

Aus dem Institut für  
Psychotherapie und Medizinische Psychologie  
der Universität Würzburg  
Kommissarischer Vorstand: Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych. H. Faller

**Der Entscheidungsprozess  
im Kontext einer Lebendnierentransplantation  
aus Sicht von Spenderinnen und  
Spendern – eine qualitative Studie**

Inaugural – Dissertation  
zur Erlangung der Doktorwürde der  
Medizinischen Fakultät  
der Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg

vorgelegt von  
Alexandra Stoffers  
aus Werneck

Würzburg, Dezember 2009

Referent: Professor Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych. H. Faller

Korreferent: Privatdozent Dr. med. B. Jabs

Dekan: Professor Dr. med. M. Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 01.03.2010

Die Promovendin ist Ärztin

# Inhaltsverzeichnis

## Vorwort

<b>1 Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>2 Hintergrund .....</b>	<b>3</b>
2.1 Historische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen .....	3
2.1.1 Historische Entwicklung der Nierentransplantation.....	3
2.1.2 Organmangel als Problem .....	4
2.1.3 Lebendnierenspende und -transplantation: Aktueller Stand.....	6
2.2 Ablauf und medizinische Aspekte einer Lebendnierenspende.....	7
2.2.1 Ablauf einer Lebendnierenspende .....	7
2.2.2 Mögliche medizinische Komplikationen beim Spender.....	10
2.2.3 Medizinische Vorteile der Lebend- gegenüber der postmortalen Spende...	12
2.3 Psychologische Aspekte der Lebendspende .....	12
2.3.1 Psychologische Aspekte bei Empfänger und Spender .....	12
2.3.2 Entscheidungsrelevante Faktoren im Rahmen einer Lebendspende .....	15
2.3.3 Lebensqualität nach einer Spende .....	16
<b>3 Fragestellung und Hypothesen .....</b>	<b>18</b>
<b>4 Methode .....</b>	<b>23</b>
4.1 Ablauf und Themen des teilstrukturierten Interviews .....	23
4.2 Transkription der Interviews .....	24
4.3 Inhaltsanalytisches Vorgehen bei der Datenauswertung.....	30
<b>5 Stichprobenbeschreibung .....</b>	<b>35</b>

<b>6</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>37</b>
6.1	Transplantat- und Gesundheitsstatus zum Zeitpunkt der Befragung.....	37
6.2	Vorerfahrungen und Voreinstellungen zum Thema Organspende .....	38
6.2.1	Voreinstellungen der Spenderinnen allgemein.....	38
6.2.2	Wissensquellen .....	40
6.2.3	Intensive Beschäftigung mit dem Thema Organspende vor Krankheitsbeginn des Angehörigen / Freundes.....	43
6.2.4	Besitz eines Organspendeausweises.....	45
6.3	Einflussfaktoren auf die Entscheidung zur Spende .....	49
6.3.1	Zuneigung zum Empfänger als Einflussfaktor .....	50
6.3.2	Pflichtgefühl als Einflussfaktor .....	52
6.3.3	Verantwortung als Einflussfaktor.....	54
6.3.4	Einstellungen nahe stehender Personen als Einflussfaktor .....	56
6.4	Spontaneität der Entscheidung .....	63
6.5	Positive Erfahrungen mit der Spende .....	66
6.5.1	Zufriedenheit der Spenderinnen im Rückblick.....	66
6.5.2	Gesundheitsstatus des Empfängers als möglicher Einflussfaktor auf die Bewertung der Spende.....	67
6.5.3	Gesundheitsstatus der Spenderin als möglicher Einflussfaktor auf die Bewertung der Spende.....	70
6.6	Postoperative Konflikte .....	75
<b>7</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse .....</b>	<b>79</b>
<b>8</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>90</b>
<b>9</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>91</b>

<b>Anhang 1 (Anschreiben).....</b>	<b>102</b>
<b>Anhang 2 (Studieninformation).....</b>	<b>103</b>
<b>Anhang 3 (Einverständniserklärung).....</b>	<b>105</b>
<b>Anhang 4 (Interviewleitfaden).....</b>	<b>106</b>

**Danksagung**

**Lebenslauf**

*In Liebe  
meiner Mutter  
und meinem Bruder Michael*

## Vorwort

Der Grund, warum mein Interesse gerade der Lebendnierenspende gilt, ist der Tod meines Bruders, bei dem eine Transplantation möglicherweise sein Leben gerettet hätte.

Am 24. September 1995 starb mein Bruder Michael im Alter von 17 ½ Jahren. Die Todesursache war ein Nierenversagen beidseits infolge von Chemotherapie bei einem Primärtumor in der rechten Lunge. Während seiner letzten drei Wochen an der Intensivstation versuchten die Ärzte des Städtischen Klinikums in Fulda, ihn durch Dialyse zu retten. An die Möglichkeit einer Nierentransplantation hat zu dem Zeitpunkt keiner gedacht, vielleicht ist es aufgrund des schlechten Allgemeinzustandes auch nicht mehr möglich gewesen.

Kurz nachdem die Diagnose des Lungenkarzinoms feststand, äußerte meine Mutter schon die Bereitschaft zur Transplantation einer Lunge, wovon ihr allerdings sofort abgeraten wurde, weil es noch kein gängiges Verfahren war und auch heute noch nicht ist. Im Artikel „Eurotransplant und die Entwicklung des Organbedarfs in Mitteleuropa“ von K. Lopau und Kollegen, 1998, wird nur von einer bis zu diesem Zeitpunkt durchgeführten Lungenlebendspende mit Lungenflügeln zweier Verwandter in München berichtet. Abgesehen davon hat unser damaliger Hausarzt, der auch Psychotherapeut war, meiner Mutter von einer Lebendorganspende schon aus dem Grund abgeraten, weil Mutter und Sohn eine zu enge verwandtschaftliche Beziehung hätten und dies keine gute Voraussetzung für eine Spende sei.

Nach dem Tode meines Bruders wollte ich Medizin studieren, um anderen kranken Menschen zu helfen. Das Thema Nierenversagen und Organspende behielt ich dabei weiterhin im Blick.

Im Rahmen der Vorbereitung meiner Dissertation erfuhr ich, wie nützlich und erfolgreich eine Organtransplantation sein kann, gerade auch eine Lebendtransplantation. Enge verwandtschaftliche Beziehung ist kein Hindernis für eine Lebendorganspende, kann im Gegenteil sogar die Überlebensdauer des Transplantates verlängern. Es ist aber wichtig, vorher nicht nur medizinisch, sondern auch psychologisch abzuklären, ob eine solche Spende sinnvoll ist, denn bei Entscheidungskonflikten können hinterher große Probleme für Spender und Empfänger entstehen.

# 1 Einleitung

Seit der ersten erfolgreichen Nierentransplantation 1954 bei eineiigen Zwillingen in Boston, ausgeführt von Dr. J. Murray (Bickeböller, 2000), haben sich die Überlebenschancen von niereninsuffizienten Patienten deutlich verbessert. Aufgrund des Mangels an postmortalen Spenderorganen gewinnt die Lebendnierenspende zunehmend an Bedeutung. Sie bringt eine Reihe von Vorteilen mit sich; zum Beispiel entfallen lange Wartezeiten bezüglich eines Spenderorgans, wodurch die Dialysezeit deutlich reduziert werden bzw. völlig entfallen und die mit der Dialyse verbundene Verringerung der Lebensqualität abgemildert werden kann; die Transplantation kann geplant und durchgeführt werden, wenn der Empfänger noch in guter gesundheitlicher Verfassung ist (Steiger et al., 2005).

Organe von Lebendnierenspendern funktionieren im Durchschnitt länger als Organe von verstorbenen Spendern. Die besseren Resultate lassen sich mit der im Vergleich zur post mortem-Spende kürzeren Zeit, in der das Organ nicht mit Blut versorgt wird (kürzere Ischämiedauer), und mit der Transplantation von „gesünderen“, durchschnittlich jüngeren Nieren erklären (Steiger et al., 2005).

Das Interesse der Dissertation gilt in erster Linie den Spenderinnen<sup>1</sup>, weil sie etwas Besonderes für einen nahe stehenden Menschen getan und dabei gewisse Risiken auf sich genommen haben. Trotz psychologischer Vorgespräche finden sich immer wieder Spenderinnen, die in die Transplantation einwilligten, hinterher ihre Entscheidung aber dennoch bedauerten oder psychische Probleme entwickelten. Sowohl für den Spender als auch für den Empfänger ist es sehr wichtig, dass die Entscheidung zur Transplantation freiwillig erfolgt, denn nur so kann auch das psychische Befinden davon profitieren oder zumindest nicht beeinträchtigt werden. Einige Empfänger und Spender brauchen nach der Transplantation psychologische Hilfe, vor allem, wenn sie sich in ihrer Entscheidung unter Druck gesetzt fühlten (Muthny & Koch, 1997). Die Prävention einer unbedachten Entscheidung ist daher zumindest genauso wichtig wie die Hilfe danach.

---

<sup>1</sup> Da achtzehn Interviewteilnehmerinnen weiblich und nur zwei Teilnehmer männlich waren, wird der Übersichtlichkeit halber nur die weibliche Form verwendet. Für die Empfänger gilt Entsprechendes für die männliche Form, da fünfzehn Empfänger männlich und nur fünf Empfängerinnen weiblich waren.



In dieser Arbeit soll untersucht werden, welche Faktoren die Entscheidung, eine Niere zu spenden, beeinflussen und wie die Spender die Spende im Rückblick erleben. Außerdem soll sie alle, die sie lesen, auf die Möglichkeit der Lebendorganspende aufmerksam machen bzw. sie an diese Möglichkeit erinnern und sie gegebenenfalls zu diesem Schritt ermutigen.

In der vorgestellten Studie wurden Lebendnierenspenderrinnen persönlich zu folgenden Aspekten befragt: Voreinstellung zum Thema Transplantation, Einflussfaktoren auf die Entscheidung, Spontaneität der Entscheidung, Zufriedenheit im Rückblick und Zusammenhang zwischen Druck und Zweifel bei der Entscheidung und postoperativen Konflikten. Zur Beantwortung dieser Fragen wurden Interviews mit Personen geführt, die im Zeitraum 1996 bis 2004 am Universitätsklinikum Würzburg eine Niere spendeten (zur Beschreibung der Stichprobe vgl. Kapitel 5).

Im folgenden Kapitel (Kap. 2) wird auf die Geschichte und Problematik der Lebendnierenspende sowie aktuelle Studienergebnisse eingegangen, im dritten Kapitel die Fragestellung und im vierten Kapitel die Methodik der Studie vorgestellt. Im fünften Kapitel erfolgt - wie oben schon erwähnt - eine Beschreibung der Stichprobe. Anschließend folgen die Ergebnisse aus den Interviews (Kap. 6) sowie eine Diskussion (Kap. 7) und Zusammenfassung (Kap. 8) der Studienbefunde und ihrer Implikationen.

## **2 Hintergrund**

### **2.1 Historische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen**

#### **2.1.1 Historische Entwicklung der Nierentransplantation**

Die erste Nierentransplantation erfolgte 1902 an einem Hund durch H. Ullmann in Wien. Den ersten Transplantationsversuch am Menschen unternahm M. Jaboulay 1906 in Lyon; er transplantierte eine Schweine- und eine Ziegeniere in die Ellenbeugen zweier niereninsuffizienter Patienten; die Transplantate funktionierten nur wenige Stunden. 1933 wurde durch den ukrainischen Chirurg K. Voronoy die erste Leichennierenallotransplantation am Menschen durchgeführt; die gespendete Niere funktionierte zu keinem Zeitpunkt (Bickeböller, 2000).

Die erste erfolgreiche Nierentransplantation, eine Lebendnierenspende, wurde 1954 durch J. E. Murray bei eineiigen Zwillingen in Boston durchgeführt. Die Transplantation war erfolgreich, weil Spender und Empfänger genetisch identisch waren; so bestand kein Abstoßungsrisiko (Nagel & Mayer, 2003).

Zwischen 1951 und 1966 verbesserte sich allmählich die immunsuppressive Therapie. 53% aller gespendeten Organe stammten von genetisch verwandten Lebendspendern, 10% von genetisch nichtverwandten Lebendspendern und 37% von herztoten Spendern. 63% aller gespendeten Organe stammten also von lebenden Menschen. Schließlich stieg auch der Anteil hirntoter Spender (in den USA stammten 1971 59% der gespendeten Nieren von Hirntoten). Durch Verbesserungen in der Immunologie glichen sich die Ergebnisse bei der Transplantation von Organen genetisch verwandter Spender und Hirntoter zunehmend an (Bickeböller, 2000).

Durch die Einrichtung des Europäischen Transplantationsverbundes Eurotransplant in Leiden, Niederlande, gegründet 1967 von Prof. Jon van Rood, konnte erzielt werden, dass nun bezüglich Blutgruppen und HLA-Merkmalen immunologisch möglichst gut passende Organe transplantiert werden können (Galden, 2007; Hoyer & Weimer, 2006).

In den ersten Jahren der Organgewinnung Hirntoter wurde die Indikation zur Transplantation noch bei weitem restriktiver gesehen als heute, weil sowohl die Anästhesie und Intensivmedizin als auch die Behandlung vorerkrankter Patienten, z.B. Diabeteskranker, Einschränkungen erforderte. Dadurch konnte der Bedarf nach 1968 zunächst mit Organen Hirntoter gedeckt werden, so dass die Lebendnierenspende vorerst wieder an Bedeutung verlor. Außerdem entwickelte sich parallel zur Nierentransplantation die Technik der Dialyse, die eine Organspende nicht mehr lebensnotwendig machte und zunächst auch zu besseren Ergebnissen führte. In neuester Zeit erweist sich jedoch wiederum die Transplantation als Therapie der Wahl, woraus ein stetig zunehmender Mangel an Organspenden Hirntoter erwächst (Bickeböller, 2000). Der Anteil an Lebendnierenspenden dagegen, der in Deutschland 1996 noch bei 6,4% lag, ist schließlich auf über 20% aller Nierentransplantationen im Jahr 2008 angestiegen (DSO, 2009).

### **2.1.2 Organmangel als Problem**

Im Zusammenhang mit Organspende und -transplantation sind etwa 22.000 Menschenleben und die Ermöglichung einer besseren Lebensqualität von der Willenserklärung anderer Personen abhängig (Schmidt-Recla, 2005). Das Problem liegt hier im europäischen Recht, das einschließt, dass der Wille eines Menschen bei dessen Tod keine absolute Grenze findet. Ein vor dem Tod gebildeter Wille muss in unserem Kulturkreis auch nach dem Tod gelten und geachtet werden - und dies gilt auch für den Körper des Verstorbenen. Diese Überzeugung stützt sich heute meistens auf das sogenannte postmortale Persönlichkeitsrecht und damit auf Artikel 1 I im Grundgesetz - die Menschenwürde (Schmidt-Recla, 2005).

Die Regelung der Organspende ist in den verschiedenen europäischen Staaten unterschiedlich. In Deutschland sowie zum Beispiel auch in Dänemark, Griechenland und Großbritannien gilt die *erweiterte Zustimmungslösung*, was bedeutet, dass jeder Einzelne zu Lebzeiten für sich entscheidet, ob er nach seinem Tod Organe spenden möchte. Falls keine Entscheidung bekannt ist, entscheiden die Angehörigen nach dem mutmaßlichen Willen des Verstorbenen. In anderen Staaten, wie beispielsweise Österreich, Italien, Spanien und Slowenien, gilt dagegen die *Widerspruchslösung*. Jeder,

der eine Organspende für sich ablehnt, sollte zu Lebzeiten seinen Widerspruch dokumentieren. Wenn dies nicht geschehen ist, kann nach Feststellung des Todes eine Organentnahme durchgeführt werden.

Leider können nicht alle Patienten, die ein neues Organ benötigen, auf eine Warteliste aufgenommen werden. Wenn das Risiko der Transplantation und ihrer Nachbehandlung zu hoch ist und die Erfolgsaussichten schlecht sind, wird der Eingriff nicht in Betracht gezogen. Ärzte sind laut Transplantationsgesetz (§ 16) dazu verpflichtet, Gründe für oder gegen die Aufnahme auf die Warteliste zu dokumentieren und dem Patienten mitzuteilen. Sie sind darüber hinaus verpflichtet, die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Aufnahme in die Warteliste zu befolgen.

Die Transplantationszentren geben die erforderlichen Patientendaten anschließend weiter an die Vermittlungsstelle Eurotransplant (ET), wo für jedes Organ gemeinsame Wartelisten der ET-Mitgliedsländer Niederlande, Belgien, Luxemburg, Österreich, Slowenien, Kroatien und Deutschland geführt werden. Die länderübergreifende Kooperation ermöglicht es, in dringenden Fällen möglichst schnell ein lebensrettendes Organ zu finden sowie immunologisch „passende“ Organe zu vermitteln und damit die Erfolgsaussichten zu erhöhen (DSO, 2009).

Zur Beseitigung des Organmangels ist die Widerspruchslösung günstiger, denn dadurch wird die postmortale Organspende quasi zur Bürgerpflicht. In der ehemaligen DDR galt auch noch die Widerspruchslösung, im wiedervereinigten Deutschland jedoch scheiterte der Versuch, dieses Modell zu akzeptieren. Leider ist in der bundesdeutschen Bevölkerung die Organspendebereitschaft sehr mangelhaft (Schmidt-Recla, 2005).

Eine Ablehnung der Organspende kann resultieren aus „falschen“ Überzeugungen wie Unkenntnis des Hirntodkonzeptes, Unsicherheit bezüglich des Spenderausweises, aber auch religiösen Überzeugungen und der Meinung, ältere Menschen kämen als Spender nicht mehr in Frage. Einige Menschen haben auch Angst, dass ihre Organe vor ihrem eigentlichen Tod entnommen werden, dass der Tod voreilig erklärt und keine optimale intensivmedizinische Versorgung gewährleistet wird oder auch, dass lebenserhaltende Maschinen unnötig angeschaltet bleiben (Gold et al., 2001; Hübner & Six, 2005; Keller et al., 2004).

Der Hirntod (in § 3 TPG spezifiziert) wird nur schwer als Tod des Menschen akzeptiert. Laut Schmidt-Recla (2005) ist wichtig für eine erfolgreiche Transplantation, dass der Spender „so tot wie nötig, aber so lebendig wie möglich“ sein muss (S. 4). Bei der Lebendspende (betrifft Niere und Leberlappen) fallen gegenüber der postmortalen Spende einige juristische Probleme weg, da der Spender selbst entscheiden kann. Bei der postmortalen Spende dagegen müssen die Angehörigen bei Nichtvorliegen eines Organspendeausweises nach dem mutmaßlichen Willen des Verstorbenen entscheiden (TPG, § 4). Die Lebendspende wird auch im Vergleich zur postmortalen Spende von der Bevölkerung überwiegend positiv bewertet, da der Wille eines Lebenden vollzogen wird, einem anderen in selbstloser Weise zu helfen. Umso negativer wird dann die „Perversion der Lebendspende“, z.B. das Ausnutzen von Zwangslagen des Spenders, bewertet (Schmidt-Recla, 2005). Es kann beispielsweise vorkommen, dass durch „Meinungsführer“ innerhalb der Familie ein so genanntes „schwarzes Schaf“ als Spender auserwählt wird, „um durch die Spende eine unterstellte Schuld gegenüber der Familie abzutragen“ (Sann, 2003, S. 16).

### **2.1.3 Lebendnierenspende und -transplantation: Aktueller Stand**

Der Gesetzgeber hat 1997 mit dem Transplantationsgesetz (TPG) den rechtlichen Rahmen für die Organspende, sowohl beim Verstorbenen als auch beim Lebenden, geschaffen. Hierbei wird eher präventiv dafür gesorgt, dass kein Organhandel (§ 18 TPG) und keine unfreiwillige Spende erfolgen (§ 19 TPG). Die Beziehung zwischen Spender und Empfänger muss offenkundig ausreichend intensiv und gefestigt sein (§ 8 TPG), um auch zwischenmenschliche Probleme im Falle von Komplikationen möglichst gering zu halten (Schmidt-Recla, 2005).

Der Anteil von Lebendnierenspenden an allen Nierentransplantationen lag - wie oben bereits erwähnt - 1996 bei 6,4%. Im Verlauf der letzten Jahre ist diesbezüglich eine deutliche Zunahme zu verzeichnen (DSO, 2007; Lukaszczik et al., 2008).

In Abbildung 1 ist die Entwicklung der Lebendnierenspende in Deutschland zwischen 1999 und 2008 dargestellt.

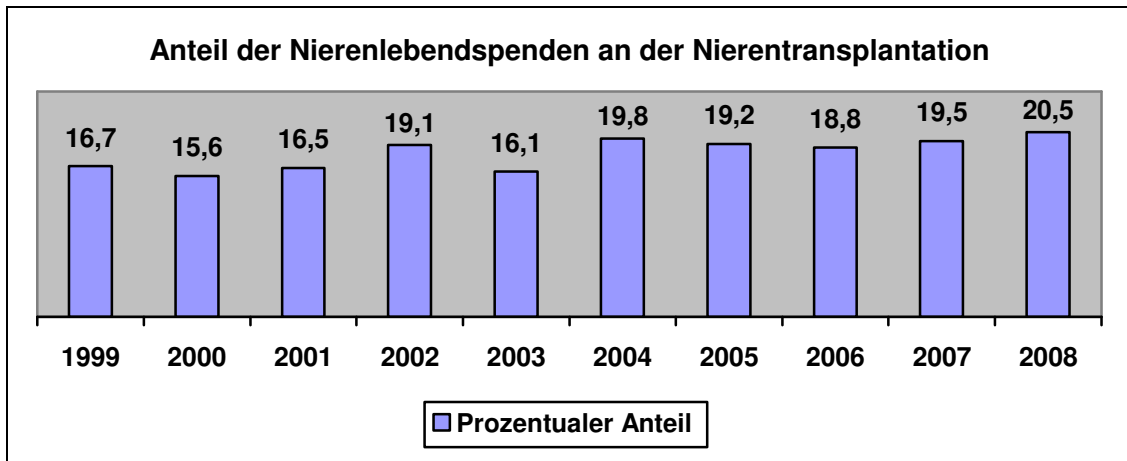


Abbildung 1: Anteil der Nierenlebendspenden (www.dso.de, Zugriff November 2009)

Zurzeit ist bezüglich der Lebendspende die Transplantation genetisch verwandter Spender in Deutschland noch Standard, wobei Frauen weitaus häufiger die Funktion des Spenders übernehmen als Männer (Bickeböller, 2000; Schweitzer et al., 2003).

## 2.2 Ablauf und medizinische Aspekte einer Lebendnierenspende

### 2.2.1 Ablauf einer Lebendnierenspende

Im Entscheidungsprozess hinsichtlich einer Lebendnierenspende ist es von Bedeutung, dem potentiellen Spender im Vorfeld die medizinischen und psychologischen Aspekte sowie den gesamten Ablauf einer Lebendnierenspende und -transplantation zu erläutern. Man könnte vermuten, dass oft Angst vor dem Ungewissen eine Barriere bezüglich einer Entscheidung darstellt. Es gibt sicherlich Menschen, die vor einem operativen Eingriff große Angst haben, weil sie entweder noch nie operiert wurden oder bereits schlechte Erfahrungen mit einer Operation gemacht haben. Deshalb ist es sehr wichtig, die potentiellen Spender realistisch über die Risiken und Potenziale des Eingriffs aufzuklären.

Zunächst sollen einige wichtige Punkte zum Ablauf vor der Operation angeführt werden. Es ist von Bedeutung, frühzeitig an die Möglichkeit einer Lebendnierenspende zu denken, am besten, wenn der Empfänger noch nicht dialysepflichtig ist im Sinne

einer präemptiven Transplantation (Fangmann et al., 1999; Innocenti et al., 2007; Lukaszczik et al., 2008; Schlich, 1998), weil sich bereits bis zu dem Zeitpunkt, an dem ein dialysepflichtiger Patient auf die Warteliste für eine Nierentransplantation gesetzt wird, einige Einschränkungen gesundheitlicher und psychosozialer Art ergeben haben können (Achilles, 2004; Lukaszczik et al., 2008). Weiterhin sind die postoperativen Ergebnisse am besten, wenn ein Empfänger vor der Transplantation noch nicht dialysepflichtig war (Innocenti et al., 2007). Es kommen aber auch Patienten für eine Lebendnierentransplantation in Frage, die schon auf der Warteliste für eine Nierentransplantation stehen oder die bereits auf Dialyse angewiesen sind. Die Aufnahme auf die Warteliste eines Transplantationszentrums ist sogar Voraussetzung für die Zulässigkeit einer Lebendorganspende, da gemäß Transplantationsgesetz eine Lebendorganspende nur dann zulässig ist, wenn zum Zeitpunkt der Organentnahme kein geeignetes Organ eines Verstorbenen zur Verfügung steht ([www.transplantation.med.tu-muenchen.de/...](http://www.transplantation.med.tu-muenchen.de/...)).<sup>2</sup>

Vor der Anmeldung für eine Nierentransplantation haben meist schon Gespräche über Lebendtransplantation mit Familienangehörigen, Freunden, dem Hausarzt oder Dialysearzt stattgefunden. Bei der persönlichen Vorstellung in der Klinik wird dann ausführlicher über die Möglichkeit der Lebendspende durch verwandte oder nahestehende nicht verwandte Personen gesprochen.

Bezüglich Einstellungen und Informationsstand zur Lebendniere spende bei Angehörigen von Patienten mit Nierenersatztherapie zeigt sich, dass sowohl die behandelnden Ärzte als auch die Medien die häufigsten Informationsquellen sind, die aber jeweils weniger als die Hälfte der Angehörigen erreichen. Mehr als die Hälfte der Angehörigen fühlt sich nicht ausreichend informiert und äußert den Wunsch nach weiteren Informationen, z.B. über Risiken für den Spender und / oder das Transplantat, psychologische Aspekte oder Nichtverwandtenspende (Hirte & Stötzner, 2000).

Der potentielle Spender sollte nicht nur aus medizinischer, sondern auch aus psychologischer Sicht geeignet sein. Voraussetzung ist die Blutgruppengleichheit zwischen Spender und Empfänger nach den Regeln der Blutübertragung; der Rhesusfaktor muss nicht übereinstimmen. Auch die gesundheitliche Situation des Empfängers muss über-

---

<sup>2</sup> abgerufen am 07.05.2009

prüft werden, denn nur bei Patienten, die für eine Transplantation geeignet sind, ist es möglich, Gesundheit, Wohlbefinden, körperliche Leistungs- und Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen. Wenn die gesundheitliche Situation von Spender und Empfänger eine Transplantation zulässt und sie nach der Beratung durch das Transplantationszentrum ihr schriftliches Einverständnis dazu gegeben haben, kann die Anmeldung bei Eurotransplant erfolgen, die - wie oben schon erwähnt - bei postmortaler sowie Lebendtransplantation notwendig ist. Die durchschnittliche Wartezeit auf eine Nierenspende von einem Verstorbenen beträgt etwa sechs Jahre, was bei der Lebendspende entfällt (<http://www99.mh-hannover.de/...>).<sup>3</sup>

Es folgt zusammenfassend eine beispielhafte Beschreibung zum Ablauf der Begutachtung an der Universität Würzburg im Vorfeld einer Lebendnierenspende. Die Fakten wurden in Gesprächen mit zuständigen Mitarbeitern des Instituts für Psychotherapie und Medizinische Psychologie und der Abteilung Nephrologie der Medizinischen Klinik und Poliklinik I der Universität Würzburg eruiert.

Zunächst erfolgt in der Nephrologie ein Gespräch in Anwesenheit des potentiellen Spenders und Empfängers mit Blutgruppentest und Crossmatch-Untersuchung. Dann folgt die medizinische Evaluation mit Abklärung der Nierenfunktion, Nierenanatomie und des Operationsrisikos.

Wenn der potentielle Spender aus medizinischer Sicht für eine Spende in Frage kommt, folgt die psychologische Evaluation der Paarbeziehung, der Freiwilligkeit und des Vorliegens von psychiatrischen Erkrankungen. Spender und Empfänger werden am Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität einbestellt und - meist getrennt voneinander - von einem Psychologen begutachtet, der im Auftrag des Transplantationszentrums arbeitet (zumeist jeweils ein Gespräch, in Einzelfällen auch mehrere Gespräche). Im Vorfeld der Begutachtung erhalten Spender und Empfänger Fragebögen zur psychischen Symptomatik (SCL-90-R), Persönlichkeit (FPI-R) und gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36). Ziel der Begutachtung ist es, mögliche Konflikte, möglichen Zwang und mögliche Verarbeitungsprobleme zu erkennen, um zu verhindern, dass es Spender und Empfänger nach dem Eingriff schlechter geht als vorher. Laut Bunzel & Laederach-Hofmann (2000) ist ein prä-

---

<sup>3</sup> abgerufen am 21.03.2005



operatives psychosoziales Screening auch notwendig, um beim Empfänger Faktoren für postoperative Noncompliance zu erkennen bzw. auszuschließen, wie z.B. Persönlichkeitsstörungen oder Suchterkrankungen.

Sofern die Beziehung zwischen Spender und Empfänger gut erscheint und keine psychischen Störungen vorliegen, die die Entscheidungsfähigkeit des Spenders beeinträchtigen könnten, schließt sich die "Kommission zur Prüfung der Freiwilligkeit und Unentgeltlichkeit der Lebendnierenspende" an, der ein Jurist, ein Nephrologe und eine Psychologin angehören. Die Kommissionsmitglieder befragen Spender und Empfänger noch einmal hinsichtlich der Freiwilligkeit ("Wie kam es zu der Entscheidung?" „Was würde passieren, wenn es sich der Spender anders überlegt?“ „Wie ist die finanzielle Absicherung, falls etwas schief geht?“ etc.) und möglicher finanzieller Interessen. Die Kommission arbeitet im Auftrag der Bayerischen Landesärztekammer.

Das Votum der Kommission wird an das Transplantationszentrum und die Ärztekammer weitergeleitet, und es schließt sich in der Regel zeitnah eine Transplantation an. Der gesamte Prozess kann bis zu 9 Monaten dauern.

### 2.2.2 Mögliche medizinische Komplikationen beim Spender

Für den Spender besteht ein Risiko *früher* chirurgischer Komplikationen gravierender Art von 1,4% bis 7%, insbesondere zu erwähnen sind hierbei postoperative Atelektasen der Lunge, Harnwegsinfekte und Lungeninfiltrate (vgl. Tabelle 2.1).

**Tab. 2.1: Komplikationen nach Lebendnierenspende (n = 413)**

(nach Duraj et al., 1995, S. 804, übersetzt).

Komplikation	Anzahl	%
Atelektase der Lunge	n = 62	15
Harnwegsinfekt	n = 41	10
Lungeninfiltrat	n = 26	6
Nervenverletzung	n = 26	6

Tab. 2.1 (Fortsetzung).

Mediastinal-, Subcutanemphysem	n = 16	6
Blutung (1-2 Blutkonserven)	n = 15	4
Wundinfektion	n = 14	3
Pneumothorax	n = 11	3
Harnblasenverletzung	n = 8	2
Tiefe Venenthrombose	n = 5	1
Blutung (mehr als 3 Blutkonserven)	n = 5	1
Lungenembolie	n = 3	1
Hepatitis B (durch Bluttransfusion)	n = 2	0,5
Nierenarterienverletzung bei Nierenentfernung	n = 1	0,5

Als *späte* chirurgische Komplikationen wird bei 7,6% bis 11,4% ein lokaler, chronischer Wundschmerz beschrieben (Bickeböller, 2000).

Diese Zahlen von Duraj und Bickeböller decken sich mit denen anderer Studien. Laut Checkliste Organtransplantation (1999) beträgt das frühe Morbiditätsrisiko (z.B. Verletzung abdomineller Organe, Nachblutung im Bereich der Nebenniere, intraabdominelle / retroperitoneale Infektionen, Lungenembolie) nach erfolgter Operation 0%-7%. Späte chirurgische Komplikationen wie chronischer lokaler Wundschmerz liegen hier bei 7%-11%. Laut Steiger und Mitarbeitern (2005) liegen Frühkomplikationen wie Lungenembolie, Pneumonie, Nachblutungen etc. um 1%. Als Spätkomplikation werden bei 12,9% der Lebendnierenspender ein Jahr nach Spende Narbenprobleme wie „ziehender Schmerz“, „juckender Schmerz“ und „Druckempfindlichkeit“ angegeben; nach fünf Jahren sind es noch 8,2%. Narbenhernien oder eine Schwäche der Bauchwand wurden jeweils in weniger als 1% der Fälle gefunden.

Die Befürchtung, dass sich nach einer unilateralen Nephrektomie zwangsläufig eine Proteinurie bzw. Hypertonie einstellt, hat sich nicht bewahrheitet. Auch wenn die unilaterale Nephrektomie eine gute Kurz- und Langzeitprognose hat, sollten Lebend-

nierenspende sorgfältig nachuntersucht werden, um mögliche Komplikationen frühzeitig zu erfassen und zu behandeln (Dickenmann et al., 2001).

### **2.2.3 Medizinische Vorteile der Lebend- gegenüber der postmortalen Spende**

Bei den Empfängern werden gute Überlebensraten festgestellt, v. a. bei Nieren genetisch verwandter Spender, bei denen Fünfjahresorganfunktionsraten von 80%-90% erreicht werden können; bei nichtverwandten hirntoten Spendern dagegen werden Fünfjahresfunktionsraten von nur 60%-70% erreicht (Bickeböller, 2000). Je näher der Verwandtschaftsgrad, desto länger ist in der Regel das Transplantatüberleben (Yoshimura et al., 2003). Die guten Ergebnisse genetisch verwandter Spenden kommen nicht nur durch die genetische Verwandtschaft zustande, sondern auch durch die bessere Planung der Operation, kürzere Ischämiezeiten, den meist sorgfältigeren Umgang mit dem gespendeten Organ sowie durch den besseren Ausgangszustand des Patienten, da längere Wartezeiten auf ein Organ entfallen. Die besten Ergebnisse werden bei Patienten erzielt, die sich zum Zeitpunkt der Transplantation noch im Prädialysestadium befinden, da die Rate der Sekundärkomplikationen durch die chronische Niereninsuffizienz niedriger ist (Dickenmann et al., 2001).

## **2.3 Psychologische Aspekte der Lebendspende**

### **2.3.1 Psychologische Aspekte bei Empfänger und Spender**

In Deutschland ist – wie oben bereits erwähnt – entsprechend dem Transplantationsgesetz (§ 8) für lebendgespendete Nieren eine nahe verwandtschaftliche und / oder eine nahe emotionale Beziehung zwischen Spender und Empfänger Voraussetzung.

**Empfänger.** „Bei Transplantatempfängern lassen sich nach der Übersichtsarbeit von Archonti und Mitarbeitern (2005) zwei Gruppen von Belastungsfaktoren unterscheiden: Zum einen haben sich Patienten mit den psychosozialen Folgen der chronischen und progredienten Organerkrankung auseinander zu setzen; zum zweiten werden sie auch mit eher spezifischen Belastungen, welche mit der Organübertragung selbst und den

sich hieraus ergebenden Anpassungserfordernissen einhergehen, konfrontiert“ (Lukaszcik et al., 2008, S. 112).

Seitens des Empfängers besteht eine starke „Ambivalenz zwischen großer Hoffnung auf Heilung und Gesundung einerseits und dem Bewusstsein eines möglichen Misserfolgs der Transplantation und eines großen medizinischen Risikos für sich und den Lebendspender andererseits“ (Achilles, 2004, S. 142; s. auch Lukasczik et al., 2008).

Prospektive Studien zur präoperativen Persönlichkeitsstruktur von Nierentransplantatempfängern und deren postoperativer Persönlichkeitsentwicklung zeigen, dass die präoperative Einstellung des potentiellen Empfängers zum Thema Transplantation Einfluss auf das postoperative Ergebnis hat (Bickeböller, 2000).

Das folgende Datenmaterial (Bickeböller, 2000) bezieht sich vorwiegend auf Empfänger von Organen hirntoter Spender. Patienten mit präoperativ negativeren Erwartungen hinsichtlich des Transplantationserfolgs wiesen eine größere Operationsangst und einen größeren Anteil an misslungenen Transplantationen auf als eine Vergleichsgruppe mit positiver präoperativer Einstellung. Es ist allerdings auch nicht von Vorteil, wenn die präoperativen Erwartungen zu hoch gesteckt sind, da die Enttäuschung postoperativ umso größer ausfallen kann, denn selbst nach erfolgreicher Transplantation sind die Empfänger weiterhin nicht gesund. So scheint eine realistische Einschätzung des Transplantationsergebnisses für den Erfolg der Lebendspende notwendig zu sein (vgl. auch Lang & Faller, 1998). Sowohl der Empfänger als auch der Spender und das Umfeld müssen darüber aufgeklärt sein, dass nur ein partieller Erfolg erreicht wird und ein relativer Zustand an Krankheit und gesundheitlicher Einschränkung verbleibt.

Anhand von Querschnittsuntersuchungen wird deutlich, dass bis zu 30% der Dialysepatienten depressiv verstimmt sind (Kiss, 2003). Daher sollten die Konsequenzen eines Transplantationsmisserfolgs in etwa abzuschätzen sein, so dass eine Verschlechterung des psychischen Befindens der potentiellen Empfänger nach Möglichkeit vermieden wird.

**Spender.** Die Lebendspender stehen auch postoperativ ihrer Entscheidung größtenteils positiv gegenüber (Johnson et al., 1999; Koch et al., 1997). Eine Vergleichsuntersuchung zwischen 135 Lebendspendern und 65 Nichtspendern, also Familienangehörigen, die aus persönlichen Gründen nicht spendeten, zeigte bei den Spendern ein im

Durchschnitt höheres Selbstwertgefühl (Bickeböllner, 2000). Die Spender begründeten ihre Motivation zur Spende und ihr gesteigertes Selbstwertgefühl mit einem grundsätzlich bestehenden Lebensoptimismus und dem Bedürfnis, sich durch die Spende einen lebenserhaltenden Akt zuschreiben zu können. Ein potenzielles Problem stellen gewisse innerfamiliäre Zwänge (Verpflichtungsgefühle gegenüber leidenden Familienmitgliedern) dar, die allerdings von den Spendern während des Entscheidungsprozesses auch gedanklich ausgeblendet werden können; nur etwa 6% der genetisch verwandten Lebendspender bestätigen, dass sie in ihrer Entscheidung beeinflusst worden sind, dann aber eher in Richtung der Nichtspende. Es wird in der Literatur beschrieben, dass es vorkommen kann, dass „Meinungsmacher“ (Eltern, Ehepartner des Empfängers) das „schwarze Schaf“ der Familie als Spender aussuchen oder dass versucht wird, innerfamiliäre Konflikte über eine Organspende zu lösen (Bickeböllner, 2000). Eine Organspende scheint jedoch bestehende Konflikte eher noch zu verstärken (Franklin & Crombie, 2003).

In vielen Fällen werden Entscheidungen zur Lebendspende von den Spendern spontan und ohne Kenntnis der möglichen Risiken getroffen (Bickeböllner, 2000; Franke et al., 2005; Muthny & Koch, 1997), in 36% erfolgt die Entscheidung in Anwesenheit anderer Familienmitglieder und zu 34% auch in Anwesenheit des Empfängers. Die meisten Menschen, die in einen solchen Entscheidungsprozess zur Lebendspende einbezogen waren, berichten, dass ihre Beziehungen zu anderen Menschen, insbesondere innerhalb der Familie, vertieft wurden. Selbst Menschen mit eher rationaler Entscheidungsbereitschaft können in solchen Situationen irrationale Spontaneität zeigen (Bickeböllner, 2000).

Ein (frühzeitig) abgestoßenes Organ oder Komplikationen nach der Operation sowie persönliche Konflikte zwischen Spender und Empfänger können sich negativ auf die Zufriedenheit mit der Entscheidung auswirken (Franklin & Crombie, 2003; Hartmann et al., 2003; Künsebeck et al., 2005) und sogar zu psychischen Problemen beim Spender führen (Heck et al., 2004; Schweitzer et al., 2003).

Beim Spender können Schuldgefühle bis hin zu suizidalen Gedanken und Handlungen entstehen; wenn der Empfänger infolge der Nierentransplantation stirbt, entwickelt sich bei mehr als 70% der Spender ein „tiefes Gefühl der Verlassenheit von der Familie“

(Bickeböller, 2000, S. 441). Der Spender kann sich unter großen Erfolgsdruck setzen – daher ist es sehr wichtig, neben einer ausführlichen Aufklärung eine genaue, psychodiagnostische Untersuchung von Spender und Empfänger durchzuführen, um die Umstände der Entscheidungsfindung und die Motive zur Spende soweit wie möglich abzuklären.

Eine psychologische Untersuchung sowie die Vorstellung vor einer „Kommission zur Überprüfung der Freiwilligkeit und Unentgeltlichkeit der Spende“ (s.o.) sind also wichtige Elemente in einem verantwortungsbewussten Transplantationsprogramm (Bickeböller, 2000).

### **2.3.2 Entscheidungsrelevante Faktoren im Rahmen einer Lebendspende**

Laut Balck (2005), Schweitzer und Mitarbeitern (2003) sowie Walton-Moss und Mitarbeitern (2007) sind Lebendnierenspender überwiegend weiblich (in mehr als 60%) und / oder ältere Personen. Die Empfänger sind häufiger männlich (in ca. 60%) und in der Regel jünger als die Spender. Meistens sind die Spender verheiratet (78,7%) und wohnen mit dem Empfänger in einer Wohnung (Franke et al., 2005).

Fast immer (in 91,5%) ist es der Wunsch des Spenders, seine Niere für eine ihm nahe stehende Person zu geben; die wenigsten Spender (6,4%) äußern, dass sie sich unter Druck gesetzt fühlten (Franke et al., 2005). Die große Mehrheit an Spendern und Empfängern (mehr als zwei Drittel) zeigt sich auch noch im Nachhinein mit ihrer Entscheidung zufrieden (z.B. Heck et al., 2004). Nur selten treten Zweifel oder Familienkonflikte (in 10,6% der Fälle) auf (Franke et al., 2005). Eltern spenden in der Regel aus Liebe, insbesondere Mütter empfinden die Spende oftmals als Selbstverständlichkeit. Väter dagegen geben eher komplexe Gründe an und scheinen in einigen Fällen sogar erleichtert zu sein, wenn ihre Frau diese Rolle übernimmt. Geschwister geben verschiedenste Gründe für die Spende an - manchmal spenden sie aus Liebe, manchmal aus Dankbarkeit, manchmal, um die eigene Position in der Familie zu verbessern, manchmal aus Pflichtgefühl der eigenen Familie gegenüber (Franklin & Crombie, 2003), was dann bereits einen fließenden Übergang zum Zwang darstellen kann. In den meisten Fällen ist es die eigene Idee zu spenden (in 85% der Fälle), in anderen Fällen

entsteht die Idee innerhalb der Familie oder wird vom Arzt geäußert; nur sehr selten (in knapp 3% der Fälle) wird der Spender vom Empfänger gefragt (Schweitzer et al., 2003). Laut Franke und Mitarbeitern (2005) ist der Spender in 68,1% der Fälle die einzige Person, die für die Spende in Frage kommt.

Bezüglich der Spontaneität der Entscheidung wird in der Literatur - wie bereits oben beschrieben - deutlich, dass die Diagnose über den Ausfall der Nierenfunktion eines Angehörigen (oder engen Freundes) in vielen Fällen eine spontane Bereitschaft zur Spende erzeugt (z.B. Franke et al., 2005; Muthny & Koch, 1997); dennoch ist die Mehrheit der Spender und Empfänger mit ihrer Entscheidung im Rückblick zufrieden (Heck et al., 2004). Die meisten Empfänger akzeptieren das Angebot trotz Angst um die Risiken für den Spender. Nur wenige Empfänger äußern Bedenken, dass sich ein Abhängigkeitsverhältnis dem Spender gegenüber entwickeln könnte oder dass der Spender durch seine Tat im Mittelpunkt stehen möchte (Franklin & Crombie, 2003; Zimmerman et al., 2006).

Die psychologische Konsultation im Vorfeld einer Lebendnierenspende erfüllt nicht die Funktion zu selektieren, sondern die Entscheidungsfindung zu erleichtern bzw. vorschnelle Entscheidungen zu hinterfragen. Es gibt dennoch Spender-Empfänger-Paare, die der psychologischen Begutachtung gegenüber starken Unwillen äußern. Für die meisten Spender-Empfänger-Paare ist die Entscheidungsfindung ein eher unkomplizierter Prozess (Schweitzer et al., 2003).

### **2.3.3 Lebensqualität nach einer Spende**

Es gibt zahlreiche Studien, die sich mit den psychischen Langzeitfolgen einer Lebendnierenspende auseinandersetzen (z.B. Giessing et al., 2004; Jacobs et al., 1998; Johnson et al., 1999; Jordan et al., 2004; für einen Überblick siehe z.B. Lukaszczik et al., 2008). Die Ergebnisse sind im Großen und Ganzen kongruent. In den meisten Fällen resultieren keine größeren Probleme aus der Lebendtransplantation, jedoch sollten aufkommende Probleme auch nicht unterschätzt werden.

Wie oben bereits erwähnt, fühlen sich Spender oft psychisch besser nach einer erfolgreichen und schlechter nach einer misslungenen Transplantation (Heck et al., 2004). Bei Personen mit psychischen Problemen ist die Transplantation eher eine

zusätzliche Last. Eine Lebendspende verändert schwierige Beziehungen nicht und löst auch keine psychischen Probleme von Spender oder Empfänger (Heck et al., 2004). Im Gegensatz zur Spende Hirntoter hat die familiäre Unterstützung bei Lebendspende signifikanten Einfluss auf postoperative Depression, Mobilität und soziale Funktionsfähigkeit des Empfängers - bei großer Unterstützung wird eine Verbesserung beobachtet, während bei geringer Unterstützung eher eine Verschlechterung eintritt (Christensen et al., 2002).

Medizinische Komplikationen oder medikamentöse Nebenwirkungen können die Lebensqualität von Nierentransplantierten beeinträchtigen (Franke, 2004) bzw. psychische Probleme verursachen (Heck et al., 2004). Bei den Spendern treten nur sehr selten stärkere körperliche Beeinträchtigungen auf, fast nie wird ein Spender dialysepflichtig (Franke et al., 2005), der Gesundheitszustand bleibt meist unverändert (Künsebeck et al., 2005). Als günstig erweist sich möglicherweise eine laparoskopische Exstirpation der Spenderniere, da dadurch weniger Komplikationen auftreten (Hartmann et al., 2003). Der Gesundheitszustand beim Empfänger wird in den meisten Fällen besser, die Lebensqualität steigt (Künsebeck et al., 2005). Ein Vorteil im Vergleich zur Spende Hirntoter ist, dass bei Lebendspende die Wartezeit auf ein Transplantat entfällt und dass dadurch die präoperative Dialysezeit kürzer ist bzw. ganz wegfällt (Bickeböller, 2000; Christensen et al., 2002).

Laut Hartmann und Mitarbeitern (2003) würde rückblickend nur ein sehr geringer Anteil an Spendern (weniger als 3%) wahrscheinlich bzw. sicher nicht mehr spenden; bedauert wird die Entscheidung meist in Situationen, in denen eine Abstoßung des Transplantats eintrat oder ein baldiger Tod des Empfängers bevorstand (ca. 5%; vgl. auch Johnson et al., 1999). Es gibt auch Fälle, in denen die Empfänger mit ihrer Entscheidung zur Lebendtransplantation unzufrieden sind, z.B. wenn Verpflichtungsgefühle dem Spender gegenüber auftreten bzw. das Gefühl entsteht, ewig dankbar sein zu müssen (Franklin & Crombie, 2003).



### **3 Fragestellung und Hypothesen**

Im Rahmen der Studie wird untersucht, wie die Entscheidungsfindung zur Lebendniere spende rückblickend durch die Spenderinnen beschrieben wird.

Folgende Hypothesen werden in diesem Zusammenhang überprüft.

#### **Hypothese 1: Lebendniere spendenderinnen berichten über eine positive Voreinstellung zum Thema Transplantation.**

Bezüglich dieser Hypothese kann unterschieden werden zwischen einer geäußerten positiven Einstellung zum Thema Organspende allgemein und dem tatsächlichen Besitz eines unterzeichneten Organspendeausweises bereits im Vorfeld der Lebendniere spende. Da davon auszugehen ist, dass die geäußerte Einstellung zur Organspende durch soziale Erwünschtheit beeinflusst werden kann, wird im Rahmen der Studie zusätzlich der Besitz eines Organspendeausweises als Indikator für eine positive Voreinstellung erfasst.

Hübner und Six (2005) sowie Keller und Mitarbeiter (2004) stellten in der deutschen Allgemeinbevölkerung eine sehr positive Einstellung zum Thema Organspende fest. Wenngleich sich rund 80% der Bevölkerung positiv zur Organspende äußern, besitzen dennoch nur wenige Personen (rund 12%) einen Organspendeausweis. Verschiedene Gründe werden für diese Diskrepanz aufgeführt, u.a. „falsche“ Überzeugungen wie Ablehnung der Organspende durch Religionen, Unkenntnis des Hirntodkonzeptes, die Meinung, ältere Menschen kämen als Spender nicht mehr in Frage oder auch die Angst, dass ihre Organe vor dem eigentlichen Tod entnommen werden könnten. (Gold et al., 2001; Hübner & Six, 2005; Keller et al., 2004; vgl. hierzu auch Kapitel 2.1.2).

Es ist davon auszugehen, dass sich die untersuchte Spenderinnen-Stichprobe (zumindest im Vorfeld der Spende) hinsichtlich ihrer Einstellung nicht von der Allgemeinbevölkerung unterscheidet und sich daher auch eher positiv zum Thema Transplantation äußert. Was den Besitz eines Organspendeausweises angeht, ist zu vermuten, dass die späteren Lebendniere spendenderinnen bereits im Vorfeld der Spende - im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung - häufiger im Besitz eines solchen Ausweises waren, weil sie sich unter Umständen bereits intensiver mit dem Thema auseinandergesetzt haben.

Für die untersuchte Stichprobe wird erwartet, dass die Spenderinnen sich bereits im Vorfeld mit dem Thema Organspende auseinandergesetzt haben und deren Einstellung bereits positiv gewesen ist, bevor der Empfänger erkrankt ist, wofür u.a. der Besitz eines Organspendeausweises als Indikator gilt. Die Hypothese gilt als bestätigt, wenn die genannten Kriterien von der Mehrheit der befragten Personen erfüllt werden.

**Hypothese 2: Wichtige Einflussfaktoren auf die Entscheidung zur Spende sind Zuneigung zum Empfänger, Pflichtgefühl, Verantwortung und die Einstellung nahe stehender Personen.**

Der Entscheidungsprozess eines potentiellen Lebendnierenspenders kann von verschiedenen Faktoren beeinflusst werden, die individuell variieren (Muthny & Koch, 1997).

Die Zuneigung zum Empfänger spielt bei den meisten Spendern die führende Rolle, jedoch kann auch Pflichtgefühl ausschlaggebend für eine Spende sein (Franklin & Crombie, 2003; Muthny & Koch, 1997). Abgesehen von weiteren Faktoren wie Gewissen, Religion, Medien (Franke et. al., 2005; Muthny & Koch, 1997) und Angst um die eigene Gesundheit (Muthny & Koch, 1997), können auch nahe stehende Personen wie Familienmitglieder oder medizinisches Personal die Entscheidung des potentiellen Spenders positiv oder negativ beeinflussen (Schweitzer et. al., 2003; vgl. hierzu auch Kapitel 2.3.2).

Welches Motiv der Spende zugrunde liegt, ist auch abhängig davon, in welcher Konstellation gespendet wird. Eine Mutter spendet ihrem Kind in den meisten Fällen aus Liebe; oft wird die Spende von Müttern auch als Selbstverständlichkeit angesehen (Franklin & Crombie, 2003). Ziel ist, dass das Kind wieder ein möglichst normales Leben führen kann. Eigene Vor- oder Nachteile stehen nicht im Mittelpunkt; das Handeln kann damit als altruistisch bezeichnet werden. In einer Partnerschaft kann eine ähnliche Motivation vermutet werden, wobei die Spende zudem von der Hoffnung bestimmt sein kann, mit seinem Partner wieder ein normales Leben führen zu können (Lennerling et al., 2003, 2004).

Für die untersuchte Stichprobe wird erwartet, dass der Motivation zur Spende verschiedene Faktoren zugrunde liegen, wobei die häufigsten Zuneigung zum Empfänger, Pflichtgefühl, Verantwortung und die Einstellung nahe stehender Personen sein

könnten. Die Hypothese gilt als bestätigt, wenn die genannten Faktoren von der Mehrheit der befragten Personen als relevant für ihre Entscheidung erachtet werden.

**Hypothese 3: Die Entscheidung zur Lebendnierenspende erfolgt zumeist spontan.**

Die Diagnose des Ausfalls der Nierenfunktion eines Angehörigen (oder engen Freundes) ruft in vielen Fällen eine spontane Bereitschaft zur Spende hervor (Franke et al., 2005; Muthny & Koch, 1997; vgl. hierzu auch Kapitel 2.3.1). Voraussetzung für eine solche Entscheidung ist das Wissen über die Möglichkeit einer Lebendspende. Häufig wird beschrieben, dass sich Angehörige des Kranken, sobald sie von der Möglichkeit einer Lebendspende erfahren haben, sofort zu einer Spende entscheiden. Die Spender begründen ihre spontane Entscheidung häufig mit den Aussagen, „helfen“ beziehungsweise „Leben retten“ zu wollen (Muthny & Koch, 1997).

Für die untersuchte Stichprobe wird erwartet, dass die befragten Personen die Bereitschaft zur Spende spontan geäußert, sich also keine längere Zeit zum Überlegen bzw. zum Führen von aufklärenden Gesprächen genommen haben. Die Hypothese gilt als bestätigt, wenn die Mehrzahl der Befragten angibt, sich spontan für eine Spende entschieden zu haben.

**Hypothese 4: Die Spenderinnen sind mit ihrer Entscheidung rückblickend zumeist zufrieden.**

Studien zufolge sind mehr als zwei Drittel der Spender und der Empfänger mit ihrer Entscheidung zur Lebendnientransplantation rückblickend zufrieden (Heck et al., 2004), und die meisten würden auch erneut spenden, wenn es organisch noch einmal möglich wäre (Walton-Moss et al., 2007).

Im Entscheidungsprozess zur Lebendnierenspende bestehen beim potentiellen Spender besondere Erwartungen wie zum Beispiel eine Verbesserung der Lebensqualität des Empfängers. Laut Heck und Mitarbeitern (2004) sind Lebendnierenspender im Rückblick nach der Transplantation mit ihrer Entscheidung zufriedener, wenn das Organ nicht abgestoßen worden ist und es dem Empfänger besser geht als vor der Transplantation.

Als eine mögliche Erklärung für die hohe Zufriedenheit mit der Entscheidung wird das gute Gefühl beschrieben, sozial gerecht gehandelt zu haben. Ein solcher Akt der Hilfsbereitschaft kann zu einer Verbesserung des Selbstwerts beim Spender beitragen (Franklin & Crombie, 2003; Oertl, 2003). Auch soziale Anerkennung oder eine Veränderung der Beziehung zum Empfänger können ein Gefühl von Zufriedenheit erzeugen (Oertl, 2003).

Ein (frühzeitig) abgestoßenes Organ oder Komplikationen nach der Operation sowie persönliche Konflikte zwischen Spender und Empfänger können sich dagegen negativ auf die Zufriedenheit mit der Entscheidung auswirken (Franklin & Crombie, 2003; Hartmann et al., 2003; Künsebeck et al., 2005; vgl hierzu auch Kapitel 2.3.1), ebenso auch das Gefühl, vor der Spende zu wenig aufgeklärt worden zu sein. Laut Walton-Moss et al. (2007) wurden die Befragten in 40% der Fälle sehr gut aufgeklärt, in weiteren 40% mäßig und in 20% nicht sehr gründlich. Laut Hirte und Stötzner (2000) fühlt sich mehr als die Hälfte der Angehörigen nicht ausreichend informiert und äußert den Wunsch nach weiteren Informationen.

Für die untersuchte Stichprobe wird erwartet, dass die Spenderinnen im Rückblick zufrieden sind mit ihrer Entscheidung und wieder spenden würden, wenn sie noch einmal vor der Entscheidung stehen würden und es organisch noch einmal möglich wäre. Die Hypothese gilt als bestätigt, wenn die Mehrzahl der befragten Personen mit ihrer Entscheidung im Rückblick zufrieden ist.

#### **Hypothese 5: Wahrgenommener Druck und Zweifel bei der Entscheidung stehen mit Konflikten nach der Operation in Zusammenhang.**

Wenn eine Entscheidung zur Lebendnierenspende nicht ganz freiwillig erfolgt ist, können nach der Transplantation Konflikte zwischen Spender und Empfänger entstehen. Konflikte hängen vor allem mit der Art der Empfänger-Spender-Beziehung oder divergierenden Rollenverpflichtungen zusammen (Muthny & Koch, 1997; Schweitzer et al., 2003). Eine Lebendnierenspende sollte nicht dazu benutzt werden, familiäre Konflikte zu lösen, da sich schwierige Beziehungen durch die Spende nicht zum Guten verändern und psychische Probleme des Empfängers durch eine Spende selten gelöst werden können (Heck et al., 2004). Laut Franklin und Crombie (2003) scheint eine

Lebendnierenspende bereits bestehende Konflikte eher zu verstärken (vgl. hierzu auch Kapitel 2.3.1).

Im Allgemeinen ist bei potentiellen Spendern eine große Spendebereitschaft festzustellen (Muthny & Koch, 1997). Nach der Studie von Simmons und Mitarbeitern (1973) melden sich 81% freiwillig, wenn es nur einen verwandten möglichen Spender gibt, gegenüber 76%, wenn mehrere potentielle Spender vorhanden sind (Muthny & Koch, 1997). Anhand dieser Zahlen wird ersichtlich, dass die Freiwilligkeit auch davon abhängt, ob andere Personen für eine Spende in Frage kämen. Weiterhin kann die Freiwilligkeit davon beeinflusst werden, welche Rolle der potenzielle Spender im Familiensystem innehat (Muthny & Koch, 1997). Auch Erwartungen an die Dankbarkeit des Empfängers oder finanzielle Motive könnten eine Entscheidung beeinflussen.

Für die untersuchte Stichprobe wird erwartet, dass bei bestehendem Druck und Zweifel während des Entscheidungsprozesses Konflikte nach der Transplantation resultieren.

## 4 Methode

### 4.1 Ablauf und Themen des teilstrukturierten Interviews

Für die Untersuchung der Fragestellung wurde eine qualitative Methodik gewählt. Es wurden 20 teilstrukturierte Interviews mit Lebendnierenspenderrinnen geführt. Die Interviews erfolgten auf freiwilliger Basis im Zeitraum von September bis November 2005; neun Interviews wurden in der nephrologischen Ambulanz der Universitätsklinik Würzburg geführt, sieben zu Hause bei den Spenderinnen, zwei am Arbeitsplatz der Spenderinnen und zwei telefonisch. Die Interviewdauer betrug durchschnittlich 45 Minuten (s. Stichprobenbeschreibung, Kapitel 5). Die Interviews wurden nach einem Leitfaden geführt, auf Tonband aufgenommen und nach bestimmten Regeln transkribiert (s. Transkription der Interviews, Kapitel 4.2).

In der beschriebenen Studie soll der Sach-Inhalt der geführten Interviews ausgewertet werden. Dazu wurden zunächst fünf Hypothesen aufgestellt (s. Fragestellung, Kapitel 3). Anschließend wurde ein Interviewleitfaden erstellt (s. Anhang 4), bestehend aus sieben Themenbereichen (s. Tabelle 4.1). Die Themenbereiche setzten sich aus einer oder mehreren Fragen zusammen. Die Beantwortung der Fragen erfolgte teilweise offen, teilweise kategorial mit Antwortmöglichkeiten zum Auswählen.

**Tab. 4.1 Themen des teilstrukturierten Interviews.**

I.	Einführung
II.	Aktueller Status
III.	Vorerfahrungen / Voreinstellungen
IV.	Einflussfaktoren auf den Entscheidungsprozess
V.	Rückblick / Empfehlungen
VI.	Bewertung
VII.	Abschluss

Im ersten Interviewkapitel „Einführung“ wurde erfasst, wie lange die Spende her ist und wie der Ablauf empfunden wurde. Im zweiten Interviewkapitel „Aktueller Status“ wurde nach dem aktuellen Befinden des Empfängers und der Spenderin und nach dem Funktionieren des Transplantates gefragt. Zudem konnte die Spenderin die Aufklärung im Vorfeld der Spende bewerten. Im dritten Interviewkapitel „Vorerfahrungen / Voreinstellungen“ wurden die Quellen des Wissens bezüglich der Möglichkeit einer Lebendniere spende eruiert; zudem wurde nach der Intensität der Beschäftigung mit dem Thema Organtransplantation und der Einstellung der Spenderinnen zu diesem Thema im Vorfeld der Spende gefragt.. Im vierten Interviewkapitel „Einflussfaktoren auf den Entscheidungsprozess“ wurde die Freiwilligkeit der Spende thematisiert. Darüber hinaus wurde der Zeitpunkt der Entscheidung zur Lebendniere spende erfragt sowie die Bedeutung verschiedener möglicher Einflussfaktoren auf die Entscheidung zur Spende. Im fünften Interviewkapitel „Rückblick / Empfehlungen“ konnten die Spenderinnen äußern, welche Erfahrungen und Ratschläge sie einem potentiellen Spender mitteilen würden. Im sechsten Interviewkapitel „Bewertung“ hatten die Spenderinnen die Möglichkeit alle positiven und negativen Aspekte der Spende zusammenzufassen und für sich zu entscheiden, ob eine Spende für sie erneut in Frage käme, wenn es organisch noch einmal möglich wäre zu spenden. Im siebten Interviewkapitel „Abschluss“ konnten die Spenderinnen noch weitere Aspekte hinzufügen, die eventuell im Rahmen der gestellten Fragen nicht angesprochen wurden.

## 4.2 Transkription der Interviews

Im Vorfeld der Auswertung wurden die zwanzig Interviews auf Tonband aufgezeichnet und anschließend wörtlich transkribiert. Die Transkription erfolgte sehr genau, um den Inhalt der Interviews möglichst exakt wiedergeben und auswerten zu können. Durch die genaue Transkription kann die Gefühlslage der Befragten besser eingeschätzt werden; somit können unterschiedlich aufgefasste, widersprüchliche (z.B. Ironie) oder unvollständige Aussagen besser bewertet werden. Im Folgenden wird ein Überblick zu den in der Arbeit verwendeten Transkriptionsregeln gegeben (nach Mergenthaler, 1992, geringfügig modifiziert).

In das Transkript wurden alle auf der Tonbandaufzeichnung hörbaren Zeichen aufgenommen: die verbalen, paraverbalen und die nicht verbalen sprachlichen Äußerungen der beteiligten Sprecherinnen sowie situationsgebundene Geräusche.

Unter **verbale Äußerungen** fallen hierbei alle ganz oder teilweise ausgesprochenen Wörter oder Wortfolgen. Es wurden keine mundartlichen Transkripte erstellt.

Zu den **paraverbalen Äußerungen** zählen alle Laute oder Lautfolgen, die nicht als Wörter bezeichnet werden können. Sie werden meist für sich allein, also in keinem Satzgefüge geäußert und dienen als Pausenfüller, als Ausdruck des Zweifels, Bestätigens, der Unsicherheit oder des Nachdenkens (z.B. *hm, äh, oh*).

Zu den **nicht verbalen Äußerungen** gehören alle sonstigen geräuschvollen Sprecherhandlungen wie Lachen (z.B. *(lacht)*).

**Situationsgebundene Geräusche** entstehen durch die Umwelt und gehören ebenfalls mit zur Sprechsituation. Sie wurden mit Hilfe von Kommentaren festgehalten (z.B. *(Telefon klingelt)*).

Zur Kennzeichnung weiterer Besonderheiten wurden **Sonderzeichen** in den Text eingefügt; mit ihnen wurden z.B. die Hervorhebung besonderer Redeteile (durch Nachstellung eines Ausrufezeichens) oder die Kennzeichnung von Zitaten (durch Einschließung in Hochkommata) vermerkt. Eine weitere Gruppe von Zeichen, die **Satzzeichen**, wurden verwendet, um den Rhythmus der Rede zu markieren.



**Satzzeichen** wurden verwendet, um dem späteren Leser des Transkripts zu helfen, den Originallesefluss zu rekonstruieren. Sie wurden nicht entsprechend der üblichen Grammatikregeln gesetzt, da gesprochene Sprache meist Unregelmäßigkeiten aufweist. In den Transkripten wurden Satzzeichen daher bei allen rhythmischen und syntaktischen Einschnitten des Redeverlaufs gesetzt. Folgende Zeichen wurden verwendet:

- ? Fragen und steigend / hoch endende Stimmführung
- . Abgeschlossener Gedanke, meist auf dem Grundton endende Stimmführung
- , kurzes Zögern, Gedanke wird jedoch fortgesetzt
- ; abgebrochener Gedanke, gefolgt von einem anderen Gedanken

Beispiel:

S9: *nein ich war; wissen Sie bloß, wo ich eigentlich enttäuscht war (lacht)? Wenn ich ganz ehrlich bin, ich habe immer gedacht, ich bin mit meinem Mann in einem Zimmer (lacht) nach der Transplantation.*

**Sonderzeichen:**

**Hervorhebungen und Dehnungen** von Wortformen wurden durch ein nachgestelltes Ausrufezeichen gekennzeichnet.

Beispiel:

S9: *aber dass ich in dem! Bau bin und mein Mann in dem! das konnte ich nicht begreifen.*

**Namen** wurden aus Gründen des Datenschutzes nicht in das Transkript aufgenommen. Beim Transkribieren der Interviews wurde jede Sprecherin mit einem Kürzel ihres Nachnamens gekennzeichnet und jeder Sprecherwechsel mit einer Ziffer vor dem Kürzel nummeriert. Beim Aufnehmen der Zitate in die Doktorarbeit sind die Bezeichnungen entsprechend aus Datenschutzgründen geändert worden, die befragte Spenderin wurde mit „S“ und chronologisch nach Datum des Interviews zusätzlich mit einer nachgestellten Ziffer von 1 bis 20, die Interviewerin mit „I“ bezeichnet. Wenn noch eine weitere Person beim Gespräch anwesend war, wurde diese als (weitere anwesende Person) gekennzeichnet. Wenn über andere (nicht anwesende) Personen gesprochen wurde, so wurden diese mit „X“, „Y“ oder „Z“ bezeichnet. Gleiches gilt für

Städtenamen. Namen, die umgangssprachlich mit einem zusätzlichen Wort als ein Begriff gebräuchlich sind, wurden durch einen Unterstreichstrich verbunden.

Beispiele:

*Kreatinin\_Clearance, Pfunds\_Kerl, Nordic\_Walker*

**Zitate** und wörtliche Reden wurden zur Abgrenzung der von der Sprecherin sonst hervorgebrachten Redeteile in Hochkommata eingeschlossen.

Beispiel:

S5: *also das war so! steril alles dort gemacht*

I: *ja (lacht)*

S5: *dass man gesagt hat 'oh Gott, oh Gott, der- der wacht ja morgen früh schon gar nicht mehr auf! Das ist ja; `*

I: *ja (lacht)*

S5: *so sah das Zimmer aus! und dann war das noch der ganz uralte Bau sowieso.*

**Gleichzeitigkeit:** Redeten zwei Sprecherinnen gleichzeitig, wurde zunächst bei der ersten Sprecherin der Beginn der Gleichzeitigkeit durch ein vorangestelltes Pluszeichen markiert; danach wurde ihr Redebeitrag solange transkribiert, bis die Gleichzeitigkeit beendet war. Daraufhin wurde der Sprecherwechsel notiert und der Redebeitrag der zweiten Sprecherin bis zum Ende der Gleichzeitigkeit transkribiert; der Abschluss erfolgte mit einem nachgestellten Pluszeichen. Die Markierung der Gleichzeitigkeit erfolgte immer auf Wortgrenze, auch wenn die Gleichzeitigkeit nur auf Wortteile beschränkt war.

Beispiel (der Unterbrochene setzt das Angefangene nicht fort):

I: *und von wo haben Sie erfahren, dass es Lebendspende gibt? Medien + Fernseher oder*

S16: *ach freilich! + ich meine vom Fernseher.*

Beispiel (der Unterbrochene setzt das Angefangene fort):

S16: *und dann hat man da zuvor noch nicht; + wir haben ja nicht;*

I: *davor nicht so +*

S16: *wir haben ja noch nicht einmal richtig Nephrologie! aussprechen können.*

**Wortabbrüche:** Ein nicht zu Ende gesprochenes Wort, sei es durch die Sprecherin selbst oder durch das Dazwischenreden einer anderen Gesprächsteilnehmerin verursacht, wird durch einen unmittelbar vor- oder nachgestellten Bindestrich gekennzeichnet.

Beispiel:

S16: ...*wir haben das niemandem gesagt, wir haben das nur den Nahesten äh das war eine Cousine von mei-; also meine Geschwister, ist klar*

**Unverständliche Redeteile:** Für jedes unverständliche Wort wurde ein Schrägstrich in das Transkript aufgenommen. Zusätzlich wurde gegebenenfalls der vermutete Wortlaut in einem mit Fragezeichen und Doppelpunkt eingeleiteten Kommentar eingefügt.

Beispiel:

S1: *die Artikel sind übrigens noch drüben nä –//// (? : das war in der) X.- Zeitung*

**Sprechpausen** wurden durch Bindestriche gekennzeichnet. Je länger eine Pause dauerte, umso mehr Bindestriche wurden gesetzt. Die Dauer der Pause wurde lediglich abgeschätzt (ca. ein Strich pro Sekunde).

Beispiel:

S4: *hm. - - na ja, vielleicht wird es ja nicht so schlimm!*

**Interjektionen:** Bei dem Gebrauch von Interjektionen wurden in Verbindung mit einem Satzzeichen Bedeutungsunterschiede bei deren Gebrauch festgehalten.

hm hmhm	Bestätigung
hm?	Frage
hm, hmhm,	Verwunderung
hm. hmhm.	Ratlosigkeit
hmhm-	Verneinung

Ergänzend wurden auch freie **Kommentare** verwendet; diese wurden in runde Klammern eingeschlossen und können alle Zeichen enthalten (z.B. (S1 weicht kurz vom Thema ab)).

Bei **diskontinuierlichen Wortformen**, die denselben Wortstamm, jedoch unterschiedliche Vor- bzw. Nachsilben besitzen, wurde der meist weggelassene Wortstamm durch einen angehängten Gedankenstrich angedeutet; diese Regelung gilt auch für weggelassene Vor- oder Nachsilben.

Beispiel:

*S16: kein Sonn-, kein Feiertag gell*

**Groß- und Kleinschreibung:** Außer Substantiven, Eigennamen und der Anrede wurden alle Wortformen klein geschrieben; dies gilt auch für den Satzanfang.

**Abkürzungen:** In der gesprochenen Sprache gibt es im Gegensatz zur Schriftsprache keine Abkürzungen. Entsprechend wurden Wortformen, die üblicherweise Abkürzungen sind, so wie gesprochen aufgeschrieben (z.B. *beziehungsweise*). Sofern eine Abkürzung jedoch Bestandteil der Rede war, wurde sie auch entsprechend transkribiert (z.B. *OP*).

**Stottern:** Gestotterte Wörter bzw. Wortpartikel wurden mit einem nachgestellten Bindestrich gekennzeichnet, durch eine Leerstelle voneinander abgesetzt und so oft wiederholt, wie sie hörbar waren.

Beispiele:

*S16: aber die waren irgendwie so- so- so ängstlich!*

Oder:

*S19: aber ich könnte ihm nichts Negatives berichten. Ich könnte ihn*

*I: hmhm*

*S19: in seiner Entscheidung es zu tun nur be- bestärken anhand meines eigenen Beispiels.*

**Zahlen** wurden nach Möglichkeit ausgeschrieben, **Jahreszahlen** dagegen wurden als Ziffernfolge angegeben.

Trafen mehrere Regeln gleichzeitig zu, wurde im Interesse der Lesbarkeit versucht, mit der Anwendung nur einer Regel auszukommen.

Die Interviews wurden zum Teil getippt, zum Teil mit Hilfe einer Diktiersoftware (ViaVoice) transkribiert; die Sonderzeichen wurden per Hand eingetippt.

### 4.3 Inhaltsanalytisches Vorgehen bei der Datenauswertung

Die Auswertung erfolgte entsprechend den Regeln der qualitativen Inhaltsanalyse. Nach Mayring (1995) wird bei einer Inhaltsanalyse fixierte Kommunikation analysiert, wobei systematisch, das heißt regel- und theoriegeleitet vorgegangen wird mit dem Ziel, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen. „Bei der qualitativen Inhaltsanalyse von Texten wird der Interpretationsprozess bei der Kategorisierung der Textinhalte auf mehrere Einzelschritte verteilt, deren Angemessenheit überprüft werden kann, so dass der Spielraum für subjektive Einflüsse reduziert wird“ (Faller & Goßler, 1998, S. 176). „Kleine Schritte, die nachvollziehbar sind, laufen (...) weniger Gefahr, den Kontakt mit dem Boden der Empirie zu verlieren“ (Faller, 1994, S. 32). Bei der qualitativen Analyse sollte also nach bestimmten Regeln verfahren werden, damit die Interpretation nicht willkürlich erscheint.

„Die Inhaltsanalyse ist eine Auswertungsmethode, d.h. sie hat es mit bereits fertigem sprachlichen Material zu tun. Um zu entscheiden, was überhaupt aus dem Material herausinterpretierbar ist, muss am Anfang eine genaue Analyse dieses Ausgangsmaterials stattfinden“ (Mayring, 1995, S. 42). Im Wesentlichen sind drei Analyseschritte des Ausgangsmaterials zu unterscheiden: 1. die Festlegung des Materials, 2. die Analyse der Entstehungssituation (von wem und unter welchen Bedingungen das Material produziert wurde) und 3. die Beschreibung über die Form des Materials. Die gesprochene Sprache, die meist auf Tonband aufgenommen wird, muss letztendlich zu einem geschriebenen Text transkribiert werden (Mayring, 1995).

Das Ausgangsmaterial stellen in der beschriebenen Studie Gespräche mit Lebendniere-spenderinnen und -spendern dar, die im Zeitraum 1996 bis 2004 am Universitätsklinikum Würzburg eine Niere spendeten und in der Regel aus dem näheren Umkreis von Würzburg stammten. Bei den Gesprächen handelt es sich - wie in Kapitel 4.1 bereits erwähnt - um halbstrukturierte Interviews, die auf freiwilliger Basis erfolgten und im Zeitraum von September bis November 2005 stattfanden. Die Interviews wurden nach einem Leitfaden geführt, auf Tonband aufgenommen und nach bestimmten Regeln transkribiert (s. Transkription der Interviews, Kapitel 4.2).

Wenn das Ausgangsmaterial beschrieben ist, so stellt sich die Frage, was genau daraus interpretiert werden soll. Hier wird in zwei Schritten vorgegangen: 1. Die Richtung der

Analyse wird bestimmt; dabei wird festgelegt, ob der im Text behandelte Gegenstand beschrieben werden soll oder ob etwas über den Textverfasser oder die Wirkungen des Textes bei der Zielgruppe herausgefunden werden soll. 2. Die Fragestellung wird regel- und theoriegeleitet differenziert. Im nächsten Schritt werden die spezielle Analysetechnik sowie das Vorgehen festgelegt. Dies umfasst auch die Spezifizierung von Analyseeinheiten (Sätze oder ganze Textpassagen) und die Erstellung von Kategoriensystemen. (Mayring, 1995).

Ziel der Studie ist - wie in Kapitel 4.1 bereits erwähnt - den Sach-Inhalt der geführten Interviews auszuwerten. Dazu wurden zunächst fünf Hypothesen aufgestellt (s. Fragestellung, Kapitel 3); anschließend wurde ein aus sieben Themenbereichen bestehender Interviewleitfaden erstellt (s. Tab. 4.1 und Anhang 4). Die Themenbereiche setzten sich aus einer oder mehreren Fragen zusammen, deren Beantwortung teilweise offen, teilweise kategorial mit Antwortmöglichkeiten zum Auswählen erfolgte.

Bei der Auswertung der Studie wurden die aufgestellten Hypothesen anhand der transkribierten Interviews überprüft. Dazu wurden die Fragen des Interviewleitfadens aus den zwanzig Interviews herausgesucht und die Antworten zunächst stichpunktartig in tabellarischer Form dargestellt. Auf diese Weise konnte ein guter qualitativer und quantitativer Überblick bezüglich der Antworten erstellt werden.

**Tab. 4.2: Beispiel für Auswertungsschritt (Antworten von 5 Spenderinnen).**

<b>IV. Einflussfaktoren auf Entscheidungsprozess</b>	<b>Person 1</b>	<b>Person 2</b>	<b>Person 3</b>	<b>Person 4</b>	<b>Person 5</b>
1.1 Hat Sie jemand gefragt, ob Sie eine Organspende machen möchten oder haben Sie selbst den Wunsch einer Spende geäußert?	Entscheidung war Prozess, im Gespräch mit Medizinern hat sich Entschluss zu spenden entwickelt	Eigener Wunsch	Eigener Wunsch	Eigener Wunsch	Eigener Wunsch
1.2 Zu welchem Zeitpunkt haben Sie sich entschieden eine Niere zu spenden?	Prozess, Gespräche mit Medizinern	Sofort	Sofort	Sohn war vorerst drei Jahre dagegen, aber Gedanke war schon da als er an Dialyse musste	Sofort
1.3 Waren Sie die einzige Person, die für die Spende in Frage gekommen ist?	Seine Frau wäre auch bereit gewesen, aber Männerniere mehr Masse günstiger für den Sohn	Ja	Ja, Mutter des Empfängers wollte nicht	Ja	Tante des Empfängers hat es angeboten, Bruder zu jung

IV. Einflussfaktoren auf Entscheidungsprozess	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
1.4 Welche Rolle haben folgende Faktoren gespielt:					
a) Gewissen	Weiß er nicht, war für ihn keine Frage	Hat Rolle gespielt	Hat Rolle gespielt	Weiß nicht genau, eher ja	Weiß nicht genau
b) Pflichtgefühl	Nein	Nein, eher Selbstverständlichkeit	Nein	Nein, eher Selbstverständlichkeit	Nein, hat schon einen Sohn und ihren Ehemann verloren
c) Sorge um eigene Gesundheit	Kaum, normale OP-Angst, hatte Vertrauen	Nein	Nein, aber um ihren Mann und die Kinder	Nein	Nein, Vertrauen, Angst verdrängt
d) Empfänger selbst	Eigener Wunsch zu helfen	Wollte ihrer Tochter helfen	Wollte ihrem Mann helfen	Wollte ihrem Sohn helfen	Wollte ihrem Sohn helfen, wollte weiteres Unglück verhindern
e) Gesundheitszustand des Empfängers	Hat Rolle gespielt	Hat Rolle gespielt	Hat Rolle gespielt	Hat Rolle gespielt	Hat Rolle gespielt
f) Familie	Entscheidung in Familie gefallen	Vater, Oma und Schwestern der Empfängerin hätten auch gespendet; kein Einfluss	Kinder fanden es toll, Oma hatte Angst um sie, zu ihrer Mutter und Schwiegermutter kein Kontakt	Familie war positiv eingestellt	Keiner dagegen, die anderen Söhne haben sich auch untersuchen lassen
g) Freunde / Bekannte	Keine Rolle bei Entscheidungsfindung, positiv	Bejaht	Bejaht	Bejaht	Nicht einbezogen
h) Arbeitskollegen	Keine Rolle bei Entscheidungsfindung, Äußerung eines Kollegen eher gegen Spende	/	Bejaht	Bejaht	Nicht einbezogen
i) Ärzte	Gespräche mit Ärzten	Nur Aufklärung	Aufklärung, sie soll es sich gut überlegen	Kein Einfluss auf die Entscheidung	Wurde beim ersten Mal wieder nach Hause geschickt
j) Medien	Ärzteblatt, Fachzeitschriften	Durch Medien erfahren	Keine Rolle	Durch Medien erfahren	Durch Medien erfahren
k) Religion	Keine Rolle	Keine Rolle	Keine Rolle	Keine große Rolle	Ein bisschen Gottvertrauen
l) Bedürfnis zu helfen	Hat Rolle gespielt	Hat Rolle gespielt	Hat Rolle gespielt	Hat Rolle gespielt	Ja
m) Weitere Aspekte	/	Junges Alter der Tochter	/	Wollte helfen	Ehemann und einen Sohn bereits verloren
1.5 Haben Sie sich bei der Entscheidung zu spenden unter Druck gesetzt gefühlt?	Nein, von keinem	Nein	Nein	Nein	Nein
1.6 Wenn ja, durch wen?	/	/	/	/	/

Für die Datenauswertung wurden die Fragen des Interviewleitfadens und Antworten der zwanzig befragten Personen den jeweils zugehörigen Hypothesen zugeordnet. Es wurden Kategoriensysteme für die einzelnen Hypothesen gebildet und in tabellarischer Form dargestellt (s. Ergebnisse, Kapitel 6, Tabellen 6.1 – 6.13; nach Dick, 2002, Faller & Goßler, 1998, Faller et al., 1998, Faller, 2000 und Goßler, 1999, modifiziert). Die Aussagen der Spenderinnen wurden in Kategorien eingeordnet und konnten somit auch quantitativ ausgewertet werden.

*Beispiel:*

**Hypothese 1: Lebendniere spendenderinnen berichten über eine positive Voreinstellung zum Thema Transplantation.**

Die Voreinstellung zum Thema Transplantation wurde über folgende Interviewfrage erfasst:

- „Wie war Ihre Einstellung zum Thema Spende?“

Die Frage nach der schon zuvor bestehenden Einstellung zum Thema Transplantation wird von der Mehrzahl der Personen (13 von 20) positiv beantwortet (Aussagen wie z.B. „positiv“, „klasse“, „schon immer gut gefunden“).

In Tabelle 4.3 ist beispielhaft das zugehörige Kategoriensystem mit drei Kategorien aufgeführt. Die Zahlen in Klammer stehen für die Anzahl der Nennungen / Aussagen, die auf die jeweilige Kategorie entfallen.

**Tab. 4.3: Voreinstellungen der Befragten zum Thema Organtransplantation.**

<b>Voreinstellung zum Thema Transplantation</b>
Positive Voreinstellung (n = 13)
Angst (n = 1)
Nicht näher mit Thema Transplantation befasst (n = 6)

Beispielhafte Zitate der Spenderinnen ergänzen die Ergebnisdarstellung. Hierbei werden Aussagen aus allen zwanzig Interviews zitiert.



Beispiel für Kategorie „Positive Voreinstellung“:

I: *„wenn Sie früher etwas über Spende gehört haben, wie war Ihre Einstellung...“*

S3: *„ja, das fand ich schon + immer klasse!“*

Beispiel für Kategorie „Angst“:

S8: *„also ich hatte schon sehr viel Angst auch gehabt!“*

(später): *„...auch bevor mein Mann krank war, hat mein Mann immer gesagt, er würde alle Organe spenden und ich habe immer gesagt 'ich würde nie ein Organ spenden!'“*

I: *„...„aber Sie wollten eigentlich nicht spenden“*

S8: *„doch, ich wollte schon spenden! immer! von Anfang an!“*

I: *„Ihrem Mann aber nur“*

S8: *„...ja ...nicht so allgemein, weil wir oft da drüber gesprochen haben“*

Beispiel für Kategorie „Nicht näher mit Thema Transplantation befasst“:

I: *„ja, aber Ihre Einstellung war schon immer nicht- nicht!“*

S11: *„nicht unbedingt, nicht unbedingt dagegen! aber man hat halt sich nicht unbedingt damit befasst“*

**Mehrfachaussagen.** Manche Aussagen können verschiedenen Aspekten zugeordnet werden und somit doppelt auftreten.

Beispiel:

S14: *„... für mich stand es von vornherein fest, als ich meine Tochter das erste Mal liegen sah an der Dialyse, und als es schlecht war 'Du kriegst eine Niere und damit basta! Du kriegst eine Niere und dann wird es wieder gut! '“*

Dies ist ein Beispiel für die Kategorie „Lebensqualität des Nierenkranken verbessern“ sowie für die Kategorie „Entscheidung spontan“.

## 5 Stichprobenbeschreibung

Für die geplanten Interviews wurden insgesamt  $n = 23$  Personen, die im Zeitraum 1996 bis 2004 am Universitätsklinikum Würzburg eine Niere spendeten und die in der Regel aus dem näheren Umkreis von Würzburg stammten, angeschrieben und telefonisch kontaktiert. Die Auswahl der Spenderinnen erfolgte auf Basis einer Datenbank des Transplantationszentrums der Universitätsklinik Würzburg. Die potenziellen Studienteilnehmerinnen wurden darauf hingewiesen, dass die Studienteilnahme freiwillig ist und dass ihnen aus einer Nicht-Teilnahme keinerlei Nachteile entstehen können. Zudem wurde ihnen zugesichert, dass die Daten vertraulich behandelt und nur in anonymisierter Form dargestellt werden (Anschreiben siehe Anhang 1, Studieninformation siehe Anhang 2, Einverständniserklärung siehe Anhang 3). Drei potenzielle Interviewpartnerinnen sagten die Teilnahme an der Studie ab. Die Gründe für die Absagen waren folgende: in einem Fall wurde der vorinformierende Brief noch nicht gelesen und es bestand spontan kein Interesse an einem Interview, in einem weiteren Fall war das psychische Befinden der Spenderin aufgrund des schlechten körperlichen Befindens ihres Ehemannes nicht gut, und schließlich ist eine Person sehr enttäuscht von der Spende gewesen und wollte über das Thema nicht mehr sprechen.

Im Zeitraum von September bis November 2005 wurden - wie schon in Kapitel 4 erwähnt - zwanzig halbstrukturierte Interviews mit Lebendnierenspenderinnen und -spendern durchgeführt (Interviewleitfaden siehe Anhang 4). Anhand der Aussagen der befragten Spenderinnen sollte ein Eindruck bezüglich des Entscheidungsprozesses im Kontext der Lebendniere spende gewonnen werden. Die durchschnittliche Interviewdauer betrug 45 Minuten (mindestens eine knappe halbe Stunde, maximal nahezu zwei Stunden). Neun Interviews wurden in der nephrologischen Ambulanz der Universitätsklinik Würzburg geführt, sieben zu Hause bei den Spenderinnen, zwei am Arbeitsplatz der Spenderinnen und zwei telefonisch.

Achtzehn Interviewteilnehmerinnen waren Frauen und zwei Teilnehmer Männer. Dieses Geschlechterverhältnis spiegelt die Lebendspendersituation in Deutschland gut wieder (Künsebeck et al., 2005) und ist einerseits ein Anzeichen für eine größere Spende-

bereitschaft der Frauen, andererseits gibt es aber auch einen größeren Bedarf an Spendernieren bei Männern (Bayerisches Ärzteblatt Spezial 2006-09).

Die durchschnittliche Zeit nach der Transplantation zum Zeitpunkt der Interviews betrug fünf Jahre (Minimum ca. 9 ½ Monate, Maximum ca. 13 Jahre). Das durchschnittliche Alter der Spenderinnen bei der Operation betrug 53 Jahre (Minimum 40 Jahre, Maximum 66 Jahre).

Die meisten Spenderinnen (19 von 20) sind mit dem Empfänger verwandt. An erster Stelle sind Mütter zu erwähnen (7 der 20 Befragten), die ihrem Kind eine Niere spendeten, davon in 5 Fällen ihrem Sohn und in 2 Fällen ihrer Tochter. In einem Fall spendete ein Vater seinem Sohn eine Niere. An zweiter Stelle spendeten Ehefrauen (7 der 20 Befragten); in einem Fall empfing eine Frau die Niere ihres Ehemannes. In der dritthäufigsten Konstellation erfolgte die Spende unter Geschwistern. Zwei Männer erhielten die Niere ihrer Schwester. Es bleiben noch zwei Frauen zu erwähnen, von denen die eine ihrer Cousine und die andere ihrer Freundin eine Niere spendete.

## 6 Ergebnisse

### 6.1 Transplantat- und Gesundheitsstatus zum Zeitpunkt der Befragung

**Transplantatstatus.** Zum Zeitpunkt der Befragung ist bei drei Empfängern die gespendete Niere bereits abgestoßen: bei einer Person geschah dies neun Jahre, bei einer weiteren Person acht Jahre und in einem Fall vier Jahre nach der Transplantation.

**Gesundheitsstatus des Empfängers.** Die Frage nach dem aktuellen Gesundheitszustand des Empfängers wird von den Spenderinnen überwiegend positiv beantwortet. Er wird häufig mit „gut“ (n = 10), in manchen Fällen sogar mit „sehr gut“ bzw. „super“ (n = 3) bewertet. Teilweise wird über die Menge der postoperativ einzunehmenden Medikamente geklagt, die nicht gut vertragen würden und zu Magen- und / oder Knochenschmerzen führten (n = 2); in einem weiteren Fall (n = 1), in dem sich die Spenderin vom Empfänger, ihrem Ehemann, trennte, beschreibt sie seinen Gesundheitszustand als „relativ gut“; eine andere Spenderin (n = 1) wiederum berichtet über Probleme des Empfängers mit seiner Hüfte, angeblich durch die der Transplantation vorangegangene Dialyse bedingt. In den Fällen der abgestoßenen Transplantate (n = 3) wird der Gesundheitszustand der Empfänger zwar nicht als „schlecht“ bezeichnet, die Spenderinnen zeigen sich aber sehr besorgt um die Zukunft der Empfänger. In einem der drei Fälle bezeichnet die Spenderin den Gesundheitszustand sogar als „relativ gut“, abgesehen vom schlechten Gehör, das wohl mit der Nierenerkrankung assoziiert ist; im zweiten Fall klagt die Spenderin über die nicht ganz so guten „Werte“ des Empfängers und im dritten Fall wird der Gesundheitszustand des Empfängers als „mäßig“ beschrieben.

**Gesundheitsstatus der Spenderin.** Die Spenderinnen selbst sind in fast allen Fällen zufrieden mit ihrem eigenen Gesundheitszustand nach der Spende. Einige Personen (n = 5) bezeichnen ihren Gesundheitszustand zwar nicht als „schlecht“, drei davon klagen jedoch über Narbenprobleme, eine weitere Person klagt ebenfalls über Narbenprobleme und hatte zudem im weiteren Verlauf einen bösartigen Tumor an der verbliebenen Niere, der erfolgreich reseziert werden konnte; eine letzte Person klagt über ein

Beinödem seit der Operation. Alle anderen bezeichnen ihren Gesundheitszustand im Hinblick auf die abgelaufene Operation als „gut“ (n = 9) oder sogar „sehr gut“ (n = 3), „mindestens so gut wie vor der Spende“ (n = 1), „topfit“ (n = 1), „blendend“ (n = 1).

## 6.2 Vorerfahrungen und Voreinstellungen zum Thema Organspende

### 6.2.1 Voreinstellungen der Spenderinnen allgemein

#### **Hypothese 1: Lebendniere spenderinnen berichten über eine positive Voreinstellung zum Thema Transplantation.**

Die Voreinstellung zum Thema Transplantation wurde über folgende Interviewfrage erfasst:

- „Wie war Ihre Einstellung zum Thema Spende?“

Die Frage nach der schon zuvor bestehenden Einstellung zum Thema Transplantation wird von der Mehrzahl der Personen (13 von 20) positiv beantwortet (Aussagen wie z.B. „positiv“, „klasse“, „schon immer gut gefunden“), unabhängig davon, ob sie sich intensiver mit dem Thema auseinandergesetzt haben und davon, ob die Personen einen Organspendeausweis besitzen oder nicht (Tabelle 6.1).

**Tab. 6.1: Voreinstellungen der Befragten zum Thema Organtransplantation.**

<b>Voreinstellung zum Thema Transplantation</b>
Positive Voreinstellung (n = 13)
Angst (n = 1)
Nicht näher mit Thema Transplantation befasst (n = 5)
Nicht gefragt (n = 1)

Eine Person wurde nicht befragt bezüglich der Voreinstellung zum Thema Organtransplantation, weil aufgrund des halbstrukturierten Charakters des Interviews inhaltliche Schwerpunkte je nach Bedürfnissen der interviewten Personen unterschiedlich gesetzt

wurden und somit zuvor eingeplante Aspekte teilweise in den Hintergrund getreten sind.

Beispiele für Kategorie „Positive Voreinstellung“:

I: *„wenn Sie früher etwas über Spende gehört haben, wie war Ihre Einstellung...“*

S3: *„ja, das fand ich schon + immer klasse!“*

I: *„...und - haben Sie sich auch schon Gedanken über Organspende, tot oder lebend, egal wie, gemacht, bevor Ihre Tochter krank wurde?“*

S14: *„ja, das fand ich schon immer gut“*

Beispiel für Kategorie „Angst“:

S8: *„also ich hatte schon sehr viel Angst auch gehabt!“*

(später): *„...auch bevor mein Mann krank war, hat mein Mann immer gesagt, er würde alle Organe spenden und ich habe immer gesagt 'ich würde nie ein Organ spenden!'“*

I: *„...„aber Sie wollten eigentlich nicht spenden“*

S8: *„doch, ich wollte schon spenden! immer! von Anfang an!“*

I: *„Ihrem Mann aber nur“*

S8: *„...ja ...nicht so allgemein, weil wir oft da drüber gesprochen haben“*

Beispiele für Kategorie „Nicht näher mit Thema Transplantation befasst“:

I: *„ja, aber Ihre Einstellung war schon immer nicht- nicht!“*

S11: *„nicht unbedingt, nicht unbedingt dagegen! aber man hat halt sich nicht unbedingt damit befasst“*

I: „hmhm also wie war Ihre Einstellung zum Thema Spende, bevor Ihr Sohn krank war? hatten Sie da überhaupt schon eine Einstellung oder + haben Sie sich da noch nicht so“

S 13: „äh nein + da hat man sich noch keine Gedanken drüber gemacht.“

Es wurden zusätzlich Fragen gestellt, die mittelbar mit der Voreinstellung zusammenhängen können und auf die im Folgenden Bezug genommen wird:

- „Von wem haben Sie zuerst erfahren, dass es die Möglichkeit der Lebendnierenspende gibt?“
- „Haben Sie sich schon Gedanken über Organspende (tot und / oder lebend) gemacht, noch bevor das Thema für Sie aktuell wurde?“
- „Hätten Sie sich damals schon vorstellen können, jemandem zu Lebzeiten ein Organ zu spenden?“
- „Hatten Sie bereits einen Organspendeausweis?“

### 6.2.2 Wissensquellen

Eine wesentliche Voraussetzung dafür, sich eine Meinung über das Thema Transplantation bilden zu können bzw. eine Entscheidung zur Lebendorganspende treffen zu können, besteht darin zu wissen, dass diese Möglichkeit überhaupt existiert. Da das Thema in Deutschland noch nicht so populär ist, ist es interessant herauszufinden, woher die zwanzig befragten Personen von der Möglichkeit zur Lebendspende erfahren haben.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Quellen des Wissens bezüglich der Möglichkeit einer Lebendnierenspende bei den Befragten (Tabelle 6.2).

**Tab. 6.2: Informationsquellen der Befragten bezüglich der Option der Lebendnierenspende.**

<b>Informationsquellen bezüglich der Möglichkeit der Lebendnierenspende (n = 20)</b>
Medien (n = 10)
Ärzte (n = 3)

Tab. 6.2 (Fortsetzung).

Eigene Idee (n = 3)
Medizinstudium / Beruf (n = 2)
Weiß nicht (n = 2)

Es ist teilweise schwierig für die Befragten, genau zu sagen, wann und in welchem Kontext sie über die Möglichkeit der Lebendniere spende erfahren haben. In zehn Fällen geben die Befragten an, darüber irgendwann einmal in den Medien gehört bzw. gelesen zu haben. Teilweise sind die Spenderinnen direkt von den behandelnden Ärzten der Empfänger angesprochen worden oder haben durch ihre Tätigkeit im medizinischen Bereich davon erfahren. Andere wiederum sind selbst zu der Idee gekommen, dass es möglich sein könnte, eine Niere zu spenden. Zwei Personen schließlich können sich gar nicht mehr erinnern, woher sie über die Möglichkeit der Lebendniere spende erfahren haben.

Beispiele für Kategorie „Medien“:

S4: „...ja, das hört man in- in- in den Medien hört man das...im Fernseher, manchmal liest man es auch...“

S5: „...ja im Fernseher nä...ich glaube, das war damals eher so ne Sendung wie da immer kommen, so Arztsendung von der Kühnemann“

Beispiele für Kategorie „Ärzte“:

I: „ von wem haben Sie erfahren, dass es die Möglichkeit der Lebendspende gibt? haben Sie das in Medien;“

S11: „...nein durch die behandelnde Ärztin“



S9: „...jedenfalls wir sind zu dem; ach, wenn ich- wenn ich nur den Namen wüsste von dem Professor! und als wir rein gehen, dann sagt er ´eben ist eine Familie raus, da spendet die Mutter der Tochter eine Niere!`...und dann sage ich ´ja, könnte ich zum Beispiel meinem Mann eine Niere spenden?` da hat er gesagt ´das könnten Sie!` und dann habe ich gesagt ´ja das ist; wäre ja toll!`“

Beispiele für Kategorie „Eigene Idee“:

S3: „das habe ich nicht gewusst, ich habe einfach gesagt ´das mache ich!`...das habe ich überhaupt...nicht gewusst ob das geht, ich habe das einfach so gesagt“ (lacht)

S15: „...ich bin Praktiker...und wenn ich jetzt sehe, hier wenn ich irgendwas umgebaut habe oder ich habe geteilt auch dafür nä...dann- dann sage ich ´wir können auch mal da das Teil von da wegnehmen und können das Teil dort hinmachen!`...so war meine Überlegung“

Beispiele für Kategorie „Medizinstudium / Beruf“:

S1: „...ich habe Fachzeitschriften gelesen...mich - mich haben, seit ich die Tätigkeit bei der AOK hatte...schon immer! medizinische Themen interessiert“

S7: „...das habe ich schon in meinem Studium gehört!“

Beispiel für Kategorie „Weiß nicht“:

S17: „...pf ich muss ehrlich sagen, das weiß ich gar nicht mehr, ob ich das jetzt tatsächlich von meinem Bruder oder von meiner Schwägerin gehört habe oder ob das in Medien war...“

### 6.2.3 Intensive Beschäftigung mit dem Thema Organspende vor Krankheitsbeginn des Angehörigen / Freundes

Eine intensivere Beschäftigung mit dem Thema Organspende ist bei den meisten befragten Personen (n = 12) erst durch die Krankheit des Angehörigen bzw. Freundes erfolgt.

Personen, die sich bereits vor der Krankheit Gedanken über eine Organspende gemacht hatten (n = 7), wurden hierzu näher befragt. Sie geben an, dass das Thema Organspende schon immer intensiv im Familien- bzw. Freundeskreis diskutiert worden sei. Zwei von ihnen hatten sich auch schon speziell über Lebendorganspende Gedanken gemacht; sie konnten sich bereits vor Erkrankung des Empfängers eine Lebendorganspende für sich vorstellen. Eine von den zwei Personen ist in der medizinischen Branche tätig, die andere Person konnte sich vor Erkrankung des Empfängers lediglich vorstellen für einen Angehörigen zu spenden, nicht aber sich einen Organspendeausweis zuzulegen; zum Zeitpunkt der Befragung ist die Person im Besitz eines Organspendeausweises.

Eine Person wurde nicht befragt bezüglich des Zeitpunktes der Beschäftigung mit dem Thema Organspende, weil aufgrund des halbstrukturierten Charakters des Interviews inhaltliche Schwerpunkte je nach Bedürfnissen der interviewten Personen unterschiedlich gesetzt wurden und somit zuvor eingeplante Aspekte teilweise in den Hintergrund getreten sind (Tabelle 6.3).

**Tab. 6.3: Zeitpunkt der Beschäftigung mit dem Thema Organspende.**

<b>Zeitpunkt der Beschäftigung mit dem Thema Organspende</b>
Beschäftigung mit Thema Organspende vor Krankheitsbeginn des Empfängers (n = 7)
Beschäftigung mit Thema Organspende nach Krankheitsbeginn des Empfängers (n = 12)
Nicht befragt (n = 1)

Beispiele für Kategorie „Beschäftigung mit Thema Organspende vor Krankheitsbeginn des Empfängers“:

I: *„...haben Sie sich schon Gedanken über Organspende gemacht, noch bevor das Thema aktuell wurde, also bevor Ihr Bruder krank wurde?“*

S19: *„ja, das sind so grundsätzliche Überlegungen nä, wenn man mit Freunden abends zusammensitzt...“*

S8: *„...ich wollte schon spenden! immer! von Anfang an!“*

I: *„Ihrem Mann aber nur“*

S8: *„...ja ...nicht so allgemein, weil wir oft da drüber gesprochen haben“*

S12: *„...das hätte ich auch vorher gemacht! wenn einer meiner Geschwister, ich habe ja noch sieben Geschwister, wenn da irgendwas gewesen wäre, hätte ich sofort...weil ich das einfach so sehe, dass ich mit meiner einen Niere auch leben kann.“*

I: *„also Sie haben sich schon immer vorstellen können auch zu Lebzeiten zu spenden“*

S12: *„natürlich!“*

Beispiele für Kategorie „Beschäftigung mit Thema Organspende nach Krankheitsbeginn des Empfängers“:

I: *„...haben Sie sich schon, bevor Ihr Sohn krank war oder die Nieren versagt haben, haben Sie sich schon über Thema Organspende Gedanken gemacht“?*

S10: *„nein,...wenn es dich selber nicht betrifft, befasst du dich auch nicht damit.“*

I: *„hmhm und haben Sie sich auch schon Gedanken über Organspende gemacht, ... tot*

*oder lebend zu spenden, noch bevor das Thema aktuell war?“*

S16: *„äh nein, eigentlich da noch nicht.“*

I: *„und haben Sie sich schon Gedanken über Organspende, tot oder lebend, gemacht, bevor das Thema jetzt aktuell wurde, bevor ihr Bruder krank war?“*

S 17: *„nein eigentlich nicht.“*

#### 6.2.4 Besitz eines Organspendeausweises

Da davon auszugehen ist, dass die retrospektiv geäußerte Einstellung zur Organspende durch soziale Erwünschtheit beeinflusst werden kann, wird im Rahmen der Studie zusätzlich der Besitz eines Organspendeausweises als Indikator für eine positive Voreinstellung erfasst.

Neun Personen in der Stichprobe besitzen einen Organspendeausweis. Nur zwei von diesen sind schon vor der Entscheidung zur Lebendspende im Besitz eines Ausweises gewesen, sieben Personen sind durch die Erkrankung ihres Angehörigen bzw. durch ihre Lebendspende zu der Idee bzw. zu dem Wunsch gekommen, sich einen Organspendeausweis zuzulegen (Tabelle 6.4).

**Tab. 6.4: Häufigkeit des Besitzes eines Organspendeausweises.**

<b>Besitz eines Organspendeausweises (n = 9)</b>
Organspendeausweis <b>vor</b> Spende (n = 2)
Organspendeausweis <b>nach</b> Spende (n = 7)

Fast die Hälfte der Spenderinnen (n = 9) ist aktuell im Besitz eines Organspendeausweises, wobei sich die meisten dieser Personen (n = 7) den Ausweis erst in Folge der Spende zugelegt haben - davon gibt eine Person an, dass die Erkrankung ihres Angehörigen definitiv die Entscheidung, sich einen Organspendeausweis zu besorgen, beeinflusst hat. Eine andere Person betont, dass sie bereits früher gerne einen Ausweis gehabt hätte, jedoch nicht gewusst habe, woher sie diesen hätte

bekommen können. Drei der sieben Personen, die sich nach der Lebendspende einen Organspendeausweis zugelegt haben, waren initial ausschließlich dazu bereit, im Familienkreis zu spenden, da sich der Ausweis nur auf die Option der post mortem-Spende bezieht und der Empfänger nicht wählbar ist. Die anderen befragten Personen begründen ihren Entscheidungswandel nicht näher.

Beispiele für Kategorie „Organspendeausweis vor Spende“:

I: *„...ja, und haben Sie sich auch schon Gedanken über Organspende gemacht, noch bevor jetzt Ihre Freundin krank wurde?“*

S6: *„ ja, ja, ich habe schon lange einen Organspendeausweis, den habe ich schon lange bevor //“*

I: *„...und hatten Sie einen Organspendeausweis?“*

S8: *„... ja, hatte ich mir dann zugelegt als mein Mann krank geworden ist“*

Der Besitz eines Organspendeausweises „vor Spende“ ist nicht gleich zu setzen mit dem Besitz eines Organspendeausweises „vor Erkrankung des Angehörigen“.

Beispiele für Kategorie „Organspendeausweis nach Spende“:

I: *„...hatten Sie schon einen Organspendeausweis?“*

S3: *„... nein, den habe ich vorher nicht gehabt“*

I: *„...jetzt ja?“*

S3: *„ ja...das hätte ich auch vorher nicht gemacht, nachher wäre mir etwas passiert und jemand anderes hätte die Niere gekriegt!“*

S14: *„...und habe auch immer gewusst äh, wenn ich einmal sterbe und das geht, kann jemand meine Organe haben, nur habe ich nie irgendwo einen Organspendeausweis gefunden...die liegen gar nicht so offen herum nä...die sieht man nicht, das ist schade*

*nä... ich habe die mir durch den Apotheker beziehen lassen, erst nach der Spende... ich habe bei uns nirgendwo einen gefunden, nicht einmal in der Krankenkasse!...ich habe mir ihn halt dann bei der Apotheke besorgt, da wo ich immer bin, und dann war einmal...ein Dialyse-Tag“*

10 der befragten Lebendnierenspenderinnen sind zum Zeitpunkt der Befragung nicht im Besitz eines Organspendeausweises. Dafür werden meist keine konkreten Gründe angegeben. Eine Person erklärt, dass man eine solche Entscheidung immer gern aufschiebe.

Beispiel:

I: „...ja und haben Sie jetzt einen Organspendeausweis oder auch nicht?“

S13: „ habe ich auch noch nicht, weil man schiebt das immer irgendwie raus.“

Von den 10 Befragten ohne Organspendeausweis sind nicht alle Personen abgeneigt, einen Ausweis zu besitzen; zwei Personen zum Beispiel denken, sie seien schon zu alt für eine post mortem-Spende.

Beispiele:

S16: „...jetzt bin ich auch schon zu alt gell, wenn ich heute mal schnell sterbe und ich würde meine andere Niere auch noch geben gell“

S17: „...und jetzt- jetzt mit der; mit dem Spenden- mit dem Spendenpass äh ich denke, da bin ich zu alt dafür jetzt, oder? (lacht)... ich dachte, wenn man über sechzig ist, ist dann nicht mehr so interessant“

Eine Person wurde nicht befragt bezüglich des Organspendeausweises, weil aufgrund des halbstrukturierten Charakters des Interviews inhaltliche Schwerpunkte je nach Bedürfnissen der interviewten Personen unterschiedlich gesetzt wurden und somit zuvor eingeplante Aspekte teilweise in den Hintergrund getreten sind.

**Hypothese 1.** Für die untersuchte Stichprobe wurde erwartet, dass sich die Spenderinnen bereits im Vorfeld mit dem Thema Organspende auseinandergesetzt haben und deren Einstellung bereits positiv gewesen ist, bevor der Empfänger erkrankt ist, wofür der Besitz eines Organspendeausweises als Indikator gelten kann.

Die Hypothese kann bestätigt werden, da das Hauptkriterium, nämlich die positive Voreinstellung zum Thema Transplantation, bei der Mehrheit der befragten Personen erfüllt ist.

Auf Basis der Interviews ist zu schlussfolgern, dass eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema oder der Besitz eines Organspendeausweises bei den Befragten augenscheinlich keine zwingende Voraussetzung für eine positive Voreinstellung oder für die Spende dargestellt haben, da ein Teil der Spenderinnen weder einen Organspendeausweis besessen hat noch sich im Vorfeld Gedanken über die Thematik gemacht hat.

### 6.3 Einflussfaktoren auf die Entscheidung zur Spende

**Hypothese 2: Wichtige Einflussfaktoren auf die Entscheidung zur Spende sind Zuneigung zum Empfänger, Pflichtgefühl, Verantwortung und die Einstellung nahe stehender Personen.**

Welche Einflussfaktoren auf die Entscheidung zur Spende eine Rolle gespielt haben, wurde über folgende Interviewfrage erfasst:

- „Welche Rolle haben folgende Faktoren gespielt:
  - a) Gewissen
  - b) Pflichtgefühl
  - c) Sorge um eigene Gesundheit
  - d) Empfänger selbst
  - e) Gesundheitszustand des Empfängers
  - f) Familie
  - g) Freunde / Bekannte
  - h) Arbeitskollegen
  - i) Ärzte
  - j) Medien
  - k) Religion
  - l) Bedürfnis zu helfen
  - m) weitere Aspekte (offen)?“

Aus den oben genannten möglichen Einflussfaktoren auf die Entscheidung zur Spende werden von allen befragten Personen der Gesundheitszustand des Empfängers und das Bedürfnis zu helfen bejaht. Ein ebenfalls häufig bejahter Einflussfaktor ist das Gewissen; dagegen wird Pflichtgefühl im Sinne von „tun müssen“ von keiner der befragten Personen bestätigt.

Die Sorge um die eigene Gesundheit ist bei der Mehrzahl der Spenderinnen eher in den Hintergrund getreten. Mitmenschen wie der Empfänger selbst, Familie, Freunde, Bekannte und Arbeitskollegen hatten ebenfalls keinen relevanten Einfluss auf die Entscheidung (am wenigsten Bekannte und Arbeitskollegen). Ambulante Ärzte, die in



den Entscheidungsprozess mit einbezogen wurden, hielten sich eher mit einer Meinung zurück; einige waren skeptisch, nur wenige befürworteten (aus Sicht der Spenderinnen) die Spende.

Die Religion bzw. der Glaube war bei knapp der Hälfte der Spenderinnen im Entscheidungsprozess von Bedeutung. Medien dienten teilweise als Informationsquelle, hatten aber eher wenig Einfluss auf die Entscheidungsfindung.

### 6.3.1 Zuneigung zum Empfänger als Einflussfaktor

Die Kategorie „Zuneigung zum Empfänger“ resultiert u.a. aus dem Faktor „Bedürfnis zu helfen“ (im Sinne von „Lebensqualität des Nierenkranken verbessern“) aus obiger Liste. Alle befragten Personen sprechen diesbezüglich von dem Bedürfnis, dem Nierenkranken zu helfen bzw. seine Lebensqualität verbessern zu wollen, indem sie ihm die Dialyse ersparen. Mit eingeflossen sind von vielen Spenderinnen als wichtig erachtete zusätzliche Aspekte. Fünf der Befragten sehen die Spende als Selbstverständlichkeit, insbesondere Mütter. Andere wiederum sprechen von Sorgen oder Angst um den Angehörigen, von einem schon immer guten Verhältnis zu diesem oder von wahrer Freundschaft (Tabelle 6.5).

**Tab. 6.5: Von den Befragten genannte Aspekte der Kategorie „Zuneigung zum Empfänger“ (Doppelnennungen möglich).**

<b>Zuneigung zum Empfänger</b>
Lebensqualität des Nierenkranken verbessern (n = 20)
Selbstverständlichkeit der Spende (n = 5)
Sorgen / Angst um den Nierenkranken (n = 3)
Schon immer gutes Verhältnis (unter Geschwistern) (n = 2)
Wahre Freundschaft (n = 1)

Beispiele für Kategorie „Lebensqualität des Nierenkranken verbessern“:

S14: *„ich habe absolut äh Gespräche und Fragen nicht so gewollt und auch nicht gewusst, für mich stand es von vornherein fest, als ich meine Tochter das erste Mal liegen sah an der Dialyse, und als es schlecht war 'Du kriegst eine Niere und damit basta! Du kriegst eine Niere und dann wird es wieder gut!'“*

S5: *„und da habe ich mir überlegt, also je schneller das gemacht wird, umso besser ist es wahrscheinlich, weil ja dann der Körper immer mehr angestrengt auch wird durch den äh durch die Dialyse“*

S3: *„ja ja, ja ja, ich meine, die Dialyse ermöglicht wirklich schon vieles und so, aber wie gesagt, man ist total; die ganzen Knochen gehen kaputt...“*

Beispiele für Kategorie „Selbstverständlichkeit der Spende“:

I: *„...ja und war das für Sie...Pflichtgefühl oder - war das eher was Selbstverständliches?“*

S4: *„es war was Selbstverständliches!“*

S18: *„...ich glaube, dass...das für mich selbstverständlich so passiert ist“*

Beispiel für Kategorie „Sorgen / Angst um den Nierenkranken“:

I: *„...hatten Sie Angst um ihn?“*

S9: *„ja auch und dann habe ich mir gedacht, warum soll er ständig an die Dialyse!“*

Beispiel für Kategorie „Schon immer gutes Verhältnis (unter Geschwistern)“:

I: „...und andere Dinge, die Sie irgendwie beeinflusst haben oder wo Sie sagen, das hat noch eine Rolle gespielt bei der Entscheidung?“

S19: „...ja gut, das Verhältnis zu meinem Bruder nä...ein gutes Verhältnis und der eine ist für den anderen da, ja...“

Beispiel für Kategorie „Wahre Freundschaft“:

I: „...und gibt es noch andere Dinge, die irgendwie eine Rolle gespielt haben?“

S6: „...ja, die Freundschaft, ist wahre Freundschaft“

### 6.3.2 Pflichtgefühl als Einflussfaktor

Die Frage nach einem Gefühl der Verpflichtung im Sinne von „etwas tun müssen“ wird von allen befragten Personen mit „nein“ beantwortet. Pflichtgefühl im Sinne von Verantwortung trifft bei fünf Spenderinnen zu (Tabelle 6.6).

**Tab. 6.6: Von den Befragten genannte Aspekte der Kategorie „Pflichtgefühl“ (Doppelnennungen möglich).**

<b>Pflichtgefühl</b>
Pflichtgefühl im Sinne von „etwas tun müssen“ → nein (n = 20)
Pflichtgefühl im Sinne von Verantwortung → ja (n = 5)
Schlechtes Gewissen bei Nichtspende (n = 9)
Moral (n = 1)
Gegenseitige Hilfe (n = 1)

Beispiele für Kategorie „Pflichtgefühl im Sinne von „etwas tun müssen“ → nein“:

I: *„...ja. und Pflichtgefühl? war da etwas dabei irgendwie, an Pflichtgefühl?“*

S10: *„das ich muss?“*

I: *„ja“*

S10: *„nein, nein!“*

I: *„hmhm ja - und Pflichtgefühl?“*

S6: *„nein, nein, dass ich das aus Pflichtgefühl hmhm-“*

I: *„und Pflichtgefühl? hatten Sie irgendwie so ein Pflichtgefühl ´ich- ich muss jetzt spenden` oder;“*

S20: *„nein.“*

I: *„das nicht.“*

S20: *„das hatte ich nicht.“*

Beispiel für Kategorie „Pflichtgefühl im Sinne von **Verantwortung** → ja“:

I: *„...und Pflichtgefühl?“*

S19: *„also äh das- das fällt mir jetzt schwer das äh jetzt mit einem Wort zu beantworten...also ich will das mal grundsätzlich formulieren: bei mir ist es so, dass ich denke ich- ich habe zwei Nieren, ich kann mit einer sehr gut leben...und äh wenn das möglich ist, wieso soll es dann einem anderen, den ich kenne und lieb habe, schlecht gehen?“*

### 6.3.3 Verantwortung als Einflussfaktor

Dem Aspekt „Verantwortung“ kann weiterhin zugeordnet werden, dass für zwei der befragten Personen das junge Alter der Nierenkranken ausschlaggebend gewesen ist sowie bei zwei weiteren Personen auch die Tatsache, dass es bereits Todesfälle in der Familie gegeben hat und die potentielle Spenderin ein weiteres Unglück habe verhindern wollen.

Beispiele:

S10: *„...und nä, man hat ja auch geheult und alles gell, und weil der so jung ist, ach Gott hab ich mir gedacht ´jetzt hängt der da dran, sein Leben lang` und ich habe aber nicht nachgegeben, dann hat der Arzt gesagt ´also gut, wenn Sie unbedingt wollen, dann machen wir mal Untersuchungen`...“*

S2: *„...ja, sie war noch sehr; sie ist! noch sehr jung...und dann; wenn ich dann nachdenke und dann gedacht habe ´sie muss noch so; sie hat noch ein langes Leben vor sich und dann äh vielleicht sechs oder sieben Jahre warten auf ein / (? : Organ)`...“*

I: *„...war das für Sie auch irgendwie ein Pflichtgefühl, das zu tun“?*

S5: *„... na ja, Pflichtgefühl war das nicht“*

I: *„... das war mehr äh wie soll ich sagen, äh für mich war das mehr so äh ´ich kann jetzt nicht noch einen verlieren! ich habe schon zwei verloren!`“*

S4: *„...also der richtige Vater vom X ist gestorben...seine Schwester geht ja nicht, weil die selber...was mit der Niere hat und dann war ja nur ich!“*

Beispiele für Kategorie „Schlechtes Gewissen bei Nichtspende“:

I: *„...hat Ihr Gewissen eine Rolle gespielt? hätten Sie schlechtes Gewissen gehabt, wenn Sie nicht gespendet hätten?“*

S10: *„ja...bin ich ehrlich.“*

I: *„hätten Sie schlechtes Gewissen, wenn Sie nicht gespendet hätten?“*

S3: *„ja schon, das ja“*

I: *„ja also Gewissen spielt auf jeden Fall eine Rolle?“*

S3: *„ja, ja das denke ich- das denke ich schon“*

Beispiel für „Moral“:

I: *„und Pflichtgefühl?“*

S6: *„nein, nein, dass ich das aus Pflichtgefühl hmhm-...nein, das war einfach eine freiwillige Entscheidung und äh“*

(weitere anwesende Person): *„aber schon eine moralische Entscheidung“*

S6: *„ja“*

Beispiel für „Gegenseitige Hilfe“:

S19: *„...ja, ich meine das nicht so, dass wir uns gegenseitig auf dem Schoß sitzen, aber...ein gutes Verhältnis und der eine ist für den anderen da, ja.“*

Die beim Einflussfaktor „Zuneigung zum Empfänger“ bereits erwähnte Selbstverständlichkeit der Spende bei fünf der befragten Personen kann ebenfalls dem Aspekt „Pflichtgefühl“ zugeordnet werden, wiederum im Sinne von Verantwortlichkeit. Der Begriff Pflichtgefühl wird also bei keiner der Personen im Sinne von „etwas tun müssen“ verstanden, im Sinne von „schlechtes Gewissen bei Nichtspende“ dagegen ist eine

Zustimmung von 9 Personen festzustellen (vgl. Tabelle 6.6). Drei Befragte meinen, sie könnten den Begriff „Gewissen“ nicht genau definieren oder seien sich auch nicht sicher, ob Gewissen eine Rolle spielte, bei den übrigen Personen hat Gewissen keine Rolle gespielt. Eine Person spricht von Moral, eine weitere von gegenseitiger Hilfe.

### 6.3.4 Einstellungen nahe stehender Personen als Einflussfaktor

Im Folgenden wird auf die Einstellungen nahe stehender Personen zum Thema Lebendnieren spende näher eingegangen. In der nachfolgenden Tabelle sind die Einstellungen von Familienmitgliedern zusammengefasst (Tabelle 6.7).

**Tab. 6.7: Einstellungen von Familienmitgliedern der Befragten zur Lebendnieren spende (Doppelnennungen möglich).**

<b>Einstellung der Familie</b>
Positive Einstellung der Familie (n = 9)
Angehörige hätten auch gespendet (n = 7)
Angst der Familie um die Gesundheit der potentiellen Spenderin (n = 5)
Scheinbare Gleichgültigkeit der Familie (n = 1)
Familie zu wenig mit einbezogen (n = 1)

Beispiele für Kategorie „Positive Einstellung der Familie“:

I: „...und Ihre Familie: wie war der Einfluss? also Ihr Mann, haben Sie gesagt, hat + sie auch bejaht“

S4: „die waren alle, also alle + alle bejaht, alle!“

S1: „...die Entscheidung ist in der Familie gefallen...“

Beispiel für Kategorie „Angehörige hätten auch gespendet“:

S2: „...die Schwestern, die zwei Schwestern haben gesagt ´also wenn es nicht klappt mit Mama, dann vielleicht ich` aber // die sind so jung! also die Jüngste- die Jüngste ist jetzt vierundzwanzig Jahre alt – das ist zu jung!“

Beispiel für Kategorie „Angst der Familie um die Gesundheit der potentiellen Spenderin“:

I: „... ja und Ihre Familie: Mann, die anderen Kinder, was haben die gesagt? haben sie eher gesagt ´ja, das ist eine gute Entscheidung` oder haben sie Angst um Sie gehabt und Sie eher abhalten wollen?“

S13: „...die haben schon + die haben schon Angst um mich gehabt...äh äh ´weißt Du, was Du da machst? `... äh äh pf ´na gut, Du musst es selber wissen!`“

Beispiel für Kategorie „Scheinbare Gleichgültigkeit der Familie“:

S10: „...also, da war ich ein bisschen enttäuscht – man konnte nicht darüber reden! gut, äh die anderen Buben waren ja auch nicht; ich habe vier Stück (lacht)...die anderen äh waren ja auch platt nä, als das passiert ist un- und Ding, also da pf ist nichts geredet worden! un- un- und der Vater von ihm pf, der hat doch auch nichts geredet...ach so, als wir da hingefahren sind an- an dem Tag äh, dass- dass der einmal gesagt hätte ´ich wünsche Euch viel Glück` oder irgendwas – nichts! wir sind hier raus, haben unsere Tasche gepackt, sind in ein Taxi und fortgefahren! ...also das war schon schlimm! ...also das vergesse ich nie!“

Beispiel für Kategorie „Familie zu wenig mit einbezogen“:

S8: „...ich habe eine Tochter, die ist aus erster Ehe... die ist halt nicht von meinem Mann, dem ich die Niere gespendet habe...und was ich heute mir manchmal vorwerfe, das ist, dass ich sie zu wenig mit einbezogen habe...und jetzt beide im Krankenhaus und sie dachte dann ´dann habe ich niemanden mehr, wenn denen was passiert!`...und



*das war so ein richtiges Schockerlebnis für meine Tochter, muss ich wirklich sagen! da habe ich mir vorher gar keine Gedanken drüber gemacht, dass das so was ist bei ihr!“*

Die eigene Familie wurde also in etwa der Hälfte der Fälle in die Entscheidung mit einbezogen. Meist stand die Familie der potentiellen Spenderin der Entscheidung positiv gegenüber (9 Fälle), teilweise hätten die Angehörigen selbst auch gespendet (7 Fälle). In fünf Fällen hatten die Angehörigen aber auch Angst um die Gesundheit der potentiellen Spenderin. In einem Fall schien die Verwandtschaft gleichgültig gegenüber der Entscheidung, und in einem weiteren Fall sei sie laut Spenderin selbstverschuldet zu wenig mit einbezogen worden; die Tochter der Spenderin habe sich folglich aus Unwissen heraus unnötig viele Sorgen um ihre Eltern gemacht.

Freunde und Bekannte wurden überwiegend nicht mit in die Entscheidung zur Lebendspende einbezogen. Wenn sie jedoch davon erfahren haben, war deren Einstellung meist positiv, sie bewunderten die Spenderinnen; einige von ihnen gaben zu, dass sie es selbst nicht getan hätten (Tabelle 6.8).

**Tab. 6.8: Einstellungen von Freunden und Bekannten der Befragten zur Lebendniere spende (Doppelnennungen möglich).**

<b>Einstellung von Freunden / Bekannten</b>
Keinen Einfluss auf die Entscheidung bzw. nicht mit einbezogen (n = 12)
Positive Einstellung (vor oder nach der Spende) (n = 12)
Hätten es selbst nicht getan (n = 3)

Arbeitskollegen – wenn vorhanden – sind in vielen Fällen nicht mit in die Entscheidung zur Lebendniere spende einbezogen worden. Wenn sie jedoch davon erfahren haben, war ihre Einstellung meist positiv. In zwei Fällen ist jedoch auch von der Entscheidung zur Spende abgeraten worden. In einem Fall sei die Spenderin von ihrem Arbeitgeber entlassen worden, da dieser Bedenken wegen einer eventuellen Arbeitsunfähigkeit nach der Spende gehabt habe.

Zwei Personen wurden nicht befragt bezüglich der Einstellung ihrer Arbeitskollegen, weil aufgrund des halbstrukturierten Charakters des Interviews inhaltliche Schwerpunkte je nach Bedürfnissen der interviewten Personen unterschiedlich gesetzt wurden und somit zuvor eingeplante Aspekte teilweise in den Hintergrund getreten sind (Tabelle 6.9).

**Tab. 6.9: Einstellungen von Arbeitskollegen der Befragten zur Lebendniere spende (Doppelnennungen möglich).**

<b>Einstellung von Arbeitskollegen</b>
Keinen Einfluss auf die Entscheidung bzw. nicht mit einbezogen (n = 7)
Positive Einstellung (vor oder nach der Spende) (n = 6)
Eher abgeraten (n = 2)
Nicht berufstätig zu diesem Zeitpunkt (n = 4)
Aufgrund der Spende entlassen worden (n = 1)
Beruflich selbständig (n = 1)
Frage nicht gestellt (n = 2)

Beispiele für Kategorie „Keinen Einfluss auf die Entscheidung bzw. nicht mit einbezogen“, bezogen auf Freunde / Bekannte und Arbeitskollegen:

S1: *„also ich habe zur Entscheidungsfindung diese Bekannten, Arbeitskollegen und Freunde eigentlich nicht gebraucht“*

S12: *„ich kann da niemanden um Rat fragen ´würdest Du es machen? soll ich es machen?`...wie was anderes, wenn ich mir ein Auto kaufe, kann ich mit jemandem reden und sagen ´horch mal, was würdest denn Du meinen? ist das oder das `...aber das ist meine ganz persönliche Entscheidung“*

Beispiele für Kategorie „Positive Einstellung (vor oder nach der Spende)“, bezogen auf Freunde / Bekannte und Arbeitskollegen:

I: *„...und Freunde, Bekannte oder Arbeitskollegen?“*

S4: *„ja, die waren auch alle total ja ´dass Du das machst! `“*

I: *„fanden das auch gut.“*

S4: *„fanden das gut, ja.“*

I: *„ja und Arbeitskollegen von Ihnen?“*

S15: *„oh die haben natürlich auch alles extrem hoch gehalten nä“*

I: *„die fanden es gut?“*

S15: *„ja“*

Beispiel für Kategorie „Hätten es selbst nicht getan“, bezogen auf Freunde / Bekannte:

S8: *„sie fanden es toll, + würden es aber selbst bei ihrem Partner, wenn der heute krank werden würde...könnten sie es nicht machen!“*

Beispiel für Kategorie „Eher abgeraten“, bezogen auf Arbeitskollegen:

S1: *„natürlich äh äh mir hat auch ein Kollege mal gesagt, als ich ihm da gesagt habe ´also ich werde meinem Sohn eine Niere spenden` dann sagt er ´dann hast Du ja keinen unversehrten Körper mehr!`...“*

Beispiel für Kategorie „Nicht berufstätig zu diesem Zeitpunkt“:

I: *„...und Freunde, Bekannte?“*

S11: *„ja, also da habe ich; ich habe ja nichts an die große Glocke gehängt...“*

I: *„ach so, wussten nichts...“*

I: *„...und Arbeitskollegen dann wahrscheinlich auch nicht“*

S11: *„nein, ich war auch nicht berufstätig zu diesen Zeitpunkt“*

Beispiel für Kategorie „Aufgrund der Spende entlassen worden“:

I: *„und - Arbeitskollegen - - von Ihnen?“*

S14: *„ ich äh; auch nicht. also mein Chef; ich bin entlassen worden in der Zeit“*

I: *„warum?“*

S14: *„ weil er Angst hatte, ich bin dann eine kranke Frau.“*

Beispiel für Kategorie „Beruflich selbständig“, gilt nur für Arbeitskollegen:

I: *„... hmhm und Arbeitskollegen, also Sie sind ja selbständig oder?“*

S8: *„... ja, also hatte ich in dem Sinne nicht die; also vorher eigentlich nur im Bekanntenkreis“*

**Hypothese 2.** Die Hypothese, dass Zuneigung zum Empfänger, Gefühle der Verpflichtung, Verantwortung und die Einstellungen nahe stehender Personen die Entscheidung zur Lebendnierenspende beeinflussen, kann teilweise bestätigt werden.

Zuneigung zum Empfänger hat sich bei allen Befragten als bedeutender Einflussfaktor erwiesen, Pflichtgefühl im Sinne von „etwas tun müssen“ war demgegenüber kein relevanter Einflussfaktor. Verantwortung im oben beschriebenen Sinne konnte – abhängig vom Alter des Empfängers und von der familiären Situation – in einigen Fällen als Einflussfaktor bestätigt werden. Die Einstellung nahe stehender Personen hatte in den meisten Fällen keinen Einfluss auf die Entscheidung der Spenderin.

## 6.4 Spontaneität der Entscheidung

### Hypothese 3: Die Entscheidung zur Lebendniere spende erfolgt zumeist spontan.

Die Spontaneität der Entscheidung wurde über folgende Interviewfrage erfasst:

- „Zu welchem Zeitpunkt haben Sie sich entschieden, eine Niere zu spenden (Zeitspanne abschätzen lassen; spontan versus längerer Prozess)?“

Im Ergebnis zeigt sich, dass die Entscheidung zur Spende in 17 Fällen *spontan* erfolgt ist. Die Klassifikation der Antworten als „spontan“ versus „nicht spontan“ ist Tabelle 6.10 zu entnehmen.

**Tab. 6.10: Spontaneität der Entscheidung zur Lebendniere spende.**

Entscheidung spontan (n = 17)	Entscheidung nicht spontan (n = 3)
Sobald von der Krankheit erfahren wurde, zeitnah nach Diagnose (n = 13)	Länger Gedanken darüber gemacht (n = 1)
Sobald von Möglichkeit der Lebendniere spende erfahren wurde (n = 2)	Viele Gespräche mit Ärzten (n = 2)
Sobald Schwere der Erkrankung erkannt wurde (n = 1)	
Entscheidung als „schnelle Reaktion“ bezeichnet (n = 1)	

Aus Tabelle 6.10 ist ersichtlich, dass sich die Antworten deutlich häufiger in die Kategorie „Entscheidung spontan“ klassifizieren lassen. Die „spontane Entscheidung“ wird von den Spenderinnen unterschiedlich beschrieben bzw. kann zu unterschiedlichen Zeitpunkten erfolgen. 13 der 17 Personen haben sich sofort zur Spende entschlossen, als sie von der Krankheit des Angehörigen bzw. Freundes erfahren haben. Zwei der Befragten haben sich sofort entschieden, als sie von der Möglichkeit der Lebendspende erfahren haben. Eine Person hat spontan die Entscheidung zur Spende getroffen, als sie die Schwere der Erkrankung erkannte, und eine Person bezeichnet die spontane Entscheidung einfach als „schnelle Reaktion“.

Im Folgenden sind zur Illustration einige Zitate von Befragten zur Spontaneität der Entscheidung beispielhaft aufgeführt.

Beispiele für Kategorie „Entscheidung spontan“:

S14: *„... für mich stand es von vornherein fest, als ich meine Tochter das erste Mal liegen sah an der Dialyse, und als es schlecht war 'Du kriegst eine Niere und damit basta! Du kriegst eine Niere und dann wird es wieder gut!'“*

S17: *„...ja, muss ich ehrlich sagen, wir haben ihn besucht und- äh und da kam das einfach spontan für mich, eigentlich sofort, weil- äh weil es ihm einfach schlecht ging!“*

S9: *„...wenn ich das gewusst hätte, dann hätte er überhaupt nicht an die Dialyse gebraucht (lacht), dann hätte ich das doch gleich gemacht!“*

S7: *„...entschieden habe ich mich, nachdem ich gewusst habe, wie schlimm es ist“*

In drei Fällen kann die Entscheidung als ein längerer Prozess beschrieben werden. Die Personen haben sich entweder längere Zeit Gedanken darüber gemacht oder auch mehrfach mit Ärzten über die Möglichkeit der Spende gesprochen. Nachstehend sind wiederum beispielhaft einige Zitate zur Illustration aufgeführt.

Beispiele für Kategorie „Entscheidung nicht spontan“:

S11: *„...ja ja, das ist immer; man muss sich ja Gedanken machen, eine OP ist ja auch nicht so ohne äh Weiteres“*

S1: „...äh – wir haben auch mit den mir bekannten Ärzten gesprochen“

**Hypothese 3.** Die Hypothese, dass die Entscheidung zur Spende zumeist spontan erfolgt, kann für die hier untersuchten Personen bestätigt werden.



## 6.5 Positive Erfahrungen mit der Spende

### 6.5.1 Zufriedenheit der Spenderinnen im Rückblick

**Hypothese 4: Die Spenderinnen sind mit ihrer Entscheidung rückblickend zumeist zufrieden.**

Die Zufriedenheit mit der Entscheidung zu spenden wurde über folgende Interviewfrage erfasst:

- „Nachdem Sie jetzt die Erfahrung mit der Spende gemacht haben, würden Sie sich erneut für die Spende entscheiden?“

Die Frage, ob sich die Spenderinnen nach all den Erfahrungen, die sie gemacht haben, hypothetisch erneut für eine Spende entscheiden würden, wenn es medizinisch noch einmal möglich wäre, wird von allen Spenderinnen mit „ja“ beantwortet.

Im Folgenden sind zur Illustration einige Zitate von Befragten zur Zufriedenheit mit ihrer Entscheidung beispielhaft aufgeführt.

I: „...würden Sie sich jetzt wieder neu für eine Spende entscheiden, wenn Sie wieder vor der Entscheidung stehen würden?“

S3: „...ja sofort! ich sage ja, es ist so traurig, dass ich nicht noch mal helfen kann!“

I: „...wenn Sie jetzt die ganzen Erfahrungen mit der Spende gemacht haben und noch einmal vor der Entscheidung stehen würden, noch einmal zwei Nieren hätten, würden Sie wieder spenden?“

S10: „ja!...sofort! bei mir ist es gut gegangen! ...nä? ich war gut aufgehoben und alles“

I: „würden Sie wieder spenden + nachdem Sie jetzt wissen; würden Sie wieder“

S5: „ ja ja äh ja + äh dem Kind- dem eigenen Kind sowieso...oder auch einem Enkelkind! ... nä ich meine Fremde; einem Fremden pf pf oder für Geld oder so würde ich das nie machen!“

Es wurden zusätzlich Fragen gestellt, die mittelbar mit der Zufriedenheit zusammenhängen können und auf die größtenteils bereits in Kapitel 6.1 eingegangen wurde:

- „Funktioniert die gespendete Niere beim Empfänger?“
- „Wie geht es dem Empfänger Ihrem Eindruck nach zurzeit insgesamt?“
- „Wie geht es Ihnen zurzeit insgesamt?“
- „Welche positiven Erfahrungen hat die Spende ihren Erfahrungen nach mit sich gebracht?“

### **6.5.2 Gesundheitsstatus des Empfängers als möglicher Einflussfaktor auf die Bewertung der Spende**

Die Zufriedenheit mit der eigenen Entscheidung zu spenden kann damit zusammenhängen, ob die Niere beim Empfänger funktioniert und ob es dem Empfänger bzw. der Spenderin gut geht. Bei 17 von 20 Empfängern funktioniert die gespendete Niere, bei drei Empfängern ist die Niere bereits abgestoßen worden - nach neun, acht bzw. vier Jahren (Tabelle 6.11).

Auf die unmittelbar nach der Operation aufgetretenen somatischen Probleme wird im Rahmen dieser Studie nicht näher eingegangen. Bei einigen Empfängern aufgetretene Komplikationen konnten im Rahmen des Klinikaufenthaltes erfolgreich behandelt werden.

Tab. 6.11: Gesundheitsstatus des Empfängers (Doppelnennungen möglich).

Gesundheitszustand des Empfängers zum Zeitpunkt der Befragung
Funktionieren der gespendeten Niere (n = 17)
Zufriedenheit mit Gesundheitszustand des Empfängers (n = 13)
Eingeschränkte Zufriedenheit mit Gesundheitsstatus des Empfängers (n = 7)

13 der 20 befragten Personen sind der Meinung, dass es dem Empfänger nach der Transplantation gut bzw. sehr gut geht; in den übrigen 7 Fällen besteht zwar keine völlige Unzufriedenheit, es wird jedoch unter anderem geklagt über die Aus- / Nebenwirkungen der Einnahme von Immunsuppressiva, über weiterhin bestehende Symptome, die mit der Nierenkrankheit assoziiert sind, über Einschränkungen des psychischen Wohlbefindens oder über Abstoßung.

Beispiele für Kategorie „Funktionieren der gespendeten Niere“:

I: *„und die + Niere funktioniert jetzt auch bei Ihrem Sohn noch?“*

S5: *„die Niere funktioniert sehr gut!“*

I: *„und funktioniert die Niere bei Ihrer Tochter?“*

S14: *„ja...die hat schon auf dem Operationstisch funktioniert, hat keine Dialyse nachträglich gebraucht, gibt es ja oftmals nā, Dialyse danach...die hat sich sofort wohl geföhlt bei ihr! ...die Ärzte sagen dann zu mir, was ich der Niere gesagt hätte 'die hat am OP-Tisch schon gepinkelt!'“ (lacht)*

Beispiele für Kategorie „Zufriedenheit mit Gesundheitszustand des Empfängers“:

I: *„...wie geht es jetzt Ihrer Freundin zurzeit insgesamt?“*

S6: *„der geht es zurzeit super!“*

I: *„und wie geht es ihr insgesamt - Ihrem Eindruck nach?“*

S15: *„ja so ist schon; ist sie schon gut...gut drauf, also muss man sagen, es hat schon-schon gelohnt...vor allen Dingen: sie kann alles essen, kann alles trinken...nä das ist ja immer das Wichtige“*

Beispiel für Kategorie „Eingeschränkte Zufriedenheit mit Gesundheitszustand des Empfängers“ (nach Abstoßung):

S4: *„jetzt hat er sie verloren!“*

I: *„ach jetzt hat er sie verloren!“*

S4: *„ und das hat mich fertig gemacht!“*

In vier Fällen werden Aspekte genannt, die darauf hinweisen, dass die Zufriedenheit trotz des Funktionierens der gespendeten Niere in gewisser Hinsicht eingeschränkt ist. In einem Fall zum Beispiel ist die Spenderin zwar zufrieden, da sie und der Empfänger (Ehemann) durch die Transplantation unabhängiger geworden seien als mit Dialyse, andererseits fühlt sie sich nicht ausreichend über die Tatsache informiert, dass der Empfänger postoperativ eine sehr große Menge an Medikamenten einnehmen muss. Der Empfänger äußere zwar, dass es ihm gut gehe, er müsse sich jedoch nach der Einnahme der Medikamente immer hinlegen, weil er sie schlecht vertrage.

Beispiel für „Eingeschränkte Zufriedenheit mit Gesundheitszustand des Empfängers“ (trotz Funktionieren des Transplantats):

I: „...funktioniert jetzt die Niere bei Ihrem Mann?“

S9: „ja ja, die funktioniert! aber äh ich war bloß ein bisschen äh eigentlich ein bisschen enttäuscht, weil- weil mein Mann so viel einnehmen musste! ...ich meine, das! haben sie uns aber nicht gesagt, die haben nur gesagt ´er muss schon was einnehmen, damit die; weil das ja für den Körper ist, dass die Niere nicht abgestoßen wird`...aber was der alles an Arznei einnehmen hat müssen! und das hat ihm schon arg zugesetzt...unsere Töchter haben ja beide auch Zystennieren...und die haben schon gesagt, also sie sind jetzt von ihrem Vater her so geschockt...dass sie glaube ich so einen Schritt nicht machen werden! ...aber meinem Mann setzt das schon zu, das viele Einnehmen! ...er sagt ja oft ´jetzt muss ich mich erstmal hinlegen!`“

In diesem Fall hat die Frau mit einem Unwissen darüber gespendet, was nachher auf sie bzw. den Empfänger zukommen würde. Sie hoffte, dass der Empfänger nach der Transplantation gesund und vielleicht auch belastbarer sein würde, ihre Erwartungen haben sich jedoch nicht in diesem Ausmaß erfüllt.

### **6.5.3 Gesundheitsstatus der Spenderin als möglicher Einflussfaktor auf die Bewertung der Spende**

Mit dem eigenen Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Befragung sind fast alle Befragten zufrieden (n = 15), abgesehen von vier Personen, bei denen postoperativ Narbenprobleme auftraten, bei einer davon trat außerdem ein bösartiger Tumor an der verbliebenen Niere auf, der jedoch erfolgreich reseziert werden konnte. Eine weitere Person muss aufgrund eines Beinödems ein Diuretikum nehmen (Tabelle 6.12).

Auf die unmittelbar nach der Operation aufgetretenen somatischen Probleme wird im Rahmen dieser Studie nicht näher eingegangen. Eine Spenderin berichtete über eine Atelektase der Lunge, die im Rahmen des Klinikaufenthaltes erfolgreich behandelt werden konnte.

Tab. 6.12: Gesundheitsstatus der Spenderin.

<b>Gesundheitszustand der Spenderin zum Zeitpunkt der Befragung</b>
Zufriedenheit mit eigenem Gesundheitszustand (n = 15)
Eingeschränkte Zufriedenheit mit eigenem Gesundheitszustand (n = 5)

Beispiele für Kategorie „Zufriedenheit mit eigenem Gesundheitszustand“ :

I: „...wie geht es Ihnen jetzt?“

S6: „sehr gut!“

I: „...wie geht es jetzt Ihnen zurzeit?“

S2: „gut, sehr gut!“

I: „auch gut. also haben Sie keine Beschwerden oder keine;“

S2: „keine Probleme, nein“

S1: „also bei Ihnen ist auch alles in Ordnung + so weit?“

I: „ja, grundsätzlich ja +...allerdings nehme ich eine äh also eine halbe, also 12,5 Milligramm äh HCT“

S1: „hmhm“

I: „und zwar deshalb, weil mein Kaliumwert – äh immer, seit der Transplantation leicht erhöht war, war also bei 5,1“

(später): „...„mir geht es gut, ich habe überhaupt keine Probleme...ich bin topfit, zumindest topfit für mein Alter!“

Im letzten Beispiel scheint die Zufriedenheit trotz Einnahme eines Diuretikums nicht eingeschränkt, da keine körperliche Symptomatik aufgetreten ist.

Beispiele für „Eingeschränkte Zufriedenheit mit eigenem Gesundheitszustand“:

S3: *„na ja, die Narbe, die macht sich schon manchmal so ein bisschen bemerkbar...so innen drin, dass das da so arbeitet, gerade in letzter Zeit wieder...aber ich denke mir, dass ist manchmal auch alles nervlich bedingt, da bin ich sowieso ein bisschen empfindlich, dass ich mir über alles einen Kopf mache...“*

S5: *„und da haben sie festgestellt, dass an meiner anderen Niere ein Tumor ist!“*

I: *„oh nein! und bösartig oder“*

S5: *„ja“*

S5: *„... die, die ich noch habe, die ist dann operiert worden und ja ja, wie sie jetzt im Moment immer noch feststellen, sagen sie ´also es hat sich gut; ist gut verheilt und es ist alles soweit`“*

S 20: *„ich kann nichts sagen, bloß das- das Bein schwillt immer mal ein wenig an, das linke nä“*

I: *„ach so, auch erst + seit den Nierenspende?“*

S 20: *„ / + ja, seit der Nierenspende nä. und ich nehme; also ich habe Medikamente, habe ich bis jetzt nicht genommen“*

I: *„ja“*

S 20: *„aber seit einem Jahr nehme ich so eine halbe Wassertablette.“*

Als positive Korrelate der Lebendnierenspende werden sehr unterschiedliche Aspekte genannt. Für sechs Personen ist es wichtig, dass die Beziehung zum Empfänger enger geworden ist. Vier weitere Personen äußern Zufriedenheit darüber, dass sich die Lebensqualität der Empfänger verbessert hat. Jeweils zwei der Befragten finden alles positiv bzw. sind bezüglich der Tatsache zufrieden, dass sie helfen oder auch neue Menschen kennen lernen konnten.

Beispiele:

S10: *„wir sind äh – ich muss ganz ehrlich sagen – wir sind mehr zusammengeschweißt!“*

I: *„ja und was gibt es für positive Dinge, wo Sie sagen ´das war besonders schön an der Spende` - was die Spende so mit sich gebracht hat an positiven Dingen?“*

S13: *„ja, das- das Positivste ist eben, dass- dass er sich eben wohl fühlt... dass er äh wieder in Anführungszeichen ohne Maschine leben kann... dass man – dass er wieder essen kann was er will“*

S3: *„der hat sich bestimmt tierisch gefreut und- und- und weiß, das sein Leben ein bisschen besser geworden ist, weil so wie es war + /“*

S8: *„ich muss sagen, ich habe auch in der Zeit äh Freundscha- Freunde anders einzuschätzen gelernt...ich habe Freunde gewonnen, auf die ich mich tausendprozentig verlassen kann!“*

S3: *„es ist toll, was man da, wenn man sich mit so etwas beschäftigt, was man für tolle Leute kennen lernt! ...das ist wirklich Wahnsinn! sowohl welche an der Dialyse als auch Transplantierte! ...dann sind wir in so einer Selbsthilfegruppe...na ja, die machen so Treffen, so Kaffeetrinken, wir sind schon zusammen nach München gefahren...ja, da sind Transplantierte drin...und Kranke. das ist ganz ganz herrlich!“*

Weitere Einzelaussagen, welche die positiven Auswirkungen der Lebendniere spende unterstreichen, sind z.B.: „Glücksgefühl, dass Niere beim Empfänger funktioniert“,



„gutes Gefühl“, „stolz auf sich“, „psychisches Wohlbefinden“, „mehr Freiraum, um etwas zu unternehmen“.

Beispiel:

S18: *„...normalerweise sollte ich das mit der Dialyse mitmachen, also für mich war das auch nicht schrecklich, ja...aber durch das, dass man dreimal in der Woche sich da vier Stunden hinlegen muss...und die Zeit geht weg...ja und dann kann man nichts machen...oder etwas unternehmen über das Wochenende“*

**Hypothese 4.** Da die Mehrheit der befragten Personen zufrieden ist mit ihrer Entscheidung zur Lebendniere spende, kann Hypothese 4 als bestätigt gelten.

## 6.6 Postoperative Konflikte

### Hypothese 5: Wahrgenommener Druck und Zweifel bei der Entscheidung stehen mit Konflikten nach der Operation in Zusammenhang.

Ob Druck und Zweifel bei der Entscheidung mit postoperativen Konflikten in Zusammenhang stehen, wurde über folgende Interviewfragen erfasst:

- „Waren Sie die einzige Person, die für die Spende in Frage gekommen ist?“
- „Haben Sie sich bei der Entscheidung zu spenden unter Druck gesetzt gefühlt? Wenn ja, durch wen?“
- „Welche negativen Erfahrungen hat die Spende Ihren Erfahrungen nach mit sich gebracht?“

Ingesamt werden bei den 20 befragten Spenderinnen in nur zwei Einzelfällen Konflikte nach der Operation berichtet (Tabelle 6.13).

**Tab. 6.13: Ursachen postoperativer Konflikte.**

Ursachen für postoperative Konflikte
Zweifel von Seiten des Empfängers (n = 1)
Frustrierte Erwartungen der Spenderin (n = 1)

In einem Fall hat der Empfänger laut Spenderin Hemmungen gehabt, die Niere anzunehmen, es sei ihm nach der Transplantation psychisch schlecht gegangen. Die Spenderin hat die Operation vorübergehend bedauert. Die Niere sei bereits nach vier Jahren abgestoßen worden. Zum Zeitpunkt der Befragung fühlt sich die Spenderin psychisch belastet.

Beispiel für Kategorie „Zweifel von Seiten des Empfängers“:

S4: „es war dann auch äh; für mich selber war es überhaupt kein Problem...überhaupt nicht! Dagegen was ich von ihm nicht sagen kann: er war nach der Transplantation fürchterlich...irgendwo die Angst...dann sie, die Niere, zu verlieren...es war so schlimm, dass ich gesagt habe mal ´wenn ich das gewusst hätte,

*dann hätte ich das nicht gemacht!`“*

*(später): „... warum die so schnell kaputt gegangen ist, ich weiß es nicht!“ also er war; es war schlimm! Für mich war das schlimm!“*

*I: „und bei Voruntersuchungen wurde nichts festgestellt, dass es aus medizinischer Sicht irgendwie nicht passt oder“*

*S4: „das hat alles gepasst, es ist nichts festgestellt worden!“*

In einem anderen Fall ist es nach der Spende zur Trennung der Spenderin von ihrem Ehemann, dem Empfänger, gekommen. Grund dafür waren unter anderem auch frustrierte Erwartungen, die zu einem erheblichen Teil im Zusammenhang mit der Transplantation standen (vgl. Tabelle 6.13).

Beispiel für Kategorie „Frustrierte Erwartungen der Spenderin“:

*S8: „...er hat sich weiter immer + auf dem gleichen Level weiterbewegt...hat gedacht `na ja, das ist ja noch so wie vorher`...das war halt bequemer nä...und dann hat er noch den Tag, den hat er dann vergessen die letzten zwei Jahre, da hat er überhaupt nicht an den Tag gedacht, an dem wir operiert worden sind! ...weil er angeblich so viel Stress hatte und + das hat mich auch sehr verletzt!“*

Um Hinweise für einen möglichen Druck bei der Entscheidung zu finden, wurden die Spenderinnen gefragt, ob sie die einzige Person waren, die für die Spende in Frage gekommen ist. Bei 14 Spendern trifft dies zu; bei zwei von ihnen sind die oben genannten postoperativen Konflikte entstanden. Letztendlich verneinen jedoch alle befragten Personen, dass sie sich bei der Entscheidungsfindung unter Druck gesetzt fühlten.

Die bereits bei den Einflussfaktoren gestellte Frage, ob die Spenderinnen Sorge um die eigene Gesundheit gehabt hätten, beantworteten 15 Personen eindeutig mit „nein“, vier Personen geben zu, ein wenig Angst gehabt zu haben („normale Operationsangst“, „nicht Angst, ob nachher fit, sondern vor der Operation selbst“, „ein bisschen“, „kaum“). Eine Person berichtet, dass sie am Abend vor der Operation zusammen mit dem Empfänger vor Angst geweint hätte.

Unter den 15 Personen, die „nein“ sagen, gibt es allerdings direkt im Anschluss oder in anderen Zusammenhängen doch Äußerungen über die Sorge um den eigenen Körper. Eine Person, die die Frage verneint, äußert beispielsweise im Anschluss, dass sie ihre Angst verdrängt habe. Ein weiterer Spender äußert sich widersprüchlich, indem er „nein“ sagt, aber dann hinzufügt, dass er Bedenken wegen seines Bluthochdrucks gehabt habe. Diese Zweifel sind jedoch nicht direkt mit Konflikten nach der Operation in Zusammenhang zu bringen.

Als negative Aspekte der Lebendniere spende werden ansonsten nur begleitende Umstände in Zusammenhang mit der Transplantation genannt wie zum Beispiel das postoperative Liegen auf getrennten Stationen (n = 6), die obligatorischen Gespräche vor der Operation (n = 10), mangelndes Angebot psychologischer Gespräche (n = 2) in der Zeit um die Transplantation herum sowie Probleme mit der Krankenkasse (n = 3).

Beispiele:

S19: *„...das hat mir natürlich Leid getan, ich meine nach der Operation, ich war ja nicht krank, aber trotzdem nicht fit...und er lag dann im ganz anderen Gebäude...und dadurch konnte ich ihn auch erst mal nicht besuchen...ich habe mich äh + nach zwei Tagen oder so hinbringen lassen, das war, bevor er dann im Koma lag“*

S13: *„...der- der behandelnde Arzt vor Ort...kennt ja die psychologische Belastung, der kennt die Familie, der kennt das Umfeld...zu neunzig Prozent oder fünfundneunzig Prozent von seinen Patienten und auch Angehörigen...und der kann mir da besser entscheiden, ob der Spender psychologisch in der Lage ist das zu tun oder nicht! ...der kann das besser entscheiden als die halbe Stunde oder Stunde, wo der Psychologe äh äh einen da äh äh ausfragt! ... und das sind- das sind Sachen, die- die finde ich nicht gut eben!“*

S8: *„was ich total enttäuschend fand als wir damals nach der Transplantation, die nicht stattgefunden hat mit der Schwägerin“*

I: *„ja“*

S8: *„also beziehungsweise Schwester von meinem Mann, nicht einmal! von der Klinik hieß es `brauchen Sie psychologische Betreuung?`“*

I: *„ah ja hmhm“*

S8: *„oder ein Gespräch!`“*

I: *“ hmhm“*

S8: *„und gerade in der! Zeit hätte es meinem Mann und mir sehr sehr viel geholfen!“*

S4: *„was ich da noch gehabt habe, das war Ärger mit der Krankenkasse... die wollten mich dann ja; das, ja, hat eigentlich die Krankenkasse vom X. alles bezahlt...aber da wir die gleiche Krankenkasse haben...da wäre das also nur von hier nach da gewesen...und irgendwie haben die das nicht auf die Reihe gekriegt und haben da irgendwelche sitzen gehabt, die sich überhaupt nicht ausgekannt haben!“*

**Hypothese 5.** Die Hypothese, dass Druck und Zweifel bei der Entscheidung mit postoperativen Konflikten in Zusammenhang stehen, kann mit den im Rahmen dieser Befragung gewonnenen Daten nicht beantwortet werden, da nur bei zwei Paaren ein Konflikt deutlich wurde.

## 7 Diskussion der Ergebnisse

Im Rahmen der Studie wurde mit qualitativer Methodik untersucht, wie die Entscheidungsfindung zur Lebendniere spende rückblickend durch die Spenderinnen beschrieben wird.

In **Hypothese 1** wurde erwartet, dass sich die Spenderinnen bereits im Vorfeld mit dem Thema Organspende auseinandergesetzt haben und deren Einstellung hierzu bereits positiv gewesen ist, bevor der Empfänger erkrankt ist, wofür der Besitz eines Organspendeausweises als Indikator gelten kann.

Die Hypothese konnte bestätigt werden, da das Hauptkriterium, nämlich die positive Voreinstellung zum Thema Transplantation, bei der Mehrheit ( $n = 13$ ) der befragten Personen erfüllt ist; die übrigen Befragten machten sich vor der Erkrankung des Angehörigen bzw. Freundes noch keine Gedanken über das Thema ( $n = 6$ ) bzw. eine Person grenzte ihre positive Einstellung ein auf eine Spende ausschließlich innerhalb der Familie.

Zum Zeitpunkt der Befragung besitzt mehr als die Hälfte der Lebendniere spendenderinnen jedoch keinen Organspendeausweis. Dies ist unter Berücksichtigung der kleinen Stichprobe vergleichbar mit der in anderen Erhebungen (Keller et al., 2004) vorgefundenen Situation in Deutschland; laut Keller und Mitarbeitern (2004) haben ca. 82% der deutschen Bevölkerung eine positive Einstellung zur Organspende, jedoch nur ca. 12% einen Organspendeausweis.

Einige Menschen haben Angst, dass ihre Organe vor ihrem eigentlichen Tod entnommen werden, dass der Tod voreilig erklärt und keine optimale intensivmedizinische Versorgung gewährleistet wird, oder umgekehrt auch, dass lebenserhaltende Maschinen unnötig angeschaltet blieben (Gold et al., 2001; Hübner & Six, 2005; Keller et al., 2004). Dieser Aspekt blieb bei den Befragungen der zwanzig Spenderinnen eher unausgesprochen (vielleicht aus Schamgefühl?). Eine Spenderin sagte lediglich, „man schiebt das immer irgendwie raus“, eine andere Spenderin, die schon vor der Spende im Besitz eines Organspendeausweises gewesen ist, sprach es als generelles Problem an („und dann haben die Angst, die machen nichts mehr im Krankenhaus“); in einem weiteren Fall wurde dieser Aspekt durch die Interviewerin angesprochen; die Spenderin,

die zum Zeitpunkt des Interviews keinen Organspendeausweis besaß, nahm jedoch keine Stellung dazu in Bezug auf die eigene Person.

In den Interviews angegebene Gründe sind Unsicherheit bezüglich des Spenderausweises sowie die Meinung, ältere Menschen kämen als Spender nicht mehr in Frage; meist wurde jedoch kein Grund angegeben. Es kann schlussgefolgert werden, dass der Besitz eines Organspendeausweises möglicherweise kein geeigneter Indikator zur Beurteilung der Voreinstellung zum Thema Lebendorganspende ist.

Bei diesem Aspekt wird deutlich, dass noch mehr Aufklärungsarbeit in der Öffentlichkeit bezüglich Organspende erfolgen sollte und dass Organspendeausweise gut zugänglich sein sollten, z.B. beim Arzt oder in der Apotheke. So stellen Hirte und Stötzner (2000) fest, dass mehr als 50% der potentiellen Spender vom ihrem behandelnden Arzt nichts über die Möglichkeit der Lebendspende erfahren und sich mehr als 50% der Spender im Nachhinein über mangelnde Information beklagen.

**Hypothese 2**, die besagt, dass Zuneigung zum Empfänger, Gefühle der Verpflichtung, Verantwortung und die Einstellungen nahe stehender Personen die Entscheidung zur Lebendnierenpende beeinflussen, konnte teilweise bestätigt werden.

Zuneigung zum Empfänger hat sich bei allen Befragten als bedeutender Einflussfaktor erwiesen, Pflichtgefühl im Sinne von „etwas tun müssen“ war demgegenüber kein relevanter Einflussfaktor. Verantwortung im oben beschriebenen Sinne konnte – abhängig vom Alter des Empfängers und von der familiären Situation – in einigen Fällen als Einflussfaktor bestätigt werden. Die Einstellung nahe stehender Personen hatte in den meisten Fällen keinen Einfluss auf die Entscheidung der Spenderin.

Die Frage an die Spenderinnen, ob sie von jemandem gefragt wurden oder ob sie selbst den Wunsch einer Spende äußerten, beantworteten alle 20 Personen mit „selbst geäußert“. Dies spricht dafür, dass eine Zuneigung zum Empfänger vorhanden und die Entscheidung nicht durch nahe stehende Personen beeinflusst worden ist.

Dies ist vergleichbar mit Ergebnissen in der Literatur. Laut Franklin und Crombie (2003) steht die Zuneigung zum Empfänger an erster Stelle; eine Mutter als Spenderin handelt sogar meist altruistisch, sieht die Spende als Selbstverständlichkeit. Allerdings

wird in der Literatur auch ein Einfluss nahe stehender Personen wie Familienmitglieder oder medizinisches Personal beschrieben (Schweitzer et. al., 2003).

In den Interviews wurde auch deutlich, dass Pflichtgefühl im Sinne von „tun müssen“ keine Rolle spielte, eher im Sinne von „schlechtes Gewissen bei Nichtspende“, von Verantwortung oder Moral. In Forschungsbefunden wird Pflichtgefühl durchaus als relevant beschrieben (z.B. Franklin & Crombie, 2003; Muthny & Koch, 1997), jedoch ebenfalls nicht im Sinne von „tun müssen“; hier ist die unterschiedliche Definition des Begriffes „Pflichtgefühl“ zu beachten. Hauptmotiv einer Spende ist in den meisten Fällen „helfen“, „Leben retten“ im Sinne der gegenseitigen Verantwortung (Muthny & Koch, 1997). Gewissen scheint auch in der Literatur eine Rolle im Entscheidungsprozess zu spielen (Franke et. al., 2005; Muthny & Koch, 1997).

In einigen Fällen der Studie können Zweifel aufkommen, ob die Spende wirklich ohne Einfluss anderer Personen zustande gekommen ist. Im Rahmen der Befragung wurde beispielsweise seitens einer Teilnehmerin geschildert, dass ihr Ehemann und sie aus dem Wartezimmer aufgerufen wurden und der behandelnde Arzt sie beide mit einer Familie konfrontierte, die gerade vor ihnen den Behandlungsraum verließ, und dabei enthusiastisch betonte „da spendet die Mutter der Tochter eine Niere“. In einem solchen Fall bleibt der potentiellen Spenderin nicht viel anderes übrig als gleich auf diese Aussage zu reagieren; sie fühlt sich persönlich angesprochen. Es kann innerer Druck entstehen, sich spontan für eine Spende zur Verfügung zu stellen, um dem potentiellen Empfänger seine Zuneigung zu beweisen.

Es ist denkbar, dass auch gesellschaftliche Institutionen wie die Kirche einen Einfluss auf wichtige Entscheidungen wie die Lebendorganspende ausüben können. In einem Interview mit einer sehr religiösen Person hat dies den Eindruck erweckt. Knapp die Hälfte der Befragten (n = 7) äußerte, dass die Religion bzw. der Glaube eine Rolle im Entscheidungsprozess spielte.

Religion wird auch in der Literatur als relevanter Faktor im Entscheidungsprozess beschrieben, ebenso wie die Medien (Franke et al., 2005; Muthny & Koch, 1997). In den Interviews dieser Studie scheinen Medien jedoch eher als neutrale Informationsquelle, weniger als Einflussfaktor zu dienen. Neun der befragten Personen haben durch die Medien über die Möglichkeit einer Lebendorganspende erfahren, eine Person davon



in den Niederlanden und eine weitere Person davon über Fachzeitschriften; keiner hat sich jedoch durch die Medien in seiner Entscheidung beeinflusst gefühlt.

Diskutierenswert sind ferner die Aussagen zweier Personen im Hinblick auf die Uneigennützigkeit der Organspende. Ein befragter Spender ging zum Zeitpunkt der Spende in Frührente, was seiner Aussage nach beides unabhängig voneinander gewesen sei. Allerdings äußert dieser Spender, dass er die Spende „nach außen ein bisschen benutzt“ habe, um sein Ziel zu erreichen. In einem anderen Fall gab die Spenderin an, dass sie es gerne getan habe, andererseits jedoch äußerte sie, „ich hätte doch auch Geld kriegen können! Ich hätte es auch genommen, ich hätte überhaupt keine Bedenken gehabt“. Eine solche Äußerung kann eine unerfüllte Erwartung, etwas für die Spende zu bekommen, vermuten lassen.

Laut Sann (2003) ist davon auszugehen, dass alle befragten Spenderinnen im Entscheidungsprozess ein „inneres Gefühl der Verpflichtung“ haben. Die Wahrscheinlichkeit, sich für eine Spende zu entscheiden, ist zudem höher, wenn keine anderen Personen in Frage kommen (Muthny & Koch, 1997; Simmons et al., 1973). In den Interviews der vorliegenden Studie waren 14 der 20 befragten Spenderinnen die einzige in Frage kommende Person für eine Spende; unter Druck gesetzt fühlte sich keiner, was für einen guten Aufklärungs- und Informationsprozess im Vorfeld der Spende sprechen könnte. Laut den Daten von Franke und Mitarbeitern (2005) war der Spender in 68,1% die einzige Person, die für die Spende zur Verfügung stand. 6,4% der Spender fühlten sich bei ihrer Entscheidung unter Druck gesetzt, davon jeweils ein Drittel durch Familienmitglieder, medizinisches Personal oder ihr Gewissen.

**Hypothese 3**, die besagt, dass die Entscheidung zur Spende zumeist spontan erfolgt, konnte für die hier untersuchten Personen bestätigt werden.

Dies ist vergleichbar mit Ergebnissen in der Forschung. Die Diagnose eines Ausfalls der Nierenfunktion bei einem Angehörigen oder engen Freund erzeugt in vielen Fällen eine spontane Bereitschaft zur Spende (Franke et. al., 2005; Muthny & Koch, 1997). Spender begründen eine solche spontane Entscheidung mit den Aussagen „helfen“ beziehungsweise „Leben retten zu wollen“ (Muthny & Koch, 1997).

Eine bedeutende Entscheidung wie die einer Lebendorganspende sollte gleichwohl gut durchdacht sein. Im Transplantationsgesetz ist daher vorgeschrieben, dass im Entschei-

dungsprozess eine medizinische Aufklärung und ein psychologisches Gespräch i.S. einer Begutachtung erfolgen sollten (vgl. Kapitel 2). Im Rahmen der medizinischen Aufklärung wird der Spender sich der potenziellen unangenehmen Folgen bzw. Nebenwirkungen bewusst und kann von diesem Standpunkt aus noch einmal seine Entscheidung überdenken, revidieren oder bei seiner Entscheidung zu spenden bleiben. In den psychologischen Gesprächen geht es v.a. darum abzuklären, ob es Gründe gibt, die gegen eine Spende sprechen, also in erster Linie mangelnde Freiwilligkeit, psychische Erkrankungen und Beziehungsprobleme auszuschließen. In unklaren Fällen werden mehrere psychologische Gespräche durchgeführt.

Diese sehr wichtigen Gespräche, die zum Schutz der Spender stattfinden, wurden in der durchgeführten Befragung interessanterweise in einigen Fällen als unnötige Verzögerung der Transplantation oder sogar potentielle Behinderung aufgefasst. Einige Spenderinnen haben die Wichtigkeit der Aufklärung eingesehen, hätten sich aber dennoch gewünscht, dass die ganze Prozedur schneller verlaufen wäre. Es ist sinnvoll, den Spendern stets vor Augen zu halten, dass diese Gespräche zu ihrem eigenen Wohl geschehen, da eine spontane Entscheidung im Nachhinein bedauert werden könnte.

Wie aus den Antworten der Befragten hervorgeht, wurden die Aufklärungsgespräche vor der Spende sehr gründlich durchgeführt. Spenderinnen und Empfänger sind jedoch oft in der Zeit vor der Operation aufgeregt und können oder wollen nicht richtig zuhören und wahrnehmen, was die aufklärende Person (Arzt bzw. Psychologe) ihnen mitteilt. Im Nachhinein bemängeln einige der Befragten, dass sie nicht ausreichend über die Menge und Nebenwirkungen der einzunehmenden Medikamente Bescheid wussten oder dass ihnen keine psychologische Hilfe für die Zeit nach der Transplantation angeboten worden sei. In Würzburg wird jedoch bei jedem psychologischen Vorgespräch routinemäßig auf die Möglichkeit zu weiteren psychologischen Gesprächen hingewiesen. Es ist denkbar, dass die Spenderinnen die Schwierigkeiten, die im Kontext des Transplantationsprozesses auftreten könnten, nicht wahrnehmen wollen, um bezüglich ihrer Entscheidung nicht ins Wanken zu geraten oder sogar ganz davon abgebracht zu werden. Ein weiterer wichtiger Aspekt scheint aber auch zu sein, dass viele Menschen Hemmungen haben, direkt auf einen Psychologen zuzugehen, wenn sie seine Hilfe brauchen.

Eine beispielhafte Beschreibung zum Ablauf der Begutachtung in Würzburg im Vorfeld einer Lebendnierenspende ist in Kapitel 2 (Hintergrund) zu finden.

**Hypothese 4**, die besagt, dass die Spenderinnen mit ihrer Entscheidung im Rückblick zufrieden sind, konnte für die Mehrheit der befragten Personen ebenfalls bestätigt werden.

In der Literatur sind vergleichbare Ergebnisse zu finden; die Spender sind insbesondere dann zufrieden, wenn das gespendete Organ funktioniert und der Gesundheitszustand des Empfängers verbessert ist (Heck et al., 2004).

Bei der Mehrheit der befragten Personen in der Studie zeigte sich eine Tendenz, den Spendeprozess durchweg als positiv zu bewerten, lediglich eine Person kritisierte sehr vieles am gesamten Spendeprozess. Diesbezüglich ist unklar, ob die positive Bewertung aus Überzeugung, im Sinne von sozialer Erwünschtheit oder zur Vermeidung kognitiver Dissonanz erfolgte, um einen als negativ empfundenen Gefühlszustand nach getroffener und unwiderruflicher Entscheidung zu unterdrücken.

Die positive Bewertung kann aber auch im Sinne von „Benefit Finding“ interpretiert werden. Benefit Finding bezieht sich auf die positiven Erfahrungen, die sich in der Folge eines als belastend oder kritisch erfahrenen Erlebnisses ergeben (Helgeson et al., 2006; Lukasczik et al., 2008; McMillen et al., 1997; Mohamed & Böhmer, 2004; Schwarzer & Knoll, 2003). Entscheidungsrelevanten Variablen auf Seiten der Spender und positiven psychologischen Folgen im Sinne von Benefit Finding (Helgeson et al., 2006), welches bislang vorwiegend im Zusammenhang mit Krebserkrankungen untersucht wurde (z.B. Mohamed & Böhmer, 2004), wurde bislang jedoch wenig Aufmerksamkeit geschenkt (Neuderth et al., 2007).

Die Frage, ob sich die Spenderinnen nach all den Erfahrungen, die sie gemacht haben, hypothetisch erneut für eine Spende entscheiden würden, wenn es medizinisch noch einmal möglich wäre, wird von allen Spenderinnen mit „ja“ beantwortet. Dies deckt sich mit den in anderen Untersuchungen gefundenen sehr hohen Prozentsätzen (Burroughs et al., 2003; Giessing et al., 2004; Johnson et al., 1999; Jordan et al., 2004; Pradel et al., 2003; Reimer et al., 2006; Schover et al., 1997; Smith et al., 2003, 2004); die Zustimmungswerte bewegen sich in den einzelnen Studien von 87% (Johnson et al., 1999; Smith et al., 2003, 2004) bis zu 97% (Jordan et al., 2004; Lukasczik et al., 2008).

Die Zufriedenheit resultiert vermutlich aus dem guten Gefühl, geholfen zu haben. In der Literatur wird von einigen Personen auch eine Steigerung des Selbstwerts durch die Spende beschrieben (Franke et al., 2005), was bei der vorliegenden Befragung weniger zum Ausdruck kommt, da nicht direkt danach gefragt wurde. Von Ehepartnerinnen ist der positive Aspekt genannt worden, dass durch die Spende mehr Freiheit für gemeinsame Unternehmungen besteht, da das Gebundensein an feste Dialysezeiten wegfällt. In der Literatur ist ebenfalls zu finden, dass die Motivation zu spenden auch von der Hoffnung bestimmt sein kann, mit seinem Partner wieder ein normales Leben zu führen (Lennerling et al., 2003, 2004).

**Hypothese 5**, die besagt, dass Druck und Zweifel bei der Entscheidung mit postoperativen Konflikten in Zusammenhang stehen, konnte mit den im Rahmen dieser Befragung gewonnenen Daten nicht beantwortet werden, da nur bei zwei Paaren ein Konflikt deutlich wurde.

In dem einen Fall beruhte der Konflikt auf frustrierten Erwartungen von Seiten der Spenderin. In dem anderen Fall ist der Empfänger nicht überzeugt gewesen von seiner Entscheidung zur Transplantation; die Niere wurde bereits nach wenigen Jahren abgestoßen.

In der Literatur ist zu finden, dass Konflikte v.a. mit der Empfänger-Spender-Beziehung oder divergierenden Rollenverpflichtungen zusammen hängen (Muthny & Koch, 1997; Schweitzer et al., 2003). Eine Lebendniere spende verändert schwierige Beziehungen nicht und löst auch keine psychischen Probleme des Empfängers (Heck et al., 2004). Sie scheint bestehende Konflikte sogar zu verstärken (Franklin & Crombie, 2003).

Wie schon oben erwähnt, ist die Wahrscheinlichkeit, sich für eine Spende zu entscheiden, höher, wenn keine anderen Personen in Frage kommen (Muthny & Koch, 1997; Simmons et al., 1973), was einen gewissen Druck bei der Entscheidung nicht gerade ausschließt. Wie auch schon in Kapitel 2 (Hintergrund) beschrieben, können ein (frühzeitig) abgestoßenes Organ bzw. Komplikationen nach der Operation sowie persönliche Konflikte zwischen Spender und Empfänger sich negativ auf die Zufriedenheit auswirken (Franklin & Crombie, 2003; Hartmann et al., 2003; Künsebeck et al., 2005) und sogar zu psychischen Problemen beim Spender führen (Heck et al., 2004; Schweitzer et al., 2003).

Eine häufig von den im Rahmen der Studie befragten Spenderinnen erwähnte negative Erfahrung im Zusammenhang mit der Transplantation stellt die räumliche Trennung von Spender und Empfänger in unterschiedlichen Abteilungen bzw. Gebäuden des Krankenhauses dar, die dazu führt, dass sich Spender und Empfänger in der ersten Zeit nach der Operation nicht sehen können. Der Spender wird in Würzburg in der Urologie und der Empfänger in der Nephrologie versorgt. Würde jedoch der Spender im gleichen Zimmer untergebracht wie der Empfänger, könnten Angstgefühle auf beiden Seiten entstehen, vor allem, wenn bei einem der beiden Probleme auftreten. Somit ist die räumliche Trennung wahrscheinlich die bessere Lösung (Steiger et al., 2005).

Eine ebenfalls erwähnte negative Erfahrung im Zusammenhang mit der Lebendniere spende ist die Tatsache, dass es Probleme mit der Krankenkasse gegeben hat, obwohl es eine Regelung gibt, dass die Krankenkasse des Empfängers für alle anfallenden Kosten der Lebendniere spende, einschließlich Deckung des Lohnausfalls des Spenders (mindestens 80%), aufkommt. Eine Lebendniere transplantatation ist immerhin langfristig gesehen kosteneffektiver als eine Dialysebehandlung (Steiger et. al., 2005).

**Methodische Einschränkungen.** In der vorliegenden Studie wurde eine relativ kleine Anzahl an Spenderinnen befragt, da es sich bei dieser Dissertation um eine qualitative Studie handelt. Es sind Spenderinnen aus dem näheren Umkreis telefonisch kontaktiert worden, wobei nur wenige Personen das Interview ablehnten; hierbei handelte es sich ausschließlich um Personen, die negative Erfahrungen mit der Spende gemacht haben, so dass bei den Befragten von einer Positivselektion auszugehen ist.

Es muss ferner in Betracht gezogen werden, dass die Interviews zu unterschiedlichen Zeiträumen nach der Transplantation geführt wurden. Wie bereits in Kapitel 4 (Methode) erwähnt, betrug die durchschnittliche Zeit nach der Transplantation zum Zeitpunkt der Interviews fünf Jahre (Min. ca. 9 ½ Monate, Max. ca. 13 Jahre). Die Erinnerungen an den Spendeprozess sind also folglich mehr oder minder präsent.

Auch das Alter der Spenderinnen bei Transplantation war sehr unterschiedlich; das durchschnittliche Alter der Spenderinnen bei der Operation betrug 53 Jahre (Min. 40 Jahre, Max. 66 Jahre). Die Beurteilung des Spendeprozesses durch einen 40jährigen ist möglicherweise ein wenig anders als die eines 66jährigen.

Es ist noch ein weiterer Aspekt zu beachten, nämlich dass die Bedingungen während der Interviews unterschiedlich gewesen sind. Wie bereits in Kapitel 4 (Methode) erwähnt, wurden neun Interviews in der nephrologischen Ambulanz der Universitätsklinik Würzburg durchgeführt, sieben zu Hause bei den Spenderinnen, zwei am Arbeitsplatz der Spenderinnen und zwei telefonisch. Bei sieben der befragten Spenderinnen war während des Interviews durchgehend ( $n = 3$ ) bzw. vorübergehend ( $n = 4$ ) mindestens eine weitere Person anwesend, in drei Fällen davon der Empfänger. Es kann vermutet werden, dass sich einige Personen zu Hause im vertrauten Umfeld unbefangener fühlen, andere wiederum am Arbeitsplatz oder in der Ambulanz. Wenn noch eine weitere Person während des Interviews anwesend war, könnte angenommen werden, dass die Spenderin nicht mehr so frei antworten konnte, wie sie es vielleicht unter vier Augen getan hätte.

Auch die unterschiedliche Interviewdauer sollte hier noch einmal erwähnt werden. Die durchschnittliche Interviewdauer betrug 45 Minuten (Min. eine knappe halbe Stunde, Max. nahezu zwei Stunden). Je nach Interviewdauer konnten quantitativ mehr oder weniger Aspekte genannt werden.

**Fazit und Ausblick.** Zusammenfassend kann gesagt werden, dass bei den Spenderinnen im Rückblick ein hohes Maß an Zufriedenheit besteht. Einzelne Vorgänge im Transplantationsprozess sollten optimiert werden, so etwa das wiederholte Anbieten psychologischer Gespräche perioperativ, da die Betroffenen häufig keinen Mut haben, selbst Kontakt zu einem Psychologen aufzunehmen und einmalige Gesprächsangebote leicht überhört werden. Hier wäre zu erwägen, ob psychologische Hilfe direkt am Krankenbett und zusätzlich auch zum Beispiel zwei bis drei Wochen vor bzw. nach der Transplantation (etwa in Form eines Liaison- bzw. Konsildienstes) schriftlich angeboten werden sollte. Missverständnisse und daraus resultierende Konflikte oder Probleme könnten möglicherweise dadurch reduziert werden, dass man die Spender unabhängig von den Aufklärungsgesprächen eine Art Checkliste schriftlich ausfüllen lässt, auf der noch einmal die wichtigsten Punkte abgefragt werden, die häufig erst nach der Operation in Frage gestellt werden (zum Beispiel mögliche psychische und physische Konsequenzen, mögliche Operationsfolgen, Einnahme von Immunsuppressiva etc.). Die Fragen sollten offen gestellt werden, da die Beteiligten somit ihr Wissen aktiv wiedergeben müssen. Eine solche Checkliste sollte einmal direkt nach dem

psychologischen und medizinischen Aufklärungsgespräch, ein zweites Mal am Tag vor der Operation im Krankenhaus ausgefüllt werden. Auf diese Weise hätte der Spender die Möglichkeit, noch einmal mit den wichtigsten Punkten der Aufklärung konfrontiert zu werden. Dadurch hätte er vielleicht auch die Möglichkeit, bewusster die Konsequenzen einer Organspende wahrzunehmen. Die Entscheidung kann noch bis zum letzten Moment revidiert werden. In der Zeitspanne zwischen der Abgabe des ersten und des zweiten Exemplars reift die letztendliche Bereitschaft zur Spende.

Das gleiche Vorgehen könnte auch beim Empfänger implementiert werden, da schließlich er derjenige ist, der nach der Operation die Immunsuppressiva einnehmen muss.

Insgesamt sollten vermehrt Aufklärungskampagnen stattfinden, damit die Bevölkerung mit dem Thema Organspende, insbesondere Lebendorganspende vertraut wird, denn Organe von Lebendspendern funktionieren - wie schon erwähnt - im Durchschnitt länger als die von verstorbenen Spendern (Steiger et. al., 2005). Aufklärung über die Möglichkeit der Lebendnierenspende ist sehr wichtig, sollte aber in einer neutralen Situation erfolgen und möglichst nicht in Anwesenheit des potentiellen Empfängers.

Aus dem Weg geräumt werden sollte die Meinung, dass ältere Menschen für eine Spende nicht mehr in Frage kommen. Es gibt mittlerweile ein European Senior Programm (ESP), auch als „Old-to-Old“-Spendeprogramm bezeichnet, von dem die meisten Menschen gar nicht wissen. 1999 wurde in Deutschland - wie in allen anderen Eurotransplant-Ländern - eine besondere Regelung eingeführt, die eine bevorzugte Allokation von Nieren älterer Patienten (älter als 65 Jahre) auf ältere Empfänger vorsieht (ebenfalls älter als 65 Jahre). Da die dauerhafte Funktionstüchtigkeit eines Nierentransplantats älterer Spender möglicherweise eingeschränkt ist, liegt es nahe, Spendernieren älterer Patienten bevorzugt an ältere Patienten auf der Warteliste zu vermitteln (Krukemeyer & Lison, 2006).

Das Risiko, an der Dialyse zu versterben, steigt mit zunehmendem Alter; daher ist eine Spende gerade auch für Patienten im höheren Alter zu erwägen. Das menschliche Immunsystem reagiert mit zunehmendem Alter schwächer auf fremde Antigene, dafür sind jedoch ältere Spendernieren empfindlicher gegenüber nicht-immunologischen Einflüssen, insbesondere gegenüber der Organtransportzeit. Durch bevorzugt regionale

Allokation, die durch die schwächere Reaktion des Immunsystems älterer Menschen gegenüber fremden Antigenen leichter zu verwirklichen ist, wird durch das ESP auch eine kürzere Ischämiezeit und somit bessere Funktionsfähigkeit der Spenderniere gewährleistet (Giessing, 2004; Krukemeyer & Lison, 2006).

Eine weitere Variante zur Verbesserung der Situation zur Verfügung stehender Organe ist die „Cross-Over-Spende“; hierbei sucht sich beispielsweise ein Ehepaar, dessen Konstellation keine Spende ermöglicht, ein zweites Ehepaar, dessen Spendersituation sich ebenso gestaltet. Die Ehepartner spenden dann „überkreuz“. Eine solche Lebendspende ist in Deutschland jedoch nach derzeitiger Gesetzeslage nur unter besonderen Voraussetzungen möglich; zwischen Spender und Empfänger sollte eine besondere persönliche Verbundenheit offenkundig werden. In den USA werden Cross-Over-Spenden bereits legal praktiziert bis hin zum Poolmodell, das ermöglichen soll, möglichst viele passende Paare zu finden (Eigen, 2005).

In Deutschland wurden vereinzelt Bedenken geäußert, dass die Überkreuznierenspende mit dem Transplantationsgesetz nicht vereinbar sei, was damit begründet wurde, dass ein großer sozialer Gruppendruck auf den Spender ausgeübt werden könnte, wodurch die Freiwilligkeit in Frage gestellt würde. In einem einschlägigen Urteil des Bundessozialgerichts wurde jedoch festgestellt, dass eine Überkreuznierenspende keinen verbotenen Organhandel darstellt und damit prinzipiell mit dem Transplantationsgesetz vereinbar sei.

In den Universitätskliniken Düsseldorf und Essen sowie im Krankenhaus Köln-Merheim wurde daraufhin die Entscheidung zum Aufbau eines Überkreuznierentransplantationsprogramms getroffen und am 12. September 2005 eine erste Überkreuznieren transplantation durchgeführt (Pietruck et al. 2006).

Zusammenfassend kann vermutet werden, dass bei Optimierung der Rahmenbedingungen im Zusammenhang mit einer Lebendorgantransplantation (Aufklärung, kompetente Gespräche, Klarheit von Seiten der Krankenkasse etc.) ein Anstieg der Zahl an Lebendspenden und eine weitere Steigerung der Erfolgsquote erreicht werden kann.



## **8 Zusammenfassung**

Im Rahmen der Studie wurde untersucht, wie die Entscheidungsfindung zur Lebendnierenspende rückblickend durch die Spenderinnen beschrieben wird. Dazu wurden zwanzig halbstrukturierte Interviews mit Personen geführt, die im Zeitraum 1996 bis 2004 am Universitätsklinikum Würzburg eine Niere spendeten.

Die Mehrzahl der befragten Personen hatte bereits im Vorfeld der Spende eine positive Einstellung zum Thema Organspende, wobei eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema oder der Besitz eines Organspendeausweises keine zwingende Voraussetzung für die positive Voreinstellung waren.

Ein wichtiger Einflussfaktor auf die Entscheidung zur Spende war die „Zuneigung zum Empfänger“, auch „Verantwortung“ beeinflusste in einigen Fällen die Entscheidung zur Spende, jedoch nicht ein „Pflichtgefühl“ im Sinne von „etwas tun müssen“ und auch nicht die Einstellung nahe stehender Personen.

Die Entscheidung zur Nierenspende erfolgte bei der Mehrzahl der befragten Personen spontan und die Mehrheit der befragten Personen ist im Rückblick zufrieden mit ihrer Entscheidung zur Lebendnierenspende.

Ob Druck oder Zweifel bei der Entscheidung mit postoperativen Konflikten in Zusammenhang stehen, konnte mit den im Rahmen dieser Befragung gewonnenen Daten nicht beantwortet werden, da nur bei zwei Paaren ein Konflikt deutlich wurde.

Insgesamt besteht bei den Spenderinnen im Rückblick ein hohes Maß an Zufriedenheit. Einzelne Vorgänge im Transplantationsprozess sollten optimiert werden, so etwa das wiederholte Anbieten psychologischer Gespräche perioperativ. Es sollten auch vermehrt Aufklärungskampagnen stattfinden, damit die Bevölkerung mit dem Thema (Lebend-)organspende vertraut wird und Missverständnisse, z.B. dass ältere Menschen für eine Spende nicht mehr in Frage kämen, aus dem Weg geräumt werden können.

## 9 Literaturverzeichnis

Achilles, M. (2004). *Lebensspende - Nierentransplantation. Eine theologisch-ethische Beurteilung*. Studien der Moralthologie, Bd. 30. Münster: LIT-Verlag.

Adler, R.H., Herrmann, J.M., Köhle, K., Langewitz, W., Schonecke, O.W., von Uexküll, T., Wesiack, W. (Hrsg.) (2003). *Psychosomatische Medizin: Modelle ärztlichen Denkens und Handelns* (6. Auflage). München: Urban & Fischer.

Archonti, C., Wilkens, H., Martin-Köllner, S., Schäfers, H.J., Sybrecht, G.W. & Köllner, V. (2005). Psychische Betreuung von Patienten und Angehörigen in der Transplantationsmedizin - Erfahrungen mit einer begleitenden verhaltensmedizinischen Gruppe. B. Behrendt & A. Schaub (Hrsg.), *Handbuch Psychoedukation und Selbstmanagement. Verhaltenstherapeutische Ansätze für die klinische Praxis* (S. 739-767). Tübingen: DGVT-Verlag.

Balck, F. (2005). *Lebensqualität von Spender und Empfänger sechs Monate nach der Lebendnierenspende*. Vortrag auf der XX. Arbeitstagung Psychonephrologie in Dresden. Verfügbar unter: <http://www.medpsy.de/nephro.html>. (Zugriff März 2005).

Bickeböller, R. (2000). *Grundzüge einer Ethik der Nierentransplantation*. Münster: LIT-Verlag.

Bunzel, B. & Laederach-Hofmann, K. (2000). Solid organ transplantation: Are there predictors for posttransplant noncompliance? A literature overview. *Transplantation*, 70, 711-716.

Burroughs, T.E., Waterman, A.D. & Hong, B.A. (2003). One organ donation, three perspectives: Experiences of donors, recipients, and third parties with living kidney donation. *Progress in Transplantation*, 13, 142-150.

*Checkliste Organtransplantation* (1999). Herausgegeben von F. Largiadèr, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage.

Christensen, A.J., Raichle, K., Ehlers, S.L. & Bertolatus, J.A. (2002). Effect of family environment and donor source on patient quality of life following renal transplantation. *Health Psychology, 21*, 468-476.

Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO). Verfügbar unter: [www.dso.de](http://www.dso.de) (Zugriff 2007 und 2009).

Dick, Y. (2002). *Qualitative Inhaltsanalyse anhand von Zielen und Problemen von Psychotherapiepatienten*. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg.

Dickenmann, M.J., Brunner, F.P. & Steiger, J. (2001). „Ich spende eine Niere!“ Lebendnierenspende: eine sinnvolle Option. *Schweiz Med Forum, 15*, 381-386.

Duraj, F., Tydén, G. & Blom, B. (1995). Living-Donor nephrectomy: How safe is it? *Transplantation Proceedings, 27*, 803-804.

Eigen, S. (2005). Novellierung des Transplantationsgesetzes: „Mehr Menschen effektiv helfen. *Bayerisches Ärzteblatt, 60*, 412.

Faller, H. (1994). Das Forschungsprogramm Qualitative Psychotherapieforschung. Versuch einer Standortbestimmung. In H. Faller & J. Frommer (Hrsg.), *Qualitative Psychotherapieforschung. Grundlagen und Methoden* (S. 15-37). Heidelberg: Asanger.

Faller, H. (2000). Subjektivität und Intersubjektivität in der qualitativen Forschung. In H. Faller & H. Weiß (Hrsg.). *Angst, Zwang und Wahn – Pathologie, Genese und Therapie* (S. 201-214). Würzburg: Königshausen und Neumann.

Faller, H. & Frommer, J. (Hrsg.) (1994). *Qualitative Psychotherapieforschung. Grundlagen und Methoden*. Heidelberg: Asanger.

Faller, H. & Goßler, S. (1998). Probleme und Ziele von Psychotherapiepatienten. Eine qualitativ-inhaltsanalytische Untersuchung der Patientenangaben beim Erstgespräch. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 48, 176-186.

Faller, H., Goßler, S. & Lang, H. (1998). Gesundheitsvorstellungen bei Psychotherapiepatienten. In U. Flick (Hrsg.), *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. (S. 257-267). München: Juventa.

Faller, H. & Weiß, H. (Hrsg.) (2000). *Angst, Zwang und Wahn – Pathologie, Genese und Therapie*. Würzburg: Königshausen und Neumann.

Fangmann, J., Frühauf, N., Oldhafer, K. & Offner, G. (1999). Living related and cadaveric kidney transplantation – what are the major differences? *Transplantation Proceedings*, 31, 203-204.

Flick, U. (Hrsg.) (1998). *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. München: Juventa.

Franke, G.H. (2004). Lebensqualitätsmessung am Beispiel der Nierentransplantation – State of the Art. *Transplantationsmedizin*, 16, 142-147.

Franke, G.H., Rensing, A., Reimer, J., Kribben, A. & Philipp, T. (2005). *Die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Nierenlebendspendern nach erfolgreicher Spende*. Vortrag auf der XX. Arbeitstagung Psychonephrologie in Dresden. Verfügbar unter: <http://www.medpsy.de/nephro.html>. (Zugriff März 2005).

Franklin, P.M. & Crombie, A.K. (2003). Live related renal transplantation: psychological, social, and cultural issues. *Transplantation*, 76, 1247-1252.

Galden, D. (2007). *Geschichte und Ethik der Verteilungsverfahren von Nierentransplantaten durch Eurotransplant*. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin der Medizinischen Fakultät der Eberhard-Karls-Universität zu Tübingen.

Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen (Transplantationsgesetz - TPG) Veröffentlicht im Bundesgesetzblatt vom 5. November 1997 (BGBl.I S.2631).

Giessing, M.M. (2004). *Aktuelle Programme zur Weiterentwicklung der Nierentransplantation: erweiterte Spenderkriterien, Lebendnierenspende und laparoskopische Donornephrektomie*. Habilitationsschrift zur Erlangung der Lehrbefähigung für das Fach Urologie, vorgelegt der Medizinischen Fakultät der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Giessing, M.M., Reuter, S., Schönberger, B., Deger, S., Türk, I., Hirte, I., Budde, K., Fritsche, L., Morgera, S., Neumayer, H.H. & Löning, S.A. (2004). Quality of life of living kidney donors in Germany: A survey with the validated Short Form-36 and Giessen Subjective Complaints List-24 questionnaire. *Transplantation*, 78, 864-872.

Gold, S.M., Schulz K.-H. & Koch, U. (2001). *Der Organspendeprozess: Ursachen des Organmangels und mögliche Lösungsansätze – Inhaltliche und methodenkritische Analyse vorliegender Studien*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Goßler, S. (1999). *Probleme und Ziele von Psychotherapiepatienten – eine qualitativen inhaltsanalytische Untersuchung von Patientenangaben in einer psychotherapeutischen Ambulanz*. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg.

Hartmann, A., Fauchald, P., Westlie, L., Brekke, I.B. & Holdaas, H. (2003). The risk of living kidney donation. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 18, 871-873.

Heck, G., Schweitzer, J. & Seidel-Wiesel, M. (2004). Psychological effects of living related kidney transplantation – risks and chances. *Clinical Transplantation*, 18, 716-721.

Helgeson, V.S., Reynolds, K.A. & Tomich, P.L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 797-816.

Hirte, I. & Stötzner, C. (2000). Einstellungen und Informationsstand zur Lebendniere spende bei Patienten mit Nierenersatztherapie und ihren Angehörigen. In H.-W. Künsebeck & F.A. Muthny (Hrsg.), *Einstellungen zur Organspende und ihre klinische Relevanz* (S. 85-98). Lengerich: Pabst.

Höglinger, G. & Kleinert, S. (Hrsg.) (1998). *Hirntod und Organtransplantation*. Berlin: de Gruyter.

Hoyer, J. & Weimer, R. (2006). Warum ist die Lebendspende - Nierentransplantation so erfolgreich? *Hessisches Ärzteblatt*, 67, 712-714.

Hübner, G. & Six, B. (2005). Einfluss ethischer Überzeugungen auf das Organ spendeverhalten – Ein erweitertes Modell der Organspende. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 13, 118-125.

Innocenti, G.R., Wadei, H.M., Prieto, M., Dean, P.G., Ramos, E.J., Textor, S., Khamash, H., Larson, T.S., Cosio, F., Kosberg, K., Fix, L., Bauer, C. & Stegall, M.D. (2007). Preemptive living donor kidney transplantation: Do the benefits extend to all recipients? *Transplantation*, 83, 144-149.

Jacobs, C., Johnson, E., Anderson, K., Gillingham, K. & Matas, A. (1998). Kidney transplants from living donors: How donation affects family dynamics. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 5, 89-97.

Johnson, E.M., Anderson, J.K., Jacobs, C., Suh, G., Humar, A., Suhr, B.D., Kerr, S.R. & Matas, A.J. (1999). Long-term follow-up of living kidney donors: Quality of life after donation. *Transplantation*, 67, 717-721.

Jordan, J., Sann, U., Janton, A., Gossmann, J., Kramer, W., Kachel, H.G., Wilhelm, A. & Scheuermann, E. (2004). Living kidney donors' long-term psychological status and health behavior after nephrectomy – a retrospective study. *Journal of Nephrology*, 17, 728-735.

Keller, S., Bölting, K., Kaluza, G., Schulz, K.-H., Ewers, H., Robbins M.L. & Basler, H.-D. (2004). Bedingungen für die Bereitschaft zur Organspende. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 12, 75-84.

Kiss, A. (2003). Organersatz und Organtransplantation. In Adler, R.H., Herrmann, J.M., Köhle, K., Langewitz, W., Schonecke, O.W., von Uexküll, T., Wesiack, W. (Hrsg.). *Psychosomatische Medizin: Modelle ärztlichen Denkens und Handelns* (6. Auflage) (S. 1287-1297). München: Urban & Fischer.

Koch, U., Glanzmann, G. & Wenz, C. (1997). Lebendniere spende unter psychologischer Perspektive. In U. Koch & J. Neuser (Hrsg.), *Transplantationsmedizin aus psychologischer Perspektive. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie, Bd. 13* (S. 129-144). Göttingen: Hogrefe.

Koch & J. Neuser (Hrsg.) (1997), *Transplantationsmedizin aus psychologischer Perspektive. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie, Bd. 13*. Göttingen: Hogrefe.

Kommissionen zur Prüfung von Freiwilligkeit und Unentgeltlichkeit der Lebendspende in Bayern für das Jahr 2005. *Bayerisches Ärzteblatt Spezial* (2006), 61, 10-11.

Kommissionen zur Prüfung von Freiwilligkeit und Unentgeltlichkeit der Lebendspende in Bayern für das Jahr 2006. *Bayerisches Ärzteblatt Spezial* (2007), 62, 9-10.

Kommissionen zur Prüfung von Freiwilligkeit und Unentgeltlichkeit der Lebendspende in Bayern für das Jahr 2007. *Bayerisches Ärzteblatt Spezial* (2008), 63, 9-10.

Kommissionen zur Prüfung von Freiwilligkeit und Unentgeltlichkeit der Lebendspende in Bayern für das Jahr 2008. *Bayerisches Ärzteblatt Spezial* (2009), 64, 9.

Krukemeyer, M.G. & Lison A.E. (2006). *Transplantationsmedizin. Ein Leitfaden für den Praktiker*. Berlin: de Gruyter.

Künsebeck, H.-W., Krämer, M., Kunstmann, D. & Gwinner, W. (2005). *Körperliches und psychisches Befinden bei Spendern und Empfängern einer Lebendniere spende vor und ein Jahr nach Transplantation*. Vortrag auf der XX. Arbeitstagung Psychonephrologie in Dresden. Verfügbar unter: <http://www.medpsy.de/nephro.html>. (Zugriff März 2005)

Künsebeck, H.-W. & Muthny, F.A. (Hrsg.) (2000). *Einstellungen zur Organspende und ihre klinische Relevanz*. Lengerich: Pabst.

Lang, H. & Faller, H. (1998). *Medizinische Psychologie und Soziologie*. Berlin: Springer.

Lennerling, A., Forsberg, A. & Nyberg, G. (2003). Becoming a living kidney donor. *Transplantation*, 76, 1243-1247.

Lennerling, A., Forsberg, A., Meyer, A. & Nyberg, G. (2004). Motives for becoming a living kidney donor. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 19, 600-605.

Lopau, K., Heidbreder, E. & Wanner, C. (1998). Eurotransplant und die Entwicklung des Organbedarfs in Mitteleuropa. In G. Höglinger & S. Kleinert (Hrsg.), *Hirntod und Organtransplantation* (S.101-108). Berlin: de Gruyter.



Lopez, S.J & Snyder, C.R. (Eds.) (2003). *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Lukaszczik, M., Neuderth, S., Köhn, D. & Faller, H. (2008). Psychologische Aspekte der Lebendnierenspende und -transplantation: Ein Überblick zum aktuellen Forschungsstand. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 17, 107-123.

Mayring, P. (1995). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (5. Auflage). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.

McMillen, J.C., Smith, E.M. & Fisher, R.H. (1997). Perceived benefit and mental health after three types of disaster. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 733-739.

Medizinische Hochschule Hannover (2004). *Vor der Transplantation*. Verfügbar unter: [http://www99.mh-hannover.de/kliniken/nephrologie/klinische/TX\\_ambulanz/](http://www99.mh-hannover.de/kliniken/nephrologie/klinische/TX_ambulanz/) (Zugriff März 2005).

Mergenthaler, E. (1992). *Die Transkription von Gesprächen. Eine Zusammenstellung von Regeln mit einem Beispieltranskript*. Ulmer Textbank.

Mohamed, E. & Böhmer, S. (2004). Die deutsche Version der Benefit Finding Skala: Ihre psychometrischen Eigenschaften bei Tumorpatienten. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 13, 85-91.

Klinikum rechts der Isar - Technische Universität München. *Transplantationschirurgie. Nierenlebendspende*. Verfügbar unter: [www.transplantation.med.tu-muenchen.de/therapie/transplantation/](http://www.transplantation.med.tu-muenchen.de/therapie/transplantation/) (Zugriff Mai 2009).

Muthny, F.A. & Koch, U. (1997). *Psychosoziale Aspekte der Nierentransplantation*. In U. Koch & J. Neuser (Hrsg.), *Transplantationsmedizin aus psychologischer Perspektive. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie, Bd. 13* (S. 61-81). Göttingen: Hogrefe.

Nagel, E. & Mayer, J. (2003). Ethische Grundfragen zur Lebendspende. *Chirurg, 74*, 530-535.

Neuderth, S., Lukaszczik, M., Köhn, D., Stoffers, A., Lopau, K. & Faller, H. (2007). Entscheidungsrelevante Motive und psychische Wachstumsprozesse im Kontext einer Lebendnierentransplantation.. *Abstractband des Kongresses "Medizin und Gesellschaft", Augsburg, September 2007* (S. 249-250).

Oertl, W. (2003). *Lebensqualität und Gesundheitszustand von Lebendnierenspendern ein bis 18 Jahre nach Transplantation*. Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Doktor der Gesamten Heilkunde, vorgelegt der Medizinischen Fakultät der Leopold-Franzens-Universität Innsbruck.

Pietruck, F., Witzke, O. & Philipp, T. (2006). Überkreuzlebendspende – Nierentransplantation in Deutschland. *Hessisches Ärzteblatt, 67*, 722-725.

Pradel, F.G., Limcangco, M.R., Mullins, C.D. & Bartlett, S.T. (2003). Patients' attitudes about living donor transplantation and living donor nephrectomy. *American Journal of Kidney Diseases, 41*, 849-858.

Reimer, J., Rensing, A., Haasen, C., Philipp, T., Pietruck, F. & Franke, G.H. (2006). The impact of living-related kidney transplantation on the donor's life. *Transplantation, 81*, 1268-1273.

Sann, U. (2003). *Befindlichkeit und Gesundheitsverhalten von Lebendnierenspenderninnen und -spendern. Eine multimethodale psychologische Untersuchung*. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der theoretischen Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main.

Schlich, T. (1998). *Transplantation: Geschichte, Medizin, Ethik der Organverpflanzung*. München: Beck.

Schmidt-Recla, A. (2005). Organmangel. *Überlegungen zu Möglichkeiten und Grenzen rechtlicher Steuerung*. Vortrag auf der XX. Arbeitstagung Psychonephrologie in Dresden. Verfügbar unter: <http://www.medpsy.de/nephro.html>. (Zugriff März 2005).

Schover, L.R., Strem, S.B., Boparai, N., Duriak, K. & Novick, A.C. (1997). The psychosocial impact of donating a kidney: Long-term followup from a urology based center. *Journal of Urology*, 157, 1596-1600.

Schwarzer, R. & Knoll, N. (2003). Positive coping: Mastering demands and searching for meaning. In S.J. Lopez & C.R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures* (pp. 393-409). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Schweitzer, J., Seidel-Wiesel, M., Verres, R. & Wiesel, M. (2003). Psychological consultation before living kidney donation: finding out and handling problem cases. *Transplantation*, 76, 464-470.

Simmons, R.G., Klein, S.D. & Thornton, K. (1973). The family member's decision to be a kidney transplant donor. *Journal of Comparative Family Studies*, 4, 89-115.

Smith, G.C., Trauer, T., Kerr, P.G. & Chadban, S.J. (2003). Prospective psychosocial monitoring of living kidney donors using the SF-36 health survey. *Transplantation*, 76, 807-809.

Smith, G.C., Trauer, T., Kerr, P.G. & Chadban, S.J. (2004). Prospective psychosocial monitoring of living kidney donors using the SF-36 health survey: Results at 12 months. *Transplantation*, 78, 1384-1389.

Steiger, J., Dickenmann, M. & Mayr, M. (2005). Das Wichtigste zur Lebendniere-  
spende. In G. Thiel in Zusammenarbeit mit dem Gesundheits-Lebendspenderregister  
(Hrsg.), *Schweizer-Lebendniere-spender-Broschüre*.

Walton-Moss, B., Boulware, L.E., Cooper, M., Taylor, L., Dane, K., Nolan, M.T.  
(2007). Prospective pilot study of living kidney donor decision-making and outcomes.  
*Clinical Transplantation*, 21, 86-93.

Yoshimura, N., Okamoto, M., Akioka, K., Nakamura, K., Ushigome, H., Kadotani, Y.,  
Nobori, S., Higuchi, A. & Ohmori, Y. (2003). Results of renal transplantation over 20  
years after surgery, using Azathioprine and low-dose Prednisolone as the sole immune-  
suppression. *Transplantation Proceedings*, 35, 143-144.

INSTITUT FÜR  
PSYCHOTHERAPIE UND MED. PSYCHOLOGIE  
DER UNIVERSITÄT WÜRZBURG

97070 WÜRZBURG  
Klinikstraße 3  
Telefon 0931 - 31 27 13  
Fax 0931 - 57 20 96  
e-mail: psychotherapie@mail.uni-wuerzburg  
<http://www.uni-wuerzburg.de/psychotherapie>

Institut für Psychotherapie: Klinikstraße 3: 97070 Würzburg

Ansprechpartnerin für Rückfragen:  
Dr. Silke Neuderth: 0931-312076

Frau / Herrn...

29. August 2005

Sehr geehrte Frau / Herr...,

Sie haben etwas Außergewöhnliches getan, indem Sie einem nahe stehenden Menschen eine Niere spendeten. Dies ist sehr bewundernswert.

Ich bin Medizinstudentin der Universität Würzburg im 9. Semester und schreibe meine Doktorarbeit am Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg über das Thema „Lebendnierenspende“. Das Institut für Psychotherapie arbeitet hierbei eng mit Herrn Dr. Lopau vom Nierentransplantationszentrum in Würzburg zusammen. Wir interessieren uns für das Befinden und die Einstellung von Personen, die eine Niere gespendet haben. Es wäre ein interessanter Aspekt für meine Doktorarbeit, wenn ich mit Ihnen ein persönliches Gespräch dazu führen könnte. Das Gespräch könnte entweder im Rahmen eines Nachsorgetermins an der Universitätsklinik stattfinden oder bei Ihnen zuhause.

Die Teilnahme an einem Gespräch ist selbstverständlich freiwillig. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen zurückziehen. Falls Sie sich gegen eine Teilnahme entscheiden, entstehen Ihnen dadurch keinerlei Nachteile. Ihre persönlichen Daten unterliegen natürlich der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Ich werde mich innerhalb der nächsten zwei Wochen telefonisch bei Ihnen melden. Sie können mir dann mitteilen, ob Sie an dem Gespräch teilnehmen möchten. Ich wäre Ihnen sehr dankbar für eine Zustimmung.

Falls Sie noch Fragen haben, können Sie sich gerne an Frau Dr. Neuderth wenden, die meine Doktorarbeit an der Universität Würzburg betreut (Tel.: 0931-312076).

Herzliche Grüße,

Alexandra Stoffers  
(Medizinstudentin)

gez. Dr. Kai Lopau

Dr. Silke Neuderth

INSTITUT FÜR  
PSYCHOTHERAPIE UND MED. PSYCHOLOGIE  
DER UNIVERSITÄT WÜRZBURG

Vorstand: Prof. Dr. Dr. H. Faller (komm.)

97070 Würzburg  
Klinikstraße 3  
Tel.: 0931 - 31 27 13  
Fax: 0931 - 31 60 80  
E-Mail: [psychotherapie@mail.uni-wuerzburg.de](mailto:psychotherapie@mail.uni-wuerzburg.de)  
[www.uni-wuerzburg.de/psychotherapie](http://www.uni-wuerzburg.de/psychotherapie)

Ansprechpartnerin für Rückfragen an der Universität Würzburg:  
Dr. Silke Neuderth  
Tel.: 0931-312076  
Fax.: 0931-316091  
E-Mail: [s.neuderth@mail.uni-wuerzburg.de](mailto:s.neuderth@mail.uni-wuerzburg.de)

29. August 2005

## **Studieninformation**

### *Entscheidungsprozesse bei Lebendnierenspendern*

#### **1) Wer führt die Studie durch?**

Die Untersuchung von Entscheidungsprozessen bei Lebendnierenspendern erfolgt im Rahmen einer medizinischen Doktorarbeit. Die Doktorarbeit wird am Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie in enger Zusammenarbeit mit dem Transplantationszentrum an der Uniklinik in Würzburg betreut.

- Doktorandin: cand. med. Alexandra Stoffers
- Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie  
Klinikstraße 3, 97070 Würzburg  
Ansprechpartnerin: Dr. Silke Neuderth (Tel.: 0931-312076)
- Transplantationszentrum der Universität Würzburg  
Josef-Schneider Str. 2, 97080 Würzburg  
Ansprechpartner: Dr. Kai Lopau (Tel.: 0931-20136275)

#### **2) Um was geht es in der Studie?**

In der Studie soll untersucht werden, wie die Entscheidung, eine Niere zu spenden, zustande kommt, was den Entschluss beeinflusst und welche Möglichkeiten und Schwierigkeiten die Betroffenen bei Lebendnierenspenden sehen. Aus den Ergebnissen der Studie sollen Vorschläge für eine Verbesserung von Abläufen im Vorfeld der Nierentransplantation abgeleitet werden.

#### **3) Wie läuft die Studie ab?**

Die Entscheidungsprozesse bei Lebendnierenspendern sollen über Interviews und Fragebögen untersucht werden. In einem persönlichen Gespräch wird Frau Stoffers Ihnen Fragen zu

- 2 -

Ihrer Lebendnierenspende stellen. Das Gespräch kann im Rahmen eines Nachsorgetermins am Transplantationszentrum oder bei Ihnen zuhause stattfinden. Das Gespräch wird ungefähr 30 – 60 Minuten dauern.

Wenn Sie damit einverstanden sind, wird Ihnen Frau Stoffers einige Fragebögen aushändigen, mit der Bitte, diese in den folgenden Tagen ausgefüllt an uns zurück zu senden. Die Fragebögen enthalten Fragen zur Lebensqualität und Lebenszufriedenheit, zu psychischen Beschwerden sowie zum Entscheidungsprozess. Teilweise werden in den Fragebögen Themen angesprochen, die auch schon im Interview vorgekommen sind.

#### **4) Was passiert mit den erhobenen Daten?**

Das Interview wird – mit Ihrem Einverständnis – auf Tonband aufgezeichnet. Die Aufzeichnung dient zur Erleichterung der Auswertung. Frau Stoffers wird die Interviewdaten für ihre Doktorarbeit nutzen, um beispielsweise beantworten zu können, welche Umstände dazu führen, dass sich jemand zu einer Lebendnierenspende bereit erklärt.

Die Fragebogendaten sollen zum einen für die Doktorarbeit genutzt werden, zum anderen dienen sie dem Institut für Psychotherapie zur Verbesserung der Betreuung von Lebendnierenspendern vor und nach der Transplantation. Im Rahmen der Doktorarbeit kann mit Hilfe der Fragebogendaten beispielsweise untersucht werden, ob Personen, denen die Entscheidung zur Spende sehr schwer gefallen ist, mehr oder weniger psychische Schwierigkeiten nach der Transplantation haben. Für das Institut für Psychotherapie ist die Befragung wichtig, um Anhaltspunkte dafür zu bekommen, ob die Spende die Lebensqualität oder das psychische Wohlbefinden der Betroffenen beeinflusst.

Sowohl die Daten aus den Interviews als auch die Fragebogendaten unterliegen dem Datenschutz und werden nur in anonymisierter Form in die Auswertung eingehen. Dies bedeutet, dass Ihre persönlichen Angaben (Name, Anschrift, Geburtsdatum) weder in der Doktorarbeit noch in Veröffentlichungen des Instituts für Psychotherapie oder an anderer Stelle erwähnt werden.

#### **5) Muss ich mitmachen? Kann ich die Studie abbrechen?**

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Sie können jederzeit und ohne Angabe von Gründen aus der Studie aussteigen. Falls Sie nicht teilnehmen oder die Studie abbrechen, hat dies selbstverständlich keinerlei nachteilige Folgen für Sie oder für Ihre weitere ärztliche Behandlung.

Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie sich bereit erklären würden, an dem Interview und / oder an der schriftlichen Befragung teilzunehmen. Mit Ihrer Teilnahme können Sie einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Lebendnierenspendern leisten. Falls Sie noch Fragen zur Studie haben, zögern Sie bitte nicht, sich an die oben angegebenen Ansprechpartner zu wenden.

INSTITUT FÜR  
PSYCHOTHERAPIE UND MED. PSYCHOLOGIE  
DER UNIVERSITÄT WÜRZBURG

Vorstand: Prof. Dr. Dr. H. Faller (komm.)

97070 Würzburg  
Klinikstraße 3  
Tel.: 0931 - 31 27 13  
Fax: 0931 - 31 60 80  
E-Mail: psychotherapie@mail.uni-wuerzburg.de  
www.uni-wuerzburg.de/psychotherapie

Ansprechpartnerin für Rückfragen an der Universität Würzburg:  
Dr. Silke Neuderth  
Tel.: 0931-312076  
Fax.: 0931-316091  
E-Mail: s.neuderth@mail.uni-wuerzburg.de

29. August 2005

### **Einverständniserklärung**

#### *Studie: Entscheidungsprozesse bei Lebendnierenspendern*

Ich, \_\_\_\_\_, bin über Inhalt und Vorgehen der oben genannten Studie aufgeklärt worden und habe die Informationen zur Studie verstanden. Alle Fragen zu der oben genannten Studie wurden mir von Frau Alexandra Stoffers oder weiteren Studienverantwortlichen zu meiner Zufriedenheit beantwortet.

Ich hatte genügend Zeit für meine Entscheidung und bin bereit, an der oben genannten Studie teilzunehmen. Ich bin mit der im Rahmen der Studie erfolgenden Aufzeichnung von Krankheitsdaten und ihrer Verwertung entsprechend der Patienteninformation einverstanden.

Ich weiß, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme an dieser Studie widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile erwachsen.

Eine Ausfertigung des Informationsblattes und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum,  
Unterschrift des Studienverantwortlichen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum,  
Unterschrift des Studienteilnehmers



<b>I. Einführung</b>	
Wie lange ist Ihre Spende jetzt her? Wie ist sie bei Ihnen abgelaufen?	
<b>II. Aktueller Status</b>	
1.1 Funktioniert die gespendete Niere beim Empfänger?	Ja / Nein, Empfänger an Dialyse
1.2 Wie geht es dem Empfänger Ihrem Eindruck nach zurzeit insgesamt?	
2.1 Wie wurden Sie vor der Spende aufgeklärt (über mögliche Komplikationen etc.)?	
2.2 Wie geht es Ihnen zurzeit insgesamt?	Sehr gut - Gut - Mäßig - Schlecht - Sehr schlecht
<b>III. Vorerfahrungen / Voreinstellungen</b>	
1.1 Von wem haben Sie zuerst erfahren, dass es die Möglichkeit der Lebendniere spende gibt?	a) Vom Empfänger b) Arzt: Hausarzt Dialysearzt Stations- / Ober- / Chefarzt c) Medien d) Angehörige e) In der Transplantationsambulanz f) In einem anderen Krankenhaus g) Anderes (was?)
1.2 Haben Sie sich schon Gedanken über Organspende (tot u./od. lebend) gemacht, noch bevor das Thema für Sie aktuell wurde? <b>Frage zuerst offen stellen</b>	Sehr oft - Oft - Etwas - Wenig - Gar nicht
1.3 Hätten Sie sich damals schon vorstellen können, jemandem zu Lebzeiten ein Organ zu spenden?	Ja - Nein
1.4 Wie war Ihre Einstellung zum Thema Spende?	
1.5 Hatten Sie bereits einen Organspendeausweis?	Ja - Nein
<b>IV. Einflussfaktoren auf den Entscheidungsprozess</b>	
1.1 Hat Sie jemand gefragt, ob Sie eine Organspende machen möchten oder haben Sie selbst den Wunsch einer Spende geäußert?	1) Ich selbst hatte den Wunsch geäußert 2) Ich wurde gefragt von: a) Empfänger b) Arzt: Hausarzt Dialysearzt Stations- / Ober- / Chefarzt c) Angehörigen d) In der Transplantationsambulanz e) In einem anderen Krankenhaus f) Anderen (von wem?)
1.2 Zu welchem Zeitpunkt haben Sie sich entschieden eine Niere zu spenden (Zeitspanne abschätzen lassen; spontan vs. längerer Prozess)?	a) Sofort b) Nach anfänglichem Gespräch mit den Ärzten c) Nach Vorbereitungsuntersuchungen d) Nach Gespräch mit einem persönlich nahe stehenden Menschen e) Nach einem Gespräch mit dem Empfänger f) Anderer Zeitpunkt (wann?)
1.3 Waren Sie die einzige Person, die für die Spende in Frage gekommen ist?	Ja - Nein
1.4 Welche Rolle haben folgende Faktoren gespielt?	Abgehalten - Nicht motiviert - Kein Einfluss - Motiviert-Überzeugt
a) Gewissen	
b) Pflichtgefühl	
c) Sorge um eigene Gesundheit	
d) Empfänger selbst	
e) Gesundheitszustand des Empfängers	
f) Familie	
g) Freunde/Bekannte	
h) Arbeitskollegen	
i) Ärzte	
j) Medien	
k) Religion	
l) Bedürfnis zu helfen	
m) Weitere Aspekte (offen)	
1.5 Haben Sie sich bei der Entscheidung zu spenden unter Druck gesetzt gefühlt?	Ja - Eher Ja - Eher Nein - Nein
1.6 Wenn ja, durch wen?	a) Empfänger b) Familienmitglieder c) Medizinisches Personal d) Gewissen e) Andere (wer?)
<b>V. Rückblick/Empfehlungen</b>	
Welche Erfahrungen und Ratschläge würden Sie einem potentiellen Spender mitteilen?	
<b>VI. Bewertung</b>	
1.1 Welche negativen Aspekte hat die Lebendspende Ihren Erfahrungen nach mit sich gebracht?	
1.2 Welche positiven Aspekte hat die Lebendspende Ihren Erfahrungen nach mit sich gebracht?	
1.3 Nachdem Sie jetzt die Erfahrung mit der Spende gemacht haben, würden Sie sich erneut für die Spende entscheiden?	Ja - Nein
1.4 Wenn nein, warum hätten Sie sich jetzt anders entschieden?	
<b>VII. Abschluss</b>	
Was möchten Sie zum Thema Lebendspende noch ergänzen, was wurde noch nicht angesprochen, was Ihnen wichtig erscheint?	

# Danksagung

Zuerst möchte ich Herrn Prof. Dr. Dr. Hermann Faller danken, kommissarischer Vorstand des Instituts für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg, der mir die Promotion in seinem Institut ermöglichte.

Die Teilnahme an den von ihm geleiteten Doktorandenkolloquien war für mich sehr anregend, weil ich dadurch vieles über die Herangehensweise an eine Doktorarbeit erfahren konnte. In den lebendigen Diskussionen, die sich jeweils nach meinem Vortrag entwickelten, konnte ich erfahren, welche Aspekte wichtig und welche überflüssig sind. Ich konnte mich auch davon überzeugen, bei meinem Konzept zu bleiben, eine qualitative Studie durchzuführen. Sowohl die Hinweise von Herrn Prof. Faller als auch seine aufbauende Haltung haben mich sehr gefördert.

Folgenden Mitarbeitern des Institutes für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg möchte ich danken:

Frau Dr. Silke Neuderth danke ich für die hervorragende Betreuung meines Promotionsvorhabens. Jede Frage wurde zeitnah und professionell beantwortet und alle meine Ideen begrüßt. Besonders zu schätzen weiß ich, dass Frau Dr. Neuderth mein Vorhaben, persönliche Befragungen bei den Lebendnierspenderinnen und -spendern durchzuführen, unterstützt hat. Jedes Treffen mit Frau Dr. Neuderth hat mich gefördert und die Materialien, die sie mir hin und wieder zukommen ließ, waren stets informativ und brachten mich auf neue Ideen.

Herrn Dipl.-Psych. Matthias Lukaszczik möchte ich ebenfalls für seine guten Hinweise und Materialien danken, vor allem auch dafür, dass er mich ermutigt hat, die Interviews selbständig zu transkribieren. Durch das Transkribieren vertiefte ich mich in die Problematik und entwickelte ein Konzept für die Auswertung.

Sehr wichtig für mich war auch die hilfsbereite und ermutigende Haltung von Herrn Dipl.-Psych. Christian Gerlich. Seine sachlichen Anmerkungen haben stets die Sache auf den Punkt gebracht. Dafür danke ich ihm herzlich.

Herrn Michael Schuler danke ich für seine methodische Beratung.

Es bleibt auch ein Dank an Herrn Dr. Kai Lopau, Oberarzt der Abteilung Nephrologie der Medizinischen Klinik und Poliklinik I am Universitätsklinikum Würzburg, für die freundliche Bereitschaft, mir die Kontakte zu seinen Patienten zu ermöglichen.

Von großem Wert war für mich, dass alle oben genannten Personen in einer Linie ohne Konflikte oder Widersprüche gemeinsam mein Konzept förderten und unterstützten. Vor allem weiß ich die Entscheidungsfreiheit zu schätzen, die mir bei meinem Vorhaben gelassen wurde.

Des Weiteren danke ich Herrn Privatdozent Dr. Burkhard Jabs, leitender Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden, für seine Bereitschaft, die wichtige Funktion des Korreferenten meiner Doktorarbeit zu übernehmen.

Ein besonderer Dank gilt schließlich allen Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmern, die sich die Zeit genommen haben, an der Studie teilzunehmen; die reichhaltigen Informationen der sehr freundlichen Spenderinnen und Spender stellten die Basis meiner qualitativen Doktorarbeit dar.

Ein herzlicher Dank gilt meiner Mutter und meinem Freund Florian, die mich während meiner Promotion begleiteten und so zum Gelingen der Arbeit beitrugen.

Die Entscheidung, eine medizinisch-psychologische Doktorarbeit zu schreiben, entwickelte ich schon während der interessanten Vorlesungen in den Fächern Medizinische Psychologie und Psychosomatik am Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie in Würzburg, die von meinem Doktorvater Herrn Prof. Faller im Wechsel mit Herrn Prof. Lang gehalten wurden, wofür ich mich nicht zuletzt bedanken möchte.