

# Psychische Belastung, Nähe, Distanz und Kohärenzgefühl von Physiotherapeuten in der Einzelbehandlung

## Psychological Distress, Closeness, Distance and Sense of Coherence (SOC) of Physiotherapists in Individual Therapy

### Autoren

Wolfgang Schäberle<sup>1</sup>, Roswitha Roth<sup>2</sup>, Harald Lothaller<sup>2</sup>, Christian Enderl<sup>3</sup>

### Institute

- 1 IB-Hochschule Berlin, Niederlassung Stuttgart
- 2 Universität Graz, Österreich
- 3 Interuniversitäres Kolleg für Gesundheit und Entwicklung Graz, Österreich

### Schlüsselwörter

physiotherapeutische Einzelbehandlung, psychische Belastung, Kohärenzsinn, Sympathie, Antipathie, räumliche Nähe, räumliche Distanz, kulturelle Nähe, kulturelle Distanz

### Key words

individual physiotherapy, psychological distress, sense of coherence, sympathy, antipathy, spatial intimacy, spatial distance, cultural intimacy, cultural distance

eingereicht 06.11.2017

akzeptiert 16.05.2018

### Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0749-0831>

physioscience 2018; 14: 161–169

© Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart · New York

ISSN 1860-3092

### Korrespondenzadresse

Wolfgang Schäberle, Philosophiae Doctor en Ciencias de la Salud (Dr.) (Univ. Central/NIC); Studiendekan IB Hochschule Berlin, Niederlassung Stuttgart  
w-schaeberle@freenet.de

### ZUSAMMENFASSUNG

**Hintergrund** Physiotherapeuten behandeln meist fremde Personen, häufig mit Körperkontakt. Dies kann einen erheblichen Stressfaktor darstellen. Der Kohärenzsinn wird als Bewältigungsressource gesehen, um psychisch und physisch gesund zu bleiben.

**Ziel** Die Ausprägung von psychischer Belastung, emotionaler (Sympathie, Antipathie), räumlicher und kultureller Nähe und Distanz in der Therapie wird aufgezeigt und in Relation zum Kohärenzsinn gebracht. Die Vorhersage der psychischen Belastung dient zur Entwicklung von gesundheitserhaltenden Strategien.

**Methode** 10 Vignetten zu typischen Situationen in der Einzeltherapie wurden erstellt, um Nähe und Distanz zu unter-

suchen. Die Einschätzung von psychischer Belastung, emotionaler, räumlicher, kultureller Nähe und Distanz erfolgte auf einer Skala von 0–10. Zur Messung des Kohärenzsinn wurde der Fragebogen SOC-29 vorgegeben.

**Ergebnisse** Insgesamt wurden 51 Physiotherapeuten und 102 Physiotherapeutinnen mit durchschnittlich 8,69 Jahren Berufserfahrung untersucht. Über alle Vignetten wurden 7 Skalen gebildet: psychische Belastung, Sympathie, Antipathie, räumliche und kulturelle Nähe und Distanz. Die am höchsten eingestuft psychischen Belastungen waren unfreundliche Patienten, unangenehmer Körpergeruch, unerwünschtes Eindringen in die Privatsphäre und unerreichbarer Therapieerfolg. Eine höhere psychische Belastung steht im Zusammenhang mit niedrigerem Kohärenzsinn, Partnerschaft mit Kindern, stärkerer Antipathie, kultureller Nähe und kürzerer Berufstätigkeit.

**Schlussfolgerungen** Aus der Nähe- und Distanzproblematik bei Physiotherapeuten resultierende psychische Belastung und geringer Kohärenzsinn als Bewältigungsressource hängen stark zusammen. Um die psychische Belastung gering zu halten, werden institutionelle und individuelle Strategien diskutiert.

### ABSTRACT

**Background** Psychotherapists are generally treating strangers, often with physical contact. This may be considered as considerable distress. The sense of coherence is known as a coping resource in order to stay mentally and physically healthy.

**Objective** The development of psychological distress, emotional (sympathy, antipathy), spatial and cultural intimacy and distance in physiotherapy is illustrated and set in relation to the sense of coherence. Predicting psychological distress serves is used for the development of strategies sustaining mental health.

**Method** 10 vignettes of typical situations in individual therapy were developed in order to investigate intimacy and distance. Psychological distress, emotional, spatial and cultural intimacy and distance were evaluated on a 0–10 points' rating scale. The sense of coherence was measured using the SOC-29 questionnaire.

**Results** A total of 51 male and 102 female physiotherapists with an average of 8,69 professional experience were exam-

ined. 7 scales were developed across all 10 vignettes: psychological distress, sympathy, antipathy, spatial and cultural intimacy and distance. The top-rated psychological distress factors were unfriendly patients; uncomfortable body odor, unaccepted invasion of privacy and unattainable therapy success. Higher psychological distress is associated with lower

sense of coherence, partnership with children, more antipathy, cultural intimacy and shorter professional life.

**Conclusions** Psychological distress and low sense of coherence resulting from problematic intimacy and distance are closely associated. Institutional and individual support is discussed in order to keep psychological distress low.

## Einleitung

### Nähe und Distanz

Die Eins-zu-eins-Situation in der Einzelbehandlung ist physiotherapeutischer Alltag. Physiotherapeuten behandeln jeweils ca. 20–30 Minuten eine zumeist fremde Person, häufig mit Körperkontakt. Diese Situation erfährt eine physiotherapeutische Vollzeitkraft durchschnittlich 20-mal täglich [1]. Die Patienten befinden sich mit dem Therapeuten in der gegenseitigen intimen Distanzzone [2, 3]. Sie reicht vom direkten Körperkontakt bis ca. 50 cm Entfernung [3]. Zugang zu dieser Zone haben üblicherweise nur vertraute Personen wie Kinder, Geschwister, Eltern oder Partner.

Hall [3] weist auch auf kulturelle Unterschiede im Erleben von körperlicher Distanz und Nähe hin. Therapeuten sind innerhalb der intimen Distanzzone mit den sensorischen und taktilen Reizen der Patienten konfrontiert. Sie nehmen z. B. intensiv Körpergeruch, Konsistenz der Hautoberfläche, Verunreinigungen der Haut und Schweiß wahr [4]. Zudem müssen sich die Patienten für die Behandlung nicht nur körperlich, sondern auch in Hinsicht auf Beschwerden und Hilfsbedürftigkeit partial oder auch großflächig entblößen [4]. Das zu lange Verbleiben in der intimen Distanzzone stellt für Therapeuten und Patienten einen erheblichen Stressfaktor dar, der bei beiden zu psychischer Belastung führen kann [5].

Wenn Therapeuten und Klienten sich begegnen und gegebenenfalls berühren, entsteht immer eine verbale oder nonverbale Beziehung [6]. Der Körperkontakt kann bei den Patienten infantile Berührungserinnerungen in Form von Halten und Wiegen der Mutter ein Schutz- und Geborgenheitsgefühl auslösen und bei den Therapeuten einen kräftezehrenden Beschützerinstinkt aktivieren [7].

Für eher psychologische Prozesse sind Physiotherapeuten oft nicht ausreichend ausgebildet [8], was psychische Belastungen bewirken kann. Für die Physiotherapie wäre deswegen eine Ergänzung der rein körperbezogenen durch eine psychologisch fundierte Sichtweise günstig [7, 9].

Zu den häufig aufgeführten psychischen Belastungen der Therapeuten zählen auch der Umgang mit dem Tod, die Sicht auf das Leiden anderer Personen und die Verstärkung des Leidens während des Behandlungszyklus [10–12]. Die Entwicklung von Empathie für den Klienten ist für die Behandlung notwendig, darf aber nicht in Mitleid und übermäßige Schonung oder zu intensive Betreuung umschlagen. Ansonsten kann der Therapieerfolg gefährdet sein [10, 13, 14].

Patienten wünschen sich eine ausgeprägte sozial-kommunikative Kompetenz ihrer Therapeuten, welche sie oft als wesentlicher als die fachliche Kompetenz wahrnehmen [15].

Die Erwartungshaltung der Patienten kann ebenso zu einer psychischen Belastung führen [10, 12]. An die Angehörigen medizinischer Berufe besteht der Anspruch, alle Erkrankungen und Probleme beseitigen zu können. Zudem wird eine permanente Bereitschaft des einfühlsamen Zuhörens erwartet [16].

Viele Patienten wollen die Verantwortung für die Krankheit und Genesung an die Therapeuten abgeben und erwarten, dass diese für eine Besserung sorgen [11, 16, 17]. Die „idealen Patienten“ übernehmen dagegen Verantwortung und beteiligen sich aktiv an der Therapie [17]. Den alltagsbezogenen Erfahrungen von Girbig et al. [11] und Buch [16] steht die Idealbeschreibung von Kerbs [17] gegenüber. Sie verdeutlicht die Diskrepanz, in der sich Physiotherapeuten in der täglichen Behandlung befinden.

Trotz der psychischen Belastungen des dauerhaften Verweilens in der psychischen und körperlichen intimen Distanzzone und dem ständigen Balancieren zwischen Nähe und Distanz weist die Berufsgruppe der Physiotherapie innerhalb der medizinischen Berufe den drittniedrigsten Krankenstand auf [18].

### Salutogenese und Kohärenzgefühl

Die Salutogenese konzentriert sich auf Aspekte, die erklären, warum Menschen trotz Konfrontationen mit vielfältigen Gesundheitsrisiken gesund bleiben [19]. Im Gegensatz zu der in der Medizin vorherrschenden Fokussierung auf krankheits- und problemorientierte Faktoren (Pathogenese) und deren Therapie ist das Konzept der Salutogenese als Paradigmenwechsel zu sehen [20].

Nach Antonovsky [19] hängt der Gesundheitszustand von Menschen wesentlich vom Verhältnis von Stressoren und Widerstandsressourcen ab. Er definierte Stressoren als „eine von innen oder außen kommende Anforderung an den Organismus, die sein Gleichgewicht stört und die zur Wiederherstellung des Gleichgewichtes eine nicht automatische und nicht unmittelbar verfügbare, energieverbrauchende Handlung erfordert“ [19]. Dieser Stressbewältigungsprozess wird unter dem Begriff „Coping“ subsummiert [21].

Für Antonovsky [19] sind Stressoren nicht zwingend pathogen. Er sah Eustress als gesundheitsfördernde Spannung im Sinne der Anregung. Ist die Spannung dauerhaft und kann nicht bewältigt werden, entsteht Distress [19].

Das Kohärenzgefühl (Sense of Coherence, SOC) wird als eine Bewältigungsstrategie definiert, die darauf vertraut, dass (1) die Stimuli aus der Umgebung strukturiert, vorhersehbar und erklärbar, (2) entsprechende Ressourcen zur Bewältigung der Stimuli verfügbar sind und (3) die Stimuli als Herausforderungen gesehen werden, für die sich das Bewältigungsengagement lohnt [22, 23].

Das Ziel der vorliegenden Studie war die Erfassung der psychischen Belastung und der emotionalen (Sympathie, Antipathie), räumlichen und kulturellen Nähe und Distanz von Physiotherapeuten in der Einzelbehandlung und der Bestimmung der hoch belasteten Physiotherapeuten in dieser Stichprobe. Der Zusammenhang zwischen der aus der Nähe- und Distanzproblematik resultierenden psychischen Belastung, den persönlichen und beruflichen Aspekten und dem SOC als Coping-Ressource wird als übergeordnete Forschungsfrage überprüft.

## Methode

### Ein- und Ausschlusskriterien

Um einen größtmöglichen Querschnitt der Tätigkeitsfelder der Physiotherapie einzubeziehen, wurden deutschlandweit Allgemein-, Fach- und Rehabilitationskliniken sowie niedergelassene Praxen angeschrieben. Zudem wurden bei einschlägigen Fachfortbildungen Physiotherapeuten zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Voraussetzung für die Teilnahme war ein physiotherapeutischer Berufsfachschul-, Bachelor- oder Master-Abschluss. Andere Berufsgruppen sowie physiotherapeutische Berufsfachschüler oder Studenten waren ausgeschlossen.

Die Studie wurde von der Ethikkommission des Interuniversitären Kollegs für Gesundheit und Entwicklung Graz im Sinne der Deklaration von Helsinki bewilligt.

Die teilnehmenden Institutionen bzw. Physiotherapeuten erhielten jeweils 2 Kuverts pro Teilnehmer, welche die Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie und den Fragebogen enthielten. Der Fragebogen konnte anonym ausgefüllt und kuvertiert werden, die Einverständniserklärung wurde unterschrieben, in einem separaten Kuvert verschlossen, und beide Kuverts in einer an der Institution aufgestellten Urne eingeworfen oder an die Institution des Erstautors zurückgesendet. Die Teilnehmer bekamen keine Entlohnung.

### Messinstrumente

#### Entwicklung der Vignetten und Skalen psychische Belastung, emotionale, räumliche und kulturelle Nähe und Distanz

Zur Erfassung der psychischen Belastung, der räumlichen, emotionalen und kulturellen Nähe und Distanz wurden 10 Vignetten entworfen, die im Rahmen von Diskussionen als typische Einzeltherapiesituationen eingeschätzt wurden (► **Tab. 1**). Die Diskussion fand zuerst in Einzelgesprächen mit Abteilungsleitern oder Mitarbeitern mit langer Berufserfahrung der regionalen Kliniken-Holding Ludwigsburg (Klinikverbund von 10 Krankenhäusern mit allen medizinischen Fachrichtungen) statt. Die Endauswahl der Vignetten erfolgte in einer Focus-Gruppe von Physiotherapeuten.

In einer Voruntersuchung erhielten 10 Physiotherapeuten diese Vignetten, um die Verständlichkeit und die Relevanz der in den Vignetten dargestellten Situationen sicherzustellen. Sie sollten die Situationen jeweils auf einer Skala von 0 (gar keine Ausprägung) bis 10 (maximale Ausprägung) in Bezug auf die psychische Belastung, Sympathie (emotionale Nähe), Antipathie (emotionale Distanz), räumliche Nähe, räumliche Distanz, kulturelle Nähe und kulturelle Distanz einschätzen.

► **Tab. 1** Vignetten zu typischen Situationen in der physiotherapeutischen Einzelbehandlung.

	Vignetten
V1	Die Patienten klagen während der Behandlung überproportional und dauerhaft über die Erkrankung.
V2	Die Patienten sprechen während der Behandlung abwertend über eine Ihrer Kollegen.
V3	Die Patienten haben während der Behandlung aufgrund mangelnder Körperhygiene einen unangenehmen Körpergeruch.
V4	Die Patienten stellen in der Behandlung trotz Aufklärung Ihrerseits unerreichbare Anforderungen an Sie bezüglich des Therapieerfolgs.
V5	Die Patienten verhalten sich während der Behandlung ausgeprägt unmotiviert und fordern ausschließlich passive Therapiemaßnahmen von Ihnen.
V6	Die Patienten verhalten sich während der Behandlung dauerhaft unfreundlich Ihnen gegenüber.
V7	Die Patienten befragen Sie während der Behandlung zu Ihrem privaten Umfeld.
V8	Die Patienten möchten sich privat mit Ihnen treffen. Sie wollen dies nicht.
V9	Sie behandeln Patienten eines Ihnen fremden Kulturkreises, dessen Sprache Sie nicht verstehen bzw. sprechen.
V10	Die Patienten eines Ihnen fremden Kulturkreises möchten sich nicht für die Behandlung entkleiden, sondern angekleidet behandelt werden.

Die Teilnehmer sollten die Situationen jeweils auf einer Skala von 0 (gar keine Ausprägung) bis 10 (maximale Ausprägung) in Bezug auf die psychische Belastung, Sympathie (emotionale Nähe), Antipathie (emotionale Distanz), räumliche Nähe, räumliche Distanz, kulturelle Nähe und kulturelle Distanz einschätzen.

### Kohärenzsinn

Der SOC wurde mittels der Sense of Coherence Scale SOC-29 in der deutschen Fassung von Schuhmacher et al. [24] erfasst. Der SOC-29 besteht aus 29 Items und ist in die 3 Subskalen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit unterteilt. Die Einschätzung der Items erfolgt auf einer Rating-Skala von 1 – 7, wobei höhere Werte eine höhere Ausprägung des SOC bedeuten. Der Gesamtwert hat eine hohe Reliabilität von 0,92. Da die hohen Interkorrelationen der 3 Subskalen deren empirische Trennbarkeit infrage stellen, wird die Verwendung des Gesamtwertes des SOC-29 empfohlen [24, 25].

### Soziodemografische und berufsspezifische Daten

Als soziodemografische Variablen wurden Geschlecht, Alter und Lebensform (allein, allein mit Kindern, mit Partner, mit Partner und Kindern) und Kinder (ja/nein) und als berufsspezifische Angaben Abschluss (staatlich geprüft: ja/nein), Ausbildungsform (Berufsausbildung, berufsbegleitendes Teilzeitstudium, Vollstudium), Dauer der Berufstätigkeit (in Jahren), Form der Berufsausübung (selbstständig, angestellt), Arbeitsschwerpunkte (ja, teilweise, nein), wöchentliche Arbeitsstunden und ob vor der Physiotherapieausbildung ein anderer Beruf erlernt wurde (Vorberuf: ja/nein) erfragt.

## Statistische Auswertung

Die Auswertung der soziodemografischen und berufsspezifischen Variablen erfolgte mittels  $\chi^2$ , T-Tests und univariaten Varianzanalysen. Zur Überprüfung der Unterschiede im SOC-29, der Belastungsskala und den Nähe- und Distanzmaßen waren multivariate und univariate Varianzanalysen geplant. Da die potenziellen unabhängigen Variablen Geschlecht, Alter, Dauer der Berufstätigkeit und wöchentliche Arbeitszeit nicht signifikant mit den Vignettenskalen korrelierten, fanden sie nur bei den soziodemografischen und berufsspezifischen Variablen und dem SOC Berücksichtigung.

Die Ausprägung der einzelnen Vignettenskalen wurde mittels Varianzanalysen mit Messwiederholung über alle Vignetten verglichen. Zur Vorhersage der psychischen Belastung wurde eine multiple, schrittweise lineare Regression mit den soziodemografischen, berufsspezifischen Variablen, dem SOC und den Nähe- und Distanzskalen als Prädiktoren berechnet. Als Physiotherapeuten mit hoher psychischer Belastung galten jene, deren Belastungswerte höher als eine Standardabweichung (SD) über dem Mittelwert (M) der Skala lagen. Die Irrtumswahrscheinlichkeit wurde auf  $p < 0,05$  festgesetzt [26].

## Ergebnisse

### Stichprobe

Von den insgesamt 155 versendeten Fragebogen wurden 153 retourniert (einige erst nach einer Erinnerungsmail). Dies entspricht einer Rücklaufquote von 98,7 %.

An der Umfrage nahmen 102 (66,7 %) weibliche und 51 (33,3 %) männliche Physiotherapeuten im Alter von 20–65 Jahren teil (► Tab. 2). Das mittlere Alter der Frauen betrug 31,97 Jahre, das der Männer 35,20 Jahre. Die beiden gebildeten Altersgruppen (am Median geteilt) umfassten bis 29 Jahre und älter. Das  $\chi^2$  Geschlecht  $\times$  Alter ( $\chi^2 = 5,24$ ;  $p = 0,02$ ) zeigte, dass in der jüngeren Gruppe mehr Frauen vertreten waren, in der älteren Gruppe war die Relation umgekehrt. Die Lebensform und vorhandene Kinder waren in Bezug auf das Geschlecht proportional verteilt (► Tab. 2).

Alle Physiotherapeuten waren staatlich geprüft. Insgesamt hatte 125 Physiotherapeuten mit Berufsausbildung, 18 mit berufsbegleitendem Teilzeitstudium und 10 mit Vollzeitstudium ihren Beruf erlernt. In der gesamten Stichprobe arbeiteten 22 Physiotherapeuten selbstständig und 131 angestellt. Frauen arbeiteten seltener selbstständig als Männer ( $\chi^2 = 10,62$ ;  $p = 0,01$ ) und hatten seltener einen Vorberuf erlernt als Männer ( $\chi^2 = 5,70$ ;  $p = 0,02$ ; ► Tab. 2).

Ausbildungsform und Arbeitsschwerpunkte/Spezialisierungen waren unabhängig vom Alter. Bei den älteren Physiotherapeuten arbeiteten signifikant mehr selbstständig als bei den jüngeren ( $\chi^2 = 15,39$ ;  $p < 0,001$ ). Die jüngeren Therapeuten hatten eher keinen Vorberuf, bei den älteren war die Verteilung eher ausgeglichen ( $\chi^2 = 15,73$ ;  $p < 0,001$ ; ► Tab. 2).

Für die Dauer der Berufstätigkeit und die Wochenarbeitszeit wurden jeweils univariate Varianzanalysen mit den unabhängigen Variablen Geschlecht und Altersgruppe berechnet.

Bei der Dauer der Berufstätigkeit ergab sich ein Haupteffekt für die Altersgruppen ( $p < 0,001$ ). Die Gruppe der über 29-Jährigen wies eine deutlich längere Berufstätigkeit auf. Bei der Wochenarbeitszeit zeigten sich signifikante Geschlechts- ( $p < 0,001$ ) und Alterseffekte ( $p < 0,001$ ) sowie eine Wechselwirkung Geschlecht  $\times$  Alter ( $p < 0,01$ ). Männer arbeiteten generell mehr Stunden pro Woche als Frauen und jüngere Physiotherapeuten mehr Wochenstunden als ältere. In der Wechselwirkung zeigte sich, dass die unter 29-jährigen Männer etwa gleich viele Wochenstunden arbeiten die über 29-jährigen. Bei jüngeren Frauen unterschied sich die Arbeitszeit nicht signifikant von denen der Männer. Die über 29-jährigen Frauen reduzierten jedoch ihre Arbeitszeit drastisch (► Tab. 2).

### Häufigkeit der Spezialisierungen

Am häufigsten wurde als Schwerpunkt in der Physiotherapie Orthopädie/Chirurgie angegeben ( $N = 110$ ; 71,9 %), gefolgt von medizinischer Trainingstherapie ( $N = 37$ ; 39,2 %) und Neurologie ( $N = 32$ ; 20,9 %). Innere Medizin ( $N = 15$ ; 9,8 %) und Gynäkologie ( $N = 7$ ; 4,6 %) wurden eher selten und Pädiatrie ( $N = 2$ ; 1,3 %), Intensivmedizin ( $N = 1$ ; 0,7 %) sowie Psychiatrie ( $N = 1$ ; 0,7 %) sehr selten genannt. Insgesamt ergab sich in dieser Studie – wie geplant – ein breites Spektrum an Arbeitsschwerpunkten.

### Aus den Vignetten abgeleitete Skalen

Bei der teststatistischen Überprüfung der Skalen wiesen fast alle eine zufriedenstellende Reliabilität auf (Cronbach Alpha,  $\alpha$ ): Belastung ( $\alpha = 0,80$ ), Sympathie ( $\alpha = 0,69$ ), Antipathie ( $\alpha = 0,70$ ), räumliche Nähe ( $\alpha = 0,64$ ), räumliche Distanz ( $\alpha = 0,73$ ), kulturelle Nähe ( $\alpha = 0,61$ ), kulturelle Distanz ( $\alpha = 0,49$ ; [26]). Vor allem die Skala Belastung hatte eine sehr gute Konsistenz, die Reliabilität der anderen Skalen war ausreichend für Gruppenvergleiche. Nur die ausschließlich 2 Items umfassende Skala kulturelle Distanz erreichte ein sehr niedriges Cronbach Alpha. Da es sich um ein neuentwickeltes Messinstrument handelt, wurde die Skala trotzdem in die Berechnungen einbezogen.

### Unterschiede in den Vignettenskalen

Für jede Skala wurde separat eine Varianzanalyse mit Messwiederholung über die 10 Vignetten durchgeführt, um zu sehen, zwischen welchen Vignetten signifikante Unterschiede in den Bewertungen auftraten (► Tab. 3).

Bei der psychischen Belastung ergab die Varianzanalyse signifikante Unterschiede zwischen den Vignetten ( $p < 0,001$ ). Die höchste psychische Belastung lösten V6 (unfreundliche Patienten) und V3 (Körpergeruch) aus. Diese beiden Vignetten unterschieden sich bei der Belastung nicht signifikant voneinander, jedoch von allen anderen Vignetten. Dann folgten V8 (privates Treffen) und V4 (unerreichbarer Therapieerfolg), die sich nicht voneinander, aber von allen anderen Vignetten signifikant unterschieden. An 3. Stelle standen V2 (Abwertung) und V1 (Klagen), an 4. Stelle V5 (unmotivierte Patienten), V7 (private Fragen) und V10 (nicht entkleiden,) die signifikant weniger belastend erlebt werden. Am geringsten wurde die psychische Belastung bei V9 (fremde Sprache) eingeschätzt (► Tab. 3).

► **Tab. 2** Stichprobe: soziodemografische und berufsspezifische Variablen (Anzahl in %, Mittelwerte und Standardabweichung).

	Gesamt N (%)	Geschlecht		p-Wert	Altersgruppe		p-Wert
		weiblich N (%)	männlich N (%)		≤ 29 Jahre N (%)	> 29 Jahre N (%)	
Personen:	153	102 (66,7)	51 (33,3)		80 (52,3)	73 (47,7)	
▪ weiblich					60 (52,8)	42 (41,2)	
▪ männlich					20 (39,2)	31 (60,8)	0,02
Lebensform:							
▪ allein/allein mit Kindern	50 (32,7)	32 (31,4)	18 (35,3)		37 (46,3)	13 (17,8)	
▪ Partnerschaft/Partnerschaft mit Kindern	103 (67,3)	70 (68,8)	33 (64,7)		43 (53,7)	60 (82,2)	< 0,001
Kinder:	92 (60,1)	66 (64,7)	26 (51,0)		69 (86,3)	23 (31,5)	
▪ keine	61 (39,9)	36 (35,3)	25 (49,0)		11 (13,7)	50 (68,5)	
▪ ≥ 1 Kind				0,24			< 0,001
Ausbildungsform:							
▪ Berufsausbildung	125 (81,7)	88 (86,3)	37 (72,6)		68 (55,0)	57 (78,1)	
▪ berufsbegleitendes Teilzeitstudium	18 (11,8)	10 (9,8)	8 (15,7)		7 (8,8)	11 (15,1)	
▪ Vollzeitstudium	10 (6,5)	4 (3,9)	6 (9,8)	0,08	5 (6,3)	5 (6,9)	0,46
Arbeitsform:							
▪ selbstständig	22 (14,4)	8 (7,8)	14 (27,5)		3 (3,8)	19 (26,0)	
▪ angestellt	131 (85,6)	94 (82,2)	37 (72,5)	0,01	77 (96,2)	54 (74,0)	< 0,001
Arbeitsschwerpunkte:							
▪ ja	63 (41,2)	41 (40,2)	22 (43,1)		36 (45,0)	27 (37,0)	
▪ teilweise	57 (37,2)	38 (37,2)	19 (37,3)		27 (33,8)	30 (41,1)	
▪ nein	33 (21,6)	23 (22,6)	10 (19,6)	0,90	17 (21,2)	16 (21,9)	0,56
Vorberuf:							
▪ ja	55 (36,0)	30 (29,4)	25 (49,0)		17 (21,3)	38,0	
▪ nein	98 (64,0)	72 (70,6)	26 (51,0)	0,02	63 (78,7)	35,0	< 0,001
	Mittelwerte (Standardabweichung)				Mittelwerte (Standardabweichung)		
Berufsdauer (Jahre)	8,69 (9,07)	8,16 (8,05)	9,76 (10,01)	0,52	3,00 (2,11)	14,93 (9,65)	< 0,001
Wochenarbeitszeit (Std.)	33,92 (9,56)	32,06 (10,47)					
weiblich					36,08 (8,29)	26,31 (10,65)	0,003
männlich					38,25 (4,38)	37,26 (6,81)	

Auch bei der Bewertung der Sympathie unterschieden sich die Vignetten signifikant ( $p < 0,001$ ). Am höchsten wurde die Sympathie bei V1 (Klagen), V7 (private Fragen), V9 (fremde Sprache), V10 (nicht entkleiden) eingeschätzt. An 2. Stelle standen V4 (unerreichbarer Erfolg) und V8 (privates Treffen). An 3. Stelle folgten V2 (Abwertung), V3 (Körpergeruch) und V5 (unmotivierter Patient). Am geringsten war die Sympathie bei V6 (unfreundliche Patienten) ausgeprägt (► **Tab. 3**).

Die unterschiedliche Einschätzung der Antipathie in den Vignetten war signifikant ( $p < 0,001$ ). Die höchste Antipathie löste V6 (unfreundlichen Patienten) aus, deren Mittelwert sich von allen anderen unterschied. An 2. Stelle standen V2 (Abwertung) und V3 (Körpergeruch). Es folgten V4 (unerreichbarer Erfolg), V5

(unmotiviert) und V8 (privates Treffen). An 4. Stelle kamen V1 (Klagen), V7 (private Fragen) und V10 (nicht entkleiden). Die geringste Antipathie löste V9 (fremde Sprache) aus (► **Tab. 3**).

Die räumliche Nähe wurde über die Vignetten signifikant unterschiedlich eingeschätzt ( $p < 0,001$ ). V3 (Körpergeruch) erreichte die höchste Bewertung der räumlichen Nähe und unterschied sich von allen anderen Vignetten. An 2. Stelle folgte V6 (unfreundliche Patienten), die sich ebenfalls von den anderen Vignetten unterschied. An 3. Stelle standen V8 (privates Treffen) und V2 (Abwertung), worauf V4 (unerreichbarer Erfolg), V5 (unmotiviert) und V10 (Entkleidung) folgten. Die niedrigste räumliche Nähe erreichten V1 (Klagen), V7 (private Fragen) und V9 (fremde Sprache); ► **Tab. 3**.

► **Tab. 3** Mittelwerte (Standardabweichung) der Skalen zur Belastung, Nähe und Distanz in den einzelnen Vignetten.

Vignette (V)	Belastung	Sympathie	Antipathie	räumliche Nähe	räumliche Distanz	kulturelle Nähe	kulturelle Distanz
1. Klagen	3,59 (2,44)	4,93 (1,90)	4,05 (2,58)	4,94 (1,62)	4,39 (1,17)		
2. Abwertung	4,04 (0,95)	3,23 (2,01)	5,80 (2,21)	5,89 (1,81)	4,27 (1,81)		
3. Körpergeruch	5,83 (2,88)	3,39 (2,12)	6,15 (2,44)	7,47 (2,45)	3,42 (2,71)		
4. unerreichbarer Erfolg	5,14 (2,66)	4,10 (1,65)	5,35 (1,97)	5,31 (1,69)	4,46 (1,69)		
5. unmotiviert	3,43 (2,62)	3,67 (1,89)	5,50 (2,22)	5,27 (1,65)	4,84 (1,78)		
6. unfreundlich	6,18 (2,84)	2,24 (2,57)	7,16 (2,74)	6,99 (2,73)	3,18 (2,85)		
7. private Fragen	3,05 (2,68)	4,71 (2,11)	4,26 (1,99)	4,81 (1,85)	4,62 (1,76)		
8. privates Treffen	5,16 (2,96)	4,11 (2,24)	5,47 (2,09)	6,12 (2,30)	3,91 (2,39)		
9. fremde Sprache	2,65 (2,70)	5,17 (2,13)	3,50 (2,21)	4,61 (1,77)	4,95 (1,76)	5,59 (2,85)	4,65 (2,89)
10. Entkleidung	3,18 (2,68)	4,63 (2,13)	4,34 (2,13)	5,00 (1,48)	4,93 (1,65)	5,43 (2,52)	4,97 (2,80)
gesamt	4,23 (1,65)	4,02 (1,08)	5,16 (1,16)	5,64 (0,96)	4,30 (1,10)	5,51 (2,28)	4,81 (2,28)

Auch die Unterschiede in der räumlichen Distanz waren signifikant ( $p < 0,001$ ). Die höchste räumliche Distanz lösten V5 (unmotiviert), V7 (private Fragen), V9 (fremde Sprache) und V10 (nicht entkleiden) aus. Darauf folgten V1 (Klagen), V2 (Abwertung), V4 (unerreichbarer Erfolg) und V8 (privates Treffen). Die geringste räumliche Distanz erzielten V3 (Körpergeruch) und V6 (unfreundliche Patienten); ► **Tab. 3**).

Die Bewertungen der kulturellen Nähe und Distanz bezogen sich nur auf die beiden Vignetten V9 (fremde Sprache) und V10 (Entkleidung), welche kulturspezifische Aspekte enthielten. Beide Skalen unterschieden sich nicht in der kulturellen Nähe ( $p = 0,480$ ) und der kulturellen Distanz ( $p = 0,236$ ; ► **Tab. 3**).

### Kohärenzsinn (SOC)

Eine univariate Varianzanalyse mit dem Gesamtwert SOC und den univariaten Variablen Geschlecht und Altersgruppe ergab einen signifikanten Unterschied beim Geschlecht, jedoch nicht beim Alter. Frauen erreichten im Gesamtwert signifikant höhere Scores (Mittelwert = 146,07) als Männer (Mittelwert = 139,90;  $p = 0,048$ ).

### Hohe psychische Belastung

Es stellte sich die Frage, wie viele von den befragten Physiotherapeuten sich psychisch stark belastet fühlen. Auf der von 0 – 10 zu bewertenden Skala zeigten sich Werte im Bereich von 0 – 9. Es wurde vom empirischen Mittelwert der Skala von  $4,32 \pm 1$  Standardwert ( $SD = 1,65$ ) ausgegangen, welche den mittleren Bereich definieren und errechnet, wie viele Physiotherapeuten Werte höher als + 1 SD ( $4,32 + 1,65 = 5,95$ , aufgerundet auf 6) in der psychischen Belastung angaben. Werte von 7 – 9 galten als hohe Belastung.

134 (87,6%) Physiotherapeuten fühlten sich nicht stark belastet (Werte: 0 – 6; 45 männliche, 89 weibliche), 19 (12,4%; 5 männliche, 13 weibliche) erreichten Werte zwischen 7 und 9 auf der psychischen Belastungsskala. Die Häufigkeiten bei der psychischen Belastung (nieder/mittel vs. hoch) waren in Bezug

auf Geschlecht ( $\chi^2 = 0,30$ ;  $p = 0,862$ ), Alter ( $\chi^2 = 0,210$ ;  $p = 0,646$ ), Familienform ( $\chi^2 = 0,012$ ;  $p = 0,913$ ) proportional verteilt. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede bei der Dauer der Berufstätigkeit (8,97 vs. 10,89 Jahre;  $T = -1,05$ ;  $p = 0,295$ ) bzw. der wöchentlichen Arbeitszeit (34,14 vs. 32,37 Stunden;  $T = 0,755$ ;  $p = 0,451$ ), jedoch beim SOC ( $T = 3,37$ ;  $p = 0,001$ ). Die niedrig belastete Gruppe erreichte signifikant höhere Werte beim SOC (Mittelwert = 145,82) als die hoch belastete Gruppe (Mittelwert = 131,26).

### Vorhersage der psychischen Belastung

Als übergeordnete Analyse wurde eine multiple schrittweise Regressionsanalyse zur Vorhersage der psychischen Belastung aus den soziodemografischen Variablen (Geschlecht, Alter, Lebensform, Kinder), den berufsspezifischen Aspekten (Dauer der Berufstätigkeit, wöchentliche Arbeitszeit), dem SOC und den Nähe- und Distanzskalen (emotionale, räumliche, kulturelle Nähe und Distanz) durchgeführt.

Das Modell enthält als signifikante Prädiktoren Antipathie, SOC, kulturelle Nähe, Familienstand und Dauer der Berufstätigkeit und klärt 30,8% der Varianz auf ( $p < 0,001$ ;  $R = 0,575$ ;  $R^2 = 0,331$ ,  $\text{korr}R^2 = 0,308$ ; ► **Tab. 4**).

Physiotherapeuten erleben die psychische Belastung desto höher, je geringer das Kohärenzgefühl, je stärker die Skalen Antipathie und kulturelle Nähe ausgeprägt sind, je kürzer die Berufstätigkeit und wenn die Lebensform Partnerschaft mit Kindern gelebt wird.

### Diskussion

Die erlebte psychische Belastung, die sich aus der emotionalen, räumlichen und kulturellen Nähe und Distanz von Physiotherapeuten in der Einzeltherapie zu ihren Klienten ergibt, resultiert vor allem aus Situationen mit unfreundlichen Patienten, schlechtem Körpergeruch, Wünschen nach privaten Treffen und uner-

reichbarem Erfolg in der Therapie. 12,4% der Physiotherapeuten fühlen sich stark belastet, und die psychische Belastung spiegelt sich in niedrigen Coping-Ressourcen im SOC wider. Die emotionale Distanz (Antipathie), kulturelle Nähe, kürzere Berufstätigkeit und die Familiensituation mit Partner und Kindern sind weitere Prädiktoren der psychischen Belastung.

Pötz [10] geht auf die notwendige Nähe und die professionelle Distanz ein, die Physiotherapeuten für eine erfolgreiche Therapie zu ihren Klienten halten sollten. Oftmals ist es aber schwierig, die Distanz aufrechtzuerhalten [10]. Duppel [14] weist auf den ständigen Balanceakt zwischen professioneller Nähe und beruflicher Rollendistanz in der ambulanten Pflege hin und zählt den professionellen Umgang mit Nähe und Distanz zu den Fachqualifikationen im medizinischen Bereich.

Die Literatur beschäftigt sich häufig sehr ausführlich die körperlichen Belastungen von Physiotherapeuten eingegangen [11, 12, 27], in neueren Arbeiten mit qualitativem Zugang auch mit der psychischen Belastung [11, 12], die bis zum Burn-out führen kann [10, 12, 28–30].

Als besonders belastend kristallisierten sich folgende 4 Vignetten/Situationen heraus: V6 (unfreundliche Patienten), V3 (starker Körpergeruch), V4 (unerreichbarer Erfolg) und V8 (privates Treffen). Diese erwiesen sich durchgehend als Aspekte, die wenig Sympathie sowie hohe Antipathie hervorrufen und in denen die räumliche Nähe sehr intensiv erlebt und räumliche Distanz wahrscheinlich gewünscht wird. Bemerkenswert war auch, dass räumliche Distanz ermöglichende Situationen sich vor allem auf verbale Interaktionen beziehen (V7, V9, V10, evtl. auch V5). Für diese Vignetten wurde auch eher eine geringe räumliche Nähe eingestuft. Auch die Sympathie- und Antipathie Werte bewegten sich für diese Situationen eher im Mittelbereich.

Die aus den Vignetten gewonnenen Skalen zeigten, dass sich Physiotherapeuten von mehreren Bereichen psychisch belastet fühlen, die sich aus der teilweise notwendigen räumlichen bzw. körperlichen Nähe und der daraus entstehenden emotionalen Nähe in der Physiotherapie ergeben. Die Einschätzung der Vignetten verstärkte den Eindruck, dass die therapeutische Beziehung zwischen Physiotherapeuten und Klienten sehr wesentlich ist und diesem Aspekt mehr Bedeutung in der Bewertung der Tätigkeit von Physiotherapie beigemessen werden sollte [9].

Von den untersuchten Physiotherapeuten bezeichneten sich 19 (12,4%) als stark psychisch belastet. Unter Umständen sind sie auch gefährdet, ein Burn-out-Syndrom zu entwickeln [10, 12, 28], welches mit emotionaler Erschöpfung, Zynismus und reduzierter Leistungsfähigkeit im Beruf einhergeht [31].

Als signifikante Prädiktoren der psychischen Belastung erwiesen sich eher niedrige Bewältigungsressourcen (SOC), ausgeprägte emotionale Distanz (Antipathie), aber auch kulturelle Nähe zu den Klienten. Auch die Lebensform mit Partner und Kindern und kürzere Dauer der Berufstätigkeit sind mit psychischer Belastung assoziiert (► **Tab. 4**). Der Zusammenhang zwischen hoher psychischer Belastung und niedrigem SOC deutet auf fehlende Ressourcen hin. Dieser Effekt ist auch im varianzanalytischen Vergleich zwischen der hoch versus mittel/niedrig belasteten Gruppe von Physiotherapeuten zu beobachten (► **Tab. 3**).

In der Literatur wird berichtet, dass Therapeuten bei durch Empathie im medizinischen Bereich eintretender emotionale

► **Tab. 4** Prädiktoren zur Vorhersage der psychischen Belastung.

Prädiktoren	Beta-Koeffizient	T-Test	p-Wert
Antipathie	0,380	5,60	<0,001
Kohärenzsinn	-0,374	-5,326	<0,001
kulturelle Nähe	0,227	3,349	<0,001
Familienstand	0,241	3,131	0,002
Dauer der Berufstätigkeit	-0,161	-2,130	0,036

$p < 0,001$ ;  $R = 0,575$ ;  $R^2 = 0,331$ ;  $\text{korr}R^2 = 0,308$

Erschöpfung emotionale Distanz als Coping-Strategie wählen [32, 33]. Laut Fischer et al. [28] ist bei emotionaler Erschöpfung der Wunsch von Physiotherapeuten nach Distanz vorhersagbar.

Eine eher kürzere Berufstätigkeit ist mit stärkerer Belastung assoziiert [34]. Da Physiotherapeuten in den ersten 2–4 Jahren nach der Ausbildung noch wenig Routine haben, sind sie besonders für Burn-out gefährdet [34].

Auch die Lebensform mit Partner und Kindern scheint zur Belastung beizutragen, und zwar unabhängig vom Geschlecht [35]. Die drastische Reduktion der Arbeitszeit bei Frauen über 29 Jahre, die auch vermehrt Kinder haben, deutet darauf hin, dass sich Frauen aufgrund der fordernden Familienarbeit aus der Berufsarbeit etwas zurückziehen und sich die Männer für das Familieneinkommen stärker zuständig fühlen [35].

Überraschenderweise wurden Gefühle der kulturellen Nähe als Belastung erlebt, wobei kulturelle Toleranz und Nähe unter Umständen als Verpflichtung zur Empathie gelten kann, die eventuell ambivalente Gefühle auslöst und überfordernd wirkt [36].

Girbig et al. [12] erfassten in qualitativen Untersuchungen in Fokusgruppen bzw. mittels Interviews neben den körperlichen auch mentale Belastungen sowie institutionelle Aspekte, die zu Belastungen führen. Fragen nach den institutionellen Arbeitsbedingungen waren jedoch nicht Bestandteil der vorliegenden Untersuchung.

Das eher interne Potenzial für eine Optimierung physiotherapeutischer Arbeitsbedingungen liegt in einem verbesserten Informationsfluss innerhalb der Institutionen sowie einer erhöhten Rückmeldung über die Qualität der Arbeit von Vorgesetzten und Kollegen [30]. Auch Girbig et al. [12] erwähnen als interne Ressourcen Kontakt, Kommunikation und Teamwork.

Diese Stichprobe untersuchte zwar nicht den Aspekt Burn-out, es zeigte sich aber für eine nicht unerhebliche Gruppe der Physiotherapeuten eine hohe psychische Belastung (► **Tab. 3**). Laut Fischer et al. [28] nehmen etwa 50% der Physiotherapeuten in Südtirol (mehr Frauen als Männer) psychologische Unterstützung bzw. Supervision in Anspruch, aber nur etwa ein Drittel der Arbeitgeber bietet diese an. Das bedeutet, bei den Physiotherapeuten ist der Wunsch nach Unterstützung vorhanden ist, um Coping-Strategien zur Reduzierung der Belastung zu entwickeln.

Klienten hinterlassen Spuren bei ihren Helfern, und zwar positive wie Befriedigung und Sinnerfüllung als auch negative wie

Erschöpfung und Belastung [37]. Für externe professionelle Unterstützung bieten sich hier Supervision und Coaching an, welche der Reflexion und Veränderung von beruflichen Aspekten dienen [37]. Balint-Gruppen [38] wurden ursprünglich zur Bearbeitung der Arzt-Patient-Beziehung entwickelt, kommen inzwischen aber auch in anderen therapeutischen Berufen zum Einsatz. In diesem Kontext werden für den Physiotherapeuten „problematische“ Patienten vorgestellt und besprochen, mit dem Ziel, die Beziehung zwischen Therapeuten und Klienten zu verbessern. Dies wird im medizinischen Bereich als sehr hilfreich erlebt und kommt sowohl Therapeuten als auch Klienten zugute.

## Limitationen

Als Limitation der Studie zeigte sich, dass die kulturellen Vignetten/Situationen noch Ergänzungen brauchen, da die Häufigkeit der interkulturellen Kontakte zwischen Physiotherapeuten und Klienten und damit die Bedeutung interkultureller Kommunikation zunimmt [39]. Daher empfiehlt es sich, in der Ausbildung nicht nur die Beziehungsfähigkeit und Kommunikation zu stärken [8], sondern auch die interkulturelle Kompetenz zu fördern [40].

Eine weitere Limitation ist das Fehlen einer Vergleichsgruppe. Hier bieten sich Personen aus dem Pflegebereich an, die oft in engem physischen und psychischen Kontakt mit ihren Patienten stehen und aufgrund ihrer Tätigkeit auch mit der Nähe- und Distanzproblematik konfrontiert sind [14].

## Schlussfolgerungen

Die professionelle Balance zwischen Nähe und Distanz in der Einzeltherapie führte in der vorliegenden Studie bei 12,4% von Physiotherapeuten zu hoher Belastung. Diese wiesen auch weniger ausgeprägte Bewältigungsressourcen im SOC auf.

Die Familiensituation mit Kindern und kurze Berufstätigkeit führten zu stärkerem Belastungsleben.

Zunehmend wird in der Physiotherapie auch interkulturelle Kompetenz gefordert. Institutionelle und individuelle Unterstützungsangebote in der Ausbildung bzw. der aktuellen Arbeitssituation zur Erhöhung der Ressourcen von Physiotherapeuten sind empfehlenswert.

## Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

- [1] Bruser A. Behandlungszeiten. 2017 bruser.de/wp-content/uploads/2017/01/Artikel-TheraBiz-Dez-20161.pdf (01.10.2017)
- [2] Schneider K. Weichen stellen im Erstgespräch. *physiopraxis* 2003; 1: 44–45
- [3] Hall E. *The hidden dimension*. New York: Gardenday; 1966
- [4] Oezdem M. Schaffen Sie Vertrauen bei Ihrem Patienten – achten Sie auch Ihre Körpersprache. *Praxisführung professionell* 2008; 7: 9
- [5] Hoos-Leister H, Balk M. *Gesprächsführung für Physiotherapeuten*. Stuttgart: Thieme; 2008
- [6] Kanzler-Soine S. Unter uns, Osteopathie: teuer und geheimnisvoll? *pt\_Z Physiother* 2016; 11: 22
- [7] Nathan B. *Berührung und Gefühl in der manuellen Therapie*. Bern: Huber; 2001
- [8] Meriaux-Kratochvila S. Physiotherapie zwischen Anspruch und Wirklichkeit. *physioaustria inform* 2013; 2: 15
- [9] Hüter-Becker A. *Physiotherapie in der Psychiatrie*. Stuttgart: Thieme; 2004
- [10] Pötz H. Professionelle Distanz nützt Therapeut und Patient. *physiopraxis* 2009; 7: 52–54
- [11] Girbig M, Deckert S, Druschke D et al. Arbeitsbedingte Belastungen, Beschwerden und Erkrankungen von Physiotherapeuten in Deutschland. Ergebnisse einer Fokusgruppendifkussion. *physioscience* 2013; 9: 66–71
- [12] Girbig M, Freiberg A, Deckert S et al. Work-related exposures and disorders among physical therapists: experiences and beliefs of professional representatives assessed using a qualitative approach. *J Occup Med Toxicol* 2017; 12: 2
- [13] Geisler L. *Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch*. Frankfurt: Pharma; 1992
- [14] Duppel S. *Nähe und Distanz als gesellschaftliche Grundlegung in der ambulanten Pflege*. Bremer Schriften. Hannover: Schlüter; 2005
- [15] Dehn-Hindenburg A. *Gesundheitskommunikation im Therapieprozess*. Idstein: Schulz-Kirchner; 2010
- [16] Buch K. *Burn-out-Krisen bei Ärzten – ein vernachlässigtes Problem?* Bad Kissingen: Fachkliniken Heiligenfeld; 2005
- [17] Kerbs T. *Das Arzt-Patienten-Verhältnis. Eine Literaturstudie zu den psychologischen Implikationen eines unterschätzten Beziehungsproblems*. München: Grin; 2002
- [18] *Innungskrankenkasse. Branchenreport*. Dresden: Deutsche Innungs-krankenkasse; 2007
- [19] Antonovsky A. *Health, Stress and Coping. New perspectives on mental physical well-being*. San-Francisco: Jossey-Bass; 1979
- [20] Waller H. *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer; 2006
- [21] Lazarus R. Psychological stress and coping in adaptation and illness. *Int J Psychiatry Med* 1974; 5: 321–333
- [22] Antonovsky A. *Unravelling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San-Francisco: Jossey-Bass; 1987
- [23] Antonovsky A. The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale. *Soc Sci Med* 1993; 36: 725–733
- [24] Schumacher J, Wilz G, Gunzelmann T et al. Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky. Teststatistische Überprüfung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe und Konstruktion einer Kurzskala. *Psychother Psych Med* 2000; 50: 472–482
- [25] Singer S, Brähler D. Die „Sense of Coherence Scale“. Testhandbuch zur deutschen Version. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 2007
- [26] Döring N, Bortz J. *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Berlin: Springer; 2016
- [27] Brattig B, Schablon A, Nienhaus A et al. Occupational accident and disease claims, work-related stress and job satisfaction of physiotherapists. *J Occup Med Toxicol* 2014; 9: 36
- [28] Fischer M, Mitsche M, Endler C et al. Burnout in physiotherapists in South Tyrol: use of clinical supervision and desire for emotional closeness and distance to clients. *Int J Ther Rehab* 2013; 20: 550–558
- [29] Burtchen I. Berufsbedingte Belastungen von Physiotherapeuten und ihre Bewältigung! *pt\_Z Physiother* 2006; 58: 2–5

- [30] Gröbel S. Psychosoziale Belastungen von PhysiotherapeutInnen. Querschnittsstudie zur Arbeitsbelastung mittels des Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *pt\_Z Physiother* 2008; 60: 1068 – 1073
- [31] Maslach C, Jackson S, Leiter M. *The Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1996
- [32] Halpern J. What is Clinical Empathy? *J Gen Inter Med* 2003; 18: 670 – 674
- [33] Marcum J. *An Introductory Philosophy of Medicine. Humanizing Modern Medicine*. Heidelberg: Springer; 2008
- [34] Mandy A, Rouse S. Burnout and workstress in junior physiotherapists. *Br J Ther Rehab* 1997; 4: 597 – 603
- [35] Lothaller H. Die „rush hour“ des Lebens und die Bedeutung der Familienarbeit und ihrer Aufteilung. *Journal für Generationengerechtigkeit* 2009; 9: 52 – 56
- [36] Riegger M. Empathische Wahrnehmung des kulturell Fremden. Neun Konstruktionsmuster und deren Bedeutung für interkulturelle Bildungsprozesse. *interculture journal* 2013; 12/21: 45 – 58
- [37] Fengler J. Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation (Leben Lernen 77). München: Pfeiffer; 2000
- [38] Häfner S. *Die Balintgruppe. Praktische Anleitung für Teilnehmer*. Im Auftrag der Deutschen Balint-Gesellschaft. Köln: Dt. Ärzte-Verlag; 2006
- [39] Lüsebrink HJ. *Interkulturelle Kommunikation. Interaktion, Fremdwahrnehmung, Kulturtransfer*. Stuttgart: Metzler; 2005
- [40] Leenen WR, Groß A, Grosch H. *Interkulturelle Kompetenz in der Sozialen Arbeit*. In: Auernheimer G, Hrsg. *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität*. Wiesbaden: VS; 2002