

Aus dem Bereich Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

**Patientenverfügung im Dialog zwischen Ärzten und Patienten –
eine Studie am Universitätsklinikum Magdeburg**

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades

Dr. med.

(doctor medicinae)

an der Medizinischen Fakultät
der Otto von Guericke Universität Magdeburg

vorgelegt von
Anders Kristian Wind
aus Bielefeld

Magdeburg 2020

Bibliographische Beschreibung

Wind, Anders K.:

Patientenverfügung im Dialog zwischen Ärzten und Patienten –

eine Studie am Universitätsklinikum Magdeburg. - 2020. - 104 Bl., 17 Abb., 9 Tab., 6 Anl.

Kurzreferat: Studie am Universitätsklinikum Magdeburg aus dem Zeitraum Oktober bis Dezember 2014 zum Thema Patientenverfügung (PV), in der im Rahmen zweier Themenschwerpunkten wurde untersucht: **I.** Ob PatientInnen eine ärztliche Beratung im Rahmen der Erstellung einer Patientenverfügung (PV) wichtig erscheint und ob sie neben der Klärung spezifischer sachlicher Fragen zur PV einen vertiefenden Dialog über ihre Perspektiven, Sorgen und Ängste, bezogen auf ihre aktuelle Lebens- bzw. Erkrankungssituation, führen möchten (Anselm, 2008, S. 198). Des Weiteren wurde der Frage nachgegangen, ob PatientInnen glauben, durch Gespräche mit ihren ÄrztInnen zum Thema PV leichter den Einstieg in einen solchen vertiefenden, emotional schwierigen Dialog zu finden; d.h., ob das Thema PV als „Türöffner“ (ebd.) fungieren kann. **II.** Untersucht wurde darüber hinaus, ob sich anhand der Persönlichkeitsfaktoren Selbstwirksamkeitserwartung (Bandura, 1977, 1986) und Kontrollüberzeugung (Rotter, 1966) der unterschiedliche Umgang von PatientInnen mit dem Thema PV differenzierter verstehen lässt.

Schlüsselwörter: Patientenverfügung, Arzt-Patientenbeziehung, Selbstwirksamkeitserwartung, Kontrollüberzeugung, Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	1
1.1	Historische Entwicklung der Patientenverfügung	2
1.2	Probleme mit Patientenverfügungen in der Praxis	3
1.3	Fragestellungen und Hypothesen.....	7
2	Material und Methoden	13
2.1	Erhebungsinstrumente und Operationalisierung.....	13
2.1.1	Entwicklung des eigenen Fragebogens.....	13
2.1.2	Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen	14
2.1.3	Operationalisierung der Hypothesen.....	16
2.1.4	Aufklärung und Datenschutz	16
2.2	Untersuchungsablauf und Studiendesign.....	17
2.3	Datenauswertung	17
2.4	Beschreibung der Stichprobe.....	18
2.4.1	Soziodemografie	19
2.4.2	Basisdaten zur Erkrankungssituation der StudienteilnehmerInnen	24
2.4.3	Basisdaten zur Patientenverfügung.....	25
3	Ergebnisse	29
3.1	Ergebnisse Hypothesen I	29
3.1.1	Hypothese I.I.....	29
3.1.2	Hypothese I.II	31
3.1.3	Hypothese I.III	36
3.1.4	Hypothese I.IV	37
3.1.5	Hypothese I.V	38
3.2	Ergebnisse Hypothesen II.....	41
3.2.1	Hypothese II.I	41
3.2.2	Hypothese II.II	43
3.2.3	Hypothese II.III.....	45
3.2.4	Hypothese II.IV.....	47
3.2.5	Hypothesen II.III & II.IV – kombinierte Auswertung	48
3.2.6	Hypothese II.V	50

4 Diskussion	55
4.1 Themenschwerpunkt I – Hypothesen I.I bis I.V.....	55
4.2 Themenschwerpunkt II – Hypothesen II.I bis II.V.....	59
4.3 Methodenkritik und Limitationen.....	65
4.4 Fazit und Implikationen für die Praxis und für weitere Forschung.....	67
5 Zusammenfassung	71
Literaturverzeichnis	72
Danksagung	77
Ehrenerklärung	78
Darstellung des Bildungsweges	79
Anlagen	80
A1 Fragebogen für PatientInnen mit PV.....	80
A2 Fragebogen für PatientInnen ohne PV.....	89
B Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK).....	98
C Aufklärungs- und Informationsblatt.....	102
D Votum Ethik-Kommission.....	103
E Anforderung Zusendung von Informationsmaterial zur PV.....	104

Abkürzungsverzeichnis

ACP	Advance Care Planning (Gesundheitliche Vorausplanung)
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
C	Fatalistische Externalität (FKK-Skala)
FKK	Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen
GG	Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland
I	Internalität (FKK-Skala)
P	Soziale Externalität (FKK-Skala)
PC	Externalität (FKK-Sekundärskala)
PV	Patientenverfügung
SK	Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (FKK-Skala)
SKI	Selbstwirksamkeit (FKK-Sekundärskala)
SKI-PC	Internalität vs. Externalität (FKK-Tertiärskala)

Symbole:

α	Signifikanzniveau
χ^2	Chi-Quadrat
h_i	relative Häufigkeiten
n_i	absolute Häufigkeiten
p	p-Wert, Signifikanzwert
SD	Standardabweichung
V	Assoziationsmaß Cramers V
\bar{x}	arithmetisches Mittel
Ø	ohne respektive keine (Patientenverfügung)

1 Einführung

Jede medizinische Maßnahme bedarf der Patienteneinwilligung auf der Basis einer vorherigen ärztlichen Aufklärung (§ 630d Abs. 1 und 2 BGB). Insbesondere im Kontext schwerer Erkrankungen mit infauster Prognose kann es der Wunsch von kritisch kranken Menschen sein, das Ausmaß (intensiv-)medizinischer Maßnahmen zu begrenzen (Sahm, 2006, S. 14f.). Betroffene können eine Behandlung verweigern und ihr Recht auf Selbstbestimmung ausüben (Artikel 1 Abs. 1 sowie Artikel 2 Abs. 1 und 2 GG; Sahm, 2006, S. 14f.; Vetter & Marckmann, 2009, S. 374). ÄrztInnen sind entsprechend verpflichtet, diesem Recht auf Selbstbestimmung seitens der PatientInnen zu entsprechen.

Neben diesem rechtlichen Rahmen besagt auch das partizipativ-deliberative Modell der Arzt-Patienten-Beziehung, dass PatientInnen und ÄrztInnen in einem Prozess des Dialoges mögliche Therapieentscheidungen diskutieren, Alternativen abwägen und gemeinsam Entscheidungen treffen sollten (Emanuel & Emanuel, 2004, S. 103f.; Krones & Richter, 2006, S. 99). Auch im Zentrum dieses medizin-ethischen Modells steht die Forderung, den Wünschen von PatientInnen Geltung zu verschaffen und ihre Autonomie zu stärken.

Allerdings kommt es im Verlauf einer schweren Erkrankung nicht selten zu einer Situation, in der die betroffene Person nicht mehr einwilligungsfähig ist und somit nicht mehr in der Lage, zu entscheiden, ob und welche Therapien sie in Anspruch nehmen möchte (Schaidler, Borasio, Marckmann & Jox, 2015, S. 108). In diesem Fall muss ein(e) Berechtigte(r)¹ für die betroffene Person entscheiden, es sei denn, die zu entscheidende Situation ist durch eine Patientenverfügung (PV) eindeutig geregelt (§ 1901a Abs. 1 BGB). Das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2016) erläutert den Begriff PV wie folgt:

„In einer Patientenverfügung können Sie schriftlich für den Fall Ihrer Entscheidungsunfähigkeit im Voraus festlegen, ob und wie Sie in bestimmten Situationen ärztlich behandelt werden möchten (S. 9)“.

Eine PV kann also als Vorausverfügung zur Wahrung der eigenen Autonomie dienen, für den Fall, dass der eigene Wille nicht mehr artikuliert werden kann. Beruhend auf der zunehmenden Komplexität und Vielschichtigkeit der Entscheidungen über lebensverlängernde Maßnahmen

¹ Berechtigte(r) kann ein/eine vom Betroffenen zuvor selbst bestimmte(r) Bevollmächtigte(r) – Vorsorgevollmacht – oder ein/eine gerichtlich bestimmte(r) BetreuerIn sein (Vetter & Marckmann, 2009, S. 372).

in einer immer älter werdenden Bevölkerung sowie den zunehmenden medizinisch-technischen Möglichkeiten, ein zu Ende gehendes Leben zu verlängern, können PV als bedeutsames Mittel der partizipativen Entscheidungsfindung in medizinischen Extremsituationen angesehen werden (Lang-Welzenbach, Rödel & Vollmann, 2008, S. 300).

Von der PV abzugrenzen ist die Vorsorgevollmacht, die als ein weiterer wichtiger Baustein der „Selbstbestimmungsvorsorge“ angesehen wird (Jacob, Knoll & van Oorschot, 2007, S. 149). Im Rahmen einer Vorsorgevollmacht kann ein Mensch eine andere Person bevollmächtigen, für den Fall der Entscheidungsunfähigkeit stellvertretend wichtige Angelegenheiten für ihn zu entscheiden; unter anderem Fragen der Gesundheitsvorsorge (Sahm, 2006, S. 82). Die Vorsorgevollmacht ist hierbei jedoch nicht notwendigerweise auf medizinische Entscheidungen beschränkt; sie ist sinnvoll mit einer PV kombinierbar (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2016, S. 15).

1.1 Historische Entwicklung der Patientenverfügung

Die PV wurde in Deutschland im September 2009 erstmals durch das Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts gesetzlich geregelt und im Bürgerlichen Gesetzbuch verankert (Vetter & Marckmann, 2009, S. 370; Deutscher Bundestag, 2009). Insbesondere Fragen der Reichweite einer PV und ihre Verbindlichkeit wurden in Deutschland zuvor lange Jahre kontrovers diskutiert (Hufen, 2009; Richter-Kuhlmann, 2008; Sahm, 2006, S. 80), gleichwohl der Bundesgerichtshof bereits 2003 die Bedeutung des vorabverfügten Patientenwillens hervorhob: „Ist ein Patient einwilligungsunfähig und hat sein Grundleiden einen irreversiblen tödlichen Verlauf angenommen, so müssen lebenserhaltende oder -verlängernde Maßnahmen unterbleiben, wenn dies seinem zuvor - etwa in Form einer sog. Patientenverfügung - geäußerten Willen entspricht“ (XII ZB 2/03, S.1). Die Bundesärztekammer begann das Thema PV 1998 in ihrer Veröffentlichung *Sterbebegleitung: Wegweiser für ärztliches Handeln* aufzugreifen (Sahm, 2006, S. 80). Die Erstauflage der Publikation *Handreichung für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen* folgte ein Jahr später (Bundesärztekammer, 1999).

Die Anfänge der PV in Deutschland gehen insbesondere zurück auf die *Initiative für humanes Sterben nach Wunsch der Sterbenden* und auf den Juristen Uhlenbruck (Dehmel, 2006). Im Zusammenhang mit der *Initiative für humanes Sterben nach Wunsch der Sterbenden* wurde ein menschenwürdiges Sterben ab 1976 öffentlich thematisiert: „Nicht länger dürfen in den Krankenhäusern (Intensivstationen!) die auf den Tod erkrankten Menschen ohne ihre Einwilligung zu einem ‚Sterben auf Raten‘ verurteilt werden. Die gnadenlose Apparatur der rein technischen

Lebensverlängerung ist auf Wunsch jedes Betroffenen auszuschalten. [...]“ (Nürnberger Tagespresse, 1976; zitiert nach Dehmel, 2006, S. 50). So habe die Initiative laut Dehmel (S. 51) ab 1978 eine *Verfügung an Ärzte*² verbreitet, welche sich teilweise an dem im selben Jahr von Uhlenbruck (1978) veröffentlichten *Patientenbrief* orientierte. Aus der *Initiative für humanes Sterben nach Wunsch der Sterbenden* ging 1980 die *Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben* hervor, die zunächst das sog. *Patiententestament* verbreitete und ab 1981 erste als PV benannte Dokumente (Barnard, 1981; Dehmel, 2006, S. 50f.).

Wichtiger Ausgangspunkt für die deutsche PV war das Konzept des US-amerikanischen *Living will* (engl. PV), das der Jurist Kutner 1967 der Euthanasia Society of America in New York vorstellte und 1969 im *Indiana Law Journal* veröffentlichte (Benzenhöfer & Hack-Molitor, 2009, S. 412). Eine erste gesetzliche einzelstaatliche Verankerung in den USA erfuhr der *Living Will* 1976 im kalifornischen *Natural Death Act* (Jonsen, 1978, S. 513f.; Uhlenbruck, 1992, S. 15).

1.2 Probleme mit Patientenverfügungen in der Praxis

Die in Deutschland im Vorfeld der gesetzlichen Regelung zur PV langjährig geführte Diskussion über ihre Reichweite und Verbindlichkeit steht im Zusammenhang mit den in der Praxis zu beobachtenden Problemen (Meran, Geissendörfer & May, 2002, S. 21–30; Sahm, 2006, S. 79ff. und 85–91). So weisen auch Schöffner, Schmidt, Benzenhöfer & Sahm (2012, S. 488) z.B. darauf hin, dass der verfügte Patientenwille nur dann umsetzbar sei, wenn eine PV gezielt auf verschiedene Krankheitssituationen eingehe. Der klinische Alltag habe gezeigt, dass durch zu vage Formulierungen in PV eine Klärung des Patientenwillens häufig nicht möglich sei.³ Im Rahmen einer Interventionsstudie in Form eines differenzierten ärztlich-medizinischen Informationsangebotes zur PV zeigten sie, dass ein Großteil der TeilnehmerInnen durch diese Informationen motiviert wurde, wesentliche Veränderungen bzw. Korrekturen an ihren PV vorzunehmen.

Schaidler et al. (2015, S. 108f.) diskutieren ebenfalls, dass eine PV häufig nicht für den Entscheidungsprozess bezüglich der weiteren Therapie herangezogen werden könne. Als mögliche Ursachen hierfür nennen sie: „[...] dass niemand außer dem Patienten von der Verfügung

² Der Begriff *Verfügung an Ärzte* fand neben anderen Begriffen (z. B. *Patientenbrief*, *Patiententestament*) Verwendung bevor sich die Bezeichnung PV durchsetzte (Dehmel, 2006, S. 50ff.).

³ Vgl. hierzu auch die aktuelle Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (2016, XII ZB 61/16, S. 1).

weiß, man sie nicht findet, die Angehörigen sie verspätet vorlegen, das Dokument nicht aussagekräftig ist oder die Festlegungen nicht auf die aktuelle Situation zutreffen“ (ebd., S. 109). Neben möglichen inhaltlichen Defiziten von PV, denen mit einer ärztlich-medizinischen Beratung zu mindestens zum Teil begegnet werden kann (Schöffner et al., 2012, S. 488), weisen Schaidler et al. entsprechend auf die mangelnde kommunikative Verankerung von PV im sozialen Netzwerk von PatientInnen hin.

Exkurs: Der mutmaßliche Patientenwille

Vor dem Hintergrund der teilweise fraglichen Anwendbarkeit bzw. Umsetzbarkeit von PV untersuchten Schaidler et al. (2015), wie in der Praxis der sog. mutmaßliche Patientenwille ermittelt wird. Der mutmaßliche Patientenwille muss laut Gesetzgeber ermittelt werden und für die Entscheidung ausschlaggebend sein, wenn von einwilligungsunfähigen Betroffenen weder eine zutreffende PV noch eine mündliche Willensäußerung zu Behandlungswünschen vorliegt (§ 1901a Abs. 2 BGB). Maßgabe ist hierbei, dass der mutmaßliche Patientenwille von den Bevollmächtigten bzw. BetreuerInnen und ÄrztInnen ggf. unter Einbeziehung von Angehörigen anhand konkreter Anhaltspunkte, wie etwa früherer Werteäußerungen der Betroffenen, ermittelt wird (§ 1901a Abs. 2 und 5 sowie § 1901b Abs. 1 bis 3 ebd.). Hierbei treten allerdings ebenfalls Probleme auf, die der mangelnden Kommunikation zwischen Betroffenen, Angehörigen und professionellen BehandlerInnen geschuldet sein können. So konnte gezeigt werden, dass der von Angehörigen gemutmaßte Wille der Betroffenen nur in ca. 2/3 der Fälle dem tatsächlichen Willen entspricht (Schaidler et al., 2015, S. 109). Eine andere Studie legt nahe, dass stellvertretende Behandlungsentscheidungen sogar nur im Maße einer „Zufallskorrelation“ dem Willen der Betroffenen entsprechen (Burchardi, Rauprich & Vollmann, 2005, S. 68f.). Insgesamt sei, so Schaidler et al. (2015), die „Beweislage“, die zur Klärung des mutmaßlichen Patientenwillens herangezogen werden könnte, häufig noch „dünner“, als die Formulierungen in einer PV (S.116).

Wie zuvor bereits beschrieben, konnten Schöffner et al. (2012, S. 488) zeigen, dass eine qualifizierte informierende ärztliche Beratung zur Qualität einer PV und des in dieser geäußerten Patientenwillens beiträgt. Auch die Bundesärztekammer und die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2013) rufen in ihrer Empfehlung *Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis* explizit zu einer ärztlichen Patientenberatung zum Thema PV auf:

„Äußert der Patient die Absicht, eine vorsorgliche Willensbekundung zu verfassen, sollte der Arzt seine Beratung für damit zusammenhängende medizinische Fragestellungen anbieten, so dass der Patient diese Sachkenntnis in seine Entscheidungsfindung einbeziehen kann. [...] So kann der Arzt beispielsweise über medizinisch mögliche und indizierte Behandlungsmaßnahmen informieren, auf die mit Prognosen verbundenen Unsicherheiten aufmerksam machen und allgemein über Erfahrungen mit Patienten, die sich in vergleichbaren Situationen befunden haben, berichten. Indem der Arzt den Patienten möglichst umfassend informiert, kann er zugleich Vorsorge gegen aus ärztlicher Sicht nicht gebotene Festlegungen des Patienten treffen, etwa indem er über Missverständnisse [...] aufklärt [...]. Er kann dem Patienten nicht nur das Für und Wider seiner Entscheidungen vor Augen führen, sondern ihm durch die Aufklärung auch Ängste nehmen. [...] Auch für den Patienten wird eine eingehende ärztliche Beratung vor der Abfassung einer vorsorglichen Willensbekundung von Vorteil sein. Er kann vielfach erst bei Inanspruchnahme einer ärztlichen Beratung in der Lage sein zu entscheiden, [...] welche Formulierungen geeignet sind, seine persönlichen Vorstellungen hinreichend nachvollziehbar und umsetzbar niederzulegen. Zudem wird der Patient, wenn er sich ärztlich beraten lässt, die Wirksamkeit seiner Willensbekundungen dadurch erhöhen können, dass er die Situationen, in denen Behandlungsentscheidungen voraussichtlich anfallen, und die in diesen Situationen bestehenden Handlungsoptionen sehr viel konkreter beschreiben und damit das faktische ärztliche Handeln in weit größerem Umfang festlegen kann, als es ohne Beratung der Fall wäre. [...] Der Dialog zwischen Patient und Arzt kann dazu beitragen, dass der Arzt, insbesondere der Hausarzt, ein differenziertes Bild vom Willen des Patienten erhält“ (S. 1583).

Hervorzuheben ist in den obigen Ausführungen der von der Ärztekammer beschriebene dialogische Prozess zwischen ÄrztInnen und PatientInnen, der den (Haus)ÄrztInnen ein „differenziertes Bild“ (ebd.) von den Präferenzen der PatientInnen vermittele und der auf die kommunikative Verankerung der PV und des hierin bekundeten Patientenwillens zielt.

Zu den zuvor genannten Empfehlungen, die eine ärztliche Beratung zur PV befürworten, steht allerdings in deutlichem Kontrast, dass eine ärztliche Beratung zur PV in der Praxis nur selten stattfindet (Burchardi, Rauprich & Vollmann, 2004, S. 16; Burchardi et al., 2005, S. 66). So konstatieren auch Schöffner et al. (2012, S. 488), dass in einer von ihnen untersuchten Stichprobe weniger als 10% der PatientInnen ein Gespräch mit ihren ÄrztInnen bezüglich ihrer PV geführt hätten. Diese Ergebnisse säen durchaus Zweifel daran, ob und im welchem Umfang

PatientInnen bereit sind, ihre Behandlungspräferenzen zu eruieren und zu kommunizieren, nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass sich eine PV mit psychisch belastenden Themen befasst, ein Zurückschrecken also durchaus begreiflich erscheint.

Demgegenüber beschreibt Anselm (2008, S. 197f.), dass PatientInnen im Kontext von PV sehr wohl den Kontakt und das Gespräch zu ÄrztInnen suchten, dass es beim Thema PV sogar vornehmlich um die Etablierung einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung gehe. Anselm formuliert zugespitzt: „Mit einer derartigen Verfügung möchten die Patienten die behandelnden Ärzte zu einer intensiveren Kommunikation über die eigene Situation verpflichten. Die Verfügung markiert ein »Wir müssen darüber reden« – und zwar sowohl über die Inhalte der Patientenverfügung als auch, wichtiger noch, über die konkrete Situation, die Perspektiven, Sorgen und Ängste des Patienten“ (S.198). PV seien demnach auch als „Türöffner“ (ebd.) für weitere – tiefere – Ebenen der Arzt-Patient-Kommunikation zu verstehen.

Das Gespräch zum Thema PV eine „vertrauensbildende Maßnahme“ zwischen PatientInnen und ÄrztInnen darstellen können, wird auch von Höver & Baranzke (2011, S. 188) konstatiert. In einer Interviewstudie von Burchardi et al. (2005) zur Bedeutung der PV in der hausärztlichen Praxis äußerte ein Hausarzt: „Ich spreche es [die PV] ganz bewusst an. [...] Außerdem sprechen wir ja mit den Leuten nicht nur über organmedizinische Dinge, sondern auch über Sinnfragen und allgemeine Lebensfragen oder Fragen der Lebensführung“ (zitiert nach ebd., S. 67). Hier zeigt sich ebenfalls ein nicht rein auf medizinische Sachverhalte beschränkter Beratungsansatz, es muss allerdings erwähnt werden, dass in der referierten Studie nur eine geringe Zahl der befragten HausärztInnen das Thema PV eigeninitiativ gegenüber den PatientInnen ansprach, so dass Burchardi et al. (S. 65f.) ein stärkeres und frühzeitiges Engagement der HausärztInnen bezüglich des Themas PV fordern.

Summa summarum zeichnet sich bezogen auf kritisch kranke Menschen die Notwendigkeit einer intensiven Kommunikation über aktuelle und denkbare zukünftige Therapiepräferenzen ab – einer Kommunikation zwischen Betroffenen, Angehörigen bzw. nahestehenden Personen, BehandlerInnen und ggf. Bevollmächtigten/BetreuerInnen (Memm, 2019, S. 9f.).

Als ein Best Practice Modell einer diesbezüglichen intensiven Kommunikation und Dokumentation kann das sog. Advance Care Planning, ACP (Gesundheitliche Vorausplanung) angesehen werden (Schaidler et al., 2015, S. 118; in der Schmitt, Nauck, & Marckmann, 2019, S. 38ff.). Ziel des in den 1990er Jahren in den USA entwickelten ACP ist es, durch einen regel-

mäßigen, fortlaufenden Dialog die (sich ändernden) Behandlungs- und Versorgungspräferenzen von PatientInnen transparent abzubilden (Emanuel, von Gunten & Ferris, 2000; Nauck & Jaspers, 2014). Eine Studie von Detering, Hancock, Reade & Silvester (2010, S. 5) zeigt auf, dass durch ACP, welches neben der statischen schriftlichen Dokumentation die interdisziplinäre Kommunikation in den Fokus rückt, eine stärkere Ausrichtung am Patientenwillen bezüglich Entscheidungen am Lebensende gelingt. Detering et al. konstatieren allerdings auch, dass PatientInnen ACP zwar offen gegenüberstünden, jedoch erwarteten, dass der Impuls für ACP von den professionellen BehandlerInnen ausgehe.

Neben dem Vorteil für die Betroffenen selbst, kann eine intensive Kommunikation über Therapiepräferenzen auch für die Angehörigen von Vorteil sein, die so weniger mit Zweifeln und Unsicherheiten zu kämpfen haben, für einen anderen Menschen derart weitreichende Entscheidungen treffen zu müssen (Detering et al., 2010, S. 6; Schaidler et al., 2015, S. 117; Wendler & Rid, 2011, S. 336). Ebenfalls profitieren können professionelle BehandlerInnen, die eine greifbarere Entscheidungsgrundlage und Absicherung erhalten (Burchardi et al., 2005, S. 67).

Es lässt sich festhalten, dass eine PV und insbesondere der Informationsaustausch im Rahmen ihrer Entstehung und Überarbeitung (ggf. im Rahmen von ACP) Angehörigen und ÄrztInnen helfen kann, in Situationen von Einwilligungsunfähigkeit im Sinne der Betroffenen zu entscheiden und zu handeln.

1.3 Fragestellungen und Hypothesen

Angesichts der in der Praxis jedoch noch geringen Verbreitung ärztlicher Beratung und Begleitung bei der Erstellung von PV, soll in der vorliegenden Arbeit empirisch untersucht werden, ob PatientInnen der Dialog mit ÄrztInnen zum Thema PV wichtig erscheint und ob sie tatsächlich neben der Klärung spezifischer sachlicher Fragen zur PV einen erweiterten Dialog im Sinne Anselms (2008, S. 198) mit ihren ÄrztInnen führen möchten. Einen Dialog, der die Perspektiven, Sorgen und Ängste bezogen auf ihre aktuelle Lebens- bzw. Erkrankungssituation thematisiert. Weiter differenzierend soll der Frage nachgegangen werden, ob PatientInnen eine Chance darin sehen, durch Gespräche mit ihren ÄrztInnen zum Thema PV die Arzt-Patienten-Beziehung zu verbessern und ob sie antizipieren, dass es ihnen auf dieser Grundlage eher gelingen kann, den Einstieg in einen vertieften Dialog über derart schwierige Themen zu finden. Das heißt, ob das Thema PV tatsächlich, wie von Anselm postuliert, als „Türöffner“ (ebd.) fungieren kann.

Ausgehend von diesen Fragestellungen wurden die folgenden Hypothesen I. (**Tab. 1**) abgeleitet.

Tab. 1: Hypothesen I.

-
- I.I PatientInnen sehen die ärztliche Beratung im Rahmen der Erstellung einer PV als wichtig an.
 - I.II PatientInnen möchten bei Gesprächen mit ihren ÄrztInnen, im Rahmen der Erstellung einer PV, nicht nur formal über Sachfragen, die PV betreffend, sprechen, sondern auch die Perspektiven, Sorgen und Ängste im Zusammenhang mit ihrer (ernsthaften) Erkrankung thematisieren.
 - I.III PatientInnen sehen Gespräche mit ihren ÄrztInnen, die sie im Rahmen der Erstellung einer PV führen, als Möglichkeit an, die Arzt-Patienten-Beziehung zu verbessern.
 - I.IV PatientInnen sehen eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung als Voraussetzung an, um mit ihren ÄrztInnen über die Perspektiven, Sorgen und Ängste im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung sprechen zu können.
 - I.V PatientInnen empfinden es als leichter, mit ihren ÄrztInnen während eines Gesprächs über die Erstellung einer PV auch die Perspektiven, Sorgen und Ängste im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung anzusprechen, anstatt diese Themen ohne einen entsprechenden Rahmen zur Sprache zu bringen.
-

Wenn es das Ziel von Menschen ist, ihre Autonomie für den Fall einer Entscheidungsunfähigkeit zu stärken bzw. zu erhalten, hat eine eigene Ziel- und Wertklärung bezüglich möglicher zukünftiger Behandlungsszenarien sowie die breite Kommunikation über diese Präferenzen eine hohe Priorität. Ob Menschen, die aus diesem Grund eine PV abfassen, eine Chance darin sehen, ihre ÄrztInnen in den zuvor beschriebenen Prozess einzubinden, wird im Rahmen des oben ausgeführten ersten Schwerpunktes der vorliegenden Arbeit untersucht.

Anselm (2008, S. 195f.) beschreibt allerdings auch, dass ein Mehr an Selbstbestimmung, an Autonomie – z. B. die Möglichkeit, eine PV zu verfassen – nicht von allen Menschen als uneingeschränkt positiv wahrgenommen wird. Vielmehr sähen einige Menschen die vermeintlichen Freiheitsgrade der Selbstbestimmung als „Zumutung“ (ebd.) an, da sie sich überfordert fühlen (vgl. auch Dornhöfer, 2019, S. 10f.).

Anhand der im klinischen Alltag beobachtbaren Verhaltensweisen differenzieren Lang-Wellenbach et al. (2008) zwischen „aktiven“ und „passiven“ PatientInnen (S. 306). Sie beschreiben die „aktiven“ PatientInnen als Menschen, die sich allgemein mit hohem eigenem Antrieb in medizinische Entscheidungsprozesse einbringen und Alternativen abwägen. Dem gegenüber stehe eine „passive“ Patientengruppe, die die Verantwortung vornehmlich an die ÄrztInnen delegiere.

Gesang, Mertz, Meyer-Zehnder & Reiter-Theil (2013) definieren (Therapie)entscheidungen, die – ggf. als Folge einer Überforderung bzw. als Folge eines passiven Umgangs mit diesen Themen – nur wenig reflektiert und begründbar sind, als „schwach autonom“ (S. 333). Im Gegensatz hierzu stünden „stark autonome“ Entscheidungen (ebd.), die profunde in der Persönlichkeit der Betroffenen verankert seien. Insbesondere „schwach autonome“ Entscheidungen bedürften der Überprüfung und einer (ärztlichen) Hilfestellung bei der Ziel- und Werteklä rung, um dem Wohlergehen der Betroffenen Rechnung zu tragen: „[...] gelingt es, mit der Patientin bzw. dem Patienten gemeinsam zu überprüfen, ob seine primäre Entscheidung auch wirklich das Beste für sie/ihn wäre, so kann verhindert werden, dass durch schwach autonome Entscheide das Wohlergehen einer Patientin oder eines Patienten vermindert wird“ (ebd., S. 334).

Entsprechend der obigen Ausführungen beschäftigt sich die vorliegende Arbeit in einem zweiten empirischen Schwerpunkt mit der Frage, ob sich eine Patientengruppe finden und abgrenzen lässt, die von sich aus eher *keinen* Dialog mit ÄrztInnen und auch ihren Angehörigen über ihre Behandlungspräferenzen führt. Eine Patientengruppe, die vermutlich Schwierigkeiten mit der selbständigen Ziel- und Werteklä rung hat und entsprechend weniger häufig eine PV verfasst. Dabei könnte es sich um Menschen handeln, die verstärkt Hilfe von anderen (ÄrztInnen) bei diesen Themen benötigen. Anselm (2008) spricht diesbezüglich von einer „gestützten Selbstbestimmung“ (S. 192) und führt aus: „Es gehört zu den Grunderfahrungen des Arztberufs, dass die Selbstbestimmung des Einzelnen [z. B. in Gestalt einer PV, AW] in ihrer konkreten Ausübung an die Hilfe eines anderen, eben etwa des Arztes, gebunden sein kann“ (ebd.).

Im Hinblick auf die differenziertere Beschreibung dieser beiden Gruppen von Menschen werden in der vorliegenden Arbeit zwei Konzepte der *Differentiellen Psychologie* aufgegriffen. Zum einen das Konzept der internalen versus externalen Kontrollüberzeugung, das von Rotter (1966) geprägt wurde. Zum anderen das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung, das von Bandura (1977; 1986) eingeführt wurde. Sowohl die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung

als auch die Kontrollüberzeugung stellen Persönlichkeitsfaktoren in Form von Kognitionen dar, die sich in der Wirkung auf das Verhalten und Erleben des Individuums sowohl in zeitlicher als auch in situativer Hinsicht als relativ stabil darstellen (Krampen, 1991a, S. 19).

Definitionen: Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeitserwartung

Rotter (1966) erläutert den Begriff Kontrollüberzeugung wie folgt: „When a reinforcement is perceived by the subject as following some action of his own but not being entirely contingent upon his action, then, in our culture, it is typically perceived as the result of luck, chance, fate, as under the control of powerful others, or as unpredictable because of the great complexity of the forces surrounding him. When the event is interpreted in this way by an individual, we have labeled this a belief in external control. If the person perceives that the event is contingent upon his own behavior or his own relatively permanent characteristics, we have termed this a belief in internal control” (S.1).

Die Kontrollüberzeugung beschreibt demnach das Ausmaß, in dem Menschen der Überzeugung sind, Handlungsergebnisse selbst steuern und beeinflussen zu können (internale Kontrollüberzeugung) oder ob sie die Wirkungskräfte außerhalb ihrer eigenen Person lokalisieren, also an die dominierende Wirkung des Zufalls oder an die Verursachung durch andere Personen glauben (externale Kontrollüberzeugung).

Als allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung wird der Umfang bezeichnet, in dem Menschen auf der Grundlage der wahrgenommenen eigenen Kompetenzen ein erfolgreiches eigenes Handeln antizipieren (Maltby, Day & Macaskill, 2011, S. 167).

Im Hinblick auf PV stellt sich die Frage, ob Menschen mit einer PV eine erhöhte Selbstwirksamkeitserwartung und eine erhöhte internale Kontrollüberzeugung aufweisen, respektive ob sich ihre externale Kontrollüberzeugung reduziert darstellt. Dieses könnte einen Hinweis darauf geben, dass sich eher internal geprägte Menschen mit einer überdurchschnittlichen Selbstwirksamkeitserwartung, tendenziell intensiver mit dem Thema PV auseinandersetzen und entsprechend häufiger eine PV besitzen.

Hierbei lässt sich eine Verknüpfung mit der von Lang-Welzenbach et al. (2008, S. 306) vorgenommenen Gruppeneinteilung herstellen. Die „aktiven“ Patienten (ebd.) wären demnach – anhand gut nachgewiesener und verbreiteter psychologischer Konzepte – beschreibbar als Menschen mit einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung sowie einer vornehmlich internalen Kontrollüberzeugung. Dem gegenüber wären die „passiven“ Patienten (ebd.) mit gegenteiligen

Merkmale ausgestattet, d. h. mit geringerer Selbstwirksamkeitserwartung und einer eher externalen Kontrollüberzeugung. Unter Bezugnahme auf Powell (1992), konstatieren auch Maltby et al. (2011) hinsichtlich des Einflusses der Kontrollüberzeugung auf das Verhalten: „Externalisierende Typen nehmen mit höherer Wahrscheinlichkeit eine passive Patientenrolle ein, während sich Personen mit internaler Kontrollüberzeugung durch die Aneignung gesünderer Verhaltensweisen eher aktiv an der Therapie beteiligen“ (S. 176).

Eine weitere Frage besteht dahingehend, ob Menschen, die sich aus eigenem Antrieb mit der Erstellung ihrer PV befassen, eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung, eine höhere interne bzw. eine niedrigere externe Kontrollüberzeugung aufweisen, als Menschen, die durch Andere zur Erstellung ihrer PV motiviert wurden. Dieses könnte bedeuten, dass letztere Patientengruppe verstärkt soziale Unterstützung im Hinblick auf die Erstellung einer PV benötigt.

Des Weiteren soll der Frage nachgegangen werden, ob Menschen ohne PV, die sich die Erstellung einer PV zutrauen, eine erhöhte Selbstwirksamkeitserwartung aufweisen und ob sich bei Menschen ohne PV, die es aber grundsätzlich wichtig fänden, eine PV zu haben, eine erhöhte interne bzw. eine reduzierte externe Kontrollüberzeugung nachweisen lässt.

Schließlich soll untersucht werden, ob Menschen, die Schwierigkeiten damit hatten oder Schwierigkeiten damit antizipieren, sich bei Problemen im Zuge der Erstellung einer PV erfolgreich um die Hilfe Anderer zu bemühen, eine reduzierte Selbstwirksamkeitserwartung, eine reduzierte interne bzw. eine erhöhte externe Kontrollüberzeugung aufweisen. Menschen mit einem solchen Profil von Selbstwirksamkeitserwartung und Kontrollüberzeugung trauen sich ggf. nicht zu, die richtigen AnsprechpartnerInnen zu finden oder fühlen sich nicht kompetent genug, um mit diesen AnsprechpartnerInnen – z. B. ÄrztInnen – die eigenen Probleme zu erörtern.

Aus diesen Fragestellungen leiten sich die folgenden weiteren Hypothesen II. (**Tab. 2**) ab.

Tab. 2: Hypothesen II.

- II.I Menschen mit PV weisen eine erhöhte Selbstwirksamkeitserwartung, eine erhöhte interne bzw. eine reduzierte externe Kontrollüberzeugung auf.
- II.II Menschen, die sich aus eigenem Antrieb mit der Erstellung ihrer PV befassen haben, weisen eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung, eine höhere interne bzw. eine niedrigere externe Kontrollüberzeugung auf als Menschen, die durch Andere zur Erstellung ihrer PV motiviert wurden.
- II.III Menschen ohne PV, die sich aber die Erstellung einer PV zutrauen, haben eine erhöhte Selbstwirksamkeitserwartung.
- II.IV Menschen ohne PV, die es aber grundsätzlich wichtig fänden, eine PV zu haben, weisen eine erhöhte interne bzw. eine reduzierte externe Kontrollüberzeugung auf.
- II.V Menschen, die Schwierigkeiten damit hatten bzw. Schwierigkeiten damit antizipieren, sich bei Problemen mit der Erstellung einer PV erfolgreich um die Hilfe von Anderen zu bemühen, weisen eine reduzierte Selbstwirksamkeitserwartung, eine reduzierte interne bzw. eine erhöhte externe Kontrollüberzeugung auf, verglichen mit Menschen, die keine solchen Schwierigkeiten hatten bzw. antizipieren.
-

2 Material und Methoden

In diesem Kapitel wird auf die verwendeten Erhebungsinstrumente und die Operationalisierung der Forschungsfragen eingegangen. Darüber hinaus wird die ethisch-rechtliche Dimension der Datenerhebung aufgegriffen und ein Überblick zum Ablauf der Datenerhebung gegeben. Es schließen sich Aussagen zum Studiendesign sowie zur statistisch-inhaltlichen Auswertung an. Zum Ende des Kapitels erfolgt die soziodemografische Beschreibung der Stichprobe.

2.1 Erhebungsinstrumente und Operationalisierung

2.1.1 Selbst erstellter Fragebogen

Zur empirischen Untersuchung der Forschungsfragen wurde ein 43 Items umfassender Fragebogen entwickelt und eingesetzt. Die Erstellung des Fragebogens und der Druck der Befragungsunterlagen erfolgten mit dem Computer-Programm *EvaSys-Healthcare*, welches auch die Digitalisierung der händisch ausgefüllten Fragebögen erlaubte. Die Bearbeitungszeit für die StudienteilnehmerInnen betrug ca. 10 Minuten.

Der Fragebogen wurde in zwei verschiedenen Versionen eingesetzt, einerseits für PatientInnen mit PV (**Anlage A1**), andererseits für PatientInnen ohne PV (**Anlage A2**). Beide Versionen stimmten bezüglich der Items weitestgehend inhaltlich überein⁴, es wurden lediglich hinsichtlich der Formulierungen entsprechende Anpassungen vorgenommen. Somit wurde unter Berücksichtigung einer übersichtlichen und einfachen Formulierung der Item-Texte eine Vergleichbarkeit in der Auswertung gewährleistet. Die Ausformulierung der Items orientierte sich an für wissenschaftliche Befragungen allgemein gültigen Kriterien, so z. B., dass die Items sprachlich der Zielgruppe angepasst und nicht suggestiv formuliert sein sollten (Raab-Steiner & Benesch, 2008, S. 50 ff.).

Die Fragen beruhten weitestgehend auf einem geschlossenen Antwortformat, so dass eine zeit-effiziente statistische Auswertung möglich war. Als Fragetypen kamen Single-Choice-Fragen mit dichotomer Antwortmöglichkeit sowie Fragen mit der Antwortmöglichkeit 1 aus n zum Einsatz. Ein offenes Antwortfeld wurde teilweise mit dem Ziel eingesetzt, bei Single-Choice- und Multiple-Choice-Fragen eine weitere, freie Antwortoption zu bieten. Darüber hinaus wurden vierstufige Ratingskalenfragen mit verschiedenen nominalen Bewertungskategorien und

⁴ Ausgenommen der Fragen 2 und 4; während sich die Frage 2 in den Fragebogenversionen inhaltlich unterscheidet, fehlt Frage 4 in der Version des Fragebogens für PatientInnen mit PV.

einer zusätzlichen Enthaltungsmöglichkeit verwendet. Die so erhobenen Daten entsprachen einem Nominal- bzw. Intervallskalenniveau.

2.1.2 Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen

Die psychometrische Messung von Selbstwirksamkeitserwartung und Kontrollüberzeugung erfolgte mit dem 32 Items umfassenden *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)* (Krampen, 1991a, 1991b). Die mit Hilfe des *FKK* gewonnenen Angaben entsprechen einer subjektiven Selbstbeurteilung der ausfüllenden Personen. Die Bearbeitungszeit wird mit ca. 10 bis 20 Minuten angegeben (Krampen, 1991a, S. 23). Der *FKK* wurde zur besseren Datenerhebung und -auswertung, nach entsprechender Lizenzierung des herausgebenden Hogrefe-Verlages, ebenfalls in das *EvaSys*-Format überführt (**Anlage B**).

Die mit dem *FKK* erfassten Daten werden auf vier Primärskalen (jeweils 8 Items), zwei Sekundärskalen (jeweils 16 Items) und einer Tertiärskala (32 Items) abgebildet (**Tab. 3**). Die Primärskalen messen das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten, Internalität, Soziale Externalität und Fatalistische Externalität. Die beiden zusammenfassenden Sekundärskalen operationalisieren die wahrgenommene Selbstwirksamkeitserwartung und die Externalität des Individuums. Die bipolare Tertiärskala bildet Internalität vs. Externalität ab.

Tab. 3: Skalen des *FKK* nach Krampen (1991a, S. 26f.)

Primärskalen	
Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (FKK-SK)	Das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten misst, inwiefern Menschen in neuen, unbekanntem Situationen Handlungsmöglichkeiten / -alternativen für sich wahrnehmen. Hohe Werte dieser Skala implizieren einen entsprechend sicheren Umgang mit unbekanntem Situationen, d.h. ein hohes Selbstvertrauen.
Internalität (FKK-I)	Die Internalität beschreibt das Maß, in dem Ereignisse als vom Individuum selbst kontrollierbar bzw. als selbst verursacht angesehen werden. Bei hohen Werten auf der Internalitäts-Skala wird davon ausgegangen, die eigenen Ziele erfolgreich verfolgen zu können.
Soziale Externalität (FKK-P)	Die Soziale Externalität erfasst die wahrgenommene Abhängigkeit vom Einfluss anderer Menschen. Hohe Werte entsprechen hierbei einem hohen Maß an wahrgenommener Fremdbestimmung durch Andere.
Fatalistische Externalität (FKK-C)	Die Fatalistische Externalität erfasst die wahrgenommene Abhängigkeit vom Einfluss des Schicksals, Glücks, Pechs oder <i>höherer Mächte</i> . So wird bei hohen Werten auf der Skala <i>FKK-C</i> ein Ereignis u.U. als <i>Prüfung Gottes</i> , oder schlicht als Pech angesehen.

Sekundärskalen

Selbstwirksamkeit (FKK-SKI)

Die Sekundärskala *FKK-SKI* fasst die Skalen *FKK-SK* und *-I* zusammen und entspricht der generalisierten Selbstwirksamkeitserwartung / -überzeugung nach Bandura (1986; Krampen, 1991a, S. 20). Hohe Werte implizieren eine hohe Handlungsfähigkeit der Personen.

Externalität (FKK-PC)

Die Sekundärskala *FKK-PC* subsumiert die zwei Dimensionen der Kontrollüberzeugung (*FKK-P* und *-C*). Hohe Werte entsprechen einer allgemein hohen wahrgenommenen Abhängigkeit von äußeren Einflüssen bzw. eine ausgeprägte Hilflosigkeit.

Tertiärskala

Internalität vs. Externalität (FKK-SKI-PC)

Durch die Tertiärskala *FKK-SKI-PC* wird unter Einbeziehung aller 32 Items des *FKK* Internalität und Externalität gegenübergestellt und die eindimensional bipolare Extremausprägung der Kontrollüberzeugung in Anlehnung an Rotter (1966) gemessen (Krampen, 1991a, S. 19ff.). Hohe Werte entsprechen hierbei einer internalen Kontrollüberzeugung, d.h. einer hohen Autonomie der Person.

Für den *FKK* liegt eine repräsentative Normierungsstichprobe aus dem Jahr 1989 von 2.028 Erwachsenen (ab 18 Jahren) aus der Bundesrepublik Deutschland vor (Krampen, 1991a, S. 72). Der *FKK* erfüllt die Testgütekriterien von Reliabilität (interne Skalenkonsistenz, Testhalbierungsreliabilität, Testwiederholungsreliabilität und Profilreliabilität) und Validität (inhaltliche Validität, Konstruktvalidität und differentielle Validität). Die Objektivität in Durchführung, Auswertung und Interpretation wird unter anderem durch die schriftlichen Instruktionen und die fixen Auswertungsvorgaben gewährleistet (zu den Testgütekriterien des *FKK* ebd. S. 48-56).

Der *FKK* ist ein neueres Instrument zur Messung von Selbstwirksamkeitserwartung und Kontrollüberzeugung (Amelang, Bartussek, Stemmler & Hagemann, 2006, S. 422ff.). Die gemessenen generalisierten Erwartungshaltungen sind laut Krampen (1991a) geeignet: „in subjektiv neuartigen, mehrdeutigen, kognitiv kaum oder schlecht strukturierbaren Handlungs- und Lebenssituationen“ (S.11), prognostische Aussagen bezüglich des individuellen Verhaltens treffen zu können.

Während diese Umschreibung bezogen auf die formalen Aspekte der Erstellung einer PV unter Umständen nur begrenzt gilt, kann sie mit großer Plausibilität hinsichtlich der komplexen Situationen schwerer Erkrankung mit infauster Prognose gelten, die in einer PV antizipiert werden müssen und für die letzten Endes Entscheidungen getroffen werden sollen.

Das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung nach Bandura (1986) wird durch die FKK-Sekundärskala *FKK-SKI* operationalisiert, mit der die Items der beiden Primärskalen *FKK-SK* und *FKK-I* zusammengefasst werden (Krampen, 1991a, S. 20).

Aussagen bezüglich der Kontrollüberzeugung im Sinne Rotters (1966) sind anhand der *FKK*-Tertiärskala *FKK-SKI-PC* (Zusammenfassung aller Items des *FKK*) möglich (Krampen, 1991a, S. 19 ff.). Dennoch rät der Entwickler des *FKK* eher von der Nutzung der Tertiärskala ab und empfiehlt, zur Betrachtung der Kontrollüberzeugung die entsprechenden Primärskalen *FKK-I*, *FKK-P* und *FKK-C* bzw. die Sekundärskala *FKK-PC* in den Vordergrund zu stellen. Mit diesen messtechnisch unabhängigen Skalen sei, im Gegensatz zur eindimensionalen bipolaren Operationalisierung des Konzepts Rotters (Internalität vs. Externalität), eine differenziertere und fortschrittlichere Betrachtung der Kontrollüberzeugung als multidimensionales Konzept (Internalität und Externalität) möglich (ebd.). In dieser Arbeit wurde dementsprechend eine multidimensionale Betrachtung der Kontrollüberzeugung in den Vordergrund gestellt, es wurden aber dennoch alle sieben Skalen des *FKK* in die Auswertung einbezogen.

2.1.3 Operationalisierung der Hypothesen

Bezüglich der Zuordnung der Fragen des selbst erstellten Fragebogens und der Zuordnung der Skalen des *FKK* zu den in der vorliegenden Arbeit untersuchten Hypothesen, sei auf den Ergebnisteil dieser Arbeit verwiesen.

2.1.4 Aufklärung und Datenschutz

Die StudienteilnehmerInnen erhielten ein Aufklärungs- und Informationsblatt (**Anlage C**), in dem u.a. auf die Inhalte der Befragung, Aspekte des Datenschutzes und die Teilnahmebedingungen eingegangen wurde.⁵ Vor Beginn der Datenerhebung wurde die Erklärung durch die *Stabstelle Recht* des *Universitätsklinikums Magdeburg A.ö.R.* juristisch geprüft.

Das Forschungsvorhaben wurde am 22.01.2013 von der *Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität und des Universitätsklinikums Magdeburg A.ö.R.* positiv beschieden (Aktenzeichen 11/13; **Anlage D**).

⁵ Zu Details des Ablaufs der Aufklärung sei auf das folgende Kapitel, *Kapitel 4.2 Untersuchungsablauf* verwiesen.

2.2 Untersuchungsablauf und Studiendesign

Im Zuge der Fragebogenentwicklung wurde im September 2013 eine Probebefragung mit sechs PatientInnen in einer Berliner Hausarztpraxis durchgeführt. Die von den PatientInnen angegebene durchschnittliche Bearbeitungszeit von 53 Minuten gab Anlass zu einer deutlichen Kürzung des Fragebogenumfangs.

Die Datenerhebung der Hauptbefragung, konzipiert als Fallkontrollstudie, wurde in Kooperation mit den *Chirurgischen Kliniken des Universitätsklinikums Magdeburg* im Zeitraum vom 14. Oktober bis zum 21. Dezember 2014 durchgeführt. Wurden zu Beginn nur Allgemein- und Viszeralchirurgische PatientInnen befragt, erfolgte die Datenerhebung ab dem 13. November 2014 auch bei PatientInnen der Gefäßchirurgie.

Die Ansprache der PatientInnen erfolgte im Rahmen eines den Krankenhausaufenthalt vorbereitenden Routinetermins in der Klinik, einige Tage vor der geplanten stationären Aufnahme. Nach einem persönlichen Kurzkontakt zur mündlichen / schriftlichen Aufklärung und der Einführung der PatientInnen in die Studie durch den Autor dieser Arbeit wurden die Fragebögen durch die PatientInnen eigenständig vor Ort ausgefüllt (Aufklärungs- und Informationsblatt, **Anlage C**). Zum Ausfüllen der Befragungsunterlagen konnten die PatientInnen übliche Wartezeiten zwischen den verschiedenen klinischen Voruntersuchungen (z. B. Narkosesprechstunde, Röntgen) nutzen.

Die PatientInnen wurden den zwei Untersuchungsgruppen (A: PatientInnen mit PV und B: PatientInnen ohne PV) zugeordnet und erhielten jeweils die entsprechende Variante des Fragebogens (**Anlage A1 bzw. A2**).

Um den teilnehmenden PatientInnen die Möglichkeit zu bieten, sich – ggf. angeregt durch die Befragung – intensiver mit der Erstellung bzw. Überarbeitung einer eigenen PV zu befassen, wurde im Anschluss an die Datenerhebung Informationsmaterial an interessierte PatientInnen verschickt (**Anlage E**). Um die Anonymität der Befragung zu wahren, wurden die zu diesem Zweck zusätzlich erhobenen Adressdaten strikt von den anderen Befragungsunterlagen getrennt.

2.3 Datenauswertung

Die Auswertung der erhobenen Daten wurde mit Hilfe des Statistikprogramms *SPSS 22 bzw. 24* durchgeführt. Es wurden deskriptive und induktive statistische Methoden eingesetzt. Als

Lagemaße wurden arithmetisches Mittel und Quantil beschrieben. Als Streuungsmaße fanden Standardabweichung, Minimum und Maximum Verwendung.

Zur induktiv-statistischen Analyse von Häufigkeiten wurde mit dem *Chi-Quadrat-Test* auf Unabhängigkeit von Merkmalen bzw. auf Klassenhomogenität bei einem bzw. bei zwei Merkmalen getestet. Weiterhin wurden Mittelwerte mit Hilfe von t-Tests überprüft (t-Test für zwei unverbundene Stichproben bzw. für eine Stichprobe, gegen einen Referenzwert getestet). Für die Grundgesamtheit der Bevölkerung kann annähernd von einer Normalverteilung bezüglich der getesteten Parameter ausgegangen werden (Krampen, 1991a, S. 43). Die gruppierten Daten wiesen vergleichbare Verteilungen mit ausreichend hohem Stichprobenumfang auf, so dass von keiner relevanten Verletzung der Varianzgleichheit auszugehen war (Weiss, 2010, S. 204). Die verhältnisskalierten Daten wurden teilweise im Rahmen der Auswertung auf Nominalskalen-Niveau herabskaliert. Das Signifikanzniveau wurde in allen Fällen auf $\alpha = 5\%$ festgelegt.

2.4 Beschreibung der Stichprobe

Eingeschlossen wurden alle erwachsenen PatientInnen ab einem Alter von 18 Jahren, die sich im Erhebungszeitraum geplant prästationär in den o.g. Kliniken vorstellten und die eine Teilnahme an der Studie nicht ausdrücklich ablehnten.

Von der Studie ausgeschlossen blieben PatientInnen, die nicht deutsche MuttersprachlerInnen waren; eventuell auftretende sprachliche Missverständnisse hätten die Ergebnisse ggf. verzerren können, ohne dass dies im hier angestrebten Rahmen mit ergänzenden Sprachtests methodisch zuverlässig hätte geengeprüft werden können. Hinzu kamen mögliche interkulturelle Differenzen hinsichtlich der in der vorliegenden Studie untersuchten Erwartungshaltungen an ÄrztInnen, deren Untersuchung einer separaten Studie bedurft hätte. Ebenso wurden PatientInnen nicht berücksichtigt, die Verständnis- und / oder Konzentrationsprobleme beim Ausfüllen des Fragebogens äußerten. Auch PatientInnen, die den Fragebogen nicht selbständig ausfüllen konnten, z.B. durch die Verletzung ihrer Schreibhand, wurden aus methodischen Gründen nicht berücksichtigt, da sich in diesem Fall eine Interviewsituation mit völlig anderen Voraussetzungen ergeben hätte. Schließlich wurden auch PatientInnen nicht berücksichtigt, deren intellektuelle Fähigkeiten augenscheinlich stark beeinträchtigt waren, z.B. in Folge einer Demenzerkrankung oder eines Schlaganfalls. Die Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien wurde der Befragung unmittelbar vorgeschaltet. Sie erfolgte im mündlichen Kurzkontakt; die Ergebnisse wurden in den Befragungsunterlagen dokumentiert.

Im Erhebungszeitraum (14. Oktober. bis 21. Dezember 2014) erschienen 97 PatientInnen zum zuvor beschriebenen, prästationären Routinetermin. Hiervon konnten acht PatientInnen aus organisatorischen Gründen nicht befragt werden.

Von der Teilnahme ausgeschlossen wurden elf PatientInnen. Ausschlussgründe waren bei drei PatientInnen die emotionale Belastung⁶, bei einem bzw. einer PatientIn eine Sehbehinderung, bei weiteren drei PatientInnen eine Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten. Darüber hinaus war ein(e) PatientIn jünger als 18 Jahre, ein(e) PatientIn war nicht deutsche MuttersprachlerIn und eine(e) PatientIn war aufgrund des Alters nicht in der Lage, den Fragebogen selbstständig auszufüllen. Weiterhin war sich ein(e) PatientIn unsicher, ob eine PV vorliege oder nicht.

Von den verbleibenden 78 PatientInnen lehnten zehn die Teilnahme im Rahmen der Aufklärung ab. Als Gründe wurden z. B. die emotionale Belastung der aktuellen Erkrankung oder zeitliche Verpflichtungen genannt. Weitere drei PatientInnen stimmten zunächst der Teilnahme zu, gaben den Fragebogen aber nicht wieder ab. Es ergab sich somit eine Responsequote von 83 %, mit anderen Worten: es konnten die Daten von 65 PatientInnen erhoben werden. Die Untersuchungsgruppe A, PatientInnen mit PV, war mit 27 ProbandInnen (42 %) besetzt, Untersuchungsgruppe B, PatientInnen ohne (Ø) PV, mit 38 (58 %). Die Unterschiede im Besatz der zwei Untersuchungsgruppen waren nicht signifikant ($\chi^2_{1;0,95} = 1,862$; $p = 0,172$).

2.4.1 Soziodemografie

Die soziodemografischen Daten wurden mittels der Fragen 19 bis 26 des Fragebogens erfasst (**Anlage A1 bzw. A2**). Die Daten sind in der Übersicht **Tab. 4** zu entnehmen.

Von 65 StudienteilnehmerInnen waren 22 (34 %) weiblichen und 42 (66 %) männlichen Geschlechts, so dass eine signifikante Ungleichverteilung bezüglich der Geschlechter vorlag ($\chi^2_{1;0,95} = 6,250$; $p = 0,012$). Für eine Person fehlte die Angabe des Geschlechts. Mit sechs (27 %) Teilnehmerinnen hatten weniger Frauen eine PV als die männlichen Teilnehmer, von denen 20 (48 %) eine PV hatten; der Unterschied war nicht signifikant ($\chi^2_{1;0,95} = 2,478$; $p = 0,115$).

Das Alter der TeilnehmerInnen betrug im arithmetischen Mittel 58,1 Jahre ($s = 12,7$); die Altersspanne reichte von 23 bis 88 Jahre. Die Altersangabe fehlte bei vier ProbandInnen. Die teilnehmenden Frauen waren mit 55,9 Jahren ($s = 13,1$) nicht signifikant jünger ($|t| =$

⁶ Z.B. aufgrund einer geänderten / verschlechterten Diagnose, die sich am selben Tag offenbart hatte.

1,038 < $t_{59; 0,975}$; $p = 0,304$) als die männlichen Teilnehmer mit 59,4 Jahren ($s = 12,5$). Die teilnehmenden PatientInnen mit PV waren im Mittel 65,5 Jahre alt ($s = 10,5$). Die TeilnehmerInnen ohne PV waren mit durchschnittlich 52,7 Jahren ($s = 11,5$) höchst signifikant jünger ($|t| = 4,450 \geq t_{59; 0,975}$; $p = 0,000$).

Gruppiert in vier Altersklassen zeigte sich, dass in der mit acht Personen (13 %) besetzten Klasse der unter 45-jährigen keiner eine PV hatte. In der Klasse der 45 bis 59-jährigen, die mit 25 TeilnehmerInnen (41 %) besetzt war, hatten bereits acht (32 %) eine PV. Bei den 60 bis 69-jährigen, mit 16 Personen (26 %) besetzt, hatten acht (50 %) eine PV. In der Klasse der 70-jährigen und älteren besaßen zehn (83 %) der insgesamt zwölf (20 %) TeilnehmerInnen dieser Gruppe eine PV.

Zum Familienstand machten 64 von 65 ProbandInnen eine Aussage. Hiervon waren sieben (11 %) ledig, 43 (67 %) verheiratet, neun (14 %) geschieden oder getrennt lebend und fünf (8 %) verwitwet. Keiner der ledigen PatientInnen besaß eine PV. Von den verheirateten hatten 21 (49 %), von den geschieden / getrenntlebenden drei (33 %) und von den verwitweten zwei (40 %) eine PV. Insgesamt bildeten die Verheirateten bezüglich des Familienstandes die größte Gruppe, die sich im Gruppenbesatz hoch signifikant ($\chi^2_{1;0,95} = 7,563$; $p = 0,006$) von allen anderen unterschied. Eine signifikante Auswirkung auf das Vorhandensein einer PV zwischen Verheirateten 43 (67 %) und allen anderen 21 (33 %) ließ sich nicht nachweisen ($\chi^2_{1;0,95} = 3,664$; $p = 0,056$), wenngleich hier das Signifikanzniveau nur knapp verfehlt wurde.

Die Frage nach dem Zusammenleben mit einem festen Partner / einer festen Partnerin beantworteten 62 von 65 PatientInnen. Hiervon gaben mit 47 (76 %) höchst signifikant mehr an ($\chi^2_{1;0,95} = 16,516$; $p = 0,000$), in einer festen Partnerschaft zu leben, 22 (47 %) davon mit PV. Bei den 15 (24 %) Personen, die nicht in einer festen Partnerschaft lebten, hatten vier (27 %) eine PV. Ein Zusammenhang zwischen Partnerschaft und dem Vorhandensein einer PV war nicht nachweisbar ($\chi^2_{1;0,95} = 1,895$; $p = 0,169$).

Zur Anzahl eigener Kinder äußerten sich 64 von 65 TeilnehmerInnen. Von diesen hatten neun (14 %) keine Kinder, hiervon eine Person mit PV (11 %). Entsprechend gaben mit 55 (86 %) höchst signifikant mehr ProbandInnen an, Kinder zu haben ($\chi^2_{1;0,95} = 33,063$; $p = 0,000$). Von diesen hatten 25 (45 %) eine PV. Ein Kind hatten 19 (30 %) der Befragten, zwei Kinder 29 (45 %) und mehr als zwei Kinder sieben (11 %). Von den TeilnehmerInnen mit einem Kind hatten sieben (37 %) eine PV. Bei den ProbandInnen mit zwei Kindern gaben 15 (52 %) an, eine PV zu haben und bei mehr als zwei Kindern waren es drei (43 %), die eine PV hatten.

Bezüglich des Vorhandenseins / Nichtvorhandenseins von Kindern bestand kein signifikanter Zusammenhang mit der Häufigkeit von PV (Exakter Test nach Fisher $p = 0,071$).

Befragt nach der Zahl der im eigenen Haushalt lebenden Personen antworteten 64 der 65 StudienteilnehmerInnen. Allein lebten elf (17 %) der befragten Personen, nicht allein 53 (83 %); ein höchst signifikanter Unterschied ($\chi^2_{1;0,95} = 27,563$; $p = 0,000$). Von den alleinlebenden elf Personen besaßen vier (36 %), von den nicht Alleinlebenden 22 (42 %) eine PV. Mit einer weiteren Person im eigenen Haushalt lebten 39 (61 %), hiervon besaßen 19 (49 %) eine PV. Von den zwölf (19 %) zu dritt lebenden Personen hatten drei (25 %) und von den zwei (3 %) zu viert Lebenden keiner ein PV. Ob jemand allein lebte oder nicht, stand in keinem statistisch signifikanten Zusammenhang mit der Häufigkeit von PV (Exakter Test nach Fisher $p = 1,000$).

Bezüglich des Schulabschlusses lagen von 61 der 65 PatientInnen Ergebnisse vor. Es hatten 16 (26 %) einen Hauptschul- / Volksschulabschluss erworben. Weitere 29 PatientInnen (48 %) besaßen einen Realschulabschluss (Mittlere Reife). Das Abitur respektive die Fachhochschulreife hatten neun (15 %) beziehungsweise fünf (8 %) erlangt. Nur ein(e) TeilnehmerIn (2 %) gab an, keinen Abschluss zu haben. Ebenfalls ein(e) TeilnehmerIn gab an, einen anderen Abschluss als die gelisteten zu haben (2 %); die Möglichkeit, dieses näher zu spezifizieren, wurde nicht genutzt. Eine PV besaßen weder der / die TeilnehmerIn ohne Abschluss, noch der / die TeilnehmerIn mit einem anderen Abschluss. Bei den AbiturientInnen besaßen sechs (67 %) beziehungsweise bei den TeilnehmerInnen mit Fachhochschulreife drei (60 %) eine PV. Von den PatientInnen mit Hauptschul- / Volksschulabschluss hatten sechs (38 %) und von den PatientInnen mit Realschulabschluss (Mittlere Reife) neun (31 %) eine PV. Insgesamt hatten 14 (23 %) und somit höchst signifikant weniger ($\chi^2_{1;0,95} = 17,067$; $p = 0,000$) TeilnehmerInnen einen höheren Schulabschluss. Von diesen besaßen allerdings neun (64 %) eine PV, so dass sich ein signifikanter Zusammenhang des höheren Schulabschlusses mit dem Vorhandensein einer PV zeigte ($\chi^2_{1;0,95} = 4,488$; $p = 0,034$).

Der Berufsabschluss konnte bei 58 der 65 Befragten ermittelt werden. Hiervon gaben jeweils drei (5 %) an, entweder keinen oder einen anderen als die gelisteten Berufsabschlüsse erworben zu haben. Unter anderer Berufsabschluss wurde genannt: *noch in der Ausbildung*, *Fachschulabschluss* und *Umweltschutztechnikerin*. Verteilt auf die verbleibenden Kategorien hatten 35 (60 %) eine abgeschlossene Lehre, vier (7 %) einen Meister und zwölf (21 %) ein abgeschlossenes Studium. Promoviert hatte ein(e) TeilnehmerIn (2 %). Eine PV besaßen, aufgeschlüsselt nach dem Berufsabschluss, ein(e) PatientIn ohne Berufsausbildung (33 %), zwölf

PatientInnen (34 %) mit abgeschlossener Lehre, drei (75 %) mit Meister und zehn (83 %) mit abgeschlossenem Studium. Der / die promovierte TeilnehmerIn besaß keine PV, ebenso die drei TeilnehmerInnen mit einem anderen Abschluss. Zusammengefasst hatten 13 (24 %) der teilnehmenden PatientInnen studiert oder promoviert, so dass diese Gruppe im Vergleich zu Gesamtheit aller anderen Berufsabschlüsse höchst signifikant geringer besetzt war ($\chi^2_{1;0,95} = 15,291$; $p = 0,000$). Die Zahl derer, die in der Gruppe mit Studium / Promotion eine PV hatten, war mit zehn (77 %) statistisch signifikant höher ($\chi^2_{1;0,95} = 6,004$; $p = 0,014$), verglichen mit der Gesamtheit aller anderen Abschlüsse, von denen 16 (38 %) eine PV besaßen.

**Tab. 4: Soziodemografische Merkmale der Gesamtstichprobe (n = 65)
sowie jeweils Anteil mit PV und ohne (Ø) PV**

	N	%	Sig. ^A	n _{PV}	%	n _{Ø PV}	%	Sig. ^B
Geschlecht								
männlich	42	66	p = 0,012	20	48	22	52	p = 0,115
weiblich	22	34		6	27	16	73	
	\bar{x}	s	Sig. ^A	95 % CI		Min	Max	
Alter								
gesamt	58,1	12,7		54,9	61,4	23	88	
PV	65,5	10,5	p = 0,000***	61,2	69,7	49	88	
Ø PV	52,7	11,5		48,7	56,6	23	73	
männlich	59,4	12,5	p = 0,304	55,3	63,4	23	84	
weiblich	55,9	13,1		50,1	61,7	31	88	
	n	%	Sig. ^A	n _{PV}	%	n _{Ø PV}	%	Sig. ^B
Alter nach Klassen								
Unter 45 Jahre	8	13		0	0	8	100	
45 - 59 Jahre	25	41		8	32	17	68	
60 - 69 Jahre	16	26		8	50	8	50	
70 Jahre und älter	12	20		10	83	2	17	
Familienstand								
ledig	7	11		0	0	7	100	
verheiratet	43	67		21	49	22	51	
geschieden/getrennt	9	14		3	33	6	67	
verwitwet	5	8		2	40	3	60	
verheiratet	43	67	p = 0,006**	21	49	22	51	p = 0,056
alle Anderen	21	33		5	24	16	76	
Feste(r) PartnerIn								
ja	47	76	p = 0,000***	22	47	25	53	p = 0,169
nein	15	24		4	27	11	73	

	n	%	Sig. ^A	n _{PV}	%	n _{ØPV}	%	Sig. ^B
Kinder								
keine	9	14		1	11	8	89	
ein Kind	19	30		7	37	12	63	
zwei Kinder	29	45		15	52	14	48	
Mehr als zwei Kinder	7	11		3	43	4	57	
Kinder, ja	55	86	p = 0,000***	25	45	30	55	p = 0,071
Kinder, nein	9	14		1	11	8	89	
Personen im Haushalt								
alleinlebend	11	17		4	36	7	64	
zwei Personen	39	61		19	49	20	51	
drei Personen	12	19		3	25	9	75	
vier Personen	2	3		0	0	2	100	
alleinlebend, ja	11	17	p = 0,000***	4	36	7	64	p = 1,000
alleinlebend, nein	53	83		22	42	31	58	
Schulabschluss								
Abitur	9	15		6	67	3	33	
Fachhochschule	5	8		3	60	2	40	
Realschule / Mittlere Reife	29	48		9	31	20	69	
Hauptschule / Volksschule	16	26		6	38	10	63	
kein Abschluss	1	2		0	0	1	100	
Anderer Abschluss	1	2		0	0	1	100	
höherer Schulabschluss, ja	14	23	p = 0,000***	9	64	5	36	p = 0,034*
höherer Schulabschl., nein	46	77		15	33	31	67	
Berufsabschluss								
Promotion / Dokortitel	1	2		0	0	1	100	
Abgeschlossenes Studium	12	21		10	83	2	17	
Meister	4	7		3	75	1	25	
Abgeschlossene Lehre	35	60		12	34	23	66	
Keine Berufsausbildung	3	5		1	33	2	67	
Anderer Abschluss	3	5		0	0	3	100	
Studium / Promotion, ja	13	24	p = 0,000***	10	77	3	23	p = 0,014*
Studium / Promotion, nein	42	76		16	38	27	62	

^A Univariater Signifikanztest bezüglich einer Ungleichverteilung im Antwortverhalten; ^B Bivariater Signifikanztest bezüglich eines Zusammenhangs zwischen Antwortverhalten und Häufigkeit von PV; * Signifikant auf dem Niveau <0,05 (signifikant), ** Signifikant auf dem Niveau <0,01 (hoch signifikant), *** Signifikant auf dem Niveau <0,001 (höchst signifikant)

2.4.2 Basisdaten zur Erkrankungssituation der StudienteilnehmerInnen

Eine ernsthafte eigene Erkrankung bzw. das Miterleben einer solchen Erkrankung im persönlichen Umfeld wird als ein wichtiger Einflussfaktor hinsichtlich der Erstellung einer PV angesehen (van Oorschot, 2007, S. 139; Burchardi et al., 2005, S. 67 f.). Im Fragebogen wurden hierzu vier Fragen gestellt (Fragen 16 bis 18, **Anlage A1 bzw. A2**), die neben der Frage nach einer solchen ernsthaften Erkrankung auch auf die Einschätzung der individuellen Bedrohlichkeit eingehen. Die Daten sind in der Übersicht **Tab. 5** zu entnehmen.

Von den StudienteilnehmerInnen gaben 24 (38 %) an, schon einmal eine ernsthafte Erkrankung gehabt zu haben; 39 PatientInnen (62 %) verneinten dies. Für zwei PatientInnen fehlten die entsprechenden Angaben. Es ließen sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Besatzes der zwei Gruppen nachweisen ($\chi^2_{1;0,95} = 3,571$; $p = 0,059$). Von den TeilnehmerInnen, die bereits eine ernsthafte Erkrankung erlebt hatten, hatten 13 (54 %) eine PV. Von den PatientInnen ohne ernsthafte Vorerkrankung hatten zwölf (31 %) eine PV. Der Zusammenhang einer ernsthaften Erkrankung mit dem Vorhandensein einer PV ließ sich jedoch nicht statistisch absichern ($\chi^2_{1;0,95} = 3,398$; $p = 0,065$).

Im Falle einer ernsthaften Vorerkrankung wurde die Frage nach der wahrgenommenen Bedrohlichkeit derselben gestellt. Von einem bzw. einer PatientIn (4 %) wurde die Bedrohlichkeit als sehr gering empfunden, zehn PatientInnen (42 %) nahmen sie als gering wahr. Weitere sieben (29 %) PatientInnen sahen sich in hohem Maße bedroht, fünf (21 %) in sehr hohem Maße. Ein(e) PatientIn (4 %) gab an, hierzu keine Aussage machen zu können. Die Person, die sich durch ihre Erkrankung als sehr wenig bedroht wahrnahm, hatte keine PV; von den PatientInnen, die sich in geringem Maße bedroht sahen, hatten fünf (50 %) eine PV. Von den TeilnehmerInnen, die einen hohen Bedrohungsgrad angaben, hatten ebenfalls fünf (71 %) und von denen, die einen sehr hohen Bedrohungsgrad angaben, zwei (40 %) eine PV. Die Person, die zur Bedrohlichkeit der Erkrankung keine Angaben gemacht hatte, hatte ebenfalls eine PV. Zusammengefasst hatten zwölf (52 %) PatientInnen, davon sieben (58 %) mit PV, eine ernsthafte Vorerkrankung, die sie als bedrohlich wahrnahmen. Die anderen elf (48 %) TeilnehmerInnen bewerteten ihre Erkrankung als eher nicht bedrohlich, fünf (45 %) von ihnen hatten eine PV. Signifikante Unterschiede in der Gruppenverteilung zwischen den sich als bedroht wahrnehmenden PatientInnen und den sich eher nicht bedroht wahrnehmenden konnten nicht nachge-

wiesen werden ($\chi^2_{1;0,95} = 0,043$; $p = 0,835$). Ebenso wenig bestand ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit, eine PV zu besitzen, und der wahrgenommenen Bedrohlichkeit ($\chi^2_{1;0,95} = 0,381$; $p = 0,537$).

Die Frage nach einer ernsthaften Erkrankung im persönlichen Umfeld beantworteten 27 (44 %) der TeilnehmerInnen mit ja, zwölf (44 %) von ihnen besaßen eine PV, und 35 (56 %) mit nein, in dieser Gruppe hatten 13 (37 %) eine PV. Von drei PatientInnen wurde die Frage nicht beantwortet. Es gab weder signifikante Unterschiede in der Gruppenverteilung ($\chi^2_{1;0,95} = 1,032$; $p = 0,310$) noch einen inferenzstatistischen Zusammenhang zwischen dem Miterleben ernsthafter Erkrankungen bei anderen und dem Vorliegen einer PV ($\chi^2_{1;0,95} = 0,338$; $p = 0,561$).

Tab. 5: Basisdaten zur Erkrankungssituation der StudienteilnehmerInnen sowie jeweils Anteil mit PV und ohne (Ø) PV

	n	%	Sig. ^A	n _{PV}	%	n _{Ø PV}	%	Sig. ^B
Ernsthafte eigene Erkrankung								
ja	24	38	p = 0,059	13	54	11	46	p = 0,065
nein	39	62		12	31	27	69	
Bedrohlichkeit der Erkrankung								
sehr gering	1	4		0	0	1	100	
gering	10	42		5	50	5	50	
hoch	7	29		5	71	2	29	
sehr hoch	5	21		2	40	3	60	
kann ich nicht sagen	1	4		1	100	0	0	
bedrohlich	12	52	p = 0,835	7	58	5	42	p = 0,537
nicht bedrohlich	11	48		5	45	6	55	
Ernsthafte Erkrankung bei Anderen								
ja	27	44	p = 0,310	12	44	15	56	p = 0,561
nein	35	56		13	37	22	63	

^A Univariater Signifikanztest bezüglich einer Ungleichverteilung im Antwortverhalten; ^B Bivariater Signifikanztest bezüglich eines Zusammenhangs zwischen Antwortverhalten und Häufigkeit von PV.

2.4.3 Basisdaten zur Patientenverfügung

Ebenfalls wurden mittels des Fragebogens einige Basisdaten zur PV erhoben; es wurden hierzu fünf Fragen gestellt (Fragen 1 bis 5, **Anlage A1 bzw. A2**) für eine Übersicht sei auf **Tab. 6** und **Abb. 1** verwiesen.

Wie bereits beschrieben, hatten 27 (42 %) der StudienteilnehmerInnen eine PV erstellt, während 38 (58 %) bisher keine PV erstellt hatten.

Von den TeilnehmerInnen ohne PV äußerten 20 (53 %), eine PV erstellen zu wollen, während 18 (47 %) nicht die Absicht hatten; hierbei bestand kein signifikanter Unterschied im Besitz der beiden Gruppen ($\chi^2_{1;0,95} = 0,105$; $p = 0,746$).

Von den Befragten mit PV gaben neun (35 %) an, erst seit kurzem eine PV zu besitzen, drei (11 %) seit ca. einem halben Jahr, fünf (19 %) seit mehr als zwei Jahren und neun (35 %) seit mehr als fünf Jahren. Ein(e) PatientIn mit PV beantwortete die Frage nicht.

Bezüglich der Frage, wie die Befragten mit PV ihre PV erstellt hatten, äußerten 13 (50 %), dies anhand eines Vordruckes getan zu haben und drei (12 %), Textbausteine genutzt zu haben. Weitere drei (12 %) gaben an, ihre PV komplett selbst geschrieben zu haben und sieben (27 %) wählten die Antwortkategorie Sonstiges. Ein(e) PatientIn machte keine Angabe.

Von den PatientInnen mit PV gaben 13 (50 %) an, ihre PV bis jetzt noch nicht aktualisiert zu haben, fünf von diesen PatientInnen hatten allerdings auch noch nicht lange eine PV (seit kurzem bzw. ca. ein halbes Jahr). Von den TeilnehmerInnen, die schon einmal eine Aktualisierung vorgenommen hatten, hatten acht (31 %) die Aktualisierung innerhalb der letzten vier Wochen vorgenommen, wobei auch hiervon fünf PatientInnen noch nicht lange eine PV erstellt hatten (seit kurzem bzw. ca. ein halbes Jahr).⁷ Weitere drei (11 %) PatientInnen gaben an, eine Aktualisierung ihrer PV innerhalb des letzten Jahres und weitere zwei (8 %), diese innerhalb der letzten drei Jahre vorgenommen zu haben. Ein(e) PatientIn mit PV beantwortete die Frage nicht.

Von den Befragten, die seit mehr als zwei bzw. mehr als fünf Jahren eine PV hatten, hatten sieben (50 %) schon einmal eine Aktualisierung bzw. Bestätigung ihrer PV vorgenommen, während sieben (50 %) ihre PV noch nie aktualisiert oder bestätigt hatten ($\chi^2_{1;0,95} = 0,000$; $p = 1,000$).

⁷ Dabei stellt sich unklar dar, ob diese fünf PatientInnen bereits kurz nach der Erstellung ihrer PV Änderungsbedarf sahen und entsprechend eine Aktualisierung vornahmen, oder ob sie die eigentliche Erstellung ihrer PV fälschlich als Aktualisierung bzw. Bestätigung werteten.

Tab. 6: Basisdaten zur PV

	n	%	Sig. ^A
Untersuchungsgruppen			
Gruppe A: PV	27	42	p = 0,172
Gruppe B: Ø PV	38	58	
Haben Sie die Absicht, eine PV zu verfassen (Ø PV)?			
ja	20	53	p = 0,746
nein	18	47	
Seit wann haben Sie eine PV?			
Seit kurzem	9	35	
Ca. ein halbes Jahr	3	11	
Mehr als zwei Jahre	5	19	
Mehr als fünf Jahre	9	35	
Wie haben Sie ihre PV erstellt?			
Anhand eines Vordruckes	13	50	
Mit Hilfe von Textbausteinen	3	12	
Komplett selbst geschrieben	3	12	
Sonstiges	7	27	
Wann haben Sie ihre PV zuletzt überarbeitet / bestätigt?			
Noch nie	13	50	
Innerhalb der letzten vier Wochen	8	31	
Innerhalb des letzten Jahres	3	11	
Innerhalb der letzten drei Jahre	2	8	
PatientInnen, die mehr als zwei Jahre eine PV haben – PV überarbeitet	7	50	p = 1,000
PatientInnen, die mehr als zwei Jahre eine PV haben – PV nicht überarbeitet	7	50	

^AUnivariater Signifikanztest bezüglich einer Ungleichverteilung im Antwortverhalten

Hinsichtlich der Frage, wie hoch die Bedeutung des Themas PV aktuell für die Befragten sei (**Abb. 1**), wählten drei TeilnehmerInnen (5 %) die Antwortoption *Sehr gering* – davon waren alle drei (8 %)⁸ der Gruppe der Patienten ohne (Ø) PV zugeordnet. Weitere sieben Personen (11 %) schätzten die Bedeutung des Themas für sich als *Gering* ein – in der Gruppe mit PV war es eine Person (4 %), in der Gruppe ohne (Ø) sechs Personen (16 %). Als *Hoch* bezeich-

⁸ Die verschiedenen Prozentwerte erklären sich aus der jeweils unterschiedlichen Basis. Die Gesamtzahl der Befragten, die Befragten mit PV und die Befragten ohne PV (Ø PV) stellen hierbei jeweils 100 % dar.

neten die Bedeutung 23 (35 %) der TeilnehmerInnen – PV zehn (37 %); Ø PV 13 (34 %). Weiterhin erachteten 18 (28 %) PatientInnen die Bedeutung des Themas für sich als *Sehr hoch* – PV 15 (56 %); Ø PV drei (8 %). Die Antwortoption *Kann ich nicht sagen* wurde von 14 (22 %) der Befragten gewählt – PV ein(e) (4 %); Ø PV 13 (34 %).

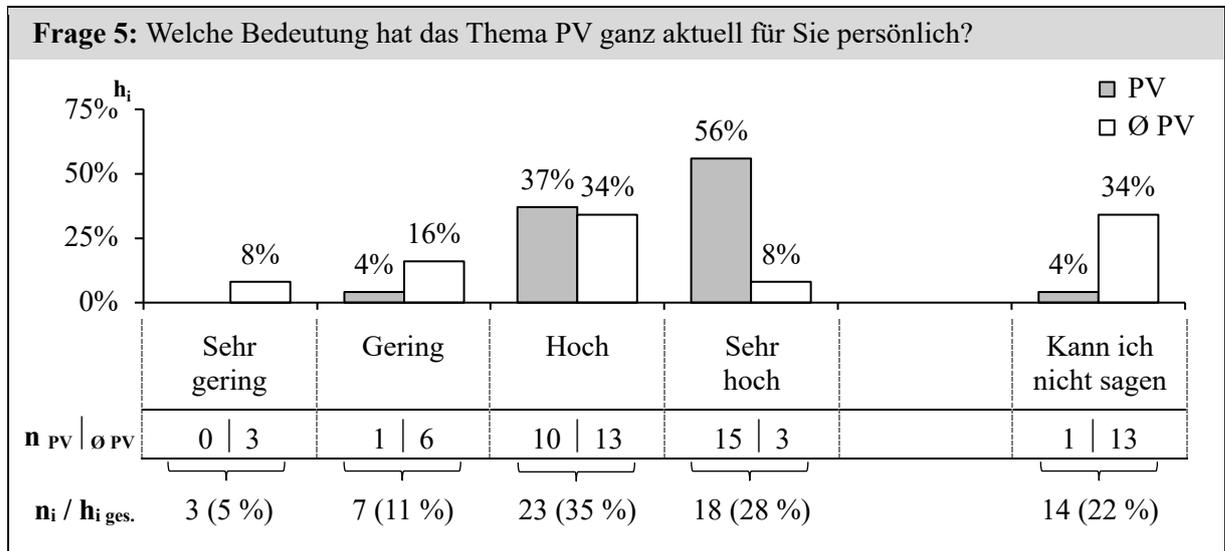


Abb. 1 [Eigene Darstellung]: Antwortverhalten Frage 5 (n = 65): gruppiertes Balkendiagramm / tabellarische Darstellung (relative (h_i) bzw. absolute (n_i) Häufigkeiten)

Zusammengefasst bewerteten höchst signifikant mehr TeilnehmerInnen die Bedeutung des Themas PV als *Hoch* oder *Sehr hoch* verglichen mit jenen, die die Bedeutung als *Gering* oder *Sehr gering* einschätzten ($\chi^2_{1;0,95} = 18,843$; p = 0,000). PatientInnen mit PV schätzten die Bedeutung des Themas PV hoch signifikant häufiger als *Hoch* oder *Sehr hoch* ein als PatientInnen ohne PV (Fischer’s exakter Test: p = 0,005).

3 Ergebnisse

3.1 Ergebnisse Hypothesen I

3.1.1 Hypothese I.1

PatientInnen sehen die ärztliche Beratung im Rahmen der Erstellung einer PV als wichtig an. Diese Hypothese wurde mittels der Fragen 14.1 A bis 14.3 A und 14 B des Fragebogens operationalisiert.

Frage 14.1 A: Befragt bezüglich der Wichtigkeit der ärztlichen Beratung zur PV antworteten 62 von 65 PatientInnen (**Abb. 2**). Hiervon wählte kein(e) PatientIn die Antwortoption *Sehr unwichtig*. Drei PatientInnen (5 %) sahen die Beratung durch ÄrztInnen als *Unwichtig* an, hiervon waren alle drei (12 %) der Gruppe der PatientInnen mit PV zugeordnet. *Wichtig* fanden die ärztliche Beratung 30 PatientInnen (48 %) – PV 14 (56 %); Ø PV 16 (43 %).⁹ Weitere 26 TeilnehmerInnen (42 %) wählten die Antwortoption *Sehr wichtig* – PV sieben (28 %); Ø PV 19 (51 %). Drei TeilnehmerInnen (5 %) enthielten sich – PV ein(e) (4 %); Ø PV zwei (5 %).

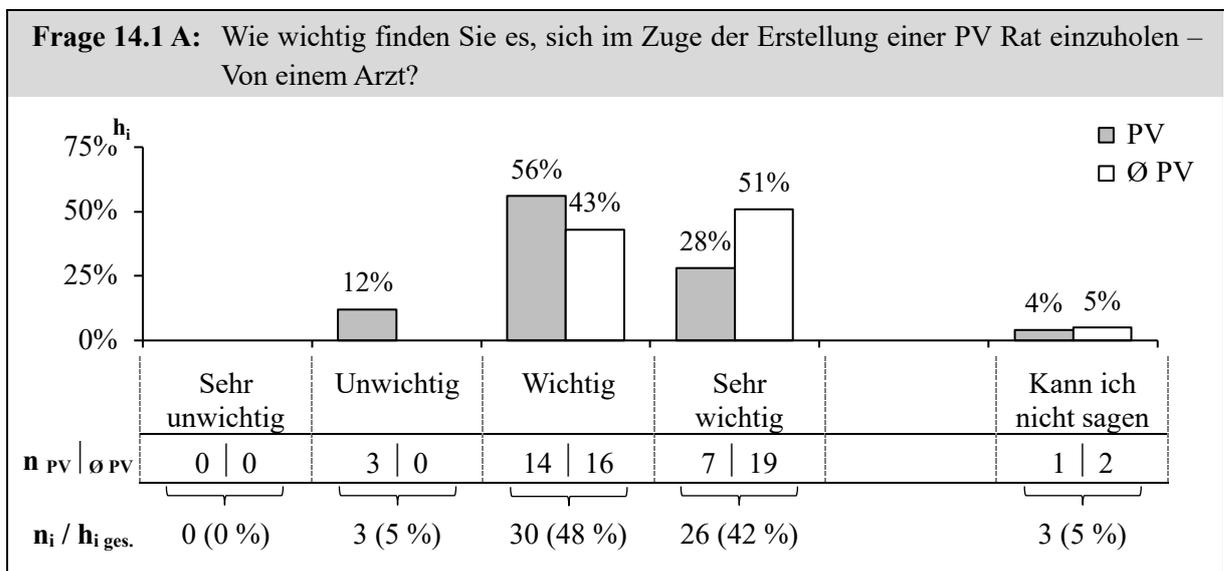


Abb. 2 [Eigene Darstellung] Antwortverhalten Frage 14.1 A (n = 62): gruppiertes Balkendiagramm / tabellarische Darstellung (relative (h_i) bzw. absolute (n_i) Häufigkeiten)

Es konnte gezeigt werden, dass höchst signifikant mehr TeilnehmerInnen die ärztliche Beratung für *Wichtig* bzw. *Sehr wichtig* erachteten im Vergleich zu *Unwichtig* bzw. *Sehr Unwichtig*

⁹ Die verschiedenen Prozentwerte erklären sich aus der jeweils unterschiedlichen Basis. Die Gesamtzahl der Befragten, die Befragten mit PV und die Befragten ohne PV (Ø PV) stellen hierbei jeweils 100 % dar; diese Darstellungsweise wurde bei der weiteren Ergebnispräsentation beibehalten.

($\chi^2_{1;0,95} = 47,610$; $p = 0,000$). Die Tendenz, dass PatientInnen mit PV die Beratung durch ÄrztInnen häufiger lediglich für *Wichtig* erachten, während PatientInnen ohne PV die Beratung häufiger als *Sehr Wichtig* ansehen, erwies sich als nicht signifikant ($\chi^2_{1;0,95} = 2,317$; $V = 0,203$; $p = 0,128$).

Fragen 14.2 A und 14.3 A: Zusätzlich zur ärztlichen Beratung wurde die wahrgenommene Wichtigkeit des Rates von Rechtsanwälten / Juristen bzw. von Familie und Freunden erfragt (**Tab. 7**). Die Teilfragen wurden von 59 bzw. 60 von 65 Befragten beantwortet.

Hierbei fanden zwei PatientInnen (3 %) die Beratung durch Rechtsanwälte / Juristen *Sehr unwichtig*, 14 (24 %) erschien sie *Unwichtig*. Signifikant mehr TeilnehmerInnen ($\chi^2_{1;0,95} = 5,333$; $p = 0,021$) erachteten diese als *Wichtig*, 19 (32 %), bzw. *Sehr wichtig*, 13 (22 %). Die verbleibenden elf PatientInnen (19 %) wählten die Antwortoption *Kann ich nicht sagen*.

Den Rat von Familie und Freunden erachtete kein(e) PatientIn als *Sehr unwichtig*, fünf PatientInnen (8 %) stuften ihn jedoch als *Unwichtig* ein. Mit 27 (45 %) bzw. 24 (40 %) der Befragten hielten höchst signifikant mehr TeilnehmerInnen den Rat von Familie und Freunden für *Wichtig* bzw. *Sehr wichtig* ($\chi^2_{1;0,95} = 37,786$; $p = 0,000$). Auf die Antwortoption *Kann ich nicht sagen* entfielen vier (7 %) der Antworten.

Tab. 7 [Eigene Darstellung] Antwortverhalten Fragen 14.2 A (n = 59) und 14.3 A (n = 60):
absolute (n_i) bzw. relative (h_i) Häufigkeiten

Frage 14 A: Wie wichtig finden Sie es, sich im Zuge der Erstellung einer PV Rat einzuholen:					
	Sehr unwichtig	Unwichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Kann ich nicht sagen
14.2 A: Von einem Rechtsanwalt / Juristen	2 3 %	14 24%	19 32 %	13 22 %	11 19 %
14.3 A: Von Familie und Freunden	0 0%	5 8 %	27 45 %	24 40 %	4 7 %

Frage 14 B: Auf die Frage, ob Sie sich schon einmal zum Thema PV hätten ärztlich beraten lassen, antworteten 24 von 65 PatientInnen.¹⁰ Von diesen bejahten fünf TeilnehmerInnen (21 %) – PV drei (27 %), Ø PV zwei (15 %) während mit 19 TeilnehmerInnen (79 %) – PV

¹⁰ Reduzierte Fallzahl, da die Frage erst im Verlauf der Befragung in den Fragenkatalog aufgenommen wurde.

acht (73 %), Ø PV elf (85 %) hoch signifikant mehr verneinten ($\chi^2_{1;0,95} = 8,167$; $p = 0,004$). Die Tendenz, dass PatientInnen mit PV häufiger schon einmal eine ärztliche Beratung zur PV in Anspruch genommen hatten – im Vergleich zu PatientInnen ohne PV – konnte aufgrund der reduzierten Fallzahl nicht inferenzstatistisch abgesichert werden (Fischer's exakter Test: $p = 0,630$).

3.1.2 Hypothese I.II

PatientInnen möchten bei Gesprächen mit ihren ÄrztInnen, im Rahmen der Erstellung einer PV, nicht nur formal über Sachfragen, die PV betreffend, sprechen, sondern auch die Perspektiven, Sorgen und Ängste im Zusammenhang mit ihrer (ernsthaften) Erkrankung thematisieren.

Diese Hypothese wurde mittels der Fragen 11.1 bis 11.5 des Fragebogens operationalisiert.

Frage 11.1: Bezüglich der Aussage, im Rahmen eines Gespräches mit ÄrztInnen über das Thema PV auch über Sorgen und Ängste in Bezug auf die eigene Erkrankung sprechen zu wollen, antworteten 65 von 65 PatientInnen (**Abb. 3**). Davon wählte ein(e) PatientIn (2 %) die Antwort *Stimme überhaupt nicht zu* – diese(r) PatientIn war der Gruppe PV zugeordnet (4 %). Die Antwortoption *Stimme nicht zu* wurde von zwei PatientInnen (3 %) gewählt – PV ein(e) (4 %); Ø PV ein(e) (3 %). Weitere 36 TeilnehmerInnen (55 %) wählten die Antwort *Stimme zu* – PV 16 (59 %); Ø PV 20 (53 %). *Stimme voll zu* wurde von 15 PatientInnen (23 %) genannt – PV acht (30 %); Ø PV sieben (18 %). Die Enthaltungskategorie *Kann ich nicht sagen* wurde von elf TeilnehmerInnen (17 %) gewählt – PV ein(e) (4 %); Ø PV zehn (26 %).

Die inferenzstatistische Auswertung zeigte, dass höchst signifikant mehr PatientInnen die Antwortoptionen *Stimme zu* und *Stimme voll zu* wählten als *Stimme überhaupt nicht zu* und *Stimme nicht zu* ($\chi^2_{1;0,95} = 42,667$; $p = 0,000$).

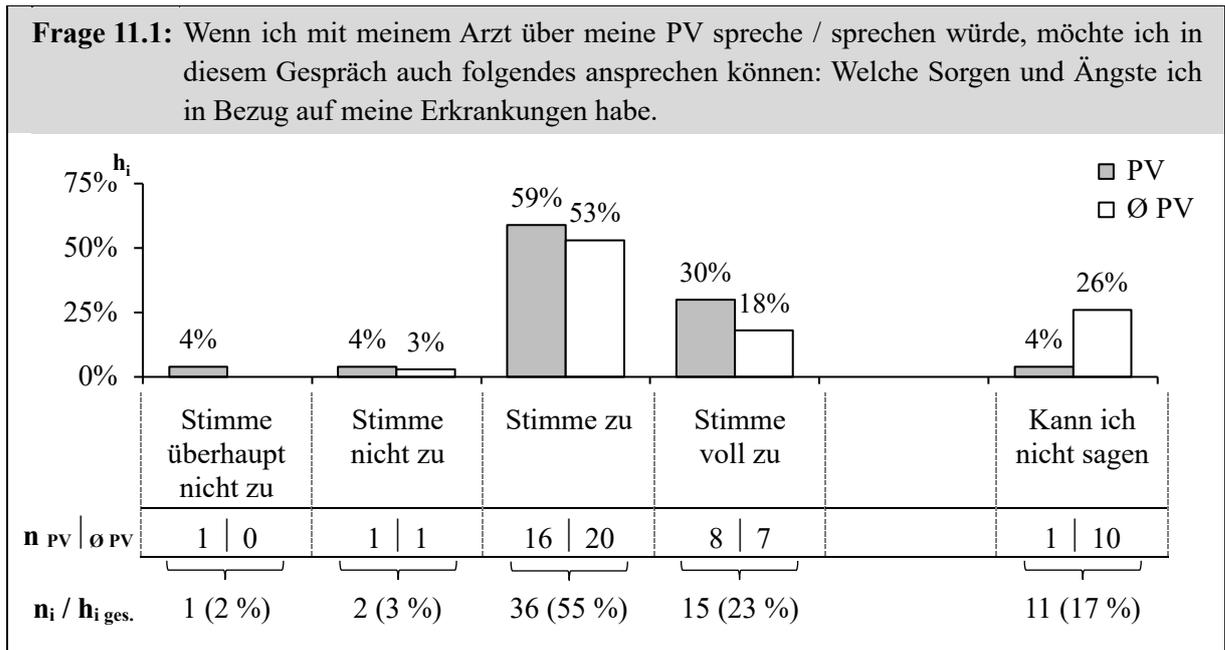


Abb. 3 [Eigene Darstellung] Antwortverhalten Frage 11.1 (n = 65): gruppiertes Balkendiagramm / tabellarische Darstellung (relative (h_i) bzw. absolute (n_i) Häufigkeiten)

Frage 11.2: Hinsichtlich der Aussage, die Behandlungsmöglichkeiten starker Schmerzen im ärztlichen Gespräch zum Thema PV ansprechen zu wollen, antworteten 63 von 65 TeilnehmerInnen (**Abb. 4**). Kein(e) PatientIn wählte die Antwort *Stimme überhaupt nicht zu*. Vier PatientInnen (6 %) wählten die Antwort *Stimme nicht zu* – PV zwei (7 %); Ø PV zwei (6 %). Die Antwortoption *Stimme zu* wurde von 32 PatientInnen (51 %) gewählt – PV 13 (48 %); Ø PV 19 (53 %). Weitere 18 TeilnehmerInnen (29 %) entschieden sich für *Stimme voll zu* – PV zehn (37 %); Ø PV acht (22 %). Darüber hinaus entschieden neun TeilnehmerInnen (14 %), sich nicht festzulegen – PV zwei (7 %); Ø PV sieben (19 %).

Die zusammenfassende Auswertung auf Nominalskalenniveau erbrachte, dass bei dieser Frage ebenfalls höchst signifikant mehr PatientInnen die Antwortoption *Stimme zu* bzw. *Stimme voll zu* wählten, verglichen mit jenen, die sich für *Stimme überhaupt nicht zu* bzw. *Stimme nicht zu* entschieden ($\chi^2_{1;0,95} = 39,185$; $p = 0,000$).

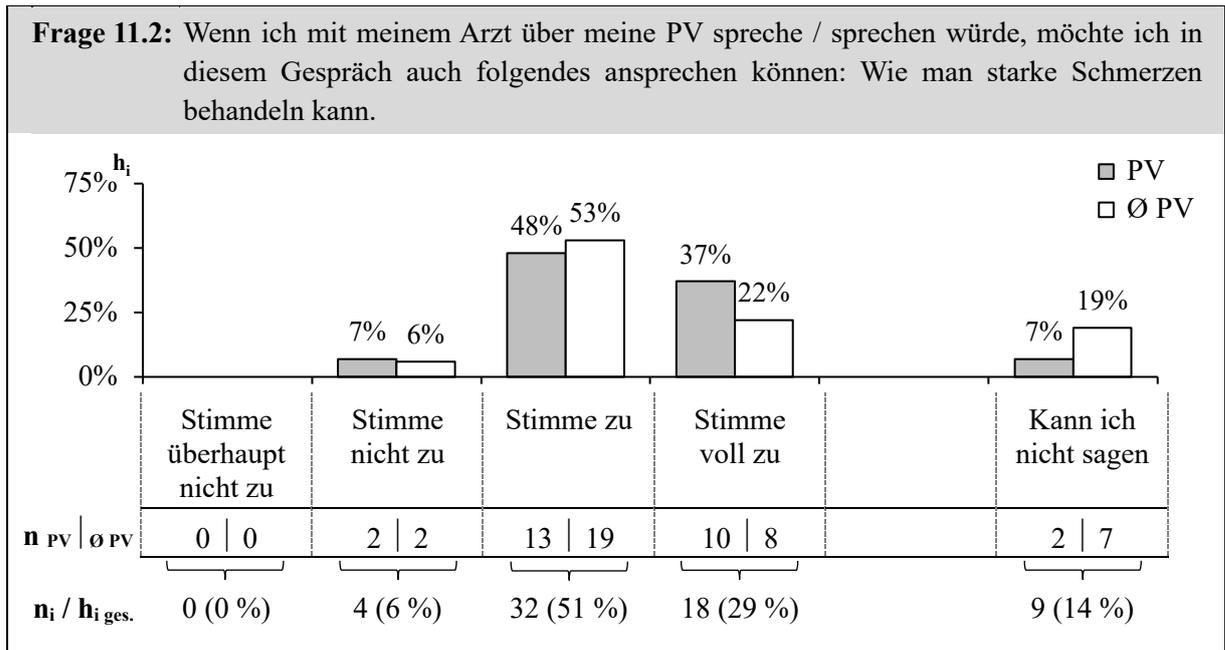


Abb. 4 [Eigene Darstellung] Antwortverhalten Frage 11.2 (n = 65): gruppiertes Balkendiagramm / tabellarische Darstellung (relative (h_i) bzw. absolute (n_i) Häufigkeiten)

Frage 11.3: Des Weiteren wurde das Antwortverhalten der TeilnehmerInnen erhoben, im Rahmen eines Gespräches zur PV auch die eigenen Vorstellungen von Sterben und Tod den ÄrztInnen gegenüber ansprechen zu wollen; es antworteten 65 der 65 Befragten (**Abb. 7**). Von diesen gaben drei TeilnehmerInnen (5 %) die Antwort *Stimme überhaupt nicht zu* – PV ein(e) (4 %); Ø PV zwei (5 %). Weitere vier PatientInnen (6 %) wählten die Antwortoption *Stimme nicht zu* – PV zwei (7 %); Ø PV zwei (5 %). Die Antwort *Stimme zu* wurde von 27 PatientInnen (42 %) gegeben – PV elf (41 %); Ø PV 16 (42 %). 13 TeilnehmerInnen (20 %) entschieden sich für *Stimme voll zu* – PV sieben (26 %); Ø PV sechs (16 %). Darüber hinaus gaben 18 Befragte (28 %) die Antwort *Kann ich nicht sagen* – PV sechs (22 %); Ø PV zwölf (32 %). Auf Nominalskalenniveau ließ sich zeigen, dass höchst signifikant mehr PatientInnen die Antwortoption *Stimme zu* bzw. *Stimme voll zu* wählten, als *Stimme überhaupt nicht zu* bzw. *Stimme nicht zu* ($\chi^2_{1;0,95} = 23,170$; $p = 0,000$).

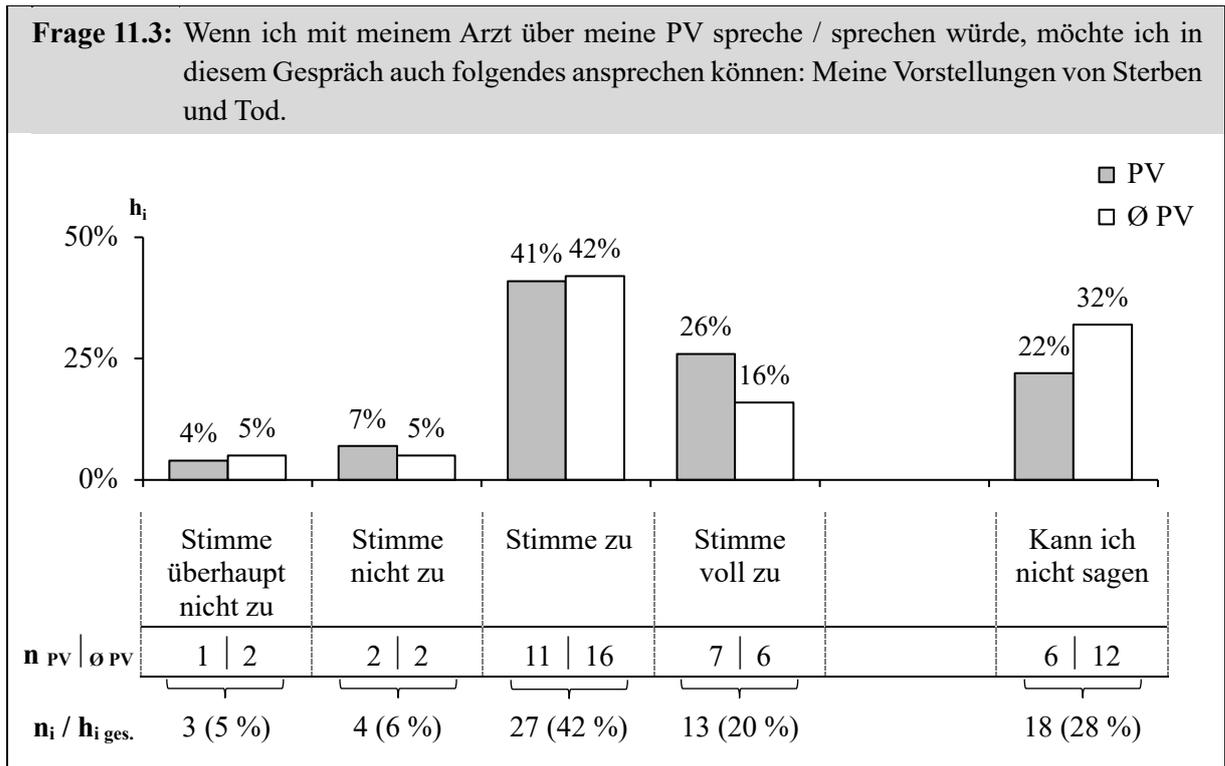


Abb. 5 [Eigene Darstellung] Antwortverhalten Frage 11.3 (n = 65): gruppiertes Balkendiagramm / tabellarische Darstellung (relative (h_i) bzw. absolute (n_i) Häufigkeiten)

Frage 11.4: Außerdem wurde den Befragten die Aussage präsentiert, mit den ÄrztInnen im Kontext eines Gespräches zur PV auch darüber sprechen zu wollen, wer die eigene Familie im Falle eigener schwerer Krankheit unterstützen könne; die Frage wurde von 62 der 65 befragten PatientInnen beantwortet (**Abb. 6**). Hierbei gaben zwei PatientInnen (6 %) die Antwort *Stimme überhaupt nicht zu* – Ø PV zwei (3 %). Weitere vier TeilnehmerInnen (7 %) wählten *Stimme nicht zu* – PV drei (12 %); Ø PV ein(e) (3 %). *Stimme zu* wurde von 23 der Befragten (37 %) als Antwort gegeben – PV acht (31 %); Ø PV 15 (42 %), die Antwort *Stimme voll zu* von 18 PatientInnen (29 %) – PV zehn (39 %); Ø PV acht (22 %). *Kann ich nicht sagen* wählten 15 TeilnehmerInnen (24 %) als Antwort auf die Frage – PV fünf (19 %); Ø PV zehn (28 %).

Nominalskaliert zeigte sich, dass signifikant mehr TeilnehmerInnen die Antwortoption *Stimme zu* bzw. *Stimme voll zu* wählten, als *Stimme überhaupt nicht zu* bzw. *Stimme nicht zu* ($\chi^2_{1;0,95} = 26,064$; $p = 0,000$). In der bivariaten Analyse ließ sich die Tendenz, dass PatientInnen mit PV häufiger die Antwortoption *Stimme voll zu* wählten, während sich PatientInnen ohne PV häufiger für *Stimme zu* entschieden, nicht statistisch absichern ($\chi^2_{1;0,95} = 1,769$; $V = 0,208$; $p = 0,183$).

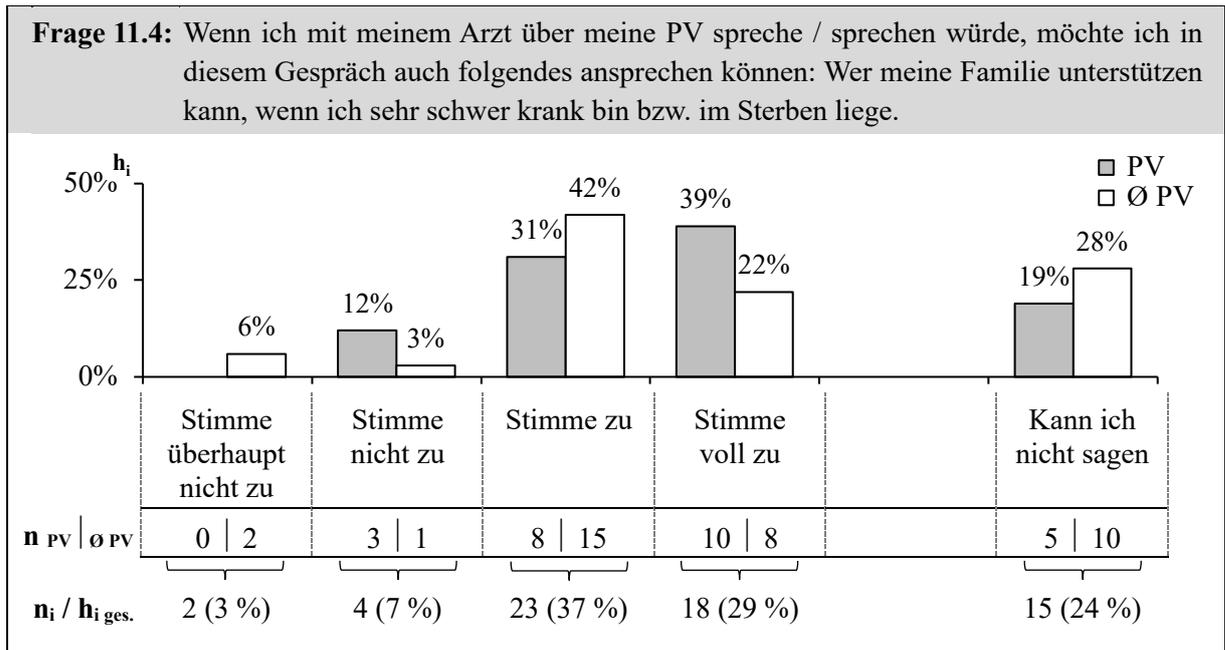


Abb. 6 [Eigene Darstellung] Antwortverhalten Frage 11.4 (n = 65): gruppiertes Balkendiagramm / tabellarische Darstellung (relative (h_i) bzw. absolute (n_i) Häufigkeiten)

Frage 11.5: Hinsichtlich der Aussage, bei einem Gespräch mit ÄrztInnen zum Thema PV ausschließlich über die medizinischen Sachverhalte sprechen zu wollen antworteten 62 von 65 TeilnehmerInnen (**Abb. 7**). Hiervon gaben zwei PatientInnen (3 %) die Antwort *Stimme überhaupt nicht zu* – PV zwei (8 %). 17 TeilnehmerInnen (27 %) wählten *Stimme nicht zu* – PV sieben (28 %); Ø PV zehn (27 %). Die Antwortoption *Stimme zu* wurde von 22 (36 %) der Befragten gegeben – PV acht (32 %); Ø PV 14 (38 %). Weitere elf PatientInnen (18 %) entschieden sich für *Stimme voll zu* – PV sechs (24 %); Ø PV fünf (14 %). *Kann ich nicht sagen* war für zehn TeilnehmerInnen (16 %) die zutreffendste Antwort – PV zwei (8 %); Ø PV acht (22 %).

Die inferenzstatistische Auswertung ließ keine Entscheidung darüber zu, ob überzufällig mehr TeilnehmerInnen die Antwortoptionen *Stimme zu* bzw. *Stimme voll zu* im Vergleich zu *Stimme überhaupt nicht zu* bzw. *Stimme nicht zu* gewählt hatten ($\chi^2_{1;0,95} = 3,769$; $p = 0,052$).

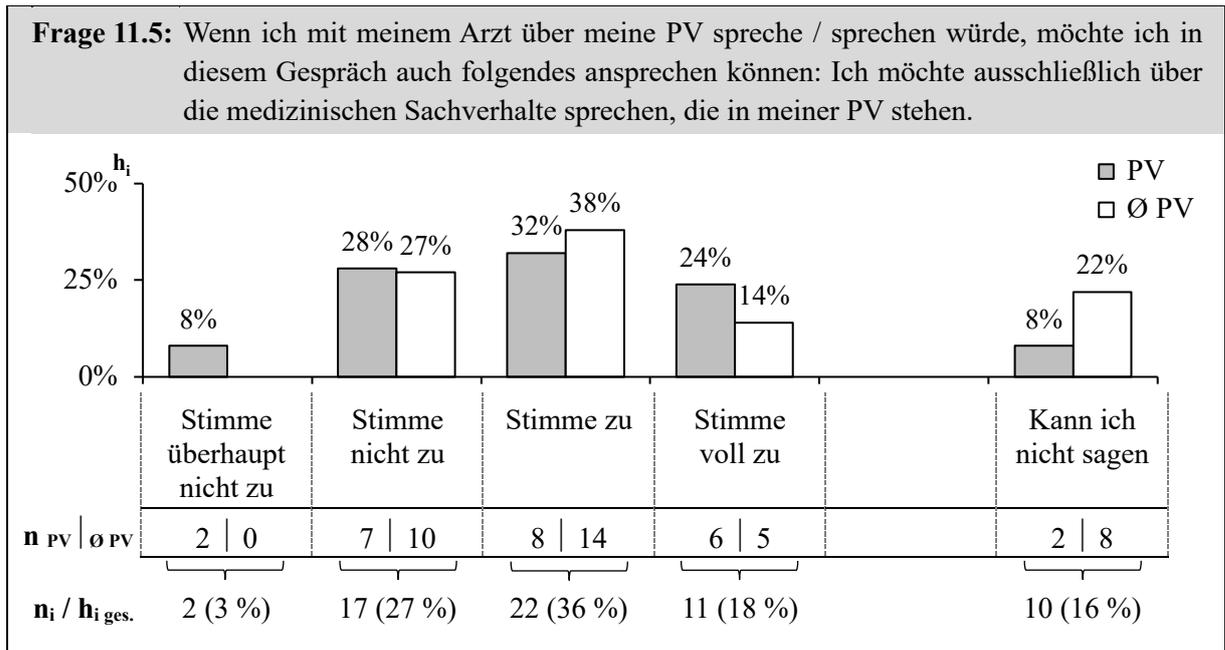


Abb. 7 [Eigene Darstellung] Antwortverhalten Frage 11.5 (n = 65): gruppiertes Balkendiagramm / tabellarische Darstellung (relative (h_i) bzw. absolute (n_i) Häufigkeiten)

3.1.3 Hypothese I.III

PatientInnen sehen Gespräche mit ihren ÄrztInnen, die sie im Rahmen der Erstellung einer PV führen, als Möglichkeit an, die Arzt-Patienten-Beziehung zu verbessern.

Diese Hypothese wurde mittels der Frage 13.1 des Fragebogens operationalisiert.

Frage 13.1: Die Aussage, dass Gespräche mit ÄrztInnen zum Thema PV das Vertrauensverhältnis zu diesen verbessern könnte, beantworteten 63 der 65 Befragten (**Abb. 8**). Dabei wählte kein(e) PatientIn die Antwortoption *Stimme überhaupt nicht zu*. Sechs PatientInnen (10%) wählten die Antwortoptionen *Stimme nicht zu* – PV drei (11%); Ø PV drei (8%). Weitere 32 TeilnehmerInnen (51%) wählten *Stimme zu* – PV acht (67%); Ø PV 24 (30%). Auf die Antwortoption *Stimme voll zu* entfielen 14 (22%) der Antworten – PV elf (41%); Ø PV drei (8%). Die Antwort *Kann ich nicht sagen* wurde von elf PatientInnen (18%) gegeben, PV fünf (19%); Ø PV sechs (17%).

Inferenzstatistisch ließ sich bestätigen, dass die Antwortoptionen *Stimme zu* bzw. *Stimme voll zu* höchst signifikant häufiger gewählt wurden, als *Stimme nicht zu* bzw. *Stimme überhaupt nicht zu* ($\chi^2_{1;0,95} = 30,769$; $p = 0,000$). Weiterhin ließ sich auf bivariater Ebene zeigen, dass PatientInnen mit PV hoch signifikant häufiger die Antwortoption *Stimme voll zu* wählten, während sich PatientInnen ohne PV häufiger für *Stimme zu* entschieden – das Assoziationsmaß

Cramer-V zeigte einen mittelgradigen Zusammenhang auf ($\chi^2_{1;0,95} = 11,529$; $V = 0,501$; $p = 0,001$).

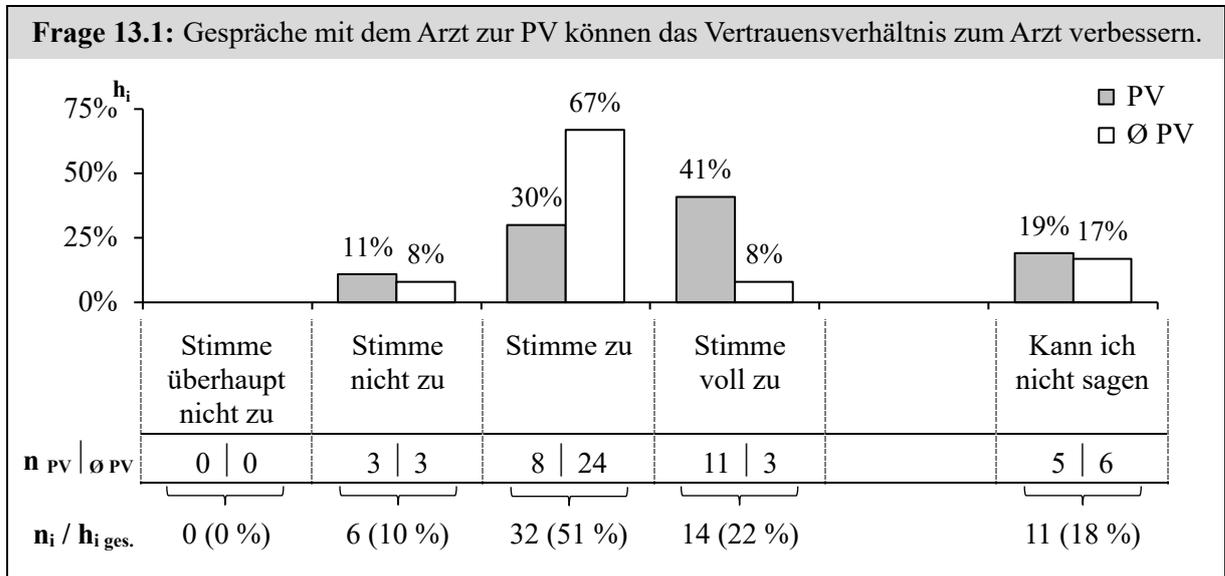


Abb. 8 [Eigene Darstellung] Antwortverhalten Frage 13.1 (n = 63): gruppiertes Balkendiagramm / tabellarische Darstellung (relative (h_i) bzw. absolute (n_i) Häufigkeiten)

3.1.4 Hypothese I.IV

PatientInnen sehen eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung als Voraussetzung an, um mit ihren ÄrztInnen über die Perspektiven, Sorgen und Ängste im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung sprechen zu können.

Diese Hypothese wurde mittels Frage 13.2 des Fragebogens operationalisiert.

Frage 13.2: Befragt danach, ob Vertrauen eine Voraussetzung sei, um mit ÄrztInnen über die Perspektiven, Sorgen und Ängste im Zusammenhang mit der eigenen Erkrankung zu sprechen, antworteten 63 von 65 BefragungsteilnehmerInnen (**Abb. 9**). Hierbei wählte ein(e) TeilnehmerIn (2%) die Antwortoption *Stimme nicht zu*; diese(r) eine (3%) war der Gruppe der PatientInnen ohne PV zugeordnet. Weitere 29 PatientInnen (46%) entschieden sich für die Antwort *Stimme zu* – PV 13 (48%), Ø PV 16 (44%). Die Antwort *Stimme voll zu* wurde von 25 PatientInnen (40%) gegeben – PV zwölf (44%); Ø PV 13 (36%). Mit der Wahl von *Kann ich nicht sagen* enthielten sich acht TeilnehmerInnen (13%) einer Stellungnahme – PV zwei (7%); Ø PV sechs (17%).

Die zusammenfassende Auswertung ergab, dass lediglich ein(e) PatientIn der hier getroffenen Aussage mit *Stimme überhaupt nicht zu* bzw. *Stimme nicht zu* ablehnend gegenüberstand, während entsprechend höchst signifikant mehr PatientInnen sich zustimmend mit *Stimme zu* bzw. *Stimme voll zu* äußerten ($\chi^2_{1;0,95} = 51,073$; $p = 0,000$).

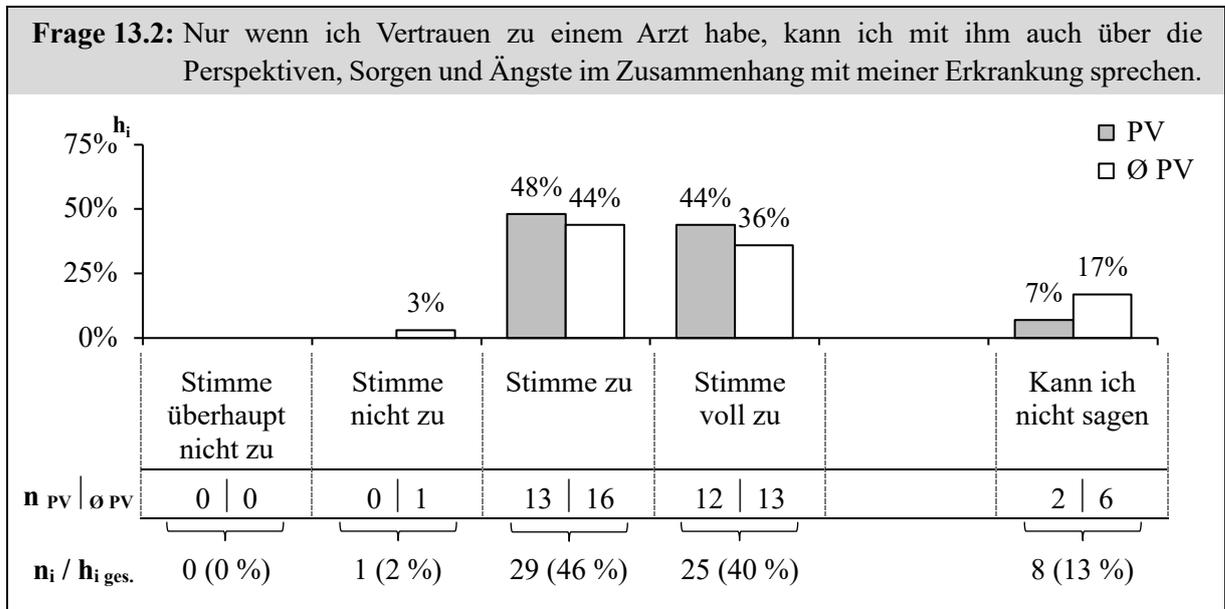


Abb. 9 [Eigene Darstellung] Antwortverhalten Frage 13.2 (n = 63): gruppiertes Balkendiagramm / tabellarische Darstellung (relative (h_i) bzw. absolute (n_i) Häufigkeiten)

3.1.5 Hypothese I.V

PatientInnen empfinden es als leichter, mit ihren ÄrztInnen während eines Gespräches über die Erstellung einer PV auch die Perspektiven, Sorgen und Ängste im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung anzusprechen, anstatt diese Themen ohne einen entsprechenden Rahmen zur Sprache zu bringen.

Die Operationalisierung dieser Hypothese erfolgte mittels der Fragen 15.1 und 15.2 des Fragebogens

Frage 15.1: Befragt danach, ob die TeilnehmerInnen es als schwierig empfanden, mit ÄrztInnen über die Perspektiven, Sorgen und Ängste im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung zu sprechen, antworteten alle 65 Befragten (**Abb. 10**). Es gaben neun PatientInnen (14 %) an, *Überhaupt nicht zuzustimmen* – dabei waren vier PatientInnen (15 %) der Gruppe PV und fünf (13 %) der Gruppe Ø PV zugeordnet. Weitere 33 PatientInnen (51 %) wählten die Antwortoption *Stimme nicht zu* – PV 15 (56 %); Ø PV 18 (47 %). Die Antwort *Stimme zu* wurde von 13 PatientInnen (20 %) gewählt – PV fünf (19 %); Ø PV acht (21 %). Darüber hinaus entschieden

sich vier PatientInnen (6 %) für *Stimme voll zu* – PV drei (12 %); Ø PV ein(e) (3 %). Insgesamt wählten sechs PatientInnen (9 %) die Antwortoption *Kann ich nicht sagen* – Ø PV sechs (16 %).

Auf Nominalskalenniveau ließ sich zeigen, dass insgesamt hoch signifikant mehr PatientInnen, die Antwortoptionen *Stimme überhaupt nicht zu* bzw. *Stimme nicht zu* wählten, im Vergleich zu jenen, die sich für *Stimme zu* bzw. *Stimme voll zu* entschieden ($\chi^2_{1;0,95} = 10,593$; $p = 0,001$).

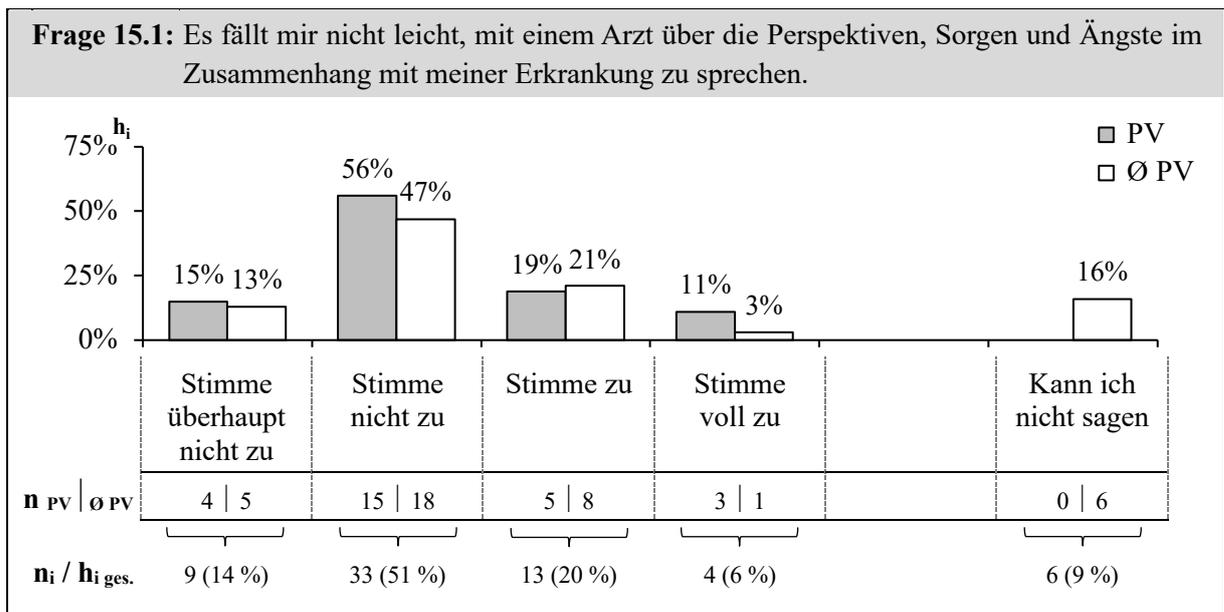


Abb. 10 [Eigene Darstellung] Antwortverhalten Frage 15.1 (n = 65): gruppiertes Balkendiagramm / tabellarische Darstellung (relative (h_i) bzw. absolute (n_i) Häufigkeiten)

Frage 15.2: Die Aussage, dass es leichter falle, über die Perspektiven, Sorgen und Ängste im Zusammenhang mit der eigenen Erkrankung zu sprechen, wenn dieses vor dem Hintergrund eines Gespräches über das Thema PV erfolge beantworteten 64 der 65 Befragten (**Abb. 11**). Davon bewertete ein(e) PatientIn (2 %) die Aussage mit *Stimme überhaupt nicht zu* – PV ein(e) (4 %). Neun PatientInnen (14 %) wählten *Stimme nicht zu* – PV fünf (19 %); Ø PV vier (11 %). Für die Antwortoption *Stimme zu* entschieden sich 34 TeilnehmerInnen (53 %) – PV zwölf (44 %); Ø PV 22 (59 %). Neun PatientInnen (14 %) wählten die Option *Stimme voll zu* – PV sechs (22 %); Ø PV drei (8 %). Die Möglichkeit der Enthaltung – *Kann ich nicht sagen* – nutzten insgesamt elf PatientInnen (17 %) – PV drei (11 %); Ø PV acht (22 %).

Zusammengefasst betrachtet wurden die Antwortoptionen *Stimme zu* bzw. *Stimme voll zu* von höchst signifikant mehr PatientInnen gewählt als die Optionen *Stimme überhaupt nicht zu* bzw.

Stimme nicht zu ($\chi^2_{1;0,95} = 20,547$; $p = 0,000$). Die Tendenz, dass PatientInnen mit PV sich häufiger für *Stimme voll zu* entschieden, während PatientInnen ohne PV häufiger die Antwortoption *Stimme zu* wählten, ließ sich nicht statistisch absichern (Fischer's exakter Test: $p = 0,133$).

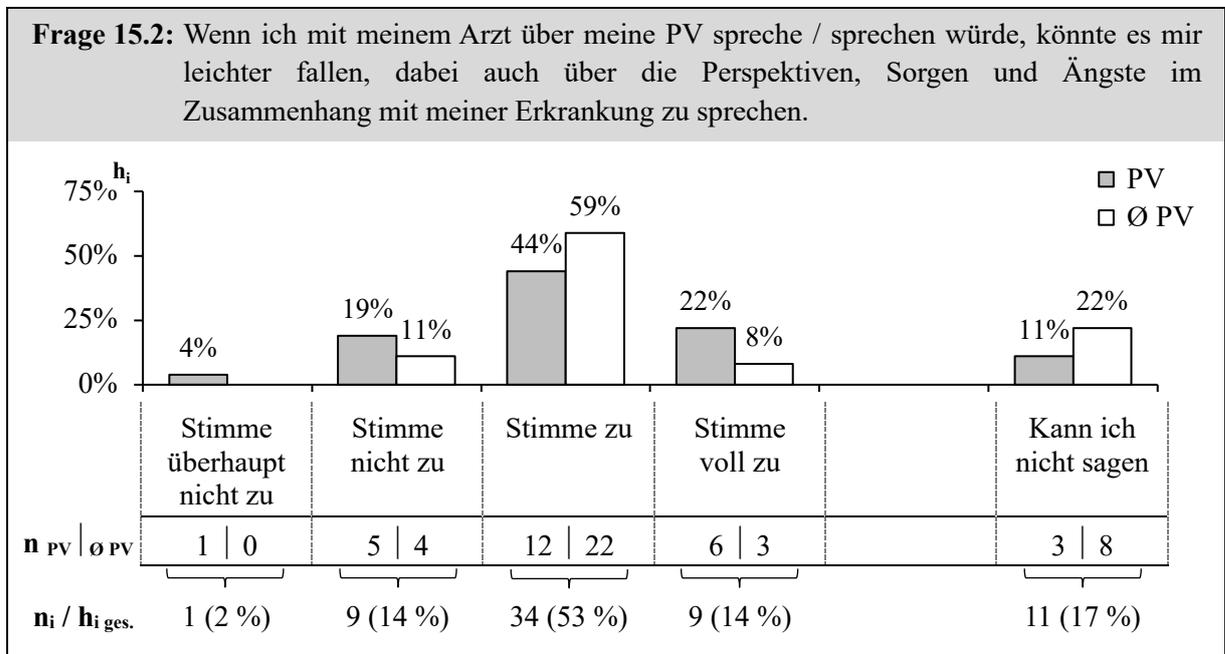


Abb. 11 [Eigene Darstellung] Antwortverhalten Frage 15.2 (n = 64): gruppiertes Balkendiagramm / tabellarische Darstellung (relative (h_i) bzw. absolute (n_i) Häufigkeiten)

Die kombinierte Auswertung der Fragen **15.1** und **15.2** zeigte, dass PatientInnen, denen es nicht leicht fiel, mit ÄrztInnen über die Perspektiven, Sorgen und Ängste im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung zu sprechen, dieses häufiger als leichter empfanden, wenn sie diese Aspekte in einem Gespräch über das Thema PV thematisieren konnten, verglichen mit PatientInnen, die keine Schwierigkeiten angegeben hatten, mit ÄrztInnen über Ängste etc. im Zusammenhang mit einer Erkrankung zu sprechen (**Tab. 8**). Der ermittelte Unterschied von 15 % im Antwortverhalten ließ sich allerdings bei teils geringem Gruppenbesatz nicht statistisch absichern (Fischer's exakter Test: $p = 0,417$).

Tab. 8 [Eigene Darstellung]: Kreuztabelle Antwortverhalten Fragen 15.1 und 15.2 in Beziehung zueinander (n = 51), relative (h_i) bzw. absolute (n_i) Häufigkeiten

		Stimme zu bzw. Stimme voll zu		Stimme überhaupt nicht zu bzw. Stimme nicht zu	
Frage 15.2: Wenn ich mit meinem Arzt über meine PV spreche / sprechen würde, könnte es mir leichter fallen, dabei auch über die Perspektiven, Sorgen und Ängste im Zusammenhang mit meiner Erkrankung zu sprechen.					
Frage 15.1: Es fällt mir nicht leicht, mit einem Arzt über die Perspektiven, Sorgen und Ängste im Zusammenhang mit meiner Erkrankung zu sprechen.		Stimme zu bzw. Stimme voll zu		11 92 %	
		Stimme überhaupt nicht zu bzw. Stimme nicht zu		1 8 %	
				30 77 %	
				9 23 %	

3.2 Ergebnisse Hypothesen II.

3.2.1 Hypothese II.1

Menschen mit PV weisen eine erhöhte Selbstwirksamkeitserwartung, eine erhöhte interne bzw. eine reduzierte externe Kontrollüberzeugung auf (**Abb. 12**).

Diese Hypothese wurde mittels der Unterteilung in die Untersuchungsgruppen (PV / Ø PV) sowie anhand der sieben Skalen des FKK operationalisiert.

Für 64 der 65 StudienteilnehmerInnen lagen vollständige Datensätze für den FKK vor. Hiervon besaßen 26 PatientInnen (41 %) eine **PV**, 38 PatientInnen (59 %) hatten bislang **keine (Ø) PV** erstellt.

Das arithmetische Mittel der FKK-Skala **Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (SK)** für die Gruppe **SK_{PV}** ($\bar{x} = 55,4 [52,0 ; 58,8]$ ¹¹, Min. 37, Max. 70) lag hoch signifikant über dem Mittelwert der FKK-Normstichprobe von 50 ($|t| = 3,261 \geq t_{25; 0,975}$; $p = 0,003$). Der Mittelwertunterschied gegenüber **SK_{Ø PV}** ($\bar{x} = 53,5 [50,0 ; 56,9]$, Min. 35, Max. 77) erwies sich bei einer Mittelwertdifferenz von 1,9 Zählern als nicht signifikant ($|t| = 0,780 < t_{62; 0,975}$; $p = 0,438$).

Für die **Internalität (I)** wurde für das arithmetische Mittel **I_{PV}** ($\bar{x} = 57,1 [54,0 ; 60,1]$, Min. 46, Max. 71) eine höchst signifikante Erhöhung im Vergleich mit der Normstichprobe ermittelt ($|t| = 4,805 \geq t_{25; 0,975}$; $p = 0,000$). Gegenüber **I_{Ø PV}** ($\bar{x} = 53,1 [50,4 ; 55,8]$, Min. 39, Max. 72)

¹¹ In eckigen Klammern wird das obere und untere 95 % Konfidenzintervall des jeweiligen arithmetischen Mittelwertes (\bar{x}) angegeben.

war die Mittelwertdifferenz von 4,0 Zählern statistisch nicht signifikant ($|t| = 1,993 < t_{62; 0,975}$; $p = 0,051$).

Hinsichtlich der **Sozialen Externalität (P)** konnte für **P_{PV}** ($\bar{x} = 45,8$ [41,2 ; 50,4], Min. 30, Max. 71) keine signifikante Abweichung von der FKK-Normstichprobe festgestellt werden ($|t| = 1,887 < t_{25; 0,975}$; $p = 0,071$). Gleiches galt für den Vergleich mit **P_{ØPV}** ($\bar{x} = 46,0$ [43,1 ; 48,9], Min. 29, Max. 71); Mittelwertdifferenz 0,2 Zähler ($|t| = 0,101 < t_{62; 0,975}$; $p = 0,920$).

Die Skala **Fatalistische Externalität (C)** betreffend wurde in der Gruppe **C_{PV}** ($\bar{x} = 48,3$ [43,5 ; 53,1], Min. 28, Max. 78) ebenfalls keine signifikante Abweichung von der FKK-Normstichprobe aufgezeigt ($|t| = 0,731 < t_{25; 0,975}$; $p = 0,471$). Auch gegenüber **C_{ØPV}** ($\bar{x} = 47,1$ [44,2 ; 50,0], Min. 28, Max. 69) war die Mittelwertdifferenz von 1,2 Zählern nicht signifikant ($|t| = 0,456 < t_{62; 0,975}$; $p = 0,650$).

Auf der Sekundärskala **Selbstwirksamkeit (SKI)** wurde analog zu den zugehörigen Primärskalen für **SKI_{PV}** ($\bar{x} = 57,3$ [54,3 ; 60,3], Min. 43, Max. 72) der Unterschied gegenüber der FKK-Normstichprobe bestätigt; es lag eine höchst signifikante Abweichung vor ($|t| = 4,958 \geq t_{25; 0,975}$; $p = 0,000$). Gegenüber **SKI_{ØPV}** ($\bar{x} = 54,0$ [51,3 ; 56,7], Min. 40, Max. 78) konnte allerdings bei einer Mittelwertdifferenz von 3,3 Zählern keine signifikante Erhöhung nachgewiesen werden ($|t| = 1,602 < t_{62; 0,975}$; $p = 0,114$).

Das bezüglich der Sekundärskala **Externalität (PC)** errechnete arithmetische Mittel für **PC_{PV}** ($\bar{x} = 46,9$ [41,9 ; 51,8], Min. 27, Max. 77) unterschied sich wie schon die Primärskalen ebenfalls nicht signifikant von der FKK-Normstichprobe ($|t| = 1,317 < t_{25; 0,975}$; $p = 0,200$). Ebenso war gegenüber **PC_{ØPV}** ($\bar{x} = 46,9$ [44,0 ; 49,8], Min. 27, Max. 74) bei Mittelwertgleichheit kein Unterschied nachweisbar ($|t| = 0,029 < t_{62; 0,975}$; $p = 0,977$).

Die Tertiärskala **Internalität vs. Externalität (SKI-PC)** zeigte für **SKI-PC_{PV}** ($\bar{x} = 57,4$ [53,2 ; 61,6], Min. 37, Max. 78) eine hoch signifikante Abweichung gegenüber der FKK-Normstichprobe ($|t| = 3,631 < t_{25; 0,975}$; $p = 0,001$). Der Vergleich mit **SKI-PC_{ØPV}** ($\bar{x} = 56,1$ [53,8 ; 58,4], Min. 32, Max. 71) ließ bei einer Mittelwertdifferenz von 1,3 Zählern keinen Nachweis einer signifikanten Abweichung zu ($|t| = 0,590 < t_{62; 0,975}$; $p = 0,557$).

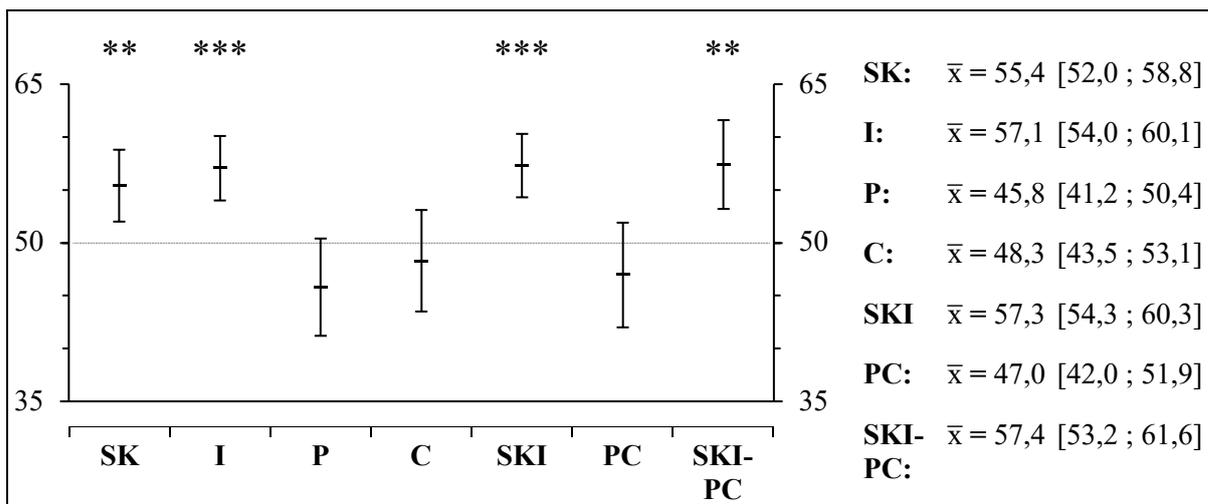


Abb. 12 Hypothese II.I [Eigene Darstellung]: FKK-Skalenwerte für Patienten mit PV (n = 26); Fehlerbalkendiagramm / tabellarische Darstellung (arithmetische Mittelwerte (\bar{x}), 95%-Konfidenzintervalle); ** hoch ($p < 0,01$) bzw. *** höchst ($p < 0,001$) signifikante Unterschiede gegenüber dem Mittelwert der FKK-Normstichprobe (50).

3.2.2 Hypothese II.II

Menschen, die sich aus eigenem Antrieb mit der Erstellung ihrer PV befassen haben, weisen eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung, eine höhere internale bzw. eine niedrigere externe Kontrollüberzeugung auf als Menschen, die durch Andere zur Erstellung ihrer PV motiviert wurden (**Abb. 13**).

Diese Hypothese wurde mittels der Frage 6 des Fragebogens sowie der sieben Skalen des FKK operationalisiert.

Frage 6: Auf die Frage, wer für die PatientInnen ausschlaggebend dafür gewesen sei, eine PV zu erstellen, antworteten 24 der 26 PatientInnen mit PV, für die ein vollständiger FKK-Datensatz vorlag. Hiervon wählten 18 (75 %) die Antwortoption ... *dass ich dies selbst wollte* (**Gruppe A**) und sechs (25 %) ... *dass mir jemand Anderes dazu geraten hat* (**Gruppe B**); der Unterschied im Gruppenbesatz stellte sich signifikant dar ($\chi^2_{1;0,95} = 6,000$; $p = 0,014$).

Auf der FKK-Skala **Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (SK)** wurde bezüglich SK_A^{12} ($\bar{x} = 56,3$ [52,2 ; 60,3], Min. 40, Max. 70) ein um 2,3 Zähler höherer Mittelwert erreicht, verglichen mit der Gruppe SK_B ($\bar{x} = 54,0$ [43,8 ; 64,2], Min. 37, Max. 63); der Unterschied stellte sich nicht signifikant dar ($|t| = 0,566 < t_{22; 0,975}$; $p = 0,577$).

¹² SK_A : Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (SK) der Gruppe A.

Hinsichtlich der **Internalität (I)** wurde zwischen **I_A** ($\bar{x} = 59,5$ [55,9 ; 63,1], Min. 46, Max. 71) und **I_B** ($\bar{x} = 50,7$ [47,2 ; 54,1], Min. 46, Max. 54) bei einer Mittelwertdifferenz von 8,8 Zählern ein signifikanter Unterschied ermittelt ($|t| = 2,837 \geq t_{22; 0,975}$; $p = 0,010$).

Auf der Skala der **Sozialen Externalität (P)** wurde von der Gruppe **P_A** ($\bar{x} = 43,1$ [37,6 ; 48,6], Min. 30, Max. 69), ein signifikant niedrigerer Wert erreicht als von der Gruppe **P_B** ($\bar{x} = 54,0$ [43,4 ; 64,6], Min. 41, Max. 71); Mittelwertdifferenz 10,9 Zähler ($|t| = 2,137 \geq t_{22; 0,975}$; $p = 0,044$).

Für die **Fatalistische Externalität (C)** konnte zwischen **C_A** ($\bar{x} = 46,9$ [41,4 ; 52,5], Min. 28, Max. 67) und **C_B** ($\bar{x} = 53,0$ [37,9 ; 68,1], Min. 34, Max. 78) bei einer Mittelwertdifferenz von 6,1 Zählern kein signifikanter Mittelwertunterschied ermittelt werden ($|t| = 1,077 < t_{22; 0,975}$; $p = 0,293$).

Auf der Sekundärskala **Selbstwirksamkeit (SKI)** lag der erreichte Mittelwert für **SKI_A** ($\bar{x} = 59,1$ [55,5 ; 62,8], Min. 46, Max. 72) nicht signifikant höher als der Wert für **SKI_B** ($\bar{x} = 53,0$ [46,8 ; 59,2], Min. 43, Max. 58); Mittelwertdifferenz 6,1 Zähler ($|t| = 1,845 < t_{22; 0,975}$; $p = 0,078$).

Die Mittelwerte der zweiten Sekundärskala **Externalität (PC)** unterschieden sich bezüglich **PC_A** ($\bar{x} = 44,7$ [39,0 ; 50,3], Min. 27, Max. 71) und **PC_B** ($\bar{x} = 54,2$ [39,8 ; 68,5], Min. 35, Max. 77), bei einem Mittelwertunterschied von 9,5 Zählern ebenfalls nicht signifikant ($|t| = 1,694 < t_{22; 0,975}$; $p = 0,104$).

Die Skalenmittelwerte der Tertiärskala **Internalität vs. Externalität (SKI-PC)** für **SKI-PC_A** ($\bar{x} = 59,7$ [54,8 ; 64,5], Min. 37, Max. 78) und **SKI-PC_B** ($\bar{x} = 50,5$ [40,4 ; 60,6], Min. 37, Max. 63) unterschieden sich mit 9,2 Zählern nicht signifikant ($|t| = 1,995 < t_{22; 0,975}$; $p = 0,059$).

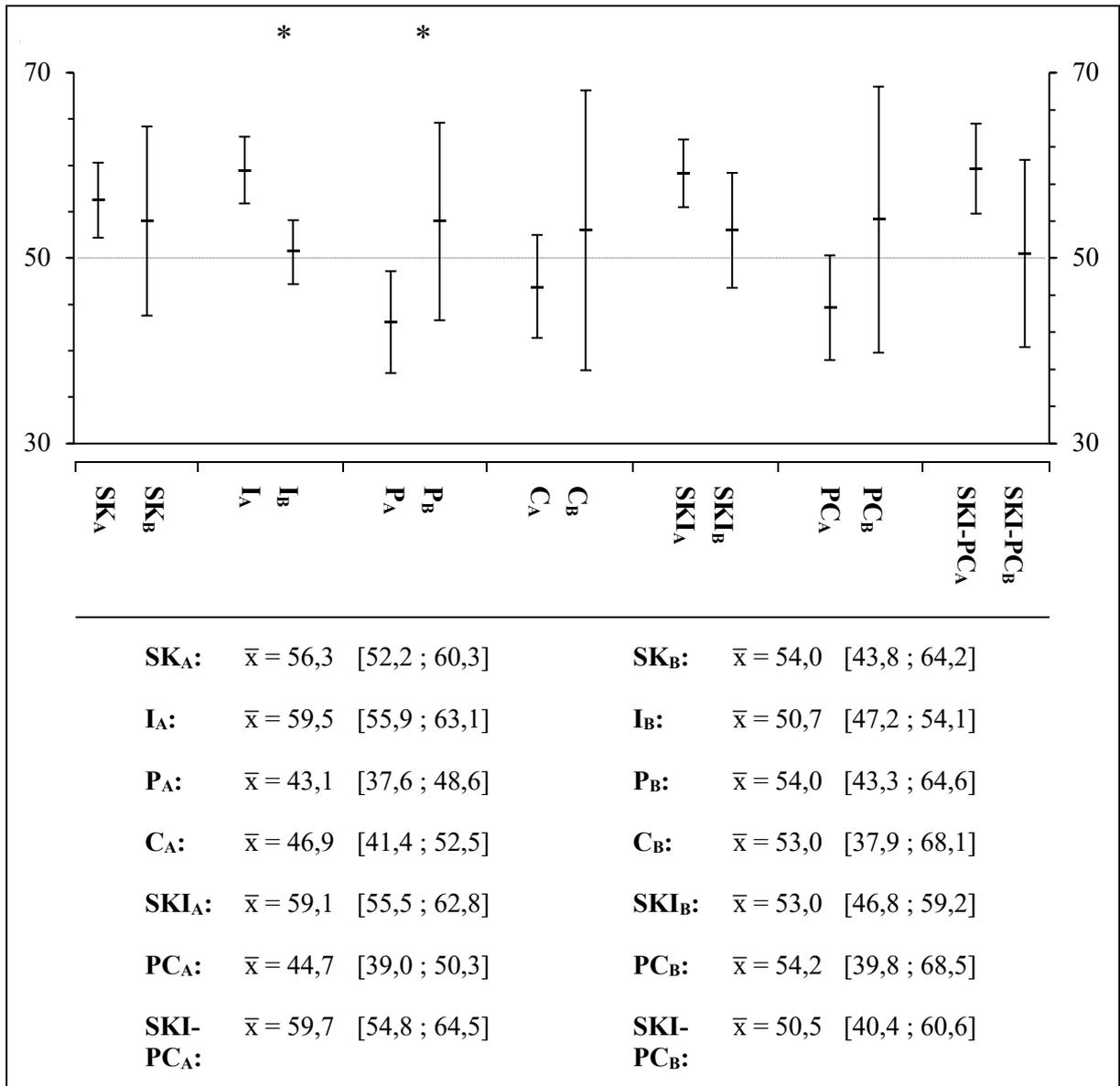


Abb. 13 Hypothese II.II [Eigene Darstellung]: FKK-Skalenwerte für Patienten mit PV, gruppiert entsprechend Antwortverhalten **Frage 6:** Ausschlaggebend dafür, eine PV zu schreiben, war für mich **A ... dass ich dies selbst wollte** ($n_A = 18$), **B ... dass mir jemand anderes dazu geraten hat** ($n_B = 6$); Fehlerbalkendiagramm / tabellarische Darstellung (arithmetische Mittelwerte (\bar{x}), 95%-Konfidenzintervalle); * signifikante ($p < 0,05$) Unterschiede im Gruppenvergleich A ↔ B

3.2.3 Hypothese II.III

Menschen ohne PV, die sich aber die Erstellung einer PV zutrauen, haben eine erhöhte Selbstwirksamkeitserwartung (**Abb. 14**).

Die Operationalisierung dieser Hypothese erfolgte mittels der Frage 7.2 des Fragebogens sowie der FKK-Skalen Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (SK), Internalität (I) und Selbstwirksamkeit (SKI).

Frage 7.2: Auf die Frage, ob sich die PatientInnen ohne PV die Erstellung einer PV zutrauen würden – mit oder ohne fremde Hilfe – antworteten 36 der 38 Befragten ohne PV, für die ein vollständiger FKK-Datensatz vorlag. Hiervon wählten 18 TeilnehmerInnen (50 %) die Antwortoptionen *Stimme zu* bzw. *Stimme voll zu* (**Gruppe A**). Die Antwortoptionen *Stimme überhaupt nicht zu* bzw. *Stimme nicht zu* wurde von acht PatientInnen (22 %) und die Antwortoption *Kann ich nicht sagen* von zehn Befragten (28 %) gewählt – kumuliert 18 (50 %) der TeilnehmerInnen (**Gruppe B**).

Auf der FKK-Skala **Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (SK)** lag der Mittelwert der Gruppe **SK_A** ($\bar{x} = 57,4$ [52,2 ; 62,7], Min. 35, Max. 77) mit 7,4 Zählern hoch signifikant über dem Mittelwert der Normstichprobe von 50 ($|t| = 2,975 \geq t_{17; 0,975}$; $p = 0,009$). Im Direktvergleich mit der Gruppe **SK_B** ($\bar{x} = 49,0$ [44,4 ; 53,6], Min. 37, Max. 70), stellte sich die Mittelwertdifferenz von 8,4 Zählern ebenfalls signifikant dar ($|t| = 2,544 \geq t_{34; 0,975}$; $p = 0,016$).

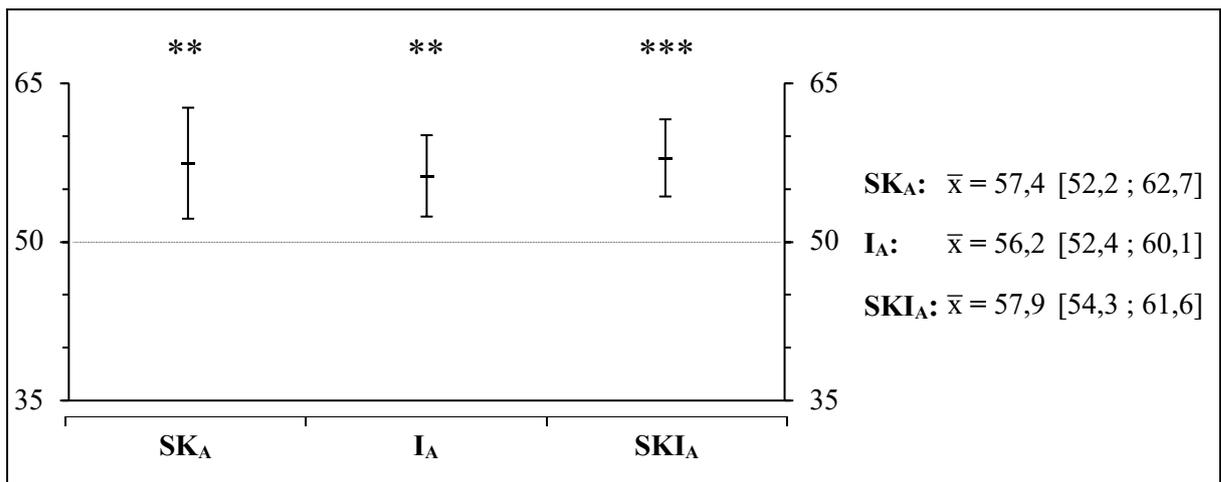


Abb. 14 Hypothese II.III [Eigene Darstellung]: FKK-Skalenwerte, Patienten ohne PV, gruppiert entsprechend Antwortverhalten **Frage 7.2:** Ich würde mir immer zutrauen, eine PV erstellen zu können (mit oder ohne fremde Hilfe) **A** *Stimme zu* bzw. *Stimme voll zu* ($n_A = 18$); Fehlerbalkendiagramm / tabellarische Darstellung (arithmetische Mittelwerte (\bar{x}), 95%-Konfidenzintervalle); ** hoch signifikante ($p < 0,01$) bzw. *** höchst ($p < 0,001$) signifikante Unterschiede gegenüber Mittelwerten der FKK-Normstichprobe (50).

Bezüglich der Skala **Internalität (I)** wurde hinsichtlich **I_A** ($\bar{x} = 56,2$ [52,4 ; 60,1], Min. 43, Max. 72) eine hoch signifikante Erhöhung gegenüber der Normstichprobe nachgewiesen ($|t| = 3,420 \geq t_{17; 0,975}$; $p = 0,003$). Im Mittelwertvergleich mit **I_B** ($\bar{x} = 50,3$ [46,4 ; 54,2], Min. 39, Max. 67) ließ sich die statistische Signifikanz bei einer Mittelwertdifferenz von 5,9 Zählern ebenfalls bestätigen ($|t| = 2,284 \geq t_{34; 0,975}$; $p = 0,029$).

Auf der Sekundärskalenebene **Selbstwirksamkeit (SKI)** wurde von der Gruppe **SKIA** ($\bar{x} = 57,9$ [54,3 ; 61,6], Min. 43, Max. 78) ein gegenüber der Normstichprobe höchst signifikant erhöhter Wert erreicht ($|t| = 4,555 \geq t_{17; 0,975}$; $p = 0,000$). Der Vergleich mit **SKIB** ($\bar{x} = 50,0$ [46,2 ; 53,8], Min. 40, Max. 67) zeigte bei einer Mittelwertdifferenz von 7,9 Zählern ebenfalls eine hoch signifikante Erhöhung ($|t| = 3,156 \geq t_{34; 0,975}$; $p = 0,003$).

3.2.4 Hypothese II.IV

Menschen ohne PV, die es aber grundsätzlich wichtig fänden, eine PV zu haben, weisen eine erhöhte internale bzw. eine reduzierte externale Kontrollüberzeugung auf (**Abb. 15**).

Die Operationalisierung dieser Hypothese erfolgte mittels der Frage 8 des Fragebogens sowie der FKK-Skalen Internalität (I), Soziale Externalität (P), Fatalistische Externalität (C), Externalität (PC) und Internalität vs. Externalität (SKI-PC).

Frage 8: Auf die Frage, wie wichtig sie es fänden, eine PV zu haben, antworteten 37 der 38 TeilnehmerInnen ohne PV. Hiervon wählten 21 (57 %) die Antwortoptionen *Wichtig* bzw. *Sehr Wichtig* (**Gruppe A**). Weitere drei TeilnehmerInnen (8 %) wählten die Antwortoptionen *Sehr unwichtig* bzw. *Unwichtig* und 13 (35 %) *Kann ich nicht sagen* als Antwort – kumuliert 16 (43 %) der PatientInnen (**Gruppe B**); der Unterschied im Gruppenbesatz erwies sich als nicht signifikant ($\chi^2_{1;0,95} = 0,676$; $p = 0,411$).

Auf der FKK-Skala **Internalität (I)** wurde von der Gruppe **IA** ($\bar{x} = 55,9$ [52,1 ; 59,6], Min. 43, Max. 72 erreicht) ein gegenüber der Normstichprobe hoch signifikant erhöhter Wert ermittelt ($|t| = 3,224 \geq t_{20; 0,975}$; $p = 0,004$). Im Vergleich mit **IB** ($\bar{x} = 49,6$ [46,0 ; 53,2], Min. 39, Max. 61) stellte sich die gemessene Erhöhung von 6,3 Zählern ebenfalls signifikant dar ($|t| = 2,436 \geq t_{35; 0,975}$; $p = 0,020$).

Der bezüglich der FKK-Skala **Soziale Externalität (P)** hinsichtlich **PA** ($\bar{x} = 45,5$ [41,6 ; 49,3], Min. 29, Max. 68) erreichte Wert war im Vergleich mit der Norm signifikant verringert ($|t| = 2,459 \geq t_{20; 0,975}$; $p = 0,023$). Gegenüber **PB** ($\bar{x} = 46,5$ [41,3 ; 51,7], Min. 30, Max. 71) war die Differenz von 1,0 Zählern inferenzstatistisch nicht nachweisbar ($|t| = 0,341 < t_{35; 0,975}$; $p = 0,735$).

Für die FKK-Skala **Fatalistische Externalität (C)** wurde für **CA** ($\bar{x} = 46,8$ [43,5 ; 50,2], Min. 28, Max. 78) keine signifikante Abweichung von der Normstichprobe festgestellt ($|t| = 1,990 < t_{20; 0,975}$; $p = 0,060$). Gleiches galt für den Vergleich mit **CB** ($\bar{x} = 47,1$ [41,4 ; 52,9], Min. 28, Max. 69); Mittelwertdifferenz 0,3 Zähler ($|t| = 0,106 < t_{35; 0,975}$; $p = 0,916$).

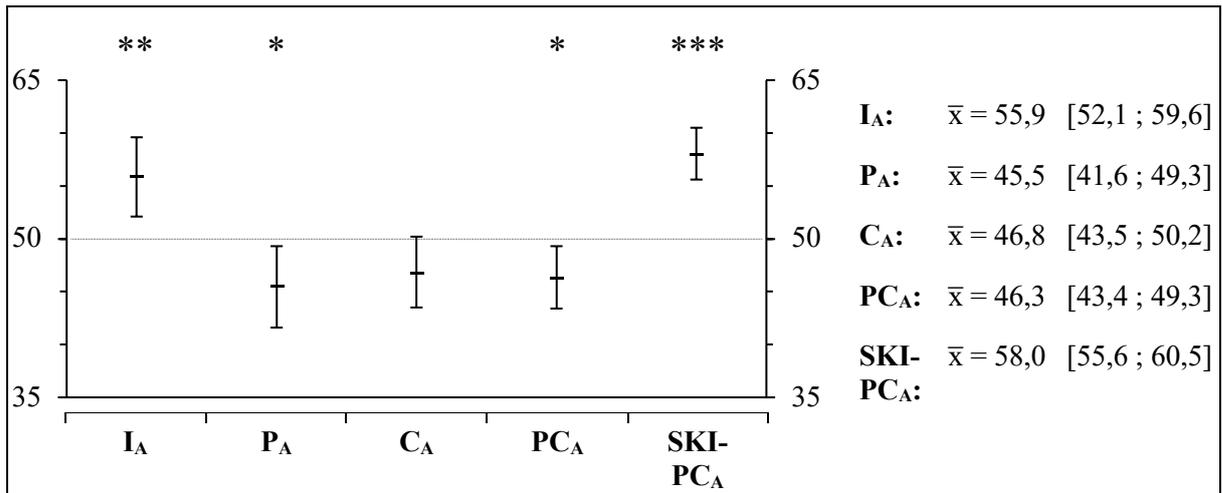


Abb. 15 Hypothese II.IV [Eigene Darstellung]: FKK-Skalenwerte, Patienten ohne PV, gruppiert entsprechend Antwortverhalten **Frage 8:** Wie wichtig finden Sie es, eine PV zu haben **A Wichtig** bzw. *Sehr Wichtig* ($n_A = 21$); Fehlerbalkendiagramm / tabellarische Darstellung (arithmetische Mittelwerte (\bar{x}), 95%-Konfidenzintervalle); * signifikante ($p < 0,05$), ** hoch signifikante ($p < 0,01$) bzw. *** höchst signifikante ($p < 0,001$) Unterschiede gegenüber den Mittelwerten der FKK-Normstichprobe (50)

Auf der FKK-Sekundärskala **Externalität (PC)** wurde für die Gruppe PC_A ($\bar{x} = 46,3$ [43,4 ; 49,3], Min. 38, Max. 63) eine signifikante Verringerung gegenüber der Norm ermittelt ($|t| = 2,614 \geq t_{20; 0,975}$; $p = 0,017$). Die vergleichende Auswertung mit PC_B ($\bar{x} = 47,3$ [41,1 ; 53,4], Min. 27, Max. 74) erbrachte bei einem Mittelwertunterschied von 1,0 Zählern hingegen kein signifikantes Ergebnis ($|t| = 0,309 < t_{35; 0,975}$; $p = 0,759$).

Der auf der FKK-Tertiärskala **Internalität vs. Externalität (SKI-PC)** für $SKI-PC_A$ ($\bar{x} = 58,0$ [55,6 ; 60,5], Min. 49, Max. 71) gemessene Mittelwert lag höchst signifikant über dem FKK-Normwert ($|t| = 6,739 \geq t_{20; 0,975}$; $p = 0,000$). Gegenüber $SKI-PC_B$ ($\bar{x} = 54,0$ [49,6 ; 58,4], Min. 32, Max. 65) konnte die Abweichung von 4,0 Zählern nicht teststatistisch bestätigt werden ($|t| = 1,800 < t_{35; 0,975}$; $p = 0,080$).

3.2.5 Hypothesen II.III & II.IV – kombinierte Auswertung

Die kombinierte Auswertung der **Fragen 7.2** und **8** zeigte, dass TeilnehmerInnen ohne PV, die sich die Erstellung einer PV nicht zutrauten bzw. nicht wussten, ob sie sich dies zutrauen, ebenfalls die Wichtigkeit des Themas PV signifikant häufiger als gering einschätzten bzw. diesbezüglich unentschlossen waren, zehn PatientInnen (59 %) = **Gruppe A**. Gleichzeitig bewerteten TeilnehmerInnen, die sich die Erstellung einer PV zutrauten, das Thema PV signifikant häufiger auch als wichtig, 14 PatientInnen (78 %) = **Gruppe B**; ($\chi^2_{1; 0,95} = 4,880$; $V = 0,373$; $p = 0,027$).

Tab. 9 [Eigene Darstellung]: Kreuztabelle Antwortverhalten **Fragen 7.2** und **8** in Beziehung zueinander ($n = 35$), absolute (n_i) bzw. relative (h_i) Häufigkeiten

		Frage 8: Wie wichtig finden Sie es, eine Patientenverfügung zu haben?			
		Unwichtig, Sehr unwichtig bzw. Kann ich nicht sagen		Wichtig bzw. Sehr Wichtig	
Frage 7.2: Ich würde mir immer zutrauen, eine Patientenverfügung erstellen zu können (mit oder ohne fremde Hilfe)	Stimme überhaupt nicht zu, Stimme nicht zu bzw. Kann ich nicht sagen	10^A	59 %	7	41 %
	Stimme zu bzw. Stimme voll zu	4	22 %	14^B	78 %

Von den insgesamt 35 Befragten ohne PV, die sowohl **Frage 8** als auch **Frage 7.2** beantwortet hatten, waren signifikant mehr TeilnehmerInnen einer der beiden Gruppen **A** oder **B** (siehe oben) zu geordnet – 24 PatientInnen (69 %), als dass sie keiner der beiden Gruppen zugeordnet waren – elf (31 %) der PatientInnen ($\chi^2_{1;0,95} = 4,829$; $p = 0,028$).

Auf der FKK-Skala **Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (SK)** wurde von der Gruppe **SK_A** ($\bar{x} = 46,6$ [40,6 ; 52,6], Min. 37, Max. 64) im Vergleich mit der **Gruppe SK_B** ($\bar{x} = 56,8$ [49,9 ; 63,7], Min. 35, Max. 77) bei einer Mittelwertdifferenz von 10,2 Zählern ein signifikant höherer Mittelwert erreicht ($|t| = 2,305 \geq t_{22; 0,975}$; $p = 0,031$).

Der für die **Internalität (I)** bestimmte Mittelwert lag für **I_A** ($\bar{x} = 48,6$ [42,9 ; 54,3], Min. 39, Max. 61) ebenfalls signifikant über dem Wert für **I_B** ($\bar{x} = 57,4$ [52,7 ; 62,1], Min. 43, Max. 72); Mittelwertdifferenz 8,8 Zähler ($|t| = 2,638 \geq t_{22; 0,975}$; $p = 0,015$).

Bezüglich der **Sozialen Externalität (P)** unterschieden sich die Mittelwerte für **P_A** ($\bar{x} = 46,7$ [38,8; 54,6], Min. 30, Max. 71) und **P_B** ($\bar{x} = 44,8$ [39,6 ; 50,0], Min. 29, Max. 68) bei einer Mittelwertdifferenz von 1,9 Zählern nicht signifikant voneinander ($|t| = 0,469 < t_{22; 0,975}$; $p = 0,644$).

Auch in Bezug auf die **Fatalistische Externalität (C)** konnte bei einer Mittelwertdifferenz von 2,6 Zählern kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen **C_A** ($\bar{x} = 49,0$ [39,9 ; 58,1], Min. 28, Max. 69) und **C_B** ($\bar{x} = 46,4$ [42,5 ; 50,2], Min. 38, Max. 60) nachgewiesen werden ($|t| = 0,661 < t_{22; 0,975}$; $p = 0,515$).

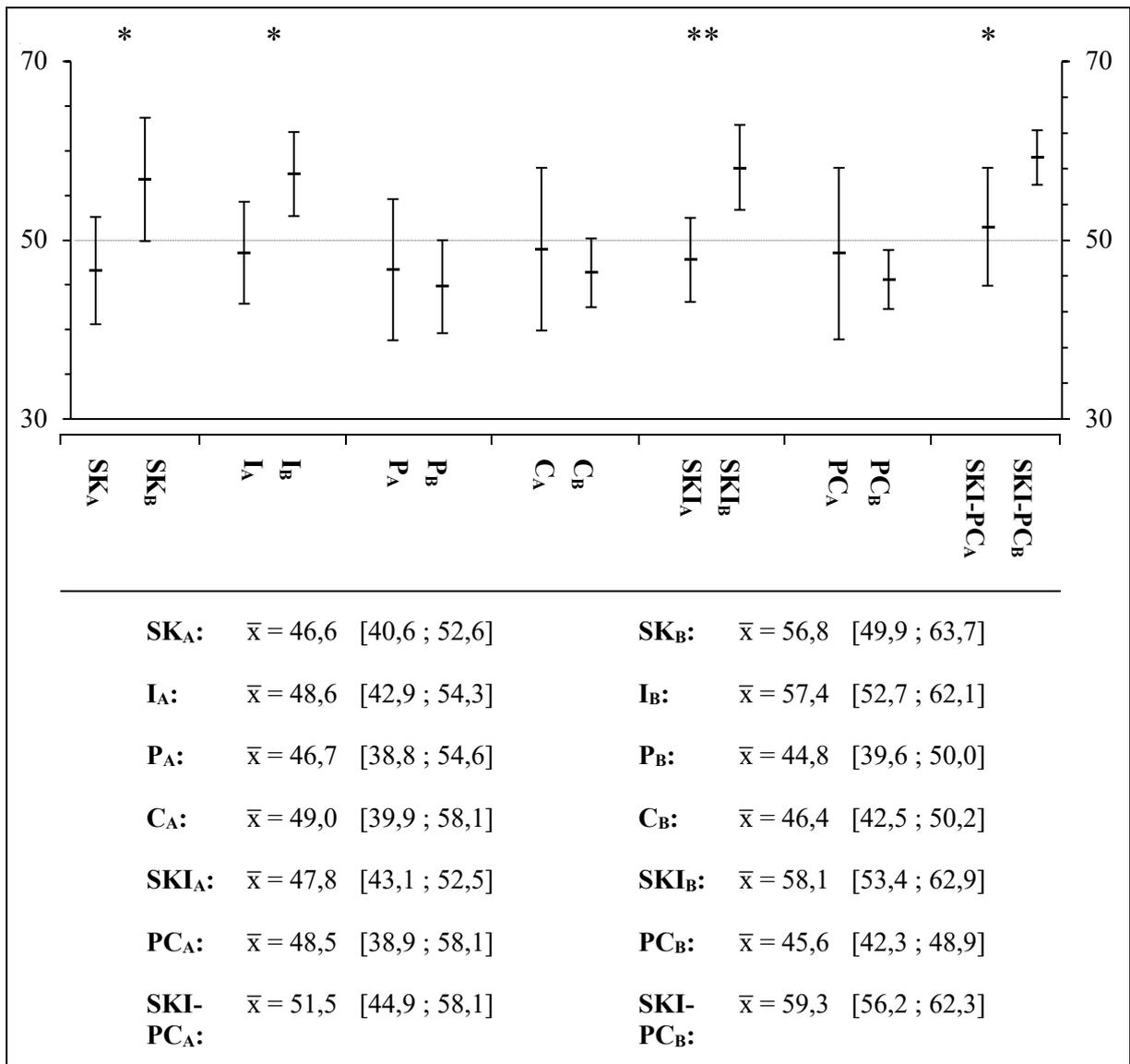


Abb. 16 Hypothesen II.III & II.IV – kombinierte Auswertung [Eigene Darstellung]: FKK-Skalenwerte für PatientInnen ohne PV, gruppiert in **A** TeilnehmerInnen, die sich die Erstellung einer PV nicht zutrauten bzw. nicht wussten, ob sie sich dies zutrauen und ebenfalls die Wichtigkeit des Themas PV als gering einschätzten bzw. diesbezüglich unentschlossen waren ($n_A = 10$), **B** PatientInnen, die sich die Erstellung einer PV zutrauten und das Thema PV ebenfalls als wichtig ansehen ($n_B = 14$); Fehlerbalkendiagramm / tabellarische Darstellung (arithmetische Mittelwerte (\bar{x}), 95%-Konfidenzintervalle); * signifikante ($p < 0,05$) bzw. ** hoch signifikante ($p < 0,01$) Unterschiede im Gruppenvergleich $A \leftrightarrow B$

Der für die FKK-Sekundärskala **Selbstwirksamkeit (SKI)** errechnete Wert für **SKI_A** ($\bar{x} = 47,8$ [43,1 ; 52,5], Min. 40, Max. 58) lag bei einer Mittelwertdifferenz von 10,3 hoch signifikant niedriger als der für **SKI_B** ($\bar{x} = 58,1$ [53,4 ; 62,9], Min. 43, Max. 78) ermittelte Wert ($|t| = 3,291 \geq t_{22; 0,975}$; $p = 0,003$).

Auf der sekundären Ebene der Skala **Externalität (PC)** bestand zwischen den errechneten Werten für **PC_A** ($\bar{x} = 48,5$ [38,9 ; 58,1], Min. 27, Max. 74) und **PC_B** ($\bar{x} = 45,6$ [42,3 ; 48,9], Min. 38, Max. 60) bei einer Mittelwertdifferenz von 2,9 Zählern hingegen kein interferenzstatistisch nachweisbarer Unterschied ($|t| = 0,731 < t_{22; 0,975}; p = 0,472$).

Bezogen auf die Tertiärskala **Internalität vs. Externalität (SKI-PC)** konnte bei einer Mittelwertdifferenz von 7,8 Zählern ein signifikanter Unterschied zwischen **SKI-PC_A** ($\bar{x} = 51,5$ [44,9 ; 58,1], Min. 32, Max. 65) und **SKI-PC_B** ($\bar{x} = 59,3$ [56,2 ; 62,3], Min. 53, Max. 71) ermittelt werden ($|t| = 2,618 \geq t_{22; 0,975}; p = 0,016$).

3.2.6 Hypothese II.V

Menschen, die Schwierigkeiten damit hatten bzw. Schwierigkeiten damit antizipieren, sich bei Problemen mit der Erstellung einer PV erfolgreich um die Hilfe von Anderen zu bemühen, weisen eine reduzierte Selbstwirksamkeitserwartung, eine reduzierte internale bzw. eine erhöhte externale Kontrollüberzeugung auf, verglichen mit Menschen, die keine solchen Schwierigkeiten hatten bzw. antizipieren (**Abb. 17**).

Die Operationalisierung dieser Hypothese erfolgte mittels der Fragen 10.1 bis 10.3 des Fragebogens sowie der sieben Skalen des FKK.

Frage 10: Bezüglich der Aussage die Hilfe von anderen Menschen bei der Erstellung einer PV benötigt zu haben bzw. benötigen zu würden, wählten hinsichtlich der **Teilfrage 10.1** (... war mir bzw. wäre mir immer klar, wer mir helfen konnte bzw. helfen kann) 22 Befragte (79 %) die Antwortoptionen *Stimme zu* bzw. *Stimme voll zu* – PV zehn (83 %); Ø PV zwölf (75 %). Die Antwort *Stimme nicht zu* bzw. *Stimme überhaupt nicht zu* wurde von drei PatientInnen (11 %) gegeben – PV ein(e) (8 %); Ø PV zwei (13 %). *Kann ich nicht sagen* wählten ebenfalls drei TeilnehmerInnen (11 %) als Antwort – PV ein(e) (8 %); Ø PV zwei (13 %).

Zusammengefasst betrachtet wählten hoch signifikant mehr TeilnehmerInnen die Antwortoptionen *Stimme zu* bzw. *Stimme voll zu* als *Stimme nicht zu*, *Stimme überhaupt nicht zu* oder *Kann ich nicht sagen* ($\chi^2_{1;0,95} = 9,143; p = 0,002$).

Bezogen auf die **Teilfrage 10.2** (... habe ich bzw. würde ich die benötigte Hilfe immer bekommen) wählten 21 PatientInnen (81 %) die Antworten *Stimme zu* bzw. *Stimme voll zu* – PV zehn (83 %); Ø PV elf (79 %). Zwei TeilnehmerInnen (8 %) erachteten für sich die Antwortoptionen *Stimme nicht zu* bzw. *Stimme überhaupt nicht zu* als zutreffend – PV ein(e) (8 %); Ø PV ein(e)

(7 %). *Kann ich nicht sagen* wurde von drei Befragten (12 %) gewählt – PV ein(e) (8 %); Ø PV zwei (14 %).

Insgesamt wählten hoch signifikant mehr TeilnehmerInnen die Antwortoptionen *Stimme zu* bzw. *Stimme voll zu* als *Stimme nicht zu* bzw. *Stimme überhaupt nicht zu* oder *Kann ich nicht sagen* ($\chi^2_{1;0,95} = 9,846$; $p = 0,002$).

Bezogen auf die **Teilfrage 10.3** (... habe ich als unangenehm empfunden bzw. würde ich es als unangenehm empfinden, Hilfe von Anderen in Anspruch zu nehmen) wurden von zwei TeilnehmerInnen (8 %) die Antwortmöglichkeiten *Stimme zu* bzw. *Stimme voll zu* gewählt – Ø PV zwei (14 %). Weitere 20 Befragte (77 %) gaben *Stimme nicht zu* bzw. *Stimme überhaupt nicht zu* als Antwort – PV elf (92 %); Ø PV neun (64 %). Die Antwortoption *Kann ich nicht sagen* wählten vier PatientInnen (15 %) – PV ein(e) (8 %); Ø PV drei (21 %).

Insgesamt wählten hoch signifikant weniger TeilnehmerInnen die Antwortoptionen *Stimme zu* bzw. *Stimme voll zu* oder *Kann ich nicht sagen* als *Stimme nicht zu* bzw. *Stimme überhaupt nicht zu* ($\chi^2_{1;0,95} = 7,538$; $p = 0,006$).

In der **zusammenfassenden Auswertung der Teilfragen 10.1 bis 10.3** wurden zwei Gruppen gebildet¹³. **Gruppe A**, PatientInnen, die mindestens eine der drei Teilfragen so beantworteten, dass sie möglicherweise Schwierigkeiten damit hatten bzw. Schwierigkeiten damit antizipieren, sich bei Problemen mit der Erstellung einer PV erfolgreich um die Hilfe von Anderen zu bemühen, sieben PatientInnen (28 %) – PV zwei (18 %); Ø PV fünf (36 %). **Gruppe B**, PatientInnen, die keine der Teilfragen 10.1 bis 10.3 so beantworteten, als das sie Schwierigkeiten hatten bzw. antizipierten, sich um die Hilfe von Anderen bei der Erstellung einer PV zu bemühen, 18 TeilnehmerInnen (72 %) – PV neun (82 %); Ø PV neun (64 %).

Der Eindruck, dass PatientInnen mit PV weniger häufig Schwierigkeiten damit hatten, sich bei Problemen mit der Erstellung einer PV erfolgreich um die Hilfe von Anderen zu bemühen, als dass PatientInnen ohne PV, solche Schwierigkeiten antizipierten, ließ sich inferenzstatistisch nicht absichern (Exakter Test nach Fisher $p = 0,407$).

Auf der FKK-Skala **Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (SK)** wurde von der Gruppe **SK_A** ($\bar{x} = 44,3$ [37,0 ; 51,6], Min. 37, Max. 59) im Vergleich mit der Gruppe **SK_B** ($\bar{x} = 60,0$

¹³ Einschlusskriterien waren, dass ein vollständiger FKK-Datensatz vorlag und dass alle Teilfragen 10.1 bis 10.3 beantwortet worden waren.

[56,6 ; 63,4], Min. 49, Max. 77) bei einer Mittelwertdifferenz von 15,7 Zählern ein höchst signifikant niedrigerer Wert erreicht ($|t| = 4,898 \geq t_{23; 0,975}$; $p = 0,000$).

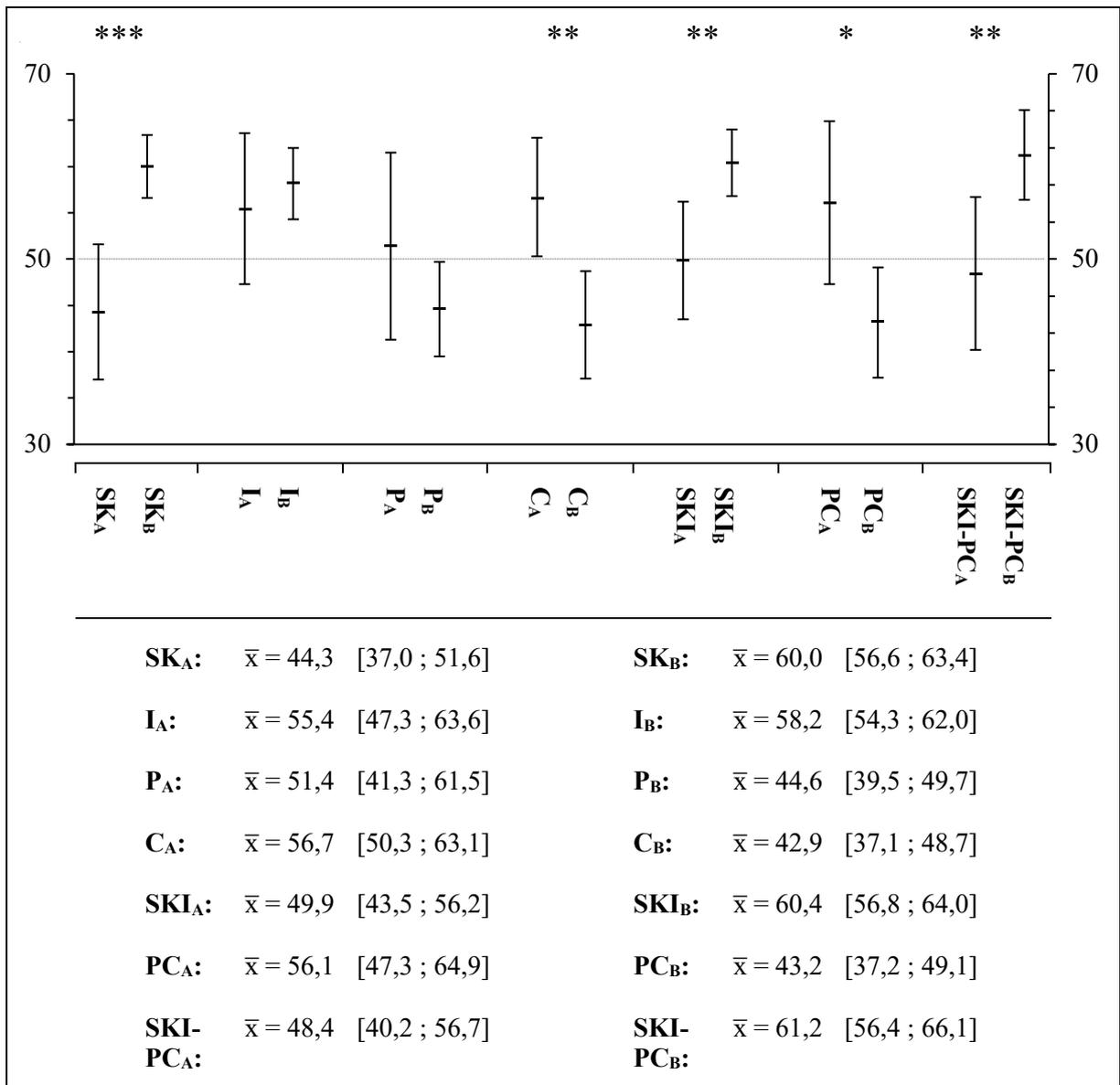


Abb. 17 Hypothese II.V [Eigene Darstellung]: FKK-Skalenwerte gruppiert nach **A** Menschen, die vermutlich Schwierigkeiten damit hatten bzw. Schwierigkeiten damit antizipieren, sich bei Problemen mit der Erstellung einer PV erfolgreich um die Hilfe von Anderen zu bemühen ($n_A = 7$) und **B** Menschen, die vermutlich keine derartigen Schwierigkeiten hatten bzw. hätten ($n_B = 18$); Fehlerbalkendiagramm / tabellarische Darstellung (arithmetische Mittelwerte (\bar{x}), 95%-Konfidenzintervalle); * signifikante ($p < 0,05$), ** hoch signifikante ($p < 0,01$) bzw. *** höchst signifikante ($p < 0,001$) Unterschiede im Gruppenvergleich $A \leftrightarrow B$

Der für die **Internalität (I)** für **I_A** ($\bar{x} = 55,4$ [47,3 ; 63,6], Min. 41, Max. 65) bestimmte Mittelwert unterschied sich nicht signifikant vom Wert **I_B** ($\bar{x} = 58,2$ [54,3 ; 62,0], Min. 48, Max. 72); Mittelwertdifferenz 2,7 Zähler ($|t| = 0,769 < t_{23; 0,975}$; $p = 0,450$).

Für die **Soziale Externalität (P)** konnte ebenfalls kein signifikanter Mittelwertunterschied zwischen P_A ($\bar{x} = 51,4$ [41,3 ; 61,5], Min. 36, Max. 71) und P_B ($\bar{x} = 44,6$ [39,5 ; 49,7], Min. 30, Max. 71) ermittelt werden; Mittelwertdifferenz 6,8 Zähler ($|t| = 1,465 < t_{23; 0,975}$; $p = 0,156$).

Hinsichtlich der **Fatalistischen Externalität (C)** bestand zwischen den Gruppen C_A ($\bar{x} = 56,7$ [50,3 ; 63,1], Min. 49, Max. 69) und C_B ($\bar{x} = 42,9$ [37,1 ; 48,7], Min. 28, Max. 78) bei einer Mittelwertdifferenz von 13,8 Zählern hingegen ein hoch signifikanter Unterschied ($|t| = 2,916 \geq t_{23; 0,975}$; $p = 0,008$).

Auf der Ebene der FKK-Sekundärskala **Selbstwirksamkeit (SKI)** konnte zwischen SKI_A ($\bar{x} = 49,9$ [43,5 ; 56,2], Min. 40, Max. 58) und SKI_B ($\bar{x} = 60,4$ [56,8 ; 64,0], Min. 49, Max. 78) bei einer Mittelwertdifferenz von 10,5 Zählern ebenfalls ein hoch signifikanter Unterschied bestätigt werden ($|t| = 3,325 \geq t_{23; 0,975}$; $p = 0,003$).

Auf der Ebene der zweiten FKK-Sekundärskala **Externalität (PC)** bestand ein signifikanter Mittelwertunterschied zwischen PC_A ($\bar{x} = 56,1$ [47,3 ; 64,9], Min. 43, Max. 74) und PC_B ($\bar{x} = 43,2$ [37,2 ; 49,1], Min. 27, Max. 77); Mittelwertdifferenz 13,0 Zähler ($|t| = 2,557 \geq t_{23; 0,975}$; $p = 0,018$).

Bezüglich der Tertiärskala **Internalität vs. Externalität (SKI-PC)** konnte bei einer Mittelwertdifferenz von 12,8 Zählern ebenfalls ein hoch signifikanter Unterschied zwischen $SKI-PC_A$ ($\bar{x} = 48,4$ [40,2 ; 56,7], Min. 32, Max. 58) und $SKI-PC_B$ ($\bar{x} = 61,2$ [56,4 ; 66,1], Min. 37, Max. 78) bestätigt werden ($|t| = 3,000 \geq t_{23; 0,975}$; $p = 0,006$).

4 Diskussion

Die Auswertung der soziodemografischen Daten der 65 StudienteilnehmerInnen ergab, dass die Befragten mit PV durchschnittlich 12,8 Jahre älter waren als die befragten PatientInnen ohne PV; das Ergebnis war signifikant und steht im Einklang mit Ergebnissen von z. B. Alano et al. (2010) und der DAK-Gesundheit & Forsa (2014). Des Weiteren lieferte die vorliegende Erhebung den Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen einer ernsthaften Vorerkrankung und der Häufigkeit von PV. Auch wenn die inferenzstatistische Absicherung knapp misslang, ist aufgrund der Ergebnisse anderer Autoren eine mehr als zufällige Korrelation plausibel und wahrscheinlich (van Oorschot, 2007, S. 139; Alano et al., 2010; Sahm, Will & Hommel, 2005, S. 437). Von den Befragten besaßen weniger Frauen als Männer eine PV, wobei sich der Unterschied nicht signifikant darstellte. Die Literatur liefert Anhaltspunkte dafür, dass grundsätzlich eher Frauen als Männer eine PV abfassen (Alano et al., 2010; DAK-Gesundheit & Forsa, 2014). Signifikante Zusammenhänge konnten zwischen den Häufigkeiten eines höheren Schulabschlusses (Abitur, Fachhochschulreife) bzw. eines höheren Berufsabschlusses (Studium / Promotion) und dem Vorhandensein einer PV ermittelt werden – dieses Ergebnis bestätigt die Ergebnisse anderer Arbeiten (z.B. Alano et al., 2010; Anselm, 2008, S. 195).

4.1 Themenschwerpunkt I – Hypothesen I.I bis I.V

In der vorliegenden Arbeit wurde untersucht, ob PatientInnen eine ärztliche Beratung im Rahmen der Erstellung einer PV als wichtig ansehen (**Hypothese I.I**). An der von PatientInnen wahrgenommenen Wichtigkeit einer solchen Beratung bestanden aufgrund der Ergebnisse von Burchardi et. al. (2004, S. 16) durchaus Zweifel. Die in dieser Studie befragten PatientInnen sahen ÄrztInnen als „Anwälte des Lebens“ (ebd.) und somit nicht als die richtigen AnsprechpartnerInnen hinsichtlich einer Beratung zur PV. Die PV wurden von diesen PatientInnen primär als Möglichkeit einer Therapiebegrenzung und als Absicherung gegenüber ÄrztInnen betrachtet. Verstärkt wurden diese Zweifel dadurch, dass verschiedene Untersuchungen zeigten, dass Beratungsgespräche zur PV in der ärztlichen Praxis eher die Ausnahme als die Regel darstellen; so wurden Beratungsquoten bezüglich der ärztlichen Beratung zur PV von unter 10 % ermittelt (ebd.; Schöffner et al., 2012, S. 488).

Die im Rahmen der vorliegenden Arbeit befragten PatientInnen bewerteten eine ärztliche Beratung im Zuge der Erstellung einer PV zu 90 % – höchst signifikant häufiger – als *wichtig* oder *sehr wichtig*. Lediglich 5 % der Patienten, sämtlich PatientInnen ohne PV, sahen die ärzt-

liche Beratung als *unwichtig* an, kein(e) PatientIn gewichtete sie als *sehr unwichtig*.¹⁴ Im Vergleich hierzu wurde der Rat von Familie und Freunden zu 85 % und die Beratung durch JuristInnen zu 67 % als *wichtig* oder *sehr wichtig* wahrgenommen.

Der von den PatientInnen angegebenen hohen Wichtigkeit einer ärztlichen Beratung zur PV muss allerdings auch bei den hier vorliegenden Ergebnissen das tatsächliche Inanspruchnahmeverhalten einer solchen Beratung gegenübergestellt werden. So gaben lediglich 21 % der Befragten an, dass sie sich zu diesem Thema schon einmal ärztlich beraten lassen hatten – hoch signifikant mehr als die Hälfte hatte keine Beratung in Anspruch genommen. Die Beratungsquote lag bei jenen PatientInnen, die bereits eine PV erstellt hatten, mit 27 % höher als bei PatientInnen ohne PV (15 %), wobei eine inferenzstatistische Absicherung nicht gelang.

Angesichts des Ergebnisses, dass PatientInnen – zumindest die im Rahmen dieser Untersuchung befragten – eine ärztliche Beratung als wichtig erachten und die Wichtigkeit einer solchen Beratung von Fachkreisen seit Jahren hervorgehoben und propagiert wird (Bundesärztekammer, 2013, S. 1583; Burchardi et al., 2005, S. 68f.; Schöffner et al., 2012, S. 490), stellt sich die Frage, warum die ärztliche Beratung zur PV weiterhin derart wenig verbreitet ist. Ein Erklärungsansatz mag darin bestehen, dass PatientInnen erwarten, dass ihre ÄrztInnen ein Gespräch über die Erstellung einer PV initiieren (Höver & Baranzke, 2011, S. 188; Sahn, 2006, S. 131f.). Eine solche Einstellung bei PatientInnen konnten auch Detering et al. (2010, S. 5) im Rahmen ihrer Untersuchungen zum erweiterten Konzept des Advance Care Planning (ACP) feststellen. Demnach stünden die PatientInnen ACP zwar offen gegenüber, erwarteten jedoch, dass der Impuls für ACP von den professionellen BehandlerInnen ausgeht.

Verschiedene Studien zeigen allerdings, dass ÄrztInnen das Thema PV häufig nicht von sich aus ansprechen (Burchardi et al., 2005, S. 67; Sahn, 2006, S. 131f.). So gaben in der zuvor genannten Erhebung von Sahn zwar 78,7 % der ÄrztInnen an, das Thema PV von sich aus ansprechen zu wollen, sofern es ihnen angemessen erschiene, lediglich 39 % hatten jedoch überhaupt schon einmal mit PatientInnen über das Thema PV gesprochen. Im ärztlichen Alltag wird Zeitmangel als große Barriere im Hinblick auf das Führen von Gesprächen zur PV angesehen (Burchardi et al., 2005, S. 68).

¹⁴ Die an 100 % fehlenden 5% entfielen auf die Antwortkategorie *Kann ich nicht sagen*, welche im Diskussionsteil im Weiteren keine Erwähnung mehr findet.

Auch die Frage, ob ÄrztInnen das Thema PV tatsächlich eigeninitiativ gegenüber ihren PatientInnen ansprechen sollten, wird durchaus unterschiedlich beantwortet. So empfiehlt z. B. die Bundesärztekammer (2013)¹⁵, dass „die Initiative für ein Gespräch [zum Thema PV, AW] in der Regel dem Patienten überlassen bleiben [sollte, AW]“ (S. 1583). Es gibt Hinweise darauf, dass ÄrztInnen unter Umständen fürchten, PatientInnen durch die Ansprache des Themas PV zu verunsichern und zu verängstigen (Burchardi et al., 2005, S. 67f.). Laut Burchardi et al. würde das Thema PV aus diesem Grund entsprechend häufig nur dann angesprochen, wenn schwerwiegende Erkrankungen vorlägen und Patienten signalisierten, bereit zu sein, sich mit Fragen des Lebensendes zu beschäftigen.

Auch scheint es ÄrztInnen selbst nicht leicht zu fallen, Themen wie Sterben und Tod mit ihren PatientInnen zu besprechen (Gigon, Merlani & Ricou, 2015, S. 2; Morrison, Morrison & Glickman, 1994), wohl auch deshalb, weil eine entsprechende Sensibilisierung für diese Thematik sowie das Erlernen von z. B. Gesprächstechniken erst schrittweise in die ärztliche Ausbildung Einzug hält (Baumgart, 2010, S. 2556; Waibel, Novak & Roller, 1999, S. 837).

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit legen darüber hinaus nahe, dass eine Mehrheit¹⁶ der befragten PatientInnen bei der Erstellung einer PV das Bestreben hat bzw. hätte, Perspektiven, Sorgen und Ängste im Zusammenhang mit einer eigenen Erkrankung anzusprechen (**Hypothese I.II**). So gaben 94 % der Befragten an, auch über Sorgen und Ängste, 93 % über die Möglichkeit zur Behandlung starker Schmerzen, 85 % über die eigenen Vorstellungen von Sterben und Tod und 87 % über Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige sprechen zu wollen. Die Ergebnisse waren hierbei sämtlich statistisch signifikant. Der entgegengesetzt formulierten Aussage, *ausschließlich* über medizinische Sachverhalte sprechen zu wollen, stimmten allerdings überraschend ebenfalls 63 % der TeilnehmerInnen zu, wobei inferenzstatistisch keine Aussage darüber möglich war, ob signifikant mehr als die Hälfte der Befragten der Aussage zustimmend oder ablehnend gegenüberstanden. Als Erklärungsansatz für diese widersprüchlichen Ergebnisse mag gelten, dass von den Befragten das bedeutungsentscheidende Wort *ausschließlich* in der Fragestellung schlicht überlesen wurde, insbesondere, da die vorangegangenen ähnlichen Items in ihrer Bedeutung umgekehrt formuliert waren.

¹⁵ vgl. auch (Birnbacher, Dabrock, Taupitz & Vollmann, 2007, S. 141f.)

¹⁶ Als Mehrheit wird in dieser Arbeit eine Mehrheit von über 50 % bezeichnet.

Das Antwortverhalten der StudienteilnehmerInnen spricht dafür, die PV nicht ausschließlich als eine Art formales Vorsorgedokument zu begreifen. Ein erweiterter Dialog, der die Perspektiven, Sorgen und Ängste der PatientInnen, bezogen auf ihre aktuelle Lebens- bzw. Erkrankungssituation einbezieht, wie von Anselm (2008, S. 198) gefordert, scheint von Seiten der PatientInnen durchaus erwünscht zu sein. Dies mag insbesondere dann zutreffen, wenn eine PV im Kontext von schweren und/oder chronischen Erkrankungen erstellt wird und Zukunftsängste und Ungewissheit die PatientInnen vermeintlich stark beschäftigen. Als wichtige Ansprechpartner gelten hierbei insbesondere in der hausärztlichen Versorgung tätige ÄrztInnen, die PatientInnen mitunter über Jahre kontinuierlich begleiten (Bundesärztekammer, 2013, S. 1583; Burchardi et al., 2005, S. 66).

Im Weiteren wurde in der vorliegenden Arbeit untersucht, inwiefern PatientInnen das Thema PV möglicherweise, wie von Anselm (2008, S. 198) postuliert, als „Türöffner“ wahrnehmen, um auf dieser thematischen Grundlage mit ihren ÄrztInnen leichter über die schwierigen Fragen von Prognosen, Zukunftsängsten und der Möglichkeit des Sterbens und Todes im Kontext schwerer eigener Erkrankungen sprechen zu können.

Zunächst wurde der Frage nachgegangen, ob PatientInnen die Chance sehen, dass Gespräche mit ÄrztInnen zum Thema PV das Vertrauensverhältnis zu den jeweiligen ÄrztInnen verbessern (**Hypothese I.III**). Dieses wurde von 90 % der Befragten – signifikant häufiger – zustimmend beantwortet.

Zudem stellte sich die Frage, ob die befragten PatientInnen eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung als Voraussetzung dafür ansahen, um mit ÄrztInnen ihre persönlichen Ängste und Sorgen im Zusammenhang mit der eigenen Erkrankung zu besprechen (**Hypothese I.IV**). Dieses wurde von einer signifikanten Mehrheit von 98 % der Befragten bejaht.

Das Antwortverhalten der Befragten liefert einen Hinweis darauf, dass PatientInnen im Rahmen von Gesprächen mit ÄrztInnen zur PV in einem wechselseitigen Prozess mehr Vertrauen zum jeweiligen Arzt / zur jeweiligen Ärztin aufbauen und so unter Umständen offener über sensible Aspekte, die eigene Erkrankung betreffend, sprechen können.

Ebenfalls untersucht wurde, inwiefern die befragten PatientInnen überhaupt Schwierigkeiten für sich sahen bzw. antizipierten, mit ÄrztInnen über die Perspektiven, Sorgen und Ängste im Zusammenhang mit einer eigenen Erkrankung zu sprechen – d.h., ob es überhaupt eines „Türöffners“ PV im Sinne Anselms (2008, S. 198) bedarf. Sowie konkret, ob es den Befragten

besser gelingt bzw. gelingen könnte, über ihre Sorgen und Ängste zu sprechen, wenn sie diese im Rahmen eines Gespräches zur PV anbringen könnten (**Hypothese I.V**).

Hierbei zeigte sich, dass eine signifikante Mehrheit der PatientInnen von 71 % der Aussage, dass es ihnen nicht leichtfalle, mit ÄrztInnen über Perspektiven, Sorgen und Ängste zu sprechen, nicht zustimmte. Diese PatientInnen sind vermutlich nicht unbedingt auf den *formalen* Rahmen eines Gespräches zum Thema PV angewiesen, um sich auch über die sensiblen weitergehenden Themen wie Sorgen und Ängste mit ihren ÄrztInnen austauschen zu können. Das Ergebnis spricht zudem dafür, dass ein gewisses Grundvertrauen zu den behandelnden ÄrztInnen in der Regel vorhanden zu sein scheint (vgl. **Hypothese I.IV**), was sich mit den Ergebnissen einer Erhebungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (2016) deckt.

Danach befragt, ob es ihnen (vermeintlich) leichter falle, Sorgen und Ängste im Kontext eines Gespräches zur PV gegenüber ÄrztInnen anzusprechen, zeigte sich Zustimmung bei einer signifikanten Mehrheit von 81 % der Befragten.

Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass zwar bei weitem nicht alle PatientInnen auf das Thema PV als „Türöffner“ (Anselm, 2008, S. 198) angewiesen sind, dass das Thema PV aber durchaus geeignet erscheint, grundsätzlich als solcher zu fungieren. Die weitere Auswertung legt zudem nahe, dass insbesondere diejenigen PatientInnen, die es als schwierig empfinden, mit ÄrztInnen über Perspektiven, Sorgen und Ängste zu sprechen, vom „Türöffner“ PV profitieren können. So gaben von diesen PatientInnen 92 % an, dass sie es als leichter empfinden, ihre Sorgen und Ängste gegenüber ihren ÄrztInnen zu thematisieren, wenn sie das Thema PV als Gesprächseinstieg nutzen könnten. Im Vergleich hiermit erlebten in der Gruppe der Personen, die ohnehin keine Schwierigkeiten sahen, mit ihren BehandlerInnen über Perspektiven, Sorgen und Ängste zu sprechen, nur 77 % eine Thematisierung von PV als möglicherweise hilfreichen Gesprächseinstieg; eine inferenzstatistische Absicherung dieser Tendenz war allerdings nicht möglich.

4.2 Themenschwerpunkt II – Hypothesen II.I bis II.V

Im Rahmen des zweiten Themenschwerpunktes der vorliegenden Arbeit wurde untersucht, inwiefern es möglich ist, mit Hilfe der psychologischen Konstrukte Selbstwirksamkeitserwartung und Kontrollüberzeugung verschiedene Gruppen von PatientInnen bezüglich des Umgangs mit dem Thema PV zu unterscheiden.

Die Ergebnisse zeigen, dass PatientInnen mit PV ein gegenüber dem Mittelwert der FKK-Normstichprobe signifikant höheres *Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (SK)*, eine signifikant erhöhte *Internalität (I)* sowie resultierend eine signifikant erhöhte *Selbstwirksamkeit (SKI)* aufweisen (**Hypothese II.I**). Die Skalen *Soziale Externalität (P)*, *Fatalistische Externalität (C)* und die zusammenfassende Sekundärskala *Externalität (PC)* zeigten erwartungsgemäß, tendenziell Abweichungen in Richtung einer reduzierten externalen Ausprägung, wobei eine inferenzstatistische Absicherung nicht gelang. Der Wert der zusammenfassenden bipolaren Skala *Internalität vs. Externalität (SKI-PC)* weist auf eine signifikant stärker interne Kontrollüberzeugung hin. Mit anderen Worten, PatientInnen mit PV nehmen sich tendenziell als recht sozial autonom wahr, sie erleben sich als eher frei von Zufallseinflüssen und glauben verstärkt an ihre eigenen Fähigkeiten und die Möglichkeit, ihr Leben beeinflussen und gestalten zu können. Parallelen zu den von Lang-Welzenbach et al. (2008) als „aktiv“ (S.306) bezeichneten PatientInnen sind durchaus naheliegend.

Die Mittelwertabweichung des *Selbstkonzeptes eigener Fähigkeiten (SK)* von + 5,4 Zählern gegenüber dem FKK-Normmittelwert ($T = 50$) bei den befragten PatientInnen mit PV entspricht in etwa Werten, wie sie von Krampen (1991, S. 64f.) in einer Stichprobe im beruflichen Kontext bei Vorarbeitern (Kolonnenführer, Meister, Poliere) gefunden wurden. Die ermittelte *Internalität (I)* mit + 7,1 Zählern nähert sich Werten an, wie Krampen sie bei Führungskräften nachweisen konnte (ebd.). Die abhängige Sekundärskala der *Selbstwirksamkeit (SKI)* mit + 7,3 Zählern liegt folglich zwischen den Werten von Vorarbeitern und Führungskräften. Gleiches gilt für die Skala *Internalität vs. Externalität (SKI-PC)*, + 7,4 Zähler. Die Werte auf den Skalen *Soziale Externalität (P)*, *Fatalistische Externalität (C)* und der Sekundärskala *Externalität (PC)* entsprechen in ihren Ausprägungen tendenziell den bei Führungskräften zu findenden Werten. Der hier referierte Vergleich unterstreicht die Relevanz der in der vorliegenden Arbeit gemessenen Auslenkungen im FKK-Skalenprofil bei PatientInnen mit PV.

Der Umkehrschluss, dass PatientInnen ohne PV generell eine gegenteilige Ausprägung, d.h. eine verminderte Selbstwirksamkeitserwartung und eine eher externalen Kontrollüberzeugung aufweisen, mithin „passive“ PatientInnen im Sinne Lang-Welzenbach's et al. (2008, S. 306) darstellen, ist auf Basis der vorliegenden Ergebnisse nicht zutreffend. Dies lässt sich damit begründen, dass plausibler Weise nicht nur Kognitionen wie Selbstwirksamkeitserwartung und Kontrollüberzeugung im Zusammenhang damit stehen, ob ein Mensch eine PV abfasst oder nicht. In zahlreichen Studien wurde z. B. eine relevante Korrelation mit dem Alter (Alano et

al., 2010; DAK-Gesundheit & forsa., 2014) sowie der Erkrankungssituation (van Oorschot, 2007, S. 139; Burchardi et al., 2005, S. 67f.) der PatientInnen ermittelt.

So waren die im Rahmen dieser Arbeit befragten PatientInnen mit PV mit 65,5 Jahren signifikant älter als die PatientInnen ohne PV mit 52,7 Jahren. Auch zeigten sich bezüglich der Häufigkeit von PV Unterschiede in Abhängigkeit davon, ob bei den Befragten schon einmal eine ernsthafte Erkrankung bestanden hatte oder nicht (Anteil ernsthafter Erkrankung von 54 % bei PatientInnen mit PV gegenüber 31 % bei PatientInnen ohne PV; inferenzstatistisch nicht abgesichert). Entsprechend ist also durchaus damit zu rechnen, dass von den Befragten PatientInnen ohne PV einige im weiteren Verlauf ihres Lebens, d. h. mit dem Älterwerden oder wenn sie ernsthaft erkranken, noch eine PV erstellen werden. Dies mag ein Erklärungsansatz dafür sein, warum der direkte teststatistische Vergleich der FKK-Skalen zwischen PatientInnen mit und ohne PV keine signifikanten Unterschiede aufzeigte. Des Weiteren könnte dieses auch dafür sprechen, die in dieser Erhebung befragten PatientInnen ohne PV, nicht oder nur sehr eingeschränkt als direkte Kontrollgruppe zu den PatientInnen mit PV zu verstehen.

Unterteilt danach, ob die PatientInnen mit PV die Erstellung derselben ihrer eigenen Meinung nach eher selbst angestoßen hatten, oder ob jemand anderes die treibende Kraft diesbezüglich gewesen war, wurde ein Versuch der weiteren Differenzierung unternommen (**Hypothese II.II**). Auf Ebene der Primärskalen zeigte sich bei jenen PatientInnen, die angegeben hatten, die Erstellung ihrer PV selbst induziert zu haben, eine gegenüber den fremdmotivierten PatientInnen signifikant höhere *Internalität (I)* sowie eine signifikant geringere *Soziale Externalität (P)*. Nur geringe, nicht signifikante Mittelwertunterschiede wurden bezüglich des *Selbstkonzeptes eigener Fähigkeiten (SK)* ermittelt. Mittelwertunterschiede auf den Skalen *Fatalistische Externalität (C)*, *Selbstwirksamkeit (SKI)*, *Externalität (PC)* und *Internalität vs. Externalität (SKI-PC)* waren aufgrund einer großen Wertestreuung nicht inferenzstatistisch abzuschern.

In der Zusammenschau zeichnen sich für jene PatientInnen, die sich primär aus eigenem Antrieb entschlossen, eine PV zu erstellen, nochmals stärker internal und insbesondere geringer sozial-external geprägte kognitive Überzeugungen ab – die wahrgenommene Abhängigkeit von anderen Menschen wird von diesen PatientInnen insgesamt als (noch) geringer erlebt.

Weiterhin konnte gezeigt werden, dass die befragten PatientInnen ohne PV, die sich aber grundsätzlich die Erstellung einer PV zutrauten (anteilig 50 %), ein vergleichbares Skalenprofil aufwiesen wie jene PatientInnen, die bereits eine PV erstellt hatten (**Hypothese II.III**). So

waren das *Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (SK)* mit einer Differenz von + 7,4 Zählern, die *Internalität (I)* mit + 4,8 Zählern und die zusammenfassende *Selbstwirksamkeit (SKI)* mit + 7,9 Zählern signifikant gegenüber dem Mittelwert der FKK-Normstichprobe erhöht. Eine inferenzstatistische Abgrenzung gegenüber der Gruppe von PatientInnen, die sich die Erstellung einer PV nicht zutrauten, war für alle zuvor genannten Skalen ebenfalls möglich.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass es sich bei diesen PatientInnen um eine Subgruppe handeln könnte, die unter Berücksichtigung weiterer Faktoren (Alter, Erkrankung etc.) zukünftig wahrscheinlich eine PV erstellen wird und somit nach der Terminologie von Lang-Welzenbach et al. (2008) ebenfalls als „aktiv“ (S. 306) zu bezeichnen wäre.

Im Hinblick auf Kontrollüberzeugungen wurde weiter differenzierend der Frage nachgegangen, ob PatientInnen ohne PV, die es aber grundsätzlich wichtig fänden, eine solche zu haben, auch eine erhöhte interne bzw. eine reduzierte externe Kontrollüberzeugung aufweisen (**Hypothese II.IV**).

Ein statisch abgesicherter Unterschied gegenüber dem Mittelwert der FKK-Normstichprobe, von + 5,9 Zähler, und gegenüber der Vergleichsgruppe¹⁷, von + 6,2 Zähler, ließ sich insbesondere für die *Internalität (I)* nachweisen. Ebenfalls signifikant vom Mittelwert der FKK-Normstichprobe differierend wurden Werte für die Skalen *Soziale Externalität (P)* mit – 4,5 Zählern, *Externalität (PC)* mit – 3,7 und *Internalität vs. Externalität (SKI-PC)* mit + 8,0 Zählern gemessen. Hierbei zeigten die ermittelten Skalenwerte der o.g. Vergleichsgruppe jedoch überraschend in der Ausprägung ähnliche Auslenkungen, so dass die differentialdiagnostische Unterscheidung der beiden Gruppen nicht gelang und die Relevanz der Ergebnisse bezüglich dieser Skalen kritisch zu werten ist. Zusammenfassend betrachtet sprechen die Ergebnisse dafür, dass sich PatientInnen ohne PV, die aber dem Thema PV eine hohe Wichtigkeit beimessen, zumindest hinsichtlich der Ausprägung ihrer Internalität im Sinne der Hypothese II.IV von der FKK-Normstichprobe und von jenen PatientInnen, die dem Thema PV eine geringe Bedeutung beimessen, unterscheiden.

Nachdem sich in der Gruppe der PatientInnen ohne PV im Rahmen der Einzelauswertung der **Hypothesen I.III** und **I.IV** bereits eine „aktive“ Subgruppe im Sinne Lang-Welzenbach's et

¹⁷ Geringe bzw. unklare Wichtigkeit von PV (Antwortoptionen: *Sehr unwichtig, Unwichtig* bzw. *Kann ich nicht sagen*).

al. (2008, S. 306) abzeichnete, wurde durch eine **kombinierte Auswertung** der zuvor genannten Hypothesen eine noch deutlichere Abgrenzung zwischen vermeintlich „aktiven“ und tendenziell eher „passiven“ PatientInnen (ebd.) möglich.

PatientInnen ohne PV, die angaben, sich die Erstellung einer PV nicht zuzutrauen bzw. sich diesbezüglich unsicher waren, stuften die Wichtigkeit des Themas PV signifikant häufiger ebenfalls als unwichtig oder unklar für sich ein. Wohingegen PatientInnen ohne PV, die sich die Erstellung einer PV im Vergleich zutrauten, das Thema PV signifikant häufiger auch als wichtig erachteten. Erwähnt werden muss hierbei, dass plausiblerweise nicht alle PatientInnen ohne PV einer der zuvor genannten Subgruppen zugeordnet waren; dennoch galt dieses für eine signifikante Mehrheit von 69 % der Befragten PatientInnen ohne PV.

In der Auswertung der FKK-Skalenprofile konnten relevante und signifikante Unterschiede dieser beiden Subgruppen identifiziert werden. Die Befragten, die sich die Erstellung einer PV nicht zutrauen bzw. unsicher waren und das Thema PV eher nicht wichtig fanden wiesen auf den Skalen *Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (SK)* mit einer Mittelwertdifferenz von - 10,2 Zählern, *Internalität (I)* mit einer Differenz von - 8,8 Zählern, *Selbstwirksamkeit (SKI)* - 10,3 Zähler und *Internalität vs. Externalität (SKI-PC)* - 7,8 Zähler signifikant niedrigere Werte auf als diejenigen, die sich sicherer fühlten, eine PV erstellen zu können und das Thema PV an sich wichtig fanden.

Dies legt nahe, dass sich bei PatientInnen ohne PV durchaus zwei gegenpolige Subgruppen abgrenzen lassen, deren Ausprägungen hinsichtlich Selbstwirksamkeitserwartung und Kontrollüberzeugung sich mit dem Konzept klinischer Beobachtungen und einer Unterscheidung in „aktive“ und „passive“ PatientInnen (Lang-Welzenbach et al., 2008, S. 306) in Einklang bringen lässt. Zum einen „aktive“ PatientInnen, die sich die Erstellung einer PV zutrauen würden und das Thema PV grundsätzlich als wichtig erachten – ausgestattet mit einer überdurchschnittlichen Selbstwirksamkeitserwartung und einer internal geprägten Kontrollüberzeugung. Zum anderen eher „passive“ PatientInnen, die sich die Erstellung einer PV nicht zutrauen bzw. sich diesbezüglich unsicher sind und die sich ebenfalls unklar darüber sind, ob sie das Thema PV als wichtig empfinden oder nicht – ausgestattet mit einer deutlich geringeren Selbstwirksamkeitserwartung und im Vergleich externaleren Ausprägung der Kontrollüberzeugung.

Abschließend wurde der Versuch unternommen, zu klären, ob Menschen, die Schwierigkeiten damit hatten bzw. Schwierigkeiten damit antizipieren, sich bei Problemen mit der Erstellung

einer PV erfolgreich um die Hilfe von Anderen zu bemühen, eine reduzierte Selbstwirksamkeitserwartung, eine reduzierte internale bzw. eine erhöhte externale Kontrollüberzeugung aufweisen, verglichen mit Menschen, die keine solchen Schwierigkeiten hatten bzw. antizipieren (**Hypothese II.V**).

Die Auswertung des zur Operationalisierung von Hypothese II.V vorgesehenen Fragenkomplexes stellte sich als schwierig dar. Aufgrund von Items, die sich als Wenn-Dann-Relation auf ein vorheriges Item bezogen, kam es zu Irritationen im Ausfüllverhalten. Dies führte zu zahlreichen ungültigen Antworten; die Fallzahlen waren reduziert, die Ergebnisse lassen sich entsprechend nur zurückhaltend interpretieren (vgl. Kapitel 4.3). Nichtsdestotrotz konnte eine, wenn auch kleine, Gruppe von PatientInnen identifiziert werden, die vermutlich Schwierigkeiten damit hatten bzw. Schwierigkeiten damit antizipieren, sich bei Problemen mit der Erstellung einer PV erfolgreich um die Hilfe von Anderen zu bemühen.

Diese Gruppe Befragter wies bei einer Mittelwertdifferenz von - 15,7 Zählern ein signifikant niedrigeres *Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (SK)* auf als jene PatientInnen, die keine Schwierigkeiten hatten bzw. keine Schwierigkeiten antizipierten, sich erfolgreich um die Hilfe von Anderen bei der Erstellung einer PV zu bemühen. Für die Skala der *Fatalistischen Externalität (C)* konnte ebenfalls ein signifikanter Mittelwertunterschied von + 13,8 Zählern nachgewiesen werden. Auch auf der Ebene der Sekundärskalen ließen sich die Unterschiede der beiden Gruppen bestätigen; *Selbstwirksamkeit (SKI)* - 10,5 Zähler bzw. *Externalität (PC)* + 13,0 Zähler. Gleiches galt für die Tertiärskala *Internalität vs. Externalität (SKI-PC)*, - 12,8 Zähler. Die Mittelwertunterschiede der Skalen *Internalität (I)* und *Soziale Externalität (P)* erwiesen sich als nicht signifikant. Hervorzuheben ist, dass sich die Ausprägungen des *Selbstkonzeptes eigener Fähigkeiten (SK)* und der *Internalität (I)* überraschend gegensätzlich darstellten. Während das *Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (SK)* wie erwartet reduziert war, stellt sich die *Internalität (I)* erhöht dar. Einen möglichen Erklärungsansatz liefert Krampen (1991a, S. 66), der bei alkoholabhängigen PatientInnen ähnliche Skalenprofile beobachtete, wenn auch in noch deutlich stärkerer Ausprägung. Krampen führt aus: dieses „deutet – mit Bezug zur erhöhten Internalität – auf die Internalisierung von einseitigen Schuldzuweisungen für die Erkrankung durch Bezugspersonen, die jedoch nicht auf hinreichend ausgeprägten Kompetenzüberzeugungen basieren, sondern – quasi – „im luftleeren Raum schweben“. Pointiert könnte man sagen, daß – vermutlich auf der Basis der Fremdattributionen – erwartet wird, durch eigenes Handeln Ereignisse im Leben beeinflussen zu können, ohne daß aber erwartet wird, daß

die dazu notwendigen Handlungsmöglichkeiten in hinreichender Art und Zahl zur Verfügung stehen (ebd.)“.

Die Ergebnisse deuten bei aller Vorsicht darauf hin, dass eine Subgruppe von PatientInnen abgrenzbar ist, die Schwierigkeiten zu haben scheint, sich bei Problemen mit der Erstellung einer PV erfolgreich um die Hilfe von Anderen zu bemühen. Dieses scheint hierbei im Zusammenhang mit einer reduzierten Selbstwirksamkeitserwartung und einer tendenziell externalen Kontrollüberzeugung zu stehen. Die entsprechende Subgruppe lässt sich vermutlich der Gruppe „passiver“ PatientInnen (Lang-Welzenbach et al., 2008, S. 306) zuordnen. Für diese PatientInnen kann eine proaktive Rolle von ÄrztInnen bei der Initiierung eines Gespräches zum Thema PV und der Erstellung einer solchen, im Sinne einer „gestützten Selbstbestimmung“ (Anselm, 2008, S. 192), vermutlich sehr sinnvoll sein.

4.3 Methodenkritik und Limitationen

Durch die schriftliche Erhebungsform und standardisierte PatientInnen-Aufklärung wurde in der vorliegenden Studie versucht, eine hohe Durchführungsobjektivität der Datenerhebung zu gewährleisten. Es könnte aber im Rahmen des Aufklärungsgesprächs, in dem sich der Untersucher als Medizinstudent und zukünftiger Arzt vorstellte, durchaus eine unbewusste und ungewollte Beeinflussung der StudienteilnehmerInnen durch den Studienleiter stattgefunden haben. Versuchsleiter-Artefakte sind deshalb nicht auszuschließen (Rosenthal-Effekt). Auch könnte ein sozial erwünschtes Antwortverhalten (social desirability bias) die Ergebnisse verfälscht haben; z. B. bei PatientInnen, die sich im Hinblick auf ihren Aufenthalt in der Klinik von bestimmten Antworten Vorteile erhofften.

Wenngleich das Setting der Datenerhebung relativ konstant gehalten wurde – Befragung im Rahmen eines prästationären Termins – dürfte die individuelle Ausgangssituation der StudienteilnehmerInnen deutlich differiert haben; unterschiedliche OP-Indikationen in einer allgemein chirurgischen Klinik, unkomplizierte Hernien bis Karzinome. Dies könnte einen Einfluss auf die wahrgenommene Kontrollüberzeugung der Befragten gehabt haben. Eine neu diagnostizierte Tumorerkrankung könnte beispielsweise die sonst eher internale Kontrollüberzeugung situativ überlagert haben und der aktuell wahrgenommene Kontrollverlust akut im Vordergrund gestanden haben.

Hinsichtlich des untersuchten Zusammenhanges zwischen der Ausprägung von Selbstwirksamkeitserwartung und Kontrollüberzeugung und dem Umgang von PatientInnen mit dem Thema PV, sind verschiedene mögliche Confounder zu erwähnen. Während das PatientInnen-

Alter zwar in einem Zusammenhang mit der Häufigkeit von PV steht, ist ein relevanter Einfluss des Alters auf die FKK-Skalenausprägung nicht zu erwarten (Krampen, 1991a, S. 63). Als evidenter Confounder erscheint insbesondere der Bildungsstand der PatientInnen, der sowohl mit Skalenausprägungen im FKK (ebd.) als auch mit der Häufigkeit von PV in Zusammenhang steht. Wobei zu vermuten ist, dass die Persönlichkeitsfaktoren Selbstwirksamkeitserwartung und Kontrollüberzeugung sowohl den Bildungsstand als auch die Einstellung zum Thema PV beeinflussen.

Weiterhin soll kritisch Erwähnung finden, dass bei einigen Items nach Umständen gefragte wurde, die zumindest für einen Teil der Befragten deutlich in der Vergangenheit lagen (z.B. Zeitpunkt der Erstellung der PV). Eine Verzerrung der Ergebnisse im Sinne eines Recall-Bias erscheint somit durchaus wahrscheinlich. Ebenfalls waren einige Item-Formulierungen, insbesondere die PatientInnen-Gruppe ohne PV betreffend, sehr hypothetisch und im Konjunktiv formuliert (z. B. *Wenn ich beim Erstellen einer PV Hilfe von anderen Menschen benötigen würde ... wäre mir immer klar, wer mir helfen kann*). Das Verhalten in den sich später realisierenden Situationen könnte sich von dem Verhalten unterscheiden, welches die StudienteilnehmerInnen zum Erhebungszeitpunkt für sich antizipierten.

Teilweise wurden im Verlauf der Befragung Verständnisprobleme hinsichtlich der korrekten Item-Beantwortung offenkundig. Bei Items, die sich als Wenn-Dann-Relation auf ein vorheriges Item bezogen¹⁸ kam es zu Irritationen im Ausfüllverhalten und zu entsprechenden Schwierigkeiten in der Auswertung, so dass die Aussagekraft der diesbezüglichen Ergebnisse reduziert war (gültig für Hypothese II.V). Des Weiteren stellte sich bei der ursprünglichen Umsetzung des FKK im EvaSys-Format (vgl. Kapitel 2.1) zu Beginn der Befragung heraus, dass die PatientInnen mit der grafischen Darstellung der Zustimmungsskala mittels Plus- und Minuszeichen (angelehnt an die Originalversion) Verständnisschwierigkeiten hatten und häufig eine zusätzliche Erläuterung notwendig war. Aus diesem Grund wurde nach Rücksprache und mit Zustimmung des lizenzierenden Verlages eine Korrektur der Antwortskalen hin zu einer verbalen Darstellung (*sehr falsch* bis *sehr richtig*) vorgenommen. Sowohl die zu Anfang notwendigen mündlichen Erläuterungen als auch die im Verlauf genutzte veränderte Darstellungsweise der Zustimmungsskalen könnten die Studienergebnisse verfälscht haben.

¹⁸ Z.B.: *Wenn Sie Frage 9 mit Ja beantwortet haben beantworten Sie bitte Frage 10 A, wenn Sie Frage 9 mit Nein beantwortete haben beantworten Sie bitte Frage 10 B (Anlage A1 bzw. A2).*

Um eine Selektion der StudienteilnehmerInnen möglichst zu vermeiden, wurden an den Untersuchungstagen nach Möglichkeit alle zu einem prästationären Termin erscheinenden PatientInnen befragt, wobei 17 % Prozent die Teilnahme an der Studie aus unterschiedlichen Gründen ablehnten (vgl. Kapitel 2.4). Hierbei ist z. B. ein Einfluss der Selbstwirksamkeitserwartung auf die Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme denkbar. PatientInnen mit geringer Selbstwirksamkeitserwartung könnten eine Teilnahme u.U. häufiger abgelehnt haben, da sie sich nicht zutrauten, einen komplex erscheinenden Fragebogen richtig auszufüllen.

Eine deutliche Einschränkung besteht bezüglich der Verallgemeinerbarkeit der erhobenen Daten. So wurden lediglich Daten in einer chirurgischen Klinik in Magdeburg erhoben, so dass ein geografischer Einfluss auf das Antwortverhalten der PatientInnen-Klientel möglich erscheint. Des Weiteren stellt die ausschließliche Befragung chirurgischer PatientInnen mit den dazugehörigen Krankheitsbildern ebenfalls eine Limitation dar. Die Tatsache, dass es sich um PatientInnen handelte, denen ein stationärer Klinikaufenthalt bevorstand, dürfte ebenfalls einen Einfluss auf die Studienergebnisse gehabt haben. Die befragten PatientInnen litten vermutlich häufiger an schwereren Krankheiten als der Bevölkerungsdurchschnitt und hatten entsprechend konsekutiv häufiger eine PV erstellt.

In der Ergebnisinterpretation der FKK-Daten gibt die vorliegende statistische Auswertung zwar Hinweise darauf, dass Selbstwirksamkeitserwartung und Kontrollüberzeugung in einem Zusammenhang mit der Erstellung von PV stehen – kausale Schlussfolgerungen wie z. B., dass bestimmte PatientInnen aufgrund einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung häufiger eine PV abfassen, sind aber basierend auf den vorliegenden Ergebnissen nicht zulässig.

Abschließend sei noch erwähnt, dass für den selbst erstellten Fragebogen keine Validitäts- und Reliabilitätskennziffern vorlagen und es sich bei den Antworten insgesamt, um subjektive Wahrnehmungen / Wahrheiten der Befragten handelte und nicht um objektive Gegebenheiten.

4.4 Fazit und Implikationen für die Praxis und für weitere Forschung

PatientInnen scheinen eine ärztliche Beratung im Rahmen der Erstellung einer PV zunehmend häufiger als wichtig zu erachten. Dies ist nachvollziehbar angesichts der medialen Präsenz des Themas PV an sich, insbesondere nach der gesetzlichen Neuregelung im Jahr 2009 sowie der Tatsache, dass eine ärztliche Beratung zur PV von einflussreichen Stellen propagiert wird (Bundesärztekammer, 2013, S. 1583; Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2016, S. 16; Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland & Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, 2012, S. 21f.). Nichtsdestotrotz lassen sich derzeit nur knapp

30 % der PatientInnen, die eine PV erstellt haben, tatsächlich ärztlich beraten; ein Anstieg der Beratungsquote zeichnet sich jedoch ab. Diese Diskrepanz zwischen wahrgenommener Wichtigkeit der ärztlichen Beratung zum Thema PV und dem tatsächlichen Inanspruchnahmeverhalten einer solchen Beratung könnte für eine aktivere Rolle von ÄrztInnen hinsichtlich der Initiierung von PV-Beratungsgesprächen sprechen. Weiterhin lässt sich aus den Ergebnissen der vorliegenden Studien ableiten, dass PatientInnen im Rahmen von ärztlichen Beratungsgesprächen zur PV einen erweiterten Dialog über persönliche Ängste, Werte, Sterben und Tod im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung führen möchten (siehe auch Anselm, 2008, S. 198). Das übergeordnete Thema PV scheint PatientInnen den Einstieg in diese sensiblen Themen grundsätzlich zu erleichtern und als eine Art „Türöffner“ (ebd.) zu fungieren; wobei die Studienergebnisse darauf hindeuten, dass nur ein Teil der PatientInnen in besonderem Maße auf einen derartigen „Türöffner“ angewiesen ist.

Die Konzepte der Selbstwirksamkeitserwartung und Kontrollüberzeugung scheinen geeignet, den unterschiedlichen Umgang von PatientInnen mit dem Thema PV detaillierter zu verstehen. Dabei zeichnen sich Parallelen zu der von Lang-Welzenbach et al (2008) vorgenommenen Unterscheidung zwischen „aktiven“ und „passiven“ (S. 306) PatientInnen ab (Maltby et al., 2011, S. 176; Powell, 1992). Insbesondere bezüglich der FKK-Primärskalen *Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (SK)* und *Internalität (I)* sowie der abhängigen Sekundärskala *Selbstwirksamkeit (SKI)*, liefert die vorliegende Arbeit deutliche Hinweise, dass ein Zusammenhang mit dem Umgang von PatientInnen mit dem Thema PV bestehen könnte. Gleiches gilt für die Unterscheidung zwischen *Internalität vs. Externalität (SKI-PC)*, wobei die Externalitätsparameter *Soziale Externalität (P)*, *Fatalistische Externalität (C)* und die Sekundärskala *Externalität (PC)* offenbar von untergeordneter Bedeutung sind. Tendenziell weisen PatientInnen mit PV bzw. PatientInnen ohne PV, die das Thema PV grundsätzlich wichtig finden und sich die Erstellung einer PV zutrauen, ein erhöhtes *Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (SK)*, eine erhöhte *Internalität (I)* sowie resultierend eine erhöhte *Selbstwirksamkeit (SKI)* auf. Weiterhin besteht eine eher internal als external geprägte Kontrollüberzeugung (*SKI-PC*).

Auch wenn auf Basis der erhobenen Daten keine kausalen Schlussfolgerungen zulässig sind, erscheint es plausibel, dass PatientInnen mit einer geringen Selbstwirksamkeitserwartung, gering ausgeprägter internaler Kontrollüberzeugung und stärker ausgeprägter Externalität Schwierigkeiten haben, eine PV eigenständig zu erstellen. Sie schätzen die Wichtigkeit des Themas PV an sich geringer ein und es fällt ihnen vermeintlich schwerer, sich bei Problemen mit der Erstellung einer PV erfolgreich um Hilfe zu bemühen. Insbesondere diese PatientInnen

könnten davon profitieren, wenn ÄrztInnen das Thema PV proaktiv ansprechen und so eine Form der „gestützten Selbstbestimmung“ (Anselm, 2008, S. 192) ermöglichen; vor allem, wenn die gesundheitliche Situation des Patienten / der Patientin die Abfassung einer PV besonders ratsam erscheinen lässt.

Nach Kenntnis des Autors dieser Arbeit liegen bislang keine vergleichbaren Studien zum Zusammenhang von Selbstwirksamkeitserwartung / Kontrollüberzeugung und den Einstellungen von PatientInnen zum Thema PV vor. Parallelen zu Studien zum Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartung / Kontrollüberzeugung und präventivem Gesundheitsverhalten erscheinen jedoch naheliegend. So geben Amelang et al. (2006) einen Überblick über den Zusammenhang von gesundheitsbezogenem Verhalten und Kontrollüberzeugung und kommen zu dem Schluss: „Die Vermutung, dass internale Kontrollüberzeugung die Vorhersage präventiven gesundheitsbezogenen bzw. –verbessernden Verhaltens erlaubt, kann [...] als gut bestätigt gelten“ (S. 427). Sie stützen sich bei dieser Aussage unter anderem auf Untersuchungen, die zeigen, dass Menschen mit internaler Kontrollüberzeugung leichter das Rauchen aufgeben (Gutkin, Robbins & Andrews, 1985), bei gegebener Indikation leichter ihr Gewicht reduzieren (Salzer, 1978) und bei Schwangerschaft aktiver die Geburt vorbereiten, z. B. durch Kurse und Gymnastik (Labs & Wurtele, 1986, S. 816). Abella & Heslin (1984) konnten demgegenüber zeigen, dass präventives Gesundheitsverhalten bei Menschen mit externaler Kontrollüberzeugung verstärkt vom Einfluss des sozialen Umfeldes abhängig ist. Vergleichbares wie für eine internale Kontrollüberzeugung gilt nach Stemmler et al. (2016, S. 478) auch für eine eher hoch ausgeprägte Selbstwirksamkeitserwartung.

Für ÄrztInnen können grundlegende Kenntnisse über die Konzepte Selbstwirksamkeitserwartung und Kontrollüberzeugung hilfreich sein, um ihre Beratungspraxis – nicht nur zur PV – individueller den PatientInnen anzupassen und gleichzeitig (zeit)ökonomischer zu agieren.¹⁹

Während sich PatientInnen mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung und stark internaler Kontrollüberzeugung das Thema PV unter Umständen zu großen Teilen eigenständig erschließen und lediglich auf adäquate Informationsquellen sowie ein abschließendes Beratungsgespräch

¹⁹ Hierbei erscheint es zwar nicht realistisch alle PatientInnen mit z. B. dem FKK auf ihre Selbstwirksamkeitserwartungs- und Kontrollüberzeugungs-Ausprägung zu screenen, vielmehr kann aber eine orientierende klinische Einschätzung, insbesondere über längere Zeit (HausärztInnen), vermutlichen einen suffizienten Eindruck vermitteln.

angewiesen sind, könnten PatientInnen mit gegenteiliger Ausprägung dieser Persönlichkeitsmerkmale zu Beginn des Erstellungsprozesses einer PV viel intensiverer Begleitung und Unterstützung bedürfen. Die Intention sollte sein, eine Ziel- und Wertklärung bezüglich der mit PV verbundenen Themen zu initiieren und so, eine weitestgehend „stark autonome“ (Gesang et al., 2013, S. 333) Willensbekundung der PatientInnen zu ermöglichen.

Wollte man den zu vermutenden Einfluss von Selbstwirksamkeitserwartung und Kontrollüberzeugung auf den Umgang von PatientInnen mit dem Thema PV weiter absichern, wären repräsentativere Erhebungen aus verschiedenen klinischen Kontexten bzw. aus verschiedenen geografischen Regionen anzustreben (multizentrischer Forschungsansatz). Weiter wäre es wünschenswert, andere Faktoren, die im Zusammenhang mit der Erstellung von PV stehen (Alter, Bildungsstand etc.), stärker zu kontrollieren. Kausale Aussagen ließen sich von einem Längsschnittstudiendesign ableiten, dass unter anderem überprüft ob Menschen in Abhängig ihrer Selbstwirksamkeitserwartung und Kontrollüberzeugung im Laufe des Älterwerdens häufiger oder weniger häufig eine PV erstellen.

5 Zusammenfassung

Einführung: Im Rahmen zweier Themenschwerpunkten wurde untersucht: **I.** Ob PatientInnen eine ärztliche Beratung im Rahmen der Erstellung einer Patientenverfügung (PV) wichtig erscheint und ob sie neben der Klärung spezifischer sachlicher Fragen zur PV einen vertiefenden Dialog über ihre Perspektiven, Sorgen und Ängste, bezogen auf ihre aktuelle Lebens- bzw. Erkrankungssituation, führen möchten (Anselm, 2008, S. 198). Des Weiteren wurde der Frage nachgegangen, ob PatientInnen glauben, durch Gespräche mit ihren ÄrztInnen zum Thema PV leichter den Einstieg in einen solchen vertiefenden, emotional schwierigen Dialog zu finden; d.h., ob das Thema PV als „Türöffner“ (ebd.) fungieren kann. **II.** Untersucht wurde darüber hinaus, ob sich anhand der Persönlichkeitsfaktoren Selbstwirksamkeitserwartung (Bandura, 1977, 1986) und Kontrollüberzeugung (Rotter, 1966) der unterschiedliche Umgang von PatientInnen mit dem Thema PV differenzierter verstehen lässt.

Material und Methoden: Die quantitative Datenerhebung erfolgte von Oktober bis Dezember 2014 mittels eines eigens für die Studie entwickelten Fragebogens sowie dem *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen, FKK* (Krampen, 1991a). In Kooperation mit den *Chirurgischen Kliniken des Universitätsklinikums Magdeburg* wurden 65 PatientInnen befragt: 27 (42 %) mit PV und 38 (58 %) ohne PV; 22 (34 %) weiblich und 42 (66 %) männlich; Alter im Mittel 58,1 Jahre ($s = 12,7$).

Zentrale Ergebnisse: I. 56 PatientInnen (90 %) hielten eine ärztliche Beratung zur PV für wichtig ($p = 0,000$); tatsächlich beraten ließen sich jedoch nur fünf (21 %) ²⁰ der Befragten, signifikant weniger als die Hälfte ($p = 0,004$). Einen erweiterten Dialog über Perspektiven, Sorgen und Ängste im Rahmen von Gesprächen zur PV wollten 51 (78 %) führen ($p = 0,000$). 43 Befragte (67 %) gaben an, dass es ihnen leichter falle / fallen würde, mit ÄrztInnen über die Perspektiven, Sorgen und Ängste im Zusammenhang ihrer Erkrankung zu sprechen, wenn sie dies im Kontext eines Gespräches zur PV tun könnten ($p = 0,000$). Jedoch nur 17 (26 %) empfanden solche Gespräche an sich als schwierig. **II.** Die befragten PatientInnen mit PV wiesen eine relevant und signifikant erhöhte Selbstwirksamkeitserwartung ($p = 0,000$) und eine eher internal geprägte Kontrollüberzeugung auf ($p = 0,001$). Bei jenen PatientInnen, die ihre PV aus eigenem Antrieb erstellt hatten, war diese Tendenz noch deutlicher. PatientInnen ohne PV, die sich die Erstellung einer PV nicht zutrauen bzw. unsicher waren und das Thema PV eher nicht wichtig fanden, wiesen eine signifikant geringere Selbstwirksamkeitserwartung ($p = 0,003$) sowie eine stärker external geprägte Kontrollüberzeugung auf ($p = 0,016$); verglichen mit PatientInnen ohne PV, die sich die Erstellung zutrauten und das Thema PV wichtig fanden.

Diskussion: Die Diskrepanz zwischen wahrgenommener Wichtigkeit einer ärztlichen Beratung zur PV und dem tatsächlichen Inanspruchnahmeverhalten könnte für eine aktivere Rolle von ÄrztInnen bei der Initiierung von PV-Beratungsgesprächen sprechen (Burchardi et al., 2005, S. 65f.; Sahn, 2006, S. 131f.). Ein erweiterter Beratungsansatz zum Thema PV, der unter anderem auch Sorgen und Ängste der PatientInnen einschließt, scheint von PatientInnen gewünscht (Anselm, 2008, S. 198). Ein Gespräch über PV als Einstieg in diese sensiblen Themen kann für einige PatientInnen als „Türöffner“ (ebd.) fungieren. Selbstbezogene Kognitionen in Form von Selbstwirksamkeitserwartung und Kontrollüberzeugung scheinen neben anderen Faktoren (Erkrankungen, Alter etc.) im Zusammenhang damit zu stehen, wie PatientInnen mit dem Thema PV umgehen. Die vorliegende Arbeit liefert Hinweise darauf, dass Menschen mit geringer Selbstwirksamkeitserwartung und eher externaler Kontrollüberzeugung möglicherweise seltener eine PV erstellen bzw. hierbei verstärkt auf Hilfe, u.a. von ÄrztInnen, im Sinne einer „gestützten Selbstbestimmung“ (Anselm, 2008, S. 192), angewiesen sein könnten.

²⁰ Fallzahl reduziert, da das Item erst im Verlauf der Befragung in den Fragenkatalog aufgenommen wurde.

Literaturverzeichnis

1. Abella, R. & Heslin, R. (1984). Health, Locus of Control, Values, and the Behavior of Family and Friends: An Integrated Approach to Understanding Preventive Health Behavior. *Basic and Applied Social Psychology*, 5 (4), 283–293. doi:10.1207/s15324834basp0504_3
2. Alano, G.J., Pekmezaris, R., Tai, J.Y., Hussain, M.J., Jeune, J., Louis, B. et al. (2010). Factors influencing older adults to complete advance directives. *Palliative & Supportive Care*, 8 (3), 267–275. doi:10.1017/S1478951510000064
3. Amelang, M., Bartussek, D., Stemmler, G. & Hagemann, D. (2006). *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung* (8. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
4. Anselm, R. (2008). Wir müssen darüber reden: Patientenverfügungen als Kommunikationsinstrumente. *Ethik in der Medizin*, 20 (3), 191–200. doi:10.1007/s00481-008-0574-2
5. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84 (2), 191–215.
6. Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall.
7. Barnard, C. (1981). *Glückliches Leben würdiger Tod* (2. Auflage). Bayreuth: Hestia.
8. Baumgart, J. (2010). Ärzte und informierte Patienten: Ambivalentes Verhältnis. *Deutsches Ärzteblatt*, (51–52), 2554–6.
9. Benzenhöfer, U. & Hack-Molitor, G. (2009). Die Rolle von Luis Kutner bei der Entwicklung der Patientenverfügung. *Hessisches Ärzteblatt*, 70, 441–413.
10. Birnbacher, D., Dabrock, P., Taupitz, J. & Vollmann, J. (2007). Wie sollten Ärzte mit Patientenverfügungen umgehen? Ein Vorschlag aus interdisziplinärer Sicht. *Ethik in der Medizin*, 19 (2), 139–147. doi:10.1007/s00481-007-0501-y
11. Bundesärztekammer (Hrsg.). (1998). Sterbebegleitung: Wegweiser für ärztliches Handeln. *Deutsches Ärzteblatt*, (39), 2365–2367.
12. Bundesärztekammer (Hrsg.). (1999). Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen. *Deutsches Ärzteblatt*, (43), 2720–2721.
13. Bundesärztekammer. (2013). Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. *Deutsches Ärzteblatt*, (33-34), 1580–1585.
14. Bundesgerichtshof (Hrsg.). (2003). Beschluss vom 17. März 2003 (XII ZB 2/03). *Neue Juristische Wochenschrift*, (56), 1588–1594.
15. Bundesgerichtshof (Hrsg.). (2016). Beschluss vom 06. Juli 2016 (XII ZB 61/16). Zugriff am 18.3.2017. Verfügbar unter: <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=pm&Datum=2016&Sort=3&anz=136&pos=0&nr=75565&linked=bes&Blank=1&file=dokument.pdf>
16. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hrsg.). (2016). Patientenverfügung. Zugriff am 18.3.2017. Verfügbar unter: http://www.bmjv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Patientenverfuegung.pdf?__blob=publicationFile&v=15

17. Burchardi, N., Rauprich, O. & Vollmann, J. (2004). Patientenselbstbestimmung und Patientenverfügungen aus der Sicht von Patienten mit amyotropher Lateralsklerose. *Ethik in der Medizin*, 16 (1), 7–21. doi:10.1007/s00481-004-0278-1
18. Burchardi, N., Rauprich, O. & Vollmann, J. (2005). Patientenverfügungen in der hausärztlichen Betreuung von Patienten am Lebensende. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 6 (02), 65–69. doi:10.1055/s-2005-866917
19. *Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. März 2016 (BGBl. I S. 396) geändert worden ist*. Zugriff am 19.3.2017. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/bgb/gesamt.pdf>
20. DAK-Gesundheit & Forsa. (2014). Umfrage zur Sterbehilfe. Zugriff am 30.10.2014. Verfügbar unter: http://www.dak.de/dak/bundesweite_themen/Umfrage_zur_Sterbehilfe-1358248.html
21. DAK-Gesundheit & forsa. (2014). Meinungen zum Thema Sterbehilfe. Zugriff am 18.3.2017. Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/318912/umfrage/patientenverfuegung-verbretung-nach-soziodemografischen-merkmalen/>
22. Dehmel, S. (2006). Die Anfänge der Patientenverfügung in Deutschland. *Humanes Leben - Humanes Sterben*, 4.
23. Detering, K.M., Hancock, A.D., Reade, M.C. & Silvester, W. (2010). The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ*, 340, c1345. doi:10.1136/bmj.c1345
24. Deutscher Bundestag. (2009). *Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts*. Zugriff am 29.10.2014. Verfügbar unter: [http://www.degruyter.com/dg/viewarticle.fullcontentlink:pdfeventlink/\\$002fj\\$002ffwe.2009.14.issue-1\\$002f9783110208856.363\\$002f9783110208856.363.pdf?t:ac=j\\$002ffwe.2009.14.issue-1\\$002f9783110208856.363\\$002f9783110208856.363.xml](http://www.degruyter.com/dg/viewarticle.fullcontentlink:pdfeventlink/$002fj$002ffwe.2009.14.issue-1$002f9783110208856.363$002f9783110208856.363.pdf?t:ac=j$002ffwe.2009.14.issue-1$002f9783110208856.363$002f9783110208856.363.xml)
25. Dornhöfer, J. (2019). *Sterben? Mit Sicherheit Die Patientenverfügung und die Konstituierung eines Präventiven Selbst*. Münster/New York: Waxmann.
26. Emanuel, E.J. & Emanuel, L.L. (2004). Vier Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung. In U. Wieszing (Hrsg.), *Ethik in der Medizin: ein Studienbuch* (S. 101–104). Reclam.
27. Emanuel, L.L., von Gunten, C.F. & Ferris, F.D. (2000). Advance Care Planning. *Archives of Family Medicine*, 9 (10), 1181. doi:10.1001/archfami.9.10.1181
28. Gesang, B., Mertz, M., Meyer-Zehnder, B. & Reiter-Theil, S. (2013). Starke und schwache Autonomie – eine hilfreiche Unterscheidung für die Vorbeugung von Unter- und Überbehandlung. *Ethik in der Medizin*, 25 (4), 329–341. doi:10.1007/s00481-012-0226-4
29. Gigon, F., Merlani, P. & Ricou, B. (2015). Advance Directives and Communication Skills of Pre-hospital Physicians Involved in the Care of Cardiovascular Patients: *Medicine*, 94 (49), e2112. doi:10.1097/MD.0000000000002112
30. *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100- I, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2438) geändert worden ist*. Zugriff am 18.3.2017. Verfügbar unter: <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/gg/gesamt.pdf>

31. Gutkin, T.B., Robbins, J.R. & Andrews, L. (1985). The Health Locus of Control Scale: Psychometric Properties. *Educational and Psychological Measurement*, 45 (2), 407–409. doi:10.1177/001316448504500227
32. Höver, G. & Baranzke, H. (2011). *Sterbebegleitung: Vertrauenssache: Herausforderungen einer person- und bedürfnisorientierten Begleitung am Lebensende*. (A. Schaeffer, Hrsg.). Würzburg: Königshausen & Neumann.
33. Hufen, F. (2009). *Geltung und Reichweite von Patientenverfügungen: der Rahmen des Verfassungsrechts* (1. Aufl.). Baden-Baden: Nomos.
34. Jacob, B., Knoll, D. & van Oorschot, B. (2007). Ergebnisse der Anlaufstelle Patientenverfügung Jena. In B. van Oorschot & R. Anselm (Hrsg.), *Mitgestalten am Lebensende: Handeln und Be-handeln Sterbenskranker* (S. 145–150). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
35. Jonsen, A.R. (1978). Dying right in California—the natural death act. *Clinical toxicology*, 13 (4), 513–522.
36. Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.). (2016). Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2016. Zugriff am 9.3.2017. Verfügbar unter: <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/24046.php>
37. Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland & Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Hrsg.). (2012). *Christliche Patientenvorsorge - Handreichung und Formular*. Zugriff am 19.3.2017. Verfügbar unter: <https://www.ekd.de/download/patientenvorsorge.pdf>
38. Krampen, G. (1991a). *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK) - Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
39. Krampen, G. (1991b). *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)*. Göttingen: Hogrefe.
40. Krones, T. & Richter, G. (2006). Die Arzt-Patienten-Beziehung. In S. Schulz, K. Steigleder, H. Fangerau & N. Paul W. (Hrsg.), *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin: eine Einführung*. Suhrkamp.
41. Kutner, L. (1969). Due process of euthanasia: the living will, a proposal. *Indiana Law Journal*, 44, 539.
42. Labs, S. & Wurtele, S.K. (1986). Fetal health locus of control scale: development and validation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54 (6,814-819).
43. Lang-Welzenbach, M., Rödel, C. & Vollmann, J. (2008). Patientenverfügungen in der Radioonkologie: Einstellungen von Patienten, Ärzten und Pflegepersonal. *Ethik in der Medizin*, 20 (4), 300–312. doi:10.1007/s00481-008-0584-0
44. Maltby, J., Day, L. & Macaskill, A. (2011). *Differentielle Psychologie, Persönlichkeit und Intelligenz*. München: Pearson Studium.
45. Memm, K. (2019). Das müssen Hausärzte für die Beratung zur Patientenverfügung wissen. *Geriatric-Report*, 14 (2), 8–11. doi:10.1007/s42090-019-0212-9
46. Meran, J.G., Geissendörfer, S.E. & May, A.T. (2002). *Möglichkeiten einer standardisierten Patientenverfügung: Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums der Gesundheit*. (A. Simon, Hrsg.). Münster: LIT.

47. Morrison, R.S., Morrison, E.W. & Glickman, D.F. (1994). Physician Reluctance to Discuss Advance Directives: An Empiric Investigation of Potential Barriers. *Archives of Internal Medicine*, 154 (20), 2311–2318. doi:10.1001/archinte.1994.00420200061007
48. Nauck, F. & Jaspers, B. (2014). Advance Care Planning - Mehr Autonomie am Lebensende. *Der Allgemeinarzt*, 36 (13), 60–62.
49. van Oorschot, B. (2007). Patientenverfügung aus Patientensicht. In B. van Oorschot & R. Anselm (Hrsg.), *Mitgestalten am Lebensende: Handeln und Behandeln Sterbenskranker* (S. 135–144). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
50. Powell, L.H. (1992). The cognitive underpinnings of coronary-prone behaviors. *Cognitive Therapy and Research*, 16 (2), 123–142. doi:10.1007/BF01173485
51. Raab-Steiner, E. & Benesch, M. (2008). *Der Fragebogen: Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung*. Wien: UTB.
52. Richter-Kuhlmann, E. (2008). Patientenverfügungen: Debatte über Leben und Tod. *Deutsches Arzteblatt*, (27).
53. Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs*, 80 (1), 1–28.
54. Sahn, S. (2006). *Sterbebegleitung und Patientenverfügung* (Kultur der Medizin). (A. Frewer, Hrsg.) (Band 21). Frankfurt/New York: Campus.
55. Sahn, S., Will, R. & Hommel, G. (2005). Attitudes towards and barriers to writing advance directives amongst cancer patients, healthy controls, and medical staff. *Journal of Medical Ethics*, 31 (8), 437–440. doi:10.1136/jme.2004.009605
56. Salzer, E.B. (1978). Locus of control and intention to lose weight. *Health Education Monographs*, (6), 118–128.
57. Schaidler, A., Borasio, G.D., Marckmann, G. & Jox, R.J. (2015). Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens: eine Interviewstudie mit Klinikern. *Ethik in der Medizin*, 27 (2), 107–121. doi:10.1007/s00481-013-0285-1
58. Schmitt, J. in der, Nauck, F. & Marckmann, G. (2019). Behandlung im Voraus Planen. *MMW - Fortschritte der Medizin*, 161 (11), 38–43. doi:10.1007/s15006-019-0620-7
59. Schöffner, M., Schmidt, K., Benzenhöfer, U. & Sahn, S. (2012). Patientenverfügung auf dem Prüfstand: Ärztliche Beratung ist unerlässlich. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 137 (10), 487–490. doi:10.1055/s-0031-1298998
60. Stemmler, G., Hagemann, D., Amelang, M., Spinath, F., Bartussek, D., Hasselhorn, M. et al. (2016). *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung* (8. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
61. Uhlenbruck, W. (1978). Der Patientenbrief - die privatautonome Gestaltung des Rechtes auf einen menschenwürdigen Tod. *Neue Juristische Wochenschrift*, 31, 566–570.
62. Uhlenbruck, W. (1992). *Selbstbestimmung im Vorfeld des Sterbens - rechtliche und medizinische Aspekte: Vortrag aus der Reihe „informed consent“* (Medizinethische Materialien). (H.M. Sass, H. Viefhues & K. Hinrichsen, Hrsg.). Bochum: Ruhr-Universität Bochum. Zentrum für Medizinische Ethik.

-
63. Vetter, P. & Marckmann, G. (2009). Gesetzliche Regelung der Patientenverfügung: Was ändert sich für die Praxis. *Ärzteblatt Baden-Württemberg*, 64, 370–374.
 64. Waibel, S., Novak, P. & Roller, S. (1999). Der Arzt als Gesprächspartner. *Deutsches Ärzteblatt*, 96 (13), A–836–837.
 65. Weiss, C. (2010). *Basiswissen Medizinische Statistik*. Heidelberg: Springer.
 66. Wendler, D. & Rid, A. (2011). Systematic review: the effect on surrogates of making treatment decisions for others. *Annals of Internal Medicine*, 154 (5), 336–346.

Danksagung

Die Danksagung ist in der Version aus Datenschutzgründen nicht enthalten.

Ehrenerklärung

Ich erkläre, dass ich die der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität zur Promotion eingereichte Dissertation mit dem Titel *Patientenverfügung im Dialog zwischen Ärzten und Patienten – eine Studie am Universitätsklinikum Magdeburg* im Bereich Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin mit Unterstützung durch Frau Prof. Dr. phil. Eva Brinkschulte ohne sonstige Hilfe durchgeführt und bei der Abfassung der Dissertation keine anderen als die dort aufgeführten Hilfsmittel benutzt habe.

Bei der Abfassung der Dissertation sind Rechte Dritter nicht verletzt worden.

Ich habe diese Dissertation bisher an keiner in- oder ausländischen Hochschule zur Promotion eingereicht. Ich übertrage der Medizinischen Fakultät das Recht, weitere Kopien meiner Dissertation herzustellen und zu vertreiben.

Berlin, 29.04.2020

Ort, Datum



Unterschrift

Darstellung des Bildungsweges

Die Darstellung des Bildungsweges ist in der Version aus Datenschutzgründen nicht enthalten.

Anlagen

Anlage A1: Fragebogen für PatientInnen mit PV

EvaSys	Fragebogen für Patientinnen und Patienten <u>mit</u> Patientenverfügung	Electric Paper Inkubator
--------	---	-----------------------------

Sie haben nun den ersten Teil der Befragung abgeschlossen – vielen Dank! Machen Sie jetzt gerne eine kurze Pause und fahren Sie dann bitte mit dem zweiten Teil der Befragung fort. Dies wird noch einmal ca. 15 Minuten in Anspruch nehmen.

Bitte lesen Sie die Fragestellungen und Bearbeitungshinweise sehr genau und versuchen Sie, alle Fragen zu beantworten. Achten Sie bitte auch darauf, dass sich einige Fragen aus mehreren Teilfragen zusammensetzen; bearbeiten Sie hier alle Unterpunkte einzeln. Es ist möglich, dass sich Fragen in ähnlicher Form, aber in einem anderen Zusammenhang wiederholen. Bitte beantworten Sie diese Fragen dann erneut.

Des Weiteren beantworten Sie die Fragen bitte eigenständig, ohne diese mit einer anderen Person zu diskutieren – diese könnte Ihre Meinung ungewollt beeinflussen. Kennzeichnen Sie ihre Antwort, indem Sie in den vorgesehenen Antwortkästchen **eindeutige Kreuze** setzen. Beginnen Sie nun bitte mit dem Ausfüllen des zweiten Teils der Befragung.

1. Haben Sie eine Patientenverfügung?

- ja nein

2. Seit wann haben Sie eine Patientenverfügung?

- Seit Kurzem Ca. ein halbes Jahr Mehr als zwei Jahre
 Mehr als fünf Jahre

3. Wie haben Sie ihre Patientenverfügung erstellt?

- Anhand eines Vordrucks Mit Hilfe von Textbausteinen Komplet selbst geschrieben
 Sonstiges

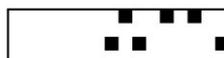
4. Wann haben Sie ihre Patientenverfügung zuletzt überarbeitet oder in der vorliegenden Form bestätigt?

- Noch nie Innerhalb der letzten vier Wochen Innerhalb des letzten Jahres
 Innerhalb der letzten drei Jahre Vor mehr als drei Jahren

5. Welche Bedeutung hat das Thema Patientenverfügung ganz aktuell für Sie persönlich?

Die Bedeutung für mich ist:

- Sehr gering Gering Hoch Sehr hoch Kann ich nicht sagen



EvaSys	Fragebogen für Patientinnen und Patienten <u>mit</u> Patientenverfügung	Electric Paper FALTSCHREIBPAPIER
--------	---	-------------------------------------

6. Ausschlaggebend dafür, eine Patientenverfügung zu schreiben war für mich, ...

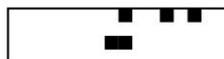
- ... dass ich dies selbst wollte. ... dass mir jemand Anderes dazu geraten hat.

7. Bitte bewerten Sie folgende Aussagen:

- | | | | | | |
|--|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Stimme überhaupt nicht zu | Stimme nicht zu | Stimme zu | Stimme voll zu | Kann ich nicht sagen |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.1 Beim Erstellen meiner Patientenverfügung haben mir andere Menschen sehr viel geholfen (zum Beispiel Verwandte, Freunde, Ärzte). | | | | | |
| 7.2 Ich habe mir immer zugetraut, eine Patientenverfügung erstellen zu können (mit oder ohne fremde Hilfe). | | | | | |

8. Wie wichtig finden Sie es, eine Patientenverfügung zu haben?

- | | | | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Sehr unwichtig | Unwichtig | Wichtig | Sehr wichtig | Kann ich nicht sagen |
| | <input type="checkbox"/> |
| Ich finde dies: | | | | | |



EvaSys	Fragebogen für Patientinnen und Patienten <u>mit</u> Patientenverfügung	Electric Paper Forschungszentrum
--------	---	-------------------------------------

9. Haben Sie beim Erstellen Ihrer Patientenverfügung Hilfe von anderen Menschen benötigt (zum Beispiel Verwandte, Freunde, Ärzte)?

ja nein

Wenn Sie Frage 9. mit Ja beantwortet haben beantworten Sie bitte Frage 10. A, wenn Sie Frage 9. mit Nein beantwortet haben beantworten Sie bitte Frage 10. B.

10. A Wenn ich beim Erstellen meiner Patientenverfügung Hilfe von anderen Menschen benötigt habe (zum Beispiel Verwandten, Freunden, Ärzten) ...

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme zu	Stimme voll zu	Kann ich nicht sagen
10.1 A ... war mir immer klar, wer mir helfen konnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2 A ... habe ich die benötigte Hilfe immer bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.3 A ... empfand ich es als unangenehm, die Hilfe von Anderen in Anspruch zu nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. B Wenn ich beim Erstellen meiner Patientenverfügung doch Hilfe von anderen Menschen benötigt hätte (zum Beispiel Verwandten, Freunden, Ärzten) ...

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme zu	Stimme voll zu	Kann ich nicht sagen
10.1 B ... wäre mir immer klar gewesen, wer mir helfen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2 B ... hätte ich die benötigte Hilfe immer bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.3 B ... hätte ich es als unangenehm empfunden, die Hilfe von Anderen in Anspruch zu nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

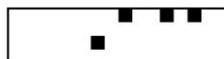


11. Wenn ich mit meinem Arzt über meine Patientenverfügung spreche / sprechen würde, möchte ich in diesem Gespräch auch folgendes ansprechen können:

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme zu	Stimme voll zu	Kann ich nicht sagen
11.1 Welche Sorgen und Ängste ich in Bezug auf meine Erkrankungen habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.2 Wie man starke Schmerzen behandeln kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.3 Meine Vorstellungen von Sterben und Tod.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.4 Wer meine Familie unterstützen kann, wenn ich sehr schwer krank bin bzw. im Sterben liege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.5 Ich möchte <u>ausschließlich</u> über die medizinischen Sachverhalte sprechen, die in meiner Patientenverfügung stehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. In einem Gespräch mit meinem Arzt über meine Patientenverfügung, sollte mir dieser ...

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme zu	Stimme voll zu	Kann ich nicht sagen
12.1 ... klar machen, dass er als Arzt im Fall der Fälle schon weiß, was zu tun ist – egal ob ich eine Patientenverfügung habe oder nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



EvaSys

Fragebogen für Patientinnen und Patienten mit Patientenverfügung
 Electric Paper
Fluoreszenzfrei

12. In einem Gespräch mit meinem Arzt über meine Patientenverfügung, sollte mir dieser ...
 [Fortsetzung]

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme zu	Stimme voll zu	Kann ich nicht sagen
12.2 ... konkret sagen, was ich in meine Patientenverfügung schreiben soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.3 ... mir verschiedene Möglichkeiten aufzeigen, wie man eine Patientenverfügung gestalten kann und mich dann selbst entscheiden lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Bitte bewerten Sie folgende Aussagen:

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme zu	Stimme voll zu	Kann ich nicht sagen
13.1 Wenn ich mit meinem Arzt über meine Patientenverfügung spreche / sprechen würde, könnte sich dadurch das Vertrauensverhältnis zu meinem Arzt verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.2 Nur wenn ich Vertrauen zu einem Arzt habe, kann ich mit ihm auch über die Perspektiven, Sorgen und Ängste im Zusammenhang mit meiner Erkrankung sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



EvaSys

Fragebogen für Patientinnen und Patienten mit PatientenverfügungElectric Paper
Folien- und Dokumentenbeschreiber**14. A Wie wichtig finden Sie es, sich im Zuge der Erstellung einer Patientenverfügung Rat einzuholen?**

	Sehr unwichtig	Unwichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Kann ich nicht sagen
14.1 A Von einem Arzt.	<input type="checkbox"/>				
14.2 A Von einem Rechtsanwalt / Juristen.	<input type="checkbox"/>				
14.3 A Von Familie und Freunden.	<input type="checkbox"/>				
14.4 A Von sonstigen Personen.	<input type="checkbox"/>				

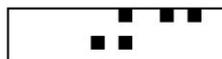
Wenn Sie es *wichtig* oder *sehr wichtig* finden, sich von *sonstigen Personen* beraten zu lassen, um wen handelt es sich dabei? Tragen Sie Ihre Antwort bitte handschriftlich in das umrandete Feld ein:

14. B Haben Sie sich schon einmal zu Ihrer Patientenverfügung von einem Arzt beraten lassen?

ja nein

15. Bitte bewerten Sie folgende Aussagen:

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme zu	Stimme voll zu	Kann ich nicht sagen
15.1 Es fällt mir <u>nicht leicht</u> , mit meinem Arzt über die Perspektiven, Sorgen und Ängste im Zusammenhang mit meiner Erkrankung zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



EvaSys

Fragebogen für Patientinnen und Patienten mit Patientenverfügung Electric Paper
Produktionsweise

Nun möchten wir Sie bitten, noch einige allgemeine Fragen zu Ihrer Person zu beantworten:

19. Geschlecht:

- weiblich männlich

20. Alter (bitte tragen Sie Ihr Alter in Jahren handschriftlich als Zahl in das umrandete Feld ein):**21. Familienstand:**

- ledig verheiratet geschieden / getrennt
 verwitwet

22. Leben Sie mit einem festen Partner / Partnerin zusammen?

- ja nein

23. Haben Sie Kinder – wenn ja, wie viele?

- Keine Ein Kind Zwei Kinder
 Mehr als zwei Kinder

24. Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt (Sie selbst eingeschlossen)?

- Alleinlebend Zwei Personen Drei Personen
 Vier Personen Fünf Personen Mehr als fünf Personen

25. Welchen Schulabschluss haben Sie erworben (bitte den höchsten Abschluss ankreuzen)?

- Abitur Fachhochschulreife Realschulabschluss /
Mittlere Reife
 Hauptschulabschluss /
Volksschulabschluss Kein Abschluss Anderer Abschluss

Sofern Sie keinen der oben genannten Abschlüsse haben und dementsprechend Anderer Abschluss angekreuzt haben, tragen Sie Ihren Abschluss bitte handschriftlich in das umrandete Feld ein:



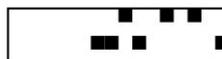
EvaSys	Fragebogen für Patientinnen und Patienten <u>mit</u> Patientenverfügung	
--------	---	---

26. Welchen Berufsabschluss haben Sie erworben (bitte den höchsten Abschluss ankreuzen)?

<input type="checkbox"/> Promotion / Dokortitel	<input type="checkbox"/> Abgeschlossenes Studium	<input type="checkbox"/> Meister
<input type="checkbox"/> Abgeschlossene Lehre	<input type="checkbox"/> Keine Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> Anderer Abschluss

Sofern Sie keinen der oben genannten Abschlüsse haben und dementsprechend Anderer Abschluss angekreuzt haben, tragen Sie Ihren Abschluss bitte handschriftlich in das umrandete Feld ein:

Herzlichen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens!



Anlage A2: Fragebogen für PatientInnen ohne PV

EvaSys	Fragebogen für Patientinnen und Patienten <u>ohne</u> Patientenverfügung	Electric Paper Patientenverfügung
--------	--	--------------------------------------

Sie haben nun den ersten Teil der Befragung abgeschlossen – vielen Dank! Machen Sie jetzt gerne eine kurze Pause und fahren Sie dann bitte mit dem zweiten Teil der Befragung fort. Dies wird noch einmal ca. 15 Minuten in Anspruch nehmen.

Bitte lesen Sie die Fragestellungen und Bearbeitungshinweise sehr genau und versuchen Sie, alle Fragen zu beantworten. Achten Sie bitte auch darauf, dass sich einige Fragen aus mehreren Teilfragen zusammensetzen; bearbeiten Sie hier alle Unterpunkte einzeln. Es ist möglich, dass sich Fragen in ähnlicher Form, aber in einem anderen Zusammenhang wiederholen. Bitte beantworten Sie diese Fragen dann erneut.

Des Weiteren beantworten Sie die Fragen bitte eigenständig, ohne diese mit einer anderen Person zu diskutieren – diese könnte Ihre Meinung ungewollt beeinflussen. Kennzeichnen Sie ihre Antwort, indem Sie in den vorgesehenen Antwortkästchen **eindeutige Kreuze** setzen. Beginnen Sie nun bitte mit dem Ausfüllen des zweiten Teils der Befragung.

1. Haben Sie eine Patientenverfügung?

ja nein

2. Haben Sie die Absicht, eine Patientenverfügung zu verfassen?

ja nein

3. Wie würden Sie eine Patientenverfügung am ehesten erstellen, wenn Sie sich dafür entscheiden sollten?

Anhand eines Vordrucks Mit Hilfe von Textbausteinen Komplett selbst schreiben
 Sonstiges

Frage 4. entfällt, bitte fahren Sie mit Frage 5. fort!

5. Welche Bedeutung hat das Thema Patientenverfügung ganz aktuell für Sie persönlich?

Die Bedeutung für mich ist:

Sehr gering Gering Hoch Sehr hoch Kann ich nicht sagen

6. Ausschlaggebend dafür, eine Patientenverfügung zu schreiben, könnte für mich am ehesten sein, ...

... dass ich dies selbst will. ... dass mir jemand Anderes dazu rät.

EvaSys

Fragebogen für Patientinnen und Patienten ohne Patientenverfügung
 Electric Paper
Elektronische Formulare
7. Bitte bewerten Sie folgende Aussagen:

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme zu	Stimme voll zu	Kann ich nicht sagen
7.1 Beim Erstellen einer Patientenverfügung würde ich wahrscheinlich sehr viel Hilfe von anderen Menschen benötigen (zum Beispiel Verwandte, Freunde, Ärzte).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2 Ich würde mir immer zutrauen, eine Patientenverfügung erstellen zu können (mit oder ohne fremde Hilfe).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Wie wichtig finden Sie es, eine Patientenverfügung zu haben?

	Sehr unwichtig	Unwichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Kann ich nicht sagen
Ich finde dies:	<input type="checkbox"/>				

EvaSys

Fragebogen für Patientinnen und Patienten ohne Patientenverfügung
 Electric Paper
Produktionsfirma

9. Glauben Sie, dass Sie beim Erstellen einer Patientenverfügung Hilfe von anderen Menschen benötigen würden (zum Beispiel Verwandte, Freunde, Ärzte)?

 ja nein

Wenn Sie Frage 9. mit Ja beantwortet haben beantworten Sie bitte Frage 10. A, wenn Sie Frage 9. mit Nein beantwortet haben beantworten Sie bitte Frage 10. B.

10. A Wenn ich beim Erstellen einer Patientenverfügung Hilfe von anderen Menschen benötigen würde (zum Beispiel Verwandten, Freunden, Ärzten) ...

10.1 A ... wäre mir immer klar, wer mir helfen kann.

Stimme überhaupt nicht zu Stimme nicht zu Stimme zu Stimme voll zu Kann ich nicht sagen

10.2 A ... würde ich die benötigte Hilfe immer bekommen.

10.3 A ... würde ich es als unangenehm empfinden, Hilfe von Anderen in Anspruch zu nehmen.

10. B Wenn ich beim Erstellen einer Patientenverfügung wider Erwarten doch Hilfe von anderen Menschen benötigen würde (zum Beispiel Verwandten, Freunden, Ärzten) ...

10.1 B ... wäre mir immer klar, wer mir helfen kann.

Stimme überhaupt nicht zu Stimme nicht zu Stimme zu Stimme voll zu Kann ich nicht sagen

10.2 B ... würde ich die benötigte Hilfe immer bekommen.

10.3 B ... würde ich es als unangenehm empfinden, Hilfe von Anderen in Anspruch zu nehmen.

EvaSys

Fragebogen für Patientinnen und Patienten ohne Patientenverfügung
 Electric Paper
Fluoreszenzfreie

11. Wenn ich mit meinem Arzt über das Thema Patientenverfügung spreche / sprechen würde, möchte ich in diesem Gespräch auch folgendes ansprechen können:

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme zu	Stimme voll zu	Kann ich nicht sagen
11.1 Welche Sorgen und Ängste ich in Bezug auf meine Erkrankungen habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.2 Wie man starke Schmerzen behandeln kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.3 Meine Vorstellungen von Sterben und Tod.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.4 Wer meine Familie unterstützen kann, wenn ich sehr schwer krank bin bzw. im Sterben liege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.5 Ich möchte <u>ausschließlich</u> über die medizinischen Sachverhalte sprechen, die in einer Patientenverfügung stehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. In einem Gespräch mit meinem Arzt über das Thema Patientenverfügung, sollte mir dieser ...

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme zu	Stimme voll zu	Kann ich nicht sagen
12.1 ... klar machen, dass er als Arzt im Fall der Fälle schon weiß, was zu tun ist – egal ob ich eine Patientenverfügung habe oder nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EvaSys

Fragebogen für Patientinnen und Patienten ohne Patientenverfügung
 Electric Paper
Fluoreszenzfrei

12. In einem Gespräch mit meinem Arzt über das Thema Patientenverfügung, sollte mir dieser ...
 [Fortsetzung]

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme zu	Stimme voll zu	Kann ich nicht sagen
12.2 ... konkret sagen, was ich in eine Patientenverfügung schreiben soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.3 ... mir verschiedene Möglichkeiten aufzeigen, wie man eine Patientenverfügung gestalten kann und mich dann selbst entscheiden lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Bitte bewerten Sie folgende Aussagen:

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme zu	Stimme voll zu	Kann ich nicht sagen
13.1 Wenn ich mit meinem Arzt über das Thema Patientenverfügung spreche / sprechen würde, könnte sich dadurch das Vertrauensverhältnis zu meinem Arzt verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.2 Nur wenn ich Vertrauen zu einem Arzt habe, kann ich mit ihm auch über die Perspektiven, Sorgen und Ängste im Zusammenhang mit meiner Erkrankung sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EvaSys

Fragebogen für Patientinnen und Patienten ohne Patientenverfügung
 Electric Paper
Produktionspartner
14. A Wie wichtig fänden Sie es, sich im Zuge der Erstellung einer Patientenverfügung Rat einzuholen?

	Sehr unwichtig	Unwichtig	Wichtig	Sehr wichtig	Kann ich nicht sagen
14.1 A Von einem Arzt.	<input type="checkbox"/>				
14.2 A Von einem Rechtsanwalt / Juristen.	<input type="checkbox"/>				
14.3 A Von Familie und Freunden.	<input type="checkbox"/>				
14.4 A Von sonstigen Personen.	<input type="checkbox"/>				

Wenn Sie es *wichtig* oder *sehr wichtig* finden, sich von *sonstigen Personen* beraten zu lassen, um wen handelt es sich dabei? Tragen Sie Ihre Antwort bitte handschriftlich in das umrandete Feld ein:

14. B Haben Sie sich schon einmal zum Thema Patientenverfügung von einem Arzt beraten lassen?

ja nein

15. Bitte bewerten Sie folgende Aussagen:

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme zu	Stimme voll zu	Kann ich nicht sagen
15.1 Es fällt mir <u>nicht leicht</u> , mit meinem Arzt über die Perspektiven, Sorgen und Ängste im Zusammenhang mit meiner Erkrankung zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EvaSys

Fragebogen für Patientinnen und Patienten ohne Patientenverfügung
 Electric Paper
Produktionsfirma
15. Bitte bewerten Sie folgende Aussagen: [Fortsetzung]

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme zu	Stimme voll zu	Kann ich nicht sagen
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15.2 Wenn ich mit meinem Arzt über das Thema Patientenverfügung spreche / sprechen würde, könnte es mir leichter fallen, dabei auch über die Perspektiven, Sorgen und Ängste im Zusammenhang mit meiner Erkrankung zu sprechen.

16. Hatten Sie oder haben Sie eine Erkrankung, die Sie dazu bewogen hat, sich mit Fragen Ihres eigenen Todes auseinanderzusetzen?

ja nein

17. A Wenn Sie Frage 16. mit ja beantwortet haben, wann haben Sie das erste Mal hiervon erfahren?

Vor weniger als 3 Monaten Vor mehr als 3 Monaten

17. B Wenn Sie Frage 16. mit ja beantwortet haben, wie hoch ist die Bedrohlichkeit der Erkrankung für Sie aktuell?

	Sehr gering	Gering	Hoch	Sehr hoch	Kann ich nicht sagen
Die Bedrohlichkeit ist für mich:	<input type="checkbox"/>				

18. Kennen Sie oder kannten Sie einen anderen Menschen, dessen Erkrankung Sie dazu bewogen hat, sich mit Fragen Ihres eigenen Todes auseinanderzusetzen?

ja nein

EvaSys

Fragebogen für Patientinnen und Patienten ohne Patientenverfügung Electric Paper
Produktionsfirma

Nun möchten wir Sie bitten, noch einige allgemeine Fragen zu Ihrer Person zu beantworten:

19. Geschlecht:

- weiblich männlich

20. Alter (bitte tragen Sie Ihr Alter in Jahren handschriftlich als Zahl in das umrandete Feld ein):**21. Familienstand:**

- ledig verheiratet geschieden / getrennt
 verwitwet

22. Leben Sie mit einem festen Partner / Partnerin zusammen?

- ja nein

23. Haben Sie Kinder – wenn ja, wie viele?

- Keine Ein Kind Zwei Kinder
 Mehr als zwei Kinder

24. Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt (Sie selbst eingeschlossen)?

- Alleinlebend Zwei Personen Drei Personen
 Vier Personen Fünf Personen Mehr als fünf Personen

25. Welchen Schulabschluss haben Sie erworben (bitte den höchsten Abschluss ankreuzen)?

- Abitur Fachhochschulreife Realschulabschluss /
Mittlere Reife
 Hauptschulabschluss /
Volksschulabschluss Kein Abschluss Anderer Abschluss

Sofern Sie keinen der oben genannten Abschlüsse haben und dementsprechend Anderer Abschluss angekreuzt haben, tragen Sie Ihren Abschluss bitte handschriftlich in das umrandete Feld ein:

EvaSys	Fragebogen für Patientinnen und Patienten <u>ohne</u> Patientenverfügung	 Electric Paper Fluoreszenzfrei
--------	--	---

26. Welchen Berufsabschluss haben Sie erworben (bitte den höchsten Abschluss ankreuzen)?

<input type="checkbox"/> Promotion / Dokortitel	<input type="checkbox"/> Abgeschlossenes Studium	<input type="checkbox"/> Meister
<input type="checkbox"/> Abgeschlossene Lehre	<input type="checkbox"/> Keine Berufsausbildung	<input type="checkbox"/> Anderer Abschluss

Sofern Sie keinen der oben genannten Abschlüsse haben und dementsprechend Anderer Abschluss angekreuzt haben, tragen Sie Ihren Abschluss bitte handschriftlich in das umrandete Feld ein:

Herzlichen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens!

Anlage B: Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK) im EvaSys-Format – © Hogrefe-Verlag GmbH & Co. KG Göttingen

EvaSys		 Electric Paper 
--------	--	---

Markieren Sie so: Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.
 Korrektur: Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

In einem ersten Teil der Befragung möchten wir Sie bitten, den *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen* auszufüllen:

Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (G. Krampen)

Anleitung:

Auf den folgenden Seiten werden Sie gebeten, zu einigen Aussagen Stellung zu nehmen. Sie haben dabei die Möglichkeit, jeder Aussage stark, mittel oder schwach zuzustimmen oder sie schwach, mittel oder stark abzulehnen. Markieren Sie bitte jeweils das Antwortkästchen (durch deutliches Ankreuzen), das Ihrer persönlichen Meinung am besten entspricht.

Hier ein Beispiel für die Beantwortung der Aussagen:

		sehr falsch	eher falsch	eher richtig	richtig	sehr richtig
"Ich bin ein lebhafter Mensch."		<input type="checkbox"/>				
Ist diese Aussage für Sie <u>sehr falsch</u> , durchkreuzen Sie bitte:		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist diese Aussage für Sie <u>falsch</u> , durchkreuzen Sie bitte:		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist diese Aussage für Sie <u>eher falsch</u> , durchkreuzen Sie bitte:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist diese Aussage für Sie <u>eher richtig</u> , durchkreuzen Sie bitte:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist diese Aussage für Sie <u>richtig</u> , durchkreuzen Sie bitte:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ist diese Aussage für Sie <u>sehr richtig</u> , durchkreuzen Sie bitte:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Bitte bearbeiten Sie alle Aussagen der Reihe nach, ohne eine auszulassen. Einige Aussagen haben einen ähnlichen Wortlaut oder Sinn. Bitte nehmen Sie auch zu diesen Aussagen Stellung. Es geht bei allen Aussagen um Ihre ganz persönliche Sichtweise.

EvaSys

 Electric Paper
Produktionsweise

Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (G. Krampen)

Im Folgenden werden Sie gebeten, zu einigen Aussagen Stellung zu nehmen. Markieren Sie bitte jeweils das Antwortkästchen, das Ihrer persönlichen Meinung am besten entspricht.

Diese Aussage ist:

- | | | |
|---|---|--|
| | sehr falsch
eher falsch
eher richtig
richtig
sehr richtig | |
| 01. Es hängt hauptsächlich von mir ab, ob sich andere Menschen nach meinen Wünschen richten oder nicht. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| 02. Zufällige Geschehnisse bestimmen einen großen Teil meines Lebens und Alltags. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| 03. Ich habe das Gefühl, dass vieles von dem, was in meinem Leben passiert, von anderen Menschen abhängt. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| 04. Ich komme mir manchmal taten- und ideenlos vor. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| 05. Ob ich einen Unfall habe oder nicht, hängt alleine von mir und meinem Verhalten ab. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |

- | | | |
|---|---|--|
| | sehr falsch
eher falsch
eher richtig
richtig
sehr richtig | |
| 06. Wenn ich Pläne schmiede, bin ich mir ganz sicher, dass das Geplante auch Wirklichkeit wird. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| 07. Ich habe oft einfach keine Möglichkeiten, mich vor Pech zu schützen. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| 08. Mehrdeutige Situationen mag ich nicht, da ich nicht weiß, wie ich mich verhalten soll. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| 09. Wenn ich bekomme, was ich will, so spielt Glück meistens auch eine Rolle. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| 10. Andere Menschen verhindern oft die Verwirklichung meiner Pläne. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |

© Hogrefe-Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen



EvaSys

Electric Paper
Produktionsweise**Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (G. Krampen)**

[Fortsetzung]

Diese Aussage ist:

- | | |
|--|---|
| | sehr falsch
eher falsch
falsch
eher richtig
richtig
sehr richtig |
| <u>11.</u> Ich kann mich am besten selbst durch mein Verhalten vor Krankheiten schützen. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <u>12.</u> Ich weiß oft nicht, wie ich meine Wünsche verwirklichen soll. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <u>13.</u> Vieles von dem, was in meinem Leben passiert, hängt vom Zufall ab. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <u>14.</u> Mein Leben und Alltag werden in vielen Bereichen von anderen Menschen bestimmt. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <u>15.</u> Ob ich einen Unfall habe oder nicht, ist vor allem Glückssache. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <u>16.</u> Ich kenne viele Möglichkeiten, mich vor Erkrankungen zu schützen. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

- | | |
|---|---|
| | sehr falsch
eher falsch
falsch
eher richtig
richtig
sehr richtig |
| <u>17.</u> Ich habe nur geringe Möglichkeiten, meine Interessen gegen andere Leute durchzusetzen. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <u>18.</u> Es ist für mich nicht gut, weit im Voraus zu planen, da häufig das Schicksal dazwischenkommt. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <u>19.</u> Um das zu bekommen, was ich will, muss ich zu anderen Menschen freundlich und zuvorkommend sein. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <u>20.</u> In unklaren oder gefährlichen Situationen weiß ich immer, was ich tun kann. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <u>21.</u> Es ist reiner Zufall, wenn sich andere Menschen einmal nach meinen Wünschen richten. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <u>22.</u> Mein Wohlbefinden hängt in starkem Maße vom Verhalten anderer Menschen ab. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

© Hogrefe-Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen



EvaSys

 Electric Paper
Produktionsweise

Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (G. Krampen)

[Fortsetzung]

Diese Aussage ist:

- | | |
|--|---|
| | sehr falsch
eher falsch
falsch
eher richtig
richtig
sehr richtig |
| <u>23.</u> Ich kann sehr viel von dem, was in meinem Leben passiert, selbst bestimmen. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <u>24.</u> Manchmal weiß ich überhaupt nicht, was ich in einer Situation machen soll. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <u>25.</u> Gewöhnlich kann ich meine Interessen selbst vertreten und erreiche dabei das, was ich will. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <u>26.</u> Ob ich einen Unfall habe oder nicht, hängt in starkem Maße von dem Verhalten anderer ab. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <u>27.</u> Wenn ich bekomme, was ich will, so ist das immer eine Folge meiner Anstrengung und meines persönlichen Einsatzes. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

- | | |
|--|---|
| | sehr falsch
eher falsch
falsch
eher richtig
richtig
sehr richtig |
| <u>28.</u> Auch in schwierigen Situationen fallen mir immer viele Handlungsalternativen ein. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <u>29.</u> Damit meine Pläne eine Chance haben, richte ich mich beim Planen nach den Wünschen anderer Leute. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <u>30.</u> Mein Lebenslauf und mein Alltag werden alleine durch mein Verhalten und meine Wünsche bestimmt. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <u>31.</u> Es hängt vom Schicksal ab, ob ich krank werde oder nicht. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <u>32.</u> Für die Lösung von Problemen fallen mir immer viele Möglichkeiten ein. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Überprüfen Sie bitte, ob Sie **alle** Fragen beantwortet haben.

© Hogrefe-Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen



Anlage C: Aufklärungs- und Informationsblatt



MEDIZINISCHE
FAKULTÄT

Patientenverfügung im Dialog zwischen Ärzten und Patienten – eine Studie am Universitätsklinikum Magdeburg

Informationen zur Studie

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

möglicherweise ist Ihnen in der letzten Zeit einmal die Frage gestellt worden, ob Sie eine Patientenverfügung haben. Vielleicht haben Sie sich aktuell oder bereits vor einiger Zeit entschieden, eine solche Patientenverfügung zu erstellen. Vielleicht haben Sie sich aber auch gegen eine Patientenverfügung entschieden oder sich noch nicht mit dem Thema befasst.

Was denken Sie persönlich über das Thema Patientenverfügung? Was hat Sie bewogen oder daran gehindert, eine Patientenverfügung zu erstellen? Glauben Sie, dass es wichtig ist, sich zum Thema Patientenverfügung von einem Arzt beraten zu lassen?

All das sind Fragen, die wir im Rahmen des Forschungsprojekts *„Patientenverfügung im Dialog zwischen Ärzten und Patienten – eine Studie am Universitätsklinikum Magdeburg“*, an Sie stellen möchten. Wir bitten Sie herzlich um Ihr Mitwirken!

Das *Bundesministerium der Justiz* erläutert den Begriff Patientenverfügung wie folgt: „In der Patientenverfügung kann man vorab über das Ob und Wie medizinischer Maßnahmen entscheiden. Wer nicht möchte, dass andere über die medizinische Behandlung entscheiden, wenn man selbst dazu nicht mehr in der Lage ist, kann durch Patientenverfügung festlegen, ob bei konkret beschriebenen Krankheitszuständen bestimmte medizinische Maßnahmen gewünscht oder nicht gewünscht sind.“¹

Im folgenden Fragebogen wird Ihre persönliche Meinung zum Thema Patientenverfügung erfragt. Außerdem interessieren uns einige Ihrer grundsätzlichen Einstellungen und Überzeugungen, die uns helfen sollen, besser zu verstehen, warum manche Menschen eine Patientenverfügung haben und andere nicht. Am Ende des Fragebogens werden eine Reihe persönlicher Daten wie etwa Alter und Geschlecht erhoben.

Die Daten, die im Rahmen dieser Befragung anonymisiert erhoben und ausgewertet werden, erlauben keinen Rückschluss auf Ihre Person. Unsere Bitte an Sie, an der Befragungsstudie teilzunehmen, steht ausdrücklich in keinem Zusammenhang mit Ihrer aktuellen Erkrankungssituation. Die Teilnahme ist freiwillig und eine Nichtteilnahme führt für Sie zu keinerlei Nachteilen. Die Teilnahme ist mit keiner Vergütung verbunden.

Mit dem Ausfüllen der Befragungsunterlagen erklären Sie sich ausdrücklich einverstanden, am Forschungsprojekt *„Patientenverfügung im Dialog zwischen Ärzten und Patienten – eine Studie am Universitätsklinikum Magdeburg“* teilzunehmen. Auch stimmen Sie mit dem Ausfüllen des Fragebogens der Auswertung und Nutzung der erhobenen Daten in der oben genannten anonymisierten Form zu.

Sollten Sie noch Fragen haben, stehe ich Ihnen als verantwortlicher Studienleiter unter der unten genannten Kontaktadresse gerne zur Verfügung.

Ihr Ansprechpartner:

Cand. med. Anders K. Wind

Otto-von-Guericke- Universität Magdeburg

Medizinische Fakultät

Bereich Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin

Leipziger Str. 44

Telefon: 0391 / 242 06 100

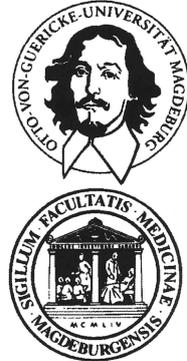
39120 Magdeburg

E-Mail: anders.wind@st.ovgu.de

¹ Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2014): *Betreuungsrecht / Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht*. Online verfügbar unter: http://www.bmjv.de/DE/Themen/Gesellschaft/Patientenverfuegung/patientenverfuegung_node.html, zuletzt geprüft am 14.08.2014

Anlage D: Votum der Ethik-Kommission**OTTO-VON-GUERICKE-UNIVERSITÄT MAGDEBURG**
Ethik-Kommission

der Otto-von-Guericke-Universität an der Medizinischen Fakultät
und am Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.
Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. med. C. Huth



Universitätsklinikum • Leipziger Straße 44 • D-39120 Magdeburg

Frau Prof. Dr. phil. E. Brinkschulte, Herrn A. K. Wind
Fachbereich Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin
Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke-Universität
Leipziger Str. 44, Haus 2
39120 Magdeburg

Tel.
(0391) 67/14314
67/14344

Fax
(0391) 67/14354
67/290185

eMail
norbert.beck@med.ovgu.de
ethikkommission@ovgu.de

Datum

22.01.2013

Unser Zeichen: 11/13

**Patientenverfügung im Dialog zwischen Ärzten und Patienten – eine Studie am
Universitätsklinikum Magdeburg
Dissertation**

Sehr geehrte Frau Prof. Brinkschulte,
sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

die Ethik-Kommission der Otto-von-Guericke-Universität an der Medizinischen Fakultät und
am Universitätsklinikum Magdeburg hat die übergebenen Unterlagen zur o. g. Studie
überprüft, in der letzten Kommissionssitzung eingehend erörtert und ist zu der Auffassung
gekommen, dass gegen die Durchführung keine ethischen Bedenken bestehen.
Diese **zustimmende Bewertung** ergeht unter dem Vorbehalt gleichbleibender
Gegebenheiten.

Die Verantwortlichkeit des jeweiligen Prüfwissenschaftlers / behandelnden Prüfarztes bleibt
in vollem Umfang erhalten und wird durch diese Entscheidung nicht berührt. Alle zivil- oder
haftungsrechtlichen Folgen, die sich ergeben könnten, verbleiben uneingeschränkt beim
Projektleiter und seinen Mitarbeitern.

Beim Monitoring sind die Bestimmungen des Bundes- und Landesdatenschutzgesetzes
sowie die sich aus der ärztlichen Schweigepflicht ergebenden Einschränkungen zu
beachten, was eine Aushändigung kompletter Patientenakten zum Monitoring ausschließt.
Ein Monitoring personen- und studienbezogener Daten wird dadurch nicht beeinträchtigt.

Um die Übersendung von studienbezogenen Jahresberichten / Abschlussberichten /
Publikationen wird unter Nennung unserer Registrationsnummer gebeten.

Mit freundlichen Grüßen


(i. A. Dr. med. Norbert Beck, Geschäftsführer)
Prof. Dr. med. C. Huth
Vorsitzender der Ethik-Kommission

Ethik-Kommission
der Otto-von-Guericke-Universität an der Medizinischen Fakultät
und am Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.
Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. med. C. Huth

Anlage E: Anforderung Zusendung Informationsmaterial zum Thema PV



Patientenverfügung im Dialog zwischen Ärzten und Patienten – eine Studie am Universitätsklinikum Magdeburg

Informationsmaterial zum Thema Patientenverfügung

Gerne möchten wir Ihnen einige grundlegende Informationen zum Thema Patientenverfügung zur Verfügung stellen und Sie motivieren, sich weiterhin mit der Thematik zu beschäftigen. Um die Studienergebnisse nicht zu beeinflussen, ist die Herausgabe von Informationsmaterial jedoch nicht vor Abschluss der Studie möglich. Wir bitten Sie daher um etwas Geduld.

Sollten Sie an Informationsmaterial interessiert sein, so geben Sie bitte untenstehend ihre Anschrift an. Es erfolgt keine Zuordnung zwischen der von Ihnen angegebenen Anschrift und dem von Ihnen ausgefüllten Fragebogen, auch wird Ihre Adresse nicht an Dritte weitergegeben oder zu einem anderen Zweck als dem oben genannten verwendet. Ihre Adressdaten werden unmittelbar nach Zusendung des Informationsmaterials gelöscht.

Um zusätzliche Kosten zu vermeiden und Umweltressourcen zu schonen, möchten wir Ihnen das Informationsmaterial bevorzugt per E-Mail zusenden.

E-Mail-Adresse:

Anschrift (sofern keine E-Mail-Adresse vorhanden ist):