 10 Jahren und mehr als 10 Jahren. Diese Angaben lassen Verbindungen zu Gebieten der Sozialpsychologie, Organisations- und Personalentwicklung erkennen. Aus der von den Nichtspendern angegebenen Konfessionszugehörigkeit ist ein Dialog mit der Institution Kirche ableitbar.
3. Analytische Modellberechnungen mittels logistischer Regression ermöglichen es, zu verschiedenen Einflußfaktoren Risikoprofile für die jeweilige Klinik und / oder Berufsgruppe zu erstellen. Dadurch kann ermittelt werden, welche Faktoren sich als statistisch signifikante Risikofaktoren darstellen, die zur Nichtspendebereitschaft der Pflegenden und Ärzte führen können.

Für **Klinik A** (Fachklinik) ergeben sich keine Risikofaktoren, die statistisch signifikant sind. Für **Klinik B** (Uniklinik) ist eine statistisch signifikante ($p = 0,04$) 3,35 fache Risikoerhöhung für Pflegende und Ärzte im Intensivbereich gesichert, wenn nur manche

Hirntodkriterien bekannt sind und nicht alle unter dem Einfluss der Berufserfahrung. Kontrovers zu diskutierende Risikoerhöhungen (der p-Wert ist ausserhalb des statistischen Signifikanzbereiches) sind für **Klinik A** nachweisbar, wenn die Hirntodkriterien als nicht ausreichend zur Todesfeststellung gehalten werden (OR = 2,21, p = 0,40). Der Effekt wird durch die Meinungsäusserungen der Ärzte verursacht (OR = 4,09, p = 0,15). Eine 6,64 fache Risikoerhöhung, keine Organe spenden zu wollen (p = 0,15) ist für die Pflegenden nachweisbar, wenn sie sich nicht ausreichend genug informiert fühlen unter dem Einfluss der Berufserfahrung.

In Klinik B ist bei Konfessionszugehörigkeit eine 4,80 fache Risikoerhöhung (p = 0,06) ermittelt worden, keine Organe spenden zu wollen bei Beachtung der Merkmale der Berufsgruppe, des Informationsstandes und dem Informationswunsch zu ethischen Aspekten. Dieser Effekt der Konfessionszugehörigkeit geht auf die Meinungsäusserungen der Pflegenden zurück. Speziell für diese Berufsgruppe stellt er sich unter dem Einfluss des Informationsstandes als signifikante, 4 fache Risikoerhöhung dar (OR = 4,00, p = 0,05). Der Informationswunsch zu ethischen Aspekten führt zu einer 4,8 fachen Risikoerhöhung (p = 0,06). Nimmt die Belastung bei der Versorgung und Betreuung eines Organspenders mit zunehmender Berufserfahrung nicht ab, ist für Fachpersonal das Risiko 3,21 fach erhöht (p = 0,09), selbst keine Organe spenden zu wollen.

Deskriptive und analytische Auswertungen müssen im Zusammenhang betrachtet werden. Obwohl die Risikoerhöhungen nicht immer als statistisch signifikante Risikoerhöhungen nachweisbar sind, können sie als Unterstützung oder Erklärung der Darstellung des IST-Zustandes des Fachpersonals der Kliniken gelten. Sie sind daher nicht ganz bedeutungslos und als weiterer Baustein zur Ergründung des Spendeverhaltens von Pflegenden und Ärzten zu werten.

4. Die Anwendung der Theorie des geplanten Verhaltens (TOPB) auf die Spendebereitschaft des Fachpersonals im Intensivbereich erweist sich als geeignet, eine Verbindung zwischen Theorie und Praxis zu schaffen. Dadurch erzielte Forschungsergebnisse können einen weiteren Beitrag leisten zur Erklärung des gesellschaftlichen Phänomens des Organ-Gewebemangels. Bei der Anwendung der TOPB auf die Spendebereitschaft des Fachpersonals würden zwei Intensionen (1. Intension: Spendeabsicht, 2. Intension: Erklärungsabsicht) über eine Verhaltensvariable (mündliche oder schriftliche Erklärung des Willens) geprüft werden. Die Berufsgruppen der Pflegenden und Ärzte aus Intensivbereichen scheinen sich als Forschungsgruppen zur Überprüfung der TOPB als geeignet erweisen, da sie im Gegensatz zu anderen Berufs- und Bevölkerungsgruppen einen engen und di-

rekten Bezug zur Thematik der Organ- und Gewebespende haben (siehe Punkt 2.1.5.).

5. Anhand des Gesamtkontextes dieser Arbeit ergeben sich folgende interdisziplinäre Forschungsansätze: z. Bsp.:
 - weitere empirische Erhebungen bei Pflegenden und Ärzten im Intensivbereich, um
 - a) spezifische kliniks- und berufsgruppenangepasste Handlungskonzepte erstellen zu können als zeitnahe Maßnahmen, die
 - b) zu repräsentativen, allgemein gültigen Aussagen führen können mit einer klaren Fokussierung von beeinflussenden Faktoren einer Bereitschaft oder Ablehnung zur Organ- Gewebespende einschließlich der Bereitschaft zur mündlichen oder schriftlichen Willenserklärung.
 - Einstellungs- Verhaltensforschung im Zusammenhang mit der Theorie des geplanten Verhaltens (TOPB), siehe auch Abschnitt 2.1.5.
 - Einstellungsforschung speziell bezogen auf den Bereich der Gewebespende / Transplantation
 - Forschung auf dem Gebiet der Angehörigenarbeit, die andere Gründe ergeben können, die zur Ablehnung einer Organ-Gewebespende führen ausser dem nicht bekannten Willen des Verstorbenen. Solange keine anderen dieszgl. empirischen Aussagen vorliegen, d.h. solange keine Angehörigen befragt werden, von welchen Faktoren ihre Entscheidung über ihren verstorbenen Angehörigen noch beeinflusst wird, könnte dieser Ablehnungsgrund als Schuldverlagerung auf die Angehörigen gewertet / gesehen werden. In den Kliniken A und B sind Pflegende und Ärzte nach ihrer Meinung gefragt worden, welche Aspekte Angehörige bei ihrer Entscheidung beeinflussen können. Vergleichend dazu im Hinblick einer Betreuungsoptimierung wären Aussagen von Angehörigen von entscheidender Bedeutung.
 - Forschung im Zusammenhang zu Gebieten der Sozialpsychologie, der Organisations- und Personalentwicklung
 - Forschung im Bereich der Beeinflussung von Medien und Institutionen, die Informationen zur Thematik Organ-Gewebespende verbreiten.
6. Die Implementierung eines der jeweiligen Klinik angemessenen Qualitätsmanagementsystems (QMS) lässt sich auf den gesamten Prozess der Versorgung und Betreuung eines Organ-Gewebespenders übertragen. Dabei sollte sich aber jede Einrichtung bewusst darüber werden, dass es nicht „in“ ist, ein QMS zu haben oder davon zu sprechen, sondern dass gerade die Einführungsphase mit Arbeit verbunden ist. Erst müssen Denkstrukturen geändert werden, die in einem weiteren Schritt zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisverbes-

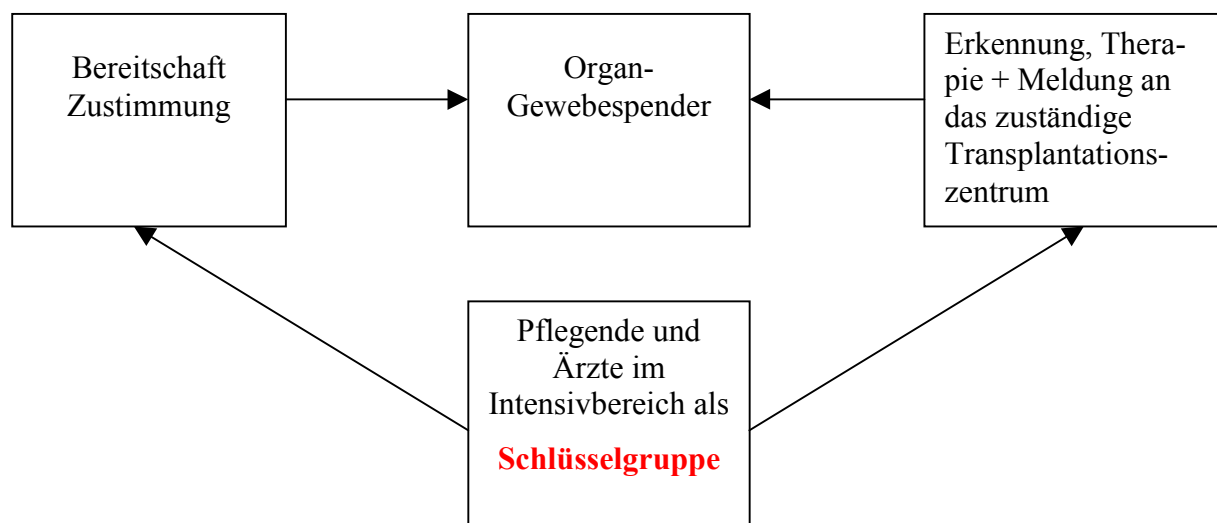
serungen führen sollen und können. Meistens wird die Ergebnisqualität gemessen, die entscheidend von der Struktur- und Prozessqualität der jeweiligen Einrichtung abhängig ist. Alle drei Komponenten weisen auf die Qualitätsfähigkeit der jeweiligen Einrichtungen hin. Somit kann die Qualität, die durch Maßnahmen der Qualitätssicherung (QS) „gesichert“ wird, durch Maßnahmen eines QMS verbessert werden. Um mit den Worten eines QMS zu sprechen: Input → Prozess → Output, d.h. ohne Input kein Output: Wird nichts für die Praxis und in der Praxis von Pflegenden und Ärzten getan, wird sich an den derzeitigen Ergebnissen nichts ändern können.

Die geprüfte und in dieser Arbeit dargestellte sechste Hypothese, die falsifiziert wird, deutet für Klinik A (Fachklinik) an, dass eine Zögerung zur Weiterleitung der Meldung eines potenziellen Organspenders an das zuständige Transplantationszentrum, um Gespräche mit den Angehörigen zu vermeiden, mit auf Organisationsstrukturen zurückführbar sind.

6.2. Rückbezug zu Kapitel 2

Organ- Gewebespende
Angehörige

Staat / Gesellschaft
Klinik



- Spendebereitschaft des Fachpersonals
- soziodemographische Merkmale der Gruppe der Nichtspender
- Verbindung zur Theorie des geplanten Verhaltens (TOPB)
- Erstellung eines Risikoprofils
- Verbindung zur Anwendbarkeit eines angemessenen Qualitätsmanagementsystems



Einfluss auf
andere
Bevölkerungsgrup-
pen als
Multiplikatoren

In dieser grafischen Darstellung ist die Verbindung der Ausgangssituation mit Punkten dieser Arbeit dargestellt. Pflegende und Ärzte im Intensivbereich als Schlüsselgruppe im Organ-Gewebespendeprozess und als Multiplikatoren für andere Bevölkerungsgruppen.

Unterschiedliche Faktoren verschiedener Ebenen wirken auf Pflegende und Ärzte ein. Es kann vermutet werden, dass es bei vielen Faktoren Ansätze gibt, positive Einstellungen des Fachpersonals einschließlich einer steigenden Bereitschaft zur Willenserklärung bzgl. Organ-Gewebespende zu unterstützen. Anhand deskriptiver und analytischer Auswertungen ist es möglich,

1. zeitnahe, konkrete, kliniks- und berufsspezifische Konzepte und
2. durch weitere Forschungsarbeiten zeitfernere Konzepte zu erstellen und Verhaltensausführungen zu ergründen.

Die Diskrepanz zwischen Organ-Gewebebedarf und Organ-Gewebeverfügbarkeit wird immer größer. Das bedeutet, dass immer mehr Menschen ein Weiterleben und eine bessere Lebensqualität nicht ermöglicht werden kann. Handlungsansätze sind nicht effizient genug ausgebaut, um vorhandenes Potenzial zu nutzen und um dieser Diskrepanz entgegenzuwirken: das Potenzial der Spendebereitschaft des überwiegenden Teils der deutschen Bevölkerung und auch des Fachpersonals. Um Handlungsansätze als Hilfestellung für die Bevölkerung zu bekommen bzgl. einer Entscheidung einer Organ-Gewebespende und diesen eigenen Willen pro oder contra Organ-Gewebespende mündlich oder schriftlich zu erklären, dürfen nicht diejenigen Berufsgruppen vergessen werden, die in direkter Art und Weise mit diesem sensiblen Grenzbereich konfrontiert werden.

Organ-Gewebespende, nicht das wichtigste Thema der Gesellschaft, aber ein wichtiges. Eine Maßnahme allein wird nicht zum Ziel führen. Nur durch das Zusammenwirken vieler untereinander abgestimmter Maßnahmen, durch ein so genanntes „Strategienorchester“ (Gold et al. 2001), kann Pflegenden und Ärzten, nicht nur, aber gerade im Intensivbereich, eine Unterstützung gegeben werden bei der Versorgung und Betreuung von Organ-Gewebespendern und deren Angehörigen, die sie für sie und für andere schwerkranke Menschen ausführen. „Dem Vertrauen, dass die Patienten mit ihren Angehörigen dem Personal beider Berufsgruppen in ihrer Hilflosigkeit entgegenbringen, indem sie sich in „ihre Hände“ begeben, könnte somit in würdevoller Weise entsprochen werden.“ (Müller 1999)

Literaturverzeichnis

1. Ajzen, I.: The theory of planned behavior. In: Organizational behavior and human decision process 50 (1991) 179-211
2. Arbeitskreis Organspende: Hirntod in der Diskussion. Die Kontroverse in Kirche und Politik 1995-1997, Neu-Isenburg, 1997
3. Arnscheid, R., Schomers, P.: Einstellung und Leistung in Gruppen: Eine Überprüfung der Theorie des geplanten Verhaltens bei Spielern der Basketball-Bundesliga. In.: Zeitschrift für Sozialpsychologie (1996) 61-69
4. Basu, P. K., Hazariwala, K. M., Chipman, M. L.: Public attitudes toward donation of body parts, particularly the eye. In: Canadian Journal of Ophthalmology 24 (1989) 216-220
5. Bayerts, K.: Ethik, Tod und Technik. In: Ach, J.S., Quante M. (Hrsg.): Hirntod und Organverpflanzung, Ethische, medizinische, psychologische und rechtliche Aspekte der Transplantationsmedizin, Frommann-holzboog, Stuttgart – Bad Cannstatt, 1997, S. 75-99
6. Beasley, C. L., Blaustein, J. D.: The partnership for organ donation: a strategic approach to solving the organ donor shortage. In: Chapman, J., Deierhoi, M., Wight, C. (Hrsg.): Organ and tissue donation for transplantation, Arnold (member of the Hodder Headline Group), London, 1997, S. 389-399
7. Becker, K.: Die Herausforderung annehmen. Aufklärungsarbeit zur Organspende im internationalen Vergleich. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 9, BZgA, Köln 2000
8. Bierhoff, H. W.: Prosoziales Verhalten. In: Stroebe W., Hewstone M., Stephenson GM., (Hrsg.): Sozialpsychologie. Springer, Berlin, 1996, S. 395-420
9. Birnbacher, D.: Fünf Bedingungen für ein akzeptables Todeskriterium. In: Ach, J.S., Quante, M. (Hrsg.): Hirntod und Organverpflanzung, Ethische, medizinische, psychologische und rechtliche Aspekte der Transplantationsmedizin, Frommann-holzboog, Stuttgart – Bad-Canstatt, 1997, S. 49-74
10. Burroughs, T. E., Hong, B. A., Kappel, D. F., Freedmann, B. K.: The stability of family decisions to consent or refuse organ donation: Would you do it again? In: Psychosomatic Medicine 60 (1998) 156-162
11. Bühl, A., Zöfel, P.: SPSS – Version 9. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows. 6. Aufl., Addison-Wesley, München, Boston, San Francisco usw., 2000
12. Cerney, M.S.: Solving the organ donor shortage by meeting the bereaved family's needs. In: Critical Care Nurse, 13 (1993) 32-36

13. Charng, H., Piliavin, J. A., Callero, P. L.: Role identity and reasoned action in the prediction of repeated behavior. In: *Social Psychology Quarterly* 1^v, 4 (1988) 303-317
14. Conner, M., Armitage, C. J.: Theory of planned behavior – A review and avenues for further research. In: *Journal of Applied Social Psychology*, 28 (1998) 1429-1464
15. De Jong, W.: Requesting organ donation: An interview study of donor and nondonor families. In: *American Journal of Critical Care*, 7 (1998) 13-23
16. Deutsche Stiftung Organtransplantation: Organspende und Transplantation in Deutschland 2000, Jahresbericht
17. Die Organspendebereitschaft in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung. Forsa Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analyse mbH., 1999 und 2000
18. Douglass, G.E., Daly, M.: Donor families' experience of organ donation. In: *Anaesthesia and Intensive Care*, 23 (1995) 96-98
19. Eigler, W. F.: Organtransplantation – Routine oder Experiment? In: Ach, J. S., Quante, M. (Hrsg.): *Hirntod und Organverpflanzung, Ethische, medizinische, psychologische und rechtliche Aspekte der Transplantationsmedizin*, Frommann-holzboog, Stuttgart – Bad-Canstatt, 1997, S. 125-133
20. Engels, E.-M., Badura-Lotter, G., Schicktanz, S.: Neue Perspektiven der Transplantationsmedizin im interdisziplinären Dialog – Zur Einführung in Schwerpunkte der Diskussion. In: Engels, E.-M., Badura-Lotter, G., Schicktanz, S. (Hrsg.): *Neue Perspektiven der Transplantationsmedizin im interdisziplinären Dialog*, Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2000, S. 3-16
21. Fischer-Fröhlich, C. L., Eichmann, E., Kaesler-Heide, H., Kuli, M.: Consent to organ donation: Who should make the request? 9th Congress of the European Society for Organ Transplantation
22. Fischer-Fröhlich, C. L./ Kulil, M./ Käsler, H. / Smit, H.: Donor family support group: report of long-term experience after donation by donor families. In: *ORGANS and TISSUES* 1 (1998) 47 – 48. Deutsch: Fischer-Fröhlich, C. L./ Kulil, M.: Das Spannungsfeld der Organspende: Erfahrungen von Angehörigen danach
23. Frey, D., Stahlberg, D., Gollwitzer, P. M.: Einstellung und Verhalten: Die Theorie des überlegten Handelns und die Theorie des geplanten Verhaltens. In: Frey, D. / Irle, M. (Hrsg.): *Theorien der Sozialpsychologie, Band 1: Kognitive Theorien*. Hans-Huber-Verlag, Bern, 1993, S. 361-398

24. Frey, D.: Kognitive Theorien in der Sozialpsychologie. In: Frey, D / Irle, M. (Hrsg): Sozialpsychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. 4. Aufl., Beltz Psychologie Verlags-union, 1997, S. 50-67
25. Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen – Transplantationsgesetz, 1997
26. Gibson, V.: The factors influencing organ donation: a review of the research. In: Journal Advanced Nursing 2 (1996) 353-356
27. Glaser, B. G., Strauss, A. L.: Betreuung von Sterbenden, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, Zürich, 1995
28. Gold, S., Schulz, K.-H., Koch, U.: Der Organspendeprozess: Ursachen des Organmangels und mögliche Lösungsansätze. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 13, BZgA, Köln 2001
29. Greiner, W.: Ökonomische Evaluationen von Gesundheitsleistungen. Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 1999
30. Gubernatis, G.: Tod als Verabredung – eine Provokation oder ein möglicher Weg zum gesellschaftlichen Konsens in der Hirntoddiskussion? In: Medizinische Klinik 91 (1996) 47-48
31. Gubernatis, G., Vogelsang, F., Basse, H., Smit, H.: Relevance of small hospitals for increasing donation rates. In: Transplantation Proceedings 29 (1997) 3091-3092
32. Gubernatis, G.: Organization of organ donation – concepts and experiences in Niedersachsen/Ostwestfalen. In: Nephrology Dialysis Transplantation 14 (1999) 2309-2314
33. Gubernatis, G., Schäfer, H., Blädke, L.: International certificate DIN EN ISO 9001 for organ donation and procurement organization – A high – level guarantee of quality and safety. In: Transplantation Proceedings 33 (2001) 942-947
34. Hammer, C.: Xenotransplantation in Deutschland, ihre möglichen physiologischen und anatomischen Hindernisse. In: Engels, E.-M., Badura-Lotter, G., Schicktanz, S. (Hrsg.): Neue Perspektiven der Transplantationsmedizin im interdisziplinären Dialog, Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2000, S. 3-16
35. Hübner, G., Six, B.: Einflußfaktoren auf die Bereitschaft zur Organspende (Projektbericht, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 2002)
36. Jonas, K., Doll, J.: Eine kritische Bewertung der Theorie überlegten Handelns und der Theorie geplanten Verhaltens. In: Zeitschrift für Sozialpsychologie (1996) 18-31

37. Kent, B., Owens, R.: Conflicting attitudes to corneal and organ donation: a study of nurses' attitudes to organ donation. In: *Intensiv Journal Nurs. Stud.*, 5, Vol. 32 (1995) 484-492
38. Kibert, M., Kibert, B.: Nursing attitudes toward organ donation, procurement and transplantation. In: *Heart & Lung*, 21, (1992) 106-111
39. Kuetz, U., Wehkamp, K.-H.: Zwischen Hirntod und Gesamttod. In: *Erzeugung und Beendigung des Lebens? Das Menschenbild in der Medizin und seine Konsequenzen*. In: *Loccumer Protokolle*, 63/94 (1995) 67-80
40. Künsebeck, H.-W., Wilhelm, U., Harborth, S.: Psychosoziale Einflussfaktoren von Einstellungen zur Organspende bei Personen mit und ohne medizinische Ausbildung. In: Künsebeck, H.-W., Muthny, F. A. (Hrsg.): *Einstellungen zur Organspende und ihre klinische Relevanz*. Pabst Science Publishers, Lengerich, Berlin, Riga usw., 2000, S. 37-54
41. Lauchert, W.: Organmangel und Allokationsprobleme vaskularisierter Organe aus der praxisnahen Perspektive. In: Engels, E.-M., Badura-Lotter, G., Schicktanz, S. (Hrsg.): *Neue Perspektiven der Transplantationsmedizin im interdisziplinären Dialog*, Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2000, S. 17-25
42. Löw-Friedrich, I., Schöppe, F.-W.: *Transplantation. Grundlagen, Klinik, Ethik und Recht*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, 1996
43. Manstead, A., Semin, G.: Methoden der Sozialpsychologie auf dem Prüfstand. In: Stroebe W., Hewstone M., Stephenson GM., (Hrsg.): *Sozialpsychologie*. Springer, Berlin, 1996, S. 79-111
44. Meier, D., Schulz, K.-H., Clausen, C., Rogiers, X.: Effects of an educational segment concerning organ donation. In: *Transplantation Proceedings*, 32 (1999) 62-63
45. Müller, J.: *Die Betreuung von Toten, Aspekte des pflegerischen und ärztlichen Selbstverständnisses bei Explantation und Transplantation (Diplomarbeit, unveröffentlicht) 1999*
46. Oduncu, F.: Anenzephalie Neugeborene als Organlieferer? In: *Der Tierschutzbeauftragte* 3 (1998) 272-276
47. Paschen, U.: *Menschliches Versagen? Bemerkungen zum Umgang mit unerwünschten Ereignissen, Medizinische Qualitätssicherung, elektronische post, Beiträge zur Guten Praxis in Medizin und Wissenschaft*, 2001
48. Pearson, I.Y., Bazeley, P. Spencer-Plane, T., Chapman, J.R., Robertson, P.: A survey of families of brain death patients: Their experiences, attitudes to organ donation and transplantation. In: *Anaesthesia and Intensive Care*, 23 (1995) 88-95

49. Pelletier, M.: The organ donor family members perception of stressful situation during the organ donation experience. In: *Journal of Advanced Nursing*, 17 (1992) 90-97
50. Pichelmayer, R.: Möglichkeiten und Probleme der Organtransplantation. In: *Arzt und Christ*, Jhrg. 35, 3 (1989) 129-136
51. Plies, K., Schmidt, P.: Intension = Verhalten? Eine repräsentative Längsschnittstudie zur Überprüfung der Theorie des geplanten Verhaltens im Kontext der AIDS-Prävention (Universität Giessen, Inst. für angewandte und empirische Sozialforschung, ZUMA Mannheim). In: *Zeitschrift für Sozialpsychologie* 27 (1996) 70-80
52. Richtlinie zur Organtransplantation gemäß § 16 Transplantationsgesetz „Anforderungen an die im Zusammenhang mit einer Organentnahme und – übertragung erforderlichen Maßnahmen zur Qualitätssicherung“, Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer vom April 2001, veröffentlicht im *Deutschen Ärzteblatt* 98, Heft 34-35 (2001)
53. Schäffler, A., Menche, N., Bazlen, U., Kommerell, T. (Hrsg.): *Pflege heute*. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm, 1998
54. Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz und Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland (Hrsg.): *Organtransplantationen: Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland*. Sonderdruck des Arbeitskreises Organspende, 3. Aufl., Neu-Isenburg, 1997
55. Six, B., Eckes, T.: Metaanalysen in der Einstellungs – Verhaltens - Forschung. In: *Zeitschrift für Sozialpsychologie* (1996) 7-17
56. Stahlberg, D., Frey, D.: Das Elaboration – Likelihood - Modell von Petty und Cacioppo. In: Frey, D / Irle, M.(Hrsg.): *Theorien der Sozialpsychologie*, Band 1: Kognitive Theorien. Hans-Huber-Verlag, Bern, 1993, S. 327-359
57. Strenge, H., Laederach-Hofmann, K., Bunzel, B., Smeritschnig, B.: Einstellungen zur Organtransplantation bei Medizinstudenten in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In: Künsebeck, H.-W., Muthny, F. A. (Hrsg.): *Einstellungen zur Organspende und ihre klinische Relevanz*. Pabst Science Publishers, Lengerich, Berlin, Riga usw., 2000, S. 22-36
58. Thomas, H.: Sind Hirntote Lebende ohne Hirnfunktionen oder Tote mit erhaltenen Körperfunktionen? In: *Ethik der Medizin*, Bd. 6, 4 (1994) 189-207
59. Topp, S., Kaufmann, P.-M., Pollok, J.-M., Rogiers, X.: Tissue Engineering – Der Patient als Spender seiner neuen Organe. In: Engels, E.-M., Badura-Lotter, G., Schicktanz, S. (Hrsg.): *Neue Perspektiven der Transplantationsmedizin im interdisziplinären Dialog*, Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2000, S. 119-130

60. Weber, F., Canbay, A. E.: Attitudes of physicians and nursing staff members toward organ donation in an urban area of germany. In: Transplantation Proceedings 31 (1999) 2179-2180
61. Wiesing, U.: Organmangel und Allokationsprobleme aus ethischer Perspektive. In: Engels, E.-M., Badura-Lotter, G., Schicktanz, S. (Hrsg.): Neue Perspektiven der Transplantationsmedizin im interdisziplinären Dialog, Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2000, S. 26-34
62. Wight, C., Cohen, B., Roels, L., Miranda, B.: Donor Action: A Quality assurance program for intensive care units that increases organ donation. In: Journal of Intensive Care Medicine 15 (2000) 104-114
63. Wolf, Z.R.: Nurses' experiences giving post-mortem care to patients who have donated organs: A phenomenological study. In: Transplantation Proceedings, Vol. 22, Nr. 3 (1990) 1019-1020

- Entscheidungsprozess ist noch nicht abgeschlossen, weil
- mir Informationen fehlen
 - ich unsicher bei meinen Entscheidungen bin
 - ich weiß, dass er situationsabhängig ist

9. Haben Sie Ihrem nächsten Angehörigen Ihre Entscheidung mitgeteilt?

- ja
- nein, habe noch nicht daran gedacht
- nein, halte ich nicht für nötig

10. Laut Transplantationsgesetz besteht im Organspendeausweis die Möglichkeit, die Entscheidung auf Angehörige zu übertragen. Wollen Sie Ihren Angehörigen die Entscheidung über eine Organspende nach Ihrem Tod übertragen oder möchten Sie Ihnen diese Entscheidung lieber abnehmen?

- Entscheidung möchte ich selbst treffen
- Entscheidung sollen meine Angehörigen treffen
- habe noch nicht darüber nachgedacht

11. Stellen Sie sich vor, Sie selbst würden im Falle des Todes einer Ihrer Angehörigen um eine Entscheidung gebeten. Wie würden Sie entscheiden?

- | | | |
|----------------------------|--|--------------------------------|
| bei Ihrem Partner / Eltern | ja, würde einer Explantation zustimmen | <input type="checkbox"/> |
| Geschwistern / Kindern | nein, würde eine Explantation ablehnen | <input type="checkbox"/> |
| | weiß nicht | <input type="checkbox"/> |

12. An welchen der unten aufgeführten Bereiche denken Sie am ehesten, wenn es um das Thema Organspende/Transplantation geht? Bitte kreuzen Sie bis maximal 5 Bereiche an.

- Überleben Tod Organhandel
- Hilfe für andere Hirntod Explantation
- Therapiemöglichkeiten Arbeitsbelastung Transplantation
- Unfall Bereicherung der Ärzte

13. Fehlen Ihnen Aspekte, die Ihnen in diesem Zusammenhang wichtig sind, die aber in Frage 12 nicht aufgeführt sind?

Umgang mit Angehörigen

14. Wie oft haben Sie schon Hirntote und Organspender betreut oder behandelt?

- | | |
|---|---|
| einmal <input type="checkbox"/> | öfter als 10 mal <input type="checkbox"/> |
| 2-5 mal <input type="checkbox"/> | noch nicht <input type="checkbox"/> |
| 6-10 mal <input type="checkbox"/> | |

15. Wie häufig haben Sie bereits Angehörigen den Tod von Verwandten mitgeteilt?

- | | |
|---|--|
| noch nie <input type="checkbox"/> | öfter als 10 mal <input type="checkbox"/> |
| 1-5 mal <input type="checkbox"/> | betrifft mich nicht, |
| 6-10 mal <input type="checkbox"/> | ist nicht meine Aufgabe <input type="checkbox"/> |

16. Und wie häufig haben Sie bereits Angehörigen den Hirntod von Verwandten mitgeteilt?

- | | |
|---|--|
| noch nie <input type="checkbox"/> | öfter als 10 mal <input type="checkbox"/> |
| 1-5 mal <input type="checkbox"/> | betrifft mich nicht, |
| 6-10 mal <input type="checkbox"/> | ist nicht meine Aufgabe <input type="checkbox"/> |

17. Wie häufig haben Sie bisher Angehörige um eine Einwilligung für eine Organspende gebeten?

- | | |
|---|--|
| noch nie <input type="checkbox"/> | öfter als 10 mal <input type="checkbox"/> |
| 1-5 mal <input type="checkbox"/> | betrifft mich nicht, |
| 6-10 mal <input type="checkbox"/> | ist nicht meine Aufgabe <input type="checkbox"/> |

18. Fällt Ihnen mit zunehmender Berufserfahrung die Bitte um Organspende leichter?

- | | |
|-------------------------------------|--|
| ja <input type="checkbox"/> | fällt nicht in meinen |
| nein <input type="checkbox"/> | Aufgabenbereich <input type="checkbox"/> |

19. Fällt Ihnen, ganz allgemein gesagt, die Kommunikation, der Umgang mit den Angehörigen potenziel-

ler Organspender mit zunehmender Berufserfahrung leichter?

ja nein

20. Bedeutet die Betreuung und Versorgung von Hirntoten und Organspendern eine besondere Belastung für Sie?

immer..... weiter mit Frage 20.1. manchmal weiter mit Frage 20.1.
meistens weiter mit Frage 20.1. nie weiter mit Frage 22.

20.1. Können Sie mit wenigen Worten sagen, was für Sie eine besondere Belastung bedeutet?

21. Nimmt für Sie mit zunehmender Berufserfahrung Ihre Belastung bei der Betreuung von Hirntoten und Organspendern ab?

ja, durchgehend weiter mit Frage 21.1.
ja, teilweise weiter mit Frage 21.1.
nein weiter mit Frage 22.

21.1. Was wird für Sie einfacher?

22. Es gibt unterschiedliche Aspekte, die die Angehörigen beeinflussen können, wenn sie um eine Entscheidung zur Organspende gebeten werden.

Kreuzen Sie bitte bei jedem Aspekt an, wie wichtig dieser Ihrer Meinung nach für Angehörige ist, wenn sie um eine Entscheidung gebeten werden.

	wichtig			nicht wichtig	
	1	2	3	4	5
der Krankheitsverlauf des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die pflegerische Betreuung des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die medizinische Versorgung des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
das Vertrauen, dass Angehörige zum Stationspersonal aufbauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Informiertheit der Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
den Umgang, den die Angehörigen selbst erfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der organisatorische Stationsablauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiges, bitte notieren Sie					

23. Bitte erinnern Sie sich, als Sie das erste Mal um eine Organspende baten. Erwarteten Sie damals, dass Angehörige der Bitte um Organspende

eher entsprechen würden weiß ich nicht mehr
eher nicht entsprechen würden betrifft mich nicht

24. Und wenn Sie heute um eine Organspende bitten, erwarten Sie dann, dass Angehörige der Bitte

eher entsprechen
eher nicht entsprechen betrifft mich nicht

25. Nicht alle Hirntoten werden dem zuständigen Transplantationszentrum gemeldet.

Woran könnte das Ihrer Meinung nach liegen?

Kreuzen Sie bitte die Ihrer Meinung nach wichtigsten und zweitwichtigsten Gründe an.

	wichtigste Gründe	zweitwichtigste Gründe
personelle Gründe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
medizinische Gründe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
organisatorische Gründe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermeidung der Belastung der Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fehlendes Verständnis der Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige Gründe, bitte notieren Sie		

26. Könnten Sie sich vorstellen zu zögern, einen Hirntoten zu melden, um Gespräche mit den Angehörigen zu vermeiden?

ja nein
habe keine Hirntoten zu melden

27. Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) bietet ein Seminar an für Ärzte und Pflegende

zum Umgang mit trauernden Angehörigen.

Dieses E.D.H.E.P.-Seminar (European Donor Hospital Education Programme) ist eine Initiative der Eurotransplant Foundation und soll Unterstützung im Kommunikationsprozess mit den trauernden Angehörigen sein. Halten Sie es sinnvoll für sich, an einem solchen Seminar teilzunehmen?

eher ja eher nein

28. Welche unterstützenden Maßnahmen wünschen Sie sich für Ihren Arbeitsbereich, um den Umgang mit Hirntoten und Organspendern und dessen Angehörigen besser bewältigen zu können?

Hier können Sie mehrere Kästchen ankreuzen.

wünsche mir mehr Zeit für Gespräche im Team

wünsche mir Gespräche mit Fachpersonal aus dem Haus

wünsche mir Gespräche mit Fachpersonal von außerhalb (Supervision)

wünsche mir mehr Informationen über transplantierte Patienten

brauche keine zusätzlichen Maßnahmen

sonstiges, bitte notieren Sie

29. Wie häufig bekommen Sie nach der Betreuung und Versorgung eines Organspenders Resultate der Transplantationen mitgeteilt?

immer manchmal

häufig nie

selten

30. Wer teilt Ihnen normalerweise die Resultate mit?

Stationsarzt Stationschwester

Transplantationskoordinator

bekomme keine Informationen, informiere mich über Kollegen selbst

Informationsbeschaffung

31. Aus welchen Institutionen bzw. Medien informieren Sie sich normalerweise zum Thema Organspende / Transplantation?

Hörfunk Gesundheitsämter Fachzeitschriften

Fernsehen Ansprechpartner in med. Einrichtungen Krankenkassen

Tageszeitungen Gespräche mit Kollegen sonstigen, bitte notieren Sie

Fort-/Weiterbildungen Ausbildungseinrichtungen

32. Fühlen Sie sich über das Thema Organspende / Transplantation ausreichend informiert?

ja weiter mit Frage 34. nein

33. Zu welchen Bereichen wünschen Sie sich mehr Informationen? Sie können mehrere Kästchen ankreuzen.

medizinischer Aspekt ethischer Aspekt

rechtl. Aspekt (TPG) Kommunikationshilfen zum Umgang mit Angehörigen

sonstiges, bitte notieren Sie

34. Haben Sie in Ihrem Bekanntenkreis schon über die Thematik Organspende / Transplantation gesprochen?

ja, nur am Rande ja, ausführlich

nein, habe noch nicht darüber gesprochen

"Hirntod wird definiert als Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms. Dabei wird durch kontrollierte Beatmung die Herz-Kreislauffunktion noch künstlich aufrechterhalten. () Mit dem Hirntod ist naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen festgestellt."

(Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates der BÄK, Kriterien des Hirntodes, Dt. Ärzteblatt, 9. Mai 1997, Jahrgang 94)

Hirntod-Diagnose

Voraussetzungen

Klinische Untersuchungen

Irreversibilitätsnachweis

Ergänzende apparative Untersuchung

Beobachtungszeiten

	UND	UND	ODER	
keine anderen Ursachen	Koma	1. Ausfall der bioelektrischen Aktivität	primär supratentorielle Schädigung	12 Std.
	Hirnstamm-Areflexie	1.1. 0-Linien-EEG	Kleinkinder	24 Std.
		1.2. erloschene FAEP	Neugeborene	72 Std.
akute Hirnschädigung		1.3. erloschene SEP		
		2. zerebraler Zirkulationsstillstand	sekundäre Hirnschädigung	72 Std.
	Apnoe-Test	2.1. Doppler-Untersuchung		
		2.2. Perfusionsszintigrafie		
		2.3. Angiografie		

Diagnose des Hirntodes

35. Sind Ihnen die Kriterien zur Feststellung des Hirntodes bekannt?

ja, alle nur manche gar keine

36. Halten Sie die Kriterien für ausreichend zur Todesfeststellung?

ja ⇒ weiter mit Frage 38. nein

37. Teilen Sie die Meinung, dass der Hirntod der Tod des Menschen ist?

nein, aus medizinischen Gründen nein, aus religiösen Gründen
nein, aus ethischen Gründen nein, aus sonstigen Gründen

38. § 5 des Transplantationsgesetzes schreibt vor, dass zwei unabhängige Ärzte den Hirntod feststellen und dokumentieren müssen. Halten Sie das für ausreichend?

ja nein

39. Was kann man Ihrer Meinung nach tun, um den Mangel an Spenderorganen zu verringern?

Soziodemografische Angaben

40. Zu welcher Berufsgruppe gehören Sie?

Schwester / Pfleger Ärztin / Arzt

42. Wie lange haben Sie Berufserfahrung als Arzt oder Pflegeperson?

unter 1 Jahr 2-unter 5 Jahren 5-unter 10 Jahren
1-unter 2 Jahren mehr als 10 Jahre

43. In welcher Fachabteilung sind Sie tätig?

Anästhesie OP
Anästhesie Intensivstation
Neurochirurgie OP
Neurochirurgie Intensivstation
interdisziplinäre Intensivstation

44. Wie alt sind Sie?

< 20 Jahre
20-29 Jahre
30-39 Jahre
40-49 Jahre
> 50 Jahre

45. Ihr Geschlecht?

weiblich
männlich

46. Ihre Religionszugehörigkeit?

keine evangelisch
römisch / katholisch sonstige, bitte notieren Sie

47. Welche Medien nutzen Sie am meisten für aktuelle Informationen zum Tagesgeschehen?

Kreuzen Sie bitte die für Sie zwei wichtigsten Medien an.

Hörfunk Tageszeitung sonstige, bitte notieren Sie

Fernsehen Wochenzeitung

sonstige, bitte notieren Sie

Thesen

1. Nicht nur national, auch international, besteht eine große Diskrepanz zwischen Organ-Gewebebedarf und Organ-Gewebeverfügbarkeit. Da Organ- Gewebespende und deren Angehörige auf Intensivstationen versorgt und betreut werden, ist daraus abgeleitet die Wahl der Zielgruppen der Pflegenden und Ärzte dieser Arbeit, die durch ihre Funktion in der Berufspraxis eine entscheidende Rolle einnehmen.
2. Pflegenden und Ärzten im Intensivbereich kommen besondere Rollen als Schlüsselgruppen und als Multiplikatoren zu: sie werden in direktester Art und Weise mit der Versorgung und Betreuung von Hirntoten, Organ- Gewebespendern und deren Angehörigen konfrontiert. Die Angehörigen der Verstorbenen sind (meistens) in zweifacher Weise belastet:
 - a) sie müssen den Verlust, den Tod, ihres Angehörigen verkraften und
 - b) sie werden in dieser Situation um eine Entscheidung gebeten, mit der sie weiterleben müssen.
3. Bevölkerungsumfragen der letzten Jahre in Deutschland haben ergeben, dass bei dem überwiegenden Teil der Bevölkerung eine passive und aktive Akzeptanz gegenüber Organspenden vorhanden ist. Parallel zu diesem Phänomen wird diese Bereitschaft, aber auch eine Ablehnung einer Organ- und Gewebespendebereitschaft, von nur einem sehr geringen Prozentsatz der Bevölkerung dokumentiert oder nahe stehenden Angehörigen mitgeteilt.
4. In der Berufspraxis einer Intensivstation ergibt sich daher meistens das Problem, dass nach Feststellung des Hirntodes bei nicht vorhandenem schriftlich dokumentiertem Willen des Verstorbenen die Angehörigen um eine Entscheidung bzgl. Organspende gebeten werden. Im deutschen Organspendeausweis wird parallel zur Organspendebereitschaft auch die Bereitschaft gegenüber einer Gewebespende erfragt. Die Voraussetzungen im Rahmen einer Organspende sind identisch (Umfeld der Intensivstation, Situation der Angehörigen, Belastung für Pflegenden und Ärzte etc.), nach Zustimmung zu einer Gewebespende unterliegt diese dann weiter anderen Bedingungen.
5. Die allgemeinen Erklärungsheuristiken stellen den Kontext der Organ-Gewebespende im Intensivbereich dar: Tätigkeitsfelder der Pflegenden und Ärzte, die ständige Interaktion mit den Angehörigen im gesamten Prozessverlauf sowie dem Verantwortungsbereich von Staat / Gesellschaft und der Institution Klinik.

6. Forschungen zur Ableitung der Theorie des geplanten Verhaltens (TOPB) auf die Spende-bereitschaft des Fachpersonals werden es ermöglichen, dass Verhalten der mündlichen oder schriftlichen Willenserklärung zu ergründen. Bei der Umsetzung der TOPB auf die Spende-bereitschaft würden zwei Intensionen: 1. Intension = Spendeabsicht und 2. Intension = Erklärungsabsicht über eine Verhaltensvariable = mündliche oder schriftliche Erklärung des Willens, geprüft werden. Beide Intensionen sind direkt miteinander verbunden: Die 1. Intension gilt als Voraussetzung der 2. Intension. Die Berufsgruppen der Pflegenden und Ärzte im Intensivbereich scheinen sich als geeignete Forschungsgruppen bei der Anwendung der TOPB auf das Spendeverhalten von Fachpersonal zu eignen. Im Gegensatz zu anderen Berufs- und Bevölkerungsgruppen sind sie als Schlüssel-Berufsgruppen und Multiplikatoren im Organspendeprozess sehr eng und direkt mit dem Thema der Organ-Gewebespende konfrontiert.
 7. Bei Pflegenden und Ärzten aus zwei Kliniken (altes/neues Bundesland) sind Erhebungen mit einem standardisierten, mit ZUMA Mannheim (Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen) bearbeiteten Fragebogen durchgeführt worden. Die Rücklaufquote der ersten Vollerhebung (Fachklinik, Haus der Maximalversorgung, n=91) beträgt 95%, die der zweiten Vollerhebung (Uniklinik, n=127) beträgt 56%. Die Befragten beider Kliniken unterscheiden sich bzgl. der Altersverteilung, der Geschlechtsverteilung und der Anzahl der Jahre ihrer Berufserfahrung nicht wesentlich; sie unterscheiden sich deutlich hinsichtlich ihrer Konfessionszugehörigkeit.
 8. Zusätzlich zu den deskriptiven Auswertungen der empirischen Erhebungen sind mit dem statistischen Auswertungsverfahren der logistischen Regression zu ausgewählten Faktoren analytische Modellberechnungen durchgeführt worden. Ziel ist, zu prüfen, ob sich die gewählten Faktoren als Risikofaktoren für Pflegende und Ärzte im Intensivbereich darstellen, postmortal keine Organe spenden zu wollen.
 9. Für Klinik B (Uniklinik) ist für Pflegende und Ärzte im Intensivbereich eine 3,35 fache, signifikante Risikoerhöhung gesichert, keine Organe spenden zu wollen, wenn manche Hirntodkriterien bekannt sind und nicht alle ($p= 0,04$). Für Klinik A (Fachklinik) kann kein Einstellungsfaktor als statistisch gesicherter Risikofaktor auf Grund der Angaben der Studienteilnehmer ermittelt werden.
- Kontrovers zu diskutierende (da ausserhalb des statistischen Signifikanzbereiches) nachweisbare Risikoerhöhungen, ergeben sich für Klinik A im Zusammenhang mit den Hirntodkriterien (wenn sie als nicht ausreichend zur Todesfeststellung gehalten werden) und wenn sich Fachpersonal nicht ausreichend genug informiert fühlt.

Für Klinik B können sie ermittelt werden im Zusammenhang mit einer Konfessionszugehörigkeit und wenn für Pflegende und Ärzte die Belastung bei der Versorgung und Betreuung von Organspendern mit zunehmender Berufserfahrung nicht abnimmt.

10. Ergebnisse der deskriptiven Auswertung des IST-Zustandes des Fachpersonals und die ermittelten Risikofaktoren ermöglichen es, konkrete, zeitnahe Handlungskonzepte für die jeweilige Klinik und / oder Berufsgruppe zu erstellen. Mit den Auswertungen kann 1. ein Überblick, 2. ein Begründungsansatz und 3. ein Handlungsansatz gegeben werden. Deskriptive und analytische Auswertungen müssen unbedingt im Zusammenhang diskutiert werden und gelten als Basis eines interdisziplinären Dialoges und weiterer Forschungen.
11. In Klinik A (Fachklinik) sind 37% der Pflegenden und 18% der Ärzte bereit, bestimmte Organe zu spenden, 26% der Pflegenden und 66% der Ärzte sind zur postmortalen Multiorganspende bereit und 20% der Pflegenden und 14% der Ärzte lehnen für sich selbst eine postmortale Organspende ab. 17% der Pflegenden und 2% der Ärzte sind noch zu keiner Entscheidung gekommen. Zur Spende der Augenhornhaut sind 43 % der Pflegenden und 75% der Ärzte bereit (Spendebereitschaft im Rahmen einer Multiorganspende + Spendebereitschaft bezogen auf die Augenhornhaut).
12. In Klinik B (Uniklinik) beschränken 12% der Pflegenden und 25% der Ärzte ihre Spendebereitschaft auf die Spende bestimmter Organe bereit, 47% der Pflegenden und 58% der Ärzte sind zur Multiorganspende bereit und 12% der Pflegenden lehnen eine postmortale Organspende für sich selbst ab. 29% der Pflegenden und 17% der Ärzte haben angegeben, noch unentschieden bzgl. einer Entscheidung zu sein. 51% des Pflegepersonals und 67% der Ärzte sind zur Augenhornhautspende bereit (Spendebereitschaft im Rahmen einer Multiorganspende + Spendebereitschaft bezogen auf die Augenhornhaut).
13. Die meisten Nichtspender beider Kliniken sind Pflegende und Ärzte der Altersgruppe 30 – 39 Jahre. In beiden Kliniken haben die meisten Nichtspender hohe Berufserfahrung von 5- unter 10 Jahren und mehr als 10 Jahren. Aus diesen Angaben ist ein Zusammenhang zu Gebieten der Sozialpsychologie, der Organisations- und Personalentwicklung ableitbar (dessen Darstellung in dieser Arbeit aus Übersichtsgründen entfallen muss). Die Angaben der Nichtspender in Verbindung mit ihrer Konfessionszugehörigkeit können als Dialoggrundlage mit der Institution Kirche gewertet werden (Die Erarbeitung des Einflusses der Institution Kirche zum Thema der Organspende muss ebenfalls aus Übersichtsgründen entfallen).
14. In beiden Kliniken würden Ärzte zögern, die Meldung potenzieller Organspender an das zuständige Transplantationszentrum weiterzuleiten, um Gespräche mit den Angehörigen

zu vermeiden. Der überwiegende Teil dieser Ärzte wäre parallel dazu zur eigenen post-mortalen Organspende bereit, was zur Falsifikation der dargestellten Hypothese führt.

15. Die Antworten der Ärzte aus Klinik A (Fachklinik) deuten an, dass sich im organisatorischen Bereich ein Erklärungsansatz ergibt, warum nicht alle Hirntoten dem zuständigen Transplantationszentrum gemeldet werden. Die niedrige Fallzahl der Ärzte in Klinik B (Uniklinik) erlaubt keine verwendbare eindeutige Aussage zu diesem Aspekt.
16. Für beide Kliniken stellt sich der Faktor der Zögerung der Meldung an das zuständige Transplantationszentrum als statistisch nicht gesicherter Risikofaktor für die Ärzte dar, keine Organe spenden zu wollen..
17. Handlungsansätze für Intensivbereiche als Schlüsselbereiche im Organspendeprozess, besonders im Zusammenhang mit Elementen eines Qualitätsmanagementsystems, sind in vielen Bereichen aus den Antworten des Fachpersonals ableitbar. Ableitbare und zeitnahe und durch weitere Forschungsarbeiten zeitfernere Handlungsansätze gelten als Voraussetzung für Prozessoptimierungen im Intensivbereich mit den dort tätigen Schlüsselgruppen und Multiplikatoren im Hinblick der Umsetzung der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe, etwas gegen den bestehenden Organ-Gewebemangel zu tun.

Biografie

geboren am: 18.05.1964 in Heiligenstadt/Eichsfeld
wohnhaft: Am Haidberg 15
36093 Künzell

Schulbildung:

1970-1978: Allgemeine Polytechnische Oberschule
1978-1982: Erweiterte Oberschule (Gymnasium) mit Erlangung der Hochschulreife

Berufsausbildung / Studium:

1982 – 1983: pflegerisches Praktikum
1983 – 1986: Krankenpflegeausbildung
1987 – 1988: Fachausbildung als OP-Schwester
1986 – 1991: Tätigkeit als OP-Fachschwester (Heiligenstadt und Hann.-Münden)
1991 – 2002: Tätigkeit als Krankenschwester auf einer neurochirurgische Intensivstation
(Fulda)

1995 – 1999: Pflegestudium an der Fachhochschule Fulda, Fachbereich Pflege & Gesundheit
Abschluss: Diplom-Pflegewirtin (FH)

Mai 1998: Qualifikation zum Qualitätsbeauftragten bei der Deutschen Gesellschaft für
Qualität e.V. in Frankfurt (= DGQ)

März - August 2000:

Wissenschaftliche Hilfskraft mit abgeschlossener Hochschulausbildung der Medizinischen
Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Juli 2000:

Anerkennungspreis im Rahmen des Fuldaer Förderpreises für Pflegewissenschaften 2000

Juli 2000:

Aufenthalt in Thailand als Gastwissenschaftlerin: Chulalongkorn University Bangkok,
Faculty of Nursing und Fort Sappasitthiprasong Hospital (Ubon Ratchathani Province)

Oktober 2000:

Aufenthalt an der Chaledonian University Glasgow

seit September 2000:

QM - Beauftragte der DSO-Gesellschaft für Gewebetransplantation (Teilzeitprojektstelle)

März - Juli 2002 (Sommersemester):

zwei Lehraufträge an der Fachhochschule Fulda, Fachbereich Pflege & Gesundheit, 6. Semester (1. Komplexe Pflegesituationen: Sterben und Sterbebegleitung, 2. Pflegewissenschaft)

Juli 2002 – Februar 2003 (Wintersemester)

zwei Lehraufträge an der Fachhochschule Fulda, Fachbereich Pflege & Gesundheit, 5./6. Semester (1. Komplexe Pflegesituationen: Chronisches Kranksein - Behinderung, 2. Pflegewissenschaft)

Juli 2002 – Juni 2003

Lehrauftrag an der Fernhochschule Hamburg, Studienzentrum Kassel, Studiengang Pflegemanagement (Projektmanagement & Präsentation)

Stand: Juli 2002

Veröffentlichungen:

1. Müller, J., Behrens, J.: Die Betreuung von Toten: Aspekte des pflegerischen und ärztlichen Selbstverständnisses bei Explantation und Transplantation. In: Oduncu, F.S., Schroth, U., Vossenkuhl, W. (Hrsg.): Organtransplantation, Organgewinnung und – verteilung, Perspektiven. Medizin – Ethik – Recht, Band 2, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, Zürich, Erscheinungszeitraum November 2002
2. Müller, J.: Die Verbindung des Organ- und Gewebemangels in Deutschland mit einem Qualitätsmanagementsystem – Ein Beitrag zur gesamtgesellschaftlichen Aufgabe, etwas gegen den bestehenden Organ- und Gewebemangel zu tun, April 2002. Originalarbeit ist derzeit bei der Forschungsgemeinschaft Qualität e.V. – FQS, Frankfurt a.M.
3. Müller, J.: Einstellungen von Pflegenden und Ärzten zweier Kliniken und verschiedener Intensivstationen zur eigenen postmortalen Organspende. Internationale Pflegekonferenz 03./04.09.2002 in Olmütz, Tschechien (mit ISBN-Veröffentlichung)
4. Müller, J.: Qualitätsmanagement im Bereich der Gewebetransplantation. Vortrag im Rahmen eines Workshops bei der Tagung der Deutschen Transplantationsgesellschaft, DTG, November 2001, Heidelberg
5. Müller, J.: Einstellungen von Pflegenden und Ärzten zur Organ- und Gewebespende und Transplantation, Januar 2002. Vortrag im Rahmen des 2. Evaluationsseminars der Fachhochschule Fulda (www.fh-fulda.de)
6. Müller, J.: Einstellungen von Pflegenden und Ärzten zweier Kliniken und verschiedener Intensivstationen zur eigenen postmortalen Organspende und ihre Bereitschaft, sich im eigenen Krankheitsfall ein Spenderorgan/ -gewebe transplantieren zu lassen. 6. Pflegesymposium des AKTX-Pflege (Arbeitskreis Transplantation), Oktober 2002, Hannover, Vortrag (www.aktxpflge.de)
7. Müller, J.: Organspende aus medizinischer, pflegerischer und rechtlicher Sicht – Die Bedeutung der Angehörigen - Der Einfluss der Institution Kirche auf die Thematik Organ-Gewebespende und Transplantation. Zwei Vorträge im Rahmen von Weiterbildungsseminaren an der Bergschule Heiligenstadt, Oktober 2002
8. Müller, J., Behrens, J.: Die postmortale Organspende von Ärzten und Pflegenden im Intensivbereich in Verbindung zum Hirntod. Posterpräsentation zum DIVI 2002-Kongress (6. Deutscher Interdisziplinärer Kongress für Intensiv- und Notfallmedizin, November 2002, mit Veröffentlichung des Beitrages in der Zeitschrift: „Intensivmedizin und Notfallmedizin“ des Steinkopff Verlages, www.DIVI2002.de)

Projekte:

1. Einstellungen von Mitarbeitern einer Klinik und des Gesundheitswesens zu der Einrichtung von pflegepraktischen Gesundheitszentren aus Pflegekräften und Ärzten (Vordiplomarbeit)
Datenerhebung mittels Fragebogen,
Inanspruchnahme und Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung in Deutschland,
Einstellungen zu Gesundheitszentren analog Nurse Practitioners - Praxen in Ontario / Canada
2. Modellprojekt: Pflegeüberleitung
Discharge planning in Great Britain,
Situation in Deutschland,
Erhebung einer Bedarfsanalyse zur Pflegeüberleitung im Raum Fulda
3. Ist- Analyse des Arbeitsablaufs der Pflegekräfte der Tagesklinik der Medizinischen Klinik – Fragestellung der evtl. Umgestaltung der Tagesabläufe im pflegerischen Bereich
Verbesserungsvorschläge, um eine Überbelastung des Pflegepersonals in der jetzigen Situation abzubauen aus organisatorischer und rechtlicher Sicht
(2. Teil des berufspraktischen Semesters an der Ludwig-Maximilians-Universitätsklinik München, Bereich Qualitätssicherung, Mai – September 1998)
4. Ist-Analyse des Blutdepots des Klinikum Innenstadt der Ludwig-Maximilians-Universität München
Projekt im Rahmen des BMG - Forschungsauftrages:
„Qualitätssicherung und Klinische Ökonomie der Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten in der Bundesrepublik Deutschland“ (1998)
5. Prozess - Analyse der Mitteldeutschen Hornhautbank Halle der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Leistungsspektrum der Hornhautbank
Spendergewinnung und Kontraindikationen
Arbeitsabfolgen zur Aufarbeitung der Hornhäute
Vergleich der Ist – Situation mit der derzeit gültigen Soll – Situation
Vorschläge / Empfehlungen (2000)
6. Interdisziplinäres Projekt: „Evaluierung von Gewebespendern“ der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (ab 2000)
Institut für Psychologie, Medizinische Fakultät: Institut für Augenheilkunde, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die Arbeit hat bisher weder im In- und Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Fulda, den 25. August 2002

Jutta Müller

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei den Personen bedanken, die mir während der Zeit der Entstehung der Arbeit geholfen haben.

Besonders bedanken möchte ich mich bei dem Betreuer der Arbeit, Herrn Prof. Dr. J. Behrens, Direktor des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Zu viel seiner Zeit habe ich in Anspruch nehmen müssen. Bedingt dadurch, da während der Zeit der Erarbeitung keine andere Reflektion des Themas möglich war.

Danken möchte ich auch Frau Dr. Lautenschläger vom Institut für Biometrie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg für ihre statistische Beratung und Beantwortung meiner Fragen.

Bedanken möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. J. Radke, Direktor der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin und bei der Pflegedienstleiterin Fr. Horn der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, dass ich die zweite Datenerhebung für diese Arbeit durchführen durfte.

Die intensive Beschäftigung und direkte Konfrontation mit dem Thema der Organ- und Gewebespende in einer 10 jährigen Berufspraxis im Intensivbereich und auch über einige Jahre in der Theorie ist zeitweise nicht einfach gewesen. Während der Zeit der Erarbeitung dieser Arbeit eine Freundin durch Krankheit und Tod zu verlieren, hat eine wichtige Rolle der Beschäftigung mit dem Tod gespielt. Aspekte, die jedoch eine persönliche Bereicherung bedeuten.

Besonderer Dank gilt meiner Familie. Jederzeit hat sie mich unterstützt, damit mir das Schreiben dieser Arbeit ermöglicht worden ist. Sie weiss um die Bedeutung dieses Lebensabschnittes an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.