



WHZ Westsächsische
Hochschule Zwickau
University of Applied Sciences

Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften

Studiengang: Gesundheitsmanagement

Bachelorthesis

„Der Einfluss von motivationalen Faktoren auf das Blutspendeverhalten“

am Beispiel einer quantitativen Befragung von Teilnehmern
einer Blutspendeveranstaltung des Deutschen Roten
Kreuz

vorgelegt von: Nils Wallasch

Matrikelnr.: 47151

Seminargruppe: 222232/1

E – Mail: nils.wallasch.mb3@whz.de

Vorgelegt am: 07.04.2026

Erstbetreuer: Prof. Dr. phil. Eileen Goller

Zweitbetreuer: Michel Hummel

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	3
Tabellenverzeichnis	4
Abkürzungsverzeichnis	5
Hinweis auf die gewählte Schreibweise	6
1. Einleitung	7
2. Theoretischer Hintergrund	8
2.1. Historische Entwicklung der Blutspende	8
2.1.1. Die Anfänge der Bluttransfusion	8
2.1.2. Entwicklung der Blutspendedienste des DRK in BRD und DDR	9
2.2. Rechtliche und Fachliche Rahmenbedingungen	13
2.2.1. Transfusionsgesetz	13
2.2.2. Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie)	14
2.2.3. Self-Determination Theory (Selbstbestimmungstheorie) im Kontext des Blutspendeverhaltens	14
3. Ziel- und Fragestellung	17
4. Methodik	17
4.1. Forschungsfeld	18
4.2. Erhebungsinstrument	18
4.3. Operationalisierung	19
4.4. Ablauf der Datenerhebung und Datenaufbereitung	20
4.5. Datenauswertung	21
5. Ergebnisse	21
6. Diskussion	29
6.1. Methodenkritik und Limitationen	29
6.2. Ergebnisdiskussion	30
7. Fazit	34
Zusammenfassung	35
Literaturverzeichnis	36
Anhang	39
Eidesstattliche Erklärung	56

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: The Self-Determination Continuum nach Ryan & Deci (2000).....	16
Abbildung 2: Verteilung der Geschlechter in absoluten Zahlen (Eigendarstellung).....	22
Abbildung 3: Verteilung der Altersgruppen in absoluten Zahlen (Eigendarstellung).....	23
Abbildung 4: Zuordnung der Berufsfelder in absoluten Zahlen (Eigendarstellung).....	23
Abbildung 5: Verteilung der Spendenhäufigkeit in absoluten Zahlen (Eigendarstellung).....	24
Abbildung 6: Verteilung der Erfahrungen bezüglich einer erhaltenen Bluttransfuion in absoluten Zahlen (Eigendarstellung).....	24
Abbildung 7: Verteilung der Spendenbereitschaft im sozialen Umfeld der Befragten in absoluten Zahlen (Eigendarstellung).....	25

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Operationalisierung der Variablen (Eigendarstellung).....	19
Tabelle 2: Häufigkeiten von Rückläufen der Blutspendetermine (Eigendarstellung).....	22
Tabelle 3: Mittelwerte und Standardabweichungen der Subskalen (Eigendarstellung).....	26
Tabelle 4: Erfahrung einer erhaltenen Bluttransfusion hinsichtlich der Introjektion und Identifikation (Eigendarstellung).....	26
Tabelle 5: Zusammenhang zwischen Spendenhäufigkeit und intrinsischer Regulation (Eigendarstellung).....	27
Tabelle 6: Unterschied Altersgruppen hinsichtlich der Spendenintention (Eigendarstellung).	27
Tabelle 7: Zusammenhang der Dimensionen zur Spendenintention (Eigendarstellung).....	28
Tabelle 8: Unterschied zwischen den Berufsfeldern bezüglich der Amotivation (Eigendarstellung).....	28

Abkürzungsverzeichnis

BRD	Bundesrepublik Deutschland
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
FDJ	Freie Deutsche Jugend
MW	Mittelwert
SD	Standardabweichung
TFG	Transfusionsgesetz

Hinweis auf die gewählte Schreibweise

In dieser Arbeit wird auf die Verwendung einer geschlechtergerechten Sprache verzichtet, um eine angenehme Lesbarkeit zu gewährleisten. Alle Personenbezeichnungen gelten als geschlechtsneutral und beziehen sich auf alle Geschlechter.

Die Zitierweise erfolgt nach APA, 7. Auflage.

1. Einleitung

„Bluttransfusionen retten Leben und verbessern die Gesundheit“ (World Health Organization, 2025, eigene Übersetzung). Diese Kernaussage bringt die Wichtigkeit des Themas auf den Punkt, da Bluttransfusionen ein unverzichtbarer Teil der medizinischen Versorgung sind und in zahlreichen Bereichen zum Einsatz kommen können. Daher ist eine durchgehende Versorgung mit Blutkonserven von zentraler Bedeutung, welche nur durch eine ausreichende Spendenbereitschaft in der Bevölkerung gedeckelt werden kann. Dies stellt eine zentrale Herausforderung dar, da trotz aller wissenschaftlichen Entwicklungen, Blut nicht künstlich hergestellt oder ersetzt werden kann.

Wirft man einen Blick auf das Blutspendenaufkommen der letzten zehn Jahre ist zu erkennen, dass dieses bis zum Jahr 2022 gesunken ist. Nach den Jahren mit rückläufigen oder stagnierenden Spendenzahlen konnte man für das Jahr 2023 einen Anstieg auf 6.989.967 Spenden verzeichnen, wodurch die Gesamtzahl um 473.873 gestiegen ist. Dies entspricht 6,8% (Paul – Ehrlich – Institut, 2025). Im darauffolgenden Jahr konnte die Anzahl mit 6.908.141 Spenden annähernd bestätigt werden (Paul – Ehrlich – Institut, 2026).

Speziell für die Blutspende beim Deutschen Roten Kreuz ist dieses Thema relevant, da sie unentgeltlich ist und auf Freiwilligkeit beruht. Dabei erbringen die Blutspendedienste des DRK etwa 75% des bundesweiten Bedarfs an lebensrettenden Blutpräparaten. Im Zuge dessen kann eine Blutspende in bis zu 3 Präparate aufgeteilt und somit bis zu 3 Menschen helfen. Zunehmend fallen immer mehr langjährige Spender aufgrund gesundheitlicher Probleme aus, sodass es auch zunehmend junge Menschen geben muss, um die Versorgung aufrecht erhalten zu können (DRK, abgerufen am 05.01.2026). Um dies zukünftig weiterhin zu gewährleisten, sollte weiterhin ein besonderes Augenmerk auf das Blutspendeverhalten und insbesondere auf die Motivationen, welche dahinter stecken, geworfen werden.

Neben individuellen motivationalen Aspekten oder eventuellen äußeren Anreizen könnten auch soziale Einflüsse von aktiven Spendern im Umfeld eine Rolle spielen. Zudem stellt sich die Frage, inwiefern besondere Ereignisse wie beispielsweise eine eigene erhaltene Transfusion oder ein Fall im Bekanntenkreis aufmerksam machen oder bereits Personen zur Blutspende bewegt haben.

Im Folgenden befasst sich diese Arbeit zunächst mit einer historischen Einordnung der Blutspende und geht im Anschluss auf rechtliche sowie fachliche Rahmenbedingungen ein. Im Mittelpunkt der Arbeit steht der Einfluss motivationaler Faktoren auf das Blutspenderverhalten, welcher anhand von Teilnehmern einer Blutspendenveranstaltung des Deutschen Roten Kreuz untersucht wird.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1. Historische Entwicklung der Blutspende

2.1.1. Die Anfänge der Bluttransfusion

Nachdem die Idee der Blutübertragung schon im Altertum Interesse weckte, wurden Maßnahmen zur Transfusion jedoch erst nach der Entdeckung des Blutkreislaufs durch William Harvey im Jahr 1628 ernsthaft in Erwägung gezogen. Letztlich wurden in der Folge nur wenige Blutübertragungen durchgeführt, wobei kein menschliches Blut zum Einsatz kam. Das dabei verwendete Hammel – oder Lammblood führte zu Misserfolgen, wodurch es zu Widerständen seitens der Universitäten und der Kirchen kam. Erst zu Beginn des 19. Jahrhunderts wurden durch Blundell in England und Purmann in Deutschland Bluttransfusionen von Mensch zu Mensch durchgeführt. Dieses Verfahren wurde in den meisten europäischen Ländern übernommen, jedoch zunehmend hinterfragt, da immer wieder schwere und nicht erklärbare Zwischenfälle auftraten. So wurde noch um 1900 in 50% der Blutübertragungen ein schlechter und teilweise tödlicher Verlauf verzeichnet worden sein (Haußmann et al., 1971).

Eine grundlegende Veränderung brachte die Entdeckung der AB0-Blutgruppen 1900/1901 und des Rhesusfaktors 1940 durch Landsteiner und dessen Mitarbeiter, wodurch einige bis dahin unverständliche Zwischenfälle der Blutübertragung erklärt werden konnten. Demnach forderte Landsteiner zukünftig die blutgruppengleiche Transfusion menschlichen Blutes. Des Weiteren entwickelten Hustin in Belgien und Levisohn in den USA eine Natriumzitrat – Lösung, welche Blut ungerinnbar machte. Somit war es nicht mehr nötig, eine operative Verbindung zwischen Spender und Empfänger zu schaffen, um eine direkte Blutübertragung zwischen den Blutgefäßsystemen zu ermöglichen. Zusätzlich konnten nun Glasflaschen mit Blut gefüllt und für kurze Zeit gebrauchsfertig gelagert werden (Haußmann et al., 1971).

Während des 1. Weltkrieges kam die direkte Blutübertragung mit Hilfe der Natriumzitrat – Lösung zum Einsatz, wobei sich die kurze Haltbarkeit als störend erwies. Daher arbeiteten Rous und Turner 1916 an einer Methode zur Konservierung des Blutes mit einer Zuckerlösung, welche eine bedeutend längere Lagerfähigkeit ermöglichte. Dieses Vorgehen wurde im 2. Weltkrieg vor allem für die heimatfernen Fronten stark gebräuchlich und verhalf später dem Verfahren der indirekten Transfusion von Blutkonserven weltweit zum endgültigen Durchbruch (Haußmann et al., 1971).

Nach dem Krieg wurde eine exakte blutgruppenserologische Methodik zur Prüfung der Verträglichkeit zwischen Spender- und Empfängerblut entwickelt. Zudem begann man mit einmal verwendbaren und sterileren Blutbehältern und Plastikbestecken zu arbeiten, wodurch die Transfusion zu einem kleinchirurgischen Eingriff mit deutlich verringertem Risiko wurde. Dabei sank die Zahl der durch Unverträglichkeitserscheinungen auftretenden Ereignisse auf unter 1%. Eine weitere Neuerung stellte die bereits vor dem 2. Weltkrieg entwickelte Gefriertrocknung dar, welche eine jahrelange Konservierung von Plasma und Plasmabestandteilen sichert. Somit gab es die Möglichkeit, nur noch Blutbestandteile zu übertragen, die vermindert waren oder fehlten und so das jeweilige Krankheitsbild bestimmten (Haußmann et al., 1971).

Nachdem die Transfusion zu einem der Schwerpunkte der Medizin wurde, entstand für jedes Land die Verpflichtung ein nationales Blutspendeprogramm zu schaffen. Dabei koordinierte die Liga der Rotkreuzgesellschaften auch die Arbeit der Mitgliedgesellschaften und arbeitete später eng mit der Weltgesundheitsorganisation, der internationalen Gesellschaft für Bluttransfusionen und dem Europarat zusammen (DRK, 1977).

2.1.2. Entwicklung der Blutspendedienste des DRK in BRD und DDR

Die Entwicklung der Blutspendedienste verlief in allen Ländern in Abhängigkeit zum wissenschaftlichen Stand der Transfusionsmedizin und dem Aufbau des nationalen Gesundheitswesens. Demnach kam es weltweit zu teilweise größeren Unterschieden in Bezug zur Trägerschaft, dem Ausbau und Umfang dieser Einrichtungen, was durchaus zwischen BRD und DDR erkennbar war. Folglich gingen die Blutspendedienste aus den bereits existierenden Blutspendezentralen hervor, um ein breiteres Feld an Aufgaben übernehmen zu können (Haußmann et al., 1971). Dabei wurde national wie international die Bezeichnung „Blutspendedienst“ gebräuchlich (DRK, 1977).

Die Geburtsstunde der Blutspendedienste in der BRD geht zurück auf den 9. März 1951, an dem der Blutspendedienst der Landesverbände Nordrhein und Westfalen – Lippe gegründet wurde. Dieser begann im folgenden Jahr mit der praktischen Arbeit und veranstaltete im Februar 1952 seinen ersten Blutspendetermin. Dabei stand auch aufgrund der Empfehlung der Liga der Rot-Kreuz-Gesellschaften im Vordergrund, dass es sich beim Blutspendedienst um einen echten Rotkreuzdienst als humanitäre Tätigkeit an der Bevölkerung handeln soll. Somit sollte die unentgeltliche Spende die Grundlage des Blutspendewesens bilden (DRK, 1977).

Im Jahr 1954 bildete man einen Ausschuss zur Ausarbeitung endgültiger Vorschläge für eine Spitzenorganisation des DRK – Blutspendewesens, bei der die Überzeugung bestand, bundesweit zu arbeiten. Im gleichen Jahr begrüßte der Deutsche Ärztetag diese Absicht, da der Bluttransfusion eine immer weiterwachsende Bedeutung zu Teil wurde. Zusätzlich richtete man sich an die Bundesregierung, die Landesregierungen sowie die Kommunalverwaltungen, die Bestrebungen des DRK zu fördern. Schließlich wurden in den Folgejahren bis 1960 sieben Blutspendedienste in der BRD gegründet, welche alle auf Grundlage vom Deutschen Roten Kreuz mit unentgeltlichen Spenden bestehen sollten. Diese bildeten damit das Fundament, sodass die Blutspendedienste zu jeder Zeit die Versorgung, auch für Katastrophenfälle sicherstellen konnten. In Verbindung mit der Liga der Rot-Kreuz-Gesellschaften konnten so auch Notsituationen im Ausland durch benötigte Blutprodukte abgedeckt werden. Des Weiteren förderten die Blutspendedienste Entwicklungsprogramme anderer Länder, wodurch beispielsweise Nepal und Senegal von Materialien zur Entwicklung ihrer Blutspendedienste profitieren konnten, während man Togo tatkräftig bei der Errichtung einer Blutspendezentrale unterstützte (DRK, 1977).

Neben einigen hauptsächlichen Aufgaben wie beispielsweise Blutspenden zu sammeln, diese in Bestandteilkonserven aufzuarbeiten und letztendlich an Kliniken ohne eigenen Transfusionsdienst zu verteilen (Willems, 1978), gingen die Blutspendedienste zudem ihren Tätigkeiten in der wissenschaftlichen Arbeit nach. Demnach konnten in den ersten 25 Jahren ihrer Beständigkeit mehr als 600 Publikationen veröffentlicht werden. Diese hatten vor allem auf den Fachgebieten der Immunhämatologie und der Transfusionsmedizin großen Anteil an deren Weiterentwicklung. Zusätzlich wurden schon damals Forschungen bezüglich der Motivation zur Blutspende unternommen, wobei eine spezielle Arbeitsgruppe bestehend aus Ärzten, Soziologen und Psychologen, Ursachen zur Spendebereitschaft untersuchten. Hierbei konnten wichtige Erkenntnisse gewonnen werden, die insbesondere die praktische Arbeit der Spenderwerbung unterstützen sollten (DRK, 1977).

Besonders kann die Entwicklung der Blutspendedienste an Zahlen verdeutlicht werden. Demnach konnten von 1952 bis 1976 bereits über 16 Millionen Blutspenden an 143.911 Terminen entnommen werden (DRK, 1977). Stellt man weitere Zahlen gegenüber, konnten im Jahr 1961 noch 355.247 Einheiten durch sieben Blutspendedienste entnommen werden (DRK, 1962), während für das Jahr 1987 2.645.000 Blutspenden registriert werden konnten. Damit stieg die Gesamtzahl der Spenden seit 1952 auf über 40 Millionen (DRK, 1988).

Beteiligt waren nunmehr die folgenden acht Blutspendedienste:

- Baden – Württemberg
- Bayern
- Berlin
- Hamburg, Schleswig – Holstein
- Hessen
- Niedersachsen, Oldenburg, Bremen
- Nordrhein, Westfalen – Lippe
- Rheinland – Pfalz, Saarland

Diese waren für etwa 70% Prozent der Versorgung mit zellulären Blutsbestandteilen verantwortlich. Die restlichen 30% fielen auf kommunale und staatliche Blutbanken zurück. Das Versorgungssystem wurde in dieser Zeit durch die Gründung kommerzieller Blutbanken gefährdet, welche auch Fremdblut aus zellulären Konserven herstellten. Zudem brachte die kommerzielle Blutspende ein höheres Risiko von Infektionskrankheiten für die Patienten mit sich (DRK, 1988).

Die Anfänge in der DDR bildeten Blutspendezentralen, welche an größeren Krankenhäusern entstehen sollten. Dies ging aus der „Anordnung über das Blutspendewesen“ (DRK, 1960, S. 7) vom 23.08.1951 hervor. In der Folge sollten die Blutspendezentralen wesentliche Erweiterungen ihres Aufgabengebietes vornehmen, um der Entwicklung der Themen Blutgruppenserologie und Blutübertragung gerecht zu werden. Man orientierte sich am Beispiel der Tschechoslowakei, welche auf diesem Gebiet systematisch nach dem Beispiel der Sowjetunion ausgebaut wurde. Demnach fand auch in der DDR die Begriffsbezeichnung des Blutspendedienstes ihre Anwendung (DRK, 1960).

Zu Beginn erhielt man für eine getätigte Blutspende eine staatliche Zuwendung in Form einer Aufwandsentschädigung oder einem Frühstück. Diese Vorgehensweise wurde von staatlicher Seite auch über 1960 hinaus vertreten. Das Deutsche Rote Kreuz, welches sich bei der 17. Konferenz der Rot-Kreuz- und Rot-Halbmond-Gesellschaften, der unbezahlten Blutspende anschloss, versuchte schon seit 1955 diese zu realisieren (Barz et al., 2004). Im Zuge dessen wurde sie als Rot-Kreuz-Blutspende bezeichnet. Die Spenderwerbung erfuhr in der DDR eine große Aufmerksamkeit und war Aufgabe des Deutschen Roten Kreuz in Verbindung mit den entsprechenden Stellen des staatlichen Gesundheitswesens (DRK, 1960). Bei der Anordnung über den Blutspende- und Transfusionsdienst vom 07.03.1962 wurde endgültig festgelegt, dass die Aufklärung der Bevölkerung über die Bedeutung des Blutspendens und die Werbung von Blutspendern durch das DRK zu erfolgen hat (DRK, 1963).

Um die Spenderwerbung weiterhin zu verbessern wurde ein Ausschuss berufen, in dem Beteiligte des DRK, des Transfusionsdienstes, gesellschaftlicher Organisationen wie Gewerkschaft und FDJ vertreten waren. Hinzu kamen Mitarbeiter des deutschen Hygiene-Museums, der Volksarmee und anderer Institutionen von Fernsehen und Rundfunk. Dabei konzentrierten sich die Werbekampagnen besonders auf Betriebe und Institutionen, wodurch Freistellungen in den Betrieben, die sie selbst tragen mussten, durchaus einen Umschwung brachten (Barz et al., 2004).

In den Jahren von 1960 – 1962 konnten 15 Bezirksinstitute für Blutspende- und Transfusionswesen errichtet werden, die neben geringen örtlichen Abweichungen in ihrer Struktur vergleichbar waren. Durch einen Fachbeirat erfolgten dort Auswertungen und Analysen der jährlichen Ergebnisse, welche durch die Aufgaben für das kommende Jahr vom Ministerium komplettiert wurden. Die staatlichen Auflagen enthielten beispielsweise die Anzahl der zu erbringenden Blutspenden. Zudem wurden in den Instituten wissenschaftliche, in den meisten Fällen praxisrelevante Fragestellungen untersucht und deren Ergebnisse publiziert. Zu Beginn der 1980er Jahre konnten immer öfter Patente im Transfusionsdienst finalisiert werden. Diese wissenschaftlichen Errungenschaften wurden jedoch international nur unzureichend bekannt, da ein regelmäßiger internationaler Austausch selten zustande kam. Des Weiteren musste eine Publikation von DDR – Autoren in ausländischen Zeitschriften zunächst erst einmal staatlich genehmigt werden. In dieser Zeit wurde zusätzlich eine kritische Analyse des Entwicklungsstandes durchgeführt, sodass ab 1983 Maßnahmen zur Weiterentwicklung eingeleitet wurden, welche insbesondere auf das Exportprogramm abzielten (Barz et al., 2004).

Die Entwicklung der Blutspende wird nochmals deutlich, wenn man einen Blick auf die Gesamtblutabnahmen wirft. Lag die Zahl im Jahr 1972 schon bei 536.129 Spenden, konnte diese bis 1989 auf 783.212 Abnahmen erhöht werden. Die Höchstzahl wurde sogar schon 1987 mit einer Zahl von 810.827 erreicht. Besonders fällt dabei auf, dass der Anteil der Rot-Kreuz-Blutspende deutlich im Verlauf von 1972 – 1989 anstieg. Dabei beläuft sich der Anteil zu Beginn auf 31,8%, während 1989 96,9% der Gesamtblutabnahmen unentgeltlich, also eine Rot-Kreuz-Blutspende waren. Grund dafür sind die Bemühungen des DRK der DDR im Rahmen der Zusammenarbeit mit der internationalen Liga der Rot-Kreuz-Gesellschaften, wodurch jährlich steigende Auflagen eingeführt wurden (Barz et al., 2004).

2.2. Rechtliche und Fachliche Rahmenbedingungen

Heute ist die Blutspende durch einen umfassenden rechtlichen sowie fachlichen Rahmen geregelt. Dieser wird im Wesentlichen durch das Transfusionsgesetz und die Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten abgedeckt. Dabei verfolgen beide Regelwerke das übergeordnete Ziel, eine sichere Blutversorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Im Zuge dessen wirkt das Transfusionsgesetz durch die deutsche Gesetzgebung gesetzlich verpflichtend, während die Richtlinie zur Hämotherapie von der Bundesärztekammer im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut die fachlich anerkannten Standards beschreibt.

2.2.1. Transfusionsgesetz

Zunächst bildet das Transfusionsgesetz die gesetzliche Grundlage für das Blut- und Transfusionswesen in Deutschland. Demnach ist gemäß §1 der Zweck des Gesetzes, die Selbstversorgung mit Blut und Plasma auf der Basis der freiwilligen und unentgeltlichen Blutspende zu fördern (TFG, 1998). Daher sollen Blutspenden grundsätzlich ohne finanzielle Gegenleistung erfolgen, wobei lediglich gemäß §10 eine Aufwandsentschädigung, die sich an dem unmittelbaren Aufwand je nach Spendeart orientieren soll, zulässig ist (TFG, 1998). Aufgrund dieser Zielstellung wird Blutspenden als gesellschaftlich gewünschtes Verhalten angesehen, welches vor allem auf Freiwilligkeit und dem Fördern des Wohls der Gemeinschaft beruht. Somit hebt die Gesetzgebung hervor, dass die Versorgung mit Blutprodukten ungemein vom Engagement freiwilliger Spender/innen abhängig ist. Darüber hinaus ist gemäß §3 Abs. 3 festgehalten, dass spendende Personen einen „wertvollen Dienst für die Gemeinschaft“ leisten (TFG, 1998). Dies verdeutlicht erneut die gesellschaftliche Bedeutung der Blutspende.

Ein weiterer Schwerpunkt, welcher relevant für das Blutspendeverhalten sein kann, ist der Schutz der spendenden Personen. Daher darf eine Blutspende nur erfolgen, wenn die spendende Person vorab unter der Verantwortung einer ärztlichen Person untersucht und für tauglich empfunden wurde sowie umfassend über Wesen, Bedeutung und Durchführung der Spendenentnahme und Untersuchungen aufgeklärt wurde. Zudem setzt die Blutspende eine ausdrückliche Einwilligung der Spender/innen voraus, um deren Entscheidungsfreiheit rechtlich abzusichern (TFG, 1998). Damit wird unterstrichen, dass die Teilnahme auf einer informierten Entscheidung beruht und gleichzeitig die Einrichtungen dazu verpflichtet sind, die Spender/innen verantwortungsvoll zu betreuen, sodass mögliche Risiken für deren Gesundheit minimiert werden.

Zusätzlich existiert gemäß §24 der Arbeitskreis Blut, welcher die zuständigen Behörden des Bundes und der Länder berät. Damit soll sichergestellt werden, dass Entscheidungen in diesen

Themenbereichen nicht politisch oder wirtschaftlich, sondern wissenschaftlich fundiert getroffen werden (TFG, 1998). Daher fließen die Empfehlungen des Arbeitskreises unter anderem in die Richtlinie zur Hämotherapie.

2.2.2. Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie)

Ergänzend zum Transfusionsgesetz konkretisiert die Richtlinie zur Hämotherapie die gesetzlichen Vorgaben auf fachlicher Ebene. Zusätzlich basiert sie auf dem Arzneimittelgesetz und der Arzneimittel- und Stoffherstellungsverordnung. Neben dem Herausstellen des allgemein anerkannten Stands der medizinischen Wissenschaft und Technik dient die Richtlinie somit der praktischen und einheitlichen Umsetzung der im Transfusionsgesetz formulierten Grundprinzipien (Bundesärztekammer, 2023). Aufbauend zum Transfusionsgesetz wird in der Richtlinie der freiwillige Charakter der Spende betont, sodass die jeweiligen Personen jederzeit die Möglichkeit haben, von der Spende zurückzutreten.

Ein wesentlicher Bestandteil der Richtlinie sind detaillierte Vorgaben zur Aufklärung und Schutz der spendenden Personen. Dabei sollen Informationen über den Ablauf oder Verhaltenshinweise verständlich und vollständig vermittelt werden. Des Weiteren werden Anforderungen an die ärztliche Betreuung und die Auswahl der Spender getroffen, um gesundheitliche Risiken zu mindern und eine sichere Blutentnahme zu gewährleisten. Standardisierte Verfahren und Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind ebenso von Bedeutung und sollen neben Sicherheit eine gleichbleibend hohe Qualität bei der Gewinnung von Blut gewährleisten. Insgesamt fokussieren sich die Anforderungen an Spendeeinrichtungen besonders auf das ausführende und unterstützende Personal, die Betriebsräume und Ausrüstungen sowie auf den Einsatz telemedizinischer Verfahren (Bundesärztekammer, 2023).

In dem Zusammenspiel bilden Transfusionsgesetz und die Richtlinie zur Hämotherapie einen rechtlichen und fachlichen Rahmen, wodurch ein Umfeld geschaffen werden soll, das Vertrauen in das Verfahren der Blutspende gewährleistet und bestenfalls eine stabile Grundlage für regelmäßige und langfristige Spendenaktivitäten bietet.

2.2.3. Self-Determination Theory (Selbstbestimmungstheorie) im Kontext des Blutspendeverhaltens

Die Self-Determination Theory ist ein motivations- und persönlichkeitspsychologischer Ansatz, welcher von Ryan & Deci entwickelt wurde. Das Ziel der Theorie ist es, erklären zu können, unter welchen Bedingungen Menschen selbstbestimmt handeln, Motivation aufrechterhalten und psychisches Wohlbefinden entwickeln. Dabei steht im Mittelpunkt die Annahme, dass Menschen bereits eine Tendenz zu Wachstum, Integration und Selbstregulation besitzen.

Diese hängt jedoch maßgeblich von den sozialen Berührungspunkten der Menschen ab (Ryan & Deci, 2000).

Zentral für die Theorie ist zudem das Konzept der psychologischen Grundbedürfnisse, welche als Autonomie, Kompetenz und soziale Eingebundenheit benannt werden. Dabei bezieht sich Autonomie auf das Erleben von Freiwilligkeit und Selbstbestimmung im eigenen Handeln. Kompetenz beschreibt eher die Überzeugung wirksam zu sein, Herausforderungen erfolgreich abzuschließen und Erfahrungen zukünftig nutzen zu können. Soziale Eingebundenheit beschreibt das Bedürfnis nach Akzeptanz, Zugehörigkeit und Interaktion mit anderen Menschen (Ryan & Deci, 2000). Deren Befriedigung begünstigt optimale Motivation, psychische Gesundheit und Wohlbefinden. Sind sie hingegen frustriert, könnten Demotivation, Entfremdung oder psychische Belastungen auftreten.

Zusätzlich werden im Rahmen der Self-Determination Theory grundlegende Motivationsformen abgegrenzt, welche auf einem Kontinuum abgebildet werden. Dabei wird zwischen Amotivation und verschiedener Formen der extrinsischen Motivation sowie der intrinsischen Motivation unterschieden. Diese sind in zunehmender Autonomie, also einem steigenden Grad an Selbstbestimmung oder Unabhängigkeit auf dem Kontinuum angeordnet (Ryan & Deci, 2000).

Am linken Rand befindet sich die Amotivation, die durch den vollständigen Mangel einer Handlungsintention gekennzeichnet ist. Hierbei fehlt die Absicht Kontrolle oder Kompetenz über das Verhalten der Personen, sodass keinerlei Motivation zustande kommt und das Verhalten als eher sinnlos oder nicht beeinflussbar wahrgenommen wird.

Anschließend folgt der Bereich der extrinsischen Motivation, welcher in vier weitere Kategorien untergliedert wird. Dabei stellt die externe Regulation die am wenigsten selbstbestimmte Form dar. Das Verhalten der Personen wird ausschließlich von äußeren Anforderungen, Belohnungen oder Konsequenzen gesteuert, wodurch der wahrgenommene Auslöser der Handlung völlig außerhalb der Person liegt. Bei der Introjektion können Verhaltensweisen selbst kontrolliert werden, während weiterhin vorgeschriebene Normen als innerer Druck oder Zwang in Form von Schuldgefühlen empfunden werden können. In den Phasen der Identifikation und Integration werden zunehmend eigene Entscheidungen getroffen. Dabei erkennen Personen bei der Form der Identifikation erstmals den persönlichen Wert und die Bedeutung des Verhaltens. Die Handlung wird dabei als sinnvoll wahrgenommen und bewusst getätigt, auch wenn sie nicht zwingend Freude bereitet. Dies zeigt bereits ein hohes Maß an Autonomie. Die Integration geht darüber hinaus und stellt die höchste Form der extrinsischen Motivation dar. Hierbei ist das Verhalten vollständig integriert und im Einklang mit den eigenen

Ziel- und Wertevorstellungen, obwohl es weiterhin dem äußeren Zweck dient (Ryan & Deci, 2000).

Am rechten Ende des Kontinuums befindet sich die intrinsische Motivation, welche durch vollständige Selbstbestimmung zum Ausdruck gebracht wird. Der Motor des Verhaltens liegt vollständig innerhalb der Person, sodass die Tätigkeit aus Interesse und Neugier ausgeführt wird (Ryan & Deci, 2000).

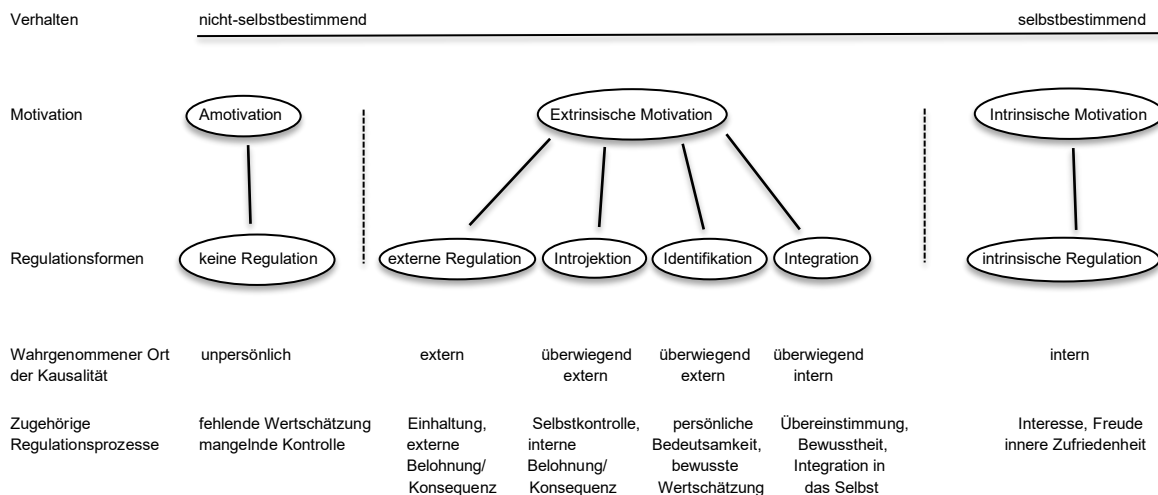


Abb. 1: The Self-Determination Continuum Showing Types of Motivation With Their Regulatory Styles, Loci of Causality, and Corresponding Processes. Eigene Übersetzung und Darstellung angelehnt an (Ryan & Deci, 2000).

France et al. (2014) nutzten die theoretischen Strukturen, um diese konkret auf das Blutspendeverhalten zu übertragen. In ihrer Studie entwickelten sie ein Messinstrument, welches die sechs Regulationsformen der Self-Determination Theory erfasst. Die Ergebnisse belegen unter anderem, dass sich Spender mit unterschiedlicher Spendererfahrung entlang des Kontinuums verteilen. So wiesen Personen mit erhöhter Häufigkeit an Blutspenden eine signifikant geringere Amotivation auf, während die Werte für Identifikation und Integration deutlich höher ausfielen.

Demnach gehen France et al. (2014) davon aus, dass die zentrale Annahme der Self Determination Theory gestützt werden kann, indem stärkere Motivation vom Inneren der Person mit häufigerem und stabilerem Blutspendeverhalten einhergeht. Daher würden Anfänger häufig zunächst durch externe Motive handeln, bis sie mit wachsender Erfahrung eine selbstbestimmte Motivation erlangen. Dies zeigt, dass das Blutspendeverhalten durchaus abhängig von der Qualität der Motivation sein kann.

3. Ziel- und Fragestellung

Täglich werden etwa 14.000 Blutspenden benötigt, um die Versorgung von Patienten lückenlos sicherstellen zu können (DRK – Blutspendedienste, 2026). Daher ist die Verfügbarkeit von zentraler und gesundheitspolitischer Bedeutung. Um dies in der Zukunft zu gewährleisten oder sogar zu steigern, sollte weiterhin ein Augenmerk auf das Blutspendeverhalten der Spender/innen gelegt werden.

Das Ziel ist es daher durch eine quantitative Befragung von Teilnehmern einer Blutspendeveranstaltung des Deutschen Roten Kreuz herauszufinden, in welcher Hinsicht motivationale Faktoren das Blutspendeverhalten und die Spendenabsicht beeinflussen. Zusätzlich soll untersucht werden, ob das soziale Umfeld der Befragten Einfluss nehmen kann.

Aus dieser Zielsetzung ergibt sich die folgende forschungsleitende Frage:

Unterscheiden sich Personen mit eigener Transfusionserfahrung sowie mit Transfusionserfahrungen im sozialen Umfeld von Personen ohne entsprechende Erfahrungen hinsichtlich der Introjektion und Identifikation zur Blutspende?

Zudem ergeben sich folgende Unterfragen:

Besteht ein Zusammenhang zwischen der Anzahl getätigter Blutspenden und der intrinsischen Regulation zur Blutspende? (1)

Unterscheiden sich die jeweiligen Altersgruppen hinsichtlich ihrer Spendenintention? (2)

In welchem Zusammenhang stehen die jeweiligen Dimensionen (Amotivation, externe Regulation, Introjektion, Identifikation, Integration und intrinsische Regulation) zur Spendenintention? (3)

Gibt es einen Unterschied hinsichtlich der Amotivation zwischen den verschiedenen Berufsfeldern? (4)

4. Methodik

Das Design der vorliegenden Arbeit folgte einer Querschnittsstudie, deren Daten aus der Perspektive der Teilnehmenden einmalig zu einem bestimmten Zeitpunkt erhoben werden (Balzer et al., 2018). Die Befragung wurde an verschiedenen Terminen im Zeitraum vom 13.01.2026 bis 19.01.2026 durchgeführt.

Blutspendedienste des Deutschen Roten Kreuz

Die Blutspendedienste leisten einen entscheidenden Beitrag zur medizinischen Versorgung von Menschen, die auf fremdes Blut angewiesen sind. Dabei arbeiten sie nicht

gewinnorientiert und im Zeichen der Gemeinnützigkeit, um die täglich 14.000 benötigten Blutspenden zu schultern. Dabei bedienen die Blutspendedienste unter anderem folgende Aufgabenfelder (DRK – Blutspendedienste, 2026):

- Kommunikation und Organisation
- Durchführung der Blutspendetermine
- Untersuchung und Aufbereitung
- Versorgung der Kliniken und Praxen

4.1. Forschungsfeld

Das Forschungsfeld dieser Arbeit beläuft sich auf Teilnehmer einer Blutspendeveranstaltung des Deutschen Roten Kreuz. In die Befragung eingeschlossen wurden alle Personen, die sich freiwillig dazu entschieden haben, einen Blutspendetermin zu besuchen, den Willen hatten Blut zu spenden und vor dem Arztgespräch alle Kriterien zur Blutspende erfüllten. Demnach wurden alle anderen Personen nicht berücksichtigt.

Folgende Blutspendetermine im Bereich des Blutspendedienstes Nord – Ost (Raum Zwickau) wurden zur Durchführung des Fragebogens ausgewählt:

13.01.2026, Zwickau AWO – Treff am Kosmos – Center

13.01.2026, Kirchberg Grundschule

16.01.2026, Zwickau Sparkassen – Arena Zwickau

19.01.2026, Crimmitschau Haus der Sozialen Dienste

Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig.

4.2. Erhebungsinstrument

Die Arbeit erfolgte nach dem Ansatz des quantitativen Designs. Darunter verstanden wird die Nutzung von strukturierten und standardisierten Methoden der Datenerhebung, aus denen quantitative beziehungsweise numerische Daten resultieren und statistischen Methoden der Datenanalyse unterzogen werden (Döring & Bortz, 2016). Für die Zusammenstellung des Fragebogens wurde eine selektive Literaturrecherche auf den Plattformen PubMed und Google Scholar durchgeführt. Im Vordergrund stand einen Fragebogen zu finden, welcher die Möglichkeit bietet, die Motivation zum Blutspenden zu untersuchen und anwendbar für die Zielgruppe von aktiven Spendern ist. Zusätzlich wurde nach Items gesucht, die die Spendenintention abbilden sollten.

Demnach entstand nach der Zusammenstellung ein Fragebogen, welcher am Anfang Hinweise zum Datenschutz gibt. Im Anschluss folgen 18 Aussagen zur Spendenmotivation (France et al., 2014) und 3 weitere Aussagen zur Spendenintention (Veseli et al., 2022). Diese sollten mittels siebenstufiger Likert – Skala beantwortet werden, wobei eine Antwortmöglichkeit ausgewählt werden konnte. Ergänzt wird der Fragebogen durch 3 soziodemografische Angaben und die Frage zur Häufigkeit von Blutspenden. Abgeschlossen wird dieser mit Fragen zu einer erhaltenen Bluttransfusion und der Blutspendebereitschaft im persönlichen Umfeld. Der Fragebogen wurde eigenständig in Anlehnung an France et al. (2014) übersetzt und dargestellt (Anhang).

4.3. Operationalisierung

Tabelle 1 zeigt die Operationalisierung der erhobenen Variablen. Dabei werden die jeweiligen Domänen und die zugehörige inhaltliche Beschreibung der Items dargestellt. Neben der Skalierung werden weiterhin die Verweise zur Literatur und die Zugehörigkeit zu den bestimmten Forschungsfragen aufgeführt.

Tab. 1: Operationalisierung der Variablen (Eigendarstellung)

Domäne	Instrument/Inhalte	Items	Skalierung	Verweis	Zuordnung zur Forschungsfrage
Motivation zur Blutspende	Amotivation, externe Regulation, Introjektion, Identifikation, Integration, Intrinsische Regulation	18	7 – stufige Likert – Skala Ordinales Messniveau	France et al. (2014). The Blood Identity Survey: a multidimensional measure of blood donor motivations	Forschungsleitende Fragestellung, Unterfrage (1); (2); (4)
Spendenintention	Absicht Blut zu spenden in zeitlichen Abständen	3	7 – stufige Likert – Skala Ordinales Messniveau	Veseli et al. (2022). The impact of COVID – 19 on blood donations	Unterfrage (2); (3)
Soziodemografie	Altersgruppe	3	Einfachauswahl Ordinales Messniveau		Unterfrage (2)
	Geschlecht, Berufsfeld		Einfachauswahl Nominales Messniveau		Unterfrage (4)
Spendenhäufigkeit	bisherige Blutspendeaktivität	1	Einfachauswahl Ordinales Messniveau		Unterfrage (1)

Transfusions- erfahrung	Auskunft über bereits erhaltene Bluttransfuion	1	Mehrfach- Auswahl nominales Messniveau		Forschungsleitende Fragestellung
Spendenerfahrung soziales Umfeld	Vorhandensein von Blutspendern im persönlichen Umfeld	1	Mehrfach- auswahl nominales Messniveau		Unterfrage (5)

4.4. Ablauf der Datenerhebung und Datenaufbereitung

Nach Erstellung des Fragebogens wurde dieser nach Abstimmungen durch den Blutspendedienst Nord – Ost am 29.12.2025 genehmigt. In der Folge wurden, die zu den jeweiligen Blutspendeterminen eingesetzten Teams, über das Vorhaben informiert. An den Tagen der Durchführung erfolgte die Verteilung des Fragebogens, nachdem die Spender aufgenommen wurden im Paper – Pencil – Format. Die Teilnehmer füllten die Fragebögen entweder vor der Spende, im Zuge des obligatorischen Fragebogens des DRK oder nach der Spende im Aufenthaltsbereich aus.

Im Rahmen der Datenaufbereitung wurden diese nach Abschluss der Erhebung manuell in Excel übertragen und nach Fertigstellung in das Statistikprogramm SPSS importiert. Anschließend wurde der Datensatz mittels Häufigkeitstabellen und deskriptiven Statistiken auf fehlerhafte Werte überprüft und sichergestellt, dass für Fragen mit Mehrfachantworten deren Plausibilität gegeben ist. Zusätzlich wurden bestimmte Items gebündelt und daraus folgende Skalen gebildet, um die Dimensionen der Selbstbestimmungstheorie abzubilden:

- Amotivation (Item 1, 7, 13)
- externe Regulation (Item 2, 8, 14)
- Introjektion (Item 3, 9, 15)
- Identifikation (Item 4, 10, 16)
- Integration (Item 5, 11, 17)
- Intrinsische Regulation (Item 6, 12, 18)

Für die Skala der Spendenintention wurden alle drei Items kombiniert. Bei allen neu zusammengefassten Skalen wurde der Mittelwert berechnet. Trotz der Validität der Skalen wurde zusätzlich die Reliabilität mit der Methode der internen Konsistenz (Döring & Bortz, 2016) mittels Cronbachs Alpha getestet (Anhang).

4.5. Datenauswertung

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte zunächst deskriptiv, wobei Sachverhalte dokumentiert und beschreibend veranschaulicht werden. Diese wurden durch Häufigkeiten und Mittelwerte dargestellt. In der Folge standen korrelative Elemente im Vordergrund, bei denen die Beziehung zwischen zwei oder mehreren Variablen untersucht wurde. Zudem kam das komparative Design zum Einsatz, bei dem zwei natürlich vorliegende Gruppen hinsichtlich einer Variable miteinander verglichen wurden (Balzer et al., 2018). Die Analysen zur Untersuchung der Zusammenhänge und Gruppenunterschiede wurden bivariat durchgeführt. Hierbei wurden für die Betrachtung der Zusammenhänge zwischen zwei Variablen Spearman – Korrelationen berechnet, während die Gruppenunterschiede mittels t – Tests und Kruskal – Wallis – Tests untersucht wurden. Bei einer Zusammenhangs- oder Unterschiedstestung wurde das Signifikanzniveau auf einen Alpha – Wert von 5% festgelegt.

Die erhobenen Daten wurde mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS ausgewertet.

5. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse, beginnend mit den Rückläufen und den soziodemografischen Daten, fortlaufend entlang der Reihenfolge der verschiedenen Fragestellungen dargelegt. Um die Übersichtlichkeit der dargestellten Diagramme und Tabellen zu gewährleisten, werden die zugehörigen Tabellen in gekürzter Form aus dem Statistikprogramm SPSS im Anhang aufgeführt.

Rücklaufquote der Blutspendetermine

Für die Befragung wurden alle 326 freiwilligen Blutspender einbezogen, die einen der jeweiligen Blutspendetermine des DRK besucht haben, wovon 222 einen vollständig ausgefüllten Fragebogen abgegeben haben. Daraus ergibt sich insgesamt eine Rücklaufquote von 68% (Tab. 2).

Die höchste Rücklaufquote wurde beim Erhebungstermin in der AWO – Zwickau erreicht, bei dem die wenigsten Spender befragt werden konnten und beträgt 88%. Die meisten Fragebögen wurden bei der Blutspendeaktion in der Sparkassen – Arena Zwickau zurückgegeben, welche auch die meisten Befragten lieferte und eine Rücklaufquote von 72% aufweist. Des Weiteren wurde bei der Veranstaltung in Kirchberg eine Beteiligung von 67% erreicht, während beim Blutspendetermin in Crimmitschau die niedrigste Teilnehmerquote von 57% festgestellt wurde (Tab. 2).

Unvollständige Fragebögen wurden nicht berücksichtigt.

Tab. 2: Häufigkeiten von Rückläufen der Blutspendetermine (Eigendarstellung)

DRK Blutspendetermine	Absolute Häufigkeit der Rückläufe	Relative Häufigkeit der Rückläufe	Anzahl der Personen, die einen Termin besucht haben
13.01.2026, Zwickau AWO – Treff am Kosmos – Center	35	88%	40
13.01.2026, Kirchberg Grundschule	37	67%	55
16.01.2026, Sparkassen – Arena Zwickau	88	72%	122
19.01.2026, Crimmitschau Haus der Sozialen Dienste	62	57%	109
Gesamt	222	68%	326

Verteilung der Geschlechter

An der Befragung nahmen 112 männliche Personen teil, was einer Prozentzahl von 50,5% entspricht. Zudem beteiligten 110 weibliche Personen. Dies entspricht einem Anteil von 49,5%. Keine Person gab an, sich als divers zu identifizieren (Abb. 2).

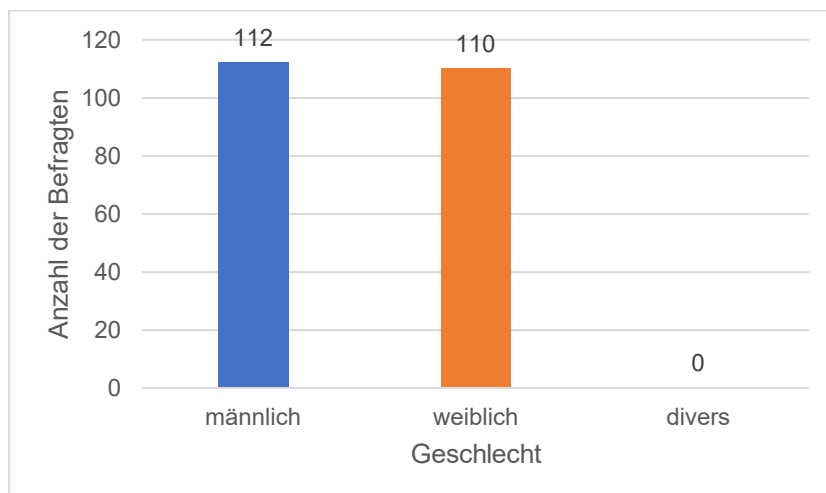


Abb. 2: Verteilung der Geschlechter in absoluten Zahlen (Eigendarstellung)

Verteilung der Altersgruppen

Insgesamt steigt die Anzahl der Befragten von der jüngsten zur ältesten Altersgruppe an, sodass 19 davon in die Gruppe von 18 – 29 fallen. Dem darauf folgenden Alterssegment 30 – 39 ordneten sich 24 Personen zu. Für die Teilnehmer im Alter von 40 – 49 lag die Anzahl bei

42. Weitere 63 Probanden befinden sich im Bereich von 50 bis 59 Jahren. Die Altersgruppe von Personen die 60 Jahre und älter sind, schloss die restlichen 74 Befragten ein (Abb. 3).

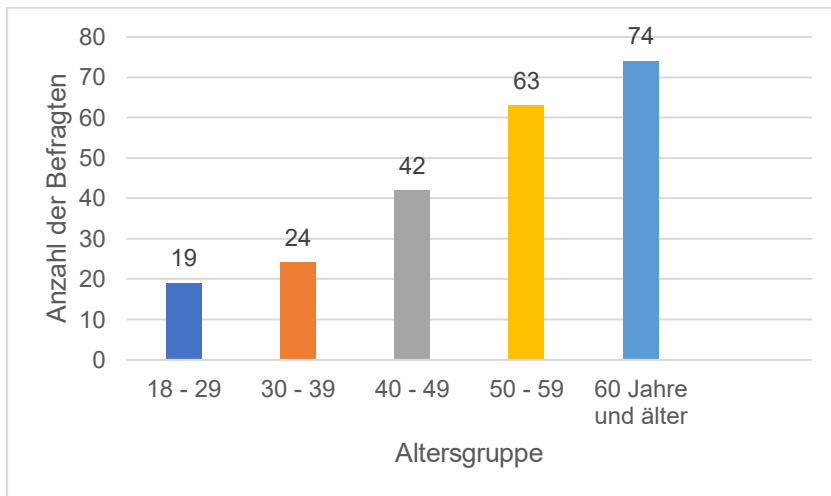


Abb. 3: Verteilung der Altersgruppen in absoluten Zahlen (Eigendarstellung)

Zuordnung der Berufsfelder

Die wenigsten der Befragten üben derzeit keine berufliche Tätigkeit aus oder sind Studenten. Dies gaben jeweils 2 der Befragten an. 14 Teilnehmer ordneten sich dem Berufsfeld Bildung zu. Des Weiteren arbeiten 25 Personen in der Technik & IT Branche. 38 Probanden gaben an im Bereich Wirtschaft & Verwaltung tätig zu sein. Die übrigen Berufsfelder Dienstleistung & Handel, Gesundheits- und Sozialwesen sowie die Gruppe der Personen, die bereits Rentner sind, wiesen Teilnehmerzahlen von 46, 47 und 48 Personen in dieser Reihenfolge auf (Abb. 4).

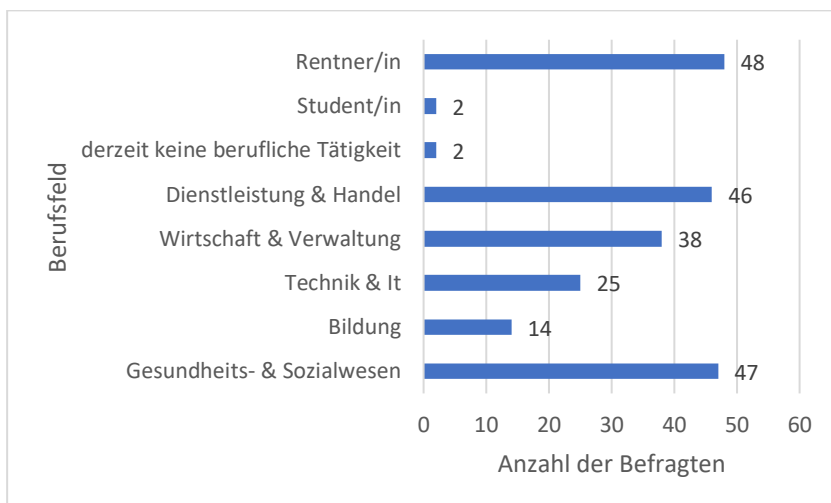


Abb. 4: Zuordnung der Berufsfelder in absoluten Zahlen (Eigendarstellung)

Spendenhäufigkeit der Befragten

Den Fragebogen füllten 27 Personen aus, die erstmalig einen Blutspendetermin besuchten. Weitere 28 Teilnehmer gaben an, bisher 2 – 5 mal Blut gespendet zu haben. Im Bereich von 6 – 10 Blutspenden befanden sich 24 der Befragten. Die restlichen 143 freiwilligen Blutspender gingen über 10 mal zu Blutspendeveranstaltungen des DRK (Abb. 5).

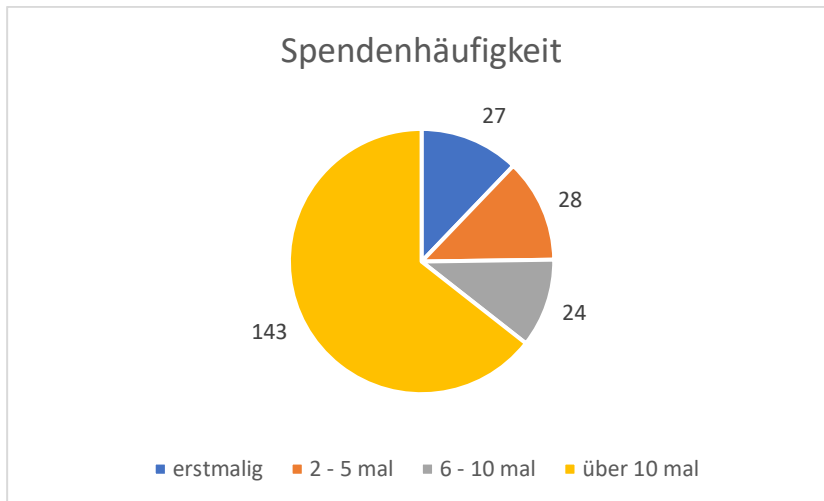


Abb. 5: Verteilung der Spendenhäufigkeit in absoluten Zahlen (Eigendarstellung)

Erfahrungen bezüglich einer erhaltenen Bluttransfusion

Von allen Teilnehmern gaben 22 von ihnen an, bereits selbst eine Bluttransfusion erhalten zu haben.

Des Weiteren kennen 68 Probanden andere Personen in ihrem sozialen Umfeld, die schon einmal eine Blutkonserve bekommen haben. Hinzu kommen 140 der Befragten, die diese Frage verneinten (Abb. 6).

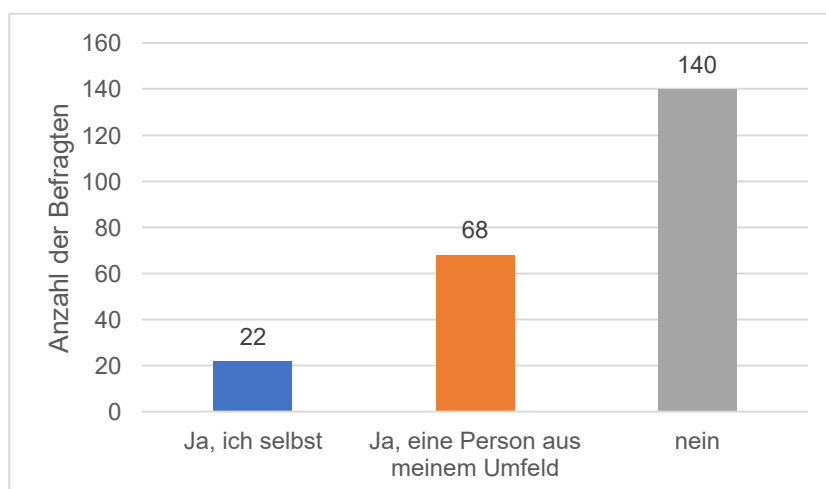


Abb. 6: Verteilung der Erfahrungen bezüglich einer erhaltenen Bluttransfuion in absoluten Zahlen (Eigendarstellung)

Spendenbereitschaft im sozialen Umfeld der Befragten

136 Teilnehmer gaben an, dass Familienangehörige oder Verwandte Blut spenden. Zusätzlich wissen 127 der Befragten von ihren Freunden oder Bekannten, dass diese schon einmal einen Blutspendetermin besucht haben. Weitere 76 Personen deuteten an Mitarbeiter oder Kollegen zu kennen, die Blut spenden. Für 22 Probanden traf keine der gegebenen Optionen zu (Abb. 7).

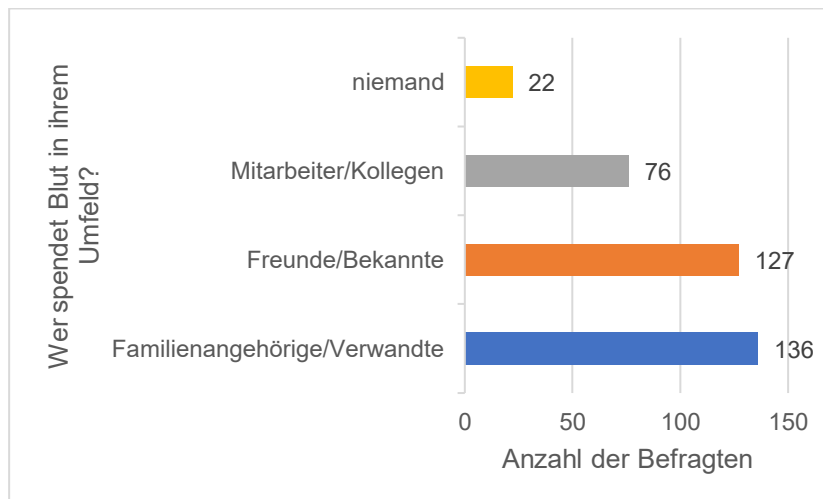


Abb. 7: Verteilung der Spendenbereitschaft im sozialen Umfeld der Befragten in absoluten Zahlen (Eigendarstellung)

Deskriptive Statistik der gebildeten Subskalen

Die höchsten Mittelwerte zeigten sich für die Subskalen *Identifikation* (MW = 6,49; SD = 0,98) und *Spendenintention* (MW = 6,32; SD = 1,16). Zudem lieferten die gebildeten Skalen *Integration* (MW = 5,77; SD = 1,36) *Intrinsische Regulation* (MW = 5,56; SD = 1,39) erhöhte Mittelwerte. Im mittleren Bereich lag die Skala *Introjektion* mit einem Mittelwert von 4,36 und der höchsten Standardabweichung von 1,81. Niedrige Mittelwerte konnten bei der *externen Regulation* (MW = 1,65; SD = 1,07) und der Skala *Amotivation* (MW = 1,97; SD = 1,34) festgestellt werden. Bei der zuletzt Genannten wurden die Aussagen jedoch negativ formuliert (Tab. 3).

Die Mittelwerte und Standardabweichungen für jedes einzelne Item können im Anhang eingesehen werden.

Tab. 3: Mittelwerte und Standardabweichungen der Subskalen (Eigendarstellung)

Subskala	Mittelwert (MW)	Standardabweichung (SD)
Amotivation	1,97	1,34
Externe Regulation	1,65	1,07
Introjektion	4,36	1,81
Identifikation	6,49	0,98
Integration	5,77	1,36
Intrinsische Regulation	5,56	1,39
Spendenintention	6,32	1,16

Erfahrung einer erhaltenen Bluttransfusion hinsichtlich der Introjektion und Identifikation

Zur Untersuchung möglicher Unterschiede wurden t – Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt. Dieser ergab mit einem p – Wert von 0,795 keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Introjektion und Personen, die bereits selbst eine Bluttransfusion erhalten haben. Für Teilnehmer mit Transfusionserfahrung im sozialen Umfeld konnte bezüglich der Introjektion mit einem p – Wert von 0,136 kein signifikanter Unterschied festgestellt werden.

Ähnlich verhielt es sich für die Dimension der Identifikation. Der Test für Personen mit eigener Transfusionserfahrung lieferte einen p – Wert von 0,614. In Betrachtung der erhaltenen Bluttransfusion im sozialen Umfeld zeigte sich ein p – Wert von 0,758 (Tab. 4).

Tab. 4: Erfahrung einer erhaltenen Bluttransfusion hinsichtlich der Introjektion und Identifikation (Eigendarstellung)

	p - Wert
Transfusion (eigene Person) – Introjektion	0,795
Transfusion (Umfeld) – Introjektion	0,136
Transfusion (eigene Person) – Identifikation	0,614
Transfusion (Umfeld) – Identifikation	0,758

Zusammenhang zwischen Spendenhäufigkeit und der intrinsischen Regulation zur Blutspende

Zur Untersuchung des Zusammenhangs wurde eine Spearman – Rangkorrelation durchgeführt. Dabei zeigte sich ein positiv signifikanter Zusammenhang mit den Werten $p < 0,001$ und $r = 0,373$ (Tab. 5).

Tab. 5 Zusammenhang zwischen Spendenhäufigkeit und intrinsischer Regulation (Eigendarstellung)

	Korrelationskoeffizient r	p - Wert
Intrinsische Regulation / Spendenhäufigkeit	0,373	< 0,001

Unterschied der Altersgruppen in Bezug zur Spendenintention

Zur Untersuchung der Fragestellung wurde eine Kruskal – Wallis – Test vorgenommen. Dieser zeigte einen signifikanten Unterschied in der Spendenintention zwischen den verschiedenen Altersgruppen mit einem p – Wert von 0,026. Die mittleren Ränge reichten vom Alterssegment 18 – 29 mit dem Wert 79,58 bis zur Altersgruppe 60 Jahre und älter, die einen Wert von 121,13 aufzeigten (Tab. 6).

Tab. 6: Unterschied Altersgruppen hinsichtlich der Spendenintention (Eigendarstellung)

	p - Wert
Altersgruppen /Spendenintention	0,026
Altersgruppe	Mittlerer Rang
18 – 29	79,58
30 – 39	106,31
40 – 49	100,98
50 – 59	118,81
60 Jahre und älter	121,13

Zusammenhang der Dimensionen zur Spendenintention

Die Ergebnisse wurden durch eine Spearman – Rangkorrelation erschlossen. Demnach konnte für nahezu allen Motivationsformen ein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden. Nur bei der externen Regulation war dies nicht gegeben. Diese wies ein p – Wert von 0,283 auf. Betrachtet man die Korrelationskoeffizienten zeigte die Amotivation einen negativen Zusammenhang mit dem Wert $r = -0,262$. Einen positiven Zusammenhang erreichte die Introjektion mit einem Wert von $r = 0,236$. Die übrigen Dimensionen bewegten sich in ähnlichen Bereichen mit Werten von $r = 0,424$ bis $r = 0,455$ (Tab. 7).

Tab. 7: Zusammenhang der Dimensionen zur Spendenintention (Eigendarstellung)

Dimensionen	Korrelationskoeffizient r	p - Wert
Amotivation	-0,262	< 0,001
Externe Regulation	-0,72	0,283
Introjektion	0,236	< 0,001
Identifikation	0,455	< 0,001
Integration	0,424	< 0,001
Intrinsische Regulation	0,441	< 0,001

Unterschied zwischen den Berufsfeldern hinsichtlich der Amotivation

Ein Kruskal – Wallis – Test zeigte einen signifikanten Unterschied mit einem p – Wert von 0,05. Die mittleren Ränge bewegten sich für Studenten mit dem Wert 86,5 bis zu Personen, welche derzeit keiner beruflichen Tätigkeit nachgehen. Diese Gruppierung wies einen Wert von 198,5 auf (Tab. 8).

Tab. 8: Unterschied zwischen den Berufsfeldern bezüglich der Amotivation (Eigendarstellung)

	p - Wert
Berufsfelder/ Amotivation	0,05
Berufsfeld	Mittlerer Rang
Gesundheits- & Sozialwesen	112,65
Bildung	91,04
Technik & IT	126,04

Wirtschaft & Verwaltung	99,51
Dienstleistung & Handel	127,61
derzeit keine berufliche Tätigkeit	198,50
Student/in	86,50
Renter/in	100,24

6. Diskussion

6.1. Methodenkritik und Limitationen

Die methodenkritische Betrachtung hat das Ziel, mögliche Limitationen der vorliegenden Arbeit transparent darzustellen und die Aussagekraft sowie die Übertragbarkeit der erhobenen Daten einzuordnen. Dabei wird sich insbesondere auf die empirische Datenerhebung bezogen und die eingesetzte Methodik, potenzielle Verzerrungen sowie die Repräsentativität untersucht (Klewer, 2016).

Die vorliegende Untersuchung basiert auf einem quantitativen Forschungsansatz mit einem nicht experimentellen Querschnittsdesign. Dieses Vorgehen ermöglichte eine Datenerhebung im Rahmen einer standardisierten Befragung vor Ort. Dabei stellt das verwendete Querschnittsdesign lediglich eine Momentaufnahme der untersuchten Variablen dar. Während die durchgeführten korrelativen Analysen sowie Gruppenvergleiche statistisch signifikante Zusammenhänge oder Unterschiede untersuchen können, ist es jedoch nicht möglich, kausale Schlussfolgerungen zu schließen (Döring & Bortz, 2016).

Für die Datenauswertung konnte eine Vielzahl an Fragebögen (n = 47) nicht genutzt werden. Grund dafür war, dass teilweise personenbezogenen Daten nicht angegeben wurden oder die Items der siebenstufigen Likert - Skala nicht vollständig ausgefüllt wurden. Für die Blutspendeveranstaltung in Kirchberg konnte keine Rücksprache gehalten oder eventuelle Fragen beantwortet werden, da diese zeitgleich zum Termin in der AWO Zwickau stattfand. Zudem besteht die Möglichkeit, dass die Verwendung negativ formulierter Items (Item 1, 7, 13) das Verständnis der Fragen beeinflusst haben könnte.

Ein weiterer Punkt betrifft einen möglichen Deckeneffekt, welcher bei Döring & Bortz (2016) nicht konkret so benannt wird, aber das zugrunde liegende Problem der eingeschränkten Varianz behandelt wird. Dieser liegt vor, wenn sich die Antworten der Befragten vermehrt am oberen Ende der verwendeten Skala befinden, weshalb die Varianz der erhobenen Daten eingeschränkt wird. In der Folge können eventuelle Unterschiede zwischen den Teilnehmern nicht optimal erfasst werden, sodass bestehende Effekte nicht erkannt werden.

Zusätzlich sollten weitere Limitationen beachtet werden. So entstanden kleinere Gruppen wie beispielsweise die von Personen, welche selbst schon eine Bluttransfusion erhalten haben ($n = 22$), wodurch eventuell die Aussagekraft eingeschränkt wurde. Des Weiteren bildete sich eine große Gruppe von Personen aus erfahrenen und langjährigen Blutspendern, die bereits über 10 mal Blut gespendet haben ($n = 143$), was zu einer Verzerrung hinsichtlich der Spendenintention und höherer Motivation im Allgemeinen geführt haben könnte. Darüber hinaus wies die Studie insgesamt eine höhere Altersstruktur auf. Dabei ordneten sich über die Hälfte der Befragten ($n = 137$) den beiden ältesten Gruppierungen zu.

6.2. Ergebnisdiskussion

In der vorliegenden Arbeit sollte untersucht werden, in welcher Hinsicht motivationale Faktoren das Blutspendeverhalten von aktiven Blutspendern steuern können. Neben der untersuchten Spendenintention wurde ein Blick auf das Umfeld der Spender und ihren möglichen Einfluss geworfen.

Einordnung der gebildeten Subskalen

Hierbei fällt zunächst die gebildete Skala der *Amotivation* auf, welche einen niedrigen Wert ($MW = 1,97$) aufweist. Aufgrund der negativ gestellten Aussagen zeigt dies, dass die Befragten die bewusste Entscheidung treffen Blut zu spenden und das Thema für sie relevant ist. Die *externe Regulation* liefert den geringsten aller Mittelwerte ($MW = 1,65$), wodurch verdeutlicht wird, dass die Teilnehmer nicht aufgrund von einem äußeren Nutzen, Vorteilen oder Belohnungen eine Blutspendeveranstaltung besuchen. Die mittlere Ausprägung der *Introjektion* deutet darauf hin, dass Blut spenden teilweise durch inneren Druck oder das Vermeiden von Schuldgefühlen geleitet ist. Dies scheint jedoch nicht für alle Teilnehmer gleichermaßen von Bedeutung zu sein, was eine erhöhte Standardabweichung ($SD = 1,81$) belegt. Das stärkste Ausmaß konnte für die *Identifikation* ($MW = 6,49$) festgestellt werden. Hierbei fällt auf, dass für die Befragten besonders der Nutzen und die Wichtigkeit einer Blutspende zum Tragen kommt und sie dieses Handeln als sinnvoll ansehen. Die geringe Streuung ($SD = 0,98$) spiegelt die Übereinstimmung der Probanden wider. Zudem sind die *Integration* ($MW = 5,77$) und *intrinsische Regulation* ($MW = 5,56$) auf einem erhöhten Niveau, wodurch aufgezeigt wird, dass Blutspenden durchaus mit den eigenen Werten und dem Selbstbild der befragten Personen im Einklang steht (Tab. 3).

Dieses Muster entspricht näherungsweise den Ergebnissen von France et al. (2014), wo ebenfalls festgestellt werden konnte, dass Blutspender verstärkt durch selbstbestimmte Motivationen geleitet werden. Darüber hinaus konnte im weiteren Sinne die beschriebene Struktur des motivationalen Kontinuums erschlossen werden, bei dem die Motivation von weniger selbstbestimmten hin zu stärker selbstbestimmten Dimensionen verläuft. Ein weiterer

Aspekt ist die geringe Bedeutung der *externen Regulation*, welche sich auch mit den Auffassungen von France et al. (2014) vereinbaren lässt. Demnach kann festgehalten werden, dass die Ergebnisse der untersuchten Stichprobe die Annahme der bestehenden Literatur bestätigen (France et al., 2014) und primär als wertebasiertes sowie selbstbestimmtes Verhalten verstanden werden können.

Bezüglich der Spendenintention konnte ein positives Ergebnis ($MW = 6,32$) ermittelt werden, welches auf eine ausgeprägte Bereitschaft, weiterhin Blut spenden zu gehen, schließen lässt. Die eher geringe Streuung ($SD = 1,16$) unterstreicht dies und verdeutlicht die Einheitlichkeit der Befragten zu dieser Thematik. Grund dafür könnte die hohe Beteiligung ($n = 143$) von Spendern sein, die bereits über 10 mal Blut gespendet haben.

Unterscheiden sich Personen mit eigener Transfusionserfahrung sowie mit Transfusionserfahrungen im sozialen Umfeld von Personen ohne entsprechende Erfahrungen hinsichtlich der Introjektion und Identifikation zur Blutspende?

Ziel der Fragestellung war es zu testen, ob ein signifikanter Unterschied zwischen den genannten Gruppen bezüglich der genannten Dimensionen besteht. Demnach konnte festgestellt werden, dass für eine eigene erhaltene Bluttransfusion oder die gleiche Erfahrung einer Person im sozialen Umfeld, keine signifikanten Unterschiede vorliegen (Tab. 4). Dies deutet darauf hin, dass die motivationalen Ausprägungen der Blutspende eher unabhängig von persönlichen oder indirekten Erfahrungen mit Bluttransfusionen sind. Die Blutspende wird also bei den Befragten unabhängig von persönlichen Ereignissen als bedeutsam und sinnvoll wahrgenommen

Erneut kann hierbei die Annahme gestützt werden, dass vor allem selbstbestimmtes Handeln, welches auf persönlichen Werten und inneren Überzeugungen basiert, bedeutsam für das Blutspendeverhalten sein kann (France et al., 2014). Andererseits konnten Bruhin et al. (2020) feststellen, dass für das Blutspendeverhalten grundsätzlich soziale Einflüsse relevant sein können. In der Studie zeigte sich, dass dieser Effekt vor allem durch soziale Interaktionen und der konkreten Aktivierung von möglichen Spendern zu Stande kommt. Eine reine Erfahrung, wie das Wissen bezüglich einer Transfusion im sozialen Umfeld, scheint nicht ausreichend, um signifikante Unterschiede hervorzurufen.

Des Weiteren sollten auch methodische Aspekte berücksichtigt werden. Neben der recht kleinen Anzahl von Personen mit Transfusionserfahrung ($n = 22$) zeigten die jeweiligen Gruppen ähnlich hohe Mittelwerte, welche auf eine Art Deckeneffekt hinweisen, bei dem sich Werte am oberen Skalenrand häufen. Hierbei können Unterschiede zwischen Gruppen aufgrund einer eingeschränkten Varianz nur begrenzt erfasst werden.

Besteht ein Zusammenhang zwischen der Anzahl getätigter Blutspenden und der intrinsischen Regulation zur Blutspende?

Die Ergebnisse zeigten einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen der Anzahl getätigter Blutspenden und der *intrinsischen Regulation*. Dieser zeigt, dass intrinsisch motivierte Personen eher bereit sind, erneut Blutspendeveranstaltungen zu besuchen oder wiederholtes Spenden zu einer stärkeren Verinnerlichung der Motivation führt. Der Korrelationskoeffizient $r = 0,373$ ist nach Cohen (1988) als mittlere Korrelation einzuordnen, was erklärt, dass die höchste Stufe der Selbstbestimmung ein relevanter, jedoch nicht allein ausschlaggebender Faktor für verstärktes Blutspendeverhalten ist.

Dieses Muster steht im Einklang mit den Befunden von France et al. (2014), dass die Spendebereitschaft entlang des Kontinuums steigt. Dabei bildet die intrinsische Regulation die höchste Dimension. Zudem verdeutlichen Bednall & Bove (2011) in ihrer Analyse, dass persönliche Werte sowie intrinsische Beweggründe zentrale Bausteine des Blutspendeverhaltens seien.

Unterscheiden sich die jeweiligen Altersgruppen hinsichtlich ihrer Spendenintention?

Die vorliegenden Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich die Altersgruppen signifikant ($p = 0,026$) hinsichtlich Spendenintention unterscheiden. Des Weiteren kann man anhand der mittleren Ränge erkennen, welche Altersgruppen eine höhere Spendenintention aufweisen. Demnach hat die Altersgruppe von 18 – 29 den niedrigsten mittleren Rang, was auf eine geringere Spendenintention schließen lässt. Die am stärksten ausgeprägte Spendenabsicht zeigte sich in der Altersgruppe von Personen, die 60 Jahre oder älter sind. Dies kann mit der Verteilung der Teilnehmer zu den Altersgruppen zusammenhängen.

Ein ähnliches Bild zeigte die Studie von Stock et al. (2021), bei der das Blutspendeverhalten stark altersabhängig ist. Dabei fiel zudem auf, dass die Anzahl von Spendern in jüngeren Altersgruppen rückläufig war und insbesondere bei Personen über 50 Jahren deutlich anstieg. Vor diesem Hintergrund lässt sich annehmen, dass jüngere Personen grundsätzlich eine Bereitschaft zur Blutspende aufweisen, diese jedoch weniger stabil zu sein scheint. Ältere Personen verfügen eher über gefestigte Ansichten zu dieser Thematik.

In welchem Zusammenhang stehen die jeweiligen Dimensionen (Amotivation, externe Regulation, Introjektion, Identifikation, Integration und intrinsische Regulation) zur Spendenintention?

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass fast alle untersuchten Dimensionen der Motivation signifikant mit der Spendenintention zusammenhängen. Einzig die *externe Regulation* bildete eine Ausnahme. Positive Zusammenhänge konnten für die stärker selbstbestimmten

Motivationsformen *Introjektion* ($r = 0,236$), *Identifikation* ($r = 0,455$), *Integration* ($r = 0,424$) und *intrinsische Regulation* ($r = 0,441$) festgestellt werden. Ein positiver Zusammenhang zeigt sich in diesem Fall zwischen der jeweiligen Dimension und der Spendenabsicht. Dies deutet darauf hin, dass mit zunehmender Ausprägung der Motivationsform auch die Spendenintention steigt. Ein negativer Zusammenhang zwischen der *Amotivation* ($r = -0,262$) und der Spendenintention verdeutlicht, dass eine höhere Ausprägung von Motivationslosigkeit mit einer geringeren Ausprägung der Spendenabsicht einhergeht. Aussagen zur Kausalität konnten aufgrund der gewählten korrelativen Analyse jedoch nicht getroffen werden.

Erneut konnten die Auffassungen von France et al. (2014) gestützt werden. Darauf aufbauend zeigte M'Sallem (2021), dass selbstbestimmte Motivation eine zentrale Rolle für die Ausprägung verschiedener relevanter Faktoren wie Einstellungen und moralische Normen spielt. Demnach wirken diese Faktoren auf die Spendenintention.

Insgesamt wird deutlich, dass die Spendenintention weniger durch äußere Einflüsse geprägt ist und stärker auf inneren Überzeugungen sowie selbstbestimmter Motivation fußt.

Gibt es einen Unterschied hinsichtlich der Amotivation zwischen den verschiedenen Berufsfeldern?

Die Analyse zeigte einen signifikanten Unterschied von $p = 0,05$, auch wenn dieser als Grenzfall zu betrachten sein sollte. Die mittleren Ränge reichen dabei zwischen 86,50 bis 198,50 und deuten darauf hin, dass höhere mittlere Ränge eine stärkere Ausprägung der Amotivation besitzen. Dies scheint bei Personen ohne derzeitiger beruflicher Tätigkeit (198,50) der Fall zu sein. Ähnlich verhält es sich für die Berufsfelder Dienstleistung & Handel (127,61) sowie Technik & IT (126,04). Demnach kann eine höhere Ausprägung der Amotivation darauf hinweisen, dass die befragten Personen einen geringeren persönlichen Anreiz oder Blut spenden eine geringere Relevanz in deren Wahrnehmung besitzt. Niedrigere mittlere Ränge beschreiben eine eher geringe Ausprägung der Amotivation. Hierfür können Studenten (86,50) oder Personen aus dem Bildungssektor (91,04) genannt werden (Tab. 8).

Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass sich die Amotivation zwischen den Berufsfeldern leicht signifikant unterscheiden lässt. Allerdings ist dieser Effekt eher schwach ausgeprägt, wodurch ein entscheidender Einfluss eventuell als fraglich betrachtet werden könnte.

7. Fazit

In der vorliegenden Arbeit sollte dargestellt werden, in welcher Hinsicht motivationale Faktoren das Blutspendeverhalten und die zukünftige Spendenabsicht von aktiven Spendern beeinflussen. Zusätzlich wurde erfasst, ob das soziale Umfeld der Befragten eine Rolle spielen kann.

Die Ergebnisse zeigten grundlegend, dass insbesondere stärker selbstbestimmte Motivationsformen einen signifikanten Zusammenhang aufweisen. Da dies für die externe Regulation nicht der Fall war, kann man daraus schließen, dass die Entscheidung zur Blutspende primär auf moralischen Werten und persönlichen Überzeugungen basiert und äußere Eindrücke einen geringen Einfluss ausüben. Signifikante Unterschiede konnten zudem für die Altersgruppen hinsichtlich der Spendenintention festgestellt werden.

Darüber hinaus ließen weder für Personen mit eigener Transfusionserfahrung noch Erfahrungen im sozialen Umfeld einen signifikanten Unterschied für motivationale Ausprägungen erkennen lassen. Dies legt nahe, dass Ereignisse, die auf das Thema aufmerksam machen könnten, keinen bedeutsamen Einfluss nehmen und die Motivation selbstbestimmt sein sollte.

In Anbetracht der gelieferten Limitationen sollten die Ergebnisse dementsprechend eingeordnet werden. In diesem Zusammenhang war die Stichprobe vor allem durch viele langjährige und konstante Blutspender gekennzeichnet. Insgesamt konnte die Arbeit einen Überblick bezüglich motivationaler Faktoren im Kontext der freiwilligen Blutspende bei Veranstaltungen des DRK liefern.

Zusammenfassung

Einleitung & theoretischer Hintergrund: Um die Versorgung von Patienten lückenlos sicherstellen zu können, ist die Verfügbarkeit von Blutspenden ein zentraler gesellschaftlicher und gesundheitspolitischer Baustein. Dabei kann das Blutspendeverhalten und die Motivation zur Blutspende von großer Bedeutung auch für die Zukunft sein.

Ziel – und Fragestellung: Das Ziel ist es daher, durch eine quantitative Befragung von Teilnehmern einer Blutspendeveranstaltung des Deutschen Roten Kreuz herauszufinden, in welcher Hinsicht motivationale Faktoren das Blutspendeverhalten und die Spendenabsicht beeinflussen. Zusätzlich soll untersucht werden, ob das soziale Umfeld der Befragten oder bestimmte Ereignisse Einfluss nehmen können.

Methodik: Das Design der vorliegenden Arbeit folgte einer Querschnittsstudie, deren Daten aus der Perspektive der Teilnehmenden einmalig zu einem bestimmten Zeitpunkt erhoben wurden. Die Erhebung erfolgte mithilfe eines quantitativen Fragebogens, welcher bei 4 Blutspendeveranstaltungen des Deutschen Roten Kreuz eingesetzt wurde. Insgesamt nahmen an der Befragung 222 Personen teil, die sich aktiv dafür entschieden haben Blut zu spenden. Untersucht wurden Zusammenhänge und Gruppenunterschiede zur Spendenmotivation sowie Spendenintention.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigten keinen signifikanten Unterschiede für Personen mit eigener Transfusionserfahrung sowie für Personen im sozialen Umfeld im Kontext der Motivationsformen Introjektion und Identifikation. Hingegen konnte ein signifikanter Unterschied ($p = 0,026$) zwischen den Altersgruppen bezüglich der Spendenintention erfasst werden. Ein Zusammenhang konnte für die intrinsische Regulation hinsichtlich der Spendenhäufigkeit ($r = 0,373$) festgestellt werden. Des Weiteren wiesen alle Motivationsformen bis auf die externe Regulation einen signifikanten Zusammenhang zur Spendenintention auf.

Diskussion: Die Ergebnisse zeigten grundlegend, dass insbesondere stärker selbstbestimmte Motivationsformen einen signifikanten Zusammenhang aufweisen. Zudem legten sie nahe, dass Ereignisse, die auf das Thema der Blutspende aufmerksam machen könnten, keinen bedeutsamen Einfluss nehmen und die Motivation selbstbestimmt ist.

Literaturverzeichnis

Balzer et al. (2018). Pflegewissenschaft: Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegewissenschaft (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage.). Hogrefe.

Barz, D., Institut für Transfusionsmedizin, Klinikum der Friedrich-Schiller-Universität Jena, S. Karger GmbH, Barz, D., Fünfhausen, G., Machalet, G., Thierbach, V. & Wilms, K. (2004). Die Entwicklung der Transfusionsmedizin in der DDR. In Transfus Med Hemother (Bd. 31, Nummer suppl 2, S. 55–68).

<http://karger.com/tmh/article-pdf/31/Suppl. 2/55/3568708/000081174.pdf>

Bednall, T. C. & Bove, L. L. (2011). Donating Blood: A Meta-Analytic Review of Self-Reported Motivators and Deterrents. In Elsevier Inc., Transfusion Medicine Reviews (Bde. 25–25, Nummer 4, S. 317–334). <https://doi.org/10.1016/j.tmr.2011.04.005>

Bundesärztekammer. (2023). Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie). In Paul-Ehrlich-Institut, Richtlinie Hämotherapie 2023 (S. 2–124).

Cohen, J. & Department of Psychology, New York University. (1988). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (Second). Lawrence Erlbaum Associates

<https://www.utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>

DRK-Blutspendedienste. (2026). Was sind die Aufgaben der DRK-Blutspendedienste? In DRK-Blutspendedienste.

DRK. (1960). Blut ist Leben. In Sächsisches Rot – Kreuz – Museum, Grünhain – Beierfeld

DRK. (1962). Deutsches Rotes Kreuz Bonn. Jahresbericht 1961. In Sächsisches Rot – Kreuz – Museum, Grünhain – Beierfeld

DRK. (1963). DRK in der Deutschen Demokratischen Republik. Ausgabe 1, Januar, 1963. In Sächsisches Rot – Kreuz – Museum, Grünhain Beierfeld

DRK. (1977). 25 Jahre DRK – Blutspendedienst. Eine Dokumentation über Entstehen und Wirken der Blutspendedienste des Deutschen Roten Kreuzes. In Sächsisches Rot – Kreuz – Museum, Grünhain – Beierfeld.

DRK. (1988). Deutsches Rotes Kreuz Jahrbuch 1987/88. In Sächsisches Rot – Kreuz Museum, Grünhain Beierfeld.

Durch die Blutspende zum Lebensretter werden. (abgerufen am 05.01.2026).

https://www.drkblutspende.de/warum_blut_spenden_beim_drk

Döring, N., Bortz, J., & Pöschl-Günther, S. (2016). Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften (5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage 2016.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>

France, C. R., Kowalsky, J. M., France, J. L., Himawan, L. K., Kessler, D. A. & Shaz, B. H. (2014). The Blood Donor Identity Survey: a multidimensional measure of blood donor motivations. *Transfusion*, 54(8), 2098–2105. <https://doi.org/10.1111/trf.12588>

Haußmann et al. (1971). Die Entwicklung des DRK – Blutspendedienstes Baden – Württemberg bis zum 31. Dezember 1970. Festschrift zur Einweihung der DRK – Blutspendezentrale Ulm am 4. Oktober 1971. In Sächsisches Rot – Kreuz – Museum, Grünhain Beierfeld.

Klewer, J. (2022). Projekt-, Bachelor- und Masterarbeiten. In *Studium Pflege, Therapie, Gesundheit* (2. Auflage). <https://doi.org/10.1007/978-3-662-65234-3>

M'Sallem, W. (2021). Role of motivation in the return of blood donors: mediating roles of the socio-cognitive variables of the theory of planned behavior. *International Review On Public And Nonprofit Marketing*, 19(1), 153–166. <https://doi.org/10.1007/s12208-021-00295-2>

Paul-Ehrlich-Institut. (2025). Bericht zur Versorgung mit Blut und Blutprodukten 2023. In *Bericht Zur Versorgung mit Blut und Blutprodukten 2023* (S. 4–30) [Report]. Paul-Ehrlich-Institut (PEI). https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/regulation/meldung/21-tfg/21-tfg-berichte/2023-tfg-21-bericht.pdf?__blob=publicationFile&v=5

Paul-Ehrlich-Institut. (2026). Bericht zur Versorgung mit Blut und Blutprodukten 2024. In *Bericht Zur Versorgung mit Blut und Blutprodukten*. https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/regulation/meldung/21-tfg/21-tfg-berichte/2024-tfg-21-bericht.pdf?__blob=publicationFile&v=6

Gesetz zur Regelung des Transfusionswesens (Transfusionsgesetz - TFG). (1998). In Bundesministeriums der Justiz Sowie Des Bundesamts für Justiz - www.gesetze-im-internet.de [Report].

Ryan, R. M., Deci, E. L. & University of Rochester. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. In American Psychological Association, American Psychologist (Bde. 55–55, S. 68–78). https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2000_RyanDeci_SDT.pdf

Stock, B. & Möckel, L. (2021). Characterization of blood donors and non-blood donors in Germany using an online survey. Health And Technology, 11(3), 595–602. <https://doi.org/10.1007/s12553-021-00532-y>

Veseli, B., Sandner, S., Studte, S., Clement, M. & Institute for Marketing, Hamburg Business School, University of Hamburg. (2022). The impact of COVID-19 on blood donations. In PLOS ONE (Bd. 17, Nummer 3, S. e0265171). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265171>

World Health Organization: WHO. (2025, 30. Mai). Blood safety and availability. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blood-safety-and-availability>

Anhang

Fragebogen



WHZ Westsächsische
Hochschule Zwickau
Hochschule für Mobilität



Sehr geehrte/r Teilnehmer/in,

mein Name ist Nils Wallasch und ich studiere Gesundheitsmanagement an der Westsächsischen Hochschule Zwickau. Im Rahmen meiner Bachelorarbeit beschäftige ich mich mit dem Thema „Einfluss motivationaler Faktoren auf das Blutspenderverhalten“. Zu diesem Zweck möchte ich gern eine freiwillige Befragung von aktiven Blutspenderinnen und Blutspendern durchführen. Dabei werden Ihnen im Folgenden kurze Fragen zur Motivation, Spendenabsicht und persönlichen Erfahrungen gestellt.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Die Ergebnisse werden anonymisiert verwendet. Innerhalb der Umfrage werden personenbezogene Daten abgefordert (bspw. Alter, Geschlecht). Diese dienen zur weiterführenden Auswertung und Interpretation der Ergebnisse. Dabei erfolgen jedoch selbstverständlich keinerlei Rückschlüsse auf die beantwortende Person. Es erfolgt keine Übermittlung der einzelnen Umfrageergebnisse an das DRK.

Mit der Teilnahme und Abgabe der Umfragebögen erteilen Sie Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Angaben aus den Fragebögen. Die Ergebnisse werden ausschließlich bei mir bis zur abschließenden Bewertung meiner Bachelorarbeit aufbewahrt. Im Anschluss werden diese vernichtet.

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie sich etwa 5 - 10 Minuten Zeit nehmen den Fragebogen auszufüllen, um möglichst aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten.

Vielen Dank!

Bitte geben Sie an, inwieweit folgende Aussagen auf Sie zutreffen. Bitte geben Sie dies auf einer Skala von 1 „trifft überhaupt nicht zu“ bis 7 „trifft voll und ganz zu“ an. Mit den Werten, welche innerhalb davon liegen, können Sie gegebenenfalls ihre Entscheidung abstufen und präzisieren.

trifft überhaupt nicht zu → trifft voll und ganz zu

Spendenmotivation

- | | |
|---|---------------|
| 1. Ich denke nicht wirklich darüber nach, Blut zu spenden. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| 2. Ich spende Blut für kleine Dankesgeschenke. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| 3. Ich würde mich schuldig fühlen oder mich schämen, wenn ich kein Blut spenden würde. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| 4. Blut spenden ist eine wichtige Entscheidung, die ich wirklich treffen möchte. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| 5. Ich habe sorgfältig darüber nachgedacht und glaube, dass das Blutspenden für viele Aspekte meines Lebens sehr wichtig sind | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| 6. Ich spende gerne Blut. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| 7. Blut spenden ist etwas, mit dem ich mich nicht beschäftige. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| 8. Ich spende Blut wegen der Getränke und Snacks. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| 9. Ich würde mich schlecht fühlen, wenn ich kein Blut spenden würde. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| 10. Blut spenden ist sehr wichtig für die Gesundheit anderer. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| 11. Blut spenden passt zu meinen Lebenszielen. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| 12. Blutspender/in zu sein, bedeutet für mich mehr als nur Blut zu spenden. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| 13. Ich habe eigentlich keine klare Meinung zum Thema Blut spenden. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| 14. Ich spende Blut, um eine Spendenurkunde/Spendenadel zu erhalten. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| 15. Ich würde es bedauern, wenn ich kein Blut spenden würde. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| 16. Blut spenden ist eine wichtige Sache. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| 17. Blut spenden ist für mich sehr wichtig. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| 18. Blut spenden ist ein wichtiger Teil meiner Persönlichkeit | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |

Spendenintention

- | | |
|---|---------------|
| 1. Ich beabsichtige, am nächstmöglichen Termin Blut zu spenden. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| 2. Ich beabsichtige, in den nächsten 6 Monaten Blut zu spenden. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |
| 3. Ich beabsichtige, in Zukunft Blut zu spenden. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ |

Bitte setzen Sie ein Kreuz in das für Sie zutreffende Feld.

Bitte geben Sie ihr Alter an.

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| 18 – 29 Jahre | ☐ |
| 30 – 39 Jahre | ☐ |
| 40 – 49 Jahre | ☐ |
| 50 – 59 Jahre | ☐ |
| 60 Jahre und älter | ☐ |

Bitte geben Sie ihr Geschlecht an.

- | | |
|----------|--------------------------|
| männlich | ☐ |
| weiblich | ☐ |
| divers | ☐ |

Bitte ordnen Sie sich einem Berufsfeld zu.

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| Gesundheits- & Sozialwesen | ☐ |
| Bildung | ☐ |
| Technik & IT | ☐ |
| Wirtschaft & Verwaltung | ☐ |
| Dienstleistungen & Handel | ☐ |
| derzeit keine berufliche Tätigkeit | ☐ |
| Student/in | ☐ |
| Rentner/in | ☐ |

Wie oft waren Sie bisher Blut spenden?

- | | |
|-------------|--------------------------|
| Erstmalig | ☐ |
| 2 – 5 mal | ☐ |
| 6 – 10 mal | ☐ |
| über 10 mal | ☐ |

Haben Sie oder eine Person aus ihrem persönlichen Umfeld schon einmal eine Bluttransfusion erhalten?

(Falls zutreffend, können Sie hier mehrere Kreuze setzen)

- | | |
|--|--------------------------|
| Ja, ich selbst | ☐ |
| Ja, eine Person aus meinem persönlichen Umfeld | ☐ |
| Nein | ☐ |

Gibt es Personen aus ihrem persönlichen Umfeld, die Blut spenden? (Falls zutreffend, können Sie hier mehrere Kreuze setzen)

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Familienangehörige/Verwandte | ☐ |
| Freunde/Bekannte | ☐ |
| Mitarbeiter/Kollegen | ☐ |
| keine | ☐ |

Geschlecht

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	männlich	112	50,5	50,5	50,5
	weiblich	110	49,5	49,5	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Alter

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	18 - 29 Jahre	19	8,6	8,6	8,6
	30 - 39 Jahre	24	10,8	10,8	19,4
	40 - 49 Jahre	42	18,9	18,9	38,3
	50 - 59 Jahre	63	28,4	28,4	66,7
	60 Jahre und älter	74	33,3	33,3	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Berufsfeld

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Gesundheits- und Sozialwesen	47	21,2	21,2	21,2
	Bildung	14	6,3	6,3	27,5
	Technik und IT	25	11,3	11,3	38,7
	Wirtschaft und Verwaltung	38	17,1	17,1	55,9
	Dienstleistungen und Handel	46	20,7	20,7	76,6
	derzeit keine berufliche Tätigkeit	2	,9	,9	77,5
	Student/in	2	,9	,9	78,4
	Rentner/in	48	21,6	21,6	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Spendenhäufigkeit

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	erstmalig	27	12,2	12,2	12,2
	2 - 5 mal	28	12,6	12,6	24,8
	6 - 10 mal	24	10,8	10,8	35,6
	über 10 mal	143	64,4	64,4	100,0
	Gesamt	222	100,0	100,0	

Häufigkeiten von \$Bluttransfusion

		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
Bluttransfusion erhalten? ^a	Ich habe selbst ein Transfusion erhalten	22	9,6%	9,9%
	Eine Person aus meinem Umfeld hat eine Transfusion erhalten	68	29,6%	30,6%
	Ich selbst oder eine andere Person aus meinem Umfeld hat bisher keine Transfusion erhalten	140	60,9%	63,1%
Gesamt		230	100,0%	103,6%

a. Dichotomie-Gruppe tabellarisch dargestellt bei Wert 1.

Häufigkeiten von \$Blutspende

		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
Blut gespendet? ^a	Familienangehörige oder Verwandte spenden Blut	136	37,7%	61,3%
	Freunde oder Bekannte spenden Blut	127	35,2%	57,2%
	Mitarbeiter oder Kollegen spenden Blut	76	21,1%	34,2%
	keine Personen aus meinem Umfeld spenden Blut	22	6,1%	9,9%
Gesamt		361	100,0%	162,6%

a. Dichotomie-Gruppe tabellarisch dargestellt bei Wert 1.

Items 1 – 18 Spendenmotivation

Deskriptive Statistiken

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Std.-Abweichung
Ich denke nicht wirklich darüber nach, Blut zu spenden	222	1	7	1,89	1,595
Ich spende Blut für kleine Dankesgeschenke	222	1	7	1,95	1,779
Ich würde mich schuldig fühlen oder schämen, wenn ich kein Blut spenden würde	222	1	7	3,87	2,236
Blut spenden ist eine wichtige Entscheidung, die ich wirklich treffen möchte	222	1	7	6,25	1,430
Ich habe sorgfältig darüber nachgedacht und glaube, dass das Blutspenden für viele Aspekte meines Lebens sehr wichtig ist	222	1	7	5,67	1,638
Ich spende gerne Blut	222	1	7	6,37	1,365
Blut spenden ist etwas, mit dem ich mich nicht beschäftige	222	1	7	2,01	1,785
Ich spende Blut wegen der Getränke und Snacks	222	1	7	1,56	1,434
Ich würde mich schlecht fühlen, wenn ich kein Blut spenden würde	222	1	7	4,20	2,269
Blut spenden ist sehr wichtig für die Gesundheit anderer	222	1	7	6,61	1,044
Blut spenden passt zu meinen Lebenszielen	222	1	7	5,51	1,748
Blutspender/in zu sein, bedeutet für mich mehr als nur Blut zu spenden	222	1	7	5,27	1,922
Ich habe eigentlich keine klare Meinung zum Thema Blut spenden	222	1	7	2,03	1,815

Ich spende Blut, um eine Spendenurkunde/Spendenadel zu erhalten	222	1	7	1,46	1,282
Ich würde es bedauern, wenn ich kein Blut spenden würde	222	1	7	5,00	2,104
Blut spenden ist eine wichtige Sache	222	1	7	6,62	1,122
Blut spenden ist für mich sehr wichtig	222	1	7	6,11	1,352
Blut spenden ist ein wichtiger Teil meiner Persönlichkeit	222	1	7	5,02	1,959
Gültige Werte (listenweise)	222				

Items 1 – 3 Spendenintention

Deskriptive Statistiken

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Std.-Abweichung
Ich beabsichtige, am nächstmöglichen Termin Blut zu spenden	222	1	7	6,11	1,559
Ich beabsichtige, in den nächsten 6 Monaten Blut zu spenden	222	1	7	6,27	1,407
Ich beabsichtige, in Zukunft Blut zu spenden	222	1	7	6,60	1,010
Gültige Werte (listenweise)	222				

Forschungsleitende Fragestellung

Gruppenstatistiken

Ich habe selbst ein Transfusion erhalten		N	Mittelwert	Std.-Abweichung
Introjektion	nein	200	4,3483	1,78626
	ja	22	4,4545	2,08686

Test bei unabhängigen Stichproben

		Sig.	Signifikanz	
			Einseitiges p	Zweiseitiges p
Introjektion	Varianzen sind gleich	,366	,397	,795
	Varianzen sind nicht gleich		,410	,820

Gruppenstatistiken

Ich habe selbst ein Transfusion erhalten		N	Mittelwert	Std.-Abweichung
Identifikation	nein	200	6,5050	,92305
	ja	22	6,3939	1,39400

Test bei unabhängigen Stichproben

		Sig.	Signifikanz	
			Einseitiges p	Zweiseitiges p
Identifikation	Varianzen sind gleich	,076	,307	,614
	Varianzen sind nicht gleich		,359	,718

Gruppenstatistiken

Eine Person aus meinem Umfeld hat eine Transfusion erhalten		N	Mittelwert	Std.-Abweichung
Introjektion	nein	154	4,2381	1,76330
	ja	68	4,6324	1,90673

Test bei unabhängigen Stichproben

		Sig.	Signifikanz	
			Einseitiges p	Zweiseitiges p
Introjektion	Varianzen sind gleich	,259	,068	,136
	Varianzen sind nicht gleich		,074	,149

Gruppenstatistiken

Eine Person aus meinem Umfeld hat eine Transfusion erhalten		N	Mittelwert	Std.-Abweichung
Identifikation	nein	154	6,4805	,89782
	ja	68	6,5245	1,14071

Test bei unabhängigen Stichproben

		Sig.	Signifikanz	
			Einseitiges p	Zweiseitiges p
Identifikation	Varianzen sind gleich	,914	,379	,758
	Varianzen sind nicht gleich		,389	,779

Test bei unabhängigen Stichproben

		Sig.	Signifikanz	
			Einseitiges p	Zweiseitiges p
Identifikation	Varianzen sind gleich	,914	,379	,758
	Varianzen sind nicht gleich		,389	,779

Unterfrage (1)

Korrelationen

			Spendenhäufigkeit	intrinsische_Regulation
Spearman-Rho	Spendenhäufigkeit	Korrelationskoeffizient	1,000	,373**
		Sig. (2-seitig)	.	<,001
		N	222	222
	intrinsische_Regulation	Korrelationskoeffizient	,373**	1,000
		Sig. (2-seitig)	<,001	.
		N	222	222

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Unterfrage (2)

Deskriptive Statistiken

	N	Mittelwert	Std.-Abweichung	Minimum	Maximum
Spendenintention	222	6,3243	1,15727	1,00	7,00
Alter	222	3,67	1,275	1	5

Ränge

	Alter	N	Mittlerer Rang
Spendenintention	18 - 29 Jahre	19	79,58
	30 - 39 Jahre	24	106,31
	40 - 49 Jahre	42	100,98
	50 - 59 Jahre	63	118,81
	60 Jahre und älter	74	121,13
	Gesamt	222	

Teststatistiken^{a,b}

Spendenintention	
Kruskal-Wallis-H	11,072
df	4
Asymp. Sig.	,026

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Alter

Unterfrage (3)

Korrelationen

		Spendenintention
Spearman- Rho	Amotivation	Korrelationskoeffizient -,262**
		Sig. (2-seitig) <,001
		N 222
	Externe_Regulation	Korrelationskoeffizient -,072
		Sig. (2-seitig) ,283
		N 222
	Introjektion	Korrelationskoeffizient ,236**
		Sig. (2-seitig) <,001
		N 222
	Identifikation	Korrelationskoeffizient ,455**
		Sig. (2-seitig) <,001
		N 222
	Integration	Korrelationskoeffizient ,424**
		Sig. (2-seitig) <,001
		N 222
	intrinsische_Regulation	Korrelationskoeffizient ,441**
		Sig. (2-seitig) <,001
		N 222

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

* . Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Unterfrage (4)

Deskriptive Statistiken

	N	Mittelwert	Std.-Abweichung	Minimum	Maximum
Amotivation	222	1,9745	1,33967	1,00	7,00
Berufsfeld	222	4,24	2,454	1	8

Ränge

	Berufsfeld	N	Mittlerer Rang
Amotivation	Gesundheits- und Sozialwesen	47	112,65
	Bildung	14	91,04
	Technik und IT	25	126,04
	Wirtschaft und Verwaltung	38	99,51
	Dienstleistungen und Handel	46	127,61
	derzeit keine berufliche Tätigkeit	2	198,50
	Student/in	2	86,50
	Rentner/in	48	100,24
	Gesamt	222	

Teststatistiken^{a,b}

	Amotivation
Kruskal-Wallis-H	14,068
df	7
Asymp. Sig.	,050

a. Kruskal-Wallis-Test

b. Gruppenvariable: Berufsfeld

Reliabilitätsanalyse

Amotivation

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,662	3

Externe Regulation

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,493	3

Introjektion

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,761	3

Identifikation

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,732	3

Integration

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,823	3

Intrinsische Regulation

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,687	3

Spendenintention

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha Anzahl der Items

,824	3
------	---

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe, alle Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, kenntlich gemacht sind und die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Verfassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung war.

Neukirchen, 07.04.2026

N. Warkoch