



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Humor als Ressource in der Kommunikation
zwischen
Arzt/Ärztin und Patient/Patientin“

verfasst von / submitted by

Manuela Cashmore, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2016

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie

Betreut von / Supervisor:

Dr.ⁱⁿ Tabea Scheel

Inhaltsverzeichnis

THEORETISCHE EINLEITUNG	5
Der Humor aus psychologischer Sicht.....	6
Definition von Humor.....	6
Funktionen von Humor	7
Humor in der psychologischen Forschung	8
Die vier Humorstile und der Zusammenhang mit Wohlbefinden und Gesundheitsaspekten	8
Humor als Ressource in der Arbeitswelt.....	11
Positive und negative Aspekte des Humors in der Arbeitswelt	11
Humor als Ressource im medizinischen Arbeitsalltag.....	13
Humor als Ressource in der Interaktion zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin	14
Vertrauen zum/zur Arzt/Ärztin als wichtiger Faktor für Compliance und Adhärenz.....	15
FORSCHUNGSFRAGEN UND HYPOTHESEN.....	17
METHODE.....	24
Untersuchungsdesign	24
Stichprobenbeschreibung	25
Ärzte/Ärztinnen	25
Patienten/Patientinnen	25
Erhebungsinstrumente.....	26
Fragebogen an Ärzte/Ärztinnen	26
Fragebogen an Patienten/Patientinnen.....	26
Humorskala	27

Vertrauensskala	28
Kontrollvariablen	28
Statistische Auswertung	29
ERGEBNISSE	33
Hypothesentestung.....	33
DISKUSSION	41
LIMITATIONEN	43
PRAKTISCHE IMPLIKATIONEN.....	44
LITERATURVERZEICHNIS.....	45
ANHANG	52

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.....	19
Abbildung 2.....	20
Abbildung 3.....	21
Abbildung 4.....	22
Abbildung 5.....	23

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.....	32
Tabelle 2.....	39
Tabelle 3.....	40
Tabelle 4.....	62

Zusammenfassung

In dieser Forschungsarbeit wird Humor als eine Ressource in der Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin angenommen. Vor allem der positive Humorstil (sozialer und selbst-aufwertender Humorstil), welcher in bisherigen Studien mit Wohlbefinden und psychischer Gesundheit assoziiert wird, soll als ein Werkzeug in der Interaktion zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin dienen. Diese Studie ist die erste, welche den Humor im Gespräch mit Vertrauen in Verbindung setzt. Vertrauen gilt als ein wesentlicher Faktor zur Stärkung der Compliance. Durch eine erhöhte Compliance bzw. Adhärenz des/der Patienten/Patientin werden Therapieempfehlungen eher durchgeführt, was als ein wesentlicher Gesundheitsfaktor angesehen wird. Die Fragebogenstudie wurde mit insgesamt 180 Personen durchgeführt, wobei davon 30 Ärzte/Ärztinnen und 150 Patienten/Patientinnen in drei verschiedenen Krankenhäusern befragt wurden. Die hierarchischen Daten wurden mittels einer Mehrebenenanalyse mit dem Programm HLM7 berechnet. Die beiden Humorstile, sowohl der positive, als auch der negative (aggressiver und selbst-abwertender Humorstil), hatten keinen Einfluss auf das Vertrauen der Patienten/Patientinnen in den/die jeweilige/n Arzt/Ärztin. Ebenso konnte kein Effekt durch andere, in bisherigen Studien erforschten Variablen direkt auf das Vertrauen bzw. als Mediatorvariablen nachgewiesen werden. Es scheint, als wäre das Vertrauen unabhängig vom Humorstil des/der Arztes/Ärztin. Der positive Humorstil kann in dieser Studie zwar nicht als eine Ressource in der Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin angesehen werden, es zeigt sich jedoch, dass ein negativer Humorstil auch keinen Einfluss hat und somit auch nicht das Vertrauen vermindern kann. Weitere Forschungsarbeiten sollten sich vor allem auf Faktoren fokussieren, welche das Vertrauen von Patienten/Patientinnen in der Kommunikation mit dem/der Arzt/Ärztin stärken könnten.

Theoretische Einleitung

Die Interaktion zwischen Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen erweist sich als ein brisantes und viel erforschtes Thema, vor allem im Zusammenhang mit der sich ständig verändernden Rolle der zu betreuenden Personen. Durch einen stetigen Wandlungsprozess richten sich immer neue Bedürfnisse an das medizinische Fachpersonal im Behandlungsprozess (Faller, 2012). Im Sinne der Forderung nach einer stärkeren Patientenorientierung im Gesundheitswesen, beschäftigt sich auch die Forschung vermehrt mit der Arzt-Patienten-Interaktion (Koch-Gromus & Kreß, 2012). Die Asymmetrie zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin, aufgrund von medizinischer Autorität, sollte nach Polnick und Dingwall (2011) beseitigt werden. Nach Koch-Gromus und Kreß (2012) wollen Patienten/Patientinnen, im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung, bei der therapeutischen Entscheidung gleichberechtigt behandelt werden. Die Rolle des Humors zeigt sich in vielen Bereichen der medizinischen Betreuung, wie in der Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin. Sobald ein/eine Patient/Patientin die positive Verbindung mit dem/der Arzt/Ärztin spürt, zeigt dieser/diese mehr Zufriedenheit mit der Betreuung und die Therapievorschläge werden eher durchgeführt (Bennett, 2003).

In dieser Forschungsarbeit wird vor allem auf den Aspekt des Humors in der Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin eingegangen. Humor als eine Ressource um das Vertrauen des/der Patienten/Patientin in den/die jeweils in Bezug stehende/n Arzt/Ärztin zu stärken. Vertrauen gilt nach Rolfe, Cash-Gibson, Car, Sheikh und McKinstry (2014) als eine wichtige Komponente in der Arzt-Patienten-Beziehung.

Nach Martin, Puhlik-Doris, Larsen, Gray und Weir (2003) werden vier Humorstile unterschieden, welche in zwei positive, also potentiell gesunde und zwei negative, potentiell ungesunde Stile eingeteilt werden können. Die als positiv assoziierten Humorstile, werden mit erhohetem Wohlbefinden, positiven Emotionen (Martin et al., 2003), mit einem hohen Selbstbewusstsein (Vaughan, Zeigler-Hill & Arnau, 2014) und mit stärkeren sozialen Beziehungen (Kuiper & McHale, 2009) in Verbindung gebracht. Aus diesem Grund werden die positiven Humorstile als vertrauensstarkend angenommen. Als weitere Faktoren, welche neben dem Humor das Vertrauen des/der Patienten/Patientin beeinflussen könnten, gelten nach Fiscella et al. (2004) die Dauer der Arzt-Patienten-Beziehung, das Alter der Patienten/Patientinnen und der

Ärzte/Ärztinnen, sowie die Gesprächsdauer während der Visiten. Nach Straten, Friele und Groenewegen (2002) basiert das Patientenvertrauen auf vergangener persönlicher Erfahrung in einer Behandlungssituation mit einem/einer Arzt/Ärztin.

Das Ziel dieser Forschungsarbeit liegt darin den Einfluss des ärztlichen Humorstils auf das Vertrauen der Patienten/Patientinnen bzw. den moderierenden Effekt der bereits in der Forschungsliteratur erwähnten Einflussfaktoren auf diesen Zusammenhang zwischen Humorstil und Vertrauen zu untersuchen.

In weiterer Folge könnte angenommen werden, dass ein erhöhtes Vertrauen zu mehr Therapieadhärenz, dem Ausmaß in welchem Patienten/Patientinnen den medizinischen Anweisungen folgen (Sabaté, 2003), führt. Nach Straten et al. (2002) kann ein mäßiges Vertrauen ein niedriges Ausmaß an Compliance mit sich bringen. Eine Unzufriedenheit mit der Therapie, bewirkt ein passives Verhalten des/der Patienten/Patientin, eine negative Einstellung zur Therapie und in weiterer Folge einer verminderten Therapieausführung (Barbosa, Balp, Kulich, Germain & Rofail, 2012). Eine funktionierende Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin steht in Zusammenhang mit Patiententreue (Zolnierek & DiMatteo, 2009). Nach Perrez und Baumann (2005) wird Compliance als das Ausmaß bezeichnet, indem das Verhalten der Patienten/Patientinnen in Bezug auf eine Intervention mit der von Therapeuten/Therapeutinnen intendierten Intervention übereinstimmt. Eine intakte soziale Interaktion und das Vertrauen gelten daher als wichtige Ressource für die Handlungsfähigkeit und Lebensqualität von Individuen (Böcken, Braun & Schnee, 2002).

Der Humor aus psychologischer Sicht

Definition von Humor. Wenn man Humor und Lachen als universelle Charaktereigenschaften unserer Spezies annimmt, dann tritt die Frage nach der evolutionären Entstehung und dem Vorteil für unser Überleben auf (Lefcourt, 2001). Nach Lefcourt (2001) sind Humor und Lachen universelle Aspekte menschlicher Erfahrung, welche in allen Kulturen auftreten. Martin (2007) beschreibt Humor als das Gefühl zu lächeln, lachen oder sogar in ein Gelächter auszubrechen, als eine bekannte und angenehme Empfindung. Beeinflusst dadurch wie amüsant wir einen Stimulus empfinden, resultiert daraus ein emotionales Wohlbefinden und Fröhlichkeit.

Nach Martin (2007) ist Humor im Grunde ein soziales Phänomen und wird vor allem angewendet um mit anderen Menschen in einer spielerischen Weise zu interagieren. Humor wird durch die Weitergabe von Information über die Augen und die Ohren aufgenommen und nach Verarbeitung der Bedeutung als nicht-ernst-gemeint, spielerisch und als humorvoll bewertet. Die Antwort auf die aufgenommene, als witzig bewertete Information muss nicht intellektuell sein. Eher wird eine angenehme, emotionale Reaktion folgen. Bisherige Studien (Mobbs, Greicius, Abdel-Azim, Menon und Reiss, 2003; Mobbs, Hagan, Azim, Menon und Reiss, 2005; Watson, Matthews und Allman, 2007) konnten belegen, dass dieselben Gehirnareale, welche bei Humor aktiv sind, auch bei anderen emotional angenehmen Situationen aktiviert werden wie zum Beispiel beim Essen, Musik hören, sexueller Aktivität und nach der Einnahme von stimmungsbeeinflussenden Drogen.

Funktionen von Humor. Die psychologischen Funktionen von Humor können nach Martin (2007) in drei breite Kategorien klassifiziert werden. Humor gilt erstens als eine kognitive und soziale Funktion der positiven Emotionen bei Fröhlichkeit, welche eine wichtige adaptive Rolle spielt, zweitens als eine Komponente sozialer Kommunikation und drittens als Entlastung von Spannung und den Umgang mit Widrigkeiten.

In der „broaden and build theory“ nach Frederickson (2001) werden positive Emotionen mit erweiterten physischen und intellektuellen sowie psychischen und sozialen Ressourcen mit langanhaltenden Nachwirkungen in Verbindung gebracht. Positive Emotionen werden als Vehikel für individuelle Entwicklungen und soziale Beziehungen bezeichnet. Sie ersetzen das Gefühl der Angst, der Depression und des Ärgers durch angenehmere Gedanken, indem diese, im Sinne des kreativen Problemlösens, umfassender und flexibler gestaltet werden. In einer Studie von Isen (2003) konnte gezeigt werden, dass bei dem Empfinden von positiven Emotionen, Verbesserungen von verschiedensten kognitiven Fähigkeiten und im sozialen Verhalten auftraten. Vor allem zeigte sich eine verbesserte kognitive Flexibilität zugunsten des kreativeren Problemlösens, eine effizientere Organisation und Vernetzung von Gedächtnisinhalten, ein effektiveres Denken sowie Planen und Beurteilen.

Nach Martin (2007) besteht die zweite psychologische Funktion von Humor in der sozialen Kommunikation und dem Einfluss auf die Mitmenschen. Auch wenn nur ein Witz gemacht wird, unterliegt dies meist dem Ziel andere zu beeindrucken und der Suche nach Aufmerksamkeit. Humor kann außerdem als Mittel zur Konflikt- und

Spannungsbeseitigung zwischen Menschen fungieren. Weiters führen positive Affekte in sozialen Interaktionen zu hilfreicheren, großzügigeren und verständnisvolleren Handlungen (Isen, 2003).

Über die menschliche Evolution hinweg, bestand vor allem die spannungslösende Funktion von Humor darin, mit Schwierigkeiten umzugehen, als Methode, um überlebenswichtige Potentiale, wie Resilienz und Bewältigungsstrategien zu aktivieren (Martin, 2007).

Das Vorhandensein von Humor und Lachen, sowie Ereignisse die dies produzieren können, zeigen die Wichtigkeit von Humor als eine menschliche Charaktereigenschaft um mit negativen Ereignissen umgehen zu können (Lefcourt, 2001).

Humor in der psychologischen Forschung. Nach Martin (2007) sind in der Psychologie vor allem die zugrundeliegenden mentalen Prozesse, der Wahrnehmung und des Verständnisses von Humor von Interesse. Welche Rolle spielt der Humor in der Interaktion mit anderen Menschen und in welcher Hinsicht beeinflusst er unsere mentale und physische Gesundheit?

Einige Forschungsfragen beschäftigen sich damit herauszufinden, welche Aspekte des Humors am maßgeblichsten für die psychische Gesundheit und eine erfolgreiche Anpassung verantwortlich sind. Nach Martin (2007) zeigen vor allem Forscher, welche im Gesundheitswesen tätig sind, vermehrt Interesse an diesem Thema. Daher ist es nicht verwunderlich, dass bereits etliche Ansätze zur Messung des Konstruktes Humor erforscht wurden (Martin, 2007). Unter anderem wurde von Rod Martin und Patricia Puhlik-Doris im Jahr 2003 ein bekanntes Messinstrument zur Unterscheidung zwischen potentiell gesunden und potentiell ungesunden Humorstilen entwickelt. Basierend auf bisheriger Forschungsliteratur haben die Forscher/Forscherinnen vier Hauptdimensionen des Ausdrucks von Humor identifiziert, wobei zwei Dimensionen als gesund bzw. angepasst und zwei als ungesund bzw. nicht angepasst, postuliert wurden. Das Messinstrument wird als Humor Styles Questionnaire (HSQ) bezeichnet und misst die individuellen Differenzen in der Anwendung der Humorstile (Lopez & Snyder, 2003, Kap.20).

Die vier Humorstile und der Zusammenhang mit Wohlbefinden und Gesundheitsaspekten. Der Humor Styles Questionnaire nach Martin und Phulik-Doris (2003) besteht aus vier Skalen (mit jeweils 8 Items). Diese vier Skalen werden

unterteilt in zwei freundliche und wohlwollende und in zwei schädigende und beleidigende Humorstile.

Zu den positiven Humorstilen zählen der „affiliative“ oder „soziale“ Humorstil sowie der „self-enhancing“ oder „selbst aufwertende“ Humorstil. Zu den negativen Humorstilen zählen der „aggressive“ oder „aggressive“ und der self-defeating“ oder „selbstabwertende“ Humorstil.

Der soziale („affiliative“) Humorstil hat die Tendenz andere Menschen zu erheitern und somit den sozialen Gruppenzusammenhalt zu fördern (Martin et al., 2003). Nach Chen und Martin (2007), werden lustige Gespräche geführt oder Witze erzählt um interpersonale Anspannungen in der Interaktion zu senken. Der soziale Humorstil fördert genau wie der nachfolgend erläuterte selbst aufwertende Humorstil, das psychologische Wohlbefinden (Martin et al., 2003). Nach Martin et al. (2003) wird dieser Humorstil mit Persönlichkeitseigenschaften wie Extraversion, Offenheit für Erfahrungen, Fröhlichkeit sowie mit Vertraulichkeit, Zufriedenheit in Beziehungen und vor allem mit positiven Emotionen in Verbindung gesetzt. In einer Studie von Vaughan et al. (2014) konnte der affiliative Humorstil vor allem bei Personen mit einem stabilen und starken Selbstbewusstsein nachgewiesen werden. Nach Kuiper und McHale (2009), führt die Anwendung des sozialen Humorstils zu verbesserten sozialen Beziehungen und somit zu einem stärkeren sozialen Netzwerk und begünstigt dadurch das Wohlbefinden.

Der „self enhancing“ oder auch selbst aufwertender Humorstil, als ein perspektiven-übernehmender Humor wird als Bewältigungsstrategie bewertet (Martin et al., 2003). Durch eine generelle humorvolle Sichtweise des Lebens, verhilft der selbst-aufwertende Humorstil als schützende Eigenschaft dazu, Distanz zu einem Problem in schwierigen Situationen zu erlangen (Martin, Kuiper, Olinger und Dance, 1993). Der selbst-aufwertende, wird mit emotionalem und sozialem Wohlbefinden assoziiert, da dieser negativ mit Neurotizismus korreliert und positiv im Zusammenhang mit Verträglichkeit steht (Martin et al., 2003).

Dem aggressiven Humorstil, wird Sarkasmus zugeschrieben, um andere zu verhöhnen oder zu manipulieren (Lopez & Snyder, 2003, Kap.20). Nach Chen und Martin (2007), wird der aggressive Humorstil angewendet um andere Menschen zu kritisieren. Dieser Humorstil ist assoziiert mit negativen Charaktereigenschaften wie Neurotizismus und Feindseligkeit sowie Ärger und Aggression (Martin et al., 2003). Der aggressive

Humorstil wird mit einem niedrigeren Level an Empathie in Verbindung gebracht und trägt somit zu schlechteren zwischenmenschlichen Beziehungen bei (Vernon, Martin, Schermer und Mackie, 2007). Nach Vaughan et al. (2014) weisen Personen mit hohem Selbstbewusstsein niedrige Level an aggressiven und selbst abwertenden Humorstilen auf.

Der „self-defeating“ oder auch selbst abwertende Humor wird angewendet, um die Beziehung zu anderen Personen aufzuwerten indem über sich selbst gewitzelt wird. Dies geht jedoch mit einem eher negativen Effekt auf das Wohlbefinden einher und steht mit Charaktereigenschaften wie Neurotizismus und negativen Emotionen wie Depression und Ängstlichkeit in Verbindung (Martin et al., 2003). Nach Kuiper und McHale (2009) hat der selbst-abwertende Humorstil einen gegenteiligen Effekt zum sozialen Humorstil, nämlich im Sinne eines schlechter entwickelten sozialen Netzwerkes.

Die beiden ersten Humorstile werden als positiv bzw. als Indikatoren für psychologische Gesundheit und Wohlbefinden bewertet. Ihnen werden außerdem positive Emotionen, soziale Unterstützung und Vertrautheit zugeordnet. Nach Vernon et al. (2007) könnte sich dies positiv auf das emotionale Wohlbefinden, die soziale Unterstützung sowie die Zufriedenheit in der Beziehung und die Entwicklung von besseren Bewältigungsstrategien bzw. Problemlösemechanismen auswirken. Die beiden anderen, als negativ erachteten Humorstile stehen im Zusammenhang mit Depression, Angst und Ablehnung. Sie werden mit negativen Gefühlen wie Traurigkeit, Wut und Angst sowie geringerer Rücksichtnahme und Impulskontrolle in Verbindung gebracht, was in sozialen Situationen als unpassend erachtet werden könnte (Vernon et al., 2007).

Nach Vernon et al. (2007) sind die individuellen Unterschiede in den beiden positiven Humorstilen, (dem sozialen und dem selbst aufwertenden) bedingt durch genetische und weniger durch umweltbezogene Faktoren. Die beiden negativen Humorstile, (der aggressive und der selbst abwertende) hingegen sind weniger genetisch, als durch Umweltfaktoren beeinflusst. Daraus wird geschlussfolgert, dass die von Lebensbedingungen gesteuerten negativen Humorstile auch leichter durch therapeutische Interventionen zu verändern sind, als den Einsatz von positiven Humorstilen zu erhöhen (Vernon et al., 2007).

Nach Martin et al. (2003) wird vermutet, dass die Messung der Humorstile für Forscherinnen und Forscher als sehr wertvoll erachtet werden kann um mehr Informationen über den Einfluss auf verschiedenste Aspekte von psychosozialen Funktionen wie Stressbewältigung, Emotionsregulation und die Qualität von zwischenmenschlichen Beziehungen zu erfahren und somit ein besseres Verständnis von Humor als adaptive Ressource für psychische Gesundheit zu erlauben.

Humor als Ressource in der Arbeitswelt

Positive und negative Aspekte des Humors in der Arbeitswelt. In einer Metaanalyse von Mesmer-Magnus, Glew und Viswesvaran (2012) besteht die Annahme, dass sich die Vorteile des Humors, wie beispielsweise der positive Einfluss auf das Wohlbefinden, fördernd auf den Arbeitsalltag auswirken können. Schon im Jahr 1991 beschäftigte sich John Morreall mit dem praktischen Nutzen des Humors in der Arbeitswelt. Nicht nur ein erhöhtes Wohlbefinden und physische Gesundheit sind nach Morreall (1991) positive Aspekte, sondern auch die mentale Flexibilität sowie Humor als ein soziales Schmiermittel sollen die gemeinsamen Arbeitsprozesse im Team verbessern.

Ob sich Effekte der einzelnen Humorstile positiv oder negativ auf arbeitsorganisatorische Prozesse auswirken und somit Zusammenhänge zwischen den individuellen Humorstilen und speziellen organisationalen Variablen wie Stress, Zufriedenheit mit den Mitarbeitern, Teamarbeit und organisationale Hingabe bestehen, wurde in einer Studie von Arendt und Romero (2011) geprüft. Das Ziel der Studie war, Forscher/innen und Anwender/innen ein besseres Verständnis der Beeinflussung von anderen Menschen und des Einflusses auf die Organisation durch die Anwendung individueller Humorstile zu vermitteln. Nach Martin et al. (2003) versuchen Individuen, welche einen sozialen Humorstil anwenden, die Beachtung anderer Personen zu finden und gleichzeitig die intra- sowie interpersonelle Spannung zu reduzieren, indem witzige Dinge oder Scherze erzählt werden um andere zu amüsieren. Bei der Anwendung des selbst-aufwertenden Humors wird die Fähigkeit über sich selbst zu lachen vorausgesetzt, indem die eigene Person Thema der Scherze wird, in einer positiven und wohlwollenden Art und Weise. Personen mit aggressivem Humor denken meist weniger über die Gefühle der anderen Menschen nach, welche in dem Gespräch konfrontiert werden, sondern kümmern sich eher darum selbst zu lachen

und wollen sich überlegen fühlen. Beim selbst-herabsetzenden Humor wird die eigene Person wieder Basis des Amüsemments, jedoch in einer abschätzigen Weise (Martin et al., 2003). Arendt und Romero (2011) konnten mittels Regressionsanalyse Beziehungen zwischen individuellen Humorstilen und organisationalen Faktoren herstellen. Der soziale Humor stand in einem negativen Zusammenhang mit Stress. Im Gegensatz dazu, der aggressive Humor in einem positiven Zusammenhang. Weder der selbst-aufwertende, noch der selbst-abwertende Humorstil korrelierten mit Stress. Schon vorher leicht voraussagbar, zeigten der soziale und der aggressive Humor Korrelationen mit der Variable Zufriedenheit mit den Mitarbeitern auf. Der soziale Humor wies einen positiven Zusammenhang im Sinne der Reduktion der Spannung in der Gruppe auf und der aggressive Humor einen negativen. Sowohl der soziale, als auch der selbst-aufwertende Humorstil zeigen positive Korrelationen mit einer organisationalen Verbundenheit. Der aggressive Humor zeigt sich wieder in einem negativen Zusammenhang dazu. Cann, Watson und Bridgewater (2014) merken die Wichtigkeit einer quantitativen Bestimmung der verwendeten Humorstile am Arbeitsplatz an und nach Messmer-Magnus et al. (2012) sei die Anlehnung an den Humor Styles Questionnaires als solide Basis dafür erstrebenswert. In einer Studie von Scheel, Gerdenitsch und Korunka (2016) wurde der HSQ im Sinne einer kürzeren, an den Arbeitskontext angepassten Version, getestet. Das reliable und valide Messinstrument zur Erfassung individueller Humorstile am Arbeitsplatz wird als short work-related Humor Styles Questionnaire (swHSQ) bezeichnet. Nach Scheel et al. (2016) konnte anhand des swHSQ der positive Humorstil mit Optimismus und Arbeitszufriedenheit assoziiert werden.

Resultate im Vergleich verschiedenster Ergebnisse aus mehreren Studien ergaben die Erkenntnis, dass ein positiver Humor mit besserer Arbeitsleistung, erhöhter Zufriedenheit, mehr Teamzusammenhalt, stabileren Gesundheitsfaktoren, effektiveren Bewältigungsstrategien und auch vermindertem Burnout, Stress und Arbeitsrückzug assoziiert wurde (Mesmer-Magnus et al., 2012). In einer Tagebuchstudie von Guenter, Schreuers, Van Emmerik, Gijbers und Iterson (2013) konnte nach einer Zeitspanne von zehn Tagen gezeigt werden, dass Mitarbeiter/innen engagierter an Tagen waren, an denen vermehrt ein positiver Humorstil angewendet wurde und eher emotional erschöpft bei vermehrter Anwendung des negativen Humors.

Diese Konklusionen zeigen, welche wichtige Bedeutung ein positiver Humorstil am Arbeitsplatz hat.

Humor als Ressource im medizinischen Arbeitsalltag. Nach Baird, Fish, Dworking und Steinert (1995) ist die Medizin ein stressvoller Berufszweig mit vielen Arbeitsstunden an dringenden klinischen Problemen, ethischen Dilemmas, teilweise schwierigen Patienten/Patientinnen und widersprüchlichen Anforderungen. Ärzte/Ärztinnen sollen Verantwortung tragen ohne adäquate Handlungsspielräume ermöglicht zu bekommen. Medizinisch ethische Vorstellungen werden oft durch ökonomische Vorgaben in den Hintergrund gedrängt. Studien zu Burnout im medizinischen Beruf gewinnen immer mehr an Bedeutung, da Ärzte/Ärztinnen bis an ihre Grenzen arbeiten (Geissler & Hollmann, 2012). Das wie von Geissler und Hollmann (2012) bezeichnete, „gesundheitsgefährdende“ Krankenhaus missachtet meist die Arbeitsplatzzufriedenheit der ärztlichen Leistungsträger und die damit einhergehenden physischen und mentalen Auswirkungen. Die Anforderungen und das Arbeitspensum im Arbeitsalltag von Ärzten/Ärztinnen haben sich im Bereich der Patientenbetreuung in den letzten Jahren stark erhöht (Laubach & Fischbeck, 2005). Nicht nur, dass die Patienten/Patientinnen kürzer in stationärer Betreuung bleiben, entwickelten sich auch komplexere therapeutische Vorgangsweisen, eine erhöhte administrative Tätigkeit und vermehrte Berücksichtigung des Qualitätsmanagements (Blum & Müller, 2003). Weiters entstehen erhöhte Stressfaktoren durch mehrfache Arbeitsunterbrechungen. In einer Studie von Weigl, Müller, Zupanc, Glaser und Angerer (2011) konnte eine Anzahl von im Durchschnitt 5,3 Unterbrechungen in der Stunde errechnet werden. Das bedeutet, dass in etwa alle 11,25 Minuten der/die Arzt/Ärztin aus einem konzentrationsreichen Moment herausgerissen wird. All diese Faktoren einer erhöhten Beanspruchung am Arbeitsplatz führen zu einer niedrigeren Arbeitszufriedenheit, welche mit einer Gesundheitsbetreuung niedrigerer Qualität, schlechteren klinischen Ergebnissen sowie einer reduzierten Patientenadhärenz einhergehen (Goetz, Musselmann, Szecsenyi und Joos, 2013). Nach Firth-Cozens (2001) wirken sich die Belastungen am medizinischen Arbeitsplatz und der Stress nicht nur auf das Befinden des/der Arztes/Ärztin aus, sondern vor allem auch auf die Kommunikation mit dem/der Patienten/Patientin. Humor und Lachen sind nach Bennett (2003) wichtige Faktoren in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Nach Beck (1996) wurden fünf konkrete Punkte in der Gesundheitsbetreuung nachgewiesen, bei denen Humor einen positiven Einfluss zeigt. In dieser qualitativen Studie konnte

gezeigt werden, dass Humor dazu verhilft mit schwierigen Situationen oder schwierigen Patienten/Patientinnen umzugehen, einen besseren Gruppenzusammenhalt zwischen dem Pflegepersonal und den zu betreuenden Personen zu kreieren, als eine effektive Kommunikationstechnik dient und die Ängstlichkeit, Depression und Scham der Patient/Patientinnen reduziert. Ebenso verhilft Humor routiniert und spontan zu wirken und lang anhaltende Effekte zwischenmenschlicher Momente herzustellen (Beck, 1996). Die sogenannte „Humor-Health-Hypothese“ nach McCreaddie und Payne (2011), beschreibt einen positiven Einfluss von Humor auf die Gesundheit. In einer Studie der zuletzt genannten Autoren konnte außerdem der Wunsch von Patient/Patientinnen nach mehr Humor in der Krankenhaus-Pflege sowie in der medizinischen Behandlung erfasst werden.

Humor als Ressource in der Interaktion zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin. Die Rolle des/der Patienten/Patientin befindet sich in einem Wandlungsprozess. Er/Sie richtet sich mit neuen Bedürfnissen an seinen/ihren Arzt/ seine/ihre Ärztin, infolge dessen sich auch die Arztrolle verändert (Faller, 2012). Das Arzt-Patienten-Verhältnis scheint ebenso alt wie die Medizin selbst. Bereits Hippokrates (ca. 460-370 v.Chr.) forderte von dem/der Arzt/Ärztin körperliche und geistige Hygiene, Empathie sowie persönliche Integrität. Das Bild des/der Arztes/Ärztin hat sich in den letzten Jahrhunderten stark verändert und die Arzt-Patienten-Beziehung wurde durch bestimmte Rahmenbedingungen wie gesetzliche Bestimmungen, ethische Prinzipien, Standesregeln und vertragliche Vereinbarungen determiniert (Koch-Gromus & Kreß, 2012). Der/Die Arzt/Ärztin gilt als Experte und erwirbt mit dieser Macht unmittelbare Konsequenzen auf den/die Patienten/Patientin. Diese anhaltende Asymmetrie aufgrund medizinischer Autorität sollte nach Polnick und Dingwall (2011) durch Kommunikationsstrategien beseitigt werden. Ärzte/Ärztinnen unterscheiden sich außerdem in der Regel durch die soziale Herkunft, im Lebensstil und bezüglich ihres Wissens über Gesundheit und Medizin. Aufgrund eines erhöhten Bedürfnisses nach mehr Information, der Mitwirkung am Entscheidungsprozess und dem Wunsch nach Verbesserung der Kommunikation geht heutzutage das Ziel in Richtung einer partizipativen Entscheidungsfindung, bei der Patienten/Patientinnen gleichberechtigt bei der therapeutischen Entscheidung beteiligt werden (Koch-Gromus & Kreß, 2012). Nach Faller (2012) wird neben der partizipativen Entscheidungsfindung auch das Empowerment als ein aktuelles Konzept der Gestaltung einer gut funktionierenden Arzt-Patienten-Interaktion beschrieben.

Außerdem sei das kommunikative Verhalten des/der Arztes/Ärztin ein wichtiger Einflussfaktor auf die Zufriedenheit des/der Patienten/Patientin. Nach Bennett (2003) zeigt sich die Rolle des Humors und des Lachens in vielen Bereichen der medizinischen Betreuung, wie beispielsweise in der Kommunikation zwischen Ärzten/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen, in psychologischen Aspekten der Patientenbetreuung, der medizinischen Ausbildung und als ein stressreduzierender Faktor bei medizinischem Personal (Beck, 1996). Den Humor und das Lachen in den Betreuungsaspekt miteinzubeziehen, verbessert die Stimmung der Patienten/Patientinnen und gleichzeitig auch die Lebensqualität. Sobald der/die Patient/Patientin eine positive Verbindung mit dem/der Arzt/Ärztin spürt, zeigt dieser/diese mehr Zufriedenheit mit der Betreuung und die Therapievorschlüsse der medizinischen Vertrauensperson werden eher durchgeführt (Bennett, 2003). Nach Harriet (1995) kann Humor als Regulator der Kommunikation eingesetzt werden, um ein Band zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin zu formen und in stressvollen Momenten die Anspannung zu senken. Humor verbessert außerdem die Interaktion zwischen Mitarbeitern im Krankenhauskontext. Als Auswirkung der positiven Stimmung kann besser mit Stresssituationen umgegangen und somit ein entspannteres Gesamtbild der Arbeitssituation vermittelt werden (Bennett, 2003).

In einer Meta-Analyse von Zolnierek und DiMatteo (2009) wurde der Faktor Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin mit Patiententreue in Verbindung gebracht werden. Durch ein gezieltes Kommunikationstraining, resultierte eine höhere Adhärenz, im Gegensatz zur Kommunikation ohne Training. Dieses Studienergebnis vertieft die Annahme, wie wichtig es ist Ressourcen zu finden um die Kommunikationsstrategien mit Patienten/Patientinnen zu verbessern.

Vertrauen zum/zur Arzt/Ärztin als wichtiger Faktor für Compliance und Adhärenz. Rolfe et al. (2014) bezeichnen das Vertrauen als eine wichtige Komponente in der Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin. Nach Rolfe et al., (2014) wird Vertrauen definiert als der Glauben daran, dass der/die Arzt/Ärztin mit bestem Wissen und Gewissen im Interesse des/der Patienten/Patientinnen arbeitet. Eine funktionierende Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin steht in Zusammenhang mit Patiententreue (Zolnierek & DiMatteo, 2009). Zu wenig Vertrauen kann ein niedrigeres Ausmaß an Compliance mit sich bringen (Straten et al., 2002). Nach Perrez und Baumann (2005), wird Compliance als

das Ausmaß bezeichnet, indem das Verhalten der Patienten/Patientinnen in Bezug auf eine Intervention mit der von Therapeuten/innen intendierten Intervention übereinstimmt. Laut WHO (Sabaté, 2003), wird Adhärenz als das Ausmaß definiert, in dem das Verhalten einer Person die Einnahme von Medikamenten, die Umsetzung einer Diät und/oder Änderungen des Lebensstils sowie der Ausführung der vereinbarten Empfehlungen von dem/der Arzt/Ärztin entspricht. Der große Unterschied zu dem Synonym Compliance besteht darin, dass die Zustimmung zu den Therapieempfehlungen von dem/der Patienten/Patientinnen vorhanden sein muss. Es wird also vorausgesetzt, dass die zu beratende Person als aktiver Partner des Gesundheitsexperten wahrgenommen wird. Eine funktionierende Kommunikation ist in diesem Zusammenhang Voraussetzung (Sabaté, 2003). Die intakte soziale Interaktion stärkt den Zusammenhalt und das Vertrauen und gilt daher als wichtige Ressource für die Handlungsfähigkeit und Lebensqualität von Individuen (Braun & Schnee, 2002). Als weitere Faktoren, welche das Vertrauen des/der Patienten/Patientinnen in Bezug auf den/die Arzt/Ärztin positiv beeinflussen, gelten nach Fiscella et al., (2004) eine länger anhaltende Arzt-Patienten-Beziehung, ein höheres Alter des/der Patienten/Patientinnen und eine längere Visitendauer in Minuten. Ein Zusammenhang zwischen dem Vertrauen des/der Patienten/Patientinnen mit dem Geschlecht des/der Arztes/Ärztin konnte nicht gefunden werden, obwohl in manchen Studien das weibliche Geschlecht, welches auch mit einem sozialen Humorstil assoziiert wird (Martin et al., 2003), eher mit einer positiven Arzt-Patienten-Kommunikation einhergeht (Roter & Hall, 2004; Jefferson, Bloor, Birks, Hewitt und Bland, 2013). Auch das Alter des/der Arztes/Ärztin hatte keinen signifikanten Einfluss auf das Vertrauen des/der Patienten/Patientinnen (Fiscella et al., 2004). Nach Straten et al., (2002) basiert das Patientenvertrauen auf vergangener persönlichen Erfahrungen in der Behandlungssituation mit einem/einer Arzt/Ärztin.

Forschungsfragen und Hypothesen

Ziel dieser Forschungsarbeit ist es, herauszufinden ob der Humorstil des/der Arztes/Ärztin das Vertrauen des/der Patienten/Patientinnen positiv beeinflussen kann. Ob ein positiver Humorstil einen positiveren Effekt auf das Vertrauen hat, im Gegensatz zu einem negativen Humorstil, wurde bisher noch nicht untersucht. Es könnte angenommen werden, dass ein positiver Humorstil eine Ressource in der Kommunikation ist, da durch ein resultierendes, verstärktes Vertrauen die Adhärenz des/der Patienten/Patientinnen erhöht wird und somit ein gesteigerter Therapieerfolg garantiert werden könnte. Das Vertrauen des/der Patienten/Patientin in den/die Arzt/Ärztin könnte außerdem von vielen weiteren Faktoren abhängig sein. Einige davon werden in der vorliegenden Studie in ihrer Auswirkung, vor allem aber auch als moderierende Variablen näher beleuchtet, welche verstärkend oder schwächend auf bestimmte Effekte der positiven und negativen Humorstile wirken können.

Um diesem Forschungsziel nachzugehen werden im Folgenden konkrete Fragestellungen und Hypothesen definiert.

Forschungsfrage 1: Hat der von dem/der Arzt/Ärztin angewendete Humorstil einen Einfluss auf das Vertrauen des/der jeweiligen in Bezug gesetzten Patienten/in?

Die Forschungsfrage basiert auf der Annahme von Hampes (1999), dass Humor einen positiven Zusammenhang mit dem Vertrauen aufweist. Da der positive Humorstil, (sozialer und selbst-aufwertender) in bisheriger Forschung mit einem erhöhten Wohlbefinden, positiven Emotionen und Persönlichkeitseigenschaften wie Extraversion und Vertraulichkeit assoziiert wurde (Martin et al. 2003), liegt der Schluss nahe, eine Verbindung mit erhöhtem Vertrauen in der Kommunikation anzunehmen. Ein negativer, aus aggressivem und selbst-abwertendem Humor bestehender Stil, assoziiert mit Sarkasmus und Feindseligkeit (Martin et al. 2003), lässt einen verminderten Vertrauensaufbau in der Kommunikation vermuten.

H_{1a}: Ein positiver Humorstil des/der Arztes/Ärztin hat einen positiven Zusammenhang mit dem Vertrauen des/der Patienten/in bezogen auf den/die jeweilige/n Arzt/Ärztin.

H_{1b}: Ein negativer Humorstil des/der Arztes/Ärztin hat einen negativen Zusammenhang mit dem Vertrauen des/der Patienten/in bezogen auf den/die jeweilige/n Arzt/Ärztin.

Forschungsfrage 2: Haben die Variablen „Anzahl an Arztbesuchen“, „Alter des/der Patienten/Patientin sowie des/der Arztes/Ärztin“ bzw. das „Geschlecht des/der Arztes/Ärztin“, eine „bereits vorhandene negative Erfahrung“ sowie die „Gesprächsdauer“ einen Zusammenhang mit dem Vertrauen oder einen mediierenden Einfluss auf den Zusammenhang zwischen Humorstil und dem Vertrauen des/der Patienten/in bezogen auf den/die jeweilige/n Arzt/Ärztin?

Das Vertrauen des/der Patienten/Patientin in den/die Arzt/Ärztin hängt von vielen Faktoren ab. Einige Einflüsse dieser Faktoren wurden bereits in vorhandenen Studien erforscht (Fiscella et al., 2004; Straten et al., 2002). Aufgrund der sich verändernden Rolle des/der Arztes/Ärztin (Faller, 2012) und dem erhöhten Wunsch nach partizipativer Entscheidungsfindung der Patienten/innen (Koch-Gromus & Kreß, 2012) haben sich die medizinische Ausbildung sowie die medizinischen Therapiestrategien verändert. Für eine Verbesserung der Patienten-Arzt-Interaktion und zur Garantie eines höheren Therapieerfolges wurde in den letzten Jahren speziell auf eine verbesserte Ausbildung von Kommunikationsstrategien der Medizinstudenten/Medizinstudentinnen Wert gelegt, um die Beziehung zu den Patienten/Patientinnen zu stärken (Koch-Gromus & Kreß, 2012). Vor diesem Hintergrund sollten die bereits mehr als 10 Jahre zurück-liegenden Studienergebnisse noch einmal mit einer neuen Stichprobe und anderen Voraussetzungen überprüft werden.

Vor allem der Aspekt eines mediierenden Einflusses der bereits erforschten Variablen auf den Zusammenhang der Humorstile auf das Vertrauen, welche somit die Effekte der ersten beiden Hypothesen verstärken bzw. abschwächen können, ist von Interesse.

Nach Fiscella et al. (2004) zeigt sich ein positiver Zusammenhang zwischen einer längeren Arzt-Patienten-Beziehung und dem Vertrauen des/der Patienten/in in seinen/ihren Arzt/ seine/ihre Ärztin.

H_{2a}: Je öfter ein/e Patient/Patientin seinen/ihren Arzt/Ärztin besucht hat, desto höher ist sein/ihr Vertrauen in den/die jeweilige/n Arzt/Ärztin.

Eine längere Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin könnte den Effekt des positiven Humorstils auf das Vertrauen verstärken bzw. den Effekt des negativen Humorstils verstärken. Beide mediiierenden Modelle sind in Abbildung 1 abgebildet. Die Annahme besteht darin, dass bei vielen Arztbesuchen der Humorstil des/der Arztes/Ärztin eher auffällt.

H_{2b}: Die Anzahl an Arztbesuchen mediiert den positiven Zusammenhang zwischen einem positiven Humorstil und dem Vertrauen des/der Patienten/Patientin in den/die Arzt/Ärztin und verstärkt diesen Effekt.

H_{2c}: Die Anzahl an Arztbesuchen mediiert den negativen Zusammenhang zwischen einem negativen Humorstil und dem Vertrauen des/der Patienten/Patientin in den/die Arzt/Ärztin und verstärkt diesen Effekt.

Abbildung 1 zeigt die beiden Mediationsmodelle.

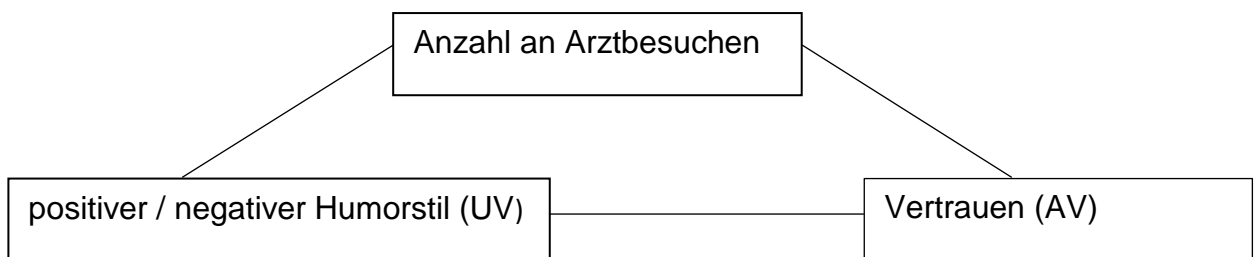


Abbildung 1. Die Anzahl der Arztbesuche mediiert sowohl den Zusammenhang zwischen dem positiven Humorstil (als unabhängige Variable) und dem Vertrauen (als abhängige Variable), als auch zwischen dem negativen Humorstil und dem Vertrauen.

Ein höheres Alter des/der Patienten/Patientin kann mit einem erhöhten Vertrauen in den/die Arzt/Ärztin assoziiert werden (Fiscella et al., 2004).

H_{3a}: Je älter ein/e Patient/Patientin ist, desto höher ist das Vertrauen in den Arzt/die Ärztin.

Falls ältere Patienten/innen den positiven Humor des/der Arztes/Ärztin aufgrund von Erfahrung eher wahrnehmen, sollte sich dies stärkend auf den Einfluss des Humorstils auf das Vertrauen auswirken.

H_{3b}: Das Alter des Patienten mediert den positiven Zusammenhang zwischen dem positiven Humorstil und dem Vertrauen des/der Patienten/Patientin in den/die Arzt/Ärztin und verstärkt den Effekt.

Das Alter des/der Arztes/Ärztin hatte zwar nach Fiscella et al. (2004) keinen signifikanten Einfluss auf das Vertrauen, könnte sich aber als Mediator auf die unabhängige Variable des positiven Humorstils und somit auf den Effekt auf die abhängige Variable Vertrauen auswirken.

H₄: Das Alter des/der Arztes/Ärztin mediert den positiven Zusammenhang zwischen dem positiven Humorstil und dem Vertrauen des/der Patienten/in den/die Arzt/Ärztin und verstärkt den Effekt.

Abbildung 2 zeigt die beiden Mediationsmodelle.

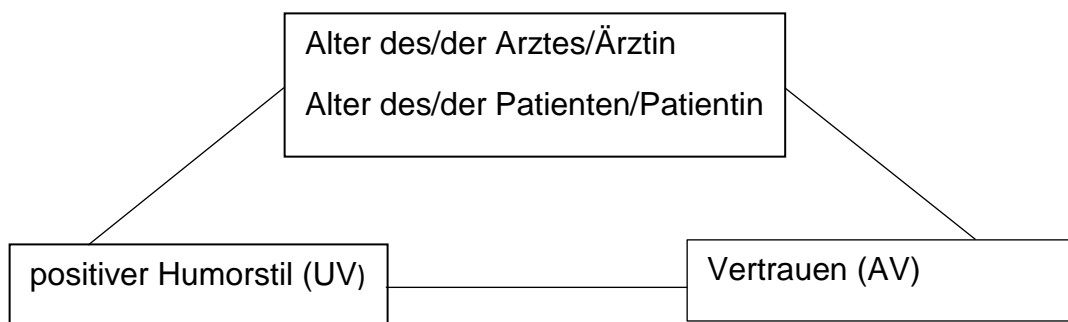


Abbildung 2. Das Alter des/der Arztes/Ärztin mediert den Zusammenhang zwischen dem positiven Humorstil (als unabhängige Variable) und dem Vertrauen (als abhängige Variable). Das Alter des/der Patienten/Patientin mediert den Zusammenhang zwischen dem positiven Humorstil (als unabhängige Variable) und dem Vertrauen (als abhängige Variable).

Ärzte/Ärztinnen, welche mehr Zeit für das Gespräch mit ihren Patienten/Patientinnen aufwenden, wird nach Fiscella (2004) mehr Vertrauen geschenkt.

H_{5a}: Je länger ein Gespräch zwischen dem/der Arzt/Ärztin und dem/der Patienten/Patientin im Durchschnitt dauert, desto höher ist das Vertrauen des/der Patienten/Patientin in diesen/diese Arzt/Ärztin.

Je länger ein Gespräch dauert, desto eher besteht auch die Chance für den/die Arzt/Ärztin den positiven bzw. den negativen Humorstil im Gespräch mit dem/der Patienten/Patientin anzuwenden.

H_{5b}: Die Länge des Gespräches zwischen dem/der Arzt/Ärztin und dem/der Patienten/Patientin mediiert den positiven Zusammenhang eines positiven Humors und dem Vertrauen des/der Patienten/Patientin in den/die Arzt/Ärztin und verstärkt den Effekt.

H_{5c}: Die Länge des Gespräches zwischen dem/der Arzt/Ärztin und dem/der Patienten/Patientin mediiert den negativen Zusammenhang eines negativen Humors und dem Vertrauen des/der Patienten/Patientin in den/die Arzt/Ärztin und verstärkt den Effekt.

Abbildung 3 zeigt die beiden Mediationsmodelle.

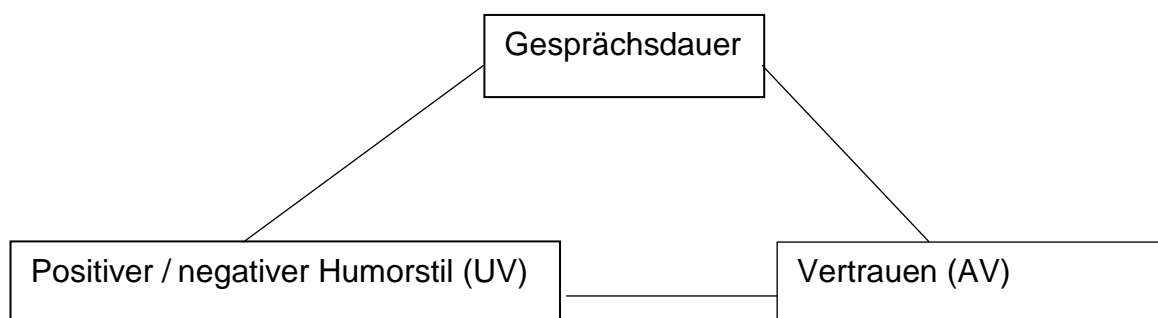


Abbildung 3. Die Dauer des Gespräches zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin mediiert den Zusammenhang zwischen dem positiven Humorstil (als unabhängige Variable) und dem Vertrauen (als abhängige Variable), als auch zwischen dem negativen Humorstil und dem Vertrauen.

Nach Straten et al. (2002) basiert das Vertrauen der Patienten/innen auf persönlichen Erfahrungen in einer Behandlungssituation.

H_{6a}: Wenn ein/eine Patient/Patientin mit seinem/ihrem Arzt/ seiner/ihrer Ärztin schon einmal unzufrieden war, ist sein/ihr Vertrauen in diese/n niedriger.

Der Einfluss des Unzufriedenheitserlebnisses kann vom negativen Humorstil des/der Arztes/Ärztin abhängen. Eine Situation, in welcher einem nicht ausreichend geholfen

wurde, wiegt vielleicht schwerwiegender wenn sie von einem negativen Humor begleitet wurde.

H_{6b}: Der negative Humorstil des Arztes/der Ärztin mediiert den Zusammenhang eines vorhandenen Unzufriedenheitserlebnisses auf das Vertrauen des/der Patienten/Patientin in den/die Arzt/Ärztin und verstärkt den negativen Effekt.

Genauso könnte der positive Humorstil des/der Arztes/Ärztin das Unzufriedenheitserlebnis abschwächen und somit den Effekt auf das Vertrauen mildern.

H_{6c}: Der positive Humorstil des Arztes/der Ärztin mediiert den Zusammenhang eines vorhandenen Unzufriedenheitserlebnisses auf das Vertrauen des/der Patienten/Patientin in den/die Arzt/Ärztin und mildert den negativen Effekt.

Abbildung 4 zeigt die beiden Mediationsmodelle

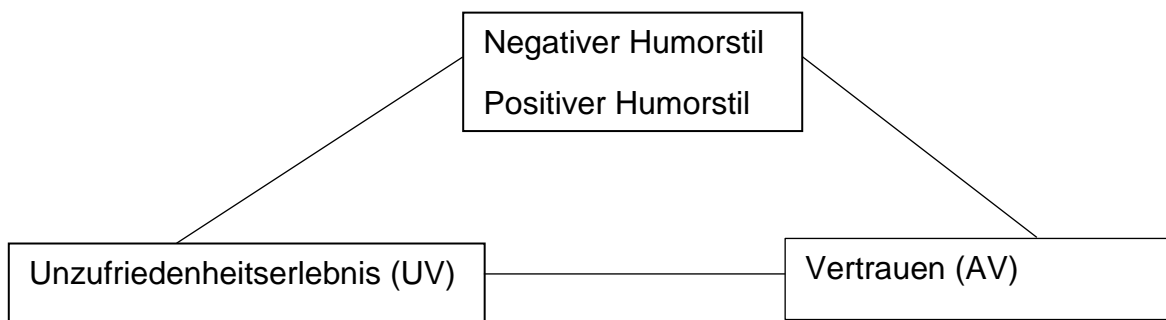


Abbildung 4. Der negative Humorstil mediiert den Zusammenhang zwischen einem Unzufriedenheitserlebnis (als unabhängige Variable) und dem Vertrauen (als abhängige Variable). Der positive Humorstil mediiert den Zusammenhang zwischen einem Unzufriedenheitserlebnis (als unabhängige Variable) und dem Vertrauen (als abhängige Variable).

Nach Martin et al. (2003) wird das weibliche Geschlecht in Zusammenhang mit der Anwendung eines positiven Humorstils in der Kommunikation gebracht. Roter & Hall (2004) berichten von einer höheren Patientenzentriertheit bei Ärztinnen in der Interaktion durch längere Visiten und einen psychosozialen sowie sozio-emotionalen Austausch, wodurch ein intimeres therapeutisches Milieu und eine erhöhte Patientenbindung geschaffen werden.

H_{7a}: Das Merkmal weibliches Geschlecht der Ärztin hat einen positiven Einfluss auf das Vertrauen des/der Patienten/Patientin in die jeweilige Ärztin.

Der positive Einfluss des weiblichen Geschlechtes in der Kommunikation könnte den Effekt des positiven Humorstils auf das Vertrauen des Patienten in die jeweilige Ärztin verstärken.

H_{7b}: Das Geschlecht des/der Arztes/Ärztin mediiert den positiven Zusammenhang eines positiven Humors und dem Vertrauen des/der Patienten/in in den/die jeweilige/n Arzt/Ärztin und verstärkt den Effekt.

Abbildung 5 zeigt das Mediationsmodell

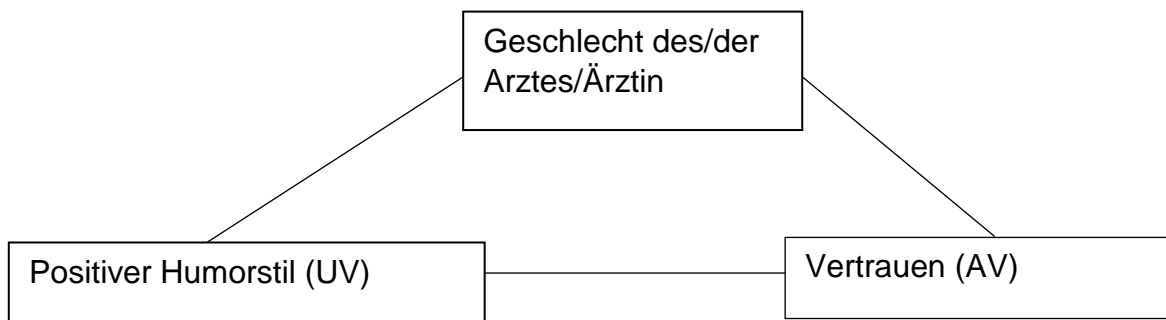


Abbildung 5. Das Geschlecht des/der Arztes/Ärztin mediiert den Zusammenhang zwischen dem positiven Humorstil (als unabhängige Variable) und dem Vertrauen (als abhängige Variable).

Methode

Untersuchungsdesign

Das Versuchsdesign der Studie stellt eine korrelative Querschnittsaufnahme mittels einer paper-pencil Fragebogenuntersuchung dar. Es wurde eine möglichst heterogen verteilte Stichprobe angestrebt. Die Durchführung der Studie fand zwar im Raum Wien statt, auf eine Beschränkung auf österreichische Studienteilnehmer/Studienteilnehmerinnen wurde jedoch verzichtet. Das Akquirieren der teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen sowie Patienten/Patientinnen fand innerhalb dreier verschiedener Krankenhäuser in einem Zeitraum von zwei Monaten (Februar bis März 2016) statt, wobei zuvor jeweils über schriftlichen E-Mail-Verkehr die Zustimmung der ärztlichen Direktionen zur Durchführung der Studie eingeholt wurde. Ein Antrag bei der Ethikkommission war in diesem Fall nicht notwendig, da kein identifizierbares Patientenmaterial (wie zum Beispiel: Blut, Serum, Gewebeproben oder DNA) oder identifizierbare Patientendaten (Krankengeschichte) verwendet wurden. Aus einer Gesamtprobandenanzahl von 180 Personen ($N = 180$) wurden in jedem der drei Krankenhäuser jeweils fünf Ärzte/Ärztinnen aus dem stationären und fünf aus dem ambulanten Krankenhausbereich akquiriert. Die Datenerhebung fand in der Krankenanstalt Rudolfstiftung (1030 Wien), dem Hanusch Krankenhaus (1140 Wien) und dem Krankenhaus Hietzing (1130 Wien) statt. Dadurch konnte eine Gesamtanzahl von 30 ärztlichen Probanden/Probandinnen erreicht werden. Die Auswahl der Krankenhäuser erfolgte aus einem persönlichen Bezug zu den Kontaktpersonen und dem damit einhergehenden erleichterten Zugang zu den Testpersonen. Pro Arzt/Ärztin wurden jeweils fünf Patienten/Patientinnen mittels Fragebogen befragt. Die insgesamt 150 Patienten/Patientinnen, als zu betreuenden Personen, wurden direkt nach dem Kontakt mit dem/der entsprechenden Arzt/Ärztin mittels Fragebogen befragt. Alle Probanden/Probandinnen wurden auf Basis einer Einverständniserklärung über die Anonymität und den Grund der Studie aufgeklärt. Durch eine standardisierte Vorgehensweise zur Darlegung des Fragebogens konnte eine erhöhte interne Validität garantiert werden.

Stichprobenbeschreibung

Ärzte/Ärztinnen. Die Gesamtanzahl von 180 Probanden/Probandinnen gliedert sich in 30 Ärzte/Ärztinnen ($n = 30$) und 150 Patienten/Patientinnen ($n = 150$). Das Durchschnittsalter der ärztlichen Probanden/Probandinnen liegt um die 40 Jahre ($MW = 39.9$, $SD = 8.7$). Die jüngste Ärztin war zum Zeitpunkt der Befragung 28 Jahre, der älteste Arzt war 61 Jahre alt. Es wurden 19 Männer (63%) und 11 Frauen (37%) befragt. Die durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche liegt bei 48.7 Stunden ($SD = 6,9$) und die durchschnittlichen Tätigkeitsjahre bei 13.8 Jahren ($SD = 8.6$), wobei bereits mindestens 2 Jahre und höchstens 36 Jahre gearbeitet wurde. 37% der Befragten waren als Assistenzärzte/Assistenzärztinnen, 33% als Fachärzte/Fachärztinnen und 30% als Oberärzte/Oberärztinnen tätig. Unter den befragten ärztlichen Probanden/Probandinnen befanden sich keine Turnusärzte/Turnusärztinnen. Bei der Frage nach einem stationären oder ambulanten Tätigkeitsfeld gab mit 73% die Mehrheit der Befragten Tätigkeiten in beiden Bereichen an. 17% der Ärzte/Ärztinnen arbeiteten ausschließlich auf einer Bettenstation und 10% ausschließlich in einer Ambulanz, wobei fast alle (96,7%, $n = 29$) in ihrem Tätigkeitsfeld auch Nachtdienste machten.

Patienten/Patientinnen. Die Patienten/Patientinnen wurden nicht nach einem bestimmten Schema ausgewählt. Die Personen, welche am Befragungstag in der jeweiligen Ambulanz oder auf der Station anwesend waren, an der Studie einwilligten teilzunehmen und körperlich oder psychisch nicht beeinträchtigt waren, wurden auch mittels Fragebogen befragt. Das Durchschnittsalter der Patienten/Patientinnen lag bei 59 Jahren ($MW = 58.6$, $SD = 17.2$), wobei die jüngste Patientin 19 Jahre und der älteste Patient 90 Jahre alt war. Bei einer Probanden-/Probandinnenauswahl von 73 männlichen Patienten (49%) und 77 weiblichen Patientinnen (51%) ergibt sich eine ausgeglichene Geschlechterverteilung. 51% der zu betreuenden Personen waren aufgrund einer chronischen und 27% aufgrund einer akuten Erkrankung zum Zeitpunkt der Befragung in ärztlicher Betreuung. 28% der Patienten/Patientinnen waren zum ersten Mal bei dem/der ihnen zugeteilten Arzt/Ärztin und etwas weniger als dreiviertel der Patienten/Patientinnen (72.5%) hatten bereits mehrere Male Kontakt zu dem/der jeweils befragten Arzt/Ärztin. 37% sahen ihren/ihre Arzt/Ärztin bisher öfter als sechs Mal im Rahmen einer Betreuung im Krankenhaus. Obwohl etwa 26% der Patient/Patientinnen bereits eine negative Erfahrung mit einem/einer Arzt/Ärztin im

Allgemeinen hatten, gaben 97% der Testpersonen an ihren/ihre jeweilige/n während der Befragung in Bezug stehenden Arzt/Ärztin weiterempfehlen zu wollen.

Erhebungsinstrumente

Fragebogen an Ärzte/Ärztinnen. Neben der Erhebung von demographischen Daten interessierten auch Informationen zu den Patientengesprächen wie die Gesprächsdauer und die Angabe der persönlichen Wichtigkeit dieser. Das Alter und das Geschlecht des/der Arztes/Ärztin sowie die durchschnittliche Gesprächsdauer mit den Patienten/innen werden als mediierende Variablen bezogen auf den Humorstil (UV) und dessen Einfluss auf das Vertrauen (AV) der Patienten/Patientinnen in den/die Arzt/Ärztin gesetzt. Fragestellungen zur Zufriedenheit mit der Arbeitstätigkeit im Allgemeinen und mit dem Krankenhaus als Arbeitsplatz sollen einen kurzen Einblick über die allgemeine Arbeitszufriedenheit des medizinischen Personals geben. Basierend auf dem Fragebogen der wahrgenommenen Patientensicherheit und –versorgung nach Bertram et al. (1990) Singer et al. (2003) und Carayon et al. (2005) wurden die Fragen nach der Qualität und der vorhandenen Zeit der Patientenversorgung erstellt. Aus der deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (Büssing und Perrar, 1992) wurden drei Fragen zur emotionalen Erschöpfung gezogen. Weiters wurde der/die Arzt/Ärztin mittels Humorskala zur Einschätzung seines/ihres Humorstils befragt.

Fragebogen an Patienten/Patientinnen. Zu Beginn wurden demographische Daten erhoben, wie Alter, Geschlecht und Schulbildung. Fragestellungen nach der Betreuungssituation (ambulant oder stationär), nach der Erkrankungsart (akut oder chronisch) und dem zeitlichen Betreuungsaspekt (wie lange und wie oft in Betreuung) lassen Schlüsse über die Betreuungs- und Beziehungssituation zum/zur Arzt/Ärztin zu. Vor allem interessierten die mediierenden Variablen, welche sich auf die unabhängige Variable - den Humorstil des/der Arztes/Ärztin - auswirken können und somit den Effekt auf die abhängige Variable - dem Vertrauen der Patienten/Patientinnen in den/die jeweilige/n Ärzte/Ärztin - verstärken oder abschwächen. Die mediierenden Variablen wurden in der Fragestellung nach der Anzahl der Arztbesuche (zu beantworten in vier Stufen (1mal, 2-3mal, 4-6mal und über 7mal), dem Alters des/der Patienten/Patientin und bereits vorhandener Unzufriedenheitserlebnisse erhoben. Ebenso sollten die Patienten/Patientinnen ihren eigenen Humorstil sowie den Humorstil des/der Arztes/Ärztin mittels Humorskala einschätzen. Mittels der Vertrauensskala wurde das

allgemeine Vertrauen in das Gesundheitssystem und das Vertrauen in den/die in Bezug stehende/n Arzt/Ärztin erfasst.

Humorskala. Die Fragestellungen zum Humorstil, welche in beiden Probandgruppen angewendet werden, sind an den Humor Styles Questionnaire (Martin et al., 2003) angelehnt und anhand des swHSQ - das von Scheel et al. (2016) entwickelte Instrument zur Erfassung der individuellen Humorstile am Arbeitsplatz – angepasst. Die von 32 auf 12 reduzierten Items werden mittels einer fünf-stufigen Likert Skala von „gar nicht“ bis „völlig“ beantwortet. In der Studie zur Validierung des swHSQ (Scheel et.al, 2016) konnte die Validität anhand der Ergebnisse bewiesen werden. Die Humorstile konnten drei bis 24% der Varianz erklären bezogen auf die Ergebnisse der beruflichen Selbstwirksamkeit, der kognitiven und affektiven Irritationen sowie der Arbeitszufriedenheit.

Die Fragestellungen aus dem swHSQ wurden an die Befragungssituation und die Arbeit mit dem Patienten im Krankenhaus angepasst.

Im Ärzte/Ärztinnen-Fragebogen wurden aufgrund von nicht auf den medizinischen Arbeitsplatz angepassten Fragestellungen, nur 10 der 12 Items verwendet (herausgenommen wurden die Items: „wenn ich jemanden unsympathisch finde, versuche ich diese Person mit Humor herabzusetzen“ und „ich versuche öfters meine Kollegen mit Witzen über meine eigenen Schwächen zu erheitern, damit diese mich mehr mögen und akzeptieren“, beides sind Formen eines negativen Humorstils) und nur 11 der 12 Items im Patienten-Fragebogen (herausgenommen wurde das Item: „wenn ich jemanden unsympathisch finde, versuche ich diese Person mit Humor herabzusetzen“). Mittels Cronbachs Alpha konnte eine Reliabilität von $\alpha = .858$ für das Instrument mit 10 Items (Ärzte-Fragebogen) und eine Reliabilität von $\alpha = .753$ für das Instrument mit 11 Items (Patienten-Fragebogen) berechnet werden.

Die Reliabilitäten der Items der beiden positiven Humorstile, sozialer und selbst aufwertender Humor, mit $\alpha = .841$, sowie der beiden negativen Humorstile, aggressiver und selbst-abwertender Humor, mit $\alpha = .840$, können mittels Faktorenanalyse genau den Items zugeordnet werden. . So gehören die sechs Items „Humor heitert auf“, „Patient leicht zum Lachen bringen“, „Humor bei Ärger“, „Humor wenn unglücklich“, „gerne zum Lachen bringen“ und „Humor im Gespräch“ zum positiven Humorstil und die vier Items „Aufziehen bei Fehlern“, „selbst herabsetzen“, „Lachen trotz Angriff“ und „über mich Lachen lassen“ zum negativen Humorstil.

Vertrauensskala. Ein weiteres Instrument, welches nur im Patienten/Patientinnen-Fragebogen zum Einsatz kommt, ist die Skala zur Erfassung des Vertrauens in Ärzte/Ärztinnen im Allgemeinen und im Speziellen auf den/die jeweilige/n in Bezug stehende/n Arzt/Ärztin gerichtet. Dieser Fragebogen zur Erfassung des Vertrauens wurde von Straten et al. (2002) erarbeitet, um die verschiedenen Dimensionen des Vertrauens der Bevölkerung in das Gesundheitssystem in den Niederlanden zu messen. Für die Anwendung der Fragestellung in dieser Studie wurden 2 Dimensionen aus insgesamt sechs vorhandenen gezogen. Im Speziellen wurden vier Fragen aus der Dimension „Health care providers expertise“ ($\alpha = .743$) und acht Fragen aus der Dimension „Quality of care“ ($\alpha = .862$) in die deutsche Sprache übersetzt und für den Fragebogen an die Patienten/Patientinnen verwendet. Die Fragestellungen zu den Kompetenzen der ärztlichen Betreuungspersonen wurden nach Straten et al. (2002) eher allgemein gehalten, wie zum Beispiel „ich vertraue darauf, dass Ärzte/Ärztinnen heutzutage prinzipiell gut ausgebildet werden“ und bezogen auf die Qualität der Gesundheitspflege wie zum Beispiel: „ich vertraue darauf, dass mir mein/meine Arzt/Ärztin die Richtlinien der Medikamenteneinnahme verständlich erklärt“. Die Beantwortung erfolgte im Rahmen einer vier-stufigen Likert Skala von „trifft gar nicht zu“, über „trifft eher weniger zu“, „trifft eher mehr zu“ bis „trifft sehr zu“. Als eine eher allgemein gehaltene Frage zur Abklärung wie humorvoll Patienten/Patientinnen ihren/ihre Arzt/Ärztin empfinden, wurde zusätzlich gefragt: „Wie humorvoll ist ihr/ihre Arzt/Ärztin im Gespräch mit Ihnen?“, zu beantworten in fünf Stufen von „sehr humorvoll“ bis „nicht humorvoll“.

Bezogen auf die beiden Forschungsfragen, wurden nicht alle Variablen zur Berechnung der Hypothesen herangezogen. Vor allem interessierten die abhängige Variable Vertrauen der Patienten/Patientinnen in den/die jeweilige/n Arzt/Ärztin (aus der Vertrauensskala, 8 Items) und die unabhängigen Variablen des positiven und negativen Humorstils (aus der Humorskala, 10 Items). Die weiteren Variablen, welche sich einerseits auf das Vertrauen auswirken könnten, aber auch als Mediatoren des Effektes des Humorstils auf das Vertrauen wurden bereits beschrieben.

Kontrollvariablen. Es wird vermutet dass die Variablen „Alter Arzt“ und die „Jahre Tätigkeit“ hoch korrelieren und somit als Kontrollvariablen gelten. Ebenso wäre zu erwarten, dass die wie bereits in vorherigen Studien mit dem Vertrauen in Verbindung stehenden Variablen „Alter Patient“, „Alter Arzt“, „Geschlecht Arzt“, „Zeit für

Gespräche“, „Anzahl an Arztbesuchen“ und „nicht zufrieden mit Arzt“ in einem hohen Zusammenhang mit der Variable „Vertrauen“ stehen.

Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der Hypothesen erfolgte anhand der HLM7 Software, erstellt von Stephen Raudenbush und Anthony Bryk sowie des SPSS Programmes IBM SPSS Statistics 23 für Windows.

Mit Hilfe der Mehrebenenanalyse können hierarchische Strukturen der Daten in der Berechnung von Regressionsmodellen miteinbezogen werden. Im Unterschied zur herkömmlichen Regressionsrechnung, bei welcher die Daten nicht unabhängig voneinander sind, wodurch verzerrte Schätzungen von Effekten und Varianzen entstehen können, werden bei einer Mehrebenenanalyse „geschachtelte Daten“ auf einer Mikro- und Makroebene unterschieden. Seit der Gründung von hierarchisch linearen Modellen (HLM) in den 1970er Jahren ist diese Methode als erste Wahl zur Analyse von genesteten (hierarchischen) Daten herangezogen worden (Woltman et al. 2012). Nach Baltés-Götz (2013) besteht das Grundprinzip darin, die Phänomene auf den unterschiedlichen Analyseebenen gleichzeitig zu untersuchen. Die Abhängigkeiten zwischen Messungen auf der Mikroebene, die aus der Zugehörigkeit zu der selben Makroebene resultieren, werden in diesem Modell berücksichtigt. Die Anwendung von HLM wird empfohlen, um mit genesteten Daten umzugehen, da die individuellen und Gruppeneffekte bezogen auf die abhängige Variable über die Aggregation der Daten ausgeschaltet werden können (Woltman et al. 2012). Im Fall der Auswertung der Daten dieser Studie gelten die Variablen auf Patienten/Patientinnen-Ebene als Level 1 auf der Mikroebene und die jeweils in Bezug gesetzten Variablen der Ärzte/Ärztinnen als Level 2 auf der Makroebene. Wechselwirkungen sind in hierarchischen linearen Modellen auf beiden Ebenen darstellbar.

Das Statistik Programm „IBM SPSS Statistics 23 für Windows“ wurde zur Berechnung der Korrelationen und für die Häufigkeits-, Reliabilitäts- und Faktorenanalyseberechnungen angewendet.

Im ersten Schritt wurden alle vorhanden Variablen, welche einen möglichen Einfluss auf das Vertrauen (als abhängige Variable) haben könnten, in einer

Korrelationsanalyse als Prädiktoren inkludiert. Aufgrund der nicht vorhandenen Normalverteilung der Variablen wurde eine Spearman Korrelation angewendet. Tabelle 1 zeigt die Mittelwerte, die Standardabweichungen, die Reliabilitäten in Cronbach´s alphas und die Korrelationen zwischen den Variablen.

Das Prinzip der Multikollinearität wird anhand der Ergebnisse der Korrelationsmatrix überprüft, um zu erkennen in wie weit sich eine Variable durch mehrere andere Variablen erklären lässt. Je stärker die Variablen korrelieren, umso ungenauer können die weiteren Ergebnisse der Berechnungen ausfallen (Backhaus, Erichson, Plinke und Weiber, 2011).

Die für die Hypothesen interessierenden Variablen wurden zur Berechnung mit HLM7 in das Modell einbezogen. Auf Level 1 wurden die Variablen bezogen auf die Patienten/Patientinnen, wie das Alter des/der Patienten/Patientin, die Anzahl der Arztbesuche, ein vorhandenes Unzufriedenheitserlebnis sowie das Vertrauen bezogen auf den/die jeweilige/n betreuende/n Arzt/Ärztin, ausgewählt. Auf Level 2 wurden die Variablen bezogen auf die Ärzte/Ärztinnen, wie das Alter, das Geschlecht, die Gesprächsdauer und der positive sowie negative Humorstil, in die Berechnungen miteinbezogen. Das Vertrauen als abhängige Variable gilt als Outcome Variable in der Berechnung.

Der erste Schritt der Gestaltung des hierarchischen Modells ist die Erstellung eines Nullmodells, als Basis zur Berechnung eines Intraklassen Korrelationskoeffizienten (ICC). Das Nullmodell, auch benannt als „Intercept-only model“ oder „one way Anova with random effects“ lautet:

Level 1 Modell:
$$\text{Vertrauen} = \beta_0 + r$$

Vertrauen wird vorausgesagt durch einen intercept term (β_0 = gruppenspezifische Koeffizienten) und einen residual error term (r = Residuum).

Level 2 Modell:
$$\beta_0 = \gamma_{00} + u_0$$

Der intercept term ist eine Funktion eines random intercept term (γ_{00} = zufälliger gruppenspezifischer Koeffizient) auf dem Level 2 und einem random error term (u_0 = zufälliger Fehlerterm).

Bei dem sogenannten Mixed Model „null random intercept model“ werden die beiden HLM Gleichungen kombiniert und dargestellt als:

Mixed Model:

$$\textit{Vertrauen} = \gamma_{00} + u_{0j} + r_{ij}$$

Tabelle 1

Spearman Korrelation, Mittelwerte, Standardabweichungen, Reliabilität

	MW	SD	1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
1 Behandlungsfeld	0.5	0.50																	
2 Alter Arzt	39.9	8.66	.36**																
3 Geschlecht Arzt	0.37	0.48	.21*	-.31**															
4 Jahre Taetigkeit	1.93	0.82	.37**	.95**	-.30**														
5 Nachtdienst	0.97	0.18	-.19	-.24**	.14	-.23**													
6 Wichtigk. persönlicher Gespräche	3.97	0.18	.19	.00	.14	-.04	-.03												
8 Alter Patient	58.6	17.23	-.23**	.20*	.07	.22**	.02	-.05											
9 Geschlecht Patient	0.51	0.5	.09	-.01	.10	-.01	.04	.04	.16										
10 Schulbildung Patient	1.94	1.37	.11	.04	-.21*	.04	-.06	-.15	-.27**	-.14									
11 Zeit für Gespräche	1.89	1.81	.41**	.26**	-.05	.25**	-.22**	-.01	-.02	.04	.04								
12 Anzahl Arztbesuche	1.58	1.24	.15	.23**	-.08	.20*	-.21**	.03	-.01	-.07	-.02	.74**							
13 Humorvoll Arzt	2.54	0.99	.04	.13	.26**	-.13	-.08	.02	.08	.20*	.21*	.07	.01						
14 Empfehlung Arzt	0.97	0.82	-.04	.02	-.09	.03	-.04	-.04	.15	.05	.05	-.01	.00	.13					
15 nicht zufrieden mit Arzt	0.26	0.43	-.03	-.02	-.06	-.02	.11	-.06	-.03	-.05	.07	.21*	-.25**	-.16	.24**				
16 Vertrauen	2.64	0.39	.00	.03	-.05	.04	.03	-.14	-.02	.01	.05	.15	.21*	.26**	.16	-.24**	(.86)		
17 posHumor	2.39	0.67	.00	-.12	.16*	-.14	-.05	.27**	.08	.09	-.14	-.01	-.01	.25**	.04	.10	-.06	(.84)	
18 negHumor	0.91	0.78	-.30**	-.05	-.29**	-.06	.00	.09	-.06	.02	-.07	-.16*	-.04	-.07	.20*	.04	-.01	.34**	(.84)

Anmerkung: Spearman Korrelation 2-seitig; N=180; Reliabilitäten in Klammer (Cronbach's α). *die Korrelation ist auf einem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant. **die Korrelation ist auf einem Niveau von 0.01 (2seitig) signifikant. Behandlungsfeld: 0= stat., 1= amb; Geschlecht: 0= männl., 1= weibl.; nicht zufr.mit Arzt: 0= nein, 1= ja; Wichtigkeit persönlicher Gespräche: 0= unwichtig, 1=eher weniger wichtig, 2= teil teils, 3= eher wichtig, 4= sehr wichtig; Dauer der Behandlung: 0= zum ersten Mal, 1= weniger als 3 Monate, 2= 3-6 Monate, 3= 6-12 Monate, 4= über ein Jahr; Anzahl der Arztbesuche: 0=1mal, 1=2-3mal, 2=4-6mal, 3=>7mal.

Ergebnisse

In Tabelle 1, zeigen sich signifikante Korrelation der Variablen „Jahre Tätigkeit“ mit dem Alter des/der Arztes/Ärztin. Da die Variable „Jahre Tätigkeit“ nicht relevant für die Fragestellungen dieser Studie ist, muss sie auch nicht mitberücksichtigt werden. Keine der vermuteten Variablen, welche auch für die Berechnung der Hypothesentestung relevant wären wie das Alter des/der Arztes/Ärztin sowie des/der Patienten/Patientin, das Geschlechts des/der Arztes/Ärztin, die Gesprächsdauer, die Unzufriedenheit mit dem Arzt und die Anzahl an Arztbesuchen zeigen einen Zusammenhang mit der Variable „Vertrauen“ auf.

Hypothesentestung

Die Hypothesen wurden jeweils einzeln mittels Mehrebenenanalyse getestet, um einem Suppressoreffekt entgegenzuwirken, welcher durch die Korrelation der einzelnen Prädiktorvariablen auftreten könnte.

Die Testung der Hypothesen startet mit dem Nullmodell (Intercept Only modell), siehe Tabelle 2. Die einzelnen Ergebnisse der weiteren Hypothesenberechnungen werden mit dem Nullmodell verglichen um die jeweilige Hypothese zu bestätigen oder zu verwerfen (Modell 1 in Tabelle 2).

H_{1a}: Ein positiver Humorstil des/der Arztes/Ärztin hat einen positiven Zusammenhang mit dem Vertrauen des/der Patienten/in bezogen auf den/die jeweilige/n Arzt/Ärztin.

Diese Hypothese nimmt einen signifikant positiven Einfluss des positiven Humorstils auf das Vertrauen an. Tabelle 2 zeigt den Fixed Effect mit robusten Standardfehlern für die Prädiktorvariable „positiver Humorstil des/der Arztes/Ärztin“ auf Level 2, bezogen auf das Vertrauen als Intercept Variable. Es zeigt sich, dass der Einfluss des positiven Humorstils nicht nur kaum vorhanden, sondern auch negativ gerichtet und nicht signifikant ist. Die Hypothese H_{1a} wird verworfen.

H_{1b}: Ein negativer Humorstil des/der Arztes/Ärztin hat einen negativen Zusammenhang mit dem Vertrauen des/der Patienten/in bezogen auf den/die jeweilige/n Arzt/Ärztin.

Diese Hypothese nimmt einen signifikant negativen Einfluss des negativen Humorstils auf das Vertrauen an. Tabelle 2 zeigt den Fixed Effect mit robusten Standardfehlern für die Prädiktorvariable „negativer Humorstil des/der Arztes/Ärztin“ auf Level 2, bezogen auf das Vertrauen als Intercept Variable. Es zeigt sich, dass der Einfluss des negativen Humorstils nicht nur kaum vorhanden, sondern auch nicht signifikant ist. Die Hypothese H_{1b} wird verworfen.

H_{2a}: Je öfter ein/e Patient/Patientin seinen/ihren Arzt/Ärztin besucht hat, desto höher ist sein/ihr Vertrauen in den/die jeweilige/n Arzt/Ärztin.

In der Hypothese H_{2a} wird ein positiver Effekt der Anzahl an Arztbesuchen auf das Vertrauen vorausgesagt. Tabelle 2 zeigt den Fixed Effect mit robusten Standardfehlern für die Prädiktorvariable „Anzahl der Arztbesuche“ auf Level 1, bezogen auf das Vertrauen als Intercept Variable. Es zeigt sich, dass der Einfluss der Anzahl an Arztbesuchen nicht nur kaum vorhanden, sondern auch nicht signifikant ist. Die Hypothese H_{2a} wird verworfen.

H_{2b}: Die Anzahl an Arztbesuchen mediiert den positiven Zusammenhang zwischen einem positiven Humorstil und dem Vertrauen des/der Patienten/Patientin in den/die Arzt/Ärztin und verstärkt diesen Effekt.

Die Hypothese H_{2b} sagt einen mediierenden Einfluss der Anzahl an Arztbesuchen voraus auf den positiven Effekt des positiven Humors in Bezug auf das Vertrauen. Tabelle 3 zeigt den Fixed Effect mit robusten Standardfehlern für die Variable „Anzahl der Arztbesuche“ auf Level 1, als Mediator bezogen auf den Effekt des positiven Humorstils auf das Vertrauen als Intercept Variable. Es zeigt sich, dass der moderierende Einfluss der Anzahl an Arztbesuchen nicht nur kaum vorhanden, sondern auch nicht signifikant ist. Die Hypothese H_{2b} wird verworfen.

H_{2c}: Die Anzahl an Arztbesuchen mediiert den negativen Zusammenhang zwischen einem negativen Humorstil und dem Vertrauen des/der Patienten/Patientin in den/die Arzt/Ärztin und verstärkt diesen Effekt.

Die Hypothese H_{2c} postuliert einen mediierenden Einfluss auf den negativen Effekt des negativen Humors in Bezug auf das Vertrauen. Tabelle 3 zeigt den Fixed Effect mit robusten Standardfehlern für die Variable „Anzahl der Arztbesuche“ auf Level 1, als

Mediator, bezogen auf den Effekt des negativen Humorstils auf das Vertrauen als Intercept Variable. Es zeigt sich, dass der mediierende Einfluss der Anzahl an Arztbesuchen nicht nur kaum vorhanden, sondern auch nicht signifikant ist. Die Hypothese H_{2c} wird verworfen.

H_{3a}: Je älter ein/e Patient/Patientin ist, desto höher ist das Vertrauen in den Arzt/die Ärztin.

In der Hypothese H_{3a} wird ein positiver Effekt des Alters des/der Patienten/Patientin auf das Vertrauen vorausgesagt. Tabelle 2 zeigt den Fixed Effect mit robusten Standardfehlern für die Prädiktorvariable „Alter Patient“ auf Level 1, bezogen auf das Vertrauen als Intercept Variable. Es zeigt sich, dass der Einfluss der Anzahl an Arztbesuchen nicht nur kaum vorhanden, sondern auch nicht signifikant ist. Die Hypothese H_{3a} wird verworfen.

H_{3b}: Das Alter des Patienten mediiert den positiven Zusammenhang zwischen dem positiven Humorstil und dem Vertrauen des/der Patienten/Patientin in den/die Arzt/Ärztin und verstärkt den Effekt.

Die Hypothese H_{3b} sagt einen mediierenden Einfluss des Alters des/der Patienten/Patientin auf den positiven Effekt des positiven Humors in Bezug auf das Vertrauen voraus. Tabelle 3 zeigt den Fixed Effect mit robusten Standardfehlern für die Variable „Alter Patient“ auf Level 1, als Mediator, bezogen auf den Effekt des positiven Humorstils auf das Vertrauen als Intercept Variable. Es zeigt sich, dass der mediierende Einfluss des Patientenalters nicht nur kaum vorhanden, sondern auch nicht signifikant ist. Die Hypothese H_{3b} wird verworfen.

H₄: Das Alter des/der Arztes/Ärztin mediiert den positiven Zusammenhang zwischen dem positiven Humorstil und dem Vertrauen des/der Patienten/in in den/die Arzt/Ärztin und verstärkt den Effekt.

Tabelle 3 zeigt den Fixed Effect mit robusten Standardfehlern für die Variable „Alter Arzt“, als Mediator, bezogen auf den Effekt des positiven Humorstils auf das Vertrauen als Intercept Variable. Es zeigt sich, dass der mediierende Einfluss des Alters des/der Arztes/Ärztin nicht nur kaum vorhanden, sondern auch nicht signifikant ist. Die Hypothese H₄ wird verworfen.

H_{5a}: Je länger ein Gespräch zwischen dem/der Arzt/Ärztin und dem/der Patienten/Patientin im Durchschnitt dauert, desto höher ist das Vertrauen des/der Patienten/Patientin in diesen/diese Arzt/Ärztin.

In Hypothese H_{5a} wird ein positiver Effekt der Gesprächslänge auf das Vertrauen vermutet. Tabelle 2 zeigt den Fixed Effect mit robusten Standardfehlern für die Prädiktorvariable „Zeit für Gespräche“, bezogen auf das Vertrauen als Intercept Variable. Es zeigt sich, dass der Einfluss der Gesprächsdauer zwar signifikant ist, jedoch mit einem sehr geringen und negativ gerichteten Korrelationskoeffizienten.

H_{5b}: Die Länge des Gespräches zwischen dem/der Arzt/Ärztin und dem/der Patienten/Patientin mediiert den positiven Zusammenhang eines positiven Humors und dem Vertrauen des/der Patienten/Patientin in den/die Arzt/Ärztin und verstärkt den Effekt.

Die Hypothese H_{5a} sagt einen mediiierenden Einfluss der Gesprächszeit auf den positiven Effekt des positiven Humors in Bezug auf das Vertrauen voraus. Tabelle 3 zeigt den Fixed Effect mit robusten Standardfehlern für die Variable „Zeit für Gespräche“ als Mediator, bezogen auf den Effekt des positiven Humorstils auf das Vertrauen als Intercept Variable. Es zeigt sich, dass der mediiierende Einfluss der Gesprächszeit nicht nur kaum vorhanden, sondern auch nicht signifikant ist. Die Hypothese H_{5b} wird verworfen.

H_{5c}: Die Länge des Gespräches zwischen dem/der Arzt/Ärztin und dem/der Patienten/Patientin mediiert den negativen Zusammenhang eines negativen Humors und dem Vertrauen des/der Patienten/Patientin in den/die Arzt/Ärztin und verstärkt den Effekt.

Die Hypothese H_{5c} postuliert einen mediiierenden Einfluss der Gesprächszeit auf den negativen Effekt des negativen Humors in Bezug auf das Vertrauen. Tabelle 3 zeigt den Fixed Effect mit robusten Standardfehlern für die Variable „Zeit für Gespräche“ als Mediator, bezogen auf den Effekt des positiven Humorstils auf das Vertrauen als Intercept Variable. Es zeigt sich, dass der mediiierende Einfluss der Gesprächszeit nicht nachgewiesen werden kann. Die Hypothese H_{5b} wird verworfen.

H_{6a}: Wenn ein/eine Patient/Patientin mit seinem/ihrer Arzt/ seiner/ihrer Ärztin schon einmal unzufrieden war, ist sein/ihr Vertrauen in diese/n niedriger.

Hypothese H_{6a} postuliert einen negativen Effekt auf das Vertrauen bei einem vorhandenen Unzufriedenheitserlebnis. Tabelle 2 zeigt den Fixed Effect mit robusten Standardfehlern für die Prädiktorvariable „Nicht zufrieden“ auf Level 1, bezogen auf das Vertrauen als Intercept Variable. Es zeigt sich, dass der Einfluss eines vorhandenen Unzufriedenheitserlebnisses fast signifikant ist ($p = .08$), jedoch mit einem geringen, aber negativen Korrelationskoeffizienten. Die Hypothese H_{6a} wird verworfen.

H_{6b}: Der negative Humorstil des Arztes/der Ärztin mediiert den Zusammenhang eines vorhandenen Unzufriedenheitserlebnisses auf das Vertrauen des/der Patienten/Patientin, in den/die Arzt/Ärztin und verstärkt den negativen Effekt.

Die Hypothese H_{6b} sagt einen mediiierenden Einfluss des negativen Humorsils auf den negativen Effekt eines Unzufriedenheitserlebnisses in Bezug auf das Vertrauen voraus. Tabelle 3 zeigt den Fixed Effect mit robusten Standardfehlern für die Variable „negativer Humorstil“ als Mediator, bezogen auf den Effekt eines Unzufriedenheitserlebnisses auf das Vertrauen als Intercept Variable. Es zeigt sich, dass der mediiierende Einfluss des negativen Humorstils nicht nur kaum vorhanden, sondern auch nicht signifikant ist. Die Hypothese H_{6b} wird verworfen.

H_{6c}: Der positive Humorstil des Arztes/der Ärztin mediiert den Zusammenhang eines vorhandenen Unzufriedenheitserlebnisses auf das Vertrauen des/der Patienten/Patientin in den/die Arzt/Ärztin und mildert den negativen Effekt.

Die Hypothese H_{6c} sagt einen mediiierenden Einfluss des positiven Humorstils auf den negativen Effekt eines Unzufriedenheitserlebnisses in Bezug auf das Vertrauen voraus. Tabelle 3 zeigt den Fixed Effect mit robusten Standardfehlern für die Variable „positiver Humorstil“ als Mediator, bezogen auf den Effekt eines Unzufriedenheitserlebnisses auf das Vertrauen als Intercept Variable. Es zeigt sich, dass der mediiierende Einfluss des positiven Humorstils nicht nachgewiesen werden kann. Die Hypothese H_{6c} wird verworfen.

H_{7a}: Das Merkmal weibliches Geschlecht der Ärztin hat einen positiven Einfluss auf das Vertrauen des/der Patienten/Patientin in die jeweilige Ärztin.

Tabelle 2 zeigt den Fixed Effect mit robusten Standardfehlern für die Prädiktorvariable „Geschlecht Arzt“, bezogen auf das Vertrauen als Intercept Variable. Es zeigt sich, dass der Einfluss des Geschlechtes des/der Arztes/Ärztin sehr gering, negativ gerichtet und außerdem nicht signifikant ist. Die Hypothese H_{7a} wird verworfen.

H_{7b}: Das Geschlecht des/der Arztes/Ärztin mediiert den positiven Zusammenhang eines positiven Humors und dem Vertrauen des/der Patienten/in in den/die jeweilige/n Arzt/Ärztin und verstärkt den Effekt.

Tabelle 3 zeigt den Fixed Effect mit robusten Standardfehlern für die Prädiktorvariable „Geschlecht Arzt“, als Mediator bezogen auf den positiven Effekt des positiven Humorstils auf das Vertrauen als Intercept Variable. Es zeigt sich, dass der mediiierende Effekt des Geschlechtes nicht nachgewiesen werden kann. Die Hypothese H_{7b} wird verworfen.

Tabelle 2

Hierarchische Regressionsanalyse: Effekte der unabhängigen Variablen auf die Intercept Variable: Vertrauen
(Hypothesen H_{1a}, H_{1b}, H_{2a}, H_{3a}, H_{5a}, H_{6a}, H_{7a})

Variable	Nullmodell			Modell 1		
	B (SE)	t	p	B (SE)	t	p
Intercept: Vertrauen	2.58 (.03)	96.32	<0.00			
Positiver Humorstil				-.05 (.04)	-1.14	.26
Negativer Humorstil				.00 (.03)	0.13	.90
Anzahl Arztbesuche				.03 (.02)	1.16	.25
Alter Patient				.00 (.00)	1.56	.12
Gesprächsdauer				-.01 (.00)	-3.83	<0.00
Unzufriedenheit				-.13 (.07)	-1.77	.08
Geschlecht Arzt				-.05 (.05)	-0.92	.37
Level 1 Intercept variance (SE), r	.12 (.34)			.12 (.34)		
Level 2 Intercept variance (SE), u_0	.00 (.03)			.00 (.01)		

Anmerkung: $N = 180$, davon $n = 30$, $n = 150$. Ergebnisse der Beta Koeffizienten als "final estimation of fixed effect" (mit robustem Standardfehler)

Tabelle 3

mediierende Effekte auf den Einfluss des positiven bzw. negativen Humorstils auf die Intercept Variable: Vertrauen
(Hypothesen H_{2b}, H_{2c}, H_{3b}, H₄, H_{5b}, H_{5c}, H_{6b}, H_{6c}, H_{7b})

Mediierende Effekte	B (SE)	t	p
Intercept: Vertrauen			
Anzahl Arztbesuche mediiert Effekt des positiven Humorstils	.03 (.04)	0.94	.35
Anzahl Arztbesuche mediiert Effekt des negativen Humorstils	.02 (.02)	0.93	.35
Alter Patient mediiert Effekt des positiven Humorstils	.00 (.00)	1.08	.28
Alter Arzt mediiert Effekt des positiven Humorstils	-.00 (.00)	-0.70	.48
Gesprächsdauer mediiert Effekt des positiven Humorstils	.00 (.01)	0.46	.65
Gesprächsdauer mediiert Effekt des negativen Humorstils	.01 (.01)	1.22	.23
Negativer Humorstil mediiert Effekt des Unzufriedenheitserlebnisses	-.05 (.08)	-0.62	.54
Positiver Humorstil mediiert Effekt des Unzufriedenheitserlebnis	-.09 (.09)	-0.96	.34
Geschlecht Arzt mediiert Effekt des positiven Humorstils	.07 (.08)	0.87	.38
Level 1 Intercept variance (SE), r		.12 (.35)	
Level 2 Intercept variance (SE), u_0		.00 (.01)	

Anmerkung: $N = 180$, davon $n = 30$, $n = 150$. Ergebnisse der Beta Koeffizienten als "final estimation of fixed effect" (mit robustem Standardfehler)

Diskussion

Diese Forschungsarbeit ist die erste Studie, welche sich mit der Suche nach einer bestimmten Ressource in der Kommunikation zwischen Ärzte/innen und Patienten/innen auseinandersetzt.

Mittels einer hierarchischen Regressionsanalyse konnten keine Faktoren nachgewiesen werden, welche einen eindeutigen Effekt auf das Vertrauen zeigen. Der positive Humorstil scheint sich sogar, wenn auch nicht signifikant, auf eine negative Art leicht auf das Vertrauen auszuwirken. Je mehr positiver Humor in Gespräch angewendet wird desto weniger Vertrauen zeigt sich. Im Gegensatz zum negativen Humorstil, bei welchem gar kein Effekt auf das Vertrauen auftritt. Es kann somit angenommen werden, dass ein negativer Humorstil in dem Gespräch zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin keinen Einfluss auf das Vertrauen hat.

Die Annahme, dass eine längere Arzt-Patienten-Beziehung das Vertrauen des/der Patienten/Patientin stärkt, muss mit den Ergebnissen der Hypothese 2a verworfen werden. Es zeigt sich nicht nur, dass der direkte Einfluss auf das Vertrauen sehr gering ist, sondern auch dass die mediiierende Eigenschaft bezogen auf den Einfluss der Humorstile auf das Vertrauen, nicht nachgewiesen werden kann.

Nach Fisciella et al. (2014) konnte ein höheres Alter des/der Patienten/Patientin mit einem erhöhten Vertrauen in den/die Arzt/Ärztin assoziiert werden. Im Gegensatz dazu, zeigt sich in dieser Studie kein Effekt des Patientenalters auf das Vertrauen. Es zeigt sich auch kein mediiender Effekt auf den Einfluss des positiven Humorstils. Auch das Alter des/der Arztes/Ärztin zeigt keinen mediiierenden Effekt. Es scheint als wäre das Vertrauen des/der Patienten/Patientin in keinem Ausmaß durch das Patienten- bzw. Ärztealter beeinflusst.

Ärzten/Ärztinnen, welche mehr Zeit für das Gespräch mit ihren Patienten/Patientinnen aufwenden, wird nach Fisciella et al. (2014) mehr Vertrauen geschenkt. Die Dauer des Gespräches zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin, scheint sich signifikant auf das Vertrauen auszuwirken, wenn auch nur in einem geringen Ausmaß und negativ gerichtet. Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass sich beim Anstieg der Gesprächszeit das Vertrauen vermindert. Es könnte angenommen werden, dass Patienten/Patientinnen, welche ihrem/ihrer Arzt/Ärztin weniger vertrauen, mehr Gesprächszeit in Anspruch nehmen, da der/die betreuende

Arzt/Ärztin mehr erklären muss. Ein mediierender Effekt der Gesprächsdauer auf den Einfluss der beiden Humorstile konnte nicht nachgewiesen werden.

Nach Straten et al. (2002), basiert das Vertrauen der Patienten/innen auf persönlichen Erfahrungen in einer Behandlungssituation. Eine vorhandene Situation, bei welcher man mit einem/einer Arzt/Ärztin unzufrieden war, scheint sich in einem geringen, negativen, nicht signifikanten Ausmaß auf das Vertrauen des/der Patienten/Patientin auszuwirken. Je weniger eine Unzufriedenheitssituation vorhanden war, desto mehr Vertrauen wird gezeigt. Ein mediierender Einfluss des angewendeten Humorstils auf den Effekt des Unzufriedenheitserlebnisses kann in einem nicht signifikanten Ausmaß festgestellt werden. Beide Humorstile medieren den negativen Effekt in die gleiche Richtung und schwächen diesen etwas ab.

Der positive Einfluss des weiblichen Geschlechtes - welches in bisherigen Studien in der Arzt-Patienten-Interaktion zu erhöhter Patiententreue führte (Roter & Hall, 2004) - auf das Vertrauen konnte nicht signifikant nachgewiesen werden. Es scheint aber, als würde ein weibliches Geschlecht in einem kleinen Ausmaß zu einem höheren Vertrauen führen. Das Geschlecht der Ärztinnen hatte in der Kommunikation keinen mediierenden Effekt auf den positiven Einfluss des positiven Humorstils auf das Vertrauen des/der Patienten/in in die jeweilige Ärztin.

Es scheint als wäre das Vertrauen komplett relativ unabhängig von den bereits erforschten Faktoren und vom Humorstil des/der Arztes/Ärztin. Der positive Humorstil kann zwar nicht als eine Ressource in der Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in angesehen werden, es zeigt sich aber, dass ein negativer Humorstil auch keinen Einfluss hat und somit auch nicht das Vertrauen vermindern kann.

Es könnte angenommen werden, dass Patienten/Patientinnen den Humorstil des/der Arztes/Ärztin gar nicht wahr oder als nicht wichtig im Gespräch nehmen.

Es zeigt sich sogar eher, dass 97% der befragten Patienten/innen unabhängig von der Kommunikation, ihren/ihre jeweilige/n während der Befragung in Bezug stehenden Arzt/Ärztin weiterempfehlen wollen, obwohl 26% bereits eine negative Erfahrung mit einem/einer Arzt/Ärztin gemacht hatten.

Limitationen

Einige methodische Einschränkungen dieser Studie sollten erwähnt werden. Die Generalisierung der Studienergebnisse ist aufgrund der Stichprobengröße limitiert. Es wurden alle Probanden/Probandinnen befragt, welche zum Zeitpunkt der Studiendurchführung anwesend waren und mit dem/der in Bezug stehenden Arzt/Ärztin gesprochen hatten. Obwohl es vorausgesetzt wurde, dass die Patienten/Patientinnen der deutschen Sprache mächtig waren und bei Fragen immer an die Versuchsleitung verwiesen wurde, besteht trotzdem die Möglichkeit, dass vorhandene Unklarheiten in der Beantwortung nach Beendigung des Fragebogens nicht rückgemeldet wurden. Es kann also nicht ausgeschlossen werden, dass einige Fragestellung nicht komplett verstanden wurden. Die Patienten-Fragebögen waren sehr lange und die Beantwortung dieser, nahm viel Zeit in Anspruch (ca. 20 Minuten Bearbeitungszeit). Es wurden viele Daten abgefragt, welche im Endeffekt für die eigentliche Hypothesentestung nicht notwendig waren. Im Gegensatz dazu, erwiesen sich die Ärzte-Fragebögen kürzer und schienen innerhalb kürzester Zeit von den Ärzten/Ärztinnen bearbeitet zu werden. Zu hinterfragen ist hier die Gründlichkeit der Beantwortung der Fragen. Die angewendeten Instrumente zur Erhebung des Vertrauens und des Humorstils in beiden Fragebögen wiesen zwar eine hohe Reliabilität auf, bestanden jedoch aus einer kleinen Itemanzahl. Die Repräsentativität der Stichprobe ist zu hinterfragen, da hauptsächlich Patienten/Patientinnen aus Stoffwechselabteilungen und onkologischen Stationen sowie Ambulanzen befragt wurden. Andere medizinische Abteilungen wurden in dieser Fragebogenstudie nicht miteinbezogen.

Viele Probanden/Probandinnen gaben bereits vor Beendigung der Beantwortung des Fragebogens an, dass ihnen der Humor in der Behandlungssituation nicht wichtig sei, dies könnte die Daten beeinflussen. Vor allem die Emotionalität der Gesprächsinhalte zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin könnten die Beantwortung der Fragen des dem Gespräches nachfolgenden Fragebogens beeinflussen. Falls der/die Patient/Patientin in der Interaktion mit dem/der Arzt/Ärztin emotional stark beeinflusst war, würde sich dies auf die gleich nachfolgende Einschätzung der Daten auswirken.

Positiv anzumerken waren die vorhandenen Erfahrungen welche in der Interaktion mit den Patienten/Patientinnen gemacht wurden. Diese Probandengruppe zeigte eine große Freude an dem gezeigten bestehenden Interesse an ihrer Meinung.

Praktische Implikationen

Zusammenfassend konnte in dieser Studie kein Effekt des Humorstils des/der Arztes/Ärztin auf das Vertrauen des/der Patienten/Patientin nachgewiesen werden. Auch die in bereits vergangenen Studien als Auswirkung auf das Patientenvertrauen vorhergesagten Faktoren wie das Patientenalter, das Geschlecht des/der Arztes/Ärztin, die Gesprächsdauer, ein bereits vorhandenes Unzufriedenheitserlebnis und die Anzahl der Arztbesuche, konnten mit vorhandenen Studiendaten das Vertrauen nicht signifikant beeinflussen. Medierende stärkende oder schwächende Effekte dieser Variablen auf den Einfluss der Humorstile auf das Vertrauen konnten ebenso nicht nachgewiesen werden.

Auch wenn kein Einfluss des Humorstils werden konnte, wäre es doch sehr interessant zu sehen welche weiteren Faktoren einen Effekt haben könnten. Weitere Variablen, welche auch in der Fragebogenstudie erhoben wurden, wie zum Beispiel die Zufriedenheit der Ärzte/Ärztinnen, die Belastung am Arbeitsplatz und vor allem auch die Wichtigkeit persönlicher Gespräche seitens der Ärzte/innen, könnten einen Einfluss haben.

Da eine Anzahl von 30 ärztlichen Probanden/Probandinnen für eine fundierte wissenschaftliche Aussage zu gering ist, könnte eine weiterführende Studie mit einer höheren Anzahl an Ärzten/Ärztinnen mehr Aussagekraft haben. Falls die Dauer der Arzt-Patienten-Gespräche bzw. eine erhöhte Anzahl an Arztbesuchen einen Effekt auf das Vertrauen haben könnte, wäre eine weitere Studie im niedergelassenen medizinischen Bereich zu überlegen, da sich in diesem Setting Arzt/Ärztin und Patient/Patientin meist länger kennen. Auch ein Unterschied in der Vertrauensbildung zu Ärzten/Ärztinnen aus verschiedenen Fachrichtungen wie Internisten, Chirurgen, Kinderärzten usw. könnte Aufschluss geben.

Zusammenfassend sollte in zukünftigen Studien überlegt werden wie die Adhärenz der Patienten/innen gesteigert werden könnte, um die Umsetzung der ärztlichen Empfehlungen zu erhöhen. Dies würde nicht nur einen besseren Therapieerfolg bedeuten und zu einem wesentlichen Gesundheitsfaktor führen, sondern auch in weiterer Folge die Arbeitszufriedenheit der Ärzte/innen erhöhen. Auf lange Zeit gesehen würde eine gute Arzt-Patienten-Beziehung viel Zeit und Konflikte ersparen und zu einer verbesserten Arbeitsqualität der medizinischen Leistungsträger führen.

Literaturverzeichnis

- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., Weiber, R. (2011). *Multivariate Analysemethoden: eine anwendungsorientierte Einführung*. 13., Überarbeitete Auflage. Springer-Lehrbuch. Berlin Dordrecht London New York: Springer.
- Baird, N., Fish, J., Dworkind, M., Steinert, Y. (1995). Physician, heal thyself. Developing a hospital-based physician well-being committee. *Canadian Family Physician*, Vol. 41: 259-263.
- Baltes-Götz, B. (2013). Analyse von hierarchischen linearen Modellen mit der SPSS-Prozedur MIXED. Universität Trier, Zentrum für Informations-, Medien- und Kommunikationstechnologie.
- Banas, J.A., Dunbar, N., Rodriguez, D., Liu, S-J. A. (2011). Review of Humor in Educational Settings: Four Decades of Research. *Communication Education* 60, no. 1, 115–144. doi:10.1080/03634523.2010.496867.
- Beck, C.T. (1997). Humor in nursing practice: a phenomenological study. *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 34, No.5, pp.346-352.
- Bennett, H.J. (2003). Humor in Medicine. *Southern Medical Journal*, 96(12).
- Böcken, J., Braun, B., Schnee, M. (Hrsg.) (2002). Gesundheitsmonitor 2002. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Barbosa, C.D., Balp, M.-M., Kulnich, K., Germain, N., Rofail, D. (2012). A literature review to explore the lonk between treatment satisfaction and adherence, compliance, and persistence. *Patient Preference and Adherence*, 6, 39-48.
- Buddeberg-Fischer, B, Stamm, M., Buddeberg, C., Bauer, G., Hämmig, O., Klaghofer, R. (2008). Arbeitsstress, Gesundheit und Lebenszufriedenheit junger Ärztinnen und Ärzte. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift* 133, no. 47, 2441–2447. doi:10.1055/s-0028-1100936.

- Cann, A., Watson, A.J., Bridgewater, E.A.. (2014). Assessing Humor at Work: The Humor Climate Questionnaire. *HUMOR* 27, no. 2. doi:10.1515/humor-2014-0019.
- Estrada, C.A., Isen, A.M., Young, M.J. (1994). Positive Affect Improves Creative Problem Solving and Influences Reported Source of Practice Satisfaction in Physicians. *Motivation and Emotion*, Vol. 18, No.4.
- Faller, H. (2012). Patientenorientierte Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 55, no. 9, 1106–1112. doi:10.1007/s00103-012-1528-x.
- Firth-Cozens, J. (2001). Interventions to improve physicians' well-being and patient care. *Social Science and Medicine.*, 52, 215-222.
- Fiscella K., Meldrum, S., Franks, P., Shields, C.G., Duberstein, P., McDaniel S.H., et al. (2004). Patient Trust. Is It Related to Patient-Centered Behavior of Primary Care Physicians? *Medical Care* 42: 1049-1055,
- Garson, G.D. (2013). *Hierarchical Linear Modeling: Guide and Applications*. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications, S.55-96.
- Geissler, A., Hollmann, J. (2012). Macht die Klinik Ärzte krank? Stressoren am Arbeitsplatz Klinik erkennen und Handlungsspielräume nutzen. *Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie* 26, no. 2, 129–132. doi:10.1007/s00398-011-0906-2.
- Goetz, K., Broge, B., Willms, S., Joos, S., Szecsenyi, J. (2010). "Die Arbeitszufriedenheit von Allgemeinmedizinern." *Medizinische Klinik* 105, no. 11, 767–771. doi:10.1007/s00063-010-8881-z.
- Goetz, K., Musselmann, B., Szecsenyi, J., Joos, S. (2013). The Influence of Workload and Health Behavior on Job Satisfaction of General Practitioners. *Family Medicine*, Vol.45, No. 2.

- Guenter, H., Schreurs, B., Van Emmerik, IJ. H., Gijbers, W., Iterson, A.V. (2013). How Adaptive and Maladaptive Humor Influence Well-Being at Work: A Diary Study. *Humor* 26, no. 4. doi:10.1515/humor-2013-0032.
- Guo-Hai, C., Martin, R.A. (2007). A Comparison of Humor Styles, Coping Humor, and Mental Health between Chinese and Canadian University Students. *Humor – International Journal of Humor Research* 20, no. 3. doi:10.1515/HUMOR.2007.011.
- Hampes, W. P. (2009). The Relationship between Humor and Trust. *Humor - International Journal of Humor Research* 12, no. 3, 253–260. doi:10.1515/humr.1999.12.3.253.
- Haskard Zolnierok, K.B., DiMatteo, M.R. (2009). Physician Communication and Patient Adherence to Treatment. A Meta-Analysis. *Medical Care* 47, 826-834.
- Isen, A.M. (2001). An Influence of Positive Affect on Decision Making in Complex Situations: Theoretical Issues With Practical Implications. *Journal of Consumer Psychology*, 11(2), 75-85.
- Jefferson, L., Bloor, K., Birks, Y., Hewitt, C., Bland, M. (2013). Effect of Physicians' Gender on Communication and Consultation Length: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Health Services Research & Policy* 18, no. 4, 242–248. doi:10.1177/1355819613486465.
- Koch-Gromus, U., Kreß, H. (2012) Arzt-Patienten-Verhältnis. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 55, no. 9, 1081–1084. doi:10.1007/s00103-012-1541-0.
- Kuiper, N.A., McHale, N. (2009) Humor Styles as Mediators Between Self-Evaluative Standards and Psychological Well-Being. *The Journal of Psychology* 143, no. 4, 359–376. doi:10.3200/JRLP.143.4.359-376.
- Laubach, W., Fischbeck, S. (2007). Job Satisfaction and the Work Situation of Physicians: A Survey at a German University Hospital. *International Journal of Public Health* 52, no. 1, 54–59. doi:10.1007/s00038-006-5021-x.

Lebowitz, K.R., Suh, S., Diaz, P.T., Emery, C.F. (2011). Effects of Humor and Laughter on Psychological Functioning, Quality of Life, Health Status, and Pulmonary Functioning among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Preliminary Investigation. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 40, no. 4, 310–319. doi:10.1016/j.hrtlng.2010.07.010.

Lefcourt, H. M. (2001). *Humor*. Boston, MA: Springer US.

Leist, A.K., Müller, D. (2013). Humor Types Show Different Patterns of Self-Regulation, Self-Esteem, and Well-Being. *Journal of Happiness Studies* 14, no. 2, 551–569. doi:10.1007/s10902-012-9342-6.

Lopez, Shane J. (Ed); Snyder, C. R. (Ed). (2003). *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*, (pp. 313-326). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Martin, R.A. (2007). *The Psychology of Humor: An Integrative Approach*. Amsterdam: Boston: Elsevier Academic Press.

Martin, R.A., Kuiper, N.A., Olinger, L.J., Dance, K.A. (1993). Humor, coping with stress, self-concept, and psychological well-being. *Humor*, 6-1. 89-104.

Martin, R.A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J., Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Style Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 37, 48-75.

McCreddie, M., Payne, S. (2014). Humour in Health-Care Interactions: A Risk Worth Taking: Humour in Health-Care Interactions. *Health Expectations* 17, no. 3, 332–344. doi:10.1111/j.1369-7625.2011.00758.x.

Mesmer-Magnus, J., Glew, D.J., Viswesvaran, C. (2012). A Meta-analysis of Positive Humor in the Workplace. *Journal of Managerial Psychology* 27, no. 2, 155–190. doi:10.1108/02683941211199554.

- Mobbs, D., Greicius, M.D., Abdel-Azim, E., Menon, V., Reiss, A.L. (2003). Humor Modulates the Mesolimbic Reward Centers. *Neuron*, Vol. 40, 1041-1048.
- Mobbs, D., Hagan, C.C., Azim, E., Menon, V., Reiss, A.L. (2005). Personality Predicts Activity in Reward and Emotional Regions Associated with Humor. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 102, no. 45, 16502–6. doi:10.1073/pnas.0408457102.
- Morreall, J. Humor and Work. (1991). Humor. *International Journal of Humor Research* 4, no. 3–4. doi:10.1515/humr.1991.4.3-4.359.
- Pilnick, A., Dingwall, R. (2011). On the Remarkable Persistence of Asymmetry in Doctor/patient Interaction: A Critical Review. *Social Science & Medicine* 72, no. 8, 1374–1382. doi:10.1016/j.socscimed.2011.02.033.
- Rolfe, A., Cash-Gibson, L., Car, J., Sheikh, A., McKinstry, B. (2014). Interventions for Improving Patients' Trust in Doctors and Groups of Doctors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, edited by The Cochrane Collaboration. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004134.pub3>.
- Romero, E.J., Arendt, L.A. (2011). Variable effects of humor styles on organizational outcomes. *Psychological Reports* 108, no. 2, 649–659. doi:10.2466/07.17.20.21.PR0.108.2.649-659.
- Roter, D.L., Hall, J.A. (2004). Physician Gender and Patient-Centered Communication: A Critical Review of Empirical Research. *Annual Review of Public Health* 25, no. 1, 497–519. doi:10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123134.
- Sabaté, E., World Health Organization, eds. (2003). *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*. Geneva: World Health Organization.

- Scheel, T., Gerdenitsch, C., Korunka, C. (2016). Humor at Work: Validation of the Short Work-Related Humor Styles Questionnaire (swHSQ). *HUMOR* 29, no. 3. doi:10.1515/humor-2015-0118.
- Skirbekk, H., Middelthon, A.L., Hjortdahl, P., Finset, A. (2011). Mandates of Trust in the Doctor-Patient Relationship. *Qualitative Health Research* 21, no. 9, 1182–1190. doi:10.1177/1049732311405685.
- Squier, H.A. (1995). Practice Sketch. Humor in the Doctor-Patient Relationship. *Family Systems Medicine*, Vol. 13, No.1.
- Straten, G.F.M, Friele, R.D, Groenewegen, P.P. (2002). Public Trust in Dutch Health Care. *Social Science & Medicine* 55, no. 2, 227–234. doi:10.1016/S0277-9536(01)00163-0.
- Vaughan, J., Zeigler-Hill, Vaughan., Arnau, R.C. (2014). Self-Esteem Instability and Humor Styles: Does the Stability of Self-Esteem Influence How People Use Humor? *The Journal of Social Psychology* 154, no. 4: 299–310. doi:10.1080/00224545.2014.896773.
- Vernon, P.A., Martin, R.A., Schermer, J.A., Mackie, A. (2007). A Behavioral Genetic Investigation of Humor Styles and Their Correlations with the Big-5 Personality Dimensions. *Personality and Individual Differences* 44, no. 5, 1116–1125. doi:10.1016/j.paid.2007.11.003.
- Watson, K.K., Matthews, B.J., Allman, J.M. (2006). Brain Activation during Sight Gags and Language-Dependent Humor. *Cerebral Cortex* 17, no. 2: 314–24. doi:10.1093/cercor/bhj149.
- Weigl, M., Müller, A., Zupanc, A., Glaser, J., Angerer, P. (2011). Hospital Doctors' Workflow Interruptions and Activities: An Observation Study. *BMJ Quality & Safety* 20, no. 6, 491–497. 2011 doi:10.1136/bmjqs.2010.043281.

Woltman, H., Feldstain, A., MacKay, C.J., Rocchi, M. (2012). An introduction to hierarchical linear modeling. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, Vol. 8(1), p.52-69.

Anhang

Abstract

This study assumes humour as a resource in the communication between physician and patient. Above all, a positive humour style (social and self-enhancing humour), which in previous studies has been associated with wellbeing and physical health, supposes to serve as a tool in the interaction between physician and patient. This study is the first to make the connection between humour and trust. Trust is an essential factor for increasing compliance. Through increased patient-compliance / -adherence, therapy recommendations are more likely to be executed, which can be seen as a vital factor in patient-health. 180 subjects at 3 different hospitals were studied by means of questionnaire, 30 of which were physicians and 150 of which were patients. The hierarchical data were evaluated using multi-level analysis in HLM7. With respect to the two humour styles studied, neither positive nor negative humour (aggressive and self-defeating humour) was shown to influence patients' trust in their respective physicians. Likewise, no effect or mediating effect could be found from other variables explored in past studies on trust. The paper seems to show that trust would be independent of the previously-studies factors and from the humour style of the physician. Specifically, the positive humour style cannot be viewed as a resource for communication between physician and patient. At the same time, it appears that a negative humour style has no influence and therefore does not negatively affect trust. Future research should investigate the role of factors that can enhance patients trust in doctors.

Anhang Einverständniserklärung an Probanden/innen

Einverständniserklärung zur Teilnahme an einer Studie

Institut der Arbeits- und Organisationspsychologie, Universität Wien

„Humor als Ressource in der Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin“

Durchführung der Studie durch Manuela Melchart, BSc

Name: _____

Probandencode: _____

Ich wurde von einer verantwortlichen Person dieses Forschungsprojektes vollständig über die Studie aufgeklärt. Es bestand für mich die Möglichkeit Fragen zu stellen, welche auch zu meinem Verständnis beantwortet wurden.

Ich habe mich zu der Teilnahme an der Studie freiwillig entschieden und weiß, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann.

Mit ist bekannt, dass meine Daten anonym und vertraulich behandelt werden und dass der Zweck dieser Studie nur im Rahmen der Forschungstätigkeit für die Masterarbeit des Studienganges Arbeits- und Organisationspsychologie auf der Universität Wien, verwendet wird.

Hiermit erkläre ich, meine freiwillige Teilnahme an dieser Studie.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Anhang Fragebogen an Arzt/Ärztin

Fragebogen zur Erfassung des Humors als Ressource in der Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Studie im Zuge meiner Masterarbeit des Studienganges der Arbeits- und Organisationspsychologie, der Universität Wien.

Auf den folgenden Seiten finden Sie Fragen und Aussagen zu Ihrer Person und zum persönlichen Umgang mit Ihren Patienten/Patientinnen.

Bitte beantworten Sie die Fragen so, wie sie am besten auf Ihre Person zutreffen.

Alter: _____ Jahre

Geschlecht: Weiblich Männlich

Wie viele Jahre arbeiten Sie schon als Arzt/Ärztin? _____ Jahre

Wie lautet die Bezeichnung Ihrer momentanen Arbeitstätigkeit

- Turnusarzt/Turnusärztin
- Assistenzarzt/Assistenzärztin
- Facharzt/Fachärztin
- Oberarzt/Oberärztin
-

Wie viele Stunden arbeiten Sie im Durchschnitt pro Woche?

_____ Stunden

Zählen auch Nachschichten zu Ihrer Arbeitstätigkeit?

- Ja Nein

Zählen Sie das stationäre oder das ambulante Tätigkeitsfeld zu Ihrem Arbeitsbereich?

- stationäre Tätigkeiten
- ambulante Tätigkeiten
- ausgeglichen, stationäre und ambulante Tätigkeiten

Ein durchschnittliches Gespräch mit einem Patienten/einer Patientin dauert in etwa:

_____Minuten

	Sehr wichtig	Eher wichtig	teils/ teils	Eher weniger wichtig	unwichtig
Wie wichtig sind Ihnen persönliche Patientengespräche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie würden Sie, Ihre persönliche Zufriedenheit mit Ihrer Arbeitstätigkeit ganz allgemein einschätzen auf einer Skala von sehr zufrieden bis sehr unzufrieden?

	Sehr unzufrieden	Eher unzufrieden	teils/ teils	Eher zufrieden	Sehr zufrieden
Ich bin mit meiner Arbeitstätigkeit im Allgemeinen ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie würden Sie, Ihre persönliche Zufriedenheit mit dem Krankenhaus als Arbeitsplatz ganz allgemein einschätzen?

	Sehr unzufrieden	Eher unzufrieden	teils/ teils	Eher zufrieden	Sehr zufrieden
Ich bin mit dem Krankenhaus als Arbeitsplatz im Allgemeinen...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inwiefern treffen folgende Aussagen auf Sie zu?	Gar nicht	Eher nicht	teils/ teils	Eher schon	völlig
Wenn ich bei der Arbeit deprimiert bin, kann ich mich normalerweise mit Humor aufmuntern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn mein Patient/meine Patientin etwas falsch versteht oder einen Fehler macht, ziehe ich Ihn/Sie damit auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir leicht meine Patienten/Patientinnen zum Lachen zu bringen – dafür schein ich eine Veranlagung zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es passiert mit öfters, dass ich mich selbst herabsetze um meine Patienten/Patientinnen zum Lachen zu bringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mich bei dem Gespräch mit einem Patienten/einer Patientin ärgere, versuche ich normalerweise etwas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Humorvolles an der Situation zu finden, um mich besser zu fühlen.					
Wenn ich mich bei dem Gespräch mit meinen Patienten/ Patientinnen unglücklich fühle, bemühe ich mich, an etwas Amüsantes zu denken, um mich aufzuheitern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bringe meine Patienten/Patientinnen gern zum Lachen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalerweise fällt mir etwas Witziges ein, wenn ich mit meinen Patienten /Patientinnen ein Gespräch führe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich etwas bei dem Gespräch mit meinem Patienten/meiner Patientin sehr lustig finde, werde ich darüber lachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Patienten/Patientinnen über mich lachen zu lassen ist meine Art, diese bei Laune zu halten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Anhang Fragebogen an Patient/in

Fragebogen zur Erfassung des Humors als Ressource in der Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Studie im Zuge meiner Masterarbeit des Studienganges der Arbeits- und Organisationspsychologie.

Auf den folgenden Seiten finden Sie Fragen und Aussagen zu Ihrer Person und zur Einschätzung des persönlichen Vertrauens zu Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin, welcher / welche Sie zum jetzigen Zeitpunkt betreut.

Bitte beantworten Sie die Fragen so, wie sie am besten auf Ihre Person zutreffen.

Alter: _____ Jahre

Geschlecht: Weiblich Männlich

Höchste abgeschlossene Schulbildung

- Pflichtschule / Hauptschule / Mittelschule
- Lehrabschluss
- Fachschule / Realschule
- Matura / Abitur
- Universität / Fachhochschule

Sind sie momentan bei Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin in stationärer oder ambulanter Betreuung?

- stationär
- ambulant

Wie lange sind sie schon bei Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin in Betreuung?

- ich war zum ersten Mal hier
- seit weniger als 3 Monaten
- zwischen 3 und 6 Monaten
- zwischen 6 Monaten und 1 Jahr
- seit mehr als einem Jahr

Wie oft waren Sie bereits bei Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin?

- 1x
- 2-3x
- 4-6x
- >7

Gab es schon einmal eine Situation bei der Ihnen ein Arzt/eine Ärztin, Ihrer Meinung nach, nicht zufriedenstellend helfen konnte?

- Ja
- Nein

Ist die Erkrankung, weshalb Sie bei Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin in Betreuung sind akut oder chronisch?

- akute Erkrankung
- chronische Erkrankung
- ich weiß es nicht

Würden Sie Ihren Arzt/Ihre Ärztin an Freunde oder Bekannte weiterempfehlen?

- Ja
- Nein

Inwiefern treffen folgende Aussagen auf Sie zu?	Gar nicht	Eher nicht	teils/ teils	Eher schon	völlig
Wenn ich das Gefühl habe, dass eine Person traurig ist, kann ich Ihn/Sie normalerweise aufmuntern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn eine andere Person etwas falsch versteht oder einen Fehler macht, ziehe ich ihn/sie damit auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir leicht eine Person zum Lachen zu bringen – dafür schein ich eine Veranlagung zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es passiert mit öfters, dass ich mich selbst herabsetze um eine Person zum Lachen zu bringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mich bei dem Gespräch mit einer Person ärgere oder unglücklich bin, versuche ich normalerweise etwas an der Situation lustig zu finden, um mich besser zu fühlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mich bei dem Gespräch mit einer Person unglücklich fühle, bemühe ich mich, an etwas Lustiges zu denken, um mich aufzuheitern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bringe Menschen gern zum Lachen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich einen Menschen unsympathisch finde, benutze ich oft Humor oder Hänseleien, um sie oder ihn herabzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalerweise fällt mir etwas Witziges ein, wenn ich mit einer Person ein Gespräch führe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich etwas bei dem Gespräch mit einer Person sehr lustig finde, werde ich darüber lachen oder witzeln, auch wenn er/sie sich dadurch angegriffen fühlen könnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Person über mich lachen zu lassen ist meine Art, diese bei Laune zu halten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sehr humorvoll	Eher humorvoll	Teils/teils	Eher weniger	Nicht humorvoll
Wie humorvoll ist Ihr Arzt/ Ihre Ärztin im Gespräch mit Ihnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte geben Sie an, in wie weit diese Aussagen auf Sie zutreffen: Ich vertraue darauf, dass...	Trifft gar nicht zu	Trifft eher weniger zu	Trifft eher mehr zu	Trifft sehr zu
...mein Arzt / meine Ärztin ein großes Wissen über die verschiedensten Erkrankungen hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...mein Arzt / meine Ärztin auch in der Praxis die neuesten Erkenntnisse aus der Forschung umsetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mein behandelnder Arzt / Ärztin immer nach der besten Behandlungsmöglichkeit für mich sucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mir die richtige Medikamenteneinstellung verordnet wurde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mir die Richtlinien über die Medikamenteneinnahme verständlich erklärt wurden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mein Arzt / meine Ärztin nur wirklich notwendige Untersuchungen für mich anordnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mein Arzt / meine Ärztin alle erforderlichen Untersuchungen für mich anordnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mein Arzt / meine Ärztin mit bestem Wissen und Gewissen für mich die geeignetste Therapie verschreibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ärzte / Ärztinnen allgemein heutzutage mehr Möglichkeiten in der Behandlung haben als früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Ärzte prinzipiell gut ausgebildet werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ärzte / Ärztinnen im allgemeinen die Patientendaten immer mit Sorgfalt behandeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...Ärzte / Ärztinnen meist die richtigen Diagnosen stellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In wie fern würden Ihrer Meinung nach diese Aussagen auf Ihren Arzt/Ihre Ärztin zutreffen?	Gar nicht	Eher nicht	teils/ teils	Eher schon	völlig
Wenn mein Arzt/meine Ärztin das Gefühl hat, dass ich traurig bin, kann er/sie mich normalerweise aufmuntern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich während des Gesprächs etwas falsch verstehe oder einen Fehler mache, zieht mich mein Arzt/meine Ärztin damit auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt meinem Arzt/meiner Ärztin leicht mich zum Lachen zu bringen – dafür scheint er/sie eine Veranlagung zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es passiert meinem Arzt/meiner Ärztin öfters, dass er sich selbst herabsetzt um mich zum Lachen zu bringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mein Arzt/meine Ärztin bringt mich gerne zum Lachen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalerweise fällt meinem Arzt/meiner Ärztin etwas Witziges ein, wenn er/ sie mit mir ein Gespräch führt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Patienten/Patientinnen über sich lachen zu lassen ist die Art meines Arztes/meiner Ärztin diese bei Laune zu halten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Teilnahme

Tabelle 4

Faktorenanalyse der Humorstile positiv/negativ aus Fragebogen Arzt/Ärztin:

	Faktor	
	1	2
Humor heitert auf	.72	.12
Aufziehen bei Fehlern	.15	.77
Patient leicht zum Lachen bringen	.73	.24
Selbst herabsetzen	.20	.82
Humor bei Ärger	.77	.15
Humor wenn unglücklich	.67	.06
Gerne zum Lachen bringen	.74	.27
Humor im Gespräch	.74	.27
Lachen trotz Angriff	.16	.85
Über mich lachen lassen	.22	.80

Anmerkung: N = 30. Extraktionsmethode: Analyse der Hauptkomponente. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung. Rotation konvergierte in 3 Iterationen. Faktorenladungen > .50 in Fett markiert. Faktor 1 mit 6 Items bezeichnet den positiven Humorstil, Faktor 2 mit 4 Items bezeichnet den negativen Humorstil.

LEBENS LAUF

Ausbildung:

- 1992-1996: Volksschule der Dominikanerinnen, 1130 Wien
- 1996-2004: Wirtschaftskundliches Realgymnasium,
Schule der Dominikanerinnen
- 2004: Abschluss mit Matura
- Oktober 2004 bis März 2013: Bachelorstudium der Psychologie, Uni Wien
Bachelorarbeit: „Ernährungstherapie bei einer Binger-Eating Störung“
- September 2008 bis Juli 2011: Bachelorstudium der Diätologie, FH St.Pölten
Bachelorarbeit: „Zusammenhang eines impulsiven Kaufverhaltens und einer bipolaren Persönlichkeitsstörung, im Speziellen einer Binge-Eating Störung“

Weiterbildungen:

- WS 2007: Italienischkurs auf der Wirtschaftsuniversität Wien
- Oktober 2008: Erste Hilfe-Grundkurs für 16 Stunden
- Diverse Seminare und Fortbildungen im Bereich der Diätologie
- Fortbildungen und Kongresse im Bereich der Diabetologie und Adipositas
- Februar bis November 2013: Seminar zum Diabetesberater vom Verband der Diätologen
- März 2014: Kurs zum Nordic Walking Basic Instructor mit ÖNV Zertifikat

Studienbegleitende Tätigkeiten:

- Jahrgangssprecherin jedes Studienjahrs des Studiums Diätologie sowie Kollegiumsmitglied der FH St. Pölten
- Projektdurchführung: „Hilfe für Lugarawa“, 2. Platz bei der Projektvernissage Jänner 2011

Berufspraktika:

Diverse Praktika im Bereich der Diätologie

Spezialisierend auf die Bereiche der Geriatrie, Pädiatrie sowie in Großküchen, als auch

Klinische Praktika jeweils für 3 Wochen im

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, 1020 Wien,

Hanuschkrankenhaus, 1140 Wien

Krankenhaus Hietzing, 1130 Wien

KA Rudolfstiftung, 1030 Wien

Kaiser-Franz-Josef-Spital, 1100 Wien

Barmherzige Schwestern, 1060 Wien

Ernährungsberatungen im Rahmen der Bachelorarbeit zum Thema „Binge Eating“ mit Patienten einer Psychologin

Forschungspraktikum an der Universität Wien Juli bis September 2015: Mitarbeit beim Projekt „Arbeit in der Arztpraxis“.

Berufserfahrung:

Diätologin in der Diabetesschulung der KA Rudolfstiftung, 1.Medizinische Abteilung

Durchführung von Diabetesschulungen und Nordic Walking Gruppen

Mitglied des Arbeitskreises Diabetes des Österreichischen Verbandes der Diätologinnen

Seit März 2013: Freiberuflich tätig

Seit September 2014: Diätologin des GO Healthy Programms, Dr. Gabriela Oberegger

Seit November 2014: Diätologin im Hanusch Krankenhaus der WGKK

Besondere Kenntnisse:

Sprachen: Deutsch als Muttersprache,

Englisch fließend in Wort und Schrift

Italienisch ausreichende Konversation

EDV: Microsoft Office, BKVBLS, SANA Logic, SPSS, HLM7

Führerschein B