



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Fakultät: Life Sciences
Department: Gesundheitswissenschaften

Christliche Glaubensausprägung und das Verfassen einer Patientenverfügung

–

Eine Befragung zum Thema „Patientenverfügung“ in Zusammenarbeit mit der Verbraucherzentrale Hamburg

- Bachelorarbeit -

zur Erlangung des akademischen Grades des
Bachelor of Science (B.Sc.)

Vorgelegt von:
Julia Karl

Erstgutachter:
Prof. Dr. Angelica Ensel
HAW Hamburg

Matrikelnummer:

██████████

Zweitgutachter:
Dipl. Päd. Christoph Kranich
Verbraucherzentrale Hamburg

Abgabedatum:
20.09.2017

I Vorwort

Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen eines Praktikums bei der Verbraucherzentrale Hamburg und wurde als „Teilthema“ in ein dort durchgeführtes Projekt zum Thema „Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht / Betreuungsverfügung“ integriert.

An dieser Stelle möchte ich mich zunächst bei meinen beiden Kommilitoninnen Tahmina Big und Stephanie Lindner für die Zusammenarbeit während der Projektphase bedanken. Ein ganz besonderer Dank gilt der Verbraucherzentrale Hamburg, hier besonders der Abteilung für Gesundheit und Patientenschutz unter der Leitung von Herrn Christoph Kranich, ohne die diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre. Alle Mitarbeiter hatten stets ein offenes Ohr für uns.

Bedanken möchte ich mich auch bei meiner Erstbetreuerin Frau Prof. Dr. Angelica Ensel, die mich sowohl während der Praktikumszeit als auch im Schreibprozess der Bachelorarbeit tatkräftig unterstützt und mir immer wieder wichtige Impulse vermittelt hat.

Ganz besonders möchte ich mich außerdem bei Herrn Christoph Kranich bedanken, der sich dazu bereit erklärt hat, die Zweitbetreuung zu übernehmen.

Vielen Dank auch an Herrn Gunnar Paetzelt, der mir mit seiner Expertise hilfreich zur Seite stand.

Außerdem möchte ich mich an dieser Stelle auch bei meiner Familie bedanken, die mich sowohl während des Studiums als auch während der Bachelorarbeit immer wieder mental aufgebaut und unterstützt hat.

Zum Schluss ist noch folgendes anzumerken:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der folgenden Arbeit auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

Inhaltsverzeichnis

I	Vorwort	2
II	Abbildungsverzeichnis	5
III	Abkürzungsverzeichnis	6
IV	Zusammenfassung	7
1	Einleitung	9
2	Hintergrund	10
2.1	Hintergrund der Vorsorge	12
2.1.1	Patientenverfügung	13
2.1.2	Christliche Patientenvorsorge	16
2.2	Religiosität	17
2.2.1	Individuelle und Kirchengebundene Religiosität	18
2.2.2	Intrinsische und Extrinsische Religiosität	20
2.2.3	Fünf Dimensionen der Religiosität	20
2.3	Kontrolle und Selbstwirksamkeit	23
2.3.1	Kontrolle – Eine Definition	24
2.3.2	Internale und Externale Kontrollüberzeugung	25
2.3.3	Konzept der Selbstwirksamkeit	26
2.4	Stand der Forschung	28
2.5	Fragestellung der Arbeit	32
2.6	Hypothesen	32
2.7	Zielstellung der Arbeit	35
3	Methode	35
3.1	Studiendesign und methodisches Vorgehen	35
3.2	Stichprobenverfahren	37
3.3	Das Messinstrument	38
3.4	Mess- und Auswertungsstrategie	43
3.4.1	Datenerhebung	43
3.4.2	Datenauswertung	44
4	Ergebnisse	45
4.1	Ergebnisse der ersten Hypothese	46
4.2	Ergebnisse der zweiten Hypothese	47
4.3	Ergebnisse der dritten Hypothese	49
4.4	Ergebnisse der vierten Hypothese	50

5	Diskussion und Limitationen	51
5.1	Diskussion der Ergebnisse	51
5.2	Limitationen des methodischen Vorgehens und des Messinstrumentes	53
5.3	Fazit	55
6	Literaturverzeichnis	56
7	Eidesstattliche Erklärung	63
8	Anhang	64
A	Fragebögen	65
B	Anschreiben	73
C	Summenscore	74
D	Codierungsplan	75
E	Ergebnisse (Häufigkeitstabellen)	81

II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Intensitätskontinuum der Zugehörigkeit	19
Abbildung 2: Fünf Dimensionen der Religiosität	23
Abbildung 3: Entwicklungszyklus der Selbstwirksamkeit	27
Abbildung 4: Anzahl der Christen in Deutschland nach Kirchenzugehörigkeit im Jahr 2015	37
Abbildung 5: Intrinsische / Extrinsische Religiosität und das Verfassen einer Patientenverfügung ..	47
Abbildung 6: Befürwortung der Kirche als ausschlaggebendes Kriterium, eine Patientenverfügung ver- fasst zu haben?	48
Abbildung 7: Befürwortung der Kirche als Motivation, eine Patientenverfügung zu verfassen?	48
Abbildung 8: Internale / Externale Kontrollüberzeugung und das Verfassen einer Patientenverfügung	49
Abbildung 9: Selbstvertrauen versus Gottvertrauen	50

III Abkürzungsverzeichnis

BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BGV	Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
BMI	Bundesministerium des Inneren
BMJV	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
DBK	Deutsche Bischofskonferenz
EKD	Evangelischen Kirche in Deutschland
GfK	Gesellschaft für Konsum-, Markt- und Absatzforschung
GG	Grundgesetz
IfD	Institut für Demoskopie Allensbach
RGSt	Entscheidungen des Reichsgerichts in Strafsachen
StGB	Strafgesetzbuch

IV Zusammenfassung

Einleitung

Die vorliegende Arbeit verortet sich als „Teilthema“ in einem von der Verbraucherzentrale Hamburg durchgeführten Projekt zum Thema „Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht / Betreuungsverfügung“.

Der Schwerpunkt wird dabei auf christliche Religiosität gelegt, wobei es um die Frage geht, ob und wenn ja inwiefern die Glaubensausprägung einen Einfluss auf die Einstellung zum Verfassen / Nicht-Verfassen einer Patientenverfügung bei Christen ausübt.

Methodik

In einer quantitativen Bevölkerungsbefragung wurden 107 Christen im Alter zwischen 40 und 99 Jahren befragt. Die Befragungen erfolgten von Anfang April bis Mitte Mai 2017 und wurden in Kirchengemeinden und Krankenhäusern verschiedener Stadtteile Hamburgs durchgeführt.

Das Messinstrument, ein teilstandardisierter Fragebogen, wurde in zwei Versionen angefertigt: „Version A – Ich besitze eine Patientenverfügung“ und „Version B – Ich besitze keine Patientenverfügung“. Basierend auf dem Modell „Fünf Dimensionen der Religiosität“ wurden entsprechende Fragen zur Ermittlung intrinsischer / extrinsischer Religiosität eingesetzt.

Die Auswertung erfolgte mit IBM SPSS Statistics 23.

Ergebnisse

Die wenigsten der Befragten besitzen eine Patientenverfügung und auch die wenigsten kennen die Möglichkeit der Christlichen Patientenvorsorge.

Weiter deuten die Ergebnisse darauf hin, dass intrinsisch religiöse Menschen eher eine Patientenverfügung verfassen als extrinsisch religiöse Menschen.

Die Befürwortung der Kirche, eine Patientenverfügung abzuschließen, hat keinen Einfluss auf die persönliche Motivation, eine Patientenverfügung zu verfassen. Ebenso scheinen internale und externale Kontrollüberzeugungen keinen Einfluss hierauf auszuüben. Dennoch lässt sich aufgrund der Ergebnisse vermuten, dass Menschen mit höherem Selbstvertrauen seltener eine Patientenverfügung abschließen als Personen mit geringerem Selbstvertrauen.

Diskussion

Es ist zu empfehlen, das Thema Patientenverfügung / Christliche Patientenvorsorge im Rahmen der Aufklärung innerhalb kirchlicher Institutionen vermehrt aufzugreifen.

Wie bereits von Boos-Nünning (1972) und Pollack & Müller (2013) festgestellt, verweisen auch hiesige Untersuchungsergebnisse auf eine Abkehr von „traditioneller Religion“ hin zur „alternativen Spiritualität“. Eine damit einhergehende Individualisierung der Religiosität

macht es folglich schwierig, das Konstrukt Religiosität empirisch und vor allem quantitativ zu messen.

1 Einleitung

Im Rahmen eines bundesweit ausgeschriebenen Projektes der Bundesregierung zum Thema „Wirtschaftlicher Verbraucherschutz“ wurden alle 16 Verbraucherzentralen der Bundesrepublik aufgerufen, Verbraucher zielgruppengerichtet mit aktionsorientierten Präventionsmaßnahmen über aktuelle Themen des Verbraucherschutzes aufzuklären.

Die gegenwärtige Förderperiode des Projektes erstreckt sich über einen Zeitraum vom 01. Januar 2017 bis 31. Dezember 2019 und beinhaltet folgende Themenkomplexe, die aufgrund des derzeitigen Informationsbedarfs der Verbraucher ausgewählt wurden:

1. Verbraucherschutz für junge Leute
2. Pflege: Auswirkungen und Umgang mit den neuen Pflege-Gesetzen
3. Verbraucherinformation / Verbraucherrechte / Vertragsrecht

Der zweite Themenkomplex (Pflege) wurde von der Verbraucherzentrale Hamburg mit einer allgemeinen Bevölkerungsumfrage zum untergeordneten Teilthema „Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht / Betreuungsverfügung“ aufgegriffen.

Im Rahmen eines Praktikums wurden drei Studentinnen der HAW Hamburg (unter anderem die Autorin dieser Bachelorarbeit selbst) beauftragt, dieses Projekt durchzuführen.

Das übergeordnete Ziel des Projektes bestand darin herauszufinden, was Menschen motiviert beziehungsweise daran hindert, eine Patientenverfügung abzuschließen, sie für das Thema zu sensibilisieren und ihnen einen Denkanstoß zu vermitteln.

Jede der drei Studentinnen hat vor dem Hintergrund der anstehenden Abschlussarbeit einen eigenen Schwerpunkt aufgegriffen, der als „Teilthema“ in das Projekt einfließt und die Basis der jeweiligen Bachelorarbeit bildet. Das Thema Patientenverfügung wurde aus drei Perspektiven betrachtet: Patientenverfügung und soziale Eingebundenheit, Patientenverfügung aus der Sicht von Muslimen und Patientenverfügung aus der Sicht von Christen. Letzteres ist Gegenstand dieser Arbeit:

Die Beschäftigung mit einer Patientenverfügung bedeutet auch, sich existentiellen Themen zu stellen. Vielen Menschen wird dabei die Endlichkeit und das Sterben als natürlicher Bestandteil des irdischen Lebens und der persönlichen Existenz bewusst (Kreß, 2016, S. 5). Einige Menschen gehen diesen Themen bewusst aus dem Weg oder verdrängen sie (ebd.), andere wiederum beschäftigen sich damit und schließen eine Patientenverfügung ab.

Im Hinblick auf die Auseinandersetzung mit existentiellen Fragen, wird die Wichtigkeit der Religion als „orientierungs- und sinnstiftende Instanz“ (Pollack, Müller, 2013, S. 7, 13) besonders für Menschen, die sich als religiös verorten, deutlich. Religion gilt laut Pollack

& Müller (2013, S. 7, 13) als „ein wesentlicher Faktor für das Denken und Handeln der Menschen“, was durch einige empirische Studien belegt wurde (Heeren et al., 2001, S. 206; Balboni et al., 2007).

Diverse Untersuchungen weisen darauf hin, dass die Ausprägung individueller Religiosität in Zusammenhang mit der Stärke der persönlich wahrgenommenen Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugung über das eigene Leben steht (Kim-Spoon et al., 2013; Boos-Nünning, 1972, S. 89), was wiederum ausschlaggebend für die Compliance eines Patienten ist (siehe hierzu Kapitel 2.4 „Stand der Forschung“) (Silva et al., 2016; Siennicka et al., 2016).

Inwiefern Religiosität Auswirkungen auf die Entscheidung für beziehungsweise gegen das Verfassen einer Patientenverfügung ausübt, wurde nach aktuellem Recherchestand der Autorin jedoch noch nicht eingehend erforscht.

Dieses sollte in der vorliegenden Arbeit untersucht werden, wobei der Fokus auf christliche Religiosität gelegt wurde.

Im Folgenden werden zunächst Hintergründe der Vorsorge sowie der Patientenverfügung und der Christlichen Patientenvorsorge erläutert.

Danach erfolgen eine Definition und Operationalisierung von Religiosität und Kontrolle. Hierbei wird auch auf das Konzept der Selbstwirksamkeit nach Bandura (1977) eingegangen.

Anschließend wird der aktuelle Forschungsstand dargelegt, worauf aufbauend die zugrundeliegenden Fragestellungen, Hypothesen und schließlich die Zielstellung der Arbeit erläutert werden.

Im Methodenteil werden zunächst das Studiendesign und das methodische Vorgehen vorgestellt. Darauf folgt eine Beschreibung des Stichprobenverfahrens und des Messinstrumentes sowie der Mess- und Auswertungsstrategie.

Anschließend werden die Ergebnisse dargestellt und die Arbeit unter Beachtung entsprechender Limitationen diskutiert. Am Ende erfolgt ein Fazit.

2 Hintergrund

In der heutigen modernen Gesellschaft ist ein grundlegender Wandel zu beobachten: Während physische und ökonomische Bedürfnisse vermehrt in den Hintergrund rücken, wächst der Wunsch nach Selbstentfaltung und existentieller Sicherheit (Pollack, Müller, 2013, S. 28): Laut Pollak & Müller (2013, S. 28 f) würden jüngere Altersgruppen (16 bis 30 jährige) zunehmend Wert auf persönliche Selbstentfaltung legen, während Älteren (31 bis <60 jährige) hauptsächlich Tradition und Sicherheit wichtig sei.

Besonders mit Bezug zur existentiellen Sicherheit kann Religiosität eine bedeutende Rolle spielen, da durch diese den Menschen ein Gefühl der Sicherheit, der Sinnhaftigkeit und des Vertrauens in eine zunehmend unübersichtliche und dynamischer werdende Welt vermittelt würde (Boos-Nünning, 1972, S. 97; Lois, 2013, S. 22; Pollack, Müller, 2013, S. 28, 46).

Gleichzeitig erhält das menschliche Bedürfnis, Kontrolle im Hinblick auf die Planbarkeit des eigenen Lebens zu besitzen, eine wichtige Bedeutung (Lüthi, Grob, Flammer, 1989, S. 137).

Mit Blick auf dieses Bedürfnis erhalten Religion und die Institution Kirche eine bedeutende Funktion. Durch religiöse Gemeinschaften werden Werte und Regeln geprägt, welche Normen zur persönlichen Lebensgestaltung darstellen (Pollack, Müller, 2013, S. 25) und den Menschen durch diese Vorschriften eine „von außen“ auferlegte Kontrolle vermitteln. Kreß (2016, S. 9) spricht hier mit Bezug zum Christentum auch von Überzeugungen, dass Gott das Leben vorherbestimmt hat, jegliche Kontrolle also von ihm aus gehen könnte.

Trotzdem gibt es laut Pollack & Müller (2013, S. 23) auch eine Reihe von „einfachen“ Kirchenmitgliedern, die sich gegen die strikten Regeln, besonders der katholische Kirche, auflehnen und sich hiervon bewusst abgrenzen. Sie wollen sich nichts vorgeben lassen, sondern selbst entscheiden (ebd.).

Dieses Bedürfnis ist vor dem Hintergrund möglicher schwerer Krankheiten, Unfälle oder des Alters jedoch nur begrenzt möglich, da diese Faktoren unter anderem dazu führen können, dass eine Person entscheidungsunfähig wird. Daher wurde für eben diese Lebenslagen das menschliche Bedürfnis nach Kontrolle und Selbstbestimmung in Vorsorgemaßnahmen wie der Vorsorgevollmacht, der Betreuungs- und der Patientenverfügung, berücksichtigt.

Das folgende Kapitel erläutert zunächst den Hintergrund der Vorsorge mit einer ausführlichen Beschreibung der Patientenverfügung, ihrem rechtlichen Hintergrund, formalen Aspekten und dem Vorgehen bei fehlender Patientenverfügung. Aufgrund des christlichen Bezugs dieser Arbeit, wird außerdem die Christliche Patientenvorsorge erläutert. Auf eine Darstellung der weiteren Vorsorgeinstrumente (Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung) wird an dieser Stelle verzichtet, da diese nicht Gegenstände der vorliegenden Arbeit sind.

Danach wird das Konstrukt Religiosität definiert und operationalisiert: Hierfür erfolgt zunächst eine Abgrenzung zwischen „individueller“ und „kirchengebundener“ sowie „intrinsischer“ und „extrinsischer“ Religiosität. Daran anschließend wird das Konzept der „Fünf Dimensionen der Religiosität“ nach Glock & Stark (1965) erläutert.

Es folgt eine Definition von „Kontrolle“ und der Differenzierung zwischen „internaler“ und „externaler“ Kontrollüberzeugung. Anschließend wird das Konzept der Selbstwirksamkeit nach Bandura (1977) dargestellt.

Das Kapitel schließt mit der Beschreibung der Fragestellung und Hypothesen sowie der Zielstellung dieser Arbeit.

2.1 Hintergrund der Vorsorge

Seit den 1960er Jahren bestehen durch den medizinischen Fortschritt vielfältige Möglichkeiten, menschliches Leben zu erhalten und zu retten (Kreß, 2016, S. 6). Diese zunächst positive Entwicklung schürt jedoch bei genauerer Betrachtung bei vielen Menschen Angst und Besorgnis: Der Gedanke an eine lang anhaltende Krankheit oder, durch die heutigen Möglichkeiten der Intensivmedizin, an einen verzögerten und in die Länge gezogenen Sterbeprozess, ist für manche unerträglich (Kreß, 2016, S. 6).

Dieses erklärt, warum seit Mitte der 70er Jahre in unserer Gesellschaft ein zunehmendes Bedürfnis nach „Selbstbestimmung am Lebensende“ zu verzeichnen ist (Zirngibl, 2011, S. 6).

Dieses Bedürfnis wurde vom Gesetzgeber im Hinblick auf medizinische Maßnahmen und Heilbehandlungen aufgegriffen: Das Grundrecht auf Selbstbestimmung und Freiheit (Art.2 GG i.V.m. Art. 1 Abs.1 GG) sowie das im Grundgesetz (GG) Art.2 Abs.2 verankerte „Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“ spielt in der heutigen Zeit eine bedeutende Rolle (Kreß, 2016, S. 5).

Laut RGSt 25 (S. 375) wird jede medizinische Maßnahme und Heilbehandlung als ein Eingreifen in die körperliche Unversehrtheit betrachtet und gilt rein rechtlich betrachtet als rechtswidrige Körperverletzung, was nach § 223 StGB strafbar ist und mit Geld- oder Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren verurteilt werden kann.

Aus diesem Grund sind entsprechende medizinische Maßnahmen und Heilbehandlungen laut Patientenrechtegesetz nur mit einer rechtmäßigen Einwilligung des Patienten oder seines Vertreters zulässig (§ 630d BGB).

Ist dieses nicht möglich, weil der Patient hierzu nicht mehr in der Lage ist oder weil eine entsprechende Vertretungsvollmacht fehlt, muss vom Betreuungsgericht die Notwendigkeit einer Betreuung festgestellt und ein ehrenamtlicher oder ein Berufsbetreuer beauftragt werden (BGV, 2015, S. 5).

Dieses wird von vielen Menschen als „Kontrollverlust“ empfunden, da folglich eine „fremde Instanz“ darüber entscheidet, wie es medizinisch weitergehen kann (Borasio, 2014, S. 143 f).

Um einerseits ein Betreuungsverfahren zu vermeiden und andererseits das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu wahren, bietet die Patientenverfügung eine Möglichkeit, frühzeitig Vorsorge zu treffen (BGV, 2015, S. 6 f; Borasio, 2014, S. 144 f).

Im Folgenden wird diese genauer vorgestellt.

2.1.1 Patientenverfügung

Seit dem 1. September 2009 gilt das dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts, das im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) verortet ist. Hier soll der Fokus besonders auf das „Selbstbestimmungsrecht des Patienten“ gelegt werden, indem mit einer Patientenverfügung die Art und Weise der medizinischen und pflegerischen Versorgung geregelt wird, die Ärzte, Betreuer oder Bevollmächtigte in entsprechenden Situationen berücksichtigen sollen (Jeserich, 2013, S. 434; BMJV, 2016, S. 9).

Die mit einer ausgestellten Patientenverfügung entstehende Verbindlichkeit entlastet sowohl Ärzte als auch Angehörige vor möglichen Konflikten, die entstehen können, wenn sie Entscheidungen über das Schicksal der betroffenen Person treffen müssen (Kreß, 2016, S. 11).

Rechtlicher Hintergrund

Grundlage für eine Patientenverfügung bildet § 1901a Absatz 1 BGB, wonach einer einwilligungsfähigen, volljährigen Person ermöglicht wird festzulegen, „ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt“.

Obwohl Ärzte laut § 1 Abs. 2 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte rechtlich betrachtet zur Behandlung und zum Erhalten des Lebens verpflichtet sind, solange es Hoffnung auf Heilungserfolg gibt, müssen sie eine Einwilligung für die entsprechende medizinische Maßnahme einholen und dem Willen des Patienten Folge leisten (Bundesärztekammer, 2015; § 630d Abs. 1 BGB).

Mit einer Patientenverfügung erteilt der Patient dem Arzt diese Einwilligung beziehungsweise eine „Rechtfertigung“ für sein Handeln (BGV, 2015, S. 23).

Die in einer Patientenverfügung festgelegten Wünsche des Patienten sind verbindlich und unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung sowohl von behandelnden Ärzten als auch vom Pflege- und Krankenhauspersonal zu beachten (§ 1901a Abs. 3 BGB).

Handelt es sich bei den Patientenwünschen jedoch um „aktive Sterbehilfe“ oder „Tötung auf Verlangen“, so wird das mit der Patientenverfügung einhergehende Recht auf Selbst-

bestimmung durch §§ 211 ff und § 216 StGB unterbunden. Demnach wird sowohl „aktive Sterbehilfe“ als auch „Tötung auf Verlangen“ ausdrücklich als strafbar deklariert und strafrechtlich verfolgt.

Patientenverfügungen stützen sich daher primär auf Patientenwünsche nach Unterlassung von lebensverlängernden Maßnahmen (Rissing-van Saan, R., 2016, S. 103 f). Diese Möglichkeit der „passiven“ beziehungsweise „indirekten Sterbehilfe“, bei der der Tod als „nicht gewollte, aber um der Leidensminderung willen in Kauf genommene Folge“ (zum Beispiel durch medikamentöse Behandlung) eintritt, ist gesetzlich erlaubt (§ 34 StGB).

Tritt der Fall ein, dass ein Patient einer Behandlung oder deren Abbruch nicht mehr zustimmen kann (zum Beispiel aufgrund von Bewusstlosigkeit, des Alters oder einer psychischen Erkrankung) und hat dieser vorab keine Vorsorgevollmacht verfasst, wird vom Betreuungsgericht ein Betreuer festgelegt (Zirngibl, 2011, S. 28).

Der zuständige Betreuer muss in entsprechender Situation prüfen und sicherstellen, dass der Wille des Betreuten gemäß Patientenverfügung berücksichtigt und umgesetzt wird (§ 1901a Abs. 1 BGB).

Formale Aspekte

Die Vielfältigkeit individueller Wertvorstellungen spiegelt sich auch in der Anzahl an unterschiedlichen Mustervorlagen für eine Patientenverfügung wieder, weshalb kein einheitliches Muster für eine Patientenverfügung existiert (BMJV, 2016, S. 17 f).

Eine Patientenverfügung ist freiwillig, hat schriftlich zu erfolgen und „kann jederzeit formlos widerrufen werden“ (§ 1901a Abs. 1 & 4 BGB). Sie darf außerdem keine Bedingung für eventuelle Vertragsabschlüsse sein (zum Beispiel für den Abschluss eines Vertrages für eine Pflegeeinrichtung) (§ 1901a Abs. 4 BGB).

Das BMJV (2016, S. 13) empfiehlt, eine Patientenverfügung um konkrete Beschreibungen der persönlichen Wertvorstellungen zu ergänzen. Bei möglichen Verständigungs- oder Auslegungsproblemen könnten diese als entsprechende Auslegungshilfe der Patientenverfügung nützlich sein (ebd.).

Das Problem der Interpretation beziehungsweise der Auslegung einer Patientenverfügung hat der BGH in einem Beschluss im Juli 2016 aufgegriffen. Demnach muss eine Patientenverfügung künftig konkrete Maßnahmen oder Krankheiten benennen, auf die sich der persönliche Wille bezieht. Beispielsweise reicht das Ablehnen von „lebensverlängernder Maßnahme“ zum Beenden einer künstlichen Ernährung zukünftig nicht mehr aus (BGH, 2016).

Da sich somit auch der Schwierigkeitsgrad zum Verfassen einer Patientenverfügung besonders für Laien steigert, sollte für eine fachliche Beratung zum Beispiel der behandelnde Arzt im Vorfeld integriert werden, um die konkreten Behandlungsmöglichkeiten bezüg-

lich der relevanten Erkrankung beziehungsweise Lebenssituation abzuwägen (BMJV, 2016, S. 16 f).

Zur Verdeutlichung, dass es sich mit der Verfügung um eine bewusst getroffene Entscheidung handelt, sollte sie einerseits so persönlich wie möglich verfasst, andererseits von einem Zeugen unterschrieben werden. Es bedarf keiner notariellen Beglaubigung (BGV, 2015, S. 26 f).

Zur Gewährleistung eines schnellen Zugriffs in Notfällen, sollte die Patientenverfügung zum Beispiel vor einer schweren Operation persönlich im behandelnden Krankenhaus abgegeben und / oder einer Vertrauensperson eine entsprechende Kopie ausgehändigt werden. Sie sollte zudem bei den eigenen persönlichen Unterlagen (Personalausweis, Versichertenkarte) aufbewahrt werden, wobei eine entsprechende bei sich getragene Hinweiskarte auf die Verortung der Patientenverfügung verweisen sollte (BGV, 2015, S. 26 f; Verbraucherzentrale e.V., 2010, S. 7).

Eine einmal angefertigte Patientenverfügung ist unbefristet gültig und sollte regelmäßig (alle zwei Jahre aber auch zum Beispiel vor geplanten Eingriffen oder bei lebensbedrohlichen Erkrankungen) aktualisiert oder erneuert werden (BGV, 2015, S. 25).

Vorgehen bei fehlender Patientenverfügung

Für den Fall einer fehlenden Patientenverfügung oder falls diese nicht der aktuellen Situation entspricht, muss der Betreuer durch das Aufsuchen von Anhaltspunkten wie zum Beispiel „frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen“ den „mutmaßlichen Willen des Betreuten“ versuchen festzustellen (§ 1901a Abs. 2 BGB).

Ärzte, der gesetzliche Betreuer / Bevollmächtigte sowie nahestehende Angehörige oder andere Vertrauenspersonen, die laut § 1901b Abs. 2 BGB bei der Feststellung des mutmaßlichen Patientenwillens mit einzubeziehen sind, sollten in einem solchen Fall möglichst zusammenarbeiten und sich auf einen von allen akzeptierten Behandlungsweg einigen. Die endgültige Entscheidung liegt jedoch bei dem gesetzlichen Betreuer beziehungsweise dem Bevollmächtigten (Zirngibl, 2011, S. 115 f).

Bei Uneinigkeiten wird vom Betreuungsgericht geprüft, ob der Patientenvertreter mit entsprechender Entscheidung dem Willen des Patienten entspricht (§ 1904 BGB). Je nach Prüfungsergebnis kann das Gericht den Behandlungsweg anschließend genehmigen oder eine andere Entscheidung treffen (BGV, 2015, S. 25).

Diese Entscheidung bildet schließlich die Grundlage für oder gegen eine ärztliche Intervention (§ 1901a Abs. 2 BGB).

Bei „Gefahr im Verzug“, wenn es also weder eine Patientenverfügung, noch eine Vorsorgevollmacht und aufgrund der prekären Situation keine Zeit für einen Betreuungsantrag

am Betreuungsgericht gibt, muss der Arzt versuchen den „mutmaßlichen Willen“ des Patienten zu ermitteln (Zirngibl, 2011, S. 30). Ist dieser nicht ermittelbar, ist der Arzt verpflichtet, das Leben des Patienten zu erhalten (§ 1904 Abs. 1 BGB).

2.1.2 Christliche Patientenvorsorge

Im Jahr 1999 wurde das Thema Patientenverfügung auch in der christlichen Kirche thematisiert. Es entstand zunächst eine Version der Christlichen Patientenverfügung, die 2003 zum ersten Mal und aufgrund des am 1. September 2009 in Kraft getretenen „Dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts“ ein zweites Mal überarbeitet wurde (EKD, DBK, 2012, S. 4).

Die wichtigsten Änderungen der dritten Version werden bereits in dem neuen Titel „Patientenvorsorge“ beschrieben: Neben der eigentlichen Patientenverfügung bietet die „Patientenvorsorge“ den Bürgern die Möglichkeit, in einem Formular eine Vorsorgevollmacht für den medizinischen Bereich und eine Betreuungsverfügung gleichzeitig abzuschließen. Zusätzlich können spezifische Behandlungswünsche geäußert werden, die als verbindliche „Richtschnur“ für einen Bevollmächtigten beziehungsweise Betreuer dienen sollen (ebd., S. 4, 18 ff).

Die Christliche Patientenvorsorge ist damit „in ein umfassendes Konzept von Vorsorgeentscheidungen eingebettet“, was nicht nur dem Patienten sondern besonders auch den Angehörigen, Betreuern, Bevollmächtigten, Ärzten und dem Pflegepersonal im Hinblick auf die Willensermittlung dient (Lob-Hüdepohl, 2016, S. 21).

Das Besondere einer Christlichen Patientenvorsorge liegt in ihrer theologisch-ethischen Ausrichtung, die sich, im Gegensatz zur herkömmlichen Patientenverfügung, mehr mit dem christlichen Umgang im Hinblick auf das Ende des irdischen Lebens beschäftigt (EKD, DBK, 2012, S. 5).

So wird auch aus christlicher Sicht hier noch einmal explizit die Tötung auf Verlangen und ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung abgelehnt (ebd.).

Auf die Ausschöpfung medizinischer Mittel könne nach christlichen Vorstellungen verzichtet werden, wenn der Tod mit entsprechenden Maßnahmen nur künstlich hinausgezögert und ein mögliches Leiden dadurch verlängert werden würde (EKD, 2007).

Trotz der Betonung des christlichen Glaubens kann die Christliche Patientenvorsorge auch von „Nicht-Christen“ genutzt werden (EKD, DBK, 2012, S. 5).

Rechtlich und formell gibt es zwischen der Christlichen Patientenvorsorge und einer herkömmlichen Patientenverfügung jedoch keinen Unterschied (ebd., S. 7-26).

2.2 Religiosität

Das Konstrukt der Religiosität gehört mit zum zentralen Forschungsgegenstand der Religionssoziologie (Pickel, 2011, S. 16). Aufgrund der Vielfalt an Wissenschaftlern, die sich mit dem Thema der Religiosität auseinandersetzen, gibt es bisher keine einheitliche Definition. Pickel (2011, S. 16) spricht hier von einer bestehenden „Definitionspluralität“.

Das Problem des Begriffes Religiosität besteht darin, dass es sich um ein komplexes Phänomen handelt, welches nur schwer zugänglich und messbar ist (Pickel, 2011, S. 23; Boos-Nünning, 1972, S. 16).

Die Religiosität einer Person kann im Fühlen, Handeln und im Glauben, der durch eine „gefühlsmäßige, nicht von Beweisen, Fakten oder Ähnlichem bestimmte unbedingte Gewissheit oder Überzeugung“ gekennzeichnet ist, geäußert werden (Boos-Nünning, 1972, S. 23; Panagopoulou-Koutnatzi, 2009, S. 74).

Gegenstand der empirischen Wissenschaft kann folglich nicht die Existenz und das Wesen Gottes sein, sondern vielmehr die subjektive Vorstellung über ein bestimmtes Gottesbild, die Einstellungen der Menschen bezüglich der Glaubenssätze ihrer zugehörigen Religion oder die Relevanz und die Auswirkungen, die diese Einstellungen mit sich bringen (Boos-Nünning, 1972, S. 19). Diese individuellen Einstellungen und religiösen Wertorientierungen bilden die „Grundlage eines religiösen Überzeugungssystems“ und können aufgrund der hohen Subjektivität nur durch die Auskunftsbereitschaft einer Person ermittelt werden (Pickel, 2011, S. 43-47).

Individuelle religiöse Einstellungen und Verhaltensweisen können in unterschiedlichen Ausprägungen vorkommen, werden sowohl durch das kulturelle als auch durch das soziale Umfeld geprägt und entwickeln sich im Laufe des Sozialisationsprozesses stetig fort (Lupu, 2009, S. 37; Boos-Nünning, 1972, S. 18, 40).

Insbesondere das bestehende Gottesbild (väterlich, behütend oder fordernd und streng) eines Menschen, das bereits in der Kindheit primär von den Eltern vermittelt wird, bestimmt spätere Einstellungen zu existentiellen Lebensfragen und die damit verbundenen Praktiken (Rotter, 1993, S. 82).

Diese Praktiken, die ein weiteres Merkmal von Religiosität bilden, sind vorwiegend Handlungen, welche im engen Zusammenhang mit Geboten beziehungsweise Regeln der Kirche stehen und sich in Ritualen oder Zeremonien, wie zum Beispiel bei der Trauung oder der Taufe, äußern können (Pickel, 2011, S. 18).

Pickel (2011, S. 44) geht zwar davon aus, dass sich ein erlerntes Verhalten und erlernte Einstellungen als religiöse Grundhaltung durch den gesamten Lebenslauf eines Menschen hindurch ziehen. Dennoch gäbe es „lebenszyklische Schwankungen in den Bindungsstärken zu Religion“. So würde die Grundhaltung der Menschen zum Beispiel in schwierigen Lebensphasen reaktiviert und sie würden eine stärkere Bindung zur Religion

aufweisen, was vermutlich auch für die Intensität der ausgeübten religiösen Praxis gelte (ebd., S. 44).

Boos-Nünning (1972, S.17) sieht die Religionszugehörigkeit mit den entsprechenden Institutionen als prägende Instanzen für das Ausmaß an Religiosität. Sie definiert Religiosität als „psychische Disposition“ beziehungsweise „als die Beschaffenheit des Menschen in Bezug auf Vorstellungen und Werte, die durch eine Religion bestimmt und offenbart werden“.

Religiosität würde folglich aus einer „Bejahung oder Abweichung von Normen“ gebildet, die „einmal von der Kirche als religiöse Institution vertreten und überliefert und gleichzeitig (...) als religiös verstanden“ wurden (ebd., S. 21).

Es geht also hier um eine persönliche Überzeugung sowohl im Hinblick auf die Existenz und die Wirksamkeit Gottes als auch bezüglich der individuellen Haltung eines Menschen gegenüber institutionalisierten Werten, Normen und Symbolen (Pickel, 2011, S. 18; Boos-Nünning, 1972, S. 23).

Da Menschen aufgrund gleichartiger Sozialisationsprozesse vermutlich ähnliche Einstellungen zu religiösen Werten und Normen aufweisen, sei davon auszugehen, dass innerhalb der verschiedenen Kulturen auch eine einheitliche Auffassung im Hinblick auf die Bedeutung von Religiosität besteht (Boos-Nünning, 1972, S. 17).

Es kann also zusammengefasst werden, dass es sich bei dem Konstrukt der Religiosität um ein „multidimensionales Phänomen“ handelt, dessen Basis aus der persönlichen Zustimmung oder Akzeptanz zu Praktiken und Normen gebildet wird, die von religiösen Institutionen als verbindlich festgesetzt wurden (Pickel, Sammet, 2014, S. 136; Pickel, 2011, S. 18; Boos-Nünning, 1972, S. 23).

Im Folgenden wird der Begriff der Religiosität operationalisiert. Hierfür werden zunächst sowohl die individuelle und die kirchengebundene als auch die intrinsische und extrinsische Religiosität beschrieben und voneinander abgegrenzt. Im Anschluss daran erfolgt eine Erläuterung zum Konzept der „Fünf Dimensionen der Religiosität“ nach Glock & Stark (1965).

2.2.1 Individuelle und kirchengebundene Religiosität

Boos-Nünning, (1972, S. 11, 18) unterscheidet zwischen einer „kirchengebundenen“ beziehungsweise „institutionalisierten“ und einer „weniger kirchengebundenen“ beziehungsweise „individuellen“ Religiosität.

Kirchengebundene Religiosität wird unter anderen durch normative Sätze mit entsprechenden Erwartungen geprägt, deren Erfüllen oder Nichterfüllen positive beziehungsweise negative Sanktionen mit sich bringen (Boos-Nünning, 1972, S. 31). Der persönliche Glaube orientiert sich hier hauptsächlich am formellen System der Kirche (ebd., S. 73).

Bei Katholiken wird zum Beispiel vor allem der Gottesdienstbesuch, der von Seiten der Kirche als selbstverständlich angesehen wird, als wichtiger Indikator für kirchengebundene Religiosität angesehen (ebd., S. 36).

Dem gegenüber bildet der persönliche Glaube an Gott, sofern er durch das Beten untermauert wird, ein Merkmal *individueller Religiosität* (ebd., S. 11, 85).

Individuelle Religiosität kann als „ein tief verankertes, identitätsstiftendes Merkmal (...), das nur begrenzt an wechselnde situative Umstände anpassbar ist“ und die Verbindung zwischen Gott und dem Menschen widerspiegelt, verstanden werden (Lois, 2013, S. 227; Pickel, 2011, S. 33).

Nach dieser Einteilung wären also zum Beispiel auch „unkirchliche“ Menschen, die wenig in die Kirche gehen, als religiös anzusehen, wenn sie dennoch von einer gewissen Frömmigkeit im religiösen Sinne geprägt sind (Boos-Nünning, 1972, S. 25). Religiosität kann also im Gegensatz zur Kirchlichkeit auch unabhängig von einer Bindung an die Kirche bestehen (ebd., S. 27).

Boos-Nünning (1972, S. 51) nennt verschiedene Abstufungen, auf denen Religiosität stattfinden kann (Abbildung 1): Während sich auf der einen Seite Personen befinden, die „nur dem Namen nach“ einer bestimmten Religion angehören (zum Beispiel Katholiken), geben sich Menschen auf der anderen Seite ihrer Religion vollkommen hin. Die dazwischen liegenden Stufen würden von einer „äußerlichen“ und „gelegentlichen“ über eine „zeitweilige“ Teilnahme, dem „Einverständnis mit den wichtigsten Vorschriften“ der Kirche bis hin zur „Identifizierung“ mit der Kirche und ihren Werten reichen. Es könne hier also auch von einem „Intensitätskontinuum der Zugehörigkeit“ gesprochen werden (ebd., S. 51).

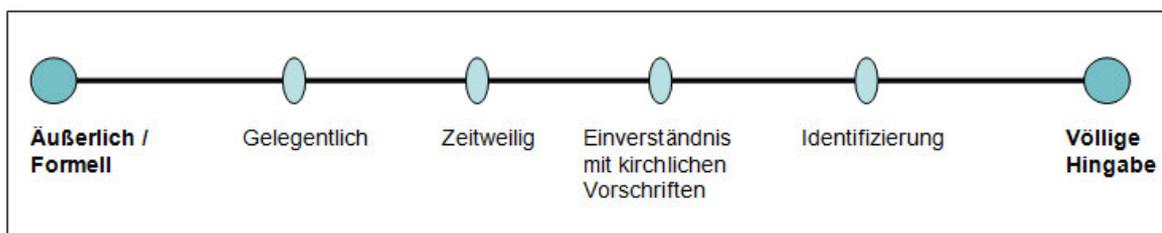


Abbildung 1: Intensitätskontinuum der Zugehörigkeit (eigene Darstellung)

2.2.2 Intrinsische und extrinsische Religiosität

Das Konzept der „intrinsischen“ und „extrinsischen“ Religiosität nach Allport (1950) geht der Frage nach, wo genau die religiöse Motivation eines Menschen verankert ist.

Demnach wird von *intrinsischer Religiosität* gesprochen, wenn diese von innen und aus persönlicher Überzeugung heraus gelebt wird (Wermke, Kunkel-Razum, Scholze-Stubenrecht, 2010, S. 489; Pfeifer, o.J. S. 3).

Menschen mit einer intrinsischen Religiosität sind durch einen tiefen, sinnstiftenden Glauben geprägt, der auf sämtliche Lebensbereiche übertragen wird (ebd.).

Unter *extrinsischer Religiosität* dagegen wird eine Religiosität verstanden, die aufgrund äußerer Antriebe entstanden und weniger tief im Alltagsleben eines Menschen verankert ist (Wermke, Kunkel-Razum, Scholze-Stubenrecht, 2010, S. 327; Pfeifer, o.J., S. 3).

Personen mit einer extrinsischen Religiosität nutzen religiöse Praktiken eher als „Mittel zum Zweck“: Beispielsweise soll durch Gebete Trost beziehungsweise Erleichterung in schwierigen Lebensphasen erlangt werden, während Gottesdienste hauptsächlich besucht werden, um gute zwischenmenschliche Beziehungen aufbauen und pflegen zu können (Pfeifer, o.J., S. 3). Oftmals werden religiöse Praktiken auch einfach nur der Gewohnheit wegen praktiziert, weil die entsprechende Person „so erzogen“ wurde (ebd.).

Zwar kann auch bei extrinsisch religiösen Menschen von einem existierenden Glauben gesprochen werden, jedoch legen sie ihre Prioritäten im Leben auf andere als religiöse Dinge (ebd.).

2.2.3 Fünf Dimensionen der Religiosität

In Anlehnung an Glock & Stark (1965) kann Religiosität in die Dimensionen „Erlebnis-Dimension“, „Inhaltliche-Dimension“, „Rituelle-Dimension“, „Intellektuelle-Dimension“ und „Konsequentielle-Dimension“ eingeteilt werden, was die multidimensionale Komplexität des Phänomens „Religiosität“ erneut verdeutlicht (Pollack, Müller, 2013, S. 10; Pfeiffer, o.J., S. 2).

Mit dem Ansatz der fünf Dimensionen wird eine Operationalisierung der individuellen Religiosität ermöglicht (Boos-Nünning, 1972, S. 45).

Während die Dimensionen analytisch voneinander zu unterscheiden sind, werden sie praktisch miteinander verbunden (Pickel, Sammet, 2014, S. 26).

Sowohl Huber (2008, S. 5) als auch Boos-Nünning (1972, S. 157) kommen zu dem Schluss, dass die einzelnen Dimensionen nicht unabhängig voneinander betrachtet werden dürften wenn es darum geht, Religiosität zu erfassen. Für ein umfassendes Bild der „allgemeinen Religiosität“ bedarf es also der Berücksichtigung aller Dimensionen zusammen (ebd.).

Im Folgenden werden die einzelnen Dimensionen vorgestellt (Abbildung 2):

Erlebnis-Dimension

Mit der „Erlebnis-Dimension“ werden religiöse Erfahrungen eines Menschen erfasst. Hier geht es primär um das subjektive Erleben und um religiöse Emotionen, die eine Person mit ihrer individuellen Religiosität erfährt (Boos-Nünning, 1972, S. 46 f).

Diese Erfahrungen können sich in unterschiedlicher Art und Weise auf der Gefühlsebene eines Menschen äußern:

Glock (1965, S. 30 ff) nennt hier zunächst das menschliche „Bedürfnis“, welches durch eine Unzufriedenheit mit der Welt, die Suche nach dem Sinn des Lebens, oder einem tiefen Wunsch, im Glauben zu wachsen und sich Gott anzunähern, gekennzeichnet ist (Glock, 1965, S. 30 ff; Pfeifer, o.J., S. 2).

Einen weiteren Aspekt der Erlebnis-Dimension bildet das „Erkennen“. Dieses ist durch eine persönliche Überzeugung und das Wissen um Gottes Gegenwart und sein Wirken in der Welt aufgrund einer individuell erfahrenen „Nähe zum Göttlichen“ gekennzeichnet (Glock, 1965, S. 30 ff; Pfeifer, o.J., S. 2).

Das „Vertrauen“ stellt schließlich einen letzten Gesichtspunkt dar: Ein Mensch kann ein Gefühl der Geborgenheit und des Vertrauens entwickeln, wenn er sich in Gott geborgen und in schwierigen Lebenslagen von ihm geführt fühlt. Je nach vorherrschendem Gottesbild kann eine Person auch „Furcht“ empfinden, wenn sie eher den „Richter“ in Gott sieht (Glock, 1965, S. 30 ff; Boos-Nünning, 1972, S. 96; Pfeifer, o.J., S. 2).

Inhaltliche-Dimension

Schwerpunkte der „Inhaltlichen-Dimension“ bilden die von einer institutionalisierten Religion bestimmten Glaubenssätze, die von religiösen Menschen anerkannt werden sollen (Boos-Nünning, 1972, S. 46).

Es werden hier drei „Unterdimensionen“ voneinander unterschieden (Pickel, Sammet, 2014, S. 137):

Die *Orthodoxie* bildet den Glauben an göttliche Existenz.

Der *Partikularismus* bezieht sich auf den Glauben an Gottes Gebote und Absichten und die Rolle, die ein Mensch diesbezüglich einnimmt.

Der *Ethikalismus* richtet den Fokus schließlich auf das „religiös begründete Verhalten“ eines Menschen, um dem Willen Gottes gerecht zu werden.

Innerhalb der verschiedenen Religionen und religiösen Traditionen können unterschiedliche Glaubenssätze existieren (Boos-Nünning, 1972, S. 46).

Je nach individuellem Bekenntnis, kann sich laut Glock (1965, S. 23 ff) die persönliche Glaubenseinstellung zwischen „Ungläubigkeit“, „liberaler“, „moderner“ und „traditioneller“ Gläubigkeit bewegen.

Rituelle-Dimension

Die „Rituelle-Dimension“ beinhaltet die religiöse Praxis. Hier geht es darum, religiöses Verhalten der Menschen zu erfassen (Boos-Nünning, 1972, S. 46; Pfeifer, o.J., S. 2).

Der Fokus richtet sich dabei weniger auf die Motivation oder die Bedeutung des entsprechenden Verhaltens, sondern auf die rein objektive Praxis (Boos-Nünning, 1972, S. 46).

In der Rituellen-Dimension wird zwischen „Devotion“ beziehungsweise „privater Praxis“ und „Ritual“ beziehungsweise „öffentlicher Praxis“ unterschieden (Glock, 1965, S. 28 ff; Pickel, Sammet, 2014, S. 137). Während sich ersteres auf individuelle religiöse Handlungen (zum Beispiel zu Hause alleine beten) bezieht, meint letzteres kollektive Handlungen, die in formelle Abläufe eingebunden sind (zum Beispiel Feier des Gottesdienstes) (Pickel, Sammet, 2014, S. 137).

Intellektuelle-Dimension

Die „Intellektuelle-Dimension“ ist, im Gegensatz zu den anderen Dimensionen, spezifischer gefasst, da sie sich auf das konkrete Wissen im Hinblick auf eine bestimmte Religion und deren Lehren bezieht (Boos-Nünning, 1972, S. 46). Dieses Wissen sei laut Glock (1965, S. 32 f) jedoch nicht als Ursprung des Glaubens zu bezeichnen.

Zu erfassen ist diese Dimension beispielsweise durch die Ermittlung gelesener religiöser Literatur (zum Beispiel die Bibel) oder auch durch die Feststellung, ob grundlegende, schwierige Entscheidungen mit religiösen Begründungen angegeben werden (Boos-Nünning, 1972, S. 48).

Konsequentielle-Dimension

Die „Konsequentielle-Dimension“ fragt danach, wie sehr ein Mensch nach seinem Glaubensbekenntnis lebt und welche entsprechenden „Konsequenzen“ dieses Verhalten mit sich bringt (Glock, 1965, S. 34 ff; Pfeifer, o.J., S. 2).

Hier geht es also primär um die Auswirkungen „des religiösen Glaubens, des Wissens, der Erfahrung und der Praxis im alltäglichen Leben“ (Boos-Nünning 1972, S. 47).

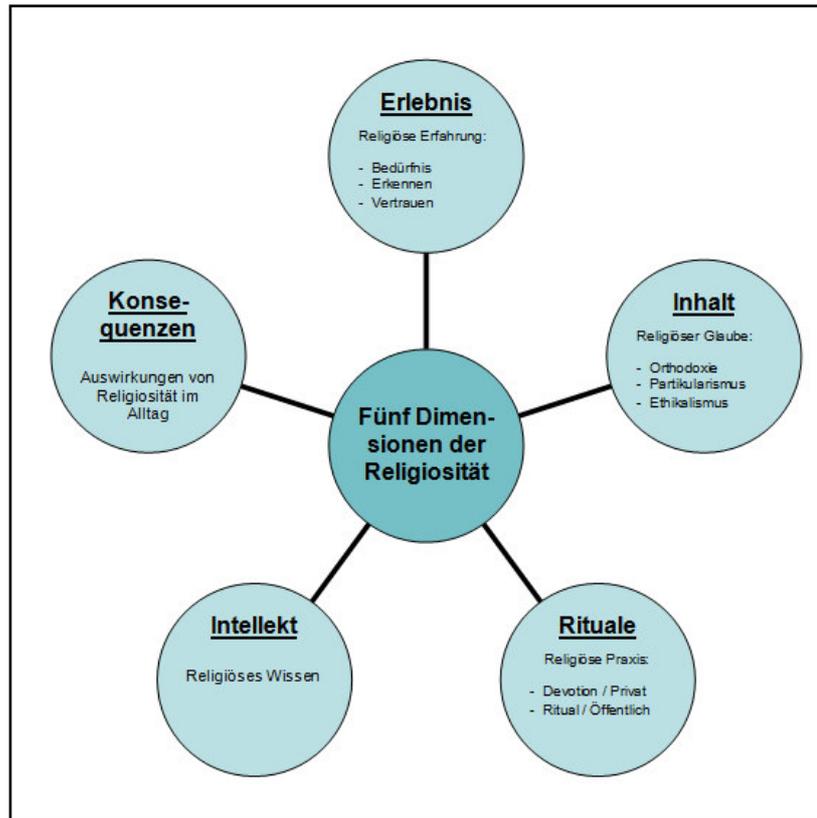


Abbildung 2: Fünf Dimensionen der Religiosität
(eigene Darstellung in Anlehnung an Glock (1969) und Glock & Stark (1965))

Das Konzept der Fünf Dimensionen der Religiosität wurde bereits von mehreren Wissenschaftlern, unter anderen von Boos-Nünning (1972) in einer eigenen Untersuchung und von Huber (2008) im Rahmen des Religionsmonitors der Bertelsmann Stiftung, aufgegriffen.

Es bleibt festzuhalten, dass durch den Ansatz der „Fünf Dimensionen der Religiosität“ eine „funktionale Äquivalenz“ geschaffen wird, die eine Erfassung von Religiosität in unterschiedlichen Religionen und Kulturen ermöglicht (Pickel, Sammet, 2014, S. 139).

2.3 Kontrolle und Selbstwirksamkeit

Die Konstrukte der Kontrollüberzeugung und der Selbstwirksamkeitserwartung stehen in engem Zusammenhang zueinander und bilden wichtige personale Ressourcen, die unter anderem eine Grundlage sowohl für das Handeln eines Menschen als auch für eine kontinuierliche und effiziente Selbstregulation darstellt (Schwarzer, Jerusalem, 2002, S. 30, 37).

Im Folgenden wird zunächst das Konstrukt der Kontrolle sowie die internale und externale Kontrollüberzeugung definiert und erklärt. Anschließend erfolgt eine Erläuterung zum Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung nach Bandura (1977).

2.3.1 Kontrolle – Eine Definition

Unter Kontrolle wird ein „elementarer Lebensprozess“ verstanden, der dem Menschen die Macht vermittelt, durch „instrumentelle Handlungen (...) ein bestimmtes Ereignis (inkl. Zustand) (...) herbeizuführen, aufrechtzuerhalten oder zu vermeiden“ (Flammer, Nakamura, 2002, S. 83; Osnabrügge, Stahlberg, Frey, 1993, S. 128).

Hierbei ist die subjektive Wahrnehmung und Überzeugung eines Menschen ausschlaggebend dafür, ob etwas als kontrollierbar verstanden werden kann oder nicht (Osnabrügge, Stahlberg, Frey, 1993, S. 128).

Kontrolle kann sowohl durch einflussreiche Aktivitäten als auch kognitiv erlebt werden (Osnabrügge, Stahlberg, Frey, 1993, S. 129).

Nach Thompson (1981) können vier Formen kognizierter Kontrolle unterschieden werden:

Die erste Form bildet die „*Beeinflussbarkeit*“ (behavioral control). Diese meint, dass eine Person durch ihr Verhalten ein Ereignis oder dessen Folgen modifizieren kann (Osnabrügge, Stahlberg, Frey, 1993, S. 128).

Erhält eine Person zeitliche und inhaltliche Informationen über ein anstehendes Ereignis, handelt es sich um die „*Vorhersehbarkeit*“ (information control) der entsprechenden Situation (ebd., S. 128). Das Bedürfnis der Vorhersehbarkeit bezieht sich laut Miller (1981) hauptsächlich auf Ereignisse, die ein Mensch erwartet beeinflussen zu können, um negative Auswirkungen zu vermeiden.

Des Weiteren kann durch *Kognitive Kontrolle* (cognitive control) eine bestimmte Situation mit entsprechenden Strategien, wie zum Beispiel Uminterpretation oder Vermeidung, verharmlost beziehungsweise ihr ein Sinn verliehen werden, während dieses Ereignis durch die *Retrospektive Kontrolle* (retrospective control) nachträglich auf bestimmte Ursachen zurückgeführt wird. Dieses ermöglicht es einer Person, einer vorher wahrgenommenen, „ungeordneten“ Umwelt wieder Struktur zu verleihen, was gleichzeitig die Möglichkeit impliziert, dieses oder ein ähnliches Ereignis zukünftig beeinflussen zu können (Osnabrügge, Stahlberg, Frey, 1993, S. 128, 146 f).

Menschen empfinden Kontrolle als „beglückend“ (Flammer, Nakamura, 2002, S. 83).

Das Gefühl, die Kontrolle zu besitzen, steigert sowohl den Selbstwert als auch die Selbstwirksamkeit und reduziert somit wahrgenommene Bedrohungen, die aus unterschiedlichen Lebensereignissen heraus entstehen können (Flammer, Nakamura, 2002, S. 85; Osnabrügge, Stahlberg, Frey, 1993, S. 129).

2.3.2 Internale und Externale Kontrollüberzeugung

Unter *Kontrollüberzeugung* wird eine „generalisierte Erwartung der internen bzw. externen Verstärkung“ verstanden, mit der ein Ziel erreicht beziehungsweise nicht erreicht werden kann (Kovaleva et al., 2014; Krampen, 1989, S. 5 f.). Krampen (1989, S. 8) bezeichnet dieses Konstrukt auch als „Handlungs-Ergebnis-Erwartung“.

Das Konstrukt der Kontrollüberzeugung geht auf die soziale Lerntheorie der Persönlichkeit von Rotter (1966) zurück und verfolgt die Annahme, dass Menschen eine generalisierte Kontrollerwartung über von ihnen selbst bestimmte Lebensereignisse besitzen (Jakoby, Jacob, 2014).

Das Ausmaß von Entscheidungen beziehungsweise der Motivation zu handeln wird hier durch erwartete Konsequenzen, die aus dem individuellen Verhalten resultieren könnten, erklärt (ebd.).

Während eine Person in vertrauten Situationen vermutlich davon überzeugt ist, die entsprechenden Bewältigungskompetenzen zu besitzen und somit auf „routinemäßige Handlungsautomatismen“ [Anm. d. Verf.] zurückgreift, wird sie in eher unbekanntem Situationen ihr Handeln wahrscheinlich von generalisierten Erwartungen abhängig machen, die darüber entscheiden, ob das Ereignis beeinflussbar ist oder nicht (Krampen, 1989, S. 6).

Eine generalisierte Kontrollüberzeugung entwickelt sich durch Lernerfahrungen und die individuelle Wahrnehmung eines Menschen bezüglich sozialer Ereignisse und Auswirkungen im Hinblick auf sein Verhalten (Kovaleva et al., 2014).

Nach dem Rotterschen Prinzip eines „unidimensionalen Kontinuums“ (Rotter, 1966), lässt sich die Kontrollüberzeugung in „internale“ und „externale“ Kontrollüberzeugung einteilen, die die individuelle wahrgenommene Lokation der Kontrolle beschreiben (Locus of control).

Internale Kontrollüberzeugung beschreibt das Ausmaß individueller Überzeugungen, Situationen und Ereignisse selbst kontrollieren zu können und entsprechende Resultate als Ergebnis des eigenen Verhaltens zu betrachten (Levenson, 1972; Rotter, 1966).

Dieses meint, dass Menschen durch Selbstvertrauen in ihre persönlichen Kompetenzen davon überzeugt sind, ihr Leben durch eigenes Verhalten steuern zu können (Rotter, 1966).

Pfrang (1989, S. 96 f) schreibt Menschen mit dem Persönlichkeitsmerkmal der internalen Kontrollüberzeugung „instrumentelle und expressive Fähigkeiten“ zu, mit denen sie ihre Meinung zu bestimmten (politischen) Themen vertreten oder sich auch gegen äußere Anfeindungen zur Wehr setzen können.

Unter *externaler Kontrollüberzeugung* wird das Ausmaß verstanden, in dem Ereignisse auf das Schicksal, Glück, den Zufall oder „mächtigen Anderen“, also einer Kontrolle „von außen“, auf die der Mensch keinen Einfluss hat, zurückgeführt werden (Levenson, 1972; Rotter, 1966).

Menschen mit dem Persönlichkeitsmerkmal der externalen Kontrollüberzeugung seien laut Pfrang (1989, S. 97) häufig äußerst misstrauisch gegenüber anderen Personen oder Institutionen. Sie seien oft von einer fehlenden Selbstakzeptanz und mangelnder Fähigkeit, sich in ein soziales Leben zu integrieren, geprägt, was folglich zu vermehrter Isolation und Vereinsamung führen könne (Brandstätter, Krampen, Balthes-Götz, 1989, S. 167; Pfrang, 1989, S. 97).

Internale und externale Kontrollüberzeugungen werden als „Persönlichkeitskonstrukte“ betrachtet und können laut Jakoby & Jacob (2014) besonders zur Erklärung im Hinblick unsicheren Verhaltens (zum Beispiel im medizin-soziologischen Forschungsbereich) beitragen.

2.3.3 Konzept der Selbstwirksamkeit

Das Konzept der *Selbstwirksamkeit* (engl.: Self-Efficacy) nach Bandura (1977) bezieht sich auf seine sozial-kognitive Theorie und beschreibt die „Einschätzung eigener Kompetenzen, Handlungen erfolgreich ausführen (...) und kritische Anforderungssituationen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können“ (Hinz et al., 2006, S. 26; Schwarzer, Jerusalem, 2002, S. 35). Dieses Konzept steht in enger Beziehung zum Konstrukt der Kontrollüberzeugung (Judge et al., 2002).

Die sozial-kognitive Theorie von Bandura (1992, 1997, 2001) geht davon aus, dass subjektive Überzeugungen für die Steuerung motivationaler, aktionaler, kognitiver und emotionaler Prozesse verantwortlich sind, was sich in einer „Handlungs-Ergebnis-“ beziehungsweise „Konsequenzerwartung“ und in einer „Selbstwirksamkeitserwartung“ beziehungsweise „Kompetenzüberzeugung“ widerspiegelt (Schwarzer, Jerusalem, 2002, S. 35).

Während die Selbstwirksamkeitserwartung den Fokus auf die individuelle Einschätzung persönlicher Handlungsmöglichkeiten in bestimmten Situationen legt, konzentriert sich die

Konsequenzerwartung vermehrt auf Ressourcen, die für ein bestimmtes Resultat benötigt werden (ebd., S. 35 f).

Individuelle Selbstwirksamkeitserwartungen beeinflussen das Denken, Fühlen und Handeln eines Menschen und entwickeln sich aus dem subjektiven Erleben positiver beziehungsweise negativer Konsequenzen, die aus dem eigenen Verhalten resultieren (Beierlein et al., 2014; Schwarzer, Jerusalem, 2002, S. 37).

Jerusalem (1990) konnte in einer Untersuchung unter anderem die Dynamik von Selbstwirksamkeit und Selbstregulationsprozessen beleuchten und somit den Entwicklungszyklus der Selbstwirksamkeit verdeutlichen (Abbildung 3):

Bei der Bearbeitung von Intelligenzaufgaben wurden den Teilnehmern durchgehende schlechte Leistungen zurückgemeldet. Während Menschen mit einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung trotzdem noch ein Gefühl der Selbstbestimmtheit und der Kontrolle besaßen und ihren Misserfolg externen Ursachen zuschrieben, erlebten Personen mit einer geringeren Selbstwirksamkeitserwartung das Gegenteil. Sie erfuhren ein Gefühl des Kontrollverlustes und verorteten ihren Misserfolg in ihrer Inkompetenz, was schließlich als „Versagen“ gedeutet wurde und ihre bereits bestehende geringe Selbstwirksamkeitserwartung weiter verminderte (Jerusalem, 1990).

Dies verdeutlicht, dass sich im ungünstigsten Fall aus dieser Dynamik ein „Teufelskreis im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung“ entwickeln könnte (Schwarzer, Jerusalem, 2002, S. 39).

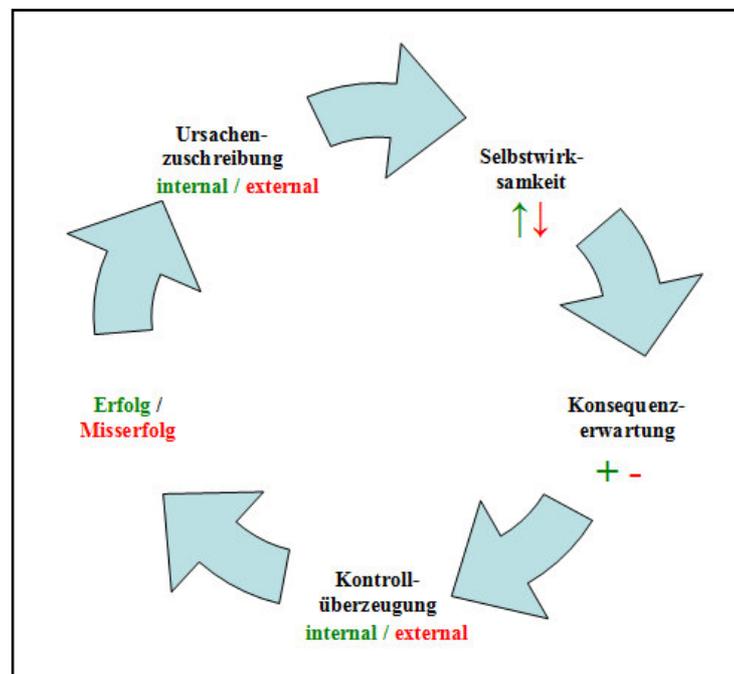


Abbildung 3: Entwicklungszyklus der Selbstwirksamkeit
(eigene Darstellung)

Laut Schwarzer & Jerusalem (2002, S. 42-45) können vier Quellen ausgemacht werden, die Selbstwirksamkeitserwartungen nachhaltig beeinflussen:

Eigene Erfahrungen im Sinne von erlebten Erfolgen beziehungsweise Misserfolgen können die Selbstwirksamkeit stärken oder schwächen (ebd., S. 42).

Durch das *Beobachten und Nachahmen von Modellen* (gemeint sind hier Menschen, die der eigenen Person zum Beispiel in Alter, Geschlecht etc. ähneln) können Ideen entwickelt werden, wie mit bestimmten (schwierigen) Situationen umgegangen werden kann. Durch persönliche Reflektion werden eigene Ressourcen so besser wahrgenommen (ebd., S. 43 f).

Konkrete Rückmeldungen in Form von *Überredungen* beziehungsweise Überzeugungen führen im günstigen Fall dazu, dass durch Aussagen wie „Du kannst es“ die individuelle Selbstwirksamkeitserwartung gestärkt wird. Besonders, wenn dieses durch Autoritätspersonen geäußert wird, sei dieser Effekt zu erwarten, da davon auszugehen sei, dass entsprechende Kompetenzen zur Bewältigung einer Situation vorhanden sind, jedoch erst „geweckt“ werden müssten (ebd., S. 44 f).

Schließlich kann die persönliche Selbstwirksamkeitserwartung durch *gefühlsmäßige Erregungen* beeinflusst werden, deren Beurteilung für die Bewältigung einer Situation ausschlaggebend sein kann. So könnte beispielsweise Angst als Anzeichen eigener Unfähigkeit gedeutet werden (ebd., S. 45).

2.4 Stand der Forschung

Das Thema „Patientenverfügung“, ihre Verbreitung in der Bevölkerung und welche Einflussfaktoren beziehungsweise Gründe für das Verfassen / Nicht-Verfassen einer Patientenverfügung verantwortlich sind, war in der Vergangenheit bereits vermehrt Gegenstand der empirischen Forschung.

Eine Studie der Bertelsmannstiftung und der BARMER GEK hat hierzu im Rahmen der 19. Befragungswelle des Gesundheitsmonitors 1782 Personen befragt (Böcken, Braun, Repschläger, 2011). Die Ergebnisse zeigten, dass 83 Prozent der Befragten keine Patientenverfügung besaßen und 6 Prozent sogar noch nie von der Möglichkeit, eine Patientenverfügung abschließen zu können, gehört hatten (ebd., S. 179).

Die Studie zeigt außerdem, dass die persönliche Einstellung zum Thema Patientenverfügung hauptsächlich durch Erfahrungen im persönlichen beziehungsweise sozialen Umfeld geprägt wird (ebd., S. 186).

Dieses stützt die Ergebnisse einer weiteren Studie von Jaspers et al. (2010), wonach nicht die eigene gesundheitliche Situation die Angaben in einer Patientenverfügung be-

stimmt, sondern vielmehr das Umfeld aber auch die Medien und daraus resultierende negative Erfahrungen.

Eine weitere Studie des IfD Allensbach von 2014 hat ergeben, dass von 1530 befragten Personen ab 16 Jahren 28 Prozent bereits eine Patientenverfügung verfasst haben. Dieses würde im Vergleich zu der Studie der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK einen Anstieg um 11 Prozent innerhalb von drei Jahren verdeutlichen.

Eine GfK-Umfrage von 2016 mit 1969 Frauen und Männern ab 14 Jahren konnte zeigen, dass 74,6 Prozent der Befragten keine Patientenverfügung besitzen. 67,9 Prozent gaben als Grund hierfür an, zu schlecht über die Regelungen zur Patientenverfügung inklusive den formalen Anforderungen informiert zu sein.

Auch die Konstrukte Religiosität, Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeit wurden bereits in diversen empirischen Studien untersucht:

Innerhalb Deutschlands existieren insbesondere zum Thema Religiosität regelmäßige Umfragenserien, die innerhalb der Religionssoziologie die Entwicklung von Religiosität und Kirchlichkeit in der Bevölkerung betrachten (Pickel, 2011, S. 326). Nennenswert sind in diesem Zusammenhang die im zweijährigen Turnus durchgeführten Allbus-Umfragen (Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften) (GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften in Mannheim, o.J.), Studien der EKD (alle 10 Jahre) (EKD, 1996-2017) und die Sinus-Studie (BDKJ, MISEREOR, 2008). Letztere legt ihren Fokus insbesondere auf die Religiosität von Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Im Hinblick auf die Messbarkeit und die Vergleichbarkeit individueller Religiosität, wird dem Religionsmonitor der Bertelsmann Stiftung (2008) eine wichtige Bedeutung zugeschrieben (Pollack, Müller, 2013, S. 7 f). Dieser verortet sein Messkonzept im Konzept der „Fünf Dimensionen der Religiosität“ (siehe hierzu 2.2.3).

Mit dem Religionsmonitor 2013 sollte die Wechselwirkung von Religion und Gesellschaft untersucht werden. Hierfür wurden weltweit 14.000 Menschen aus 13 Ländern befragt. Der Befragung lagen ca. 100 Fragen zugrunde, in denen besonders auf persönliche Überzeugungen, Einstellungen und Verhaltensweisen zum Thema Religion eingegangen wurde. Die Ergebnisse weisen auf einen Bedeutungsrückgang traditioneller Religiosität hin, der mit einer zunehmenden „Liberalität“ ethisch-moralischer Vorstellungen einhergeht (Pollack, Müller, 2013, S. 54 ff). Ebenso lässt sich ein Trend in Richtung „Patchwork-Religiosität“ erkennen, in der sich die Menschen vermehrt alternativen / außerkirchlichen Formen von Religion zuwenden (ebd.).

Neben den hier aufgezählten Studien, aus denen primär ein Gesamtbild im Hinblick auf Religiosität in der Bevölkerung aufgezeigt wird, existieren weitere Untersuchungen, die für den folgenden Verlauf dieser Arbeit von Bedeutung sind:

So verweisen einige Studien auf einen bestehenden Zusammenhang zwischen individueller Religionsausprägung und dem Alter beziehungsweise der Schichtzugehörigkeit:

Eine Untersuchung zum Thema „Altersabhängige Veränderungen der kirchlichen Religiosität im Lebenslauf“ von Lois (2013, S. 216-219) zeigte, dass der Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter, verbunden mit der Abnabelung vom Elternhaus und dem Einstieg ins Berufsleben, zur Abschwächung der kirchlichen Religiosität führt. Ein umgekehrter Effekt dagegen ist im früheren bis mittleren Erwachsenenalter auszumachen: Von dieser Lebenszeitspanne an wächst die Religiosität mit steigendem Alter. Den Grund hierfür sehen die Befragten in zunehmenden zeitlichen Ressourcen und ein verstärktes Auseinandersetzen mit existentiellen Fragen im Übergang in den Ruhestand.

Untersuchungen von Fukuyama (1961, S. 159) und Demerath (1961, S. 150) belegen weiter, dass kirchengebundene Religiosität eher Menschen der mittleren und oberen Schicht zugeschrieben werden kann, während Personen der unteren Schichten primär von individueller Religiosität geprägt seien.

Weiterhin untermauern diverse Studien die Aussage Pollacks & Müllers (2013, S. 7, 13), nach der Religion „ein wesentlicher Faktor für das Denken und Handeln der Menschen“ sei.

So konnte Lind (2003) in einer durchgeführten Untersuchung aus latein-amerikanischen Ländern zeigen, dass sowohl eine dogmatische Religiosität, als auch ein konservativ geprägtes religiöses Umfeld mit entsprechenden religiösen Lehrsätzen kritisches Denken verhindert. Dieses betreffe laut der Studie primär Konfliktsituationen mit religiöser Relevanz beziehungsweise existentiellen Fragen.

Meulemann (1998, S. 269-283) und Gensicke (2006, S. 203-239) stellten darüber hinaus fest, dass sich religiöse Menschen schon alleine aufgrund ihrer persönlichen Moral stärker an Normen und Vorgaben halten als nichtreligiöse Menschen.

Im Hinblick auf die Einstellung gegenüber lebenserhaltenden Maßnahmen konnten Heeren et al., (2001, S. 206) zeigen, dass Christen verschiedener Konfessionen eine größere Bereitschaft zu lebensrettenden Maßnahmen aufzeigen als Konfessionslose.

Diese Feststellung wurde von Balboni et al. (2007) bestätigt: Hier konnte in einer entsprechenden Studie ein signifikanter Zusammenhang zwischen Religiosität und dem Wunsch

nach lebenserhaltenden Maßnahmen festgestellt werden. Dieses wurde von den Forschern so gedeutet, dass religiöse Menschen dem Leben eine wichtigere Bedeutung beimessen und mit Blick auf die Allmacht Gottes auch eher Hoffnung auf Heilung haben. Religiosität würde laut Balboni et al. (2007) außerdem dazu beitragen, die Verbindung zu Mitmenschen zu bewahren. Der Wunsch nach dieser Verbindung würde durch eine Krankheit verstärkt, was dazu führe, dass Maßnahmen ergriffen werden sollen, um weiter leben zu können (ebd.).

Cicirelli, MacLean & Cox (2000) und Silva et al. (2016) fanden darüber hinaus heraus, dass sowohl Menschen, die sich an ärztliche Vorgaben halten als auch Personen, die lebenserhaltende Maßnahmen eher annehmen, zu einer höheren intrinsischen Religiosität tendieren.

In der Untersuchung von Siennicka et al. (2016) wurde zusätzlich ein Zusammenhang zwischen Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeitserwartung und Adhärenz aufgezeigt: Je stärker die wahrgenommene internale Kontrolle, desto höher war die Selbstwirksamkeit und desto eher wurden ärztliche Meinungen und vorgeschlagene Behandlungen akzeptiert.

Während eine internale Kontrollüberzeugung eher von jüngeren Menschen erlebt wird, nehmen laut einer Erhebung von Brandstätter, Krampen & Baltes-Götz (1989, S. 1161 f) ältere Menschen ihre persönliche Entwicklung stärker durch äußere Einflüsse bestimmt wahr.

Dieser Erkenntnis gegenüber steht eine Studie von Kim-Spoon et al. (2013), wonach das Bewusstsein, von Gott „überwacht“ zu werden, Jugendliche weniger schädliche Substanzen konsumieren lässt. Es gäbe demnach einen Zusammenhang zwischen hoher Religiosität und einer ausgeprägten Selbstbeherrschung aufgrund des Gefühls, „(von Gott) kontrolliert zu werden“.

Im Hinblick auf ein bestehendes Kontrollbedürfnis und dem damit verbundenen Selbstbestimmungsrecht, konnten Miller, Harkavey & Hammel (1979) in einer Studie nachweisen, dass Menschen auf die Beeinflussbarkeit einer Situation verzichten, wenn sie erwarten, auf diese nur geringen positiven Einfluss ausüben zu können oder wenn sie anderen Personen eine höhere Kompetenz zuschreiben, über diese Situation zu bestimmen.

Auch Menschen, die Verantwortung und eine damit einhergehende Kontrollbereitschaft meiden möchten, verzichten laut einer Befragung von Miralisky & Langer (1978) auf Beeinflussbarkeit und somit auf ihr Selbstbestimmungsrecht.

2.5 Fragestellung der Arbeit

Wie aus Kapitel 2.4 hervorgeht, liegen bereits diverse Studien zu den Themen Patientenverfügung, Religiosität, Selbstwirksamkeitserwartung und Kontrollüberzeugung vor.

Nach aktuellem Kenntnisstand der Autorin existieren jedoch noch keine Studien im Hinblick auf die Frage, ob Religiosität und der Glaube das Verfassen / Nicht-Verfassen einer Patientenverfügung möglicherweise beeinflussen.

Der vorliegenden Bachelorarbeit liegt daher folgende Forschungsfrage zugrunde:

Hat das Verfassen einer Patientenverfügung etwas mit christlicher Glaubensausprägung zutun?

2.6 Hypothesen

Ausgehend von den bestehenden Erkenntnissen bezüglich intrinsischer / extrinsischer Religiosität, Selbstwirksamkeitserwartung und internaler / externaler Kontrollüberzeugung, liegen dieser Arbeit folgende Überlegungen zugrunde:

1.) Menschen können in zwei „Typen“ unter dem Aspekt der Religiosität eingestuft werden:

Einerseits gibt es Personen, die aus einer inneren Überzeugung heraus mit ihrer Religion „verwurzelt“ sind und aus ihrem Glauben Mut, Hoffnung und Kraft schöpfen (intrinsische Religiosität) (Wermke, Kunkel-Razum, Scholze-Stubenrecht, 2010, S. 489; EKD, DBK, 2012, S. 5). Sie versuchen ihren Glauben in alle Lebensbereiche zu integrieren, da ihre religiöse Überzeugung das ist, was hinter ihrer ganzen Lebensauffassung steht (Pfeifer, o.J., S. 3). Praktiken wie beispielsweise Gottesdienstbesuche oder das Lesen religiöser Bücher erfolgen aus innerer Überzeugung und einem inneren Verlangen heraus, um Antworten für den Sinn ihres Lebens zu erhalten (ebd.).

Andere Menschen wiederum bezeichnen sich zwar als „religiös“ und fühlen sich der christlichen Kirche zugehörig, nehmen deren Leitsätze aber als nicht so ernst und möchten lediglich die „Vorzüge“, die die entsprechende Religion mit sich bringt, genießen (extrinsische Religiosität) (Wermke, Kunkel-Razum, Scholze-Stubenrecht, 2010, S. 327; Pfeifer, o.J., S. 3). Sie beten, weil sie so erzogen wurden und besuchen den Gottesdienst oder die Gemeinde, um zwischenmenschliche Kontakte zu knüpfen und Anerkennung erfahren zu können (Pfeifer, o.J., S. 3). Ihr Glaube gibt diesen Personen zwar auch Trost in schwierigen Zeiten, jedoch lehnen es extrinsisch religiöse Menschen ab, dass die Religion ihren Alltag bestimmt (ebd.).

Im Hinblick auf das Verfassen einer Patientenverfügung stellt sich zunächst einmal die Frage, ob es diesbezüglich einen Zusammenhang gibt und wenn ja, ob er mit den beiden Typen „intrinsisch“ und „extrinsisch“ in Verbindung steht?

Ausgehend von bereits bestehenden wissenschaftlichen Erkenntnissen, dass sich intrinsisch religiöse Menschen eher an ärztliche Vorgaben halten und auch eher lebenserhaltende Maßnahmen annehmen (Silva et al., 2016; Cicirelli, MacLean, Cox, 2000) lässt sich vermuten, dass Menschen mit einer intrinsisch geprägten Religiosität auch eher eine Patientenverfügung verfassen als Menschen mit einer extrinsisch geprägten Religiosität. Vielleicht sehen intrinsisch religiöse Menschen das Leben eher als ein „Geschenk“ Gottes an, mit dem entsprechend fürsorglich umgegangen werden muss. Möglicherweise beziehen sich diese Menschen daher mehr auf ihre christliche Einstellung, das Leben in allen seinen Phasen verantwortlich zu gestalten, wozu auch eine entsprechende Vorsorge sowohl für das tätige Leben als auch für das Sterben gehört (EKD, DBK, 2012, S. 11; EKD, 2007). Extrinsisch religiöse Menschen sehen ihr Leben dagegen vermutlich nicht als „Geschenk Gottes“, sondern nehmen es einfach so hin und machen sich vor diesem Hintergrund daher wahrscheinlich auch keine Gedanken bezüglich „Vorsorge treffen“.

2.) Es wird weiterhin angenommen, dass Menschen mit einer intrinsischen Religiosität, die also aus innerer Überzeugung heraus ihr Leben ganz auf ihren Glauben und ihre Religion ausrichten, auch empfänglicher für die Meinung religiöser Institutionen sind.

Die Katholische und die Evangelische Kirche bieten seit dem Jahre 1999 eine „Christliche Patientenvorsorge“ an. Diese beinhaltet eine entsprechende Handreichung, in der in besonderer Weise theologisch-ethische Aspekte berücksichtigt werden (EKD, DBK, 2012).

Vor dem Hintergrund, dass die Kirche mit der „Christlichen Patientenvorsorge“ das Abschließen einer Patientenverfügung generell unterstützt, stellt sich die Frage, ob und inwiefern intrinsische Religiosität Einfluss auf die Entscheidung für oder gegen das Verfassen einer Patientenverfügung ausübt. Wenn also, wie oben bereits beschrieben, intrinsisch religiöse Menschen großen Wert auf die Meinung der Kirche legen würden, müssten sie folglich deren Empfehlung folgen und eine Patientenverfügung abschließen.

Extrinsisch religiösen Personen ist die Meinung der Kirche dagegen vermutlich nicht so wichtig und sie würden daher wahrscheinlich auch keinen Anlass darin sehen, eine Patientenverfügung zu verfassen, nur weil die Kirche dieses unterstützt.

3.) Das Verfassen einer Patientenverfügung verlangt von einem Menschen die Bereitschaft, sein Leben selbstbestimmt zu gestalten und in gewisser Weise auch zu „kontrollieren“.

Als Gegenthese zur obigen Annahme, dass intrinsisch religiöse Menschen vermutlich eher eine Patientenverfügung abschließen als extrinsisch religiöse Menschen, wird vermutet, dass intrinsische Religiosität von einem derart starken Vertrauen auf Gott und der Überzeugung, dass Gott einen unbeeinflussbaren, vorgefertigten Plan für jedes Menschenleben bestimmt hat, gekennzeichnet ist. Dieses würde möglicherweise dazu führen, dass intrinsisch religiöse Menschen eher keine Patientenverfügung abschließen, weil sie ihr Leben als von ihnen selbst „unbeeinflussbar“ (externale Kontrollüberzeugung) ansehen, während extrinsisch religiöse Menschen vielleicht eher davon überzeugt sind, ihr Leben selbst bestimmen zu können (internale Kontrollüberzeugung) und dieses auch wollen.

4.) Es wäre in diesem Kontext weiter zu überlegen, ob sich intrinsisch religiöse Menschen im Hinblick auf das Treffen von Entscheidungen und der Übernahme von Verantwortung eventuell weniger zutrauen als extrinsisch religiöse Menschen. Möglicherweise können sie sich in schwierigen Situationen nicht auf ihre eigenen Fähigkeiten verlassen und übergeben die Verantwortung lieber an Gott mit der Annahme, dass dieser sowohl die Vergangenheit, als auch die Gegenwart und die Zukunft bestimmt. Demnach müsste auch keine Patientenverfügung abgeschlossen werden, weil sämtliche Verantwortung über Leben und Tod in Gott liegen würde.

Extrinsisch religiöse Menschen dagegen haben möglicherweise weder in Gott noch in ihre Angehörige oder die behandelnden Ärzte ausreichendes Vertrauen und sind demzufolge vielleicht eher davon überzeugt, ihr Leben selbst in der Hand zu haben und auch für schwierige Situationen die nötigen Bewältigungskompetenzen zu besitzen. Daher wäre es denkbar, dass diese Personen auch eher eine Patientenverfügung abschließen.

Aus diesen Vorüberlegungen lassen sich folgende Hypothesen ableiten:

1. Je intrinsischer die Religiosität, desto eher wird eine Patientenverfügung verfasst.
2. Christen verfassen eher eine Patientenverfügung wenn sie wissen, dass die Kirche dieses befürwortet und unterstützt
3. Je höher die externale Kontrollüberzeugung, desto weniger wird eine Patientenverfügung verfasst.
4. Je höher das Selbstvertrauen, desto eher schließen Menschen eine Patientenverfügung ab.

2.7 Zielstellung der Arbeit

Das Ziel des Projektes bestand einerseits darin herauszufinden, was Menschen dazu motiviert beziehungsweise davon abhält, eine Patientenverfügung abzuschließen. Andererseits sollten sie durch die Befragung einen Denkanstoß erhalten und für das Thema „Patientenverfügung“ sensibilisiert werden.

Die vorliegende Arbeit soll mit dem bereits vorgestellten Teilthema einen Beitrag für dieses übergeordnete Ziel leisten.

Zusätzlich soll wissenschaftliches Interesse verfolgt und dem Forschungsbedarf im Hinblick auf die Frage nach einem möglichen Einfluss zwischen christlicher Glaubensausprägung und dem Verfassen einer Patientenverfügung nachgegangen werden.

3 Methode

Im vorliegenden Kapitel werden zunächst das der Arbeit zugrundeliegende Studiendesign und das methodische Vorgehen erläutert. Danach erfolgt eine Beschreibung des Stichprobenverfahrens und des Messinstrumentes. Im Anschluss wird die Mess- und Auswertungsstrategie anhand einer Erläuterung der Datenerhebung und -auswertung dargestellt.

3.1 Studiendesign und methodisches Vorgehen

Zu Beginn des Projektes wurde ein Zeitplan erstellt, der einen Zeitrahmen von sechs Monaten vorsah.

Da das Forschungsobjekt aus einer noch recht wenig untersuchten Problemstellung hervorgeht, kann die vorliegende Arbeit im Bereich der explorativen Forschung verortet werden (Mayer, 2002, S. 35).

Wie vom Projekt vorgegeben, sollte mit einer Querschnittstudie eine allgemeine Bevölkerungsbefragung zum Thema „Patientenverfügung“ durchgeführt werden. Im Rahmen der Umfragenforschung sollte ein Zugang geschaffen werden, um das Verständnis, die Motive und die Intention im Hinblick auf das Thema zu erkunden (Pickel, Sammet, 2014, S. 133). Als geeignete Methode zur Erhebung von Einstellungen (Diekmann, 2014, S. 210), erfolgten die Befragungen anhand eines teilstandardisierten Fragebogens.

Da im Anschluss an das Projekt jede der drei Studentinnen ihre Bachelorarbeit über das Thema schreiben wollte, wurden nach einschlägigen Literaturrecherchen drei Unterthemen gebildet, aus denen jeweils eine eigenständige Version des Fragebogens hervorging. Die Fragebögen gliedern sich in drei Blöcke, wobei die Fragen des ersten und dritten Blocks bei allen Forscherinnen dieselben sind und die Grundlage für das übergeordnete

Projekt bilden sollten. Der zweite Block wurde speziell auf das jeweilige Teilthema zugeschnitten (siehe hierzu 3.3).

Die Untersuchung kann somit in der quantitativen Forschung verortet werden, deren Ziel im „Erklären“ sozialer Tatbestände liegt (Pickel, 2011, S. 317).

Im Hinblick auf die Forschungsfrage sollten so Gründe für beziehungsweise gegen das Verfassen einer Patientenverfügung herausgefunden werden, da mit diesem Vorgehen eine umfassende Datenerhebung mit entsprechend umfangreicher Abbildung der Bevölkerung erfolgen kann (Bortz, Döring, 2006, S. 299).

Auch bezüglich des übergeordneten Ziels des Projektes, Menschen für das Thema Patientenverfügung zu sensibilisieren, erschien das quantitative Vorgehen als sinnvoll, da durch den hohen Grad der Standardisierung mehrere Personen befragt werden können (ebd.).

Für das dieser Arbeit zugrundeliegende Teilthema sollten von der Autorin 100 Christen (Katholiken und Protestanten) in Hamburg befragt werden.

Aufgrund der Stichprobenziehung (siehe 3.2) einerseits und der Anzahl der zu Befragenden andererseits, kann die vorliegende Untersuchung von vornherein als nicht repräsentativ gelten.

Die Befragung selbst sollte direkt „face to face“ erfolgen, mindestens aber im Beisein der Autorin, um einerseits auf mögliche Verständnisfragen reagieren und andererseits mit den Befragten besser ins Gespräch kommen zu können, wodurch über die Befragung hinaus weitere Einstellungen bezüglich Patientenverfügung und Religiosität erlangt werden sollten (Diekmann, 2014, S. 515).

Nach wissenschaftlichen Erkenntnissen steigt die Teilnahmebereitschaft, wenn die Untersuchung öffentlich unterstützt wird und kleine persönliche Aufmerksamkeiten an die Teilnehmer ausgehändigt werden (Bortz, Döring, 2006, S. 74). Daher wurde allen Befragten ein „Giveaway“ (Kugelschreiber der Verbraucherzentrale Hamburg) und ein im Vorfeld angefertigtes Handout mit den wichtigsten Informationen zur Patientenverfügung mitgegeben. Außerdem bestand die Möglichkeit, sich mit Namen und Anschrift oder Email Adresse in eine separate Liste einzutragen, um den Endbericht nach Datenauswertung direkt zugesendet zu bekommen. Dieses Vorgehen sollte neben dem Aufzeigen der Loyalität der Befragung auch die Kooperationsbereitschaft von Seiten der Verbraucherzentrale signalisieren (Diekmann, 2014, S. 487).

Nach der Befragung (siehe 3.4.1) sollten die Daten aller drei Studentinnen zusammengefügt, mit IBM SPSS Statistics 23 ausgewertet und gewonnene Ergebnisse in einem Abschlussbericht veröffentlicht werden.

Für die vorliegende Arbeit erfolgte eine eigenständige Datenauswertung (siehe 3.4.2).

Im folgenden Abschnitt wird der hier vorgestellte methodische Rahmen genauer erläutert.

3.2 Stichprobenverfahren

Das Ziel der Stichprobentheorie besteht darin, durch eine Erhebung von bestimmten Parametern einer Teilpopulation auf die Grundgesamtheit schließen zu können (Diekmann, 2014, S. 379).

Als Grundgesamtheit für die vorliegende Arbeit werden Christen betrachtet.

Neben den Muslimen bilden Christen mit 2,17 Mrd. Angehörigen die größte Religionsgemeinschaft in der Weltbevölkerung, Tendenz steigend (PEW RESEARCH CENTER, 2015).

Allein in Deutschland leben laut EKD (2016, S. 4) 48.417.000 Christen, wovon im Jahr 2015 23.762.000 Menschen der Römisch-Katholischen und 22.272.000 Menschen der Evangelischen Kirche angehörten (Abbildung 4).

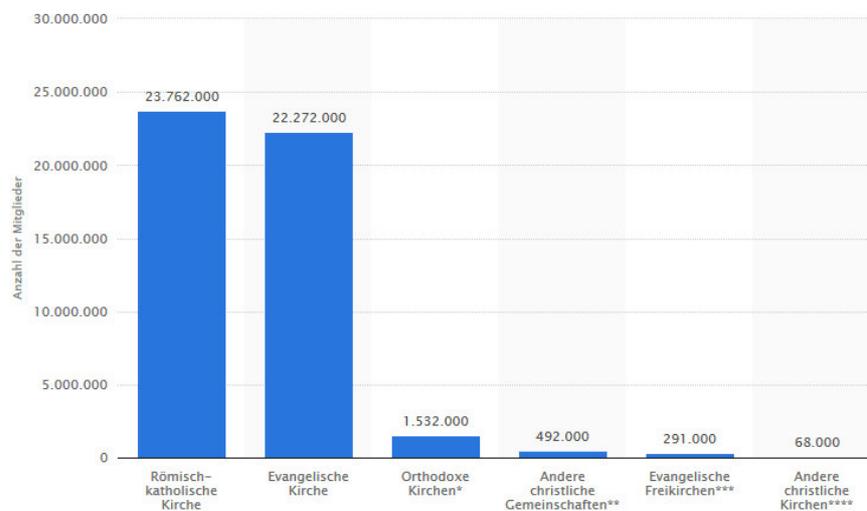


Abbildung 4: Anzahl der Christen in Deutschland nach Kirchenzugehörigkeit im Jahr 2015 (Statista, 2017)

Ein Blick in den Zensus 2011 zeigt, dass in Hamburg von 1.706.696 dort lebenden Menschen 182.810 der Katholischen (10,7 Prozent) und 574.120 (33,6 Prozent) der Evangelischen Kirche angehören (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2013). Da aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse zu erwarten war, dass die Themen Patientenverfügung und Religiosität primär für Menschen im mittleren bis höheren Erwachse-

nenalter relevant sind (Lois, 2013, S. 216-219; Pollack, Müller, 2013, S. 12 f; IfD Allensbach, 2014), wurde für die Stichprobe ein Mindestalter von 40 Jahren festgelegt.

Das Forschungsfeld bezog sich auf die Metropolregion Hamburg, da das Projekt im Auftrag der Verbraucherzentrale Hamburg erfolgte und sich somit innerhalb dieses Bundeslandes verortete.

Für die vorliegende Arbeit sollten die Befragungen hauptsächlich in Kirchengemeinden und Krankenhäusern verschiedener Stadtteile Hamburgs stattfinden, um einerseits unterschiedliche Bevölkerungsschichten abzudecken und einer entsprechenden Verzerrung der Ergebnisse aufgrund sozialdemographischer Merkmale vorzubeugen. Andererseits war davon auszugehen, hier die entsprechende Zielgruppe am ehesten anzutreffen.

Da sich die Stichprobenziehung auf ein „Convenience sample“ beläuft, die Auswahl der Befragten also willkürlich erfolgte, und aufgrund der freiwilligen Teilnahme, kann die vorliegende Stichprobe als nicht repräsentativ gelten (Diekmann, 2014, S. 378 f).

3.3 Das Messinstrument

Um die Forschungsfrage beantworten zu können, wurden im Vorfeld folgende Anforderungen an das Messinstrument gestellt:

Das Messinstrument soll

- den Gütekriterien Validität, Reliabilität und Objektivität entsprechen
- sich auf einen Ansatz beziehen, der eine Vielfalt von religiösen Dimensionen beinhaltet, um eine entsprechende, auf das Individuum ausgerichtete Form der Religiosität erfassen zu können
- Bezug zum vorgestellten theoretischen Rahmen besitzen
- zur Beantwortung der Forschungsfrage geeignet sein
- Fähigkeiten und Fertigkeiten der Zielgruppe berücksichtigen (Verständigungsschwierigkeiten, Schreibfähigkeit)
- im geplanten Zeitraum anwendbar sein.

Da es nach derzeitigem Kenntnisstand der Autorin kein geeignetes Messinstrument gibt, das diesen Anforderungen entspricht, wurde ein eigener Fragebogen konstruiert, dessen Items aus bereits eingesetzten und im Hinblick auf die Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität, Validität) geprüften Messinstrumenten, entnommen wurden:

Die Grundlage des Fragebogens wurde demnach gebildet aus Aspekten

- des Fragebogens der Bertelsmann Stiftung (2008) aus dem Religionsmonitor 2008 zur Messung von Religiosität,

- des Fragebogens von Boos-Nünning, (1972) zur Messung von Religiosität,
- einer Skala von Pfeifer (o.J.) zur Messung von intrinsischer / extrinsischer Religiosität,
- der Skala IE-4 von Kovaleva et al. (2014) zur Messung internaler / externaler Kontrollüberzeugung,
- der Kurzskala von Jakoby & Jacob (2014) zur Messung internaler / externaler Kontrollüberzeugung und
- der ASKU- Skala von Beierlein et al. (2014) zur Messung der Selbstwirksamkeit.

Der Fragebogen der Bertelsmannstiftung (2008) basiert auf dem Konzept der „Fünf Dimensionen der Religiosität“ nach Glock & Stark (1965) (siehe hierzu 2.2.3).

Die Skala IE-4 von Kovaleva et al. (2014) und die Kurzskala von Jakoby & Jacob (2014) entsprechen den allgemeinen Gütekriterien Validität, Reliabilität und Objektivität und berücksichtigen Rotters (1966) Konstrukt der internalen und externalen Kontrollüberzeugung (siehe hierzu 2.3.2).

Die ASKU-Skala von Beierlein et al. (2014) entspricht ebenfalls den allgemeinen Gütekriterien Validität, Reliabilität und Objektivität und bezieht sich auf Banduras Konstrukt der Selbstwirksamkeit (1977) (siehe hierzu 2.3.3).

Mit diesen Fragebögen und Skalen als Basis und der vorangegangenen Definition der Untersuchungsgegenstände (siehe Kapitel 2.2 und 2.3), wurden für jede Dimension im Operationalisierungsprozess zur Messung der Religiosität entsprechende Indikatoren bestimmt:

Die **Erlebnis-Dimension** sollte erfasst werden durch:

- die Stärke des persönlichen Vertrauens auf Gott in schwierigen Situationen
- der vermuteten Stärke des persönlichen Gefühls der Geborgenheit und der Sicherheit in den letzten Lebensstunden

Die Erlebnis-Dimension wurde mit zwei Items abgefragt.

Die **Inhaltliche-Dimension** sollte erfasst werden durch:

- die Wichtigkeit christlicher Werte
- ein eventuelles Ausweichen auf andere Glaubensrichtungen oder übersinnliche Praktiken
- die Stärke des Glaubens daran, dass Gott das Leben bestimmt

Die Inhaltliche-Dimension wurde mit vier Items abgefragt.

Die Rituelle-Dimension sollte erfasst werden durch:

- die Stärke der gelebten, allgemeinen christlichen Gebote im Alltag
- das Lesen religiöser Literatur (zum Beispiel Bibel, andere religiöse Bücher, Zeitschriften, Kirchennachrichten)
- die Teilnahme am Gottesdienst

Die Rituelle-Dimension wurde mit drei Items abgefragt.

Die Intellektuelle-Dimension sollte erfasst werden durch:

- das allgemeine Interesse an religiösen Themen
- dem Wissen über die Möglichkeit, eine Christliche Patientenvorsorge abschließen zu können

Die Intellektuelle-Dimension wurde mit drei Items abgefragt.

Die Konsequentielle-Dimension sollte erfasst werden durch:

- die Einstellung zu christlichen Geboten und deren Umsetzung im Alltagsleben
- die Stärke der Auswirkungen von Religiosität im Hinblick auf wichtige Lebensereignisse (wie zum Beispiel Geburt, Hochzeit, Tod)
- die konkrete Einstellung zum Thema Patientenverfügung aus christlicher Sicht

Die Konsequentielle-Dimension wurde mit fünf Items abgefragt.

Aus diesem Pool an Fragen wurden auf Grundlage der Skala von Pfeifer (o.J.) insgesamt sieben Items zur Messung von intrinsischer / extrinsischer Religiosität bestimmt.

Zur Ermittlung der generalisierten Kontrollüberzeugung und der Selbstwirksamkeit wurden Alternativfragen auf Grundlage der Skalen von Kovaleva et al. (2014), Jakoby & Jakob (2014) sowie Beierlein et al. (2014) entwickelt:

Die **Kontrollüberzeugung** und **Selbstwirksamkeit** sollte erfasst werden durch

- die subjektive Wichtigkeit beziehungsweise den Glauben daran, das Leben selbst bestimmen zu können
- die subjektive Einschätzung bezüglich vorhandener Bewältigungskompetenzen in schwierigen Lebenslagen
- die subjektive Bewertung eines „Sicherheitsgefühls“, das durch Glaube und Religion erlebt wird

Die Kontrollüberzeugung wurde mit vier Items abgefragt, wovon ein Item den Fokus explizit auf die Erfassung der Selbstwirksamkeit legt.

Mit geschlossenen Fragen beziehungsweise Fragen mit Antwortvorgaben in Form von Alternativen oder Behauptungen sollten sowohl harte Fakten und das Wissen zum Thema abgefragt als auch Einstellungen zur Religiosität und zur individuellen Kontrollüberzeugung gemessen werden (Diekmann, 2014, S. 473, 476 f; Bortz, Döring, 2006, S. 254).

Insbesondere bei Fragen zur Einstellungsmessung wurde die „Likert-Skala“ eingesetzt, die neben einer höheren Durchführungs- und Auswertungsobjektivität den Vorteil besitzt, Fragen leichter beantworten und von den Untersuchern besser vergleichen zu können (Diekmann, 2014, S. 240-247, 477; Bortz, Döring, 2006, S. 254). Zusätzlich werden hierdurch Meinungen detaillierter erfasst und auch zweifelnde oder unsichere Personen dazu veranlasst, Stellung zum Thema zu beziehen (ebd.)

Der Nachteil geschlossener Fragen liegt jedoch darin, dass Aspekte außerhalb des festgelegten Categoriesystems nicht beachtet werden (Diekmann, 2014, S. 477). Daher wurde der Fragebogen um weitere Fragemodalitäten ergänzt:

So wurden zusätzlich Items mit offenen und halb offenen Fragen eingesetzt, was bevorzugt in explorativen Untersuchungen Anwendung findet (ebd.).

Hierdurch sollten sowohl wichtige Aspekte besser und über das festgelegte Categoriesystem hinaus beleuchtet, als auch die Befragung abwechslungsreicher und interessanter gestaltet werden (ebd.).

Nachteil dieser Befragungsform besteht darin, dass Antworten kurz und unvollständig ausgeführt oder gänzlich ausgelassen werden könnten („missing values“) (Bortz, Döring, 2006, S. 254; Diekmann, 2014, S. 222).

Die Antwortkategorien „sehr“, „ziemlich“, „mittel“, „wenig“ und „gar nicht“ wurden aus dem Fragebogen des Religionsmonitors 2008 der Bertelsmann Stiftung übernommen und zur Gewährung der Einheitlichkeit auf sämtliche Fragen übertragen. Dieses „Fünfer-Antwortschema“ sei laut Bortz & Döring (2006, S. 296 f) besonders für die Ermittlung von Einstellungen geeignet und beugt aufgrund einer ungeraden Anzahl von Antwortmöglichkeiten Antwortverweigerungen beziehungsweise Abbrüchen vor, da es zur Beantwortung auch eine „Mittelkategorie“ gibt (Mayer, 2002, S. 82 f).

Daher wurden in den Alternativfragen die Antwortkategorien zusätzlich um „Weder noch“ beziehungsweise „Beides“ ergänzt, um auch indifferenten Personen eine Antwortmöglichkeit anzubieten (Kaase, 1999, S. 21 f).

Im Hinblick auf die spätere Auswertung wurde darauf geachtet, dass alle Items gleichermaßen in Richtung einer höheren Religiosität beziehungsweise höheren Kontrollüberzeugung „gepolt“ werden und sämtliche Antwortkategorien hinreichend präzise, disjunkt (nicht überlappend) und erschöpfend (jeder Merkmalsträger soll einer Kategorie zugewiesen werden können) ausfielen (Diekmann, 2014, S. 117, 242).

Da es sich trotz mehrerer Anläufe mit der Integration von Filterfragen als schwierig erwies, mit einem Fragebogen sowohl Menschen mit als auch Menschen ohne eine Patientenverfügung zu erfassen, wurden zwei Versionen angefertigt: „Version A – Ich besitze eine Patientenverfügung“ und „Version B – Ich besitze keine Patientenverfügung“ (Anhang A).

Die Fragebögen wurden in drei Blöcke unterteilt:

Im ersten Block wurden allgemeine Fragen zum Thema Patientenverfügung gestellt. Hier sollte herausgefunden werden, ob die befragte Person sich mit diesem Thema schon einmal beschäftigt hat, was sie dazu veranlasst beziehungsweise daran gehindert hat, eine Patientenverfügung abzuschließen und wie sie zum Thema Selbstbestimmung in der letzten Lebensphase steht.

Der zweite Block bezog sich auf die individuelle Religiosität. Mit entsprechenden Fragen sollte die religiöse Einstellung anhand der oben vorgenommenen Operationalisierung ermittelt werden.

Im dritten Block wurden soziodemographische Daten abgefragt, da auf Grundlage der Studienlage (siehe hierzu 2.4) anzunehmen war, dass entsprechende Merkmale wie zum Beispiel Alter, Geschlecht oder Bildungsstand mit der Ausprägung des Untersuchungsgegenstandes in Verbindung stehen könnten. Gleichzeitig sollten so mögliche „Scheinkorrelationen“ aufgedeckt werden (Diekmann, 2014, S. 215).

Die Anordnung der Themenblöcke in dieser Reihenfolge schien als sinnvoll, da so die wichtigsten Fragen im zweiten Drittel des Fragebogens platziert und somit die „Spannungskurve“, also ein anfängliches Ansteigen und im Verlauf der Befragung Absinken der Aufmerksamkeit der Befragten, beachtet werden kann (Diekmann, 2014, S. 484; Bortz, Döring, 2006, S. 256).

Um die Befragten auf den Wechsel zwischen den einzelnen Blöcken vorzubereiten, wurden entsprechende Überleitungssätze eingefügt (ebd.).

Als Einstimmung und zur Aufklärung zum Thema beginnt der Fragebogen mit einem kurzen Text, der in einem Satz das Ziel einer Patientenverfügung darlegt und anschließend die Rahmenbedingungen der Befragung (Dauer der Befragung, Freiwilligkeit, Anonymität, Zusicherung, dass die Daten nach Auswertung vernichtet werden) erläutert.

Am Ende des Fragebogens folgen eine Danksagung für die Teilnahme und ein Hinweis zum Zugang zu dem nach Auswertung veröffentlichten Bericht der Verbraucherzentrale.

Nachdem sämtliche Fragen mit entsprechenden Antwortkategorien festgelegt und innerhalb der Themenblöcke in eine geeignete Reihenfolge gebracht wurden, entstand die vorläufige Version der Fragebögen.

In zwei darauffolgenden Pretests wurden diese unter Feldbedingungen auf Mängel, Verständlichkeit und anfallende Befragungszeit hin überprüft und entsprechend modifiziert (Diekmann, 2014, S. 219; Bortz, Döring, 2006, S. 256).

Mit der Endversion wurde schließlich die Befragung gestartet.

3.4 Mess- und Auswertungsstrategie

Im Folgenden wird das konkrete Vorgehen der Datenerhebung, mit anschließender Erläuterung der Datenauswertung, dargestellt.

3.4.1 Datenerhebung

Für die Datenerhebung wurden sechs Wochen eingeplant (Anfang April bis Mitte Mai 2017).

Bevor die Befragungen starten konnten, musste für jede Gemeinde beziehungsweise Einrichtung eine entsprechende Erlaubnis eingeholt werden. Dieses geschah entweder telefonisch oder durch ein persönliches Anschreiben (Anhang B).

Nach dem Erhalt der Erlaubnis wurden erste Befragungsversuche in katholischen und evangelischen Gemeinden an den Wochenenden jeweils vor und nach den Gottesdiensten durchgeführt. Dieses erwies sich als äußerst schwierig: Vor den Gottesdiensten eilten viele Besucher schnell in die Kirche um zum Beispiel ihren „Stammplatz“ zu bekommen. Nach dem Gottesdienst hatten das anstehende Mittagessen oder erwarteter Besuch oberste Priorität, sodass ebenso wenige Personen Zeit für eine Umfrage hatten. So konnten in diesem Rahmen nur mit Mühe einige Befragungen durchgeführt werden.

Da die Erhebungsphase unter anderem in die Osterzeit fiel, was für Christen eine besondere Zeit ist, wurde die Gelegenheit zusätzlich genutzt, diverse Osterbasare der Gemeinden für die Befragung zu nutzen. Hier waren die Menschen nicht so „gestresst“ und daher besonders im Rahmen des Kaffeetrinkens in der Cafeteria eher bereit, sich den Fragen zu stellen.

Selbige Erfahrungen wurden auch im Rahmen des sonntäglichen Kirchenkaffees und bei Befragungen in den Krankenhäusern gemacht.

Obwohl es von der Planung her vorgesehen war, die Befragungen persönlich beziehungsweise „face-to-face“ durchzuführen, wurde während der Befragungswelle von dieser Vorgabe abgewichen. Bereits während einzelner Befragungen wurde deutlich, wie schwierig es für die Befragten war, sich auf dieses Thema einzulassen. Viele gaben an, noch nie darüber nachgedacht zu haben und konnten folglich einige Fragen nicht beantworten. Daher entstanden im Verlauf, besonders bei den offenen Fragen, viele Missing

Values. Ebenso waren auch viele Personen nicht dazu bereit, den Fragebogen „zwischen Tür und Angel“ zu bearbeiten und wollten diesen in Ruhe zu Hause ausfüllen. Diesem Wunsch wurde nachgegangen, was jedoch dazu führte, dass einige Fragebögen nicht zurückgegeben wurden oder noch mehr Lücken aufwiesen. Dennoch war dieses Vorgehen erfolgreicher, da die meisten Menschen durch die Wahl zwischen „Befragung durch die Untersucherin“ und „selbständig ausfüllen“ eher dazu bereit waren, sich dem Thema überhaupt zu stellen.

Zwar gab es auch einige Personen, die sich darüber beschwerten, weil dieses Thema ihrer Meinung nach einerseits zu persönlich sei und andererseits Religiosität doch nicht „einfach so“ abgefragt werden könne. Trotzdem gab es auch Befragte, die sich im Nachgang bedankten, da sie durch die Befragung ins Nachdenken gekommen seien und auch „endlich einmal mit dem Ehepartner darüber gesprochen“ hätten.

3.4.2 Datenauswertung

Bevor eine Auswertung mit IBM SPSS Statistics 23 erfolgen konnte, mussten die vorliegenden statistischen Daten aufbereitet werden:

Zunächst wurde jeder ausgefüllte Fragebogen mit einer Nummer versehen, damit bei möglichen Fehlereingaben der entsprechende Fragebogen später leichter zu ermitteln ist und die Daten wiederholt verglichen werden können (Mayer, 2002, S. 106; Bortz, Döring, 2006, S. 78).

Um einen analysefähigen Datenfile zu erlangen, wurden zunächst sämtliche Daten der Fragebögen in eine Exceltabelle übertragen.

Hierfür wurde vorab ein Codeplan erstellt (Anhang D), in dem sämtlichen Antwortkategorien und Missing Values Codeziffern zugeteilt wurden (Diekmann, 2014, S. 221, 663). Qualitative Daten mussten in diesem Zuge in Kategorien zusammengefasst und ebenfalls numerisch kodiert werden (Bortz, Döring, 2006, S. 76).

Um die Daten auf „wild codes“, also Werte außerhalb der vorgesehenen Codeziffern, Ausreißer beziehungsweise unplausible und inkonsistente Werte zu überprüfen, wurde anschließend eine Fehlerkontrolle durchgeführt (Diekmann, 2014, S. 666). Diese erfolgte durch wiederholte Durchsicht sämtlicher Fragebögen mit entsprechendem Abgleich der eingegebenen Daten, wodurch gefundene Fehler korrigiert werden konnten.

In Anlehnung an Boos-Nünning (1972) wurde weiterhin ein Summenscore gebildet (Anhang C), mit dessen Hilfe sämtliche Einzelindikatoren beziehungsweise „Teildimensionen“, die zur Messung von intrinsischer / extrinsischer Religiosität beziehungsweise inter-

naler / externaler Kontrollüberzeugung eingesetzt wurden, zusammengefasst werden konnten. Hierfür wurden die jeweiligen Antwortkategorien bepunktet und kategorisiert. Nach entsprechender Berechnung ergaben sich folgende Definitionsbereiche:

Extrinsische Religiosität:	5-10
Weder noch:	11-29
Intrinsische Religiosität:	30-35
Internale Kontrollüberzeugung:	2-4
Weder noch:	5-17
Externale Kontrollüberzeugung:	18-20

Nach erfolgter Aufbereitung der Daten, konnte der Datensatz für die empirische Auswertung eingesetzt werden.

4 Ergebnisse

Insgesamt wurden 107 Christen im Alter zwischen 40 und 99 Jahren befragt, wobei die meisten der Befragten (32,7 Prozent) zwischen 50 und 59 Jahren beziehungsweise zwischen 40 und 49 Jahren (30,8 Prozent) alt waren.

59,8 Prozent der Teilnehmer waren weiblich, 40,2 Prozent waren männlich.

Von allen Befragten gehörten 70,1 Prozent der Katholischen und 29,9 Prozent der Evangelischen Kirche an.

Während 61,7 Prozent der Teilnehmer angaben, keine Patientenverfügung zu besitzen, haben 38,3 Prozent bereits eine Patientenverfügung abgeschlossen. Hierbei konnten geringe Unterschiede zwischen den einzelnen Konfessionen festgestellt werden: Während die eine Hälfte (50 Prozent) der Protestanten eine Patientenverfügung besitzt und die andere Hälfte nicht, haben von den Katholiken lediglich 33,3 Prozent eine Patientenverfügung abgeschlossen. 66,7 Prozent der Katholiken besitzen keine Patientenverfügung.

Nur die wenigsten (24,3 Prozent) kannten die Möglichkeit, eine Christliche Patientenvorsorge abschließen zu können. Von den Protestanten und Katholiken, die bereits eine Patientenverfügung verfasst haben, gaben 12,5 Prozent beziehungsweise 28,0 Prozent an, dieses in Form einer Christlichen Patientenvorsorge getan zu haben.

Im Hinblick auf die aufgestellten Hypothesen lässt sich folgendes feststellen:

4.1 Ergebnisse der ersten Hypothese

Mit der ersten Hypothese sollte herausgefunden werden, ob intrinsisch religiöse Menschen eher eine Patientenverfügung verfassen als extrinsisch religiöse Menschen.

Ergebnisse einzelner Fragen, die zur Messung intrinsischer / extrinsischer Religiosität eingesetzt wurden, weisen darauf hin, dass Menschen, die sich als „ziemlich“ bis „sehr“ religiös bezeichnen, denen christliche Werte „ziemlich“ bis „sehr“ wichtig sind und die mindestens „ziemlich“ nach christlichen Geboten im Alltag leben, auch häufiger eine Patientenverfügung besitzen (Häufigkeitstabellen siehe Anhang E).

Eine Patientenverfügung war ebenfalls häufiger bei Personen vorhanden, bei denen sich ihre Religiosität auf ihr familiäres Leben „ziemlich“ oder „sehr“ auswirkt und die sich „mittel“ bis „sehr“ für religiöse Themen interessieren.

Zur konkreten Beantwortung der Ausgangshypothese wurde aus entsprechenden Items des Fragebogens ein Summenscore gebildet. Laut der anschließenden Kategorisierung befindet sich in der untersuchten Stichprobe niemand, der einer intrinsischen Religiosität zugeordnet werden kann. 9,5 Prozent der Befragten können in die Kategorie extrinsisch religiös verortet werden, während sich der größte Anteil mit 90,5 Prozent zwischen diesen beiden Polen befindet.

Werden bei einem Vergleich zwischen verfasster beziehungsweise nicht verfasster Patientenverfügungen ausschließlich die Summenscores betrachtet, so lässt sich jedoch im Hinblick auf intrinsische / extrinsische Religiosität zumindest eine Richtung erkennen: Personen mit höheren Werten, die also tendenziell eher intrinsisch religiös sind, verfassen auch eher eine Patientenverfügung (Abbildung 5).

Aufgrund fehlender Personen, die der intrinsischen Kategorie zuzuordnen sind, kann die erste Hypothese somit nur bedingt bestätigt werden.

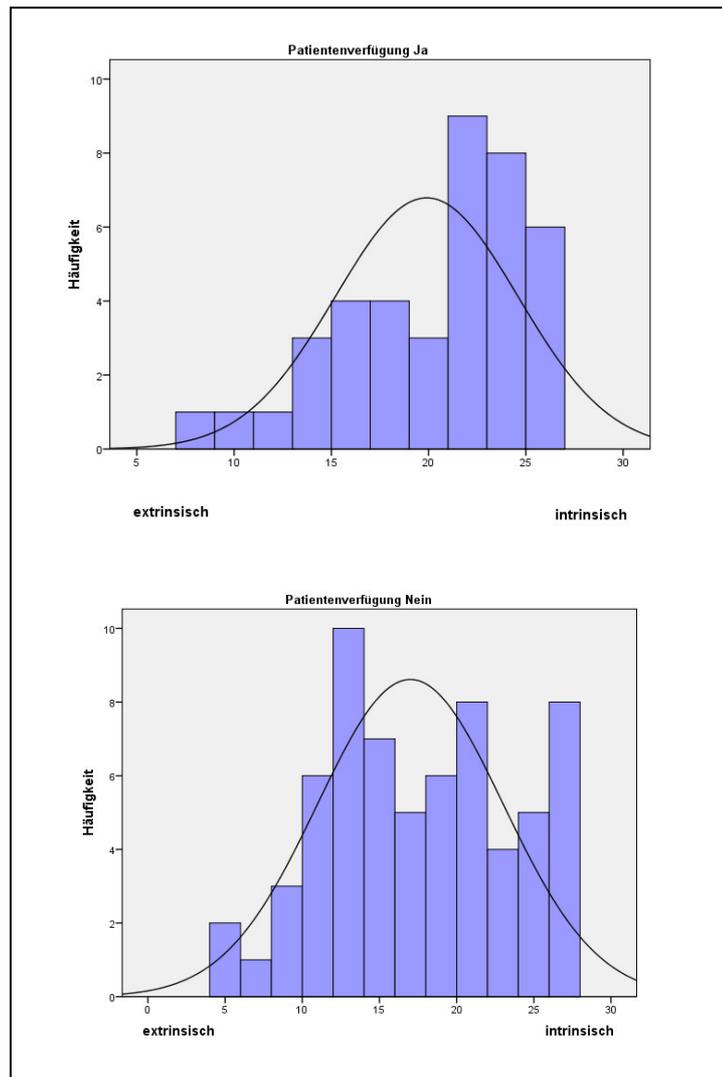


Abbildung 5: Intrinsische / extrinsische Religiosität und das Verfassen einer Patientenverfügung

4.2 Ergebnisse der zweiten Hypothese

Mit der zweiten Hypothese sollte herausgefunden werden, ob Christen eher eine Patientenverfügung verfassen, wenn sie wissen, dass die Kirche dieses befürwortet und unterstützt.

Von denen, die bereits eine Patientenverfügung abgeschlossen haben, gaben 73,2 Prozent an, dass ihre Entscheidung für eine Patientenverfügung unabhängig von christlichen Einstellungen gewesen sei. Lediglich 14,6 Prozent hätten ihre Patientenverfügung schon eher verfasst, wenn sie gewusst hätten, dass die Kirche eine Patientenverfügung befürwortet und unterstützt. Nur für die Wenigsten (12,2 Prozent) sei die Gewissheit, dass die Kirche das Verfassen einer Patientenverfügung befürwortet, ausschlaggebend gewesen, diese abzuschließen (Abbildung 6).

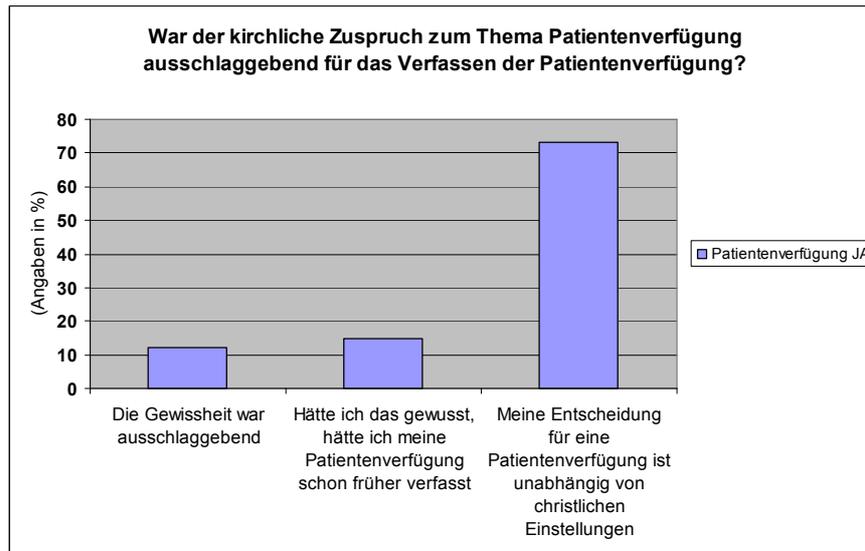


Abbildung 6: Befürwortung der Kirche als ausschlaggebendes Kriterium, eine Patientenverfügung verfasst zu haben?

Bei 63,1 Prozent der Personen, die keine Patientenverfügung besitzen, hätte die Gewissheit, dass die Kirche das Abschließen einer Patientenverfügung befürwortet, keinen Einfluss auf ihre Motivation, eine Patientenverfügung zu verfassen (Abbildung 7). Als Hauptgrund hierfür gab die Mehrheit (28,6 Prozent) an, dass ihr Entschluss für beziehungsweise gegen eine Patientenverfügung unabhängig von der Religion beziehungsweise vom Christsein sei.

Lediglich 36,9 Prozent der Gruppe ohne Patientenverfügung meinte, das Abschließen einer Patientenverfügung mit dem nun erhaltenen Wissen um den kirchlichen Rückhalt in Erwägung zu ziehen, weil sie so die Gewissheit hätten, „Das Richtige zu tun“ (34,3 Prozent) und der Kompetenz der Kirche vertrauen (25,7 Prozent).

Die zweite Hypothese kann somit nicht bestätigt werden.

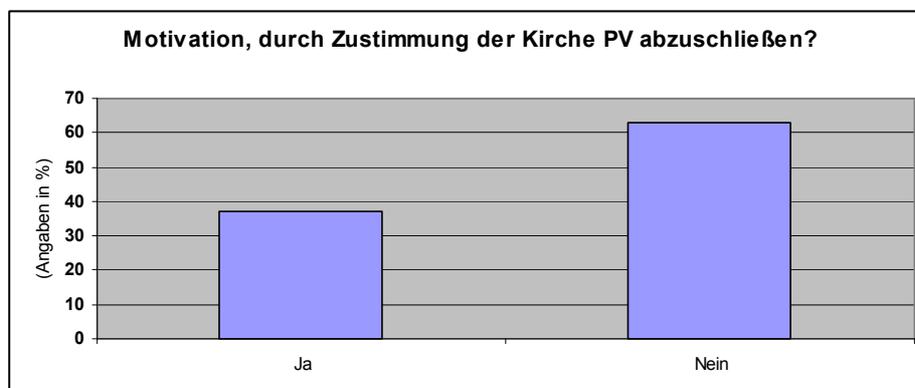


Abbildung 7: Befürwortung der Kirche als Motivation, eine Patientenverfügung zu verfassen?

4.3 Ergebnisse der dritten Hypothese

Mit der dritten Hypothese wurde untersucht, ob Menschen, die davon überzeugt sind, keinen Einfluss auf ihren persönlichen Lebenslauf zu besitzen (externe Kontrollüberzeugung), auch seltener eine Patientenverfügung verfassen.

Bei der Betrachtung entsprechender Kategorisierungen zeigen die Ergebnisse zunächst, dass sich in der Stichprobe niemand mit externaler Kontrollüberzeugung befindet. Nur 0,9 Prozent lassen sich in die Kategorie der internalen Kontrollüberzeugung verorten, während sich der Großteil (99,1 Prozent) zwischen diesen beiden Polen befindet.

Auch die Betrachtung der Häufigkeiten einzelner Summenscores gibt keinen Aufschluss über einen möglichen Trend in eine Richtung, da sich die Werte der Vergleichsgruppen in ihrem Verlauf nur wenig voneinander unterscheiden: So nimmt sowohl die Häufigkeit der Personen mit als auch derer ohne Patientenverfügung mit zunehmender externalen Kontrollüberzeugung zu und flacht vor dem Erreichen des Pols „externe Kontrollüberzeugung“ wieder ab (Abbildung 8)

Demnach kann keine Aussage zu der aufgestellten Hypothese erfolgen.

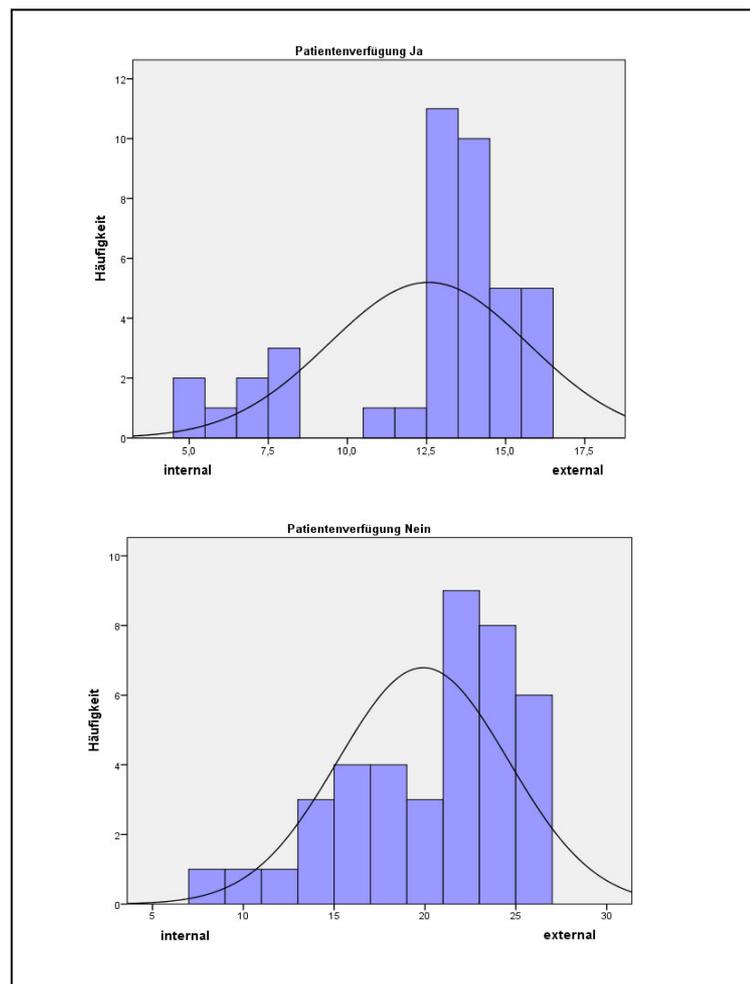


Abbildung 8: Internale / externe Kontrollüberzeugung und das Verfassen einer Patientenverfügung

4.4 Ergebnisse der vierten Hypothese

Mit der vierten Hypothese sollte herausgefunden werden, ob Menschen mit einem starken Selbstvertrauen eher eine Patientenverfügung abschließen als Personen, die sich selbst nur wenig zutrauen und wichtige Entscheidungen lieber anderen beziehungsweise Gott überlassen.

Während sich ein Viertel aller Befragten (25,2 Prozent) in schwierigen Situationen ausschließlich auf die eigenen Kompetenzen verlässt, gab mehr als die Hälfte (54,2 Prozent) an, sich sowohl auf eigene Fähigkeiten als auch auf Gott zu verlassen. Lediglich 15,9 Prozent der Befragten vertrauen ausschließlich auf Gott.

Im Gruppenvergleich (Abbildung 9) stellte sich heraus, dass sich 63,4 Prozent der Personen, die im Besitz einer Patientenverfügung sind, in schwierigen Situationen sowohl auf ihre eigenen Fähigkeiten als auch auf Gott verlassen. Lediglich 17,1 Prozent vertrauen entweder ausschließlich auf ihre eigenen Kompetenzen oder auf Gott.

Auch in der Gruppe ohne Patientenverfügung gab die Mehrheit (48,5 Prozent) der Befragten an, dass sie sich in schwierigen Situationen sowohl auf ihre eigenen Fähigkeiten als auch auf Gott verlassen, während 30,3 Prozent eher auf ihre eigenen Kompetenzen und nur 15,2 Prozent ausschließlich auf Gott vertrauen würden.

Dennoch gibt es Anzeichen dafür, dass sich Personen ohne Patientenverfügung in schwierigen Situationen eher auf ihre eigenen Fähigkeiten verlassen als Menschen mit Patientenverfügung.

Im Hinblick auf die Hypothese kann folglich keine eindeutige Aussage über einen möglichen Zusammenhang zwischen starkem Selbstvertrauen und dem Verfassen einer Patientenverfügung gemacht werden, da in beiden Vergleichsgruppen die Mehrheit in die mittlere Kategorie einzuordnen ist (sie verlassen sich also sowohl auf ihre eigenen Kompetenzen, als auch auf Gott). Somit kann keine konkrete Zuordnung zu einem der beiden Kategorien (internale / externale Kontrollüberzeugung) erfolgen.

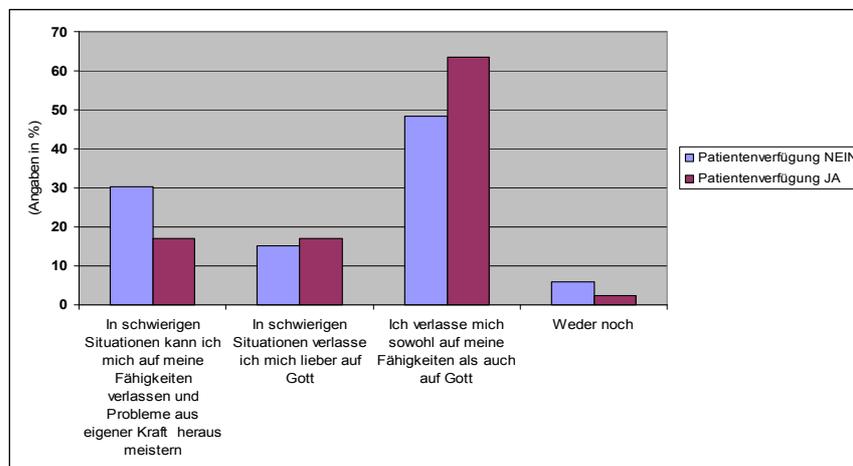


Abbildung 9: Selbstvertrauen versus Gottvertrauen

5 Diskussion und Limitationen

Die vorliegende Untersuchung stellte einen Versuch dar, mit einer quantitativen Bevölkerungsbefragung ein Bild der Religionsausprägung von Christen zu ermitteln, um hierüber Aussagen zum Verfassen beziehungsweise Nicht-Verfassen einer Patientenverfügung machen zu können.

Nachfolgend werden nun die Ergebnisse auch im Hinblick auf die Messbarkeit von Religiosität diskutiert. Danach werden Limitationen des Messinstrumentes und des methodischen Vorgehens aufgezeigt und anschließend ein Fazit gezogen.

5.1 Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass nur die wenigsten der Befragten von der Möglichkeit der Christlichen Patientenvorsorge wissen. Dieses und die Tatsache, dass auch insgesamt die Anzahl der Personen ohne Patientenverfügung größer ist als die mit einer Patientenverfügung, könnte auf eine mangelnde Thematisierung beziehungsweise Aufklärung in der Gesellschaft (und hier primär innerhalb der Kirche) hindeuten.

Um jedoch mehr Menschen für das Verfassen einer Patientenverfügung zu motivieren, bedarf es vorab einer angemessenen Aufklärung. Hier müssten entsprechende Institutionen, wie zum Beispiel die Kirche, aktiv werden und im Rahmen der Thematisierung auch die Möglichkeit der Christlichen Patientenvorsorge ansprechen. Auch, wenn diese laut Umfrageergebnisse bei den meisten nur wenig Einfluss auf die Entscheidung für eine Patientenverfügung auszuüben scheint, könnte es möglicherweise trotzdem einen kleinen Anteil an Menschen geben, für den diese Möglichkeit das ausschlaggebende Kriterium für das Verfassen einer Patientenverfügung darstellt.

Des Weiteren weisen die Ergebnisse darauf hin, dass Christen mit einer tendenziell intrinsisch ausgeprägten Religiosität eher eine Patientenverfügung verfassen als Personen, die zu einer extrinsischen Religiosität neigen. Dieses stellt jedoch nur einen Trend dar und kann die aufgestellte Hypothese nicht abschließend beantworten, da in der Auswertung keine aussagekräftige Zuordnung zu einem der Pole Intrinsisch / Extrinsisch erfolgen konnte: Die meisten der Befragten verorteten sich irgendwo zwischen diesen beiden Kategorien.

Wie bereits Auswertungen des Religionsmonitors zeigen konnten, könnten auch die hier vorliegenden Ergebnisse auf einen Trend der Abkehr von „traditioneller Religion“ hin zur „individuellen“ oder laut Pollack & Müller (2013, S. 14, 18) zur „alternativen Spiritualität“ deuten. Die hier vorliegende Untersuchung bezieht sich jedoch auf eine „kirchlich formulierte Religiosität“ (Boos-Nünning, 1972., S. 154), die davon ausgeht, dass jeder Mensch in eine der Kategorien „religiös“ / „nicht religiös“ beziehungsweise „intrinsisch religiös“ /

„extrinsisch religiös“ verortet werden kann. Eine Hinwendung zur individuellen Spiritualität würde jedoch bedeuten, dass sich die Menschen von traditionellen kirchlichen Vorgaben lösen und sich ihre Religiosität unabhängig von der Institution Kirche entwickelt. Diese Vermutung würde auch Boos-Nünning (1972, S. 153 ff) Aussage untermauern, die im Rahmen ihrer Untersuchung von einer „neuen Sozialform der Religiosität“ spricht. Diese neue Form sei durch ein „Eigenleben“ der Religiosität gekennzeichnet, das auf jeden Menschen individuell zugeschnitten ist (ebd.). Da die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung auf ebendiese Individualisierung von Religiosität hindeuten, wäre dieses eine mögliche Erklärung dafür, dass sich der größte Anteil der hiesigen Stichprobe weder nach intrinsischer noch nach extrinsischer Religiosität einteilen lässt.

Auch die nachfolgenden Untersuchungsergebnisse weisen auf eine vermehrte Individualisierung und einen möglichen Bedeutungsverlust der Religion hin:

So sei bei den meisten der Befragten die Entscheidung für eine Patientenverfügung unabhängig von christlichen Einstellungen gewesen und auch die Personen, die keine Patientenverfügung besitzen, würden sich von der kirchlichen Meinung in ihren Überlegungen nicht beeinflussen lassen.

Die Schwierigkeit, Menschen in eine der Kategorien intrinsische / extrinsische Religiosität einzuordnen, spiegelte sich schließlich auch bei dem Konstrukt der internalen / externalen Kontrollüberzeugung wieder: Auch hier konnte keine aussagekräftige Zuordnung erfolgen, da die meisten der Befragten in der Mitte zu verorten sind. Mit Blick auf die Ergebnisse der vierten Hypothese lässt sich dieses dadurch erklären, dass sich auch hier der Großteil in schwierigen Situationen sowohl auf eigene Fähigkeiten als auch auf Gott verlässt. Dieses weist abermals auf einen Trend in Richtung individuelle Spiritualität hin und lässt in Anlehnung an das von Boos-Nünning (1972, S. 51) genannte „Intensitätskontinuum der Zugehörigkeit“ weiter vermuten, dass es sich bei dem Konstrukt Religiosität ebenso um ein Kontinuum handeln könnte, das sich zwischen den Polen „gar nicht religiös“ und „sehr religiös“ beziehungsweise „intrinsisch“ und „extrinsisch“ bewegt und je nach aktueller Lebenslage vermehrt zur einen oder anderen Richtung tendiert. Religiosität wäre demnach kein konstantes Phänomen, sondern situationsbedingt unterschiedlich ausgeprägt.

Da jeder Mensch Religiosität für sich anders zu definieren scheint, wäre es somit schwierig, objektive, valide und reliable Ergebnisse zu erlangen.

Es bleibt also fraglich, inwiefern das Konstrukt Religiosität überhaupt empirisch messbar ist beziehungsweise ob die hier zugrunde gelegten Aspekte dazu geeignet sind.

Die Resultate der vorliegenden Arbeit können folglich nur Anhaltspunkte geben und eine Grundlage für neue Überlegungen bieten:

So deuten neben den untersuchten Hypothesen weitere Ergebnisse darauf hin, dass Protestanten eher eine Patientenverfügung verfassen als Katholiken. Dieses könnte möglicherweise daran liegen, dass Protestanten aufgrund ihres „rationalen Charakters“ (Pollack, Müller, 2013, S. 17) die Welt eventuell mehr hinterfragen und sich vielleicht auch eher dazu berufen fühlen, sich für ihr Handeln zu rechtfertigen, während Katholiken die Dinge möglicherweise eher so hinnehmen, wie sie sind und folglich inaktiver bleiben. Des Weiteren weisen vorliegende Ergebnisse darauf hin, dass Menschen mit höherem Selbstvertrauen eher dazu neigen, seltener eine Patientenverfügung abzuschließen. Dieses könnte so gedeutet werden, dass Personen mit einem höheren Selbstvertrauen das Thema Patientenverfügung möglicherweise rationaler betrachten und dem Personal zum Beispiel in Krankenhäusern nicht vertrauen: Viele Ärzte und das Pflegepersonal haben in der Vergangenheit eine bestehende Patientenverfügung häufig nicht beachtet (Rissing-van Saan, 2016, S. 100). Daher wäre es denkbar, dass Menschen mit höherem Selbstvertrauen vielleicht für sich selber sorgen wollen, ihr Vertrauen eher in Familienangehörige setzen und daher keine Patientenverfügung verfassen.

Für mögliche Folgeuntersuchungen lassen sich hieraus zusammenfassend folgende Hypothesen ableiten:

- Menschen, die einen Bezug zur religiösen oder spirituellen Lebensweise pflegen, verfassen häufiger eine Patientenverfügung
- Protestanten verfassen eher eine Patientenverfügung als Katholiken
- Je höher das Selbstvertrauen desto seltener wird eine Patientenverfügung verfasst

5.2 Limitationen des methodischen Vorgehens und des Messinstrumentes

Methodisches Vorgehen:

Die Durchführung der Befragungen mittels Fragebogen erwies sich im Großen und Ganzen als schwierig. Zwar wurde es durch „face-to-face“ Befragungen einerseits ermöglicht, auf Verständnisprobleme direkt einzugehen und über die Fragen hinaus mit den Teilnehmern ins Gespräch zu kommen, was für das Verständnis und die Interpretation der späteren Ergebnisse eine Bereicherung darstellte. Dennoch waren vermutlich aufgrund des Settings und der quantitativen Methodik viele Personen nicht bereit, an der Befragung teilzunehmen. Das Vorgehen dieser Untersuchung erwies sich vor dem Hintergrund eines derart persönlichen und intimen Themas wie „Religiosität“ als nicht geeignet, um im Hinblick auf die aufgestellten Hypothesen aussagekräftige Ergebnisse zu erlangen.

In einer möglichen Folgeuntersuchung wäre es daher sinnvoller, zunächst qualitativ vorzugehen (zum Beispiel mit einem Interview), um eine gute Grundlage an Erkenntnisgewinn zu schaffen. Anschließend könnten aus den erworbenen Ergebnissen weitere quantitative Untersuchungen abgeleitet und durchgeführt werden. Durch die Kombination qualitativer und quantitativer Methoden („Triangulation“), würden die jeweiligen Ergebnisse im Zusammenhang präzisiert, wodurch wiederum ein verlässlicheres Gesamtbild erlangt werden könnte (Diekmann, 2014, S. 543; Pickel, Sammet, 2014, S. 167 f).

Das Messinstrument:

Das Messinstrument hat sich für die Beantwortung der Forschungsfrage nicht bewährt, da, wie bereits erwähnt, ein Konstrukt wie Religiosität mit einem Fragebogen nur schwer zu erfassen ist.

Die Items des Messinstrumentes wurden aus den in Kapitel 3.3 genannten Quellen gebildet, was ein methodisches Problem darstellt: Es entstand ein Messinstrument, das zwar im Hinblick auf die Gütekriterien Reliabilität, Validität und Objektivität bereits getestete Fragen und Aussagen verwendet, diese jedoch aus ihren Ursprungsquellen entnommen und zu einem neuen Fragenkomplex zusammengefügt worden sind. Um die zu messenden Konstrukte (Religiosität und Kontrollüberzeugung) angemessen erfassen zu können, hätten jedoch sämtliche Items aus mindestens einer der entsprechenden Ursprungsquellen genutzt werden müssen. Dieses hätte jedoch den Umfang und den zeitlichen Rahmen der Befragungen überschritten.

Weiterhin wäre eine erneute Überprüfung der Gütekriterien erforderlich gewesen, was mit dem vorliegenden Messinstrument aufgrund zeitlicher Ressourcen nicht geschah.

Da eine rein deskriptive Auswertung vorgesehen war, wurden darüber hinaus statistische Tests zur Überprüfung möglicher Zusammenhänge der Ergebnisse ausgelassen. Ebenso wurde aufgrund zeitlicher Ressourcen auf eine Überprüfung der Interkorrelation einzelner Items verzichtet. Dieses wäre jedoch nötig gewesen um festzustellen, ob die Auswahl der Items für die Messung von Religiosität beziehungsweise von Kontrollüberzeugung im Kontext des Fragebogens überhaupt geeignet ist.

Aufgrund der Stichprobengröße ($n=107$), der Stichprobenziehung (Convenience sample) und der beschriebenen Limitationen können die vorliegenden Ergebnisse folglich nur als Anhaltspunkte und möglichen Anstoß für weitere Untersuchungen gelten, da sie nicht repräsentativ sind, was aber auch nicht das eigentliche Ziel dieser Arbeit war.

5.3 Fazit

Das übergeordnete Ziel des Gesamtprojektes, Menschen mittels Befragungen für das Thema Patientenverfügung zu sensibilisieren, kann als erfolgreich deklariert werden: Während der Befragungen gaben viele Menschen an, endlich einmal mit ihrem Partner über das Thema kommuniziert zu haben und sich nun Gedanken darüber zu machen, das Verfassen einer Patientenverfügung in Angriff zu nehmen.

Dennoch sollte das Thema Patientenverfügung in der Gesellschaft weiter verbreitet und im Rahmen der Aufklärung auch in kirchlichen Institutionen aufgegriffen werden.

Die Frage, ob das Verfassen / Nicht-Verfassen einer Patientenverfügung etwas mit christlicher Glaubensausprägung zutun hat, konnte aufgrund der Schwierigkeit, das Konstrukt Religiosität messbar zu machen, nicht abschließend geklärt werden.

Dennoch bietet die vorliegende Arbeit eine gute Grundlage, auf diesem Gebiet weiter zu forschen und das Thema in einer möglichen Masterarbeit erneut aufzugreifen.

Literaturverzeichnis

- Allport, G.W. (1950). *The individual and his religion - A psychological interpretation*. New York: Macmillan.
- Balboni, T.A., Vanderwerker, L.C., Block, S.D., Paulk, M.E., Lathan, C.S., Peteet, J.R., Prigerson, H.G. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. In: *Journal of Clinical Oncology*. 25. Jg., S. 555–560.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. In: *Psychological Review*. 84. Jg., S. 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. In: Schwarzer, R. (Hrsg.). *Self-efficacy - Thought control of action*. Washington: Hemisphere, S. 3–38.
- Bandura, A. (1992). Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. In: Schwarzer, R. (Hrsg.). *Self-efficacy - Thought control of action*. Washington: Hemisphere, S. 355–394.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy - The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory - An agentic perspective. In: *Annual Review of Psychology*. 52. Jg., S. 1–26.
- BDKJ, MISEREOR (Hrsg.) (2008). *Wie ticken Jugendliche? Die Sinus Milieustudie U27*. Wiesbaden: Verlag Haus Altenberg.
- Beierlein, C., Kovaleva, A., Kemper, C. J., Rammstedt, B. (2014). *Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala (ASKU) - Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen*. Gesis. [http://zis.gesis.org/skala/Beierlein-Kovaleva-Kemper-Rammstedt-Allgemeine-Selbstwirksamkeit-Kurzskala-\(ASKU\)](http://zis.gesis.org/skala/Beierlein-Kovaleva-Kemper-Rammstedt-Allgemeine-Selbstwirksamkeit-Kurzskala-(ASKU)). Stand: 09.03.2017.
- Bertelsmann Stiftung (2008). *Fragebogen*. Bertelsmann Stiftung. http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Presse/imported/downloads/xcms_bst_dms_26469_26470_2.pdf. Stand: 13.03.2017.
- BGB, Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) §1901a Patientenverfügung. https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_1901a.html. Stand: 20.11.2016.
- BGH (2016). *Beschluss vom 6. Juli 2016 in der Betreuungssache Anforderungen an Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung im Zusammenhang mit lebenserhaltender Maßnahmen*. Juris. <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=pm&Datum=2016&Sort=3&nr=75565&linked=bes&Blank=1&file=dokument.pdf>. Stand: 14.02.2017.
- BGV – Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Freie und Hansestadt Hamburg (Hrsg.) (2015). *Ich Sorge vor – Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung*. Hamburg: Langebartels & Jürgens.

BMI (o.J.). Christliche Kirchen. BMI. http://www.bmi.bund.de/DE/Themen/Gesellschaft-Verfassung/Staat-Religion/Christliche-Kirchen/christliche-kirchen_node.html;jsessionid=F4A29BBF45CC39BBC089731E01136EB0.2_cid364#doc3315212bodyText1. Stand: 14.02.2017.

BMJV – Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hrsg.) (2016). Patientenverfügung – Leiden, Krankheit, Sterben. Paderborn: Bonifatius GmbH.

Böcken, J., Braun, B., Repschläger, U (Hrsg.) (2011). Gesundheitsmonitor 2011. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

Boos-Nünning, U. (1972). Dimensionen der Religiosität – Zur Operationalisierung und Messung religiöser Einstellungen. München: Chr. Kaiser Verlag.

Borasio, G.D. (2014). Über das Sterben. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Bortz, J., Döring, N. (2006). Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler, 4. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Brandstätter, J., Krampen, G., Baltes-Götz, B. (1989). Kontrollüberzeugungen im Kontext persönlicher Entwicklung. In: Krampen, G. (Hrsg.). Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen. Göttingen: Verlag für Psychologie Hogrefe. S. 155-171.

Brosius, F. (2007). SPSS für Dummies – Statistische Analyse statt Datenchaos. Weinheim: WILEY-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA.

Bundesärztekammer (2015). (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte - MBO-Ä 1997 - in der Fassung des Beschlusses des 118. Deutschen Ärztetages 2015 in Frankfurt am Main. Bundesärztekammer. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO_02.07.2015.pdf. Stand: 27.01.2017.

Cicirelli, V.G., MacLean, A.P., Cox, L.S. (2000). Hastening death: A comparison of two end-of-life decisions. In: Death Studies. 24. Jg., S. 401–419.

Conrad, E., Maul, T. (1981). Introduction to Experimental Psychology. New York: Wiley.

Demerath, N. J. (1961). Social stratification and church involvement - The church-sect distinction applied to individual participation. In: Review of Religious Research 2. S. 146-154.

Diekmann, A. (2014). Empirische Sozialforschung – Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Hamburg: Rowohlt.

EKD (1996-2017). EKD Statistik. EKD. <https://www.ekd.de/statistik/downloads.html>. Stand: 25.04.2017.

EKD (2007). Rat der EKD plädiert für gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen – Rechtssicherheit für Patienten, Angehörige und Ärzte verbessern. EKD. https://www.ekd.de/patientenvorsorge/presse/pm134_2007_eckpunkte_patientenverfuegungen.html. Stand: 10.02.2017.

EKD, DBK (Hrsg.) (2012). Christliche Patientenvorsorge durch Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Behandlungswünsche und Patientenverfügung – Handreichung und Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland in Verbindung mit weiteren Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland. EKD - Evangelische Kirche Deutschland. <https://www.ekd.de/download/patientenvorsorge.pdf>. Stand: 07.02.2017.

EKD (2016). Zahlen und Fakten zum Kirchlichen Leben. Hannover: Horst Wanderer GmbH.

Flammer, A., Nakamura, Y., (2002). An den Grenzen der Kontrolle. In: Jerusalem, M., Hopf, D. (Hrsg). Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungssituationen. Weinheim/Basel: Beltz Verlag. S. 83-113.

Fukuyama, Y. (1961). The major dimensions of church membership. In: Review of Religious Research 2. S. 154-161.

Gensicke, T. (2006). Jugend und Religiosität. In: Shell Deutschland Holding (Hrsg.). Jugend 2006 - 15. Shell Jugendstudie. Frankfurt a.M.: Fischer Taschenbuch Verlag. S. 203–239.

GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften in Mannheim (o.J.). Allbus – Die Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften. GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften in Mannheim. <http://www.gesis.org/allbus/inhaltsuche/themenschwerpunkte/>. Stand: 25.04.2017.

GfK (2016). Mehrheit der Bundesbürger hat keine Patientenverfügung. Marktforschung.de. <http://www.marktforschung.de/nachrichten/marktforschung/mehrheit-der-bundesbuerger-hat-keine-patientenverfuegung/>. Stand: 18.02.2017.

Glock, C.Y., Stark, R. (1965). Religion and Society in Tension. Chicago: Rand McNally.

Glock, C.Y. (1969). Über die Dimensionen der Religiosität. In: Matthes, Joachim (Hrsg.). Kirche und Gesellschaft - Band 2. Reinbek: S. 150-168.

Grieß, A. (2015). Islam gewinnt an Bedeutung. Statista. <https://de.statista.com/infografik/3535/islam-gewinnt-an-bedeutung/>. Stand: 21.04.2015.

Heeren, O., Menon, A.S., Raskin, A., Ruskin, P. (2001). Religion and end of life treatment preferences among geriatric patients. In: International Journal of Geriatric Psychiatry. 16. Jg., S. 203–208.

Heider, F. (1958). The psychology of interpersonal relations. New York: Wiley.

Hinz, A., Schumacher, J., Albani, C., Schmid, G., Brähler, E. (2006). Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. In: Diagnostica. 52. Jg., S. 26-32.

Huber, S. (2008). Kerndimensionen, Zentralität und Inhalt – Ein interdisziplinäres Modell der Religiosität. Journal für Psychologie: jfp-3-2008-05 / ISSN 0942-2285. 16. Jg., Nr. 3.

IfD Allensbach (2014). Allensbacher Kurzbericht – Deutlicher Anstieg bei Patientenverfügungen. IfD Allensbach. http://www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsndocs/PD_2014_20.pdf. Stand: 09.02.2017.

- Inglehart, R. (1989). *Kultureller Umbruch - Wertwandel in der westlichen Welt*. Frankfurt a.M: Campus Verlag.
- Jakoby, N., Jacob, R. (2014). *Kurzskala Interne und Externe Kontrollüberzeugung*. Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen. Gesis. <http://zis.gesis.org/skala/Jakoby-Jacob-Kurzskala-Interne-und-Externe-Kontroll%C3%BCberzeugungen>. Stand: 09.03.2017.
- Jaspers, B., Becker, M., King, C., Radbruch, L., Voltz, R., Nauck, F. (2010). Ich will nicht so sterben wie mein Vater. In: *Palliativmed*. Nr.11. S. 218–226.
- Jerusalem, M. (1990). *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Stresserleben*. Göttingen: Hogrefe.
- Jeserich, F. (2013). Der Patient im Gesundheitswesen. In: Nagel, E. (Hrsg.). *Das Gesundheitswesen in Deutschland – Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. S. 423-437.
- Judge, T. A., Erez, A., Bono, J. E., Thoresen, C. J. (2002). Are measures of self-esteem, neuroticism, locus of control and generalized self-efficacy indicators of a common core construct?. In: *Journal of Personality and Social Psychology*. 83. Jg., S. 693-710.
- Kaase, M. (Hrsg.) (1999). *Deutsche Forschungsgemeinschaft – Qualitätskriterien der Umfragenforschung*. Berlin: Akademie Verlag.
- Kämpfer, U. (2005). *Die Selbstbestimmung Sterbewilliger: Sterbehilfe im deutschen und amerikanischen Verfassungsrecht*. Berlin: Duncker & Humboldt.
- Kim-Spoon, J., Farley, J. P., Holmes, C., Longo, G. S., McCullough, M. E. (2013). Processes linking parents' and adolescents' religiousness and adolescent substance use: Monitoring and self-control. In: *Journal of Youth and Adolescence*. Nr. 43, S. 745-756.
- Kovaleva, A., Beierlein, C., Kemper, C. J., Rammstedt, B. (2014). *Internale-Externale-Kontrollüberzeugung-4 (IE-4) - Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen*. Gesis. [http://zis.gesis.org/skala/Kovaleva-Beierlein-Kemper-Rammstedt-Internale-Externale-Kontroll%C3%BCberzeugung-4-\(IE-4\)](http://zis.gesis.org/skala/Kovaleva-Beierlein-Kemper-Rammstedt-Internale-Externale-Kontroll%C3%BCberzeugung-4-(IE-4)). Stand: 09.03.2017.
- Krampen, G. (1989). Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen: Theorien, Geschichte, Probleme. In: Krampen, G. (Hrsg.). *Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen*. Göttingen: Verlag für Psychologie Hogrefe. S. 3-19.
- Kreß, H. (2016). Normative Basis von Patientenverfügungen: Das Grundrecht auf Selbstbestimmung in ethischer und in interkultureller Hinsicht. In: May, A.T., Kreß, H., Verrel, T., Wagner, T. (Hrsg.). *Patientenverfügungen – Handbuch für Berater, Ärzte und Betreuer*. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag. S. 5-18.
- Levenson, H. (1972). Distinctions within the concept of internal-external control - Development of a new scale. In: *Proceedings of the 80th Annual Convention of the APA*. 7. Jg., S. 261–262.
- Lind, G. (2003). *Does Religion Foster or Hamper Morality and Democracy?*. University of Konstanz, Department of Psychology. http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/pdf/Lind-2003_religion-morality-KURZ.pdf. Stand:03.03.2017.

Lob-Hüdepohl, A. (2016). Umgang mit Patientenverfügungen in katholischer Sicht. In: May, A.T., Kreß, H., Verrel, T., Wagner, T. (Hrsg.). Patientenverfügungen – Handbuch für Berater, Ärzte und Betreuer. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag. S. 19-22.

Lois, D. (2013). Wenn das Leben religiös macht – Altersabhängige Veränderungen der kirchlichen Religiosität im Lebenslauf. Wiesbaden: Springer Verlag.

Lupu, I. (2009). Moral, Lernumwelt und Religiosität - Die Entwicklung moralischer Urteilsfähigkeit bei Studierenden in Rumänien in Abhängigkeit von Verantwortungsübernahme und Religiosität. KOPS. http://kops.uni-konstanz.de/bitstream/handle/123456789/11267/Diss_Lupu.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Stand: 03.03.2017.

Lüthi, R., Grob, A., Flammer, A. (1989). Differenzierte Erfassung bereichsspezifischer Kontrollmeinungen bei Jugendlichen. In: Krampen, G. (Hrsg.). Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen. Göttingen: Verlag für Psychologie Hogrefe. S. 134-145.

Mayer, H.O. (2002). Interview und schriftliche Befragung – Entwicklung, Durchführung und Auswertung. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

Meier, C. (2016). Patientenverfügung aus evangelischer Sicht. In: May, A.T., Kreß, H., Verrel, T., Wagner, T. (Hrsg.). Patientenverfügungen – Handbuch für Berater, Ärzte und Betreuer. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag. S. 23-28.

Meulemann, H. (1998). Religiosität und Moralität nach der deutschen Wiedervereinigung. In: Lüschen, G. (Hrsg.). Das Moralische in der Soziologie. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH. S. 269–283.

Miller, S.M., Harkavey, J., Hammel, M. (1979). Relinquishment of control as a function of perceived stability of the controlling response. University of Pennsylvania: Unveröffentlichtes Manuskript.

Miller, S.M. (1980). Why having control reduces stress – If I can stop the roller coaster, I don't want to get off. In: Garber, J., Seligmann, M.E.P. (Hrsg.). Human helplessness. New York: Academic Press.

Miller, S.M. (1981). Predictability and human stress – Toward a clarification of evidence and theory. In: Berkowitz, L. (Hrsg.). Advances in Experimental Social Psychology, Vol. 14. New York: Academic Press.

Miralsky, J., Langer, E.J. (1978). Burglary (non) prevention – An instance of relinquishing control. In: Journal of Personality and Social Psychology. 4. Jg., S. 399-405.

Osnabrügge, G., Stahlberg, D., Frey, D. (1993). Die Theorie der kognitiven Kontrolle. In: Frey, D., Irle, M. (Hrsg.). Theorien der Sozialpsychologie – Band III: Motivations- und Informationsverarbeitungstheorien. Bern: Hans Huber Verlag. S. 127-172.

Panagopoulou-Koutnatzi, F. (2009). Die Selbstbestimmung des Patienten. Berlin: Duncker & Humblot GmbH.

PEW RESEARCH CENTER (2015). The Future of World Religions - Population Growth Projections, 2010-2050. PEW RESEARCH CENTER. http://www.pewforum.org/files/2015/03/PF_15.04.02_ProjectionsFullReport.pdf. Stand: 21.04.2017.

Pfeifer, S. (o.J.) Instrumente zur Operationalisierung christlicher Religiosität. Pfeiffer, S. http://www.seminare-ps.net/_MAT/Seelsorge/Basiskurs/01_Messung_der_Religiositaet_Skript.pdf. Stand: 28.02.2017.

Pfrang, H. (1989). Diagnostik von Kontrollüberzeugungen im Rahmen der sozialen Lerntheorie Rotters: Unipolare und bipolare Ansätze. In: Krampen, G. (Hrsg.). Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen. Göttingen: Verlag für Psychologie Hogrefe. S. 93-99.

Pickel, G. (2011). Religionssoziologie – Eine Einführung in zentrale Themenbereiche. Wiesbaden: Springer Verlag.

Pickel, G., Sammet, K. (2014). Einführung in die Methoden der sozialwissenschaftlichen Religionsforschung. Wiesbaden: Springer Verlag.

Pollack, D., Müller, O. (2013). Religionsmonitor verstehen was verbindet – Religiosität und Zusammenhalt in Deutschland. Bertelsmann Stiftung. http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Religionsmonitor_verstehen_was_verbindet_Religioesitaet_und_Zusammenhalt_in_Deutschland.pdf. Stand: 28.02.2017.

Rissing-van Saan, R. (2016). Strafrechtliche Grundlagen und Rahmenbedingungen von Patientenverfügungen. In: May, A.T., Kreß, H., Verrel, T., Wagner, T. (Hrsg.). Patientenverfügungen – Handbuch für Berater, Ärzte und Betreuer. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag. S. 99-109.

Roth, D. (2000). Stellungnahme von Bischof Dr. Diethardt Roth zum Thema Patientenverfügung. Selbständige Evangelisch Lutherische Kirche. <http://www.selk.de/download/patient.pdf>. Stand: 10.02.2017.

Rotter, H. (1993). Person und Ethik – Zur Grundlegung der Moraltheologie. Innsbruck-Wien: Tyrolia-Verlag.

Rotter, J. B. (1966). Generalized Expectations for Internal versus External Control of Reinforcement. In: Psychological Monographs. 80. Jg., S. 1–28.

Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1989). Erfassung leitungsbezogener und allgemeiner Kontroll- und Kompetenzerwartungen. In: Krampen, G. (Hrsg.). Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen. Göttingen: Verlag für Psychologie Hogrefe. S. 127-133.

Schwarzer, R., Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999). Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen - Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Berlin: Freie Universität Berlin.

Schwarzer, R., Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. In: Jerusalem, M., Hopf, D. (Hrsg.). Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen. Weinheim und Basel: Beltz Verlag. S. 8-53.

Siennicka, A. E., Gościńska-Bis, K., Wilczek, J., Wójcik, M., Błaszczak, R., Szymański, F. M., Nadrowski, P., Michalski, B., Mizia-Stec, K., Ptaszyńska-Kopczyńska, K., Kopeć, G., Hryniewicz-Szymański, A., Krzych, Ł., Jankowska, E. A. (2016). Perception of health control and self-efficacy in heart failure. In: Polish Heart Journal – Kardiologia Polska. 74. Jg., Nr. 2, S. 168-178.

Silva, A. N., Moratelli, L., Tavares, P.L., Marsicano, E.O., Pinhati, R.R., Colugnati, F.A., Lucchetti, G., Sanders-Pinheiro, H. (2016). Self-efficacy beliefs, locus of control, religiosity and non-adherence to immunosuppressive medications in kidney transplant patients. In: Nephrology. 21. Jg, Nr. 11, S. 938-943.

Statista – Das Statistik-Portal (2017). Anzahl der Christen in Deutschland nach Kirchenzugehörigkeit im Jahr 2015. Statista – Das Statistik-Portal. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1233/umfrage/anzahl-der-christen-in-deutschland-nach-kirchenzugehoerigkeit/>. Stand: 11.02.2017.

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (Hrsg.) (2013). Zensus 2011. Statistisches Amt Nord. http://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Tabellen%2C_Tabellenb%3%A4nde%2C_Brosch%3%B Cren/Zensus2011/Einwohner/HH/02_Bev_Land_Hamburg_Zensus.pdf. Stand: 29.03.2017.

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (Hrsg.) (2016). Hamburger Stadtteil-Profile 2016 – NORD.regional Band 18. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein. https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/NORD.regional/NR18_Statistik-Profil_HH_2016.pdf. Stand: 01.03.2017.

Thompson, S. C. (1981). Will it hurt less if I can control it? A complex answer to a simple question. In: Psychological Bulletin. 90. Jg., S. 89-101.

Verbraucherzentrale Hamburg e.V. (2010). Die Patientenverfügung – Vorsorge ist gut. Verbraucherzentrale Hamburg e.V. <http://www.vzhh.de/gesundheits/29890/die-patientenverfuegung.aspx>. Stand: 08.12.2016.

Wermke, M., Kunkel-Razum, K., Scholze-Stubenrecht, W. (Hrsg.) (2010). Duden – Das Fremdwörterbuch, 10. Auflage, Band 5. Mannheim, Zürich: Dudenverlag.

Zimmermann, W. (2010). Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung. Berlin: Erich Schmidt Verlag.

Zirngibl, D. (2011). Die Patientenverfügung – So sorgen Sie für Notfälle richtig vor. München: Beck Verlag.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 06.09.2017

Julia Karl

Anhang

- A Fragebögen
- B Anschreiben
- C Summenscore
- D Codierungsplan
- E Ergebnisse (Häufigkeitstabellen)

Anhang A: Fragebögen

Version A – Ich besitze eine Patientenverfügung

Frage 1: Was hat Sie dazu veranlasst, eine Patientenverfügung abzuschließen?

Frage 2: Hatten Sie Unterstützung bei der Erstellung der Patientenverfügung?

Ja, von _____

Nein, weil _____

Ich hätte aber gerne Unterstützung gehabt, z.B. von _____

Frage 6: Haben Sie Ihre Patientenverfügung schon einmal geändert?

Ja

Nein

Frage 7: In welchem Alter haben Sie Ihre Patientenverfügung verfasst?

Frage 8: Würden Sie sich zum Thema Patientenverfügung mehr Aufklärung wünschen?

Ja

Nein

Frage 10: Wie wichtig ist es Ihnen, in Ihrer letzte Lebensphase selbst über die Behandlung zu bestimmen?

Gar nicht

Wenig

Mittel

Ziemlich

Sehr

Das Auseinandersetzen mit einer Patientenverfügung erfordert auch, sich mit dem Thema „Sterben und Tod“ auseinanderzusetzen. Hierbei spielt oft die persönliche Religiosität eine wichtige Rolle.

Folgende Fragen richten sich nun an Ihre religiöse Einstellung:

Frage 26: Welcher Religion/Glaubensrichtung fühlen Sie sich zugehörig?

Katholisch

Evangelisch

Frage 27: Als wie religiös würden Sie sich bezeichnen?

Gar nicht

Wenig

Mittel

Ziemlich

Sehr

Frage 28: Wie wichtig sind Ihnen christliche Werte für Ihr Leben?

Gar nicht Wenig Mittel Ziemlich Sehr

Frage 29: Wie stark leben Sie in Ihrem Alltag nach christlichen Geboten?

Gar nicht Wenig Mittel Ziemlich Sehr

Frage 30: Wie stark wirkt sich Ihre Religiosität auf Ihren Umgang mit wichtigen Lebensereignissen in Ihrer Familie aus (wie z.B. Geburt, Hochzeit, Tod)?

Gar nicht Wenig Mittel Ziemlich Sehr

Frage 31: Wie stark interessieren Sie sich dafür, mehr über religiöse Themen zu erfahren?

Gar nicht Wenig Mittel Ziemlich Sehr

Frage 32: Lesen Sie regelmäßig, also mindestens einmal in der Woche, religiöse Literatur (z.B. in der Bibel, andere religiöse Bücher, Kirchennachrichten, usw.)?

Ja, weil _____

Nein, weil _____

Wenn ja, welche? _____

Frage 33: Greifen Sie für sich als Quelle der Inspiration auf andere Glaubensrichtungen oder andere übersinnliche Praktiken zurück (z.B. Esoterik, Okkultismus, New Age, Hinduismus, Buddhismus, ...)?

Ja Nein

Frage 34: Wie wichtig ist Ihnen die Teilnahme am Gottesdienst?

Gar nicht Wenig Mittel Ziemlich Sehr

Warum?

Frage 35: Wie stark glauben Sie daran, dass Gott Ihr Leben bestimmt?

Gar nicht Wenig Mittel Ziemlich Sehr

Frage 36: Welcher der folgenden Aussagen würden Sie eher zustimmen:

- In schwierigen Situationen kann ich mich auf meine Fähigkeiten verlassen und Probleme aus eigener Kraft heraus meistern.
- In schwierigen Situationen verlasse ich mich lieber auf Gott
- Ich verlasse mich sowohl auf meine Fähigkeiten als auch auf Gott
- Weder noch

Frage 37: Welcher Aussage würden Sie eher zustimmen:

- Ich habe mein Leben selbst in der Hand
- Gott erschuf die Welt und bestimmt die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft aller Menschen
- Beides
- Weder noch

Frage 38: Wie sehr stimmen Sie folgender Aussage zu:

„Allein mein Glaube und die Religion werden mir in meinen letzten Stunden des Lebens das Gefühl der Sicherheit geben können.“

- Gar nicht Wenig Mittel Ziemlich Sehr

Frage 39: Wie wichtig/unwichtig ist es für Sie als Christ, eine Patientenverfügung zu verfassen?

- Als Christ ist es mir wichtig, eine Patientenverfügung zu verfassen, weil
-

- Als Christ ist es mir unwichtig, eine Patientenverfügung zu verfassen, weil
-

Frage 40: Kennen Sie die Möglichkeit, eine „Christliche Patientenverfügung“ abzuschließen?

- Ja Nein

Frage 41: Haben Sie vielleicht sogar eine „Christliche Patientenverfügung“ abgeschlossen?

- Ja Nein

Frage 42: Die katholische und evangelische Kirche unterstützen es, eine Patientenverfügung abzuschließen („Christliche Patientenverfügung“). Welcher Aussage würden Sie zustimmen:

- Die Gewissheit, dass die beiden Kirchen das Verfassen einer Patientenverfügung befürworten, war ausschlaggebend für mich, eine Patientenverfügung abzuschließen.
- Wenn ich gewusst hätte, dass die beiden Kirchen das Verfassen einer Patientenverfügung befürworten, hätte ich meine Patientenverfügung schon früher verfasst.
- Meine Entscheidung für eine Patientenverfügung ist unabhängig von christlichen Einstellungen.

Nun noch ein paar Fragen zu Ihnen:

Frage 25: Ihr Geschlecht?

- Weiblich Männlich Anders

Frage 27: Wie alt sind Sie? _____

Frage 28: Wie ist Ihr Familienstand?

- Ledig Verheiratet oder in eingetragener Partnerschaft
 Geschieden Verwitwet Unverheiratet zusammenlebend

Frage 29: Welchen allgemeinen Abschluss besitzen Sie?

- Hauptschulabschluss Realschulabschluss Abitur
 Abgeschlossenes Studium Kein Abschluss

Frage 30: Was ist im Moment Ihre hauptberufliche Tätigkeit? _____

Version B – Ich besitze keine Patientenverfügung

Frage 3: Sind Sie schon einmal mit dem Thema Patientenverfügung konfrontiert worden?

- Ja Nein

Frage 4: Haben Sie schon einmal darüber nachgedacht, eine Patientenverfügung abzuschließen?

- Ja Nein

Wenn ja, welche Gründe haben Sie davon abgehalten, eine Patientenverfügung abzuschließen?

- Ich wurde zu wenig aufgeklärt
- Ich habe keinen konkreten Grund, auf den ich mich in der Patientenverfügung beziehen kann
- Ich meide es, über den Tod nachzudenken bzw. mich mit dem Tod zu beschäftigen
- Ich verlasse mich auf meine Familie/Angehörige
- _____

Frage 8: Würden Sie sich zum Thema Patientenverfügung mehr Aufklärung wünschen?

- Ja Nein

Frage 10: Wie wichtig ist es Ihnen, in Ihrer letzte Lebensphase selbst über die Behandlung zu bestimmen?

- Gar nicht Wenig Mittel Ziemlich Sehr

Das Auseinandersetzen mit einer Patientenverfügung erfordert auch, sich mit dem Thema „Sterben und Tod“ auseinanderzusetzen. Hierbei spielt oft die persönliche Religiosität eine wichtige Rolle.

Folgende Fragen richten sich nun an Ihre religiöse Einstellung:

Frage 26: Welcher Religion/Glaubensrichtung fühlen Sie sich zugehörig?

- Katholisch Evangelisch

Frage 27: Als wie religiös würden Sie sich bezeichnen?

Gar nicht Wenig Mittel Ziemlich Sehr

Frage 28: Wie wichtig sind Ihnen christliche Werte für Ihr Leben?

Gar nicht Wenig Mittel Ziemlich Sehr

Frage 29: Wie stark leben Sie in Ihrem Alltag nach christlichen Geboten?

Gar nicht Wenig Mittel Ziemlich Sehr

Frage 30: Wie stark wirkt sich Ihre Religiosität auf Ihren Umgang mit wichtigen Lebensereignissen in Ihrer Familie aus (wie z.B. Geburt, Hochzeit, Tod)?

Gar nicht Wenig Mittel Ziemlich Sehr

Frage 31: Wie stark interessieren Sie sich dafür, mehr über religiöse Themen zu erfahren?

Gar nicht Wenig Mittel Ziemlich Sehr

Frage 32: Lesen Sie regelmäßig, also mindestens einmal in der Woche, religiöse Literatur (z.B. in der Bibel, andere religiöse Bücher, Kirchennachrichten, usw.)?

Ja, weil _____

Nein, weil _____

Wenn ja, welche? _____

Frage 33: Greifen Sie für sich als Quelle der Inspiration auf andere Glaubensrichtungen oder andere übersinnliche Praktiken zurück (z.B. Esoterik, Okkultismus, New Age, Hinduismus, Buddhismus, ...)?

Ja Nein

Frage 34: Wie wichtig ist Ihnen die Teilnahme am Gottesdienst?

Gar nicht Wenig Mittel Ziemlich Sehr

Warum? _____

Frage 35: Wie stark glauben Sie daran, dass Gott Ihr Leben bestimmt?

Gar nicht Wenig Mittel Ziemlich Sehr

Frage 36: Welcher der folgenden Aussagen würden Sie eher zustimmen:

- In schwierigen Situationen kann ich mich auf meine Fähigkeiten verlassen und Probleme aus eigener Kraft heraus meistern.
- In schwierigen Situationen verlasse ich mich lieber auf Gott
- Ich verlasse mich sowohl auf meine Fähigkeiten als auch auf Gott
- Weder noch

Frage 37: Welcher Aussage würden Sie eher zustimmen:

- Ich habe mein Leben selbst in der Hand
- Gott erschuf die Welt und bestimmt die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft aller Menschen
- Beides
- Weder noch

Frage 38: Wie sehr stimmen Sie folgender Aussage zu:

„Allein mein Glaube und die Religion werden mir in meinen letzten Stunden des Lebens das Gefühl der Sicherheit geben können.“

- Gar nicht Wenig Mittel Ziemlich Sehr

Frage 39: Wie wichtig/unwichtig ist es für Sie als Christ, eine Patientenverfügung zu verfassen?

- Als Christ ist es mir wichtig, eine Patientenverfügung zu verfassen, weil

- Als Christ ist es mir unwichtig, eine Patientenverfügung zu verfassen, weil

Frage 40: Kennen Sie die Möglichkeit, eine „Christliche Patientenverfügung“ abzuschließen?

- Ja Nein

Frage 43: Die katholische und evangelische Kirche unterstützen es, eine Patientenverfügung abzuschließen („Christliche Patientenverfügung“). Hat für Sie die Gewissheit, dass die beiden Kirchen das Verfassen einer Patientenverfügung befürworten, Einfluss auf Ihre Überlegungen oder Ihre Motivation, eine Patientenverfügung zu verfassen?

- Ja, weil _____

- Nein, weil _____

Nun noch ein paar Fragen zu Ihnen:

Frage 25: Ihr Geschlecht?

- Weiblich Männlich Anders

Frage 27: Wie alt sind Sie? _____

Frage 28: Wie ist Ihr Familienstand?

- Ledig Verheiratet oder in eingetragener Partnerschaft
 Geschieden Verwitwet Unverheiratet zusammenlebend

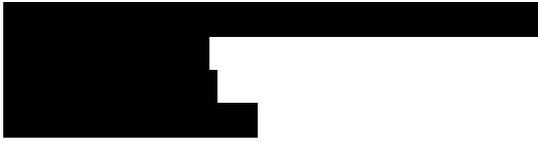
Frage 29: Welchen allgemeinen Abschluss besitzen Sie?

- Hauptschulabschluss Realschulabschluss Abitur
 Abgeschlossenes Studium Kein Abschluss

Frage 30: Was ist im Moment Ihre hauptberufliche Tätigkeit? _____

Anhang B: Anschreiben

Verbraucherzentrale Hamburg
Abteilung Gesundheit und Patientenschutz



Hamburg, den

Sehr geehrte/r ... ,

die Verbraucherzentrale Hamburg führt im Rahmen des bundesweit ausgeschriebenen Projektes „Wirtschaftlicher Verbraucherschutz“ der Bundesregierung eine Befragung zum Thema „Patientenverfügung“ durch.

Das Thema „Patientenverfügung“ ist nicht nur politisch von Bedeutung, sondern es betrifft auch jeden einzelnen Bürger.

Der Wunsch nach Selbstbestimmung am Lebensende ist in der Bevölkerung in den letzten Jahren angestiegen. Diesen Wunsch greift auch das „3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 29.07.2009“ auf.

Eine Patientenverfügung bietet die Möglichkeit, für den Fall der Entscheidungsunfähigkeit vorab schriftlich festzulegen, ob und wie in bestimmten Situationen eine ärztliche Behandlung durchgeführt werden soll. Diese Verfügung ist seit Juli 2016, sofern sie konkret genug formuliert ist, sowohl für das medizinische Personal, als auch für Bevollmächtigte oder Betreuer verbindlich. Somit wird einerseits das persönliche Recht auf Selbstbestimmung gestärkt. Andererseits wird nahen Angehörigen die Last abgenommen für den oben genannten Fall den mutmaßlichen Willen der betroffenen Person herauszufinden, mit dem die Entscheidungsgrundlage über weitere Behandlungsschritte gelegt wird.

In unserer Befragung möchten wir die Sichtweisen von Christen und Moslems zu diesem Thema erfassen und miteinander vergleichen. Daher sind wir auf Ihre Hilfe angewiesen.

Die Daten werden anonym behandelt und nach Auswertung komplett vernichtet.

Eine Veröffentlichung der Ergebnisse in einem entsprechenden Bericht ist für Juli 2017 vorgesehen. Bei Interesse wenden Sie sich gerne an die Verbraucherzentrale Hamburg. Der Bericht wird dann auch auf der Internetseite der Verbraucherzentrale www.vzhh.de zu finden sein.

Würden Sie uns die Möglichkeit geben, diese Befragung in Ihrer Gemeinde durchführen zu können?

Über Ihre Unterstützung wären wir sehr dankbar.

Mit freundlichen Grüßen,

Julia Karl
(Praktikantin im Rahmen des Studiums an der HAW Hamburg)

Anhang C: Summenscore

Intrinsische / Extrinsische Religiosität wurde mit folgenden Items abgefragt:

28, 29, 30, 31, 32, 33, 34

Internale / Externale Kontrollüberzeugung wurde mit folgenden Items abgefragt:

35, 36, 37, 38

Bepunktung und Definition der Antwortkategorien

Antwortkategorie	Punkte	Definition
Ja	5	Intrinsische Religiosität / Externale Kontrollüberzeugung
Nein	1	Extrinsische Religiosität / Internale Kontrollüberzeugung
Gar nicht	1	Extrinsische Religiosität / Internale Kontrollüberzeugung
Wenig	2	Extrinsische Religiosität / Internale Kontrollüberzeugung
Mittel	3	Weder noch
Ziemlich	4	Intrinsische Religiosität / Externale Kontrollüberzeugung
Sehr	5	Intrinsische Religiosität / Externale Kontrollüberzeugung
Antwortvorgabe 1	1	Extrinsische Religiosität / Internale Kontrollüberzeugung
Antwortvorgabe 2	5	Intrinsische Religiosität / Externale Kontrollüberzeugung
Antwortvorgabe 3	3	Weder noch
Antwortvorgabe 4	3	Weder noch

Summenscore

	Punkte
Extrinsische Religiosität	7-12
Weder noch	13-29
Intrinsische Religiosität	30-35
Internale Kontrollüberzeugung	4-6
Weder noch	7-17
Externale Kontrollüberzeugung	18-20

Anhang D: Codierungsplan

Antwortkategorie/Fragen	Kategorien	Codierung
Missing Values		99
Fragebogen JA		1
Fragebogen NEIN		0
JA		1
NEIN		0
Gar nicht		1
Wenig		2
Mittel		3
Ziemlich		4
Sehr		5
Missing Values		99
Katholisch		1
Evangelisch		2
Frage 1		
Was hat Sie dazu veranlasst, eine Patientenverfügung abzuschließen?	Krankheit/Tod	1
	beruflich	2
	Familie/Angehörige	3
	Sicherheit	4
	Alter	5
	Presseinformationen	6
Frage 2		
Hatten Sie Unterstützung bei der Erstellung der Patientenverfügung?		
Ja		1
Ja, von	Familie/Angehörige	11
	Freunde	12
	Arzt	13
	Rechtsanwalt/Notar	14
	Medien/Fachliteratur	15
	sonstige	16
Nein		0
Nein, weil	Selbstinformation	21
	wusste nicht von wem	22

zusätzl. Unterstützung von	Anwalt	1
	Arzt	2
	Familie/Angehörige	3
	Freunde	4

Frage 3

Sind Sie schon einmal mit dem Thema Patientenverfügung konfrontiert worden? Wenn ja, in welchem Zusammenhang?	Krankheit/Tod	1
	beruflich	2
	Familie/Angehörige	3
	Selbstinformiert	4
	Freunde	5
	Religion	6

Frage 4

Ich wurde zu wenig aufgeklärt		1
Ich habe keinen konkreten Grund, auf den ich mich in der Patientenverfügung beziehen kann		2
Ich meide es, über den Tod nachzudenken bzw. mich mit dem Tod zu beschäftigen		3
Ich verlasse mich auf meine Familie/Angehörige		4
		5
	Religion	51
	Zeitmangel	52
	fehlende Motivation	53
	ist in Planung	54
	sonstiges	55

Frage 7

In welchem Alter haben Sie Ihre Patientenverfügung verfasst?	18-29	1
	30-39	2
	40-49	3
	50-59	4
	60-69	5
	70-79	6
	80-89	7
	90-90	8

Frage 11

Weiblich		1
Männlich		2
Anders		3

Frage 12

Alter	18-29	1
	30-39	2

40-49	3
50-59	4
60-69	5
70-79	6
80-89	7
90-100	8

Frage 13

Ledig	1
Verheiratet oder in eingetragener Partnerschaft	2
Geschieden	3
Verwitwet	4
Unverheiratet zusammenlebend	5

Frage 14

Blutsverwandte	1	
In einem Haushalt lebend	3	
Enge Freunde	4	
Alle, die mich mögen	5	
Kinder	6	
_____	sonstige	7
	Verwandte/Ehepartner	2

Frage 16

Hauptschulabschluss	1
Mittlere Reife/Realschulabschluss	2
Abitur/Fachabitur	3
Abgeschlossenes Studium	4
Kein Abschluss	5

Frage 17

Hauptberufliche Tätigkeit		
	soziale Berufe (Lehrer/Innen, Erzieher/Innen etc.)	1
	medizinische Berufe	2
	technische Berufe	3
	handwerkliche Berufe	4
	Dienstleistungsberufe (Verkäufer/Innen, Koch/Köchin, Service, etc.)	5
	Verwaltung (Angehörige gesetzgebender Körperschaften, Bürokräfte, kaufmännisch Angestellte, etc.)	6
	in Ausbildung	7
	Rentner	8
	Hausfrau	9
	arbeitssuchend	10

Frage 26

Katholisch		1
Evangelisch		2

Frage 29

Warum leben Sie (nicht) danach?	Glaube/Überzeugung	1
	Erziehung	2
	Richtlinie für das Leben	3
	Sicherheit	4
	Kraft	5
	Gemeinschaftsleben	6
	Grundkonsens der Religion (wird "verlangt")	7
	keine Zeit	8
	nicht wichtig	9
	sonstiges	10

Frage 32

Ja, weil	Interesse (privat/beruflich)	1
	Information	2
	Kraft	3
	Wegweisung für Leben	4
	Lebenssinn	5
	Glauben stärken	6

Nein, weil	Kein Interesse	7
	Keine Zeit	8
	Andere Prioritäten	9
	Fehlender Nutzen	10

Welche Literatur	Bibel	1
	Pfarnachrichten	2
	Religiöse Zeitschriften	3
	Fachbücher	4
	Tageslosung	5
	TV	6
	Internet	7

Frage 34

Wie wichtig ist Ihnen die Teilnahme am Gottesdienst, warum	Kraft, Stärkung, Sicherheit	1
	Erfüllung, Befreiung, Bedürfnis	2
	Klärung existentieller Fragen	3
	Erziehung	4
	Ruhe finden	6
	Tradition	7
	Gemeinschaftsleben	8
	Glaube kann außerhalb von Kirche	9

gelebt werden (Alltag)	
keine Zeit	10
kein Interesse	11

Frage 36

In schwierigen Situationen kann ich mich auf meine Fähigkeiten verlassen und Probleme aus eigener Kraft heraus meistern	1
In schwierigen Situationen verlasse ich mich lieber auf Gott	2
Ich verlasse mich sowohl auf meine Fähigkeiten als auch auf Gott	3
Weder noch	4

Frage 37

Ich habe mein Leben selbst in der Hand	1
Gott erschuf die Welt und bestimmt die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft aller Menschen	2
Beides	3
Weder noch	4

Frage 39

Als Christ ist es mir wichtig, eine Patientenverfügung zu verfassen, weil	1
Als Christ ist es mir unwichtig, eine Patientenverfügung zu verfassen, weil	0

Wichtig, weil	Christl. Werte in Krankenhäusern nicht berücksichtigt werden	11
	Ich will selbst bestimmen	12
	Ich will in Würde sterben	13
	Angehörigen Entscheidungen erleichtern	14
Unwichtig, weil	Unabhängig von Christsein	21
	Andere sollen entscheiden	22
	Vertrauen auf Gott	23

Frage 42

Die Gewissheit, dass die beiden Kirchen das Verfassen einer Patientenverfügung befürworten, war ausschlaggebend ...	1
Wenn ich gewusst hätte, (...), hätte ich meine Patientenverfügung schon früher verfasst	2
Meine Entscheidung für eine Patientenverfügung ist unabhängig von christlichen Einstellungen	3

Frage 43

Ja, weil	Sicherheit, das Richtige zu tun	1
	Vertrauen in Kompetenz der Kirche	2
Nein, weil	andere sollen entscheiden	3
	unabhängig von Christsein	4
	will selbst entscheiden	5

Anhang E: Ergebnisse (Häufigkeitstabellen)

Häufigkeitstabelle: Geschlecht

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Weiblich	64	59,8	59,8	59,8
	Männlich	43	40,2	40,2	100,0
	Gesamt	107	100,0	100,0	

Häufigkeitstabelle: Patientenverfügung JA / NEIN nach Geschlecht

Fragebogen JA/Fragebogen Nein				Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Ich besitze keine Patientenverfügung	Gültig	Weiblich		35	53,0	53,0	53,0
		Männlich		31	47,0	47,0	100,0
		Gesamt		66	100,0	100,0	
Ich besitze eine Patientenverfügung	Gültig	Weiblich		29	70,7	70,7	70,7
		Männlich		12	29,3	29,3	100,0
		Gesamt		41	100,0	100,0	

Häufigkeitstabelle: Altersverteilung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	40-49	33	30,8	30,8	30,8
	50-59	35	32,7	32,7	63,6
	60-69	19	17,8	17,8	81,3
	70-79	9	8,4	8,4	89,7
	80-89	9	8,4	8,4	98,1
	90-99	2	1,9	1,9	100,0
	Gesamt	107	100,0	100,0	

Häufigkeitstabelle: Konfessionszugehörigkeit

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Katholisch	75	70,1	70,1	70,1
	Evangelisch	32	29,9	29,9	100,0
	Gesamt	107	100,0	100,0	

Häufigkeitstabelle: Patientenverfügung JA / NEIN

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ich besitze keine Patientenverfügung	66	61,7	61,7	61,7
	Ich besitze eine Patientenverfügung	41	38,3	38,3	100,0
	Gesamt	107	100,0	100,0	

Häufigkeitstabelle: Patientenverfügung JA / NEIN nach Konfessionszugehörigkeit

26Glaubensrichtung/Konfession			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Katholisch	Gültig	Ich besitze keine Patientenverfügung	50	66,7	66,7	66,7
		Ich besitze eine Patientenverfügung	25	33,3	33,3	100,0
		Gesamt	75	100,0	100,0	
Evangelisch	Gültig	Ich besitze keine Patientenverfügung	16	50,0	50,0	50,0
		Ich besitze eine Patientenverfügung	16	50,0	50,0	100,0
		Gesamt	32	100,0	100,0	

Häufigkeitstabelle: Wurde eine Christliche Patientenvorsorge abgeschlossen?

26Glaubensrichtung/Konfession			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozen	Kumulierte Prozen
Katholisch	Gültig	Nein	18	24,0	72,0	72,0
		Ja	7	9,3	28,0	100,0
		Gesamt	25	33,3	100,0	
	Fehlend	System	50	66,7		
	Gesamt		75	100,0		
Evangelisch	Gültig	Nein	14	43,8	87,5	87,5
		Ja	2	6,3	12,5	100,0
		Gesamt	16	50,0	100,0	
	Fehlend	System	16	50,0		
	Gesamt		32	100,0		

Häufigkeitstabelle: Wissen um Christliche Patientenvorsorge

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozen	Kumulierte Prozen
Gültig	Nein	81	75,7	75,7	75,7
	Ja	26	24,3	24,3	100,0
	Gesamt	107	100,0	100,0	

Häufigkeitstabelle: Selbsteingeschätzte Religiosität

Fragebogen JA/Fragebogen Nein			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozen	Kumulierte Prozen
Ich besitze keine Patientenverfügung	Gültig	Gar nicht religiös	5	7,6	7,6	7,6
		Wenig religiös	8	12,1	12,1	19,7
		Mittel religiös	26	39,4	39,4	59,1
		Ziemlich religiös	17	25,8	25,8	84,8
		Sehr religiös	10	15,2	15,2	100,0
		Gesamt	66	100,0	100,0	
Ich besitze eine Patientenverfügung	Gültig	Wenig religiös	3	7,3	7,3	7,3
		Mittel religiös	11	26,8	26,8	34,1
		Ziemlich religiös	16	39,0	39,0	73,2
		Sehr religiös	11	26,8	26,8	100,0
		Gesamt	41	100,0	100,0	

Häufigkeitstabelle: Wichtigkeit christlicher Werte

Fragebogen JA/Fragebogen Nein			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Ich besitze keine Patientenverfügung	Gültig	Gar nicht wichtig	3	4,5	4,5	4,5
		Wenig wichtig	5	7,6	7,6	12,1
		Mittel wichtig	20	30,3	30,3	42,4
		Ziemlich wichtig	13	19,7	19,7	62,1
		Sehr wichtig	25	37,9	37,9	100,0
		Gesamt	66	100,0	100,0	
Ich besitze eine Patientenverfügung	Gültig	Wenig wichtig	2	4,9	4,9	4,9
		Mittel wichtig	7	17,1	17,1	22,0
		Ziemlich wichtig	14	34,1	34,1	56,1
		Sehr wichtig	18	43,9	43,9	100,0
		Gesamt	41	100,0	100,0	

Häufigkeitstabelle: Leben nach christlichen Geboten im Alltag

Fragebogen JA/Fragebogen Nein			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Ich besitze keine Patientenverfügung	Gültig	Gar nicht	8	12,1	12,1	12,1
		Wenig	12	18,2	18,2	30,3
		Mittel	23	34,8	34,8	65,2
		Ziemlich	14	21,2	21,2	86,4
		Sehr	9	13,6	13,6	100,0
		Gesamt	66	100,0	100,0	
Ich besitze eine Patientenverfügung	Gültig	Gar nicht	1	2,4	2,4	2,4
		Wenig	2	4,9	4,9	7,3
		Mittel	11	26,8	26,8	34,1
		Ziemlich	19	46,3	46,3	80,5
		Sehr	8	19,5	19,5	100,0
		Gesamt	41	100,0	100,0	

Häufigkeitstabelle: Auswirkungen der Religiosität auf familiäres Leben

Fragebogen JA/Fragebogen Nein			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Ich besitze keine Patientenverfügung	Gültig	Gar nicht	4	6,1	6,1	6,1
		Wenig	9	13,6	13,6	19,7
		Mittel	16	24,2	24,2	43,9
		Ziemlich	18	27,3	27,3	71,2
		Sehr	19	28,8	28,8	100,0
		Gesamt	66	100,0	100,0	
Ich besitze eine Patientenverfügung	Gültig	Wenig	2	4,9	4,9	4,9
		Mittel	6	14,6	14,6	19,5
		Ziemlich	16	39,0	39,0	58,5
		Sehr	17	41,5	41,5	100,0
		Gesamt	41	100,0	100,0	

Häufigkeitstabelle: Interesse an religiösen Themen

Fragebogen JA/Fragebogen Nein			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Ich besitze keine Patientenverfügung	Gültig	Gar nicht	7	10,6	10,6	10,6
		Wenig	21	31,8	31,8	42,4
		Mittel	15	22,7	22,7	65,2
		Ziemlich	11	16,7	16,7	81,8
		Sehr	12	18,2	18,2	100,0
		Gesamt	66	100,0	100,0	
Ich besitze eine Patientenverfügung	Gültig	Gar nicht	1	2,4	2,4	2,4
		Wenig	7	17,1	17,1	19,5
		Mittel	12	29,3	29,3	48,8
		Ziemlich	12	29,3	29,3	78,0
		Sehr	9	22,0	22,0	100,0
		Gesamt	41	100,0	100,0	

Häufigkeitstabelle: Intrinsische / Extrinsische Religiosität

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Extrinsische Religiosität	10	9,3	9,5	9,5
	Weder noch	95	88,8	90,5	100,0
	Gesamt	105	98,1	100,0	
Fehlend	System	2	1,9		
Gesamt		107	100,0		

**Häufigkeitstabelle: Intrinsische / Extrinsische Religiosität nach
Patientenverfügung JA / NEIN**

Fragebogen JA/Fragebogen Nein			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Ich besitze keine Patientenverfügung	Gültig	Extrinsische Religiosität	8	12,1	12,3	12,3
		Weder noch	57	86,4	87,7	100,0
		Gesamt	65	98,5	100,0	
	Fehlend	System	1	1,5		
Gesamt			66	100,0		
Ich besitze eine Patientenverfügung	Gültig	Extrinsische Religiosität	2	4,9	5,0	5,0
		Weder noch	38	92,7	95,0	100,0
		Gesamt	40	97,6	100,0	
	Fehlend	System	1	2,4		
Gesamt			41	100,0		

**Häufigkeitstabelle: Patientenverfügung JA / NEIN nach Summenscore
Intrinsischer / Extrinsischer Religiosität**

Fragebogen JA/Fragebogen Nein			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente		
Ich besitze keine Patientenverfügung	Gültig	5	2	3,0	3,1	3,1		
		6	1	1,5	1,5	4,6		
		8	3	4,5	4,6	9,2		
		10	2	3,0	3,1	12,3		
		11	4	6,1	6,2	18,5		
		12	6	9,1	9,2	27,7		
		13	4	6,1	6,2	33,8		
		14	3	4,5	4,6	38,5		
		15	4	6,1	6,2	44,6		
		16	5	7,6	7,7	52,3		
		18	4	6,1	6,2	58,5		
		19	2	3,0	3,1	61,5		
		20	3	4,5	4,6	66,2		
		21	5	7,6	7,7	73,8		
		22	2	3,0	3,1	76,9		
		23	2	3,0	3,1	80,0		
		24	3	4,5	4,6	84,6		
		25	2	3,0	3,1	87,7		
		26	8	12,1	12,3	100,0		
		Gesamt		65	98,5	100,0		
		Fehlend System		1	1,5			
		Gesamt		66	100,0			
		Ich besitze eine Patientenverfügung	Gültig	8	1	2,4	2,5	2,5
				9	1	2,4	2,5	5,0
				12	1	2,4	2,5	7,5
				14	3	7,3	7,5	15,0
15	2			4,9	5,0	20,0		
16	2			4,9	5,0	25,0		
17	2			4,9	5,0	30,0		
18	2			4,9	5,0	35,0		
19	1			2,4	2,5	37,5		
20	2			4,9	5,0	42,5		
21	7			17,1	17,5	60,0		
22	2	4,9	5,0	65,0				
23	3	7,3	7,5	72,5				

	24	5	12,2	12,5	85,0
	25	2	4,9	5,0	90,0
	26	4	9,8	10,0	100,0
	Gesamt	40	97,6	100,0	
Fehlend	System	1	2,4		
	Gesamt	41	100,0		

Häufigkeitstabelle: Hat das Wissen um den Zuspruch der Kirche zum Thema Patientenverfügung Einfluss auf die Motivation / Entscheidung für das Verfassen einer Patientenverfügung?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Die Gewissheit war ausschlaggebend	5	4,7	12,2	12,2
	Hätte ich das gewusst, hätte ich meine Patientenverfügung schon früher verfasst	6	5,6	14,6	26,8
	Meine Entscheidung für eine Patientenverfügung ist unabhängig von christlichen Einstellungen	30	28,0	73,2	100,0
	Gesamt	41	38,3	100,0	
Fehlend	System	66	61,7		
	Gesamt	107	100,0		

Häufigkeitstabelle: Motivation durch kirchliche Zustimmung eine Patientenverfügung abzuschließen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	41	38,3	63,1	63,1
	Ja	24	22,4	36,9	100,0
	Gesamt	65	60,7	100,0	
Fehlend	99	1	,9		
	System	41	38,3		
	Gesamt	42	39,3		
	Gesamt	107	100,0		

Häufigkeitstabelle: Begründung für eventuelle Überlegungen, aufgrund kirchlichen Zuspruches eine Patientenverfügung abzuschließen

		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent	
43a_KirchlEinfluss ^a	Sicherheit, das Richtige zu tun	12	31,6%	34,3%
	Vertrauen in Kompetenz der Kirche	9	23,7%	25,7%
	Andere sollen entscheiden	3	7,9%	8,6%
	Unabhängig von Christsein	10	26,3%	28,6%
	Will selbst entscheiden	4	10,5%	11,4%
Gesamt		38	100,0%	108,6%

Häufigkeitstabelle: Internale / Externale Kontrollüberzeugung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Internale Kontrollüberzeugung	1	,9	,9	,9
	Weder noch	106	99,1	99,1	100,0
	Gesamt	107	100,0	100,0	

Häufigkeitstabelle: Internale / Externale Kontrollüberzeugung nach Patientenverfügung JA / NEIN

Fragebogen JA/Fragebogen Nein			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Ich besitze keine Patientenverfügung	Gültig	Internale Kontrollüberzeugung	1	1,5	1,5	1,5
		Weder noch	65	98,5	98,5	100,0
		Gesamt	66	100,0	100,0	
Ich besitze eine Patientenverfügung	Gültig	Weder noch	41	100,0	100,0	100,0

**Häufigkeitstabelle: Patientenverfügung JA / NEIN nach Internaler / Externaler
Kontrollüberzeugung**

Fragebogen JA/Fragebogen Nein			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Ich besitze keine Patientenverfügung	Gültig	4	1	1,5	1,5	1,5
		5	1	1,5	1,5	3,0
		7	4	6,1	6,1	9,1
		8	5	7,6	7,6	16,7
		9	4	6,1	6,1	22,7
		10	6	9,1	9,1	31,8
		11	3	4,5	4,5	36,4
		12	5	7,6	7,6	43,9
		13	8	12,1	12,1	56,1
		14	20	30,3	30,3	86,4
		15	5	7,6	7,6	93,9
		16	4	6,1	6,1	100,0
		Gesamt	66	100,0	100,0	
		Ich besitze eine Patientenverfügung	Gültig	5	2	4,9
6	1			2,4	2,4	7,3
7	2			4,9	4,9	12,2
8	3			7,3	7,3	19,5
11	1			2,4	2,4	22,0
12	1			2,4	2,4	24,4
13	11			26,8	26,8	51,2
14	10			24,4	24,4	75,6
15	5			12,2	12,2	87,8
16	5			12,2	12,2	100,0
Gesamt	41	100,0	100,0			

Häufigkeitstabelle: Selbstvertrauen versus Gottvertrauen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
In schwierigen Situationen kann ich mich auf meine Fähigkeiten verlassen und Probleme aus eigener Kraft heraus meistern	27	25,2	25,2	25,2
In schwierigen Situationen verlasse ich mich lieber auf Gott	17	15,9	15,9	41,1
Ich verlasse mich sowohl auf meine Fähigkeiten als auch auf Gott	58	54,2	54,2	95,3
Weder noch	5	4,7	4,7	100,0
Gesamt	107	100,0	100,0	

**Häufigkeitstabelle: Patientenverfügung JA / NEIN nach Selbstvertrauen versus
Gottvertrauen**

Fragebogen JA/Fragebogen Nein			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Ich besitze keine Patientenverfügung	Gültig	In schwierigen Situationen kann ich mich auf meine Fähigkeiten verlassen und Probleme aus eigener Kraft heraus meistern	20	30,3	30,3	30,3
		In schwierigen Situationen verlasse ich mich lieber auf Gott	10	15,2	15,2	45,5
		Ich verlasse mich sowohl auf meine Fähigkeiten als auch auf Gott	32	48,5	48,5	93,9
		Weder noch	4	6,1	6,1	100,0
		Gesamt	66	100,0	100,0	
Ich besitze eine Patientenverfügung	Gültig	In schwierigen Situationen kann ich mich auf meine Fähigkeiten verlassen und Probleme aus eigener Kraft heraus meistern	7	17,1	17,1	17,1
		In schwierigen Situationen verlasse ich mich lieber auf Gott	7	17,1	17,1	34,1
		Ich verlasse mich sowohl auf meine Fähigkeiten als auch auf Gott	26	63,4	63,4	97,6
		Weder noch	1	2,4	2,4	100,0
		Gesamt	41	100,0	100,0	