

# **UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF**

Zentrum für Innere Medizin

III. Medizinische Klinik und Poliklinik

Direktor: Prof. Dr. med. Rolf A. K. Stahl

## **Wahrnehmung von medizinischen Fachrichtungen in Witz und Wirklichkeit**

### **Dissertation**

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von

Martin Pyra  
aus Hamburg

Hamburg 2017

**Angenommen von der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 01.08.2017**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

**Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende:** Prof. Dr. S. Harendza

**Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in:** PD Dr. S. Anders

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>5</b>
1.1	Humor und Vorurteile.....	5
1.2	Wahl der Fachrichtung und Orientierungshilfen .....	7
1.3	Witze über Ärzte und ihr Einfluss auf Medizinstudierende.....	10
<b>2</b>	<b>Arbeitshypothese und Fragestellung.....</b>	<b>12</b>
2.1	Hypothese .....	12
2.2	Fragestellung.....	12
<b>3</b>	<b>Material und Methoden .....</b>	<b>13</b>
3.1	Recherche zu Witzen über ärztliche Fachrichtungen .....	13
3.2	Auswahl der für die weitere Analyse verwendeten Fachrichtungen.....	13
3.3	Analyse und Festlegung der Kerneigenschaften pro Fachrichtung.....	14
3.4	Entwicklung eines Online-Fragebogens.....	14
3.5	Durchführung der Befragung.....	16
3.6	Auswertung der Umfrage .....	16
3.7	Statistische Analyse.....	16
<b>4</b>	<b>Ergebnisse.....</b>	<b>18</b>
4.1	Soziodemographische Daten .....	18
4.2	Fachrichtungskongruente Zuordnung der Eigenschaften zu unterschiedlichen Zeitpunkten des Medizinstudiums.....	18
4.3	Kongruente Zuordnung der Eigenschaften durch Männer und Frauen.....	23
4.4	Kongruente, inkongruente oder neutrale Zuordnung der Eigenschaften über alle Semester .....	26
4.5	Differenzierte Betrachtung der einzelnen Eigenschaften.....	29
<b>5</b>	<b>Diskussion.....</b>	<b>33</b>
<b>6</b>	<b>Zusammenfassung - Summary .....</b>	<b>44</b>

<b>7</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>46</b>
<b>8</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>47</b>
<b>9</b>	<b>Anhang</b> .....	<b>53</b>
9.1	Sammlung Arztwitze .....	53
9.2	Fragebogen .....	70
<b>10</b>	<b>Danksagung</b> .....	<b>71</b>
	<b>Eidesstattliche Erklärung</b> .....	<b>72</b>

# 1 Einleitung

## 1.1 Humor und Vorurteile

Im Berufsalltag arbeiten Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen in der Betreuung von Patientinnen und Patienten auf vielfältige Weise zusammen. Sowohl unter Ärzten als auch in der Bevölkerung kursieren viele Witze, in denen bestimmte Eigenschaften von Ärzten verschiedener Fachrichtungen im humoristischen Fokus stehen. Humor ist in nahezu jedem Lebensbereich und Kulturkreis zu beobachten und findet unter anderem Ausdruck in Witzen. Diese werden jedoch nicht ausschließlich in fröhlichen, wenig ernsthaften Situationen verwendet, sondern auch, um auf Missstände hinzuweisen, wie zum Beispiel im politischen Kabarett oder in der Literatur über die Arbeitssituation im Krankenhausbereich (Wear 2002, Shem 1978).

Lachen wird als ein Mittel interpretiert, um Nervosität und Angst zu mindern (Davidhizar und Shearer 1997) und um psychische Anspannungen zu lösen (Freud 1960). Überdies wurde gezeigt, dass Humor auch berufliche Anspannungen reduzieren kann (Meldrum 2010). Im ärztlichen Umfeld findet sich Humor häufig als eine mögliche Bewältigungsstrategie für den anstrengenden beruflichen Alltag (Spence 2012). So ist der Galgenhumor beispielsweise eine Strategie unter Ärzten, mit Unsicherheiten in der Diagnosestellung sowie der Behandlung umzugehen (Bosk 1980). Insbesondere in Situationen, in denen externe Faktoren wirken, die man nicht beeinflussen kann, wie zum Beispiel den Tod, ist Humor eine hilfreichere Reaktion als Wut, um die psychische Belastung in einer solchen Stresssituation zu reduzieren (Watson 2011). Bereits während der medizinischen Ausbildung können Schweigen oder Humor in kritischen Momenten zur Entspannung der Situation Anwendung finden, zum Beispiel bei schwierigen Momenten während einer Operation oder wenn ein Student eine Frage des Ausbilders nicht beantworten kann (Lingard 2013). Jedoch hilft Humor nicht nur den Medizinern bei der Stressbewältigung, auch Patienten versuchen so ihre Ängste und Frustration einzudämmen (Bennett 2003).

Witze können jedoch auch potentiell beleidigend und verletzend sein, da Pointen manchmal auf Kosten einzelner Personen oder Personengruppen und auf der Basis von Vorurteilen zustande kommen. Vorurteile haben ihren Ursprung meist in subjektiv erlebter Wirklichkeit, die im Witz ein Ventil findet. Im medizinischen Umfeld wurden Vorurteile unter anderem zwischen Ärzten und Krankenschwestern beobachtet (Hughes und Fitzpatrick 2010). In einer Studie, in welcher Auszubildende in der Krankenpflege und Medizinstudierende befragt wurden, zeigte

sich, dass die Medizinstudierenden meinten, die angehenden Pflegekräfte hätten mehr zwischenmenschliche Fähigkeiten, während sie selbst mehr wüssten und besser Entscheidungen treffen könnten (Liaw et al. 2014). Die Krankenpflegeauszubildenden wiederum ordneten Ärzten auch eine höhere medizinische Qualifikation und geringere zwischenmenschliche Fähigkeiten zu, jedoch beurteilten sie Ärzte als schlechtere Teamplayer. (Liaw et al. 2014). Des Weiteren beeinflussen Vorurteile die Zusammenarbeit zwischen Klinikern und Wissenschaftlern. Die Wissenschaftler kritisieren, dass die Ausbildung von Medizinern kognitiv einschränkend sei. Mediziner seien nicht dazu angehalten kritisch zu hinterfragen, sondern hielten die Fakten in den Lehrbüchern für uneingeschränkt gültig, und vernachlässigten dabei, dass vermeintliche Tatsachen häufig später widerlegt worden sind. Die Mediziner sagen indes über Wissenschaftler, dass diese Krankheiten nur als willkommenes Mittel betrachteten um Forschungsprojekte zu finanzieren (Restifo und Phelan 2011).

Die Verbreitung und Auswirkung von Vorurteilen gegenüber Frauen im medizinischen Umfeld ist ebenfalls untersucht worden. Burgess et al. beschreiben in ihrer Studie, dass Frauen im medizinischen Bereich benachteiligt werden, wenn es um die Besetzung von Führungspositionen geht, und zwar sowohl in der Klinik als auch in der Forschung und der Verwaltung. Als Ursache haben sie mehrere Faktoren herausgearbeitet. Es gibt die Vorurteile, dass Frauen an Führungspositionen nicht interessiert seien und nicht über Führungskompetenzen verfügten (Burgess et al. 2012). Diese Vorurteile werden noch verstärkt, wenn viele Frauen in einem beruflichen Umfeld in untergeordneten Positionen arbeiten. Wenn Frauen diesen Vorurteilen nicht entsprechen, sondern Eigenschaften zeigen, welche vorrangig dem männlichen Geschlecht zugeordnet werden, wie zum Beispiel Durchsetzungsstärke, Bestimmtheit und zielorientiertes Handeln, werden Frauen als unsympathisch und herrschsüchtig bezeichnet (Burgess et al. 2012). Die Wirkung dieser Vorurteile kann eine Bedrohung durch Stereotype zur Folge haben, sodass Frauen in ihrer Leistung unter ihren Möglichkeiten bleiben. Kommen außerdem Sexismus, Diskriminierung und Belästigung hinzu, kann dieses Phänomen noch verstärkt werden (Burgess et al. 2012).

In einer Studie über Homophobie unter Ärzten wurde beobachtet, dass es eine Feindseligkeit gegenüber Schwulen und Lesben unter Ärzten gibt (Rose 1994). Als Vorurteile wurden zum Beispiel herausgearbeitet, dass Homosexualität nicht normal sei und dass man sich schämen müsse schwul zu sein. Homosexuelle Ärzte klagten, dass sie sich durch die Vorurteile ihrer Kollegen gestresst fühlten. Dies führte dazu, dass viele homosexuelle Ärzte ihre sexuelle Orientierung verheimlichten aus Angst, dass es ihre Karriere beeinträchtigen würde. Viele der heterosexuellen Mediziner wussten um diese Vorurteile. Dennoch wurden im täglichen

Miteinander oftmals homophobe Bemerkungen fallen gelassen, nicht nur untereinander, sondern auch Studierenden gegenüber (Rose 1994). In einer neueren Studie über das Verhalten von Medizinstudenten gegenüber Schwulen ist festgestellt worden, dass weiterhin negative Vorurteile gegenüber Homosexuellen existieren (Matharu et al. 2012). Besonders ausgeprägt sind diese bei männlichen Studierenden sowie bei Studierenden unter 25 Jahren. Im Verlauf der Ausbildung wandelt sich die Sicht dieser Gruppen jedoch zunehmend, mündend in einem vorurteilsfreieren Verhalten gegenüber Homosexuellen (Matharu et al. 2012).

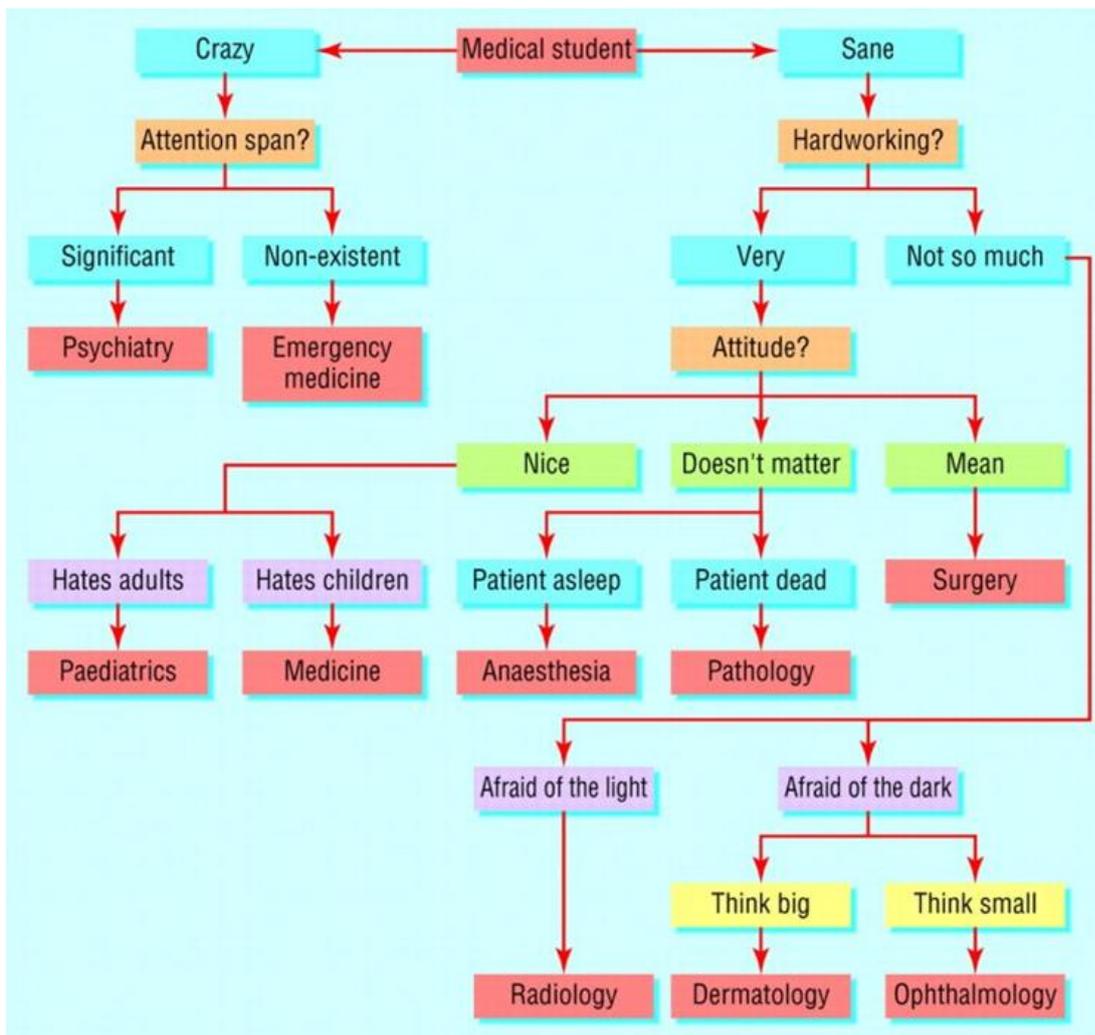
Sowohl bei Ärzten als auch bei Medizinstudierenden ist untersucht worden, dass Witze auch auf Kosten von Patientinnen und Patienten in Form von abfälligem oder gar zynischem Humor gemacht werden (Wear et al. 2006, Wear et al. 2009). Die am häufigsten betroffene Patientengruppe war hierbei die der adipösen Patienten. Auch Patienten, deren Krankheit als Konsequenz ihres eigenen Handelns betrachtet wurde, was zum Beispiel bei Rauchern, Alkoholikern und Drogenabhängigen der Fall war, standen im Fokus solchen Humors, ebenso psychiatrische Patienten (Wear et al. 2006, Wear et al. 2009). Da Medizinstudierende einen großen Teil ihrer Ausbildung im Krankenhaus verbringen, geschieht es zwangsläufig, dass auch sie mit Witzen und Vorurteilen in Kontakt kommen. Es wurde schon Jahrzehnte zuvor beobachtet, dass Medizinstudierende während ihrer Ausbildung immer zynischer werden (Eron 1958). Zu diesem Ergebnis gelangten auch Wolf et al. in einer späteren Studie (Wolf et al. 1989). Darüber hinaus wurde festgestellt, dass Assistenzärzte und Oberärzte am häufigsten die Initiatoren von Witzen und Vorurteilen sind (Wear et al. 2006).

## **1.2 Wahl der Fachrichtung und Orientierungshilfen**

Spätestens nach dem Praktischen Jahr (PJ) müssen sich Medizinstudierende über ihren weiteren beruflichen Werdegang Gedanken machen. Entweder beginnen sie ihre ärztliche Weiterbildung in einer bestimmten Fachrichtung oder sie schlagen einen Karriereweg außerhalb der Facharztkarriere ein. Diese Entscheidung kann von verschiedenen Faktoren beeinflusst werden. So können zum Beispiel die klinischen Erfahrungen, die Studierende während ihrer Famulaturen, des PJ sowie beim Unterricht am Krankenbett (UaK) durch das Mitgehen mit Ärzten der jeweiligen Fachbereiche sammeln, zu einem gesteigerten Interesse an einer Fachrichtung beitragen und somit Einfluss auf die spätere Wahl einer Fachrichtung haben (Scott et al. 2007). Die klinischen Erfahrungen führen nicht nur zu einem gesteigerten Interesse, sondern auch zu einem besseren Verständnis der Fachrichtungen und zu einer realistischeren Erwartung an die Tätigkeit in einem medizinischen Gebiet (Kitsis und Goldsammler 2013). Neben den fachlichen Interessen spielen auch die bis dahin gesammelten persönlichen Eindrücke eine große Rolle. Vorbilder haben die größte Bedeutung

bei der Wahl der Facharzttrichtung (Stahn und Harendza 2014, Ravindra und Fitzgerald 2011). In Großbritannien absolvieren Studierende nach Abschluss der Medical School ein zweijähriges, sogenanntes „Foundation Training“, in dem sie die Möglichkeit erhalten, mehrere Fachrichtungen kennenzulernen, bevor sie eine Fachrichtung wählen. Für die Wahl einer Fachrichtung nach Abschluss dieser zweijährigen Arbeitsphase wurde als bedeutendster Einflussfaktor die klinische Erfahrung in einem Fachgebiet ermittelt, gefolgt von der Prägung durch Vorbilder sowie der Betreuung durch leitende Kollegen (Woolf et al. 2015). Aber auch Stereotype scheinen einen Einfluss bei der Fachrichtungswahl zu haben. Es konnte gezeigt werden, dass bei der Entscheidung für die Chirurgenkarriere negative Stereotype angehende Ärzte von dieser Facharztwahl abhalten können (Hill et al. 2014). Im Jahr 2014 waren in Deutschland ca. 365.000 Ärzte tätig, davon ca. ein Drittel ohne Gebietsbezeichnung. Mit etwa 19% stellen die Internisten die größte Gruppe aller Fachärzte dar (Bundesärztekammer 2015b). Die meisten Absolventinnen und Absolventen eines Humanmedizinstudiums beginnen eine Facharztausbildung. Nur ca. 0,7% der berufstätigen Ärzte waren im Jahr 2014 berufsfremd tätig (Bundesärztekammer 2015a). Die Wahl der richtigen Fachrichtung für die Facharztausbildung kann eine herausfordernde Aufgabe für Medizinstudierende sein. Es gibt eine sehr große und stetig steigende Zahl an Fachrichtungen, die Studierenden haben jedoch nur wenige Informationen und kaum Erfahrungen als Entscheidungsgrundlage für diese Wahl. Folglich beeinflussen auch Vorurteile die Entscheidung (Xu 2011). Als Orientierungshilfe bieten einige Universitäten ihren Medizinstudierenden „career-development courses“ oder ähnliche Programme, die oft schon in der vorklinischen Phase beginnen, an (Navarro et al. 2011, Zink et al. 2007). An der Ludwig-Maximilians-Universität München wurde bereits mehrfach das sogenannte „FacharztDuell“ als aktive Karriereberatung durchgeführt, bei dem Ärzte verschiedener Fachgebiete anhand vorher durch Studierende anonym eingereicherter Fragen miteinander diskutieren, was von 77,8% der teilnehmenden Medizinstudierenden als hilfreich für die spätere Facharzt- oder Berufswahl bewertet wurde (Welbergen et al. 2014).

Neben der Teilnahme an universitären Beratungsveranstaltungen suchen Studierende auch Informationen und Empfehlungen im Internet auf Medizinportalen und Foren. Hier stellen Studierende ihre Fragen, tauschen ihre Erfahrungen aus und beraten einander. Ein scherzhafter Algorithmus als Entscheidungshilfe zur Facharztwahl, „Physician, know thyself“ (Abbildung 1a), welcher 2005 von einem Assistenzarzt der Yale School of Medicine entwickelt wurde (Veysman 2005), ist inzwischen auf vielen Medizinerforen, auch in abgewandelter Form, sowohl in deutscher als auch englischer Sprache zu finden. Dieser Algorithmus basiert auf „scheinbar charakteristischen“ Persönlichkeitsmerkmalen von Fachärzten verschiedener Gebiete und soll bei der Wahl einer Fachrichtung helfen. In der ersten Publikation beinhaltete der Algorithmus nur „Empfehlungen“ für 10 Facharzttrichtungen (Veysman 2005).



**Abbildung 1a:** Algorithmus für die Wahl der Fachrichtung (Veysman 2005)

Sowohl Assistenzärzte als auch Studierende haben angegeben, dass sich in der Zuordnung von Persönlichkeitseigenschaften zu den jeweiligen Facharztgruppen dieses Algorithmus durchaus ein gewisses Maß an Wahrheit findet (Veysman 2005). Im Jahr 2011 wurde ein auf 18 Fachrichtungen erweiterter Algorithmus (Abbildung 1b) auf einer „Professional Networking Website“ (DoctorsHangout 2011) für Ärzte und Studierende hochgeladen. Viele in den Algorithmen genannte Persönlichkeitseigenschaften sind nicht schmeichelhaft. Es bleibt offen, ob dort einfach nur lustige Stereotype dargestellt, verbreitete Vorurteile gefördert oder gar versteckte, unvoreilhaftige Wahrheiten über Ärzte, die eine bestimmte Facharzttrichtung wählen, enthüllt werden.

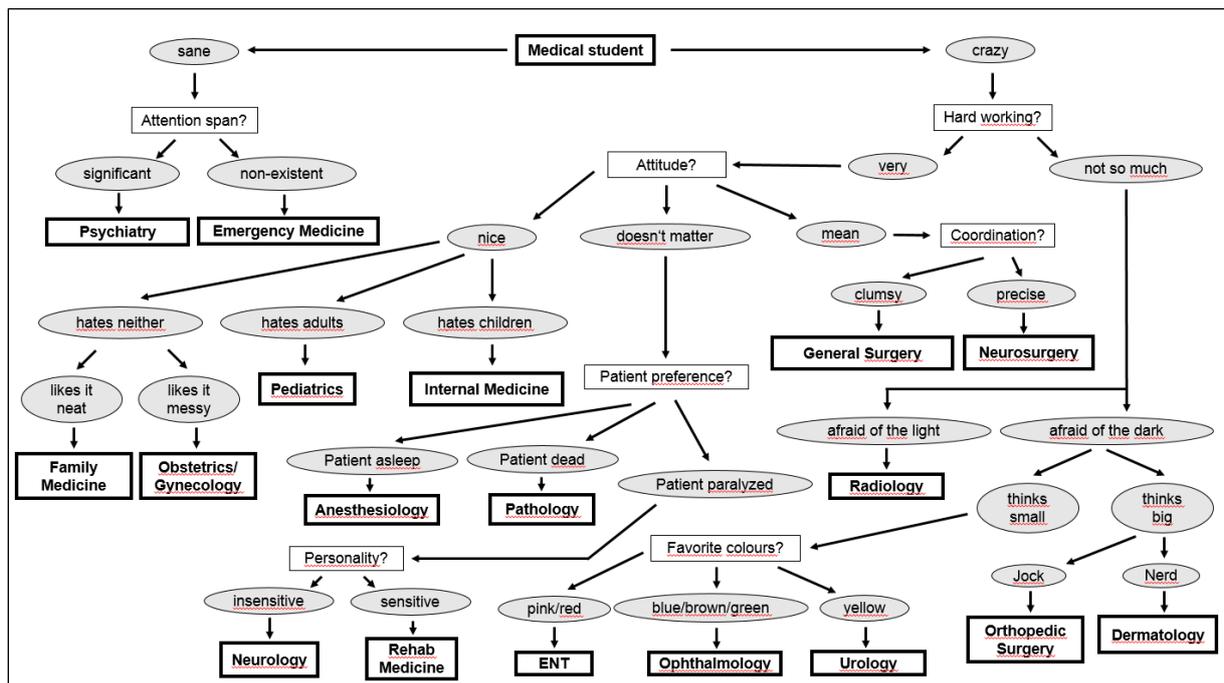


Abbildung 1b: Erweiterter Algorithmus für die Wahl der Fachrichtung (adaptiert nach DoctorsHangout 2011)

### 1.3 Witze über Ärzte und ihr Einfluss auf Medizinstudierende

Mit einer Sammlung von Witzen über die medizinische Profession in sozialen Netzwerken konnte gezeigt werden, dass Witze als Transportmittel von Stereotypen dienen, mit denen Ärzte und zum Teil auch Medizinstudierende unvoreteilhaft charakterisiert werden (Maurin et al. 2014, Davis et al. 2014). Auch Medizinstudierende selbst hegen Vorurteile auf humoristische Art gegenüber medizinischen Fachrichtungen in ihren Veröffentlichungen (Aggarwal et al. 2003, Aggarwal und Bhagirath 2004, Aggarwal und Bhagirath 2006). Solche Witze können möglicherweise zu einem abnehmenden Ansehen von Ärzten beitragen (Pescosolido et al. 2001). Gutmann und Salzman haben die Hypothese aufgestellt, dass Witze über verschiedene Fachrichtungen – auch wenn sie als harmlos betrachtet und Medizinstudierenden erzählt werden – zur Verbreitung negativer Stereotype beitragen und möglicherweise die Wahrnehmung sowie die Interaktion von Medizinstudierenden mit Ärzten der unterschiedlichen Fachrichtungen beeinflussen können (Gutmann und Salzman 1999). Sie haben zudem Bedenken geäußert, dass negative Stereotype, die auch von Ärzten im Studentenunterricht verbreitet werden, Medizinstudierende veranlassen könnten, solche mit negativen Klischees besetzten Fachrichtungen nicht zu wählen (Gutmann und Salzman 1999). Diese Beobachtungen werden unterstützt durch eine qualitative Studie, welche Stereotype ermittelt hat, die brasilianische Assistenzärzte gegenüber Internisten und Chirurgen hegten

(Bellodi 2004). Aufgrund der Kenntnis solcher negativen Gruppenstereotype kann die Sorge entstehen, dass diese auf einen selbst zutreffen könnten, wenn man sich für eine solche Fachrichtung entscheidet (Steele 1997, Gutmann und Salzman 1999).

In einer Studie über die Wahrnehmung von Chirurgen und der Karriere als Chirurg wird die Vermutung, dass negative Stereotype von der Wahl einer Fachrichtung abschrecken können, unterstützt (Hill et al. 2014). Es sind folgende Vorurteile von Medizinstudierenden gegenüber Chirurgen ermittelt worden, welche diese davon abhalten können, sich für diese Fachrichtung zu entscheiden. Ein Chirurg muss selbstbewusst, einschüchternd, kompetitiv, männlich und bereit sein für seinen Beruf viel aufzugeben, zum Beispiel auf eine ausgeglichene Work-Life-Balance zu verzichten. Ein weiteres Vorurteil ist, dass die genannten Eigenschaften alle von einer Person erfüllt sein müssen, um in der Domäne Chirurgie erfolgreich sein zu können. Wer von diesem stereotypen Schema abweicht, muss deutlich bessere Leistungen erbringen als die Kollegen (Hill et al. 2014). In einer Studie über die Sicht Medizinstudierender auf die Karriere als Internist wurde gezeigt, dass die Erwartung hoher Arbeitsbelastung, schwieriger Patienten und im Vergleich zu anderen Fachrichtungen geringerer Gehälter abschreckend wirkt (Schwartz et al. 2011). Die Psychiatrie ist durch negative Stereotype in Bezug auf Psychiater und psychiatrische Patienten ebenfalls betroffen (Stuart et al. 2015, Lyons und Janca 2015). Auch Stereotype in Witzen könnten zu einer negativen Wahrnehmung von Fachrichtungen beitragen, was dazu führen könnte, dass Studierende diese Fachrichtungen weniger häufig für die ärztliche Weiterbildung wählen. Das könnte in der Folge zu einer Unterversorgung in diesen Bereichen führen. Rheumatologen haben bereits 2010 einen Mangel von Assistenzärzten in ihrem Fachgebiet vorhergesagt (Zborovski et al. 2010). Da Witze zur Verbreitung negativer Stereotype beitragen (Gutmann und Salzman 1999), ist es interessant zu untersuchen, wie medizinische Fachrichtungen in Witzen stereotypisiert werden und ob und wie Medizinstudierende in den unterschiedlichen Phasen des Studiums diese Stereotype bestimmten Fachrichtungen zuordnen.

## **2 Arbeitshypothese und Fragestellung**

### **2.1 Hypothese**

Im klinischen Alltag wird deutlich, dass es Vorurteile gegenüber einzelnen Facharztgruppen gibt. Bisher ist unklar, wann sich diese entwickeln. Es ist zu vermuten, dass mit fortschreitender medizinischer Ausbildung und mehr klinischer Erfahrung im Medizinstudium Ärzten verschiedener Fachrichtungen bestimmte Eigenschaften zugeschrieben werden, die sich in Stereotype wandeln und in Witzen übertrieben dargestellt werden.

### **2.2 Fragestellung**

In dieser Arbeit sollen daher folgenden Fragen beantwortet werden:

1. Welche Eigenschaften werden Ärzten verschiedener Fachrichtungen in Witzen zugeschrieben?
2. Welche dieser Eigenschaften werden zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Medizinstudium welchen Fachrichtungen zugeordnet?
3. Gibt es Unterschiede in der Zuordnung der Eigenschaften zu unterschiedlichen Fachrichtungen zwischen männlichen und weiblichen Studierenden?
4. Wie kongruent ist die Zuordnung der Eigenschaften zu einer Fachrichtung durch die Befragten im Vergleich mit der vom Verfasser festgelegten Zuordnung der Eigenschaften aus den Witzen?

## **3 Material und Methoden**

### **3.1 Recherche zu Witzen über ärztliche Fachrichtungen**

Mit Hilfe einer Internetrecherche wurden im Zeitraum von August bis Oktober 2013 Witze über ärztliche Fachrichtungen in deutscher und englischer Sprache zusammengetragen. Das einzige Auswahlkriterium bestand darin, dass mindestens eine ärztliche Fachrichtung pro Witz vorkommen musste. Es wurde die Google-Suchmaschine verwendet und es wurden nur öffentlich zugängliche Internetseiten angeschaut. Als Schlagworte wurden die Begriffe „Arztwitze/doctor jokes“ oder „Witze/jokes“ in Kombination mit den am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) vertretenen ärztlichen Fachrichtungen (auf Deutsch oder Englisch) verwendet. Wenn auf einer Internetseite, die mit diesen Schlagworten gefunden werden konnte, Links zu weiteren Internetseiten mit Witzen über ärztliche Fachrichtungen angezeigt wurden, wurden auch diese in die Recherche einbezogen. Die Suche wurde beendet, als immer wieder die gleichen Witze auf unterschiedlichen Webseiten gefunden wurden und mit dieser Suchstrategie keine Witze mehr mit neuen Inhalten zu ärztlichen Fachrichtungen gefunden wurden.

Bei der Internetrecherche wurden insgesamt 167 Arztwitze mit mindestens einer Fachrichtung identifiziert, von denen 152 inhaltlich unterschiedlich waren, davon 83 in deutscher und 69 in englischer Sprache (Anhang 9.1). Dabei kamen folgende 19 Fachrichtungen in diesen Witzen vor: Allgemeinchirurgie (57x), Psychiatrie (33x), Gynäkologie (23x), Orthopädie (18x), Anästhesie (16x), Innere Medizin (16x), Pathologie (8x), Radiologie (8x), Herzchirurgie (6x), Neurologie (6x), Plastische Chirurgie (6x), Augenheilkunde (5x), Dermatologie (5x), Allgemeinmedizin (4x), Urologie (4x), Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO) (3x), Kardiologie (3x), Proktologie (3x) und Neurochirurgie (2x). Sprachlich ist in allen Witzen die männliche Form verwendet worden. Daher werden die Fachrichtungen auch in dieser Arbeit mit der männlichen Version beschrieben.

### **3.2 Auswahl der für die weitere Analyse verwendeten Fachrichtungen**

In die weitere Analyse wurden nur Fachrichtungen einbezogen, die in mehr als 10 Witzen erwähnt wurden. Obwohl 23 Witze aus dem Bereich der Gynäkologie gesammelt wurden, wurde diese Fachrichtung aus der weiteren Analyse ausgeschlossen, da die Pointen der meisten dieser Witze sich auf Patientinnen und deren zu untersuchende Körperregionen bezogen sowie Anspielungen auf sexuelle Handlungen enthielten. So ergaben sich fünf

Fachrichtungen (Allgemeinchirurgie, Anästhesie, Innere Medizin, Orthopädie, Psychiatrie), die in einer ausreichenden Zahl von Witzen erwähnt und denen verschiedene Eigenschaften zugeschrieben wurden.

### **3.3 Analyse und Festlegung der Kerneigenschaften pro Fachrichtung**

Im nächsten Schritt wurden die 107 Witze, in denen mindestens eine der fünf ausgewählten Fachrichtungen vorkam, auf die jeweils zugeordneten Eigenschaften hin untersucht. Hierfür identifizierten und beschrieben zwei Personen (ein Medizinstudierender und eine Internistin) unabhängig voneinander in den Witzen die Persönlichkeitsmerkmale, die Allgemeinchirurgen, Anästhesisten, Internisten, Orthopäden und Psychiatern zugeschrieben wurden. Die von beiden Personen ermittelten Eigenschaften wurden verglichen und miteinander abgestimmt. Dies war erforderlich, da sie nicht direkt im Witz selbst genannt werden, sondern sich, beispielsweise nur aus der Pointe des Witzes, Rückschlüsse auf die Eigenschaften ergeben haben und somit ein gewisser Wahrnehmungs- und Interpretationsspielraum bestand. In dem Prozess der Ermittlung der Eigenschaften war das Ziel, dass ihre Formulierung allgemein verständlich und von der Personengruppe losgelöst sein sollte. Auf diese Weise wurden in einem ausführlichen Diskussionsprozess 36 Kerneigenschaften definiert und den fünf Fachrichtungen zugeordnet. Folgende Anzahlen von Eigenschaften wurden für die verschiedenen Fachrichtungen identifiziert: Allgemeinchirurgen (7), Anästhesisten (6), Internisten (8), Orthopäden (8) und Psychiater (7). Die Eigenschaften wurden in Aussagen für die Verwendung in einem Fragebogen umformuliert (Tabelle 1).

### **3.4 Entwicklung eines Online-Fragebogens**

Die insgesamt 36 in Aussagen umformulierten Eigenschaften wurden mit Hilfe des Zufallsgenerators (Random.org - List Randomizer 2014) ohne Erwähnung der zugehörigen Fachrichtung in einer zufälligen Reihenfolge angeordnet. Bei jeder dieser Aussagen gab es sechs Kästchen mit folgenden Beschriftungen zur Auswahl: Allgemeinchirurgen, Anästhesisten, Internisten, Orthopäden, Psychiater, keine der genannten. Ein Beispiel des Fragebogens findet sich im Anhang 9.2. Die Teilnehmenden der Umfrage wurden gebeten, jede der 36 Aussagen jeweils der Fachrichtung zuzuordnen, bei der sie der Meinung waren, dass sie am besten zu dieser passe. Wenn keine der Fachrichtungen als zutreffend angesehen wurde, sollte „keine der genannten“ gewählt werden. Dabei durfte je Aussage nur ein Kästchen ausgewählt werden. Der Fragebogen konnte nur abgeschickt werden, wenn bei jeder der 36 Eigenschaften eine Antwort ausgewählt worden war. Des Weiteren wurden

soziodemographische Angaben über das Alter, das Geschlecht sowie über das aktuelle Semester der Teilnehmenden erfasst.

<b>Eigenschaften je Fachrichtung</b>	<b>Anzahl Witze pro Eigenschaft</b>
<b>Allgemeinchirurgen</b> ... haben ein überdurchschnittliches Interesse an einem hohen Einkommen. ... handeln erst, denken später. ... sind selbstverliebt. ... sind autoritär und kommandieren andere herum. ... sind entschlossfreudig. ... haben ein ausgeprägtes Hierarchiedenken. ... schauen selten in die Patientenakte.	13 12 11 9 6 5 1
<b>Anästhesisten</b> ... haben dauernd Pause. ... scheinen oft untätig zu sein. ... sind ein bisschen „schwer von Begriff“. ... betrachten Patienten nur nach „Schema“. ... halten Patienten am Leben. ... machen strapaziöse Behandlungen mit den Patienten.	5 5 4 3 2 1
<b>Internisten</b> ... heilen kaum. ... halten sich für besonders intelligent. ... sind die Denker unter den Ärzten ... wägen alles immer ab. ... sind wenig entscheidungsfreudig. ... sind zögerlich und abwartend. ... wissen viel, können aber wenig. ... halten Geld für relativ bedeutungslos.	9 8 6 6 3 3 2 1
<b>Orthopäden</b> ... wissen wenig, das über ihre Fachrichtung hinausgeht. ... arbeiten wenig mit dem Kopf. ... lesen wenig nach. ... arbeiten körperlich hart. ... brauchen meist länger als sie ankündigen. ... ziehen Diagnosen von anderen Fachrichtungen kaum in Betracht. ... benutzen selten Laborwerte. ... sehen gut aus und sind körperlich fit.	17 16 4 2 2 2 1 1
<b>Psychiater</b> ... nehmen Äußerungen von anderen sehr genau. ... sind empathisch und verständnisvoll. ... haben teilweise dieselben Probleme wie ihre Patienten. ... schätzen den Erfolg ihrer Behandlung manchmal falsch ein. ... können nur heilen, wenn der Patient mitmacht. ... entschuldigen sich viel. ... paraphrasieren häufig, ohne wirklich zu antworten.	11 7 5 5 2 1 1

**Tabelle 1:** Eigenschaften je Fachrichtung und die Häufigkeit ihrer Nennung in den ausgewählten 107 Witzen

### **3.5 Durchführung der Befragung**

Im Mai 2014 wurden 999 Medizinstudierende der Universität Hamburg der Semester 1 (S1, n=391), Semester 7 (S7, n=407) und des Praktischen Jahres (PJ, n=201) per E-Mail mit einem Link zu dem Fragebogen angeschrieben. Die Studierenden wurden darüber informiert, dass es das Ziel der Umfrage war, ihre Meinung über Eigenschaften von Ärzten verschiedener Fachrichtungen zu ermitteln. Die Teilnahme an der Umfrage war anonym und freiwillig. Mit dem Ausfüllen des Fragebogens gaben die Studierenden ihr Einverständnis für die Verwendung ihrer Angaben. Die Studie wurde in Übereinstimmung mit der Deklaration von Helsinki durchgeführt und ein Mitglied der Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg bestätigte die Unbedenklichkeit des Studienprotokolls.

### **3.6 Auswertung der Umfrage**

Das Ergebnis der Umfrage wurde als Excel-Datei aus dem Moodle-System geliefert und ausgewertet. Die Eigenschaften waren in der Reihenfolge des Fragebogens angeordnet, also völlig frei verteilt nach dem Zufallsprinzip. Im ersten Schritt erfolgte eine neue Sortierung der Daten. Die Eigenschaften wurden gemäß der Tabelle 1 der erwarteten Fachrichtung zugeordnet. Innerhalb der Fachrichtung wurden sie nach der Häufigkeit der Nennung in den Witzten in eine Reihenfolge gebracht. Des Weiteren erfolgte die Darstellung der Fachrichtungen alphabetisch. Wie oben beschrieben gab es je Aussage sechs Antwortmöglichkeiten: die Zuordnung zu einer der fünf Fachrichtungen oder die Antwort „keine der genannten“.

### **3.7 Statistische Analyse**

Für die statistische Analyse wurde IBM SPSS Statistics 22.0 (SPSS Inc, Chicago, USA) verwendet. Es wurden nur Teilnehmende mit einem vollständigen Datensatz einbezogen. Die Ergebnisse der Umfrage wurden in Prozent zur Gesamtzahl der Teilnehmenden angegeben und sie wurden je Fachrichtung sowie je Semestergruppe als Mittelwerte berechnet. Die Ergebnisse wurden dann auf die Normalverteilung hin überprüft, welcher sie entsprachen. Zur Untersuchung, inwieweit es Unterschiede bezüglich der fachrichtungskongruenten Zuordnung gab, wurde eine univariate Varianzanalyse (ANOVA) durchgeführt. Die Einflussvariablen waren Fachrichtung, Geschlecht, Semestergruppe und die abhängige Variable war die kongruente Antwort. Dabei war das Signifikanzniveau auf  $\alpha=0,05$  festgelegt. Bei dieser Untersuchung zeigte sich, dass es weder eine signifikante Dreifachinteraktion noch eine

signifikante Interaktion zwischen Geschlecht und Semestergruppe gab. Es offenbarten sich signifikante Interaktionen von Fachrichtung und Geschlecht sowie Fachrichtung und Semestergruppe, weshalb die einzelnen Effekte nicht mehr interpretierbar waren. Folglich wurden die signifikanten Interaktionen genauer durch die Ermittlung der geschätzten Randmittel bei mehrfachem Mittelwertvergleich und anschließendem Post-Hoc-Test analysiert. Dabei war jeweils die kongruente Erkennung der Items die abhängige Variable. Da es sich um eine explorative Analyse handelt, wurde auf die Bonferroni-Korrektur verzichtet.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Soziodemographische Daten

Von den 999 verschickten Fragebögen sind im Zeitraum von März bis Mai 2014 insgesamt 308 vollständig ausgefüllt worden, 116 von männlichen und 192 von weiblichen Teilnehmenden. Dies entsprach einer Gesamtrücklaufquote von 30,8 %, welche sich wie folgt auf die verschiedenen Semestergruppen verteilte (Tabelle 2).

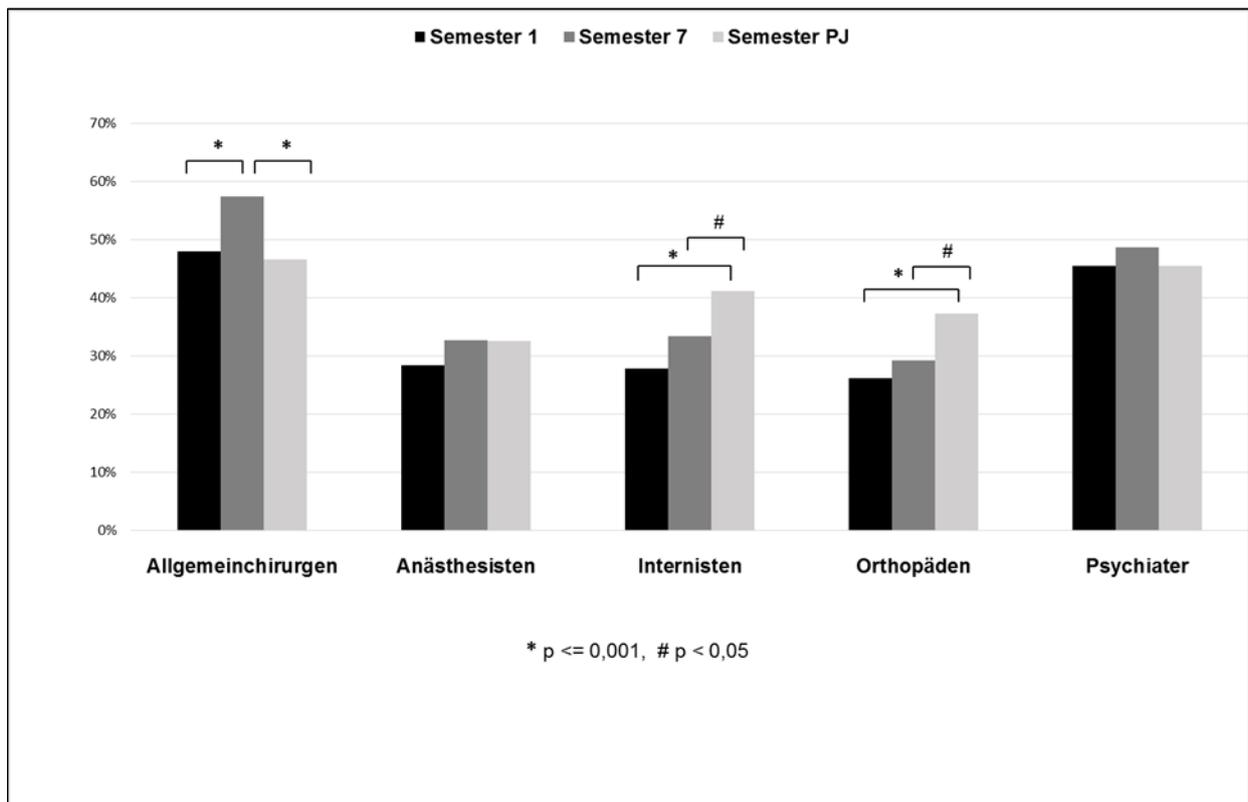
<b>Teilnehmende</b>	<b>gesamt</b>	<b>männlich</b>	<b>weiblich</b>	<b>Rücklaufquote</b>
Semestergruppe S1	124	47	77	31,7 %
Semestergruppe S7	123	50	73	30,2 %
Semestergruppe PJ	61	19	42	30,3 %
<b>Gesamt</b>	<b>308</b>	<b>116</b>	<b>192</b>	<b>30,8 %</b>

**Tabelle 2:** Teilnehmende und Rücklaufquote

### 4.2 Fachrichtungskongruente Zuordnung der Eigenschaften zu unterschiedlichen Zeitpunkten des Medizinstudiums

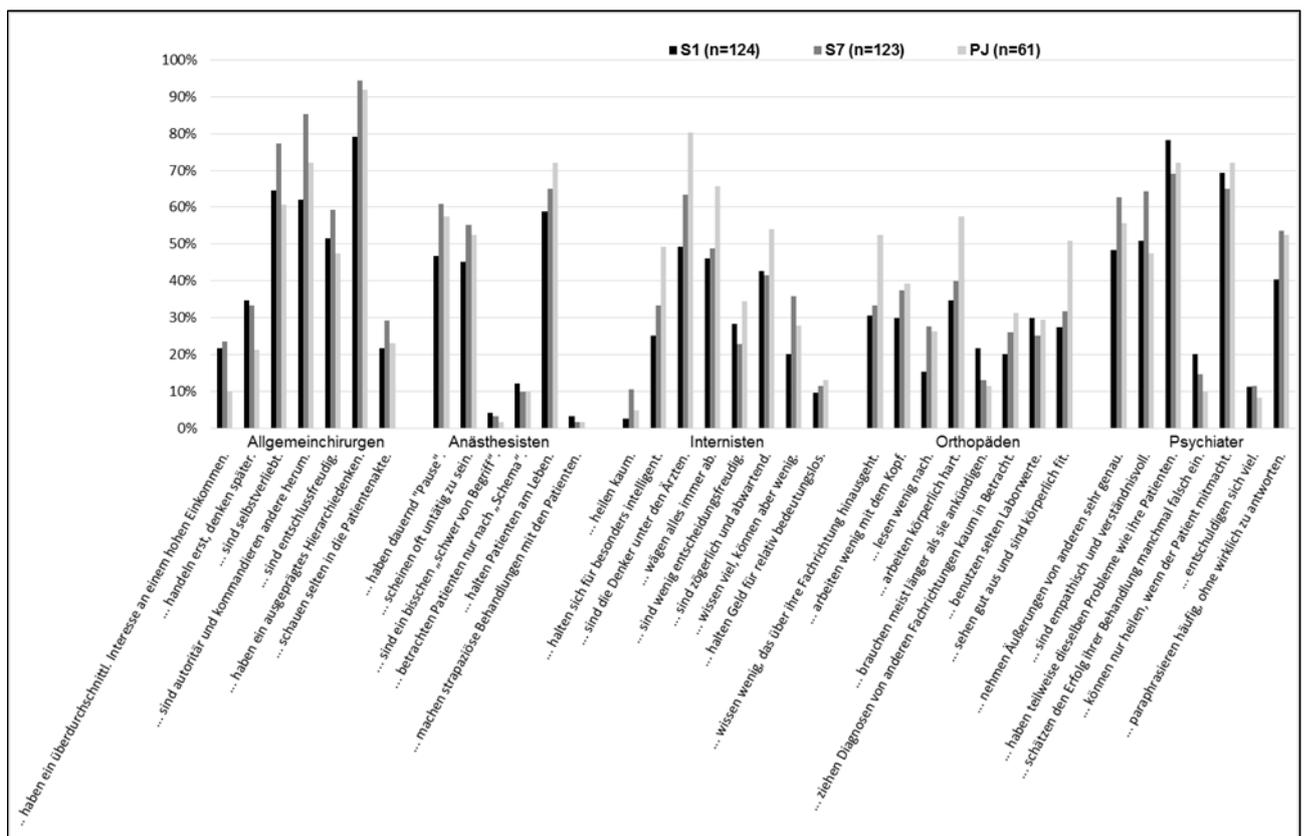
Eine kongruente Zuordnung bedeutet, dass die Befragten eine Eigenschaft genau der Fachrichtung zugewiesen haben, die gemäß Analyse der gesammelten Witze als dieser Fachrichtung zugeschrieben festgelegt worden war (Tabelle 1). Eine inkongruente Eigenschaft bedeutet, dass eine Eigenschaft einer anderen als der gemäß der Witzanalyse passenden Fachrichtung zugewiesen wurde. War der Befragte der Meinung, dass eine Eigenschaft auf keine der zur Auswahl stehenden Fachrichtungen passte, dann war „...keine der genannten“ angekreuzt worden. Hierbei handelt es sich dann um eine neutrale Zuordnung. Insgesamt finden sich bei den Allgemeinchirurgen und bei den Psychiatern über alle Semestergruppen die höchsten Anteile einer kongruenten Zuordnung der Eigenschaften, bei den Anästhesisten und Orthopäden die niedrigsten (Abbildung 2). Bei den Allgemeinchirurgen findet sich eine signifikant kongruentere Gesamtzuordnung der Eigenschaften für Semestergruppe S7 im Vergleich zu Semestergruppe S1 ( $p < 0,001$ ) und zu Semestergruppe PJ ( $p < 0,001$ ). Bei den

Internisten unterscheidet sich die Semestergruppe PJ mit einer kongruenten Gesamtzuordnung signifikant von der Semestergruppe S7 ( $p=0,005$ ) und von der Semestergruppe S1 ( $p<0,001$ ). Bei den Orthopäden unterscheidet sich die Semestergruppe PJ signifikant von der Semestergruppe S7 ( $p=0,006$ ) und von der Semestergruppe S1 ( $p<0,001$ ). Bei den Anästhesisten und Psychiatern gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Semestergruppen.



**Abbildung 2:** Semesterabhängige kongruente Zuordnung über alle Eigenschaften zu einer Fachrichtung. \* und # zeigen signifikante Unterschiede zwischen den Semestergruppen.

Abbildung 3 zeigt, wie die Studierenden der verschiedenen Semestergruppen die einzelnen Eigenschaften den entsprechenden Fachrichtungen kongruent zugeordnet haben. Tabelle 3 zeigt die Eigenschaften in eine Rangliste gebracht und absteigend sortiert nach der durchschnittlichen kongruenten Zuordnung aller Semestergruppen. Die Eigenschaft, die prozentual (79,0% bis 94,3%, im Durchschnitt 88,4%) am häufigsten von allen Semesterkohorten kongruent zugeordnet wurde, war die Eigenschaft „... haben ein ausgeprägtes Hierarchiedenken“ (Allgemeinchirurgen), gefolgt von „...sind autoritär und kommandieren andere herum“ (ebenfalls Allgemeinchen, 62,1% bis 85,4%, im Durchschnitt 73,2%) sowie der den Psychiatern zugeordneten Eigenschaft „...haben teilweise dieselben Probleme wie ihre Patienten“ (69,1% bis 78,2%, im Durchschnitt 73,2%). Prozentual am seltensten (1,6% bis 3,2%, im Durchschnitt 2,2%) wurde von allen Semestergruppen die Eigenschaft „... machen strapaziöse Behandlungen mit den Patienten“ (Anästhesisten) zugeordnet.



**Abbildung 3:** Kongruente Zuordnung der Eigenschaften je Fachrichtung pro Semestergruppe

<b>Eigenschaften</b>	<b>S1 (n=124)</b>	<b>S7 (n=123)</b>	<b>PJ (n=61)</b>	<b>Durchschnitt</b>
... haben ein ausgeprägtes Hierarchiedenken.	79,0%	94,3%	91,8%	<b>88,4%</b>
... sind autoritär und kommandieren andere herum.	62,1%	85,4%	72,1%	<b>73,2%</b>
... haben teilweise dieselben Probleme wie ihre Patienten.	78,2%	69,1%	72,1%	<b>73,2%</b>
... können nur heilen, wenn der Patient mitmacht.	69,4%	65,0%	72,1%	<b>68,8%</b>
... sind selbstverliebt.	64,5%	77,2%	60,7%	<b>67,5%</b>
... halten Patienten am Leben.	58,9%	65,0%	72,1%	<b>65,3%</b>
... sind die Denker unter den Ärzten.	49,2%	63,4%	80,3%	<b>64,3%</b>
... nehmen Äußerungen von anderen sehr genau.	48,4%	62,6%	55,7%	<b>55,6%</b>
... haben dauernd "Pause".	46,8%	61,0%	57,4%	<b>55,0%</b>
... sind empathisch und verständnisvoll.	50,8%	64,2%	47,5%	<b>54,2%</b>
... wägen alles immer ab.	46,0%	48,8%	65,6%	<b>53,4%</b>
... sind entschlossfreudig.	51,6%	59,3%	47,5%	<b>52,8%</b>
... scheinen oft untätig zu sein.	45,2%	55,3%	52,5%	<b>51,0%</b>
... paraphrasieren häufig, ohne wirklich zu antworten.	40,3%	53,7%	52,5%	<b>48,8%</b>
... sind zögerlich und abwartend.	42,7%	41,5%	54,1%	<b>46,1%</b>
... arbeiten körperlich hart.	34,7%	39,8%	57,4%	<b>44,0%</b>
... wissen wenig, das über ihre Fachrichtung hinausgeht.	30,6%	33,3%	52,5%	<b>38,8%</b>
... sehen gut aus und sind körperlich fit.	27,4%	31,7%	50,8%	<b>36,6%</b>
... halten sich für besonders intelligent.	25,0%	33,3%	49,2%	<b>35,8%</b>
... arbeiten wenig mit dem Kopf.	29,8%	37,4%	39,3%	<b>35,5%</b>
... handeln erst, denken später.	34,7%	33,3%	21,3%	<b>29,8%</b>
... sind wenig entscheidungsfreudig.	28,2%	22,8%	34,4%	<b>28,5%</b>
... benutzen selten Laborwerte.	29,8%	25,2%	29,5%	<b>28,2%</b>
... wissen viel, können aber wenig.	20,2%	35,8%	27,9%	<b>27,9%</b>
... ziehen Diagnosen von anderen Fachrichtungen kaum in Betracht.	20,2%	26,0%	31,1%	<b>25,8%</b>
... schauen selten in die Patientenakte.	21,8%	29,3%	23,0%	<b>24,7%</b>
... lesen wenig nach.	15,3%	27,6%	26,2%	<b>23,1%</b>
... haben ein überdurchschnittliches Interesse an einem hohen Einkommen.	21,8%	23,6%	9,8%	<b>18,4%</b>
... brauchen meist länger als sie ankündigen.	21,8%	13,0%	11,5%	<b>15,4%</b>
... schätzen den Erfolg ihrer Behandlung manchmal falsch ein.	20,2%	14,6%	9,8%	<b>14,9%</b>
... halten Geld für relativ bedeutungslos.	9,7%	11,4%	13,1%	<b>11,4%</b>
... betrachten Patienten nur nach „Schema“.	12,1%	9,8%	9,8%	<b>10,6%</b>
... entschuldigen sich viel.	11,3%	11,4%	8,2%	<b>10,3%</b>
... heilen kaum.	2,4%	10,6%	4,9%	<b>6,0%</b>
... sind ein bisschen „schwer von Begriff“.	4,0%	3,3%	1,6%	<b>3,0%</b>
... machen strapaziöse Behandlungen mit den Patienten.	3,2%	1,6%	1,6%	<b>2,2%</b>

**Tabelle 3:** Rangliste der Eigenschaften mit kongruenter Zuordnung pro Semestergruppe und im Durchschnitt

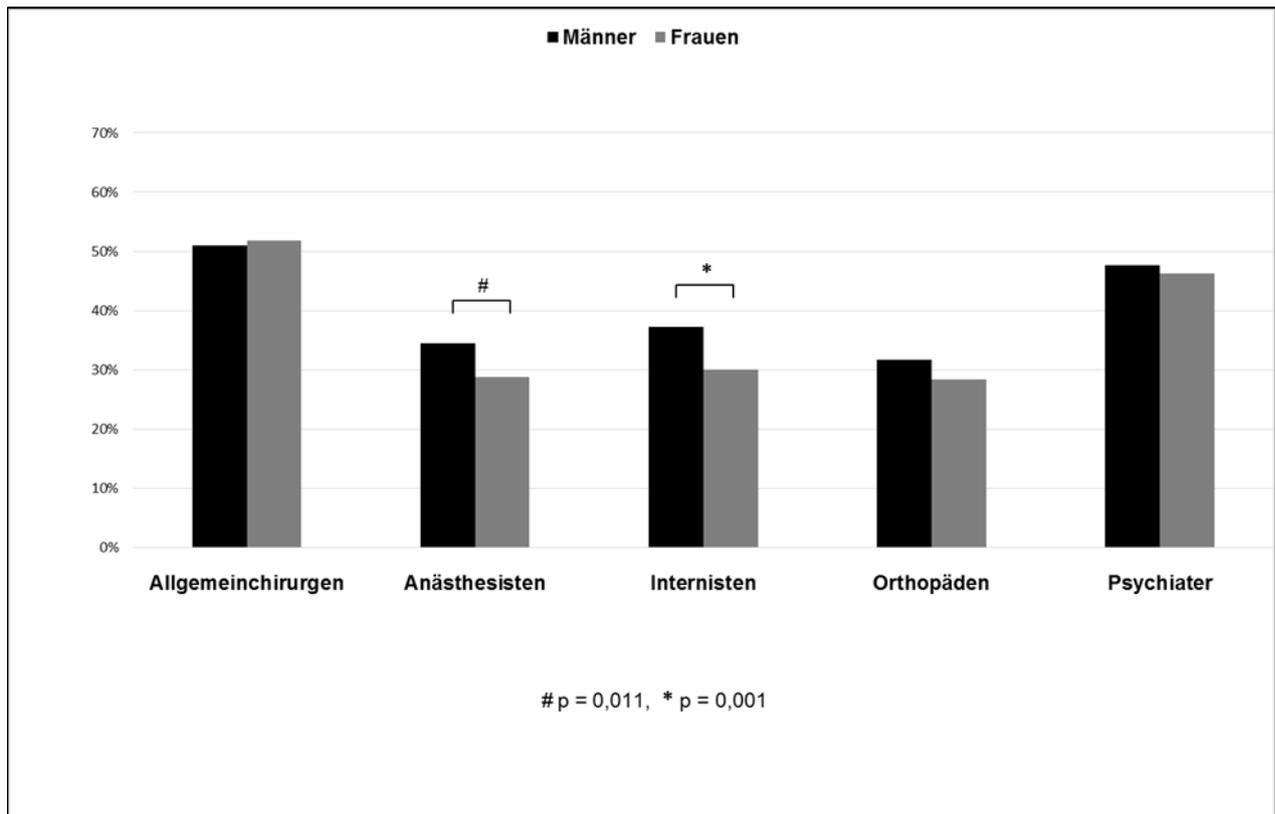
<b>Eigenschaften</b>	<b>S1 (n=124)</b>	<b>S7 (n=123)</b>	<b>PJ (n=61)</b>	<b>S1 PJ Differenz</b>
... sind die Denker unter den Ärzten.	49,2%	63,4%	80,3%	<b>31,1%</b>
... halten sich für besonders intelligent.	25,0%	33,3%	49,2%	<b>24,2%</b>
... sehen gut aus und sind körperlich fit.	27,4%	31,7%	50,8%	<b>23,4%</b>
... arbeiten körperlich hart.	34,7%	39,8%	57,4%	<b>22,7%</b>
... wissen wenig, das über ihre Fachrichtung hinausgeht.	30,6%	33,3%	52,5%	<b>21,8%</b>
... wägen alles immer ab.	46,0%	48,8%	65,6%	<b>19,6%</b>
... halten Patienten am Leben.	58,9%	65,0%	72,1%	<b>13,3%</b>
... haben ein ausgeprägtes Hierarchiedenken.	79,0%	94,3%	91,8%	<b>12,8%</b>
... paraphrasieren häufig, ohne wirklich zu antworten.	40,3%	53,7%	52,5%	<b>12,1%</b>
... sind zögerlich und abwartend.	42,7%	41,5%	54,1%	<b>11,4%</b>
... ziehen Diagnosen von anderen Fachrichtungen kaum in Betracht.	20,2%	26,0%	31,1%	<b>11,0%</b>
... lesen wenig nach.	15,3%	27,6%	26,2%	<b>10,9%</b>
... haben dauernd "Pause".	46,8%	61,0%	57,4%	<b>10,6%</b>
... sind autoritär und kommandieren andere herum.	62,1%	85,4%	72,1%	<b>10,0%</b>
... arbeiten wenig mit dem Kopf.	29,8%	37,4%	39,3%	<b>9,5%</b>
... wissen viel, können aber wenig.	20,2%	35,8%	27,9%	<b>7,7%</b>
... nehmen Äußerungen von anderen sehr genau.	48,4%	62,6%	55,7%	<b>7,4%</b>
... scheinen oft untätig zu sein.	45,2%	55,3%	52,5%	<b>7,3%</b>
... sind wenig entscheidungsfreudig.	28,2%	22,8%	34,4%	<b>6,2%</b>
... halten Geld für relativ bedeutungslos.	9,7%	11,4%	13,1%	<b>3,4%</b>
... können nur heilen, wenn der Patient mitmacht.	69,4%	65,0%	72,1%	<b>2,8%</b>
... heilen kaum.	2,4%	10,6%	4,9%	<b>2,5%</b>
... schauen selten in die Patientenakte.	21,8%	29,3%	23,0%	<b>1,2%</b>
... benutzen selten Laborwerte.	29,8%	25,2%	29,5%	<b>-0,3%</b>
... machen strapaziöse Behandlungen mit den Patienten.	3,2%	1,6%	1,6%	<b>-1,6%</b>
... betrachten Patienten nur nach „Schema“.	12,1%	9,8%	9,8%	<b>-2,3%</b>
... sind ein bisschen „schwer von Begriff“.	4,0%	3,3%	1,6%	<b>-2,4%</b>
... entschuldigen sich viel.	11,3%	11,4%	8,2%	<b>-3,1%</b>
... sind empathisch und verständnisvoll.	50,8%	64,2%	47,5%	<b>-3,3%</b>
... sind selbstverliebt.	64,5%	77,2%	60,7%	<b>-3,9%</b>
... sind entschlossfreudig.	51,6%	59,3%	47,5%	<b>-4,1%</b>
... haben teilweise dieselben Probleme wie ihre Patienten.	78,2%	69,1%	72,1%	<b>-6,1%</b>
... brauchen meist länger als sie ankündigen.	21,8%	13,0%	11,5%	<b>-10,3%</b>
... schätzen den Erfolg ihrer Behandlung manchmal falsch ein.	20,2%	14,6%	9,8%	<b>-10,3%</b>
... haben ein überdurchschnittliches Interesse an einem hohen Einkommen	21,8%	23,6%	9,8%	<b>-11,9%</b>
... handeln erst, denken später.	34,7%	33,3%	21,3%	<b>-13,4%</b>

**Tabelle 4:** Rangliste der Eigenschaften mit der Entwicklung der kongruenten Zuordnung von S1 bis zum PJ

Tabelle 4 zeigt die Unterschiede der Zuordnung der kongruenten Eigenschaften durch die Studierenden während der einzelnen Ausbildungsabschnitte. Der mit Abstand größte Unterschied bei der kongruenten Zuordnung zwischen den Studierenden des 1. Semesters und denen im Praktischen Jahr zeigt sich bei der den Internisten zugeschriebenen Eigenschaft „...sind die Denker unter den Ärzten“ mit einer kongruenteren Zuordnung durch die PJ-Studierenden von 31,1%. Insgesamt gab es sechs Eigenschaften, drei bei den Internisten und drei bei den Orthopäden, die von PJ-Studierenden wesentlich kongruenter zugeordnet wurden. Bei diesen sechs, in der Rangliste führenden Eigenschaften zeigte sich einheitlich ein stetig steigender Unterschied in der kongruenten Zuordnung: „... sind die Denker unter den Ärzten“ (Internisten), „... halten sich für besonders intelligent“ (Internisten), „... sehen gut aus und sind körperlich fit“ (Orthopäden), „... arbeiten körperlich hart“ (Orthopäden), „... wissen wenig, das über ihre Fachrichtung hinausgeht“ (Orthopäden) und „... wägen alles immer ab“ (Internisten). Der höchste negative Unterschied der kongruenten Zuordnung zwischen S1 und PJ fand sich mit 13,4% bei der Eigenschaft „... handeln erst, denken später“ (Allgemeinchirurgen), gefolgt von der Eigenschaft „...haben ein überdurchschnittliches Interesse an einem hohen Einkommen“ (Allgemeinchirurgen) mit 11,9%. Der größte Unterschied bei der kongruenten Zuordnung zwischen den Studierenden des 7. Semesters und denen im praktischen Jahr zeigt sich mit jeweils 19,2% bei den Eigenschaften „... sehen gut aus und sind körperlich fit“ (Orthopäden) und „... wissen wenig, das über ihre Fachrichtung hinausgeht“ (Orthopäden). Der höchste negative Unterschied der kongruenten Zuordnung fand sich bei der Eigenschaft „... sind empathisch und verständnisvoll“ (Psychiater) mit 16,7%, gefolgt von der Eigenschaft „... sind selbstverliebt (Allgemeinchirurgen) mit 16,5%.

### **4.3 Kongruente Zuordnung der Eigenschaften durch Männer und Frauen**

Die folgenden Abbildungen ermöglichen eine Aussage über Unterschiede in der Zuordnung der Eigenschaften durch Männer und Frauen. Abbildung 4 vergleicht die Eigenschaften zusammengefasst je Fachrichtung. Bei den Anästhesisten ordneten Männer die Eigenschaften insgesamt signifikant kongruenter ( $p=0,011$ ) zu als Frauen, bei den Internisten ebenso ( $p=0,001$ ). Auch bei Orthopäden und Psychiatern zeigten Männer prozentual eine kongruentere Zuordnung der Eigenschaften als Frauen. Hier finden sich jedoch keine signifikanten Unterschiede. Bei den Allgemeinchirurgen liegen die kongruenten Zuordnungen von Männern und Frauen bei beiden Gruppen knapp über 50%.



**Abbildung 4:** Geschlechterabhängige, kongruente Zuordnung über alle Eigenschaften einer Fachrichtung, \* und #: signifikante Unterschiede bei der Zuordnung zwischen Männern und Frauen

Abbildung 5 vergleicht die Antworten beider Geschlechter je Eigenschaft. Bei der Eigenschaft „... wissen viel, können aber wenig“ haben die Männer mit einer Abweichung von 15% kongruenter zugeordnet als die Frauen. Bei der Eigenschaft „... sind selbstverliebt“ haben die Frauen mit einer Abweichung von 8% kongruenter geantwortet als die Männer.

Tabelle 5 zeigt den Vergleich der beiden Internisten-Eigenschaften, welche die stärkste Zunahme der Zuordnung während der Ausbildungsphase von Semester S1 bis zum PJ aufweisen. Die Männer haben insgesamt kongruenter zugeordnet als die Frauen. Die Eigenschaft „... halten sich für besonders intelligent.“ wurde seitens der Frauen inkongruenter den chirurgischen Fachrichtungen zugewiesen.



#### 4.4 Kongruente, inkongruente oder neutrale Zuordnung der Eigenschaften über alle Semester

Tabelle 6 zeigt, welche Anzahl von Eigenschaften pro Fachrichtung von der Mehrheit der Befragten kongruent markiert wurde. Das bedeutet, dass die kongruente Zuordnungsrate einer Eigenschaft höher ist als die Zuordnungsrate zu inkongruent oder neutral. 71,4% der den Psychiatern gemäß der Witzanalyse zugewiesenen Eigenschaften (5 von insgesamt 7) wurden von den Befragten kongruent zugeordnet, gefolgt von den Allgemeinchirurgen mit 57,1% (4 von insgesamt 7). Bei den Anästhesisten war es genau die Hälfte (3 von insgesamt 6), gefolgt von den Internisten mit 37,5% (3 von insgesamt 8). Das Schlusslicht bildeten die Eigenschaften der Orthopäden. Hier ist nur eine Eigenschaft zu finden, welche dieser Fachrichtung mehrheitlich von den Befragten kongruent zugeordnet wurde.

Fachrichtung (Anzahl aller Eigenschaften)	Anzahl der von der Mehrheit der Befragten kongruent zugeordneten Eigenschaften (%)
Allgemeinchirurgen (7)	4 (57,1%)
Anästhesisten (6)	3 (50,0%)
Internisten (8)	3 (37,5%)
Orthopäden (8)	1 (12,5%)
Psychiater (7)	5 (71,4%)

**Tabelle 6:** Von der Mehrheit der Befragten kongruent zugeordnete Eigenschaften je Fachrichtung

Tabelle 7 zeigt die Verteilung der Zuordnungen über alle Eigenschaften einer einzelnen Fachrichtung und zwar den Anteil der kongruenten, inkongruenten und neutralen Zuordnungen. Bei den Allgemeinchirurgen war der Anteil der kongruent zugeordneten Antworten mit 51,5% am höchsten, gefolgt von den Psychiatern mit 46,8%. Bei den Orthopäden war der Anteil der inkongruent zugeordneten Antworten mit 45,7% am höchsten, gefolgt von den Anästhesisten mit 42,1%.

Fachrichtung	kongruent	inkongruent	neutral
Allgemeinchirurgen	51,5%	25,0%	23,5%
Anästhesisten	30,9%	42,1%	27,0%
Internisten	32,7%	36,3%	31,0%
Orthopäden	29,6%	45,7%	24,7%
Psychiater	46,8%	28,3%	24,9%

**Tabelle 7:** Prozentuale Zuordnung über alle Eigenschaften einer einzelnen Fachrichtung und Semester

In Tabelle 8 wird auf der Basis aller pro Fachrichtung inkongruent zugeordneten Eigenschaften über alle Semester hinweg die prozentuale Aufteilung auf die Fachrichtungen gezeigt, denen die Eigenschaften stattdessen zugeordnet wurden. Die den Allgemeinchirurgen zugeschriebenen Eigenschaften wurden am häufigsten inkongruent den Orthopäden (64,2%) zugeordnet. Eigenschaften der Anästhesisten wurden am häufigsten den Allgemeinchirurgen (37,6%), Eigenschaften der Internisten am häufigsten den Psychiatern (51,4%), Eigenschaften der Orthopäden am häufigsten den Allgemeinchirurgen (54,2%) und Eigenschaften der Psychiater am häufigsten den Internisten (42,6%) inkongruent zugeordnet.

	Allgemein- chirurgen	Anästhesisten	Internisten	Orthopäden	Psychiater
Allgemein- chirurgen		24,1%	6,9%	64,2%	4,8%
Anästhesisten	37,6%		17,5%	30,1%	14,8%
Internisten	10,9%	28,3%		9,4%	51,4%
Orthopäden	54,2%	9,3%	11,5%		25,0%
Psychiater	20,9%	16,5%	42,6%	20,0%	

**Tabelle 8:** Prozentuale inkongruente Zuordnung zu einer anderen Fachrichtung über alle Semester und Eigenschaften

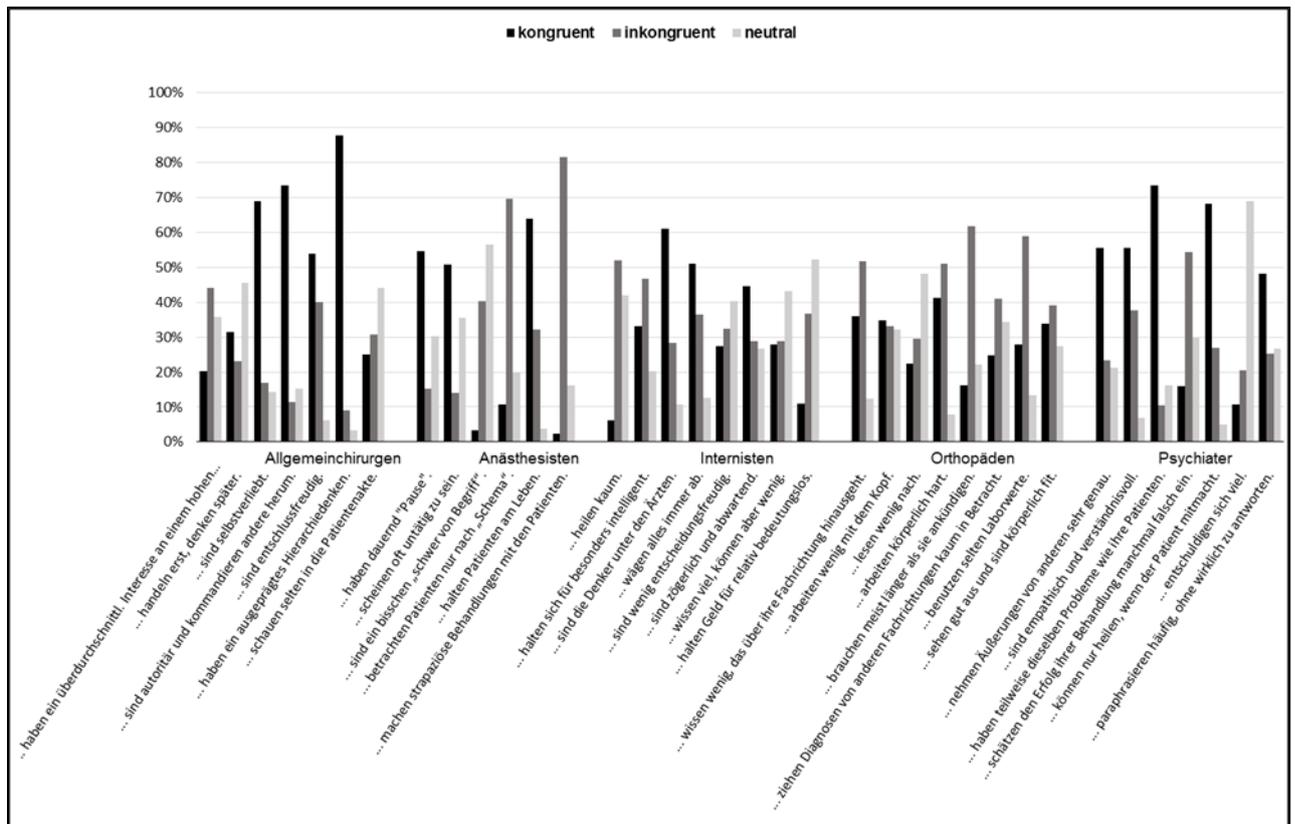
Abbildung 6 zeigt, wie alle Befragten, unabhängig von Geschlecht und Semester, die Eigenschaften den Fachrichtungen zugeordnet haben. In dieser Auswertung wird die Summe der inkongruenten Antworten zu einer Eigenschaft verglichen mit den kongruenten und neutralen Antworten zu dieser Eigenschaft.

Die detaillierte Betrachtung der insgesamt sechzehn Eigenschaften mit mehrheitlich kongruenter Zuordnung ergab folgenden Befund. Bei den Allgemeinchirurgen wurden vier von sieben Eigenschaften mehrheitlich kongruent von den Studierenden zugeordnet, jeweils mit einer Rate größer 50%. Bei den Psychiatern wurden fünf Eigenschaften mehrheitlich kongruent zugeordnet, vier davon jeweils mit einer Rate von über 50% und eine Eigenschaft mit einer Rate von 48,1%. Bei den Anästhesisten wurden drei von sechs Eigenschaften mehrheitlich kongruent zugeordnet, alle mit einer Rate größer 50%. Bei den Internisten wurden drei Eigenschaften mehrheitlich kongruent zugeordnet, zwei mit einer Rate von über 50%, eine Eigenschaft mit einer Rate von 44,5%. Bei den Orthopäden gab es nur eine einzige Eigenschaft, die mehrheitlich kongruent zugeordnet wurde, diese mit einer Rate von 34,8%.

Die detaillierte Betrachtung der insgesamt zwölf Eigenschaften mit mehrheitlich inkongruenter Zuordnung ergab folgenden Befund. Bei den Orthopäden gab es sechs Eigenschaften, die mehrheitlich inkongruent zugeordnet wurden, vier mit einer Rate über 50%. Bei den Anästhesisten wurden zwei der sechs Eigenschaften mehrheitlich inkongruent zugeordnet, beide mit einer Rate größer 50%. Bei den Internisten wurden zwei Eigenschaften mehrheitlich inkongruent zugeordnet, eine mit einer Rate von über 50%. Bei den Psychiatern wurde eine Eigenschaft mehrheitlich inkongruent zugeordnet, diese mit einer Rate über 50%. Bei den Allgemeinchirurgen wurde eine Eigenschaft mehrheitlich inkongruent mit einer Rate unter 50% von den Studierenden zugeordnet.

Die detaillierte Betrachtung der insgesamt acht Eigenschaften mit mehrheitlich neutraler Zuordnung ergab folgenden Befund. Bei den Allgemeinchirurgen wurden zwei Eigenschaften mehrheitlich neutral von den Studierenden zugeordnet, beide mit einer Rate unter 50%. Bei den Internisten wurden drei Eigenschaften mehrheitlich neutral zugeordnet, eine mit einer Rate von über 50%. Bei den Anästhesisten wurde eine Eigenschaft mehrheitlich neutral zugeordnet, mit einer Rate größer 50%. Bei den Orthopäden gab es nur eine einzige Eigenschaft, die mehrheitlich neutral zugeordnet wurde, diese mit einer Rate unter 50%, ebenso gab es bei den Psychiatern nur eine mehrheitlich neutral zugeordnete Eigenschaft, diese mit einer Rate von über 50%. Die am häufigsten semesterübergreifend inkongruent zugeordneten Eigenschaften über alle Fachrichtungen zeigten sich bei den Anästhesisten. An erster Stelle mit einer Rate von 81,5% liegt die Eigenschaft „...machen strapaziöse Behandlungen mit den

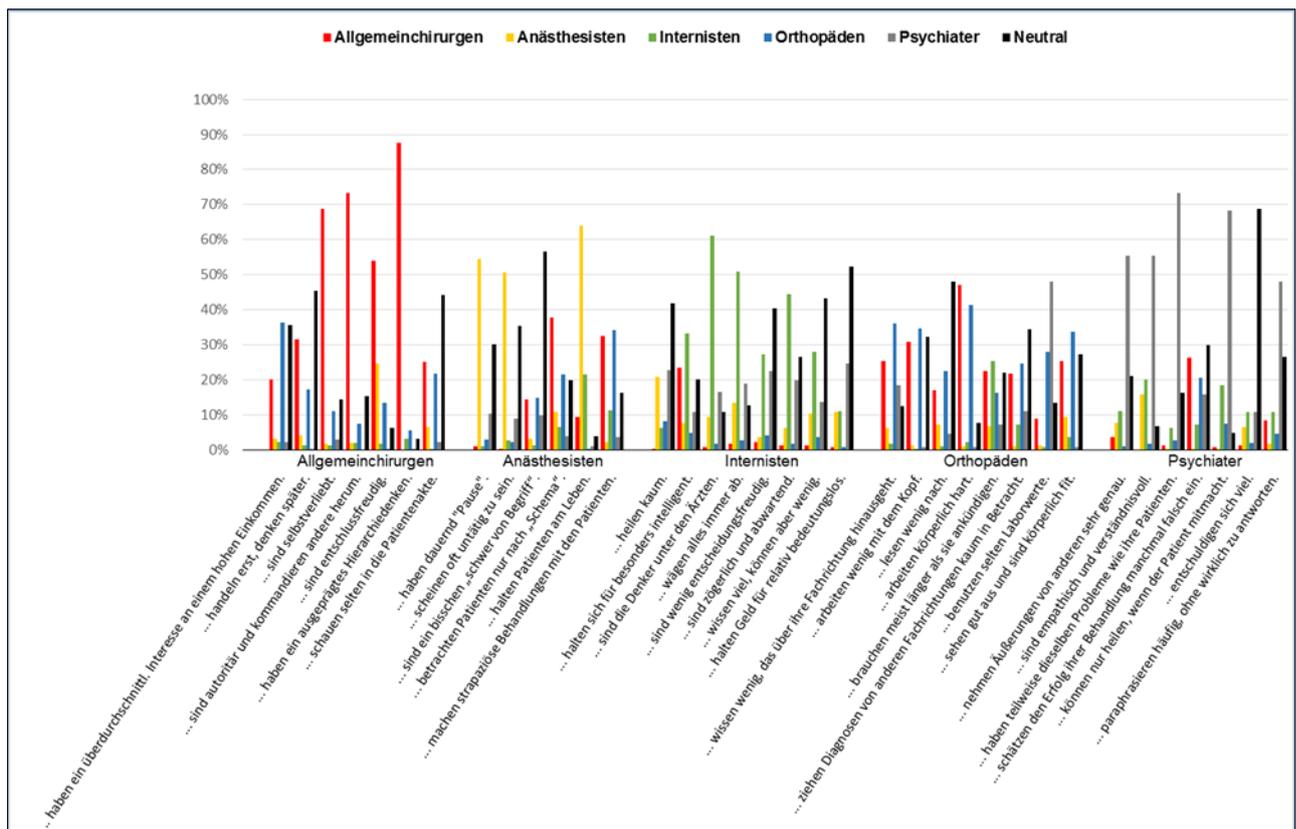
Patienten“, gefolgt von „...betrachten Patienten nur nach „Schema““ mit 69,5%. Bei den drei mehrheitlich neutral zugeordneten Eigenschaften mit einer Zuordnungsrate über 50% handelt es sich um folgende: „...sind ein bisschen „schwer von Begriff““ bei den Anästhesisten, „...halten Geld für relativ bedeutungslos“ bei den Internisten und „...entschuldigen sich viel“ bei den Psychiatern.



**Abbildung 6:** Darstellung der kongruenten, inkongruenten summiert und neutralen Zuordnung der Eigenschaften je Fachrichtung über alle Semester

#### 4.5 Differenzierte Betrachtung der einzelnen Eigenschaften

In Abbildung 7 werden, im Unterschied zu Abbildung 6, die inkongruenten Antworten auf die einzelnen Fachrichtungen verteilt aufgezeigt und untereinander sowie mit den kongruenten und neutralen Antworten verglichen. Unter den insgesamt 36 Eigenschaften finden sich 19, welche mit dem höchsten Anteil der Antworten kongruent angekreuzt worden sind. Sechs Eigenschaften wurden am häufigsten in inkongruenter Weise einer anderen Fachrichtung zugeschrieben. Sowohl bei den Internisten als auch bei den Psychiatern findet sich keine Eigenschaft, die überwiegend einer anderen Fachrichtung inkongruent zugeordnet wurde. Am häufigsten keiner Fachrichtung, also neutral zugeordnet, wurden 11 Eigenschaften. Bei den Internisten war dies bei der Hälfte der Eigenschaften der Fall.



**Abbildung 7:** Prozentuale Zuordnung der Eigenschaften zu den Fachrichtungen und neutral

Die Abbildung 7 zeigt detailliert, welchen Fachrichtungen die einzelnen Eigenschaften jeweils zugeordnet wurden bzw. ob „keine der genannten“ (neutral) angekreuzt wurde. Bei den Eigenschaften der Allgemeinchirurgen ist die am häufigsten inkongruent zugewiesene Eigenschaft „...haben ein überdurchschnittliches Interesse an einem hohen Einkommen“. Diese den Allgemeinchirurgen zugeschriebene Eigenschaft ist diejenige mit der höchsten inkongruenten Zuordnung innerhalb dieser Fachrichtung und wurde zu 36,4% den Orthopäden zugeordnet. Bei den Eigenschaften der Anästhesisten ist die am häufigsten inkongruent zugewiesene Eigenschaft „... betrachten Patienten nur nach „Schema““. Diese Eigenschaft der Anästhesisten ist diejenige mit der höchsten inkongruenten Zuordnung innerhalb dieser Fachrichtung. Sie wurde zu 37,7% den Allgemeinchirurgen zugeordnet. Bei den Eigenschaften der Internisten ist die am häufigsten inkongruent zugewiesene Eigenschaft „...halten Geld für relativ bedeutungslos“. Diese Eigenschaft der Internisten ist diejenige mit der höchsten inkongruenten Zuordnung innerhalb dieser Fachrichtung und wurde zu 24,7% den Psychiatern zugeordnet. Bei den Eigenschaften der Orthopäden ist die am häufigsten inkongruent zugewiesene Eigenschaft „...benutzen selten Laborwerte“. Diese den Orthopäden zugeschriebene Eigenschaft ist diejenige mit der höchsten inkongruenten Zuordnung innerhalb dieser Fachrichtung. Sie wurde zu 48,1% den Psychiatern zugeordnet. Bei den Psychiatern zugeschriebenen Eigenschaften ist die am häufigsten inkongruent zugewiesene

Eigenschaft „...schätzen den Erfolg ihrer Behandlung manchmal falsch ein“. Diese den Psychiatern zugeschriebene Eigenschaft ist diejenige mit der höchsten inkongruenten Zuordnung innerhalb dieser Fachrichtung. Sie wurde zu 26,3% den Allgemeinchirurgen zugeordnet.

Nachdem in Abbildung 6 die inkongruent zugeordneten Eigenschaften aufsummiert dargestellt und den kongruenten und neutralen Zuordnungen gegenübergestellt worden sind, zeigt Abbildung 7 (bzw. Tabelle 8) die inkongruenten Antworten einzeln pro Fachrichtung auf und ermöglicht den Vergleich untereinander sowie den mit den kongruenten und neutralen Antworten. Diese verschiedenen Aufstellungen verdeutlichen die inhaltlichen Unterschiede zwischen den beiden Abbildungen. Insgesamt sind 30 der 36 Eigenschaften bei beiden Abbildungen in dieselbe Zuordnungskategorie eingestuft. Es gibt sechs Ausnahmefälle. Drei mehrheitlich inkongruent zugeordnete Eigenschaften (Abbildung 6) sind in die Zuordnungskategorie „kongruent“ (Tabelle 8) eingestuft worden, weil beim Einzelvergleich der Fachrichtungen (Abbildung 7) diese Eigenschaften den größten Anteil an kongruenten Zuordnungen erreicht haben. Es handelt sich hierbei um: „... halten sich für besonders intelligent“ (Internisten), „... wissen wenig, das über ihre Fachrichtung hinausgeht“ (Orthopäden) und „... sehen gut aus und sind körperlich fit“ (Orthopäden). Drei andere am häufigsten inkongruent zugeordnete Eigenschaften (Abbildung 6) finden sich in der Zuordnungskategorie „neutral“ (Tabelle 8), weil beim Einzelvergleich (Abbildung 7) diese Eigenschaften den größten Anteil im Bereich neutrale Zuordnungen erreicht haben. Es handelt sich hierbei um: „... heilen kaum“ (Internisten), „... ziehen Diagnosen von anderen Fachrichtungen kaum in Betracht“ (Orthopäden) und „... schätzen den Erfolg ihrer Behandlung manchmal falsch ein“ (Psychiater).

Tabelle 9 gibt einen Überblick über die Einstufung<sup>1</sup> jeder einzelnen Eigenschaft aus Abbildung 7.

<b>Fachrichtung bzw. ... Eigenschaft</b>	<b>Zuordnungskategorie</b>
<b>Allgemeinchirurgen</b>	
... haben ein überdurchschnittliches Interesse an einem hohen Einkommen.	inkongruent-Orthopäden
... handeln erst, denken später.	neutral
... sind selbstverliebt.	kongruent
... sind autoritär und kommandieren andere herum.	kongruent
... sind entschlossfreudig.	kongruent
... haben ein ausgeprägtes Hierarchiedenken.	kongruent
... schauen selten in die Patientenakte.	neutral
<b>Anästhesisten</b>	
... haben dauernd "Pause".	kongruent
... scheinen oft untätig zu sein.	kongruent
... sind ein bisschen „schwer von Begriff“.	neutral
... betrachten Patienten nur nach „Schema“.	inkongruent-Allg.Chirurgen
... halten Patienten am Leben.	kongruent
... machen strapaziöse Behandlungen mit den Patienten.	inkongruent-Orthopäden
<b>Internisten</b>	
... heilen kaum.	neutral
... halten sich für besonders intelligent.	kongruent
... sind die Denker unter den Ärzten.	kongruent
... wägen alles immer ab.	kongruent
... sind wenig entscheidungsfreudig.	neutral
... sind zögerlich und abwartend.	kongruent
... wissen viel, können aber wenig.	neutral
... halten Geld für relativ bedeutungslos.	neutral
<b>Orthopäden</b>	
... wissen wenig, das über ihre Fachrichtung hinausgeht.	kongruent
... arbeiten wenig mit dem Kopf.	kongruent
... lesen wenig nach.	neutral
... arbeiten körperlich hart.	inkongruent-Allg.Chirurgen
... brauchen meist länger als sie ankündigen.	inkongruent-Internisten
... ziehen Diagnosen von anderen Fachrichtungen kaum in Betracht.	neutral
... benutzen selten Laborwerte.	inkongruent-Psychiater
... sehen gut aus und sind körperlich fit.	kongruent
<b>Psychiater</b>	
... nehmen Äußerungen von anderen sehr genau.	kongruent
... sind empathisch und verständnisvoll.	kongruent
... haben teilweise dieselben Probleme wie ihre Patienten.	kongruent
... schätzen den Erfolg ihrer Behandlung manchmal falsch ein.	neutral
... können nur heilen, wenn der Patient mitmacht.	kongruent
... entschuldigen sich viel.	neutral
... paraphrasieren häufig, ohne wirklich zu antworten.	kongruent

**Tabelle 9:** Zuordnungskategorien je Eigenschaft, Basis Abbildung 7

<sup>1</sup> Wenn der höchste Anteil der Antworten der kongruenten Fachrichtung zugeordnet wurde, ist die Kategorie „kongruent“ eingetragen. Wenn der höchste Anteil bei einer der vier inkongruenten Fachrichtungen festgestellt wurde, ist die Kategorie „inkongruent“ mit Zusatz der Fachrichtung eingetragen. Ansonsten wurde die Kategorie „neutral“ eingetragen.

## 5 Diskussion

Etwas mehr als die Hälfte aller stereotypischen Eigenschaften sind von den insgesamt teilnehmenden Studierenden zur Fachrichtung, aus der sie gemäß der Analyse der Witze stammten, kongruent zugeordnet worden. Stereotypische Eigenschaften, die verschiedenen Fachrichtungen in Witzen zugeschrieben werden, scheinen also durch Medizinstudierende erkannt zu werden. Insgesamt wurden die stereotypischen Eigenschaften der Allgemeinchirurgen und Psychiater am kongruentesten zugeordnet.

Die den Allgemeinchirurgen zugeschriebene Eigenschaft „... haben ein ausgeprägtes Hierarchiedenken“ wurde von allen Eigenschaften in dieser Studie am kongruentesten zugeordnet. Die den Allgemeinchirurgen am zweithäufigsten kongruent zugeordnete Eigenschaft war „... sind autoritär und kommandieren andere herum“. Hill et al. fanden in einer qualitativen Analyse unter niederländischen Medizinstudierenden die stereotype Auffassung, dass Allgemeinchirurgen als übermäßig selbstbewusst, einschüchternd und autoritär beschrieben wurden (Hill et al. 2014). Dass chirurgisches Arbeiten entbehrensreich ist und dass man sich kompetitiv verhalten muss, wenn man eine chirurgische Karriere plant, wurde von den niederländischen Studierenden ebenfalls geäußert und schreckte diese von einer chirurgischen Karriere eher ab (Hill et al. 2014). Allgemeinchirurgen selbst schätzten sich in einer anderen Studie als leistungsorientiert und extravertiert ein, was diese Eigenschaften als Stereotype untermauert (Warschkow et al. 2010). Die in dieser Studie auch befragten Pflegekräfte ordneten den Allgemeinchirurgen ebenfalls die Stereotype zu, übermäßig leistungsorientiert, reizbar und aggressiv zu sein (Warschkow et al. 2010). Auch in einer Studie aus Brasilien, in der Weiterbildungsassistenten der allgemeinen Inneren Medizin und der Allgemein Chirurgie befragt wurden, wurden den Allgemeinchirurgen die Eigenschaften Entschlussfreudigkeit, Arroganz und Dominanz zugeschrieben (Bellodi 2004), die sich ebenfalls in den Witzen stereotypenhaft finden ließen. Dass die den Allgemeinchirurgen zugeordneten Eigenschaften mit Zunahme der Semesterzahl nicht ansteigen, lässt vermuten, dass es sich bei diesen Stereotypen um Eigenschaften handelt, die nicht nur in medizinisch bewanderten Kreisen, sondern auch in der Allgemeinbevölkerung existieren. Am häufigsten inkongruent zugeordnet wurde den Allgemeinchirurgen die gemäß der Witzanalyse den Orthopäden zugeschriebene Eigenschaft „... arbeiten körperlich hart“. Dies ist vermutlich auf die Verwandtschaft der beiden chirurgischen Fachrichtungen zurückzuführen.

Die den Psychiatern am häufigsten kongruent zugeordnete Eigenschaft „... haben teilweise dieselben Probleme wie ihre Patienten“ ist die am zweithöchsten kongruent zugeordnete aller stereotypischen Eigenschaften in dieser Studie. Diese Eigenschaft stellt das am weitesten

verbreitete Psychiater-Stereotyp dar (Sartorius et al. 2010). Die Entstehung wird auf den Umgang mit psychisch Kranken im Mittelalter zurückgeführt. Man glaubte, sie wären von Dämonen besessen. Die ersten Mediziner, die es wagten, allen religiös-spirituell begründeten Verboten zum Trotz, sich um diese Kranken zu kümmern, wurden als Hexer und Giftmischer verspottet und selbst für verrückt erklärt. Darstellungen in der Malerei aus dieser Zeit zeigen, dass die behandelnden Ärzte die „Verrücktheit“ mit ihren Patienten teilten (Walter 1989). Die Verbreitung als Stereotyp in der öffentlichen Meinung wurde Anfang des zwanzigsten Jahrhunderts, als die Filmindustrie erblühte, verstärkt und setzte sich in den nächsten Jahrzehnten fort. Der erste Psychiater im Film wurde als noch geistesgestörter und törichter als seine Patienten dargestellt (Walter 1989). In einer aktuelleren Untersuchung des Einflusses von Kinofilmen auf die Stereotype des Psychiaters wurde ebenfalls das Bild des geistesgestörten und verrückten Psychiaters hervorgehoben (Byrne 2009). Als Psychiater beschreibt Thornicroft, wie er diese Stereotype auch im Jahr 2010 noch immer als in der Allgemeinbevölkerung verbreitet erlebte (Thornicroft et al. 2010). Da die Eigenschaft des verrückten Psychiaters im 1. Semester mit leicht abnehmendem Trend zum PJ etwa gleich kongruent zugeordnet wurde, scheint es sich hierbei vermutlich auch unter Medizinstudierenden um ein allgemeines Stereotyp gegenüber Psychiatern zu handeln, das durch das Medizinstudium nicht verstärkt, sondern eher relativiert wird. Aufgrund der sehr geringen Rate an inkongruenten Zuordnungen lässt sich vermuten, dass Medizinstudierende die Psychiatrie als eine Fachrichtung betrachten, welcher stereotypische Eigenschaften zugeschrieben werden, die sich deutlich von denen anderer Fachrichtungen abgrenzen lassen. An dieser Sicht auf Psychiater scheinen auch die gesammelten Erfahrungen während der Ausbildung nur wenig zu ändern (Lyons und Janca 2015). In einer Studie über die Haltung von Medizinstudierenden zu psychischen Erkrankungen und zur Psychiatrie wurde eine ähnliche Beobachtung gemacht. Hier zeigte sich, dass das Curriculum für die psychiatrische Ausbildung während des Studiums nur einen sehr geringen positiven Einfluss auf die bei den Medizinstudierenden verbreiteten Vorurteile hatte (Gulati et al. 2014). Eine andere Studie hat gezeigt, dass mit fortschreitendem Studium die negativen Stereotype über Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen sogar zugenommen haben (Korszun et al. 2012). Folglich sind die Medizinstudierenden in ihrer Sicht auf diese Fachrichtung wahrscheinlich schon vor Beginn des Studiums durch Faktoren geprägt, welche außerhalb der medizinischen Ausbildung liegen. Diese werden im Studium möglicherweise noch durch die Interaktion mit Ärzten anderer Fachrichtungen aufrechterhalten (Gutmann und Salzman 1999), beispielsweise, wenn Dozenten durch respektlose Äußerungen über andere Ärzte als schlechte Vorbilder fungieren (Brainard und Brislen 2007). Die wahrgenommene Andersartigkeit der Tätigkeit des Psychiaters könnte wie folgt zustande kommen: Auf den ersten Blick scheint die Arbeit eines Psychiaters nicht somatisch orientiert zu sein. Ohne tieferes Verständnis der Psychiatrie

scheint es, dass der diagnostische Prozess ein anderer sei als in den übrigen medizinischen Fachrichtungen. Es wird häufig angenommen, dass die psychiatrische Behandlung hauptsächlich aus Gesprächen besteht, obwohl ebenfalls ein ausführlicher diagnostischer Prozess mit Anamnese, körperlicher Untersuchung, Laboruntersuchungen, bildgebenden Verfahren sowie standardisierten – insbesondere auch pharmakologischen – Therapien stattfindet. Nur sind möglicherweise die wegweisenden Schlüsselsymptome in der Psychiatrie andere und für den Unerfahrenen nicht ersichtlich. Daher stammt vermutlich auch das Vorurteil, dass Psychiater keine richtigen Ärzte seien (Epstein 2005, Sartorius et al. 2010). Um bestehende Vorurteile über Psychiater sowie über psychische Erkrankungen abzubauen, gibt es die Empfehlung, den Unterricht im Fach Psychiatrie zu verbessern, indem die Stigmata und Stereotype explizit behandelt werden (Sartorius et al. 2010).

In der vorklinischen Phase können sich die Medizinstudierenden unter dem großen Fach der Inneren Medizin, mit ca. 19% der größte Bereich innerhalb der Gruppe der praktizierenden Fachärzte (Bundesärztekammer 2015b), wahrscheinlich nur wenig vorstellen. Im Vergleich mit den in der Umfrage untersuchten Fachrichtungen ist es zudem der Bereich mit den meisten Teilgebieten. Neben der allgemeinen Inneren Medizin haben 39% der Internisten eine Teilgebietsspezialisierung, wie zum Beispiel Kardiologie oder Rheumatologie (Bundesärztekammer 2015b). Bei den Internisten ist in der vorliegenden Studie die Anzahl der Eigenschaften, die innerhalb dieser Fachrichtung mehrheitlich neutral eingestuft wurden, im Vergleich zu allen anderen Fachrichtungen mit 31,0% am höchsten. Dies ist ein Zeichen dafür, dass stereotypische Eigenschaften der Internisten eher nicht bekannt sind und nur von fortgeschrittenen Studierenden oder medizinischem Personal überhaupt erkannt werden können. Hierfür spricht, dass die kongruente Erkennungsrate der Eigenschaften bis zum Praktischen Jahr signifikant anstieg. Die beiden Eigenschaften mit dem größten Zuwachs in der kongruenten Zuordnung im Verlauf der Ausbildung insgesamt sind den Internisten zugeordnete Eigenschaften. Die Eigenschaft „... sind die Denker unter den Ärzten“ mit der kongruenten Zuordnung im PJ von 81,1% weist einen Anstieg von 31,1% auf. Es zeigt sich besonders an dieser Eigenschaft, dass Stereotype durch persönliches Erleben und die Erfahrung noch verstärkt werden. In der internistischen Tätigkeit spielen die begleitenden Denkprozesse für die klinische Entscheidungsfindung, das Clinical Reasoning, eine bedeutende Rolle. Das Clinical Reasoning erfordert ausgeprägte intellektuelle Fähigkeiten. Der Arzt analysiert, identifiziert, wägt ab und priorisiert (McBee et al. 2016). Er sollte Selbstreflektion praktizieren und um die persönlichen Vorurteile wissen, die den Prozess des Clinical Reasoning beeinflussen können. Auch sollte er über die verbale Kompetenz verfügen, Begründungen strukturiert aufzubereiten und einzubringen (McBee et al. 2016). In einer Studie, in der Persönlichkeitseigenschaften von Internisten und Chirurgen untersucht wurden,

ergab sich außerdem, dass Internisten geringere Werte in Aggressivität, Extraversion und Erregbarkeit aufwiesen als Chirurgen (Warschkow et al. 2010). In einer weiteren Studie wurden die Internisten als einfühlsam, ruhig und ausgeglichen, mit guten intellektuellen Fähigkeiten und als sorgfältig und bedacht in der Entscheidungsfindung beschrieben (Bellodi 2004).

Nur die Hälfte der Eigenschaften der Anästhesisten ist mehrheitlich kongruent zugeordnet worden. Dies lässt vermuten, dass Stereotype über Anästhesisten in der Bevölkerung nur wenig verbreitet sind. Es zeigte sich in einer Schweizer Studie, bei der Patienten nach einem Prämedikationsgespräch über die Rolle eines Anästhesisten befragt wurden, dass in der Bevölkerung wenig über deren Ausbildung und Tätigkeiten bekannt ist, insbesondere, wenn sie außerhalb des Operationssaales stattfinden wie in der Intensivmedizin und Schmerztherapie (Kindler et al. 2002). Fast die Hälfte der Befragten glaubte, dass die Anästhesisten den Chirurgen unterstellt wären (Kindler et al. 2002), ein Aspekt, der sich in abgewandelter Form auch in der Auswertung der Witze finden ließ. Für den Patienten ist der Anästhesist nur kurz sichtbar, z. B. bei der Narkoseeinleitung, so dass kaum Verhalten, welches zur Stereotypenbildung beitragen könnte, erkennbar ist (Kindler et al. 2002). In einer anderen Studie wurde das unscharfe Bild in der Allgemeinbevölkerung über die Rolle des Anästhesisten ebenfalls festgestellt. Ein Drittel der Patienten dachte, Anästhesisten wären keine richtigen Ärzte und nur ein Zehntel kannte die zentrale Rolle, welche die Anästhesisten bei der Überwachung der Vitalparameter während einer Operation spielen (McGaw und Hanna 1998). Da Medizinstudierende während des Studiums einen Einblick in die Arbeit des Anästhesisten erhalten, scheint es nicht verwunderlich, dass die befragten Medizinstudierenden genau jene zentrale Rolle sehr gut erkannt und die Eigenschaft „... halten Patienten am Leben“ deutlich kongruent zugeordnet haben. Dies gilt auch für die Stereotype zum Anästhesisten, die sich auf seine scheinbare Untätigkeit während der Narkoseüberwachung im Operationssaal beziehen. Im Verlauf des Studiums wurde bei den Anästhesisten jedoch kein signifikanter Anstieg der Wahrnehmung von Stereotypen festgestellt. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Medizinstudierenden selbst während des Studiums mit dieser Fachrichtung nur selten in Kontakt kommen (Brull und Bradley 2001), soweit sie dieses Fach nicht als Wahl- oder Famulaturfach wählen. Ebenso ist die Ausbildung auf Intensivstationen häufig nicht Teil des Curriculums und, wenn sie doch angeboten wird, dann sind die Unterrichtseinheiten zu kurz (Whereat und McLean 2012). Dies kann die geringe Erfahrung der Medizinstudierenden in dem Fachbereich der Anästhesie erklären und somit auch die geringe Veränderung in der Wahrnehmung von Stereotypen während der Ausbildung. Die relativ hohe Rate an inkongruent zugeordneten Eigenschaften

bezieht sich vermutlich auf Stereotype, die aus der intensiveren Zusammenarbeit zwischen Chirurgen und Anästhesisten stammen und sich erst im Berufsalltag entwickeln.

Es wurden nur drei von acht Orthopäden-Eigenschaften überhaupt kongruent zugeordnet, davon nur eine einzige mehrheitlich kongruent. Keine der Eigenschaften erreichte eine kongruente Zuordnungsrate von über 50%. Außerdem ist die Rate der kongruenten Zuordnungen mit 29,6% die niedrigste und die Rate an inkongruenten Zuordnungen mit 45,7% die höchste im Vergleich zu den anderen in dieser Studie untersuchten Fachrichtungen. Dabei sind 54,2% der inkongruent zugewiesenen Orthopäden-Eigenschaften von den Befragten den Allgemeinchirurgen zugeordnet worden. Die Rate der inkongruenten Zuordnungen der Allgemeinchirurgen-Eigenschaften zu den Orthopäden ragt mit 64,2% ebenfalls heraus. Diese Überschneidung könnte mit der ärztlichen Weiterbildung in diesen beiden chirurgischen Bereichen zusammenhängen. Alle chirurgischen Assistenzärzte müssen in Deutschland den „Common Trunk“, eine gemeinsame und gleich strukturierte basischirurgische Weiterbildung in den ersten zwei Jahren der Facharztausbildung absolvieren (chirurg-werden.de 2016). Daher ist es naheliegend, dass die beiden Fachrichtungen gemeinsame „chirurgische Stereotype“ entwickeln können, die nicht nur einer chirurgischen Fachrichtung wie Orthopädie zugeordnet sind. Für die Befragten, die sich in einer frühen Phase des Studiums befanden, bedeutete dies, dass sie vor der Aufgabe standen, chirurgische Stereotype zu differenzieren und abzugrenzen. Dies gelang kaum und führte zu den hohen Raten der inkongruenten Zuordnungen. Der signifikante Anstieg der kongruent zugeordneten Eigenschaften bis zum PJ könnte sich dadurch erklären, dass Studierende während des Studiums in intensiveren Kontakt mit Orthopäden kommen und verschiedene stereotypische Eigenschaften von den Allgemeinchirurgen zu differenzieren beginnen.

Eine klare Differenzierung schienen die Befragten zwischen den Internisten und den chirurgischen Fachrichtungen zu machen, erkennbar an der niedrigen inkongruenten Zuordnungsrate der Internisten-Eigenschaften zu den Allgemeinchirurgen und den Orthopäden. Dies passt zu dem Ergebnis von Untersuchungen über die Persönlichkeitseigenschaften von Chirurgen und Internisten. Es zeigte sich hier, dass es signifikante Persönlichkeitsunterschiede, welche sich auch in den jeweiligen Stereotypen widerspiegeln, zwischen den Vertretern dieser Fachrichtungen gibt (Warschkow et al. 2010, McCulloch et al. 2005). Hingegen scheinen die Befragten eine Ähnlichkeit der Internisten und Psychiater beobachtet zu haben, denn die meisten inkongruenten Zuordnungen gab es zwischen diesen beiden Fachrichtungen. Diese Überschneidung ist nachvollziehbar, wenn man in die Betrachtung einbezieht, dass Psychiater und Internisten die Fachrichtungen repräsentieren, in denen der persönliche und gesprächsfokussierte Patientenkontakt eine

größere Rolle spielt als bei den in dieser Studie betrachteten Fachrichtungen der Allgemeinchirurgie, Orthopädie und Anästhesie. Die Vernetzung und Schnittstellen dieser beiden Fachrichtungen haben in Nordamerika sogar zu der Einführung einer kombinierten Facharztausbildung geführt, welche diese beiden Fachrichtungen, Innere Medizin und Psychiatrie, verbindet (Stiebel und Schwartz 2001). Diese neue Fachrichtung hat sich bewährt (Carney et al. 2002).

Die Eigenschaften, die von den Medizinstudierenden überwiegend neutral zugeordnet wurden, enthalten deutlich negativ besetzte Konnotationen wie „... schauen selten in die Patientenakte“, „... lesen wenig nach“, „... handeln erst, denken später“ oder „... sind ein bisschen „schwer von Begriff““. Diese Stereotype widersprechen dem Arztideal von Medizinstudierenden, das unter anderem hohe Erwartungen an Zuverlässigkeit, Gründlichkeit und Sicherheit beinhaltet (Schrauth et al. 2009). Es kann angenommen werden, dass in diesem gefühlten Widerspruch der Grund für die Absage an die Zuweisung zu einer der Fachrichtungen erfolgte.

Für die hohe Zahl der inkongruent oder neutral zugeordneten Eigenschaften, vor allem aus dem Bereich der Anästhesie, der Inneren Medizin und der Orthopädie, könnte bedeutsam sein, dass Stereotype sich erst stärker herausbilden bzw. von Medizinstudierenden bemerkt werden, wenn diese bereits als Ärzte arbeiten. Diese Hypothese wird durch eine Studie unterstützt, die Faktoren vorstellt, welche für die Entwicklung von Stereotypen notwendig sind. Dazu zählt unter anderem der „Ingroup Bias“, also die Tendenz die Neigungen bzw. Vorurteile zu übernehmen, die die Gruppe, der man zugehörig ist, gegenüber Nichtmitgliedern hegt (Bigler und Liben 2006). Das Gefühl der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Fachrichtung ist jedoch während des Studiums nicht gegeben, sondern vermutlich erst, wenn man sich in der Facharztweiterbildung befindet. Erst während dieser Zeit kommt es vermutlich zur verstärkten Wahrnehmung und Verbreitung gewisser Stereotype über andere Fachrichtungen, was in einer ähnlichen Studie wie der vorliegenden mit den entsprechenden Fachärzten untersucht werden könnte. Der Aspekt der Gruppendominanz könnte ebenfalls von Bedeutung sein für den hohen Anteil von inkongruent zugeordneten Eigenschaften durch Studierende. Zur Etablierung einer Gruppendominanz innerhalb einer Hierarchie wird häufig „Kavaliershumor“ eingesetzt, ein vermeintlich harmloser Humor, der jede mögliche Beleidigung anderer dementiert, jedoch zur Verbreitung von Stereotypen beiträgt (Hodson et al. 2010). Unterstützt wird dies durch die „Superiority Theory of Humor“. Sie beschreibt, dass Witze, die die eigene Gruppe als „siegreich“ darstellen, als lustiger empfunden werden (LaFave et al. 1973). Dies würde erklären, dass manche Stereotype vermutlich nur im engen beruflichen Kontext verstehbar sind. Da den Medizinstudierenden dieses „Insider-Wissen“ für manche Stereotype

gefehlt haben wird, könnte es sein, dass sie die entsprechenden Eigenschaften in der Umfrage inkongruent oder neutral zugeordnet haben.

Männliche Medizinstudierende haben in dieser Studie im Durchschnitt die Eigenschaften häufiger kongruent zugeordnet als weibliche. Jedoch ist dieser Unterschied nur bei der Facharztgruppe der Anästhesisten und Internisten signifikant. Es scheint, dass Männer allgemein empfänglicher für geschlechtsspezifische Vorurteile sind (Glick et al. 2000), was auch daran liegen könnte, dass sie selbst eher positiv stereotypisiert werden, zum Beispiel als kompetenter, effektiver, entscheidungsfreudiger und zuverlässiger (Andersson et al. 2012). Männliche Medizinstudierende stimmten zudem häufiger stereotypen Äußerungen zu als weibliche, nicht nur gegenüber Patienten, sondern auch gegenüber Ärzten (Andersson et al. 2012).

Für die signifikant kongruentere Zuordnung durch männliche Studierende von Eigenschaften bei den Internisten könnten die dieser Fachrichtung zugeschriebenen Eigenschaften von Bedeutung sein, welche sich auf Intelligenz und Denkleistung beziehen. Insbesondere diese beiden Eigenschaften wurden von den Studenten deutlich kongruenter zugeordnet als von den Studentinnen, welche die Eigenschaft „... halten sich für besonders intelligent.“ häufiger inkongruent den chirurgischen Fachrichtungen zugewiesen haben. Es sind positive Eigenschaften, die bei Männern als Stereotyp präsenter zu sein scheinen. Eine Metaanalyse konnte zeigen, dass Umfrageteilnehmende Intelligenz für eine männliche Norm hielten (Furnham 2001). Zudem lag die Selbsteinschätzung der Intelligenz bei Männern deutlich höher als bei Frauen (Furnham 2001). In einer jüngeren Studie, die sich mit geschlechtsspezifischen Stereotypen befasste, wurde bestätigt, dass Menschen die psychometrische Intelligenz als vorrangig männliche Eigenschaft wahrnehmen im Gegensatz zur emotionalen Intelligenz, die eher Frauen zugeordnet wird (Petrides et al. 2004). Ebenso scheinen Männer im Vergleich zu Frauen ihre Leistungen eher zu überschätzen (Grunspan et al. 2016).

Eine mögliche Erklärung für die signifikant kongruentere Zuordnung der Eigenschaften bei den Anästhesisten durch männliche Studierende liefert eine französische Studie, welche zu dem Ergebnis gekommen ist, dass Frauen sich seltener für eine Karriere in der Notfallmedizin entscheiden, weil die Frauen selbst glaubten, Männer würden besser in diese Fachrichtung passen (Pelaccia et al. 2010). Hier traten geschlechtsspezifische Vorurteile gegenüber Anästhesisten zu Tage, welchen einen ganz anderen Charakter haben als die in den Witzen verbreiteten Stereotype. Daher ist es möglich, dass die befragten Frauen statt der aus den Witzen ermittelten Eigenschaften eher geschlechtsspezifische Eigenschaften mit den Anästhesisten in Verbindung gebracht haben. Dass geschlechtsspezifische Stereotype eine

Auswirkung auf die Wahl der Fachrichtung haben können, ist auch am Geschlechterverhältnis in manchen Fachgebieten zu beobachten. Ein Bericht der Association of American Medical Colleges (AAMC) „How medical specialties vary by gender“ hat dargelegt, dass unter anderem die beiden Fachrichtungen der Anästhesie und der Inneren Medizin häufiger von Männern gewählt werden (AAMC 2015).

Eine Stärke der Studie ist die Querschnittbefragung zu verschiedenen Zeitpunkten des Studiums. Jedoch ist die Zahl der Teilnehmenden der Semestergruppe PJ nur etwa halb so groß wie die der anderen Gruppen. Die Rücklaufquote ist jedoch bei allen nahezu gleich. Eine gleiche Anzahl von Teilnehmenden pro Gruppe wäre für den Vergleich untereinander wünschenswert gewesen, dann hätte jede Zuordnung dasselbe relative Gewicht gehabt. Eine Schwäche der Studie ist, dass die aus den Witzen ermittelten Eigenschaften nicht validiert sind und nicht direkt mit Nennungen in anderen wissenschaftlichen Arbeiten zu vergleichen waren. Nur zwei Personen haben die Witze interpretiert und die Eigenschaften formuliert. Insbesondere durch die Anforderung einer treffenden und unverfänglichen Formulierung kann es zu einer Verzerrung der in den Witzen karikierten Eigenschaften gekommen sein. Dass Eigenschaften mehrheitlich als neutral eingestuft wurden, könnte neben den oben diskutierten Möglichkeiten eventuell auch bedeuten, dass diese Eigenschaften ungünstig formuliert waren. Augenscheinlich ist jedoch, dass die Befragten den Bogen durchaus ernsthaft ausgefüllt haben und dass sie diese eventuell ungünstig formulierten oder auch unter Studierenden nicht als Stereotype verbreiteten Eigenschaften entsprechend eingestuft und beurteilt haben. Die Festlegung auf nur fünf Fachrichtungen kann ebenfalls als Limitation gesehen werden, da sie nur einen kleinen Teil der in Witzen karikierten Fachrichtungen widerspiegelt. Das Ergebnis ist somit auf diese Fachrichtungen beschränkt. Eine Übertragbarkeit müsste mit weiteren Studien geprüft werden. Als Schwäche kann ebenfalls gewertet werden, dass Fachrichtungen mit einer geringeren Anzahl von abgefragten Eigenschaften, bei der Anästhesie waren es nur sechs, im Vergleich mit Fachrichtungen standen, welche acht Eigenschaften hatten. Dadurch wurde das Gesamtergebnis einer Fachrichtung mit wenigen Eigenschaften stärker von dem Ergebnis einer einzelnen Eigenschaft beeinflusst. Die verwandten chirurgischen Fachrichtungen Allgemeinchirurgie und Orthopädie hätten möglicherweise zusammen abgefragt und ausgewertet werden können, dann wäre der Einfluss der Überschneidungen, der sich in den inkongruenten Zuordnungen zeigte, reduziert worden. Allerdings konnte durch diese differenzierte Abfrage beobachtet werden, dass die Medizinstudierenden mit zunehmender klinischer Erfahrung eine signifikante Änderung der Wahrnehmung zeigten und dass sie diesen beiden Fachrichtungen unterschiedliche Stereotype zuschrieben.

Insgesamt wird die Hypothese dieser Studie bestätigt. Es konnte gezeigt werden, dass die in Witzen dargestellten Stereotype über die Eigenschaften von Ärzten verschiedener Fachrichtungen den Medizinstudierenden bekannt sind. Dies trifft besonders auf die Fachrichtungen Chirurgie und Psychiatrie zu. Im Verlauf des Studiums kommt es zu einem Anstieg der Wahrnehmung von Stereotypen, dies zeigte sich für alle untersuchten Fachrichtungen beim Vergleich von Semestergruppe S1 und Semestergruppe S7, besonders deutlich und signifikant bei der Fachrichtung Allgemeinchirurgie. In der letzten Phase der Ausbildung kommt es zu einem weiteren und signifikanten Anstieg der Wahrnehmung von Vorurteilen bei den Internisten und Orthopäden, während es bei den Allgemeinchirurgen zu einem signifikanten Abfall sowie einer Konsolidierung bei den anderen beiden Fachrichtungen kommt. Es konnte somit gezeigt werden, dass es mit fortschreitender medizinischer Ausbildung und mehr klinischer Erfahrung zu einer Veränderung der Wahrnehmung von Stereotypen in einigen Fachgebieten kommt. Durch das Erleben der Ärzte im Arbeitsalltag kommt es zu einer Phase der Überprüfung von eigenen Vorurteilen. Das Ergebnis zeigt, dass sich im Rahmen des Medizinstudiums Vorurteile bestätigen, verstärken und auch verringern können.

Da Stereotype Einfluss auf die Wahl der Fachrichtung bei der Karriereplanung haben (Hill et al. 2014, Gutmann und Salzman 1999), ist es von Bedeutung im Rahmen der Ausbildung durch geeignete Maßnahmen steuernd einzugreifen. Sowohl Aufklärung als auch das Bewusstsein der Auszubildenden um ihre Vorbildrolle könnten helfen, den Einflussfaktor der Stereotype zu mindern. Es ist ebenso wichtig, dass die Lernenden sich der Bedeutung der Rolle ihrer Vorbilder bewusst sind und dass sie selbst eine aktive Rolle einnehmen in dem, was sie von ihren Vorbildern an gutem Verhalten lernen und übernehmen, beziehungsweise was sie in Zukunft vermeiden wollen (Sternszus et al. 2016). Die gezielte Aufklärung über Vorurteile und der Abbau von Vorurteilen gegenüber bestimmten Fachrichtungen im Medizinstudium könnten einen positiven Einfluss auf das Nachwuchsproblem ausüben, welches einige Fachrichtungen, wie zum Beispiel die Psychiatrie, haben (Stuart et al. 2015). Solche Maßnahmen dürften auch zu einer Verbesserung der Patientenversorgung führen. Wenn gegenseitiger Respekt unter Ärzten fehlt, weil die Beziehung durch Vorurteile belastet ist, führt dies zu einem schlechteren Outcome für die Patienten (Bahaziq und Crosby 2011). Dieser Aspekt gewinnt an Bedeutung, da in der modernen Medizin immer häufiger in einem Team, in dem Ärzte aus vielen unterschiedlichen Fachrichtungen ihre Kompetenzen einbringen, gearbeitet werden muss, um das beste Ergebnis für die Patienten zu erreichen. Essentielle Grundlage zum Erreichen einer guten Teamarbeit, zu der jedes Teammitglied beitragen kann und muss, sind der gegenseitige Respekt sowie die Würdigung des Wissens und der Expertise der anderen Teammitglieder (Gutmann und Salzman 1999). Ein wichtiger Faktor für eine gute Zusammenarbeit ist die

Sprache, sowohl in der Kommunikation mit Kollegen als auch mit den Patienten. Cahn beschreibt, dass bestimmte Trigger-Worte respektlos gegenüber dem Team sein können, hierarchisches Denken offenbaren und einer guten Zusammenarbeit entgegenwirken (Cahn 2016). Wenn zum Beispiel von „wir“ und „unsere Gruppe“ gesprochen wird, statt in der Ich-Form zu kommunizieren, können Einsatzbereitschaft und Pflichtgefühl der Teammitglieder, an einer guten Lösung mitzuarbeiten, gesteigert werden. In der Lehre sollte daher auf die Wirkung von Sprache eingegangen werden, um ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass durch eine gezielte Wortwahl bestehende Vorurteile abgebaut werden können (Cahn 2016). Zum professionellen Umgang innerhalb eines Teams gehört auch der Umgang mit Witzen und Humor. Witze haben ihre Daseinsberechtigung und eine wichtige Funktion im klinischen Alltag, sie können dem Stressabbau dienen und den Teamgeist fördern (Sobel 2006). Allerdings ist es wichtig zu beachten, dass Witze häufig überzeichnen mit der Folge, dass negative Vorurteile geschürt werden. Daher sollten „Rules of Conduct“ formuliert und vermittelt werden (Berk 2009). Bereits während des Studiums sollte der Umgang mit angemessenem und unangemessenem Humor erläutert werden, denn schon zu diesem Zeitpunkt findet die Formung der professionellen Identität statt. Für eine erfolgreiche Umsetzung muss das lehrende Personal entsprechend geschult sein, um die Medizinstudierenden während der Identitätsformung zu leiten (Cruess et al. 2015). Wenn es gelingt, den Medizinstudierenden das Wissen um die Wirkung von in Witzen verbreiteten Stereotypen zu vermitteln, dann werden diese souveräner mit Vorurteilen umzugehen lernen. Dies wäre ein neuer und anspruchsvoller Schritt in der Ausbildung mit dem Ziel, die Wirkung von Vorurteilen zu reduzieren. Als Faustregel gilt, dass jeder bei sich selbst beginnen sollte, respektvoll mit den Mitmenschen umzugehen. Dabei sollten Ärzte, sowohl Assistenzärzte als auch Fachärzte, sich bewusst sein, dass sie in Anwesenheit von Medizinstudierenden immer als Vorbilder agieren (Sternszus et al. 2016) und somit auch Werbeträger für ihre Fachrichtung sind. Nicht nur Stereotype können die Wahl einer Fachrichtung beeinflussen (Hill et al. 2014), auch die Persönlichkeit scheint Einfluss zu haben. Studierende, welche als „Feeling Type“ und introvertiert eingestuft wurden, haben sich signifikant häufiger für eine Karriere in der Allgemeinmedizin entschieden. Hingegen entschieden sich die extravertierten Studierenden eher für eine chirurgische Ausbildung (Stilwell et al. 2000). Gelingt es, Stereotype abzubauen, könnte dies dazu führen, dass unterschiedliche Persönlichkeiten sich für ein und dieselbe Fachrichtung entscheiden. Ein solcher Mix von unterschiedlichen Persönlichkeiten hätte positive Auswirkung auf das Team, dessen Kreativität und Problemlösungskompetenz (Mannix und Neale 2005).

Es wäre zu empfehlen, eine Studie wie die vorliegende auch mit Ärztinnen und Ärzten, insbesondere mit solchen aus den involvierten Fachrichtungen, durchzuführen, um

Selbstwahrnehmung und Fremdwahrnehmung zu erfassen und gegebenenfalls auf unpassendes Verhalten und Vorurteile gegenüber den anderen Fachrichtungen und der unbewussten Beeinflussung Medizinstudierender durch unbedachte Witze hinzuweisen.

## 6 Zusammenfassung - Summary

Im öffentlichen Raum kursieren viele Witze, die Ärzten verschiedener Fachrichtungen in humoristischer Weise stereotypische Eigenschaften unterstellen. Ob und wann sich welche Eindrücke zu ärztlichen Fachrichtungen bei Medizinstudierenden etablieren, ist bisher nicht bekannt. Ziel der Studie war es daher, die Ausprägung von Stereotypen zu ärztlichen Fachrichtungen in verschiedenen Phasen des Medizinstudiums zu untersuchen.

In einer Internetrecherche wurden 152 inhaltlich verschiedene Witze mit Aussagen über Eigenschaften von Ärzten aus verschiedenen Fachrichtungen ermittelt. Die insgesamt 36 Eigenschaften der fünf Fachrichtungen Allgemeinchirurgie, Anästhesie, Innere Medizin, Orthopädie und Psychiatrie bildeten die Basis für die Entwicklung eines Onlinefragebogens mit einer Zuordnungsmöglichkeit der Eigenschaften zu den Fachrichtungen. An der Onlinebefragung beteiligten sich 308 (30,8%) der 999 eingeladenen Medizinstudierenden im ersten und siebten Semester und im Praktischen Jahr, die die Eigenschaften den Fachrichtungen zuordneten. Die statistische Auswertung erfolgte durch eine univariate Varianzanalyse (ANOVA).

Am häufigsten (> 50%) wurden die Eigenschaften insgesamt bei den Allgemeinchirurgen und Psychiatern kongruent zugeordnet. Bei den Internisten und Orthopäden bestand eine signifikant kongruentere Zuordnung der Eigenschaften im Praktischen Jahr im Vergleich zum ersten Semester. Männliche Medizinstudierende ordneten die Eigenschaften von Anästhesisten und Internisten signifikant kongruenter zu als weibliche Medizinstudierende. Die drei Eigenschaften „...sind ein bisschen „schwer von Begriff““, „...halten Geld für relativ bedeutungslos“ und „...entschuldigen sich viel“ wurden zu > 50% keiner der fünf Fachrichtungen zugeordnet.

Die den verschiedenen Fachrichtungen in Witzen zugeschriebenen Eigenschaften scheinen somit zum Teil (Allgemeinchirurgie, Psychiatrie) in der Allgemeinbevölkerung als Stereotype zu bestehen und sich zu einem anderen Teil (Innere Medizin, Orthopädie) während des Medizinstudiums zu Stereotypen zu entwickeln. Es ist zu vermuten, dass die Ausprägung von Stereotypen einen Einfluss auf die spätere Wahl des Weiterbildungsfaches haben könnte. Die Dozierenden sollten sich bestehender Stereotype bewusst sein, um negativen Rollenvorbildern entgegenzuwirken. Es wäre zu empfehlen, eine Studie auch mit Ärztinnen und Ärzten der hier untersuchten Fachrichtungen durchzuführen, um Selbstwahrnehmung und Fremdwahrnehmung zu erfassen und gegebenenfalls unpassendes Verhalten und Vorurteile gegenüber den anderen Fachrichtungen zu ermitteln.

Many jokes exist about stereotypical attributes of physicians in various specialties. It is unknown what impression medical students have about different specialties and when these occur. The goal of this study was to analyze the degree of stereotypes that exist about medical specialties amongst medical students at different stages of their education.

152 jokes with different content about attributes of doctors in different specialties were found through an Internet search. In total, 36 characteristics of the five specialties of anesthesia, general surgery, internal medicine, orthopedic surgery and psychiatry constituted the basis for the development of an online questionnaire. The questionnaire allowed each characteristic to be assigned to one of the five specialties. 308 (30.8%) of the 999 invited undergraduate medical students who were in their first semester, seventh semester, and final year of studies participated in the survey. The statistical evaluation was performed by a univariate analysis of variance (ANOVA).

The characteristics of general surgeons and psychiatrists were assigned congruently most frequently (>50%). For internists and orthopedic surgeons, there was a significantly more congruent assignment of the characteristics by the final year students versus first semester students. Male students assigned the characteristics of anesthesiologists and internists significantly more congruently than female students. The three characteristics "...are a bit slow on the uptake", "...consider income to be relatively unimportant", and "...apologize a lot" were not assigned to any of the five specialties in >50% of responses.

The characteristics ascribed in jokes to the various specialties sometimes appear to exist as stereotypes in the general population (general surgery and psychiatry), while other stereotypes seem to develop during medical education (internal medicine, orthopedic surgery). It can be assumed that the formation of stereotypes might influence the specialty choice by medical graduates. Medical educators should be aware of existing stereotypes in order to avoid being a negative role model. It would also be advisable to carry out a study with physicians of the five specialties investigated in this study to assess self-awareness and perception, and, if applicable, to identify inappropriate behavior and prejudice against other specialties.

## 7 Abkürzungsverzeichnis

<b>AAMC</b>	Association of American Medical Colleges
<b>HNO</b>	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
<b>PJ</b>	Praktisches Jahr
<b>S1</b>	Semester 1
<b>S7</b>	Semester 7
<b>UaK</b>	Unterricht am Krankenbett
<b>UKE</b>	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

## 8 Literaturverzeichnis

- Association of American Medical Colleges. 2015. "How Medical Specialties Vary by Gender | AMA Wire." <https://wire.ama-assn.org/education/how-medical-specialties-vary-gender>. [Zugegriffen 2016-10-27].
- Aggarwal SK, Bhagirath V. 2004. "MDs 'R' Us: Gifts for Your Favourite Specialist." *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne* 171 (12): 1508–1509.
- Aggarwal SK, Bhagirath V. 2006. "Holiday Review. MDs 'R' Us: Gifts for Your Favourite Specialist." *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne* 175 (12): 1576–1577.
- Aggarwal SK, Bhagirath V, Loubani M. 2003. "MDs 'R' Us: Holiday Ideas for That Special Physician:." *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne* 169 (12): 1326–1327.
- Andersson J, Verdonk P, Johansson EE, Lagro-Janssen T, Hamberg K. 2012. "Comparing Gender Awareness in Dutch and Swedish First-Year Medical Students - Results from a Questionnaire." *BMC Medical Education* 12 (1): 3.
- Bahaziq W, Crosby E. 2011. "Physician Professional Behaviour Affects Outcomes: A Framework for Teaching Professionalism during Anesthesia Residency." *Canadian Journal of Anaesthesia = Journal Canadien D'anesthésie* 58 (11): 1039–1050.
- Bellodi PL. 2004. "The General Practitioner and the Surgeon: Stereotypes and Medical Specialties." *Revista Do Hospital Das Clínicas* 59 (1): 15–24.
- Bennett HJ. 2003. "Humor in Medicine." *Southern Medical Journal* 96 (12): 1257–1261.
- Berk R. 2009. "Derogatory and Cynical Humour in Clinical Teaching and the Workplace: The Need for Professionalism." *Medical Education* 43 (1): 7–9.
- Bigler RS, Liben LS. 2006. "A Developmental Intergroup Theory of Social Stereotypes and Prejudice." *Advances in Child Development and Behavior* 34: 39–89.
- Bosk CL. 1980. "Occupational Rituals in Patient Management." *The New England Journal of Medicine* 303 (2): 71–76.
- Brainard AH, Brislen HC. 2007. "Viewpoint: Learning Professionalism: A View from the Trenches." *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges* 82 (11): 1010–1014.
- Brull R, Bradley JW. 2001. "The Role of Anesthesiologists in Canadian Undergraduate Medical Education." *Canadian Journal of Anaesthesia = Journal Canadien D'anesthésie* 48 (2): 147–152.
- Bundesärztekammer. 2015a. "Ärzte ohne Ärztliche Tätigkeit." <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2015/aerzte-ohne-aerztliche-taetigkeit/>. [Zugegriffen 2016-07-27].
- Bundesärztekammer. 2015b. "Ärztstatistik 2015 Diagramme und Tabellen." [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2015/Stat15AbbTab.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2015/Stat15AbbTab.pdf). [Zugegriffen 2016-07-27].

- Burgess DJ, Joseph A, Van Ryn M, Carnes M. 2012. "Does Stereotype Threat Affect Women in Academic Medicine?" *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 87 (4): 506–512.
- Byrne P. 2009. "Why Psychiatrists Should Watch Films (or What Has Cinema Ever Done for Psychiatry?)." *Advances in Psychiatric Treatment* 15 (4): 286–296.
- Cahn PS. 2016; Nov 1 [Epub ahead of print]. "Seven Dirty Words." *Academic Medicine*.
- Carney CP, Pitkin AK, Malis R, Yates WR. 2002. "Combined Internal Medicine/psychiatry and Family Practice/psychiatry Training Programs 1999-2000: Residents' Perspectives." *Academic Psychiatry: The Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry* 26 (2): 110–116.
- chirurg-werden.de. 2016. "Chirurg Werden - Weiterbildung - Weiterbildungsprogramm." <http://chirurg-werden.de/de/weiterbildung/programm.html>. [Zugegriffen 2016-11-22].
- Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. 2015. "A Schematic Representation of the Professional Identity Formation and Socialization of Medical Students and Residents: A Guide for Medical Educators." *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 90 (6): 718–725.
- Davidhizar R, Shearer R. 1997. "Humor: Don't Manage People without It." *Radiologic Technology* 69 (1): 83–87.
- Davis MA, Haney CS, Weeks WB, Sirovich BE, Anthony DL. 2014. "Did You Hear the One about the Doctor? An Examination of Doctor Jokes Posted on Facebook." *Journal of Medical Internet Research* 16 (2): e41.
- DoctorsHangout. 2011. "An Algorithm to Choose a Medical Specialty on the Basis of Your Personality Characteristics." <http://www.doctorshangout.com/profiles/blogs/an-algorithm-to-choose-a-medical-specialty-on-the-basis-of-your-p>. [Zugegriffen 2016-07-27].
- Epstein S. 2005. "Psychiatrists Are Doctors, Too: A Call for Mutual Respect and Communication Among All Treating Physicians." *Psychiatry (Edgmont (Pa. : Township))* 2 (1): 17–18.
- Eron LD. 1958. "D. The Effect of Medical Education on Attitudes: A Follow-up Study." *Journal of Medical Education* 33 (10 Part 2): 25–33.
- Freud S. 1960. *Jokes and Their Relation to the Unconscious*.
- Furnham A. 2001. "Self-Estimates of Intelligence: Culture and Gender Difference in Self and Other Estimates of Both General (G) and Multiple Intelligences." *Personality and Individual Differences* 31 (8): 1381–1405.
- Glick P, Fiske ST, Mladinic A, Saiz JL, Abrams D, Masser B, Adetoun B, ... López WL. 2000. "Beyond Prejudice as Simple Antipathy: Hostile and Benevolent Sexism across Cultures." *Journal of Personality and Social Psychology* 79 (5): 763–775.
- Grunspan DZ, Eddy SL, Brownell SE, Wiggins BL, Crowe AJ, Goodreau SM. 2016. "Males Under-Estimate Academic Performance of Their Female Peers in Undergraduate Biology Classrooms." *PloS One* 11 (2): e0148405.
- Gulati P, Das S, Chavan BS. 2014. "Impact of Psychiatry Training on Attitude of Medical Students toward Mental Illness and Psychiatry." *Indian Journal of Psychiatry* 56 (3): 271–277.

- Gutmann EJ, Salzman GA. 1999. "Much Ado about Doing Nothing." *Modern Pathology: An Official Journal of the United States and Canadian Academy of Pathology, Inc* 12 (1): 95–97.
- Hill EJR, Bowman KA, Stalmeijer RE, Solomon Y, Dornan T. 2014. "Can I Cut It? Medical Students' Perceptions of Surgeons and Surgical Careers." *American Journal of Surgery* 208 (5): 860–867.
- Hodson G, Rush J, Macinnis CC. 2010. "A Joke Is Just a Joke (except When It Isn't): Cavalier Humor Beliefs Facilitate the Expression of Group Dominance Motives." *Journal of Personality and Social Psychology* 99 (4): 660–682.
- Hughes B, Fitzpatrick JJ. 2010. "Nurse-Physician Collaboration in an Acute Care Community Hospital." *Journal of Interprofessional Care* 24 (6): 625–632.
- Kindler CH, Harms C, Alber C. 2002. "Das Berufsbild Des Anästhesisten Eine Untersuchung Aus Patientensicht in Einem Schweizer Universitätsspital [The Patients' Perception of the Anaesthetist in a Swiss University Hospital]." *Der Anaesthetist* 51 (11): 890–896.
- Kitsis EA, Goldsammler M. 2013. "Physician Shadowing: A Review of the Literature and Proposal for Guidelines." *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 88 (1): 102–110.
- Korszun A, Dinos S, Ahmed K, Bhui K. 2012. "Medical Student Attitudes about Mental Illness: Does Medical-School Education Reduce Stigma?" *Academic Psychiatry: The Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry* 36 (3): 197–204.
- LaFave L, McCarthy K, Haddad J. 1973. "Humor Judgments as a Function of Identification Classes: Canadian vs. American." *The Journal of Psychology* 85 (1st Half): 53–59.
- Liaw SY, Siau C, Zhou WT, Lau TC. 2014. "Interprofessional Simulation-Based Education Program: A Promising Approach for Changing Stereotypes and Improving Attitudes toward Nurse – Physician Collaboration." *Applied Nursing Research* 27 (4). Elsevier Inc.: 258–260.
- Lingard L. 2013. "Language Matters: Towards an Understanding of Silence and Humour in Medical Education." *Medical Education* 47 (1): 40–48.
- Lyons Z, Janca A. 2015. "Impact of a Psychiatry Clerkship on Stigma, Attitudes towards Psychiatry, and Psychiatry as a Career Choice." *BMC Medical Education* 15: 34.
- Mannix E, Neale MA. 2005. "What Differences Make a Difference? The Promise and Reality of Diverse Teams in Organizations." *Psychological Science in the Public Interest: A Journal of the American Psychological Society* 6 (2). SAGE Publications: 31–55.
- Matharu K, Kravitz RL, McMahon GT, Wilson MD, Fitzgerald FT. 2012. "Medical Students' Attitudes toward Gay Men." *BMC Medical Education* 12: 71.
- Maurin D, Pacault C, Galès B. 2014. "The Jokes Are Vectors of Stereotypes. Example of the Medical Profession from 220 Jokes." *Presse Med.* 43 (12 Pt 1): e385-392.
- McBee E, Ratcliffe T, Goldszmidt M, Schuwirth L, Picho K, Artino AR, Masel J, Durning SJ. 2016. "Clinical Reasoning Tasks and Resident Physicians: What Do They Reason About?" *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 91 (7): 1022–1028.

- McCulloch P, Kaul A, Wagstaff GF, Wheatcroft J. 2005. "Tolerance of Uncertainty, Extroversion, Neuroticism and Attitudes to Randomized Controlled Trials among Surgeons and Physicians." *British Journal of Surgery* 92 (10): 1293–1297.
- McGaw CD, Hanna WJ. 1998. "Knowledge and Fears of Anaesthesia and Surgery. The Jamaican Perspective." *The West Indian Medical Journal* 47 (2): 64–67.
- Meldrum H. 2010. "Exemplary Physicians' Strategies for Avoiding Burnout." *The Health Care Manager* 29 (4): 324–331.
- Navarro AM, Taylor AD, Pokorny AP. 2011. "Three Innovative Curricula for Addressing Medical Students' Career Development." *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 86 (1): 72–76.
- Pelaccia T, Delplanq H, Tribby E, Bartier JC, Leman C, Hedef H, Pottecher T, Dupeyron JP. 2010. "Gender Stereotypes: An Explanation to the Underrepresentation of Women in Emergency Medicine." *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine* 17 (7): 775–779.
- Pescosolido BA, Tuch S, Martin JK. 2001. "The Profession of Medicine and the Public: Examining Americans' Changing Confidence in Physician Authority from the Beginning of the 'Health Care Crisis' to the Era of Health Care Reform." *Journal of Health and Social Behavior* 42 (1): 1–16.
- Petrides KV, Furnham A, Martin GN. 2004. "Estimates of Emotional and Psychometric Intelligence: Evidence for Gender-Based Stereotypes." *The Journal of Social Psychology* 144 (2): 149–162.
- Random.org - List Randomizer. 2014. "RANDOM.ORG - List Randomizer." <https://www.random.org/lists/>. [Zugegriffen 2014-03-06].
- Ravindra P, Fitzgerald JEF. 2011. "Defining Surgical Role Models and Their Influence on Career Choice." *World Journal of Surgery* 35 (4): 704–709.
- Restifo LL, Phelan GR. 2011. "The Cultural Divide: Exploring Communication Barriers between Scientists and Clinicians." *Disease Models & Mechanisms* 4 (4): 423–426.
- Rose L. 1994. "Homophobia among Doctors." *BMJ (Clinical Research Ed.)* 308 (6928): 586–587.
- Sartorius N, Gaebel W, Cleveland HR, Stuart H, Akiyama T, Arboleda-Flórez J, Baumann AE, Gureje O, Jorge MR, Kastrup M, Suzuki Y, Tasman A. 2010. "WPA Guidance on How to Combat Stigmatization of Psychiatry and Psychiatrists." *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 9 (3): 131–144.
- Schrauth M, Kowalski A, Weyrich P, Begenau J, Werner A, Zipfel S, Nikendei C. 2009. "Selbstbild, Arztbild Und Arztideal: Ein Vergleich Medizinstudierender 1981 Und 2006." *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie* 59 (12). © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York: 446–453.
- Schwartz MD, Durning S, Linzer M, Hauer KE. 2011. "Changes in Medical Students' Views of Internal Medicine Careers from 1990 to 2007." *Archives of Internal Medicine* 171 (8): 744–749.
- Scott I, Wright B, Brenneis F, Brett-Maclean P, McCaffrey L. 2007. "Why Would I Choose a Career in Family Medicine?: Reflections of Medical Students at 3 Universities." *Canadian Family Physician Médecin de Famille Canadien* 53 (11): 1956–1957.

- Shem S. *The House of God*. New York: Penguin Group (USA), 1978.
- Sobel RK. 2006. "Does Laughter Make Good Medicine?" *The New England Journal of Medicine* 354 (11): 1114–1115.
- Spence D. 2012. "That Joke Isn't Funny Any More." *BMJ (Clinical Research Ed.)* 344: e3762.
- Stahn B, Harendza S. 2014. "Role Models Play the Greatest Role - a Qualitative Study on Reasons for Choosing Postgraduate Training at a University Hospital." *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 31 (4): Doc45.
- Steele CM. 1997. "A Threat in the Air. How Stereotypes Shape Intellectual Identity and Performance." *The American Psychologist* 52 (6): 613–629.
- Sternszus R, Macdonald ME, Steinert Y. 2016. "Resident Role Modeling: "It Just Happens"." *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges* 91 (3): 427–432.
- Stiebel V, Schwartz CE. 2001. "Physicians at the Medicine/Psychiatric Interface: What Do Internist/Psychiatrists Do?" *Psychosomatics* 42 (5). Elsevier: 377–381.
- Stilwell NA, Wallick MM, Thal SE, Burleson JA. 2000. "Myers-Briggs Type and Medical Specialty Choice: A New Look at an Old Question." *Teaching and Learning in Medicine* 12 (1): 14–20.
- Stuart H, Sartorius N, Liinamaa T, Images Study Group. 2015. "Images of Psychiatry and Psychiatrists." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 131 (1): 21–28.
- Thornicroft G, Rose D, Mehta N. 2010. "Discrimination against People with Mental Illness: What Can Psychiatrists Do?" *Advances in Psychiatric Treatment* 16 (1): 53–59.
- Veysman B. 2005. "Physician, Know Thyself." *BMJ* 331 (7531). British Medical Journal Publishing Group: 1529–1529.
- Walter G. 1989. "The Stereotype of the Mad Psychiatrist." *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 23 (4): 547–554.
- Warschkow R, Steffen T, Spillmann M, Kolb W, Lange J, Tarantino I. 2010. "A Comparative Cross-Sectional Study of Personality Traits in Internists and Surgeons." *Surgery* 148 (5): 901–907.
- Watson K. 2011. "Gallows Humor in Medicine." *The Hastings Center Report* 41 (5): 37–45.
- Wear D. 2002. "The House of God: Another Look." *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges* 77 (6): 496–501.
- Wear D, Aultman JM, Varley JD, Zarconi J. 2006. "Making Fun of Patients: Medical Students' Perceptions and Use of Derogatory and Cynical Humor in Clinical Settings." *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges* 81 (5): 454–462.
- Wear D, Aultman JM, Zarconi J, Varley JD. 2009. "Derogatory and Cynical Humour Directed towards Patients: Views of Residents and Attending Doctors." *Medical Education* 43 (1): 34–41.
- Welbergen L, Pinilla S, Pander T, Gradel M, von der Borch P, Fischer MR, Dimitriadis K. 2014. "The FacharztDuell: Innovative Career Counselling in Medicine." *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 31 (2): Doc17.

- Whereat SE, McLean AS. 2012. "Survey of the Current Status of Teaching Intensive Care Medicine in Australia and New Zealand Medical Schools." *Critical Care Medicine* 40 (2): 430–434.
- Wolf TM, Balson PM, Faucett JM, Randall HM. 1989. "A Retrospective Study of Attitude Change during Medical Education." *Medical Education* 23 (1): 19–23.
- Woolf K, Elton C, Newport M. 2015. "The Specialty Choices of Graduates from Brighton and Sussex Medical School: A Longitudinal Cohort Study." *BMC Medical Education* 15: 46.
- Xu R. 2011. "A Differentiation Diagnosis--Specialization and the Medical Student." *The New England Journal of Medicine* 365 (5): 391–393.
- Zborovski S, Rohekar G, Rohekar S. 2010. "Strategies to Improve Recruitment into Rheumatology: Results of the Workforce in Rheumatology Issues Study (WRIST)." *The Journal of Rheumatology* 37 (8): 1749–1755.
- Zink BJ, Hammoud MM, Middleton E, Moroney D, Schigelone A. 2007. "A Comprehensive Medical Student Career Development Program Improves Medical Student Satisfaction with Career Planning." *Teaching and Learning in Medicine* 19 (1): 55–60.

## 9 Anhang

### 9.1 Sammlung Arztwitze

#### **W1 Toter im Aufzug (Allgemeinchirurgie, Anästhesie)**

Zwei Chirurgen finden einen Anästhesisten tot im Aufzug liegen. Sie schauen sich an und überlegen, was sie tun könnten. "Wir stecken ihm die Hände in die Kitteltaschen und sagen: Es war ein Arbeitsunfall".

#### **W2 Fleck auf dem Kittel (Allgemeinchirurgie, Anästhesie, Urologie)**

Kommt ein Arzt mit einem roten Fleck auf dem Kittel aus dem OP. Was ist er? Chirurg!  
Kommt ein Arzt mit einem gelben Fleck auf dem Kittel aus dem OP. Was ist er? Urologe!  
Kommt ein Arzt mit einem braunen Fleck auf dem Kittel aus dem OP. Was ist er? Anästhesist!

#### **W3 An der Einsatzstelle (Allgemeinchirurgie, Anästhesie, Innere Medizin)**

Was sagt ein Internist an der Einsatzstelle? Der Mann muss ins Krankenhaus, da muss man dann mal abwarten wie sich die Sache entwickelt!  
Was sagt ein Chirurg an der Einsatzstelle? Der Mann muss ins Krankenhaus und operiert werden!  
Und was sagt ein Anästhesist an der Einsatzstelle? Der Mann muss ins Krankenhaus zu einem Arzt!

#### **W4 Fußballfeld I (Allgemeinchirurgie, Anästhesie, Innere Medizin)**

Ein Fußballfeld, in der Mitte ein 50-Euro-Schein. An den 4 Eckfahnen stehen ein Chirurg, ein Anästhesist, ein schneller Internist und ein langsamer Internist. Wer kriegt die 50 Euro? Der langsame Internist! Warum? Ganz einfach: Der Chirurg bückt sich nicht für 50 Euro, der Anästhesist hat das Spiel nicht verstanden, einen schnellen Internisten gibt es nicht, folglich bekommt der langsame Internist die 50 Euro...

#### **W5 Aus der Lehre (Allgemeinchirurgie, Anästhesie, Innere Medizin)**

Die Chirurgie ist die Lehre von der Sinnlosigkeit der inneren Organe.  
Die Innere Medizin ist die Lehre von der Unheilbarkeit der Krankheiten.  
Die Anästhesie ist die Lehre von der Widerstandsfähigkeit des menschlichen Körpers.

#### **W6 Haie im Ozean (Allgemeinchirurgie, Anästhesie, Kardiologie, Psychiatrie)**

Treffen sich ein paar Haie im Ozean und unterhalten sich. Sagt der erste: „Mir geht's gar nicht so gut. Ich hab vor drei Tagen 'nen Kardiologen gefressen und ich hab immer noch Rhythmusstörungen.“ Antwortet der Zweite: „Das ist doch gar nichts. Ich hab vor 'ner Woche 'nen Anästhesisten gefressen. Man, ich bin immer noch total breit und schlaf dauernd beim Schwimmen ein.“ Antwortet der dritte: „Stellt euch nicht so an. Ich habe letzte Woche aus Versehen einen Psychiater verschluckt. Seitdem entschuldige mich bei jedem Fisch, den ich erschrecke.“ „Pah, ihr Angeber!“ sagt der vierte. „Ich hab neulich 'nen Chirurgen gefressen. Der war so hohl/aufgeblasen, ich konnte drei Wochen nicht mehr tauchen.“

#### **W7 The Doctor's Convention (Allgemeinchirurgie, Anästhesie)**

There's a bunch of doctors gathered together at a doctor's convention one night. A male doctor notices a female doctor from across the room. The female doctor notices also and the next thing you know, they're sitting next to each other by the end of dinner. After dinner, the male asks the woman if she wants to go up to his hotel room. "Sure," the woman says. "Let me go wash my hands first." After she washes her hands, they have sex. After they are finished, she washes her hands again. This is really starting to annoy the male doctor so he says, "you know, you must be a surgeon, because you keep washing your hands." Angry at this remark, the woman says, "Well, you must be an anaesthesiologist, because I didn't feel a thing!"

- W8 Im Flieger I (Allgemeinchirurgie, Anästhesie)**  
Ein Anästhesist hat mal Urlaub, hat er sich lange drauf gefreut, und fliegt in die Karibik. Im Flugzeug über dem Atlantik geht die Stewardess durch „Entschuldung, ist einer der Anwesenden Anästhesist? Wir bräuchten einen Anästhesisten!“ Er zieht den Kopf ein und denkt sich, nein, ich habe Urlaub, ich will nicht, soll doch wer anders... Fünf Minuten später kommt die Stewardess wieder durch: „Wir suchen einen Anästhesisten, ist hier zufällig jemand...“ Nein, er will nicht, er stellt sich schlafend. Beim dritten Gang der Stewardess („Wir suchen DRINGEND einen Anästhesisten!“) gibt er auf: „Ja, er wäre Anästhesist, was es denn gäbe?“ Antwort der Stewardess: „In der ersten Klasse sitzt ein Chirurg, der möchte seinen Tisch eingestellt bekommen!“
- W9 EKG für Chirurgen (Allgemeinchirurgie)**  
Zacken nach oben – alles klar. Zacken nach unten – Internisten fragen. Anschließend EKG umdrehen und zwar so, dass die Buchstaben und Zahlen in der Kopfzeile richtig rum sind. Keine Zacken – gerade erst passiert: Anästhesisten holen. Keine Zacken – schon länger da: Totenschein.
- W10 Blut-Hirn-Schranke (Allgemeinchirurgie, Anästhesie)**  
Wie nennt man das grüne Tuch, das im OP die Chirurgen von den Anästhesisten trennt? Blut-Hirn-Schranke.
- W11 Der Unterschied (Allgemeinchirurgie, Anästhesie)**  
Ein Anästhesist fragt den chirurgischen Chefarzt während der OP: „Wissen Sie eigentlich, was der Unterschied zwischen Ihnen und mir ist?“ Chefarzt: „Keine Ahnung?“ Anästhesist: „Richtig!“
- W12 Doppelblind (Allgemeinchirurgie)**  
Was sind zwei Chirurgen vor einem EKG? – Eine Doppelblindstudie.
- W13 Gott in Weiß (Allgemeinchirurgie)**  
Q: Was ist der Unterschied zwischen einem Chirurgen und Gott? A: Gott weiß, dass er kein Chirurg ist...
- W14 Glühbirnenwechsel (Allgemeinchirurgie)**  
Wie viele Chirurgen braucht man, um eine Glühbirne zu wechseln? Einen – und sehr viele Birnen!
- W15 Selbstmord (Allgemeinchirurgie)**  
Wie begeht ein Chirurg Selbstmord? Indem er sich von seinem Ego auf sein Niveau stürzt.
- W16 Ureter (Allgemeinchirurgie)**  
Woran erkennt der Chirurg den Ureter? Am sternförmigen Lumen...
- W17 Treffen im Magen (Allgemeinchirurgie)**  
Treffen sich zwei Chirurgen-Assis im Magen vom Chef. „Na, hat der Alte dich auch gefressen?“ „Nee, ich komm von unten.“
- W18 Kleiner Hund im Einsatz (Allgemeinchirurgie)**  
„Mein Hund hat mir das Leben gerettet.“ erzählt ein Mann voller Stolz. „Wie das denn, der ist doch so klein.“ „Vier Chirurgen wollten an mein Krankenbett und keinen hat er rangelassen.“
- W19 Knapp (Allgemeinchirurgie)**  
„Das war knapp!“ sagte der Chirurg nach der Operation zur Schwester. „Was meinen Sie damit?“ fragte sie verwundert. „Einen Zentimeter weiter und ich wäre aus meinem Fachgebiet rausgewesen!“

- W20 Im Fahrstuhl (Allgemeinchirurgie, Innere Medizin)**  
Ein Chirurg und ein Internist stehen im Aufzug. Plötzlich geht die Tür zu, beide wollen jedoch noch aussteigen. Sie stecken dasjenige Körperteil in die zugehende Tür, welches sie am wenigsten brauchen: Der Internist die Hand – der Chirurg den Kopf...
- W21 Moneten I (Allgemeinchirurgie)**  
Der eine Chirurg zum andern während der OP: „Eine Niere bringt ,ne Menge Kohle! .... OH! Da sind ja sogar 2!“
- W22 Applaus (Allgemeinchirurgie)**  
Ein Mann, der aus der Narkose aufwacht, stellt fest, dass nicht nur der Blinddarm, sondern auch die Mandeln fehlen. Der Chefchirurg bedauert sehr: „Die Operation wurde für die Studenten per Fernsehen übertragen. Mit dem Blinddarm erntete ich einen derartigen Applaus, dass ich eine Zugabe geben musste.“
- W23 Moneten II (Allgemeinchirurgie)**  
Was ist der Unterschied zwischen einem Chirurgen und dem Finanzamt? Gibt keinen, beide versuchen, aus den Leuten so viel wie irgend möglich herauszuholen...!
- W24 Bücher I (Allgemeinchirurgie)**  
Treffen sich zwei Chirurgen in der Bibliothek.
- W25 Blondine (Allgemeinchirurgie)**  
Was ist eine Blondine zwischen 2 Chirurgen? Nicht die dümmste!
- W26 Verschreibung (Allgemeinchirurgie)**  
Kommt ein Mann mit einer Schwellung nach dem Heilpraktiker auch in eine chirurgische Ambulanz. Der Chirurg: „Sie waren also beim Heilpraktiker? Bin ja mal gespannt, welchen sinnlosen Unfug der ihnen verschrieben hat!“ Darauf der Patient: „Er hat mich zu Ihnen geschickt.“
- W27 Im Konzertsaal (Allgemeinchirurgie)**  
Karajan dirigiert ein Konzert. Nach ein paar Minuten ruft vorne aus der ersten Reihe ein Mann lauthals: „Ist hier ein Chirurg im Saal?“ Karajan dreht sich um, schüttelt mit dem Kopf und lässt weiterspielen. Etwas später wieder das gleiche. Der Mann schreit: „Ist hier ein Chirurg im Saal?“ Nun wird Karajan etwas ungehalten. Trommelt mit seinem Taktstock aufs Pult, unterbricht aber nicht. Als der Mann nach einer Zeit wieder laut ruft: „Ist hier ein Chirurg im Saal?“ unterbricht Karajan die Vorstellung, wendet sich ans Publikum und fragt: „Kann diesem Mann geholfen werden, damit er endlich Ruhe gibt? Ist hier denn ein Chirurg anwesend?“ Steht in der letzten Reihe einer auf: „Ja, ich bin Chirurg. Was ist denn?“ Ruft der Schreihals: „Ist das nicht ein herrliches Konzert, Herr Kollege!“
- W28 Patients' Chart (Allgemeinchirurgie)**  
Q: How do you hide a £5 note from a General Surgeon? A: Hide it in the Patient's Notes.
- W29 Books (Allgemeinchirurgie)**  
Q: How do you hide something from a Surgeon? A: Put it in a book.
- W30 Moneten III (Allgemeinchirurgie)**  
„Herr Doktor, ist die Operation wirklich nötig? Ich habe Frau und drei Kinder zu ernähren!“ „Ich auch mein Lieber, ich auch!“
- W31 Pech (Allgemeinchirurgie)**  
Der Chefarzt hört einen Patienten fürchterlich fluchen und schimpfen. „Wer ist denn das?“ eilt er ans Bett des Tobenden. „Ja, meine Güte! Sie sind doch der, dem ich vor drei Stunden den Blinddarm rausgenommen habe. Warum schreien Sie denn so? Habe ich Sie etwa nicht schön operiert?“ „Das ist es ja gerade, Sie, Sie...! Ich sollte doch bloß ein Telegramm bei Ihnen abgegeben.“

**W32 Der älteste Beruf der Welt (Allgemeinchirurgie)**

Streiten sich ein Chirurg, ein Architekt und ein Politiker, welches der älteste Beruf der Welt sei. Chirurg: „Gott hat Adam eine Rippe entnommen und damit Eva erschaffen. Dies war die erste Operation. Also ist Chirurg der älteste Beruf.“ Architekt: „Bevor Gott Adam geschaffen hat, hat er aus dem Chaos die Welt erschaffen. Also ist der älteste Beruf der des Architekten.“ Daraufhin der Politiker lässig: „Und wer, glaubt Ihr, hat das Chaos geschaffen?“

**W33 Appendix (Allgemeinchirurgie)**

A surgeon goes to return some books borrowed from the library...The librarian quips after checking the books: "Sir your books are always returned with the last page missing in every book..."The surgeon replies: "I can't stop myself from removing an appendix whenever I see one, be it in a person or a book."

**W34 Light Bulb (Allgemeinchirurgie)**

How many surgeons does it take to change a light bulb? None. They would wait for a suitable donor and do a filament transplant.

**W35 On Error (Allgemeinchirurgie)**

A man wakes up in a hospital bed after a terrible accident and cries - "DOC, DOC...I can't feel my legs, I can't feel my legs!!! "Well of course you can't silly!" replies the Doc... "I've cut off both of your arms."

**W36 So oder so (Allgemeinchirurgie)**

Nach der Operation meint der Chefarzt zum Patienten: „Machen Sie sich keine Sorgen, in zwei Wochen sind Sie draußen. So oder so.“

**W37 First time (Allgemeinchirurgie)**

Patient entering the Operation Theatre: “Doctor I am very much nervous. I am getting operated for the first time...” Doctor: "So what? Why should you worry for that? Look at me. I too am operating for the first time in my career. Am I worried?"

**W38 Münzwurf (Allgemeinchirurgie)**

Direkt nach dem Einspritzen der Ganzkörpernarkose fragt der Patient: „Wo ist denn der Chefarzt eben so eilig hingegangen?“ – „Er ist jetzt im Flur. Er hat vergessen, ob es Ihr Blinddarm oder Zwölffingerdarm sein soll. Jetzt wirft er eine Münze.“

**W39 Sprüche (Allgemeinchirurgie, Innere Medizin, Orthopäde, Pathologie, Psychiatrie)**

Was ist der Unterschied zwischen Chirurgen, Internisten, Pathologen, Orthopäde und Psychiatern? Der Chirurg kann alles, weiß aber nix. Der Internist weiß alles, kann aber nix. Der Pathologe kann alles, weiß alles, kommt aber immer zu spät. Der Orthopäde kann nix, weiß nix, aber sieht aber gut aus. Der Psychiater kann nix, weiß nix, hat aber für alles Verständnis.

**W40 Entenjagd I (Allgemeinchirurgie, Innere Medizin, Pathologie)**

Ein Internist, ein Chirurg und ein Pathologe gehen zusammen auf Entenjagd. Eine Jagdlizenz für andere Tiere haben sie nicht und nur ein Gewehr, das zuerst der Internist mit sich herumträgt. Die drei hocken mehrere Stunden im Schilf und keine Ente zeigt sich. Es passiert....nix. Bis irgendwann in einiger Entfernung lautes Geschnatter zu hören ist und mehrere Vögel gen Himmel flattern. Der Internist legt also an, ist schussbereit und fängt dann an zu denken: „Hmm, sind das wirklich Enten? Könnten auch Rebhühner sein oder Haubentaucher. Die Wahrscheinlichkeit ist Enten>Rebhühner>Haubentaucher. In seltenen Fällen sehen aber auch...” „Schieß endlich! Schieß doch!“ brüllt der Chirurg. Leider sind die Vögel in diesem Moment außerhalb der Schussweite, das Jagdglück bleibt den Dreien vorerst versagt. Der völlig entnervte Chirurg reißt dem Internisten das Gewehr aus der Hand: „Ich zeig Dir jetzt, wie das geht!“ Anschließend hocken die Drei wieder mehrere Stunden im Schilf und warten.... Schließlich gibt es wieder Geschnatter und Vögel steigen auf. Der Chirurg

schnappt sich die Flinte und ballert wie ein Verrückter in den Vogelschwarm, einige der Tiere fallen getroffen wieder zu Boden. „Aber unsere Lizenz... nur für Enten!“ kommt als Einwand vom Internisten. „Schnauze halten, Internist.“ erwidert der Chirurg, „Und Du, Pathologe geh da jetzt hin und guck nach, was wir da haben.“

**W41 Duck Shooting I (Allgemeinchirurgie, Pathologie, Radiologie)**

Four consultants went duck hunting – a registrar, a radiologist, a surgeon and a pathologist. The registrar was up first. The ducks flew over and he aimed the shotgun but didn't fire. When asked why he replied that he thought they looked like ducks coming towards him, but geese flying away, when I was sure what they were they were gone. The radiologist was next. The ducks flew over; the radiologist raised his gun but didn't fire. When asked why he said that he thought they were ducks on the AP view, but by the time he could see them in the lateral it was too late. Next was the surgeon. As the ducks came along he started firing wildly in the air, ducks falling like rain. When the smoke cleared he picked up the ducks, handed them to the pathologist saying "here you are. Now tell me are these ducks or not?"

**W42 Entenjagd II (Allgemeinchirurgie, Anästhesie, Innere Medizin, Pathologie, Psychiatrie)**

Chirurg, Psychiater, Anästhesist, Internist und Pathologe machen zusammen Jagdurlaub - es soll auf Enten gehen. Am Himmel kommt ein Schwarm vorbei. Anästhesist: „Hmm, Langer dünner Hals - schwer zu intubieren.“ Internist: „Ja, das könnten Enten sein, aber ohne Differentialdiagnose?“ Psychiater: „Naja, sie sehen aus wie Enten, aber ob sie sich auch wie Enten fühlen?“ Der Chirurg lädt durch holt ein paar Tiere vom Himmel reicht sie dem Pathologen: „Schau mal, ob 'ne Ente dabei ist.“

**W43 Duck Shooting II (Allgemeinchirurgie, Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Pathologie)**

Four docs went on a duck-hunting trip together: a family practitioner, a gynecologist, a surgeon, and a pathologist. As a bird flew overhead, the family practitioner started to shoot but decided not to because he wasn't absolutely sure it was a duck. The gynecologist also started to shoot, but lowered his gun when he realized he didn't know whether it was a male or a female duck. The surgeon, meanwhile, blew the bird away, turned to the pathologist and said, "Go see if that was a duck."

**W44 Duck Shooting III (Allgemeinchirurgie, Allgemeinmedizin, Pathologie)**

Three doctors are in the duck blind and a bird flies overhead. The general practitioner looks at it and says, "Looks like a duck, flies like a duck... it's probably a duck," shoots at it but misses and the bird flies away. The next bird flies overhead, and the pathologist looks at it, then looks through the pages of a bird manual, and says, "Hmmm...green wings, yellow bill, quacking sound...might be a duck." He raises his gun to shoot it, but the bird is long gone. A third bird flies over. The surgeon raises his gun and shoots almost without looking, brings the bird down, and turns to the pathologist and says, "Go see if that was a duck."

**W45 Duck Shooting IV (Allgemeinchirurgie, Innere Medizin, Notfallmedizin, Pathologie, Radiologie)**

A group of docs are duck hunting, ducks fly over, the internist raises his gun, but thinks "It could be a duck, but it might be a goose, maybe a small swan, a dove, a web footed robin.." and the birds fly on. Next flock comes over and the radiologist shoots a duck and then says "It's a mallard, but cannot rule-out widgeon, black duck, or wood duck... recommend further tests especially an MRI or CT." Next flock, the ER doc raises his shotgun, closes his eyes and just starts shooting in the air. The surgeon shoots, knocks one down and yells for the pathologist to go get it and tell him what it is.

**W46 Kernkompetenzen I (Allgemeinchirurgie)**

Ein Internationaler Chirurgenkongress. Der Amerikaner kommt einen Tag zu spät, da er eine wichtige Operation hatte. Er soll darüber berichten. Er hatte eine Darm-, Leber-Herz- und Lungentransplantation gemacht. Großer Applaus. Tags drauf kommt der

Russe zu spät. Auch er soll berichten. Er hat eine Hirntransplantation vorgenommen. Auch er wird mit großem Applaus bedacht. Tags drauf kommt der Deutsche. Auch er konnte nicht eher, wegen einer dringenden Operation. Was er denn operiert habe? Er hat eine Tonsillektomie vorgenommen. Und was war daran so besonders? „Der Mann war im öffentlichen Dienst, da durfte er seinen Mund nicht aufmachen und da musste ich rektal operieren!“

**W47 Sayings (Allgemeinchirurgie, Innere Medizin, Pathologie, Psychiatrie)**

What's the difference between a surgeon, an internist, a psychiatrist and a pathologist? The Surgeon: Knows nothing, does everything. The Internist: Knows everything, does nothing. The Psychiatrist: Knows nothing, does nothing. The Pathologist: Knows everything, does everything, but a day too late.

**W48 Fußballfeld II (Allgemeinchirurgie, Orthopädie, Radiologie)**

In der Mitte eines Fußballfeldes steht ein Topf mit 50.000 Euro. In jeder Ecke des Fußballfeldes steht ein Arzt. Ein guter Orthopäde, ein schlechter Orthopäde, ein Chirurg und ein Radiologe. Die Regel: Wer zuerst bei dem Topf in der Mitte ankommt, darf das Geld behalten. Wer gewinnt? Immer der schlechte Orthopäde! Warum? Einen guten Orthopäden gibt es nicht, dem Chirurgen waren die Regeln zu kompliziert, und der Radiologe setzt sich bei einer so lächerlichen Summe gar nicht erst in Bewegung.

**W49 Closing Elevator's Door I (Allgemeinchirurgie, Innere Medizin, Orthopädie)**

So a surgeon was rounding at the hospital and needed to catch the elevator before it closed. He stuck his foot into the door, it opened up for him. A medical student on the elevator asked "Why the foot?" Surgeon replied, "I don't use my foot to operate." Next floor, an internist waved his hand into the door. "Why the hand?" asked the student. "I don't need my hands" replied the internist. Next floor up, the orthopedic surgeon used his head to open the elevator.

**W50 Closing Elevator's Door II (Allgemeinchirurgie, Innere Medizin)**

A surgeon gets on an elevator. An internist sees the open elevator door and comes running down the hall shouting, "Hold the elevator!" The surgeon doesn't want to wait, so he starts mashing on the CLOSE DOOR button. The internist gets there just as the door is almost closed, and sticks his hand in to stop the door. As he gets in, the surgeon gives him a dirty look and says, "If you were a surgeon, you would never have stuck your hand into a closing door like that!" To which the internist replies, "You're right. I would have stuck in my head!"

**W51 Dauert nicht lange (Allgemeinchirurgie)**

Drei Sätze, die man einem Chirurgen NIEMALS glauben soll: - "tut nicht weh" - "dauert nicht lange" - "komme gleich wieder"

**W52 Humor / Ironie I (Allgemeinchirurgie)**

Chirurg sagt: "Ich schlafe nur mit meiner Frau"

**W53 Fehlleistung (Allgemeinchirurgie)**

"Überstanden!" Der soeben Operierte liegt wieder in seinem Zimmer und atmet auf. "Sagen Sie das nicht zu früh", meint sein Bettnachbar, "mich mussten sie ein zweites Mal aufschneiden, weil der Professor eine Pinzette in meinem Bauch vergessen hatte." Da steckt die Oberschwester ihren Kopf zur Tür herein und fragt: "Hat jemand die Brille vom Herrn Professor gesehen?"

**W54 Humor / Ironie II (Allgemeinchirurgie)**

"Do you mind telling me why you ran away from the operating room?" the hospital administrator asked the patient. "Because the nurse said, don't be afraid! An appendectomy is quite simple." "So...." "So?" exclaimed the man... "She was talking to the doctor!!!!"

**W55 Competencies (Allgemeinchirurgie)**

What differences will you get when a car is being repaired by a mechanic and laparoscopy surgeon? The mechanic dismantles the whole car and gets money but the laparoscopic surgeon repair it without dismantling the car, can you get this clue? The laparoscopic surgeon repairs the car through the silencer (smoke exit) itself!

**W56 Absturz (Allgemeinchirurgie)**

Wie bringen sich Chirurgen um? Sie stürzen sich von der Höhe ihres Egos auf die Höhe ihres IQs.

**W57 Bücher II (Allgemeinchirurgie)**

Streiten sich 2 Chirurgen um ein Lexikon.

**W58 Drei Wünsche (Anästhesie)**

Der Anästhesist sitzt im OP, als ihm plötzlich eine Fee erscheint! Die Fee sagt: „Lieber Dr., Sie haben nun drei Wünsche frei.“ „Puh,“ sagt der Anästhesist „als erstes wünsche ich mir meine eigene Insel.“ ZACK\* Er sitzt mitten in der Südsee, am weißen Sandstrand „Wow, dann wünsche ich mir jetzt die tollsten Frauen.“ ZACK\* Lauter süße Dinger hüpfen um ihn herum! „Mensch, jetzt habe ich ja eigentlich alles, was ich will, mein letzter Wunsch ist nieeee mehr zu arbeiten“ Zack\* Sitzt er wieder im OP!

**W59 Kometen (Anästhesie)**

Anästhesisten sind wie Kometen, sie tauchen kurz auf und sind dann lange wieder weg.

**W60 Im Flieger II (Anästhesie, Herzchirurgie)**

Ein Anästhesist sitzt in einem Flieger auf dem Weg zu einer Konferenz. Er döst so vor sich hin (in einem dieser unbequemen, zu engen Stühle der zweiten Klasse) als eine Stewardess ins Abteil gestürzt kommt: „Ist hier irgendjemand Anästhesist?“ Der Anästhesist völlig aufgeschreckt, hebt sofort seine Hand und fragt, wer denn krank sei und wie er helfen kann. Antwortet ihm die Stewardess: „Ach, niemand ist krank, aber der Herzchirurg in der ersten Klasse bräuchte mal ihre Hilfe. Er weiß nicht, wie er seinen Tisch alleine ausrichten soll.“

**W61 Schweres Los (Anästhesie)**

Das furchtbare Los der Anästhesisten: Wenn sie Kaffee trinken, können sie nicht schlafen. Wenn sie schlafen, können sie keinen Kaffee trinken.

**W62 Es geht ums Geld (Anästhesie, Innere Medizin, Radiologie)**

Ein guter und ein schlechter Anästhesist, ein Internist und ein Radiologe sitzen um einen Tisch, auf dem 50.000€ liegen. Wer bekommt das Geld? Der schlechte Anästhesist... gute Anästhesisten gibt's nicht; der Internist hat keine Ahnung, worum es eigentlich geht; und der Radiologe macht für 50.000 keinen Finger krumm....

**W63 Under the Bandage (Innere Medizin)**

How do you hide \$100 from an internist? Stick it under the patient's bandage.

**W64 Typical Features (Innere Medizin, Orthopädie, Plastische Chirurgie)**

How do you hide money from an internist? Put it under a dressing. How do you hide money from an orthopedist? Put it next to the labs. How do you hide money from a plastic surgeon? You can't.

**W65 Doctor's Advertising (Innere Medizin)**



**W66 Duck Shooting V (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Orthopädie)**

Three Drs, an internist, and family practitioner and an orthopedic surgeon went duck hunting together. The first duck flies up and the Internist takes aim. He says "it could be a duck, but then again, it could be a seagull, or maybe it's a loon" as he ponders the possibilities the duck is out of range. The second duck takes flight. The family practitioner takes aim and says "It looks like a duck, it quacks like a duck, it is a duck" KABOOM and he shoots the duck. The third duck goes up the Orthopedic Surgeon aims and KABOOM! Shoots the duck. Then he says: "now let's go over and see what we've got".

**W67 Bei der Arbeit (Orthopädie)**

Der Orthopäde bei der Knie-TEP: „Pin“! Die OP-Schwester: „Hier, zwei orthopädische, in Ordnung?“ Der Orthopäde: „Was soll an denen orthopädisch sein?“ Die OP-Schwester: „Die sind ohne Kopf!“

**W68 Double-blind (Orthopädie)**

What is a double-blind study? Two orthopedists reading an electrocardiogram.

**W69 Orthopedics' Credo (Orthopädie)**

If it doesn't go easily, force it. If it still doesn't go, get a hammer. If it still doesn't go, get a bigger hammer. If it still doesn't go, get a bigger assistant.

**W70 Great Lovers (Orthopädie)**

Why are orthopedic surgeons such great lovers?  
Because when they say something will take half an hour it normally takes three!!!!

**W71 Full Strength (Orthopädie)**

Orthopedic Surgeons: Strong as an ox, and almost as smart.

**W72 Witzig (Orthopädie)**

Warum sind Unfallchirurgen schlechte Liebhaber? – Weil sie immer warten, bis die Schwellung abgeklungen ist!

**W73 Expertise and charges (Orthopädie)**

A well-known rich businessman's wife broke her hip. The businessman got the best bone surgeon in town to do the operation. The operation consisted of lining up the broken hip and putting in a screw to secure it. The operation went fine, and the doctor sent the business man a fee for his services of \$5000. The businessman was outraged at the cost, and sent the doctor a letter demanding an itemized list of the costs. The doctor sent back a list with two things: 1 screw \$1 Knowing how to put it in \$4999, \$5000 total the businessman never argued.

**W74 Less well-off competition (Gynäkologie, Orthopädie)**

Q: How do they pick the Gynecologists and Orthopedic Surgeons? A: Take the bottom 10% of the medical school class and pith them (i.e., stick an ice pick into their brains and scramble them). The ones that can still walk become the Orthopedic Surgeons, and the rest become Gynecologists.

**W75 Diplomatic (Neurologie, Orthopädie)**

A neurologist diagnosed a patient with carpal tunnel syndrome. The same patient also had a back problem and went to see an orthopedic surgeon. The orthopedic was full of ego and told the patient he did not have carpal tunnel syndrome. The patient came back to the neurologist and told him what the surgeon said. The neurologist, being diplomatic and wanting to keep his turf too, said, "Yes, sir, the orthopedic Surgeon is absolutely right. You do not have carpal tunnel syndrome in your back!"

**W76 Reading (Orthopädie)**

Q: How do you hide a £5 note from an Orthopedic Surgeon? A: Hide it in a Textbook

**W77 Always the same / Routine (Orthopädie)**

Q: What does an orthopedic surgeon call the heart? A: A soft tissue organ for pumping cefuroxime around the body.

**W78 Kernkompetenzen II (Augenheilkunde, Dermatologie, Gynäkologie, Herzchirurgie, HNO, Orthopädie, Urologie)**

Wie verabschieden sich die Teilnehmer des Ärztekongresses? Augenarzt: Man sieht sich...! Ohrenarzt: Lasst mal wieder was von euch hören! Urologe: He Leute! Ich verpiss mich! Oder haltet euch steif! Tierarzt: Ich mach die Fliege! Herzchirurg: By Pass auf Dich auf! Gynäkologe: Bis die Tage! Oder ich schau' mal wieder rein! Orthopäde: Hals und Beinbruch! Dermatologe: Haut ab!

**W79 Glühbirnenwechsel (Psychiatrie)**

Q: Wie viele Psychiater braucht man, um eine Glühbirne zu wechseln? A: Einen. Aber die Glühbirne muss auch wirklich wollen.

**W80 In der Anstalt (Psychiatrie)**

Behandlungszimmer in der Psychiatrischen Anstalt. Arzt und Patient befinden sich drinnen. Welcher der beiden ist der Psychiater? - Der, der den Schlüssel hat.

**W81 Shrink Rap (Psychiatrie)**

Two psychiatrists are riding a bike. One of them falls, and hurts himself badly, bruises and blood all over the place. And what was the other ones' response? .... "Do you want to talk about it?"

**W82 Überall Schmetterlinge (Psychiatrie)**

Stürzt ein Mann zum Psychiater rein: „Herr Doktor, überall Schmetterlinge, lauter Schmetterlinge" wedelt er mit den Armen. „Doch nicht alle zu mir rüber!" wedelt der Doktor zurück.

**W83 Wie viel Uhr ist es? (Psychiatrie)**

Treffen sich zwei Psychiater. Fragt der eine: „Weißt Du, wie viel Uhr es ist?" Antwortet der andere: „Nein, aber gut, dass wir mal drüber gesprochen haben!!!" Die beiden treffen sich eine Woche später wieder. Der Eine fragt: „Und, weißt Du inzwischen, wie viel Uhr es ist?" „Nein!", sagt der Andere, „aber ich kann schon viel besser damit umgehen!"

**W84 Im Gasthaus (Psychiatrie)**

Ein Mann kommt in ein Gasthaus, bestellt ein Bier, trinkt es bis auf einen kleinen Rest aus und gießt diesen dem Wirt ins Gesicht. „Es ist mir furchtbar peinlich. Das ist bei mir ein nervöser Zwang. Einfach nicht zu unterdrücken..." „Da sollten sie aber schleunigst

einen Psychiater aufsuchen!" Einige Zeit später kommt der Mann wieder ins Lokal und tut das gleiche. Der Wirt wird böse. „Ich habe ihnen doch gesagt, sie sollen einen Psychiater zu Rate ziehen!" „Das habe ich auch getan!", grinst der Mann fröhlich. „Es scheint aber nicht geholfen zu haben", murren der Wirt. „Doch, doch. Jetzt ist mir die Sache überhaupt nicht mehr peinlich."

**W85 Psychiater in Aktion / bei der Arbeit (Psychiatrie)**

Ein Mann kommt zur Gesprächstherapie. Mann: „Ich fühle mich nicht verstanden, Herr Doktor." Doc: „Sie haben das Gefühl, dass andere sich nicht in sie hineinversetzen können." Mann: „Ich weiß nicht, was ich tun soll!" Doc: „Sie sind ratlos!" Mann: „Ich werde meinem Leben ein Ende setzen." Doc: „Sie denken an Suizid." Mann steht auf, springt aus dem Fenster der Praxis des zehnten Stockwerkes. Doc: „Platsch..."

**W86 Über den Psychiater-Job (Psychiatrie)**

„Herr Doktor lassen Sie mich heimgehen. Ich bin jetzt schon zehn Jahre auf der Psychiatrie, quak." – „Seien Sie nicht so ungeduldig und nehmen Sie sich ein Beispiel an mir. Ich bin schon dreißig Jahre hier und beschwere mich überhaupt nicht, quak quak."

**W87 Nachfrage I (Psychiatrie)**

Psychiater-Ehepaar nach dem Sex: „Also, für Dich war's ja ganz toll, aber wie war's denn für mich?"

**W88 Confession (Psychiatrie)**

While attending a convention, three psychiatrists take a walk. "People are always coming to us with their guilt and fears," one says, "but we have no one to go to with our own problems." "Since we're all professionals," another suggests, "why don't we hear each other out right now?" They agreed this is a good idea. The first psychiatrist confesses, "I'm a compulsive shopper and deeply in debt, so I usually overbill my patients as often as I can." The second admits, "I have a drug problem that's out of control, and I frequently pressure my patients into buying illegal drugs for me." The third psychiatrist says, "I know it's wrong, but no matter how hard I try, I just can't keep a secret."

**W89 Chances (Psychiatrie)**

How do you tell the difference between the psychiatrists and the patients at the mental hospital? The patients are the ones that eventually get better and go home!

**W90 Shock Treatment (Psychiatrie)**

Why do psychiatrists give their patients shock treatment? To prepare them for the bill.

**W91 Chance of making good money (Psychiatrie)**

"I'm treating a patient with a split personality," boasted a Psychiatrist "and Medicare pays for both of them!"

**W92 Scant Knowledge (Psychiatrie)**

Psychiatrist to patient: "We've made great strides in your case Mr. Chowdry. Originally it was thought that phobias such as this were result of a chemical imbalance in the brain. Now we've progressed to the point where we don't know what causes it."

**W93 Dagobert Syndrom (Psychiatrie)**

„Sie sind geheilt", erklärt der Psychiater dem Patienten. „Sie werden sich nun nicht mehr für Dagobert Duck halten!" – „Au, fein! Das muss ich gleich meinem Neffen Donald erzählen!"

**W94 Mathematikgenie (Psychiatrie)**

Drei Programmierer müssen wegen Überbeanspruchung in die Nervenlinik. Nach einigen Wochen scheinen sie wieder so weit hergestellt, dass sie ihren Nerven

verschleißenden Job wiederaufnehmen können. Der Chefarzt bittet den ersten in sein Büro, um einen letzten Test vorzunehmen. „Sagen sie, wieviel ist Fünf mal Fünf?“ Der Mann überlegt kurz und antwortet: „Hundertzehn.“ Der Chefarzt schüttelt traurig den Kopf und bittet den Patienten, noch einige Zeit in der Klinik zu bleiben. Dann kommt der zweite, und er stellt dieselbe Frage. Auch dieser überlegt eine Weile und sagt: „Donnerstag.“ Wieder schüttelt der Arzt traurig den Kopf und vertröstet ihn auf spätere Entlassung. Der dritte Patient kommt herein, dieselbe Frage und eine blitzschnelle Antwort: „Fünfundzwanzig.“ Der Arzt ist hocherfreut und stellt die Entlassungspapiere aus. Dann meint er: „Wie sind Sie denn so schnell auf die Lösung gekommen?“ „Ganz einfach: Hundertzehn geteilt durch Donnerstag!“

**W95 Teapot (Psychiatrie)**

Dr. Sharma, the head psychiatrist at the local mental hospital, is examining patients to see if they're cured and ready to re-enter society. "So, Mr. Patel," the doctor says to one of his patient, "I see by your chart that you've been recommended for dismissal. Do you have any idea what you might do once you're released?" The patient thinks for a moment, then replies, "Well, I went to school for mechanical engineering. That's still a good field and great money. But, on the other hand, I thought I might write a book about my experiences here in the hospital and what it's like to be a patient here." The patient continued, "People might be interested in reading a book like that. In addition, I thought I might go back to college and study art history, which I've grown interested in lately." Dr. Sharma nods and says, "Yes, those all sound like intriguing possibilities." The patient replies, "And the best part is, in my spare time, I can go on being a teapot."

**W96 Dead Men (Psychiatrie)**

The patient thought he was dead. His psychiatrist had him stand before a mirror and repeat many times, "Dead men don't bleed." Then he stuck a pin in the patient's finger and made it bleed a little. "See now?", the doctor said triumphantly. "Yes, I see now", the patient replied, "dead men do bleed."

**W97 Affected by Profession (Psychiatrie)**

It was a reception marking the end of the academic year for graduating psychiatry residents. A man whose wife was one of the graduates was left on his own for a short time. The man, who wishes to remain anonymous, was surrounded by what he called a sophisticated group of well-known professors, residents, spouses and other members of the psychiatric community. He was amused and impressed at the exchange he overheard between two of the professors: Prof #1: "I want to apologize to you." Prof #2: "Oh really? For what?" Prof #1: "Well, over the past six months or so, I felt that I've been rather short with you. I haven't been supportive of your work and I don't think that I've treated you with the respect that you deserve. But I just wanted you to know that this has nothing to do with you. I've been having some personal problems and I never meant to bring these problems to work." Prof #2: "Oh no, no, no. Don't be silly. It's an honor to be the object of your transference."

**W98 Angelica's Rosary (Psychiatrie)**

A doctor is walking down the hall of the hospital toward his office when he passes Mother Angelica walking very briskly while saying her rosary rather loudly. His associate, a Psychotherapist comes around the corner next and he asks him about this. "Hey, what's with Mother Angelica? She was just hoofing down the hall and saying her rosary to beat the band." "Aw, I just told her she was pregnant." "My God, is she?" "No, of course not, but it sure cured her hiccups!"

**W99 Call a Code (Psychiatrie)**

How do you hide a \$100 bill from a psychiatrist?  
Anywhere — just call a code and they'll be headed away from it.

**W100 Nobody (Psychiatrie)**

The psychiatrist closed the folder and stared at his patient on the other side of the room. "Yes, Mr. Smith, I'm pleased to pronounce you one hundred percent cured." Mr. Smith sighed. "Gee, that's just great." "I don't understand. Aren't you happy?" "Why should I be?" Mr. Smith shot back. "A year ago, I was Genghis Khan. Now I'm nobody!"

**W101 Automated Psychiatric Switchboard (Psychiatrie)**

Thank you for calling. If you are obsessive-compulsive, press '1' repeatedly. If you are co-dependent, ask someone else to press '2'. If you have multiple personalities, press '3', '4', '5' and '6'. If you are paranoid, we know who you are and what you want; just stay on the line and we will trace the call. If you are schizophrenic, listen carefully and a voice will tell you which number to press. If you are depressed, it doesn't matter which number you press, we won't answer your call anyway. (If you are a GP, forget about referring a patient because there aren't any beds.)

**W102 Mathematic Wizard (Psychiatrie)**

Doctor: "What is three times three?" Person 1: "274" The doctor rolls his eyes and looks up at the ceiling, and asks the second man, "It's your turn. What is three times three?" Person 2: "Tuesday," The doctor shakes his head sadly, then asks the third man, "Okay, your turn. What's three times three?" Person 3: "Nine" Doctor: "That's great! How did you get that?" Person 3: "Simple just subtract 274 from Tuesday."

**W103 Doctors Plate (Proktologie, Psychiatrie)**

Two doctors opened an office in a small town. They put up a sign reading: "Dr Smith and Dr Jones, Psychiatry and Proctology." The town council was not too happy with the sign, so the doctors changed it to: "Hysterias and Posteriors." This was not acceptable either, so in an effort to satisfy the council, they changed the sign to: "Schizoids and Hemorrhoids." No go! Next they tried "Catatonics and Colonics" Thumbs down again. Then came, "Manic-depressives and Anal-Retentives." But it was still not good! So they tried: "Minds and Behinds" "Analysis and Anal Cysts" "Nuts and Butts" "Freaks and Cheeks" "Loons and Moons" "Lost Souls and Ass Holes" None worked. Almost at their wits' end, the doctors finally came up with a title they thought might be accepted by the council: "Dr Smith and Dr Jones, Odds and Ends."

**W104 Expertise and income (Psychiatrie)**

Neurotics build castles in the air. Psychotics live in them. Psychiatrists are the people who collect the rent.

**W105 About Psychiatrists' Job (Psychiatrie)**

A patient goes to a psychiatrist for the first time and is given some tests. The psychiatrist draws a circle and says, "What does this make you think of?" "Sex." The psychiatrist draws a tree and repeats his question. "Sex," the patient answers again. The psychiatrist proceeds to draw simple figures of all sorts... a house, a car, an apple, and so on... each time getting the same response. Sex, sex, and sex. Finally, the psychiatrist says, "You have an obsession with sex." The patient says, "Me? You're the one who's drawing all those dirty pictures!"

**W106 Nachfrage II (Psychiatrie)**

Treffen sich zwei Psychiater. Sagt der eine: "Dir geht's gut, und wie geht's mir?"

**W107 Fourth Wedding (Gynäkologie, Psychiatrie)**

A mature woman was in the pastoral study counseling for her upcoming fourth wedding. "Father, how am I going to tell my husband that I am still a virgin?" "My child, you have been a married woman for many years. Surely that cannot be." "Well, father, my first husband was a psychiatrist, and all he wanted to do was talk, and the next one was in construction and he always said he'd get to it tomorrow. The last one was a gynecologist and all he did was look. But this time, father, I'm marrying a lawyer and I'm sure I'm going to get screwed."

**W108 Kernkompetenzen III (Allgemeinmedizin)**

Kommt ein Mann zum Hautarzt und sagt: „Herr Doktor, schauen Sie mal, ich habe da was Dunkles am Hals“. Der Arzt untersucht seinen Patienten und meint: „Guter Mann, Sie müssen sich mal waschen!“. Darauf der Patient: „Ja, das hat mein Hausarzt auch gesagt, aber ich wollte mal einen Fachmann fragen...“.

**W109 Dollars I (Augenheilkunde)**

An optometrist was instructing a new employee on how to charge a customer: "As you are fitting his glasses, if he asks how much they cost, you say '\$75.' If his eyes don't flutter, say... 'For the frames. The lenses will be \$50.' If his eyes still don't flutter, you add... 'Each'"

**W110 Proctologists' Humor (Augenheilkunde, Proktologie)**

Who to call.... The Proctologist or The Ophthalmologist?? A man with a glass eye had been out for a night on the town. Being the worst for wear, when he stumbled into bed, he dropped his glass eye into his drinking water on the bed table. During the night, he drank the water and swallowed the eye. A day or so later he was suffering from severe constipation, so he went to his local M.D. The doctor inserted his proctoscope and muttered under his breath, "Good grief, I've looked up plenty of assholes before, but this is the first one to ever look back at me."

**W111 Kernkompetenzen IV (Augenheilkunde, Gynäkologie, HNO, Urologie)**

Sitzen ein HNO-Arzt, ein Augenarzt, ein Urologe und ein Gynäkologe in der Kneipe. Steht der HNO-Arzt auf und sagt: „Ich gehe, wir hören voneinander!“ Sagt der Augenarzt: „Ich komm mit. Wir sehen uns!“ Dann steht der Urologe auf und sagt: „Ich verpiss mich auch!“ Ruft der Gynäkologe hinterher: „Grüßt eure Frauen. Ich schau mal wieder rein!“

**W112 Kernkompetenzen V (Augenheilkunde, Gynäkologie, HNO, Urologie)**

Sitzen vier Ärzte beim Stammtisch. Steht der Augenarzt auf und sagt: "Ich gehe jetzt. Man sieht sich." Sagt der Ohrenarzt: "Ich komm mit. Wir hören voneinander." Sagt der Urologe: "Ich glaub, ich verpiss mich auch." Sagt der Frauenarzt: "Grüßt eure Frauen. Ich schau mal wieder rein."

**W113 About Dermatologists I (Dermatologie)**

If it is dry - add moist; if it is moisten - add dryness. Congratulations, now you are a dermatologist.

**W114 Derma-Notfall (Dermatologie)**

Was ist der einzige Dermatologische Notfall---> wenn das Kortison alle ist

**W115 About Dermatologists II (Dermatologie, Herzchirurgie, Neurochirurgie)**

Three medical students were discussing what specialties they were planning to go into when they finished school. One said, "I want to be a brain surgeon. That's the frontier, the cutting edge of medicine, where so many discoveries are being made." The second said, "I want to be a heart surgeon. There are so many people who need that kind of help; look at all the good I could do." The third said he wanted to be a dermatologist. When the others had finished laughing, they asked him why on earth he wanted to be a skin doctor. "Listen," he replied. "Your patients never die, they never get well, and they never get you up at night."

**W116 Bester Freund (Dermatologie)**

Junger Mann kommt zum Dermatologen, drückt ein bisschen herum „Ein Freund von mir hat da ein Problem...“ Gutgelaunter Dermatologe (gibt's das?) darauf: „Na, dann mal heraus mit dem Freund!!!“

**W117 Über den Gynäkologen-Job I (Gynäkologie)**

Was haben ein Schäferhund und ein kurzsichtiger Gynäkologe gemeinsam? Eine feuchte Nase...

**W118 Über den Gynäkologen-Job II (Gynäkologie)**

Ein Gynäkologe hat eine Geliebte, die auch seine Patientin ist. Er nimmt sie als letzte Patientin dran, und nachher serviert er Tee, und sie sitzen gemütlich und zivil an einem Tischchen. Auf einmal spitzt er die Ohren und flüstert hastig: „Meine Frau kommt. Schnell zieh dich aus!“

**W119 Über den Gynäkologen-Job III (Gynäkologie)**

Der Malermeister im Arbeitsamt: „Ich brauche dringend eine Arbeitskraft, habt ihr jemanden für mich?“ Tut uns leid, aber Maler sind zurzeit sehr rar. Wir hätten da aber noch einen arbeitslosen Gynäkologen.“ Nach einigem Hin und Her stimmt der Malermeister zu: „Für ein oder zwei Wochen wird's schon gehen.“ Nach vier Wochen ruft das Arbeitsamt an und fragt: „Wie läuft's denn mit dem Gynäkologen? Wir hätten jetzt nämlich einen Maler, der einen Job sucht.“ Darauf der Malermeister: „Kommt nicht in Frage, das ist mein bester Mann. Letzte Woche kamen wir zu einer Wohnung, da waren die Leute nicht zu Hause. Und da hat der den ganzen Flur durch den Briefschlitz tapeziert!“

**W120 Über den Gynäkologen-Job IV (Gynäkologie)**

Ein Mann sitzt abends ziemlich frustriert in einer Bar und trinkt einen Whiskey nach dem anderen. Nach dem 6ten fragt ihn der Keeper: „Na, heute nicht so gut drauf?“ – „Nee, hängt mir zum Hals raus, diese ewige Arbeit am Beckenrand.“ – „Oh, Sie sind wohl der neue Bademeister aus dem Stadtbad.“ – „Quatsch, ich bin Gynäkologe.“

**W121 Über den Gynäkologen-Job V (Gynäkologie)**

Was haben ein Gynäkologe und ein Bademeister gemeinsam? Beide arbeiten am Beckenrand...

**W122 Über den Gynäkologen-Job VI (Gynäkologie)**

Wie verabschiedet sich der Frauenarzt von seinen Patientinnen? - Bis die Tage!

**W123 Über den Gynäkologen-Job VII (Gynäkologie)**

Die atemberaubende Blondine lässt sich untersuchen. Die Miene des Arztes wird ernst: - „Sie sind krank. Sie dürfen heute keinesfalls mehr arbeiten. Gehen Sie sofort nach Hause und legen sich ins Bett. Dann trinken Sie etwas von der Medizin, die ich Ihnen mitgebe. Sie werden danach etwas benommen sein. Gehen Sie nicht ans Telefon und lassen Sie niemanden in die Wohnung, bis es dreimal kurz klingelt.“

**W124 Über den Gynäkologen-Job VIII (Gynäkologie)**

Frau zum Frauenarzt: „Herr Doktor ich habe starke Unterleibsschmerzen.“ „Lassen Sie mal sehen, ganz klar: Sie haben zu wenig Sex. Aber ich kann Ihnen helfen.“ Der Arzt zieht seine Hose runter und besorgt es der Frau. Danach schickt er sie zu seinem Kollegen einen Raum weiter, der soll sich das auch anschauen. Der Kollege hat dieselbe Diagnose und dieselbe Therapie. Auch dieser schickt sie zu seinem Kollegen einen Raum weiter. Die dritte Diagnose lautet: „Ganz klar, Sie haben zu viel Sex!“ – „Aber Ihre Kollegen haben gesagt, ich hätte zu wenig Sex!“ „Ach, junge Frau, hören Sie doch nicht auf die Maler.“

**W125 Über den Gynäkologen-Job IX (Gynäkologie)**

Beim Frauenarzt: „Herr Doktor, ich...“ „Freimachen!“ „Aber, Herr Doktor, ich...“ „Sie sollen sich freimachen!“ „Aber ich wollte doch nur...“ „Ja, natürlich. Ich auch.“

**W126 About Gynecologists Job I (Gynäkologie)**

After several years as an Ob-Gyn, a doctor decides he's tired of what he's been doing and wants to change his career. He wonders what other type of work he can do. After a while, the Ob-Gyn remembers how much he liked automotive class in school and, since he's good with his hands, he decides to become an auto mechanic. He enrolls at the community college automotive school. Upon his completion of his course, the final exam consists of taking a car engine apart and putting it back together. The doctor

turns in his final project and, to his astonishment, receives a grade of 150%. After class, the Ob-Gyn says to the instructor, "You know, I've gotten plenty of 100%'s in my life, but how does someone get 150%?" "Well," responds the instructor, "I gave you 50% for taking the engine apart, 50% for putting the engine back together and another 50% for doing everything through the muffler!"

**W127 About Gynecologists Job II (Gynäkologie)**

A young woman visits a gynecologist: "Doctor, I've been married for two years, but my husband and I are still childless." "Okay, take your clothes off and lie down." "But, doctor, I want to bear the child of my husband!!"

**W128 About Gynecologists Job III (Gynäkologie)**

What's the difference between a gynecologist and a pizza delivery guy? They can both smell it but can't eat it...

**W129 Über den Gynäkologen-Job X (Gynäkologie)**

Die junge Patientin ist zum ersten Mal beim Frauenarzt. „Sie brauchen sich hier nicht zu genieren. Ich habe nur ein rein medizinisches Interesse an ihrem Körper - an den herrlich festen Brüsten, der zarten Haut ihrer Oberschenkel, dem zauberhaften Schoss...!"

**W130 About Gynecologists Job IV (Gynäkologie)**

One pretty lady meets her Gyn-doctor in a party and introduces herself and says "Sir, do you remember me?" The doctor gives a naughty smile and replies - "sorry mam, but I can't remember you by just seeing your face."

**W131 Über den Gynäkologen-Job XI (Gynäkologie)**

In der Frauenklinik erwischt der Chef den Assistenten mit einer Schwester in eindeutiger Situation. Der Chef: „Sie sind hier in der Entbindungsanstalt, nicht im Zeughaus!“

**W132 About Gynecologists Job V (Gynäkologie)**

How do you hide \$100 from an OB/Gyn? Tape it to the patient's head.

**W133 About Gynecologists Job VI (Gynäkologie)**

Gynecologists only know how to do three operations: 1. Hysterectomy 2. Ligation of the left ureter 3. Ligation of the right ureter. (Putting a metal clip across a ureter, i.e. ligating it, is an occasional mistake made during hysterectomy.)

**W134 Humor about Heart Surgeons I (Herzchirurgie)**

In a car garage, where a famous heart surgeon was waiting for the service manager to take a look at his Mercedes, there was a loud-mouthed mechanic who was removing the cylinder heads from the motor of a car. He saw the surgeon waiting and lured him into an argument. He asked the doc after straightening up and wiping his hands on a rag, "Look at this car I'm working on. I also open hearts, take valves out, grind them, put in new parts, and when I finish this baby will purr like a kitten. So how come you get the big bucks, when you and I are doing basically the same work?" The surgeon very calmly leaned over and whispered to the loudmouth mechanic, "Try doing it with the engine running."

**W135 Humor about Heart Surgeons II (Herzchirurgie)**

Patient: "What is the probability of success in undergoing a bypass surgery?" Doctor: "100%!!" Patient: "But how can you be so sure of achieving 100% success?" Doctor: "On the day of convocation, my professor told me that when you practice medicine chances of failure will be 99% and success 1%. I have already attended 99 patients (failed to cure them) and you are the 100th!!"

**W136 Humor about Heart Surgeons III (Herzchirurgie)**

A new arrival, about to enter hospital, saw two white coated doctors searching through the flower beds. "Excuse me," he said, "have you lost something?" "No," replied one of the doctors. "We're doing a heart transplant for an income-tax inspector and want to find a suitable stone."

**W137 Humor about cardiologists (Kardiologie)**

What is difference between god and cardiologist? Cardiologist says he is god but god never says he is cardiologist.

**W138 Dollars II (Kardiologie)**

Q: How do you hide money from a Cardiologist? A: You can't.

**W139 Workaholic (Neurochirurgie)**

How do you hide a \$100 bill from a neurosurgeon? Tape it to his kid.

**W140 Humor über Neurologen I (Neurologie)**

Wozu gibt es im Eingangsbereich der Neurologischen Klinik einen Schaukasten aus Glas? Damit man den einen Patienten ausstellen kann, den man im Jahr geheilt hat.

**W141 Humor über Neurologen II (Neurologie)**

Was macht man, wenn man keine Magensonde gelegt bekommt?  
Man ruft den Neurologen zum Intubieren.

**W142 Humor about Neurologists (Neurologie)**

An elderly man complains to his wife about feeling a little worse for wear and after a lot of persuasion agrees to go and see a doctor. The doctor checks him out and asks the man to return a few days later for the results. The doctor turns to the patient and says, "I have some good news and some bad news for you. The bad news is that you have terminal cancer, polio and have tested HIV+. But the good news is you also have Alzheimer's disease so in about 10 seconds you'll have completely forgotten about it." "Ooh good" said the patient. "What was the bad news then?"

**W143 Humor über Neurologen III (Neurologie)**

Ein Gitarrist will mal sein Hirn durchchecken lassen und geht deshalb zu einem Neurologen. Dieser sagt: „Oh je, das sieht aber nicht so toll aus. Das müssen sie eine Woche hierlassen, dass ich mir das anschauen kann.“ Der Gitarrist ist einverstanden. Drei Monate später sieht der Neurologe den Gitarristen auf der Straße und meint: „Hey, ich hab noch ihr Gehirn in meiner Praxis rumliegen, wollen sie das nicht abholen?“ „Ach was, das brauche ich nicht mehr. Ich spiele jetzt Bass.“

**W144 Humor über Neurologen IV (Neurologie)**

Kommt ein Mann zum Neurologen und will sich ein neues Gehirn verpassen lassen. Meint der Neurologe: „Wie wäre es mit dem Hirn eines Nobelpreisträgers, kostet nur 5000 Euro!“ „Hm, haben Sie auch noch etwas Anderes?“ Der Neurologe: „Ja hier hätte ich noch das Gehirn eines berühmten Weltraumforschers. Das kostet Sie 10.000 Euro.“ Der Mann: „Ah ja, und was ist das da?“ „Das ist mein Top-Angebot, das Gehirn eines Beamten, allerdings sehr, sehr teuer. Es kostet 1 Million Euro.“ Der Mann ist entsetzt: „Wieso denn das?!“ Der Neurologe: „Na ja, es ist vollkommen ungebraucht!“

**W145 Dollars III (Plastische Chirurgie)**

How do you hide a \$100 bill from a plastic surgeon? It's a trick question. You can't.

**W146 Moneten IV (Plastische Chirurgie)**

Nach der Schönheits-OP fragt der Chirurg: „Na, wie gefallen Sie sich?“ – Darauf die Patientin: „Gut, bis auf die Augen. Die hätte ich gerne größer gehabt.“ – „Kein Problem“, erwidert der Chirurg, „Schwester, bringen Sie der Dame bitte mal die Rechnung!“

**W147 Zyniker (Plastische Chirurgie)**

Die alte, reiche Frau beim Schönheitschirurgen: „Könnten Sie bei mir einige Eingriffe vornehmen?“ – Der Arzt betrachtet sie lange: „Leider nein, Enthauptungen sind in unserem Lande verboten.“

**W148 Dollars IV (Plastische Chirurgie)**

Patient (to cosmetic surgeon): “Will it hurt, doctor?” Surgeon: “Only when you get my bill, Mrs Smith.”

**W149 Dollars V (Plastische Chirurgie)**

Q: How do you hide a £5 note from a Plastic Surgeon? A: Trick Question - You can't.

**W150 Proktologen-Humor (Proktologie)**

Sagt der eine Proktologe zum anderen: „Na, kommst du später auch noch zur After-Work-Party?“

**W151 Machine Worker (Radiologie)**

How do you hide a \$100 bill from a radiologist? Tape it to a patient.

**W152 Radiographer (Radiologie)**

Q: Why didn't the radiologist marry the radiographer? A: Well, they saw through each other!

## 9.2 Fragebogen

Eigenschaften	Allgemein- chirurgen	Anästhe- sisten	Internisten	Orthopäden	Psychiater	keine der genannten
... halten sich für besonders intelligent.	0	0	0	0	0	0
... haben teilweise dieselben Probleme wie ihre Patienten.	0	0	0	0	0	0
... brauchen meist länger als sie ankündigen.	0	0	0	0	0	0
... wägen alles immer ab.	0	0	0	0	0	0
... machen strapaziöse Behandlungen mit den Patienten.	0	0	0	0	0	0
... sind entschlossfreudig.	0	0	0	0	0	0
... nehmen Äußerungen von anderen sehr genau.	0	0	0	0	0	0
... wissen wenig, das über ihr Fachrichtung hinausgeht	0	0	0	0	0	0
... wissen viel, können aber wenig.	0	0	0	0	0	0
... sind selbstverliebt	0	0	0	0	0	0
... arbeiten körperlich hart.	0	0	0	0	0	0
... betrachten Patienten nur nach „Schema“.	0	0	0	0	0	0
... haben ein überdurchschnittliches Interesse an einem hohen Einkommen.	0	0	0	0	0	0
... lesen wenig nach.	0	0	0	0	0	0
... handeln erst, denken später.	0	0	0	0	0	0
... sind autoritär und kommandieren andere herum.	0	0	0	0	0	0
... können nur heilen, wenn der Patient mitmacht.	0	0	0	0	0	0
... schauen selten in die Patientenakte.	0	0	0	0	0	0
... benutzen selten Laborwerte.	0	0	0	0	0	0
... schätzen den Erfolg ihrer Behandlung manchmal falsch ein.	0	0	0	0	0	0
... halten Geld für relativ bedeutungslos.	0	0	0	0	0	0
... ziehen Diagnosen von anderen Fachrichtungen kaum in Betracht.	0	0	0	0	0	0
... sind ein bisschen „schwer von Begriff“.	0	0	0	0	0	0
... sind zögerlich und abwartend.	0	0	0	0	0	0
... sind empathisch und verständnisvoll.	0	0	0	0	0	0
... sind wenig entscheidungsfreudig.	0	0	0	0	0	0
... halten Patienten am Leben.	0	0	0	0	0	0
... sind die Denker unter den Ärzten.	0	0	0	0	0	0
... haben ein ausgeprägtes Hierarchiedenken.	0	0	0	0	0	0
... paraphrasieren häufig, ohne wirklich zu antworten.	0	0	0	0	0	0
... arbeiten wenig mit dem Kopf.	0	0	0	0	0	0
... haben dauemd "Pause".	0	0	0	0	0	0
... entschuldigen sich viel.	0	0	0	0	0	0
... heilen kaum.	0	0	0	0	0	0
... sehen gut aus und sind körperlich fit.	0	0	0	0	0	0
... scheinen oft untätig zu sein.	0	0	0	0	0	0

## 10 Danksagung

Ich möchte mich insbesondere bei Frau Professor Dr. med. Sigrid Harendza für die sehr gute und engagierte Betreuung bedanken. Sie stand jederzeit für Fragen zur Verfügung und hat die Zwischenschritte stets sehr zeitnah begleitet und kommentiert. Auch danke ich Herrn Martin Riemer, der mich bei der Onlinestellung des Fragebogens unterstützt hat, sowie Frau Sandra Hischke, die eine sehr große Hilfe bei der statistischen Auswertung war. Außerdem möchte ich meiner Familie, insbesondere meiner Mutter, für die stetige Ermunterung danken.

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: .....