

Ärztegesundheit – eine Einführung anhand eines narrativen Reviews

Physicians' Health – a Narrative Review

Sven Schulz¹, Marianne Großmann¹, Katja Stengler¹, Franziska Einsle², André Rochfort³, Jochen Gensichen¹

Einleitung: Ärztegesundheit wird international seit einigen Jahren untersucht und findet auch in Deutschland zunehmend Beachtung. Bezüglich der Aspekte Arzt als Patient und Arzt als Arzt-Behandler soll dargestellt werden, ob und in welcher Art Handlungsbedarf in Deutschland besteht.

Methoden: Diesem narrativen Review liegt eine selektive Literaturrecherche, ergänzt durch eine themengeleitete Internetsuche zugrunde.

Ergebnisse: Für den vorliegenden narrativen Review wurden 4 Leitlinien, 18 Übersichtsartikel/ Reviews, 19 Beobachtungsstudien und 2 Erfahrungsberichte/Kasuistiken ausgewertet.

Schlussfolgerungen: Werden Ärzte krank, ist sowohl die Rolle des Arztes als Patient als auch die des Arztes als Arzt-Behandler von spezifischen Herausforderungen im Umgang mit den jeweiligen Situationen geprägt. Während international Leitlinien vorhanden sind, fehlen in Deutschland systematische Untersuchungen zum Thema.

Schlüsselwörter: Arzt-Patienten-Beziehung; Selbstbehandlung; Ärztegesundheit; Arzt-Patienten

Introduction: Doctors' health has been researched internationally for several years and has also attracted increasing attention in Germany. With regards to the perspectives of 'doctor as patient' and 'doctor as treating other doctors' we have examined whether or not there is a need for action in Germany.

Methods: We carried out a selective literature review, complemented by a thematic guided internet search.

Results: For the present narrative review 4 guidelines, 18 review articles, 19 observational studies, and 2 case reports were evaluated.

Conclusions: If doctors become ill, both their role as a patient as well as their doctor's role in treating another doctor is formed by specific challenges in dealing in certain situations. While international guidelines are available, in Germany systematic studies on the topic are missing.

Keywords [MeSH]: Doctor Patient Relationship; Self-Treatment; Physician Health; Doctor-Patients

Einleitung

Das Thema Ärztegesundheit findet auch in Deutschland zunehmend Beachtung [1]. Folgende Aspekte sind für die Ärztegesundheit insbesondere relevant:

- Ärztliche Arbeitsbelastung und Gesundheitsfolgen
- Gesundheitsverhalten von Ärzten
- Ärzte als Patienten, im weiteren als „Arzt-Patient“ bezeichnet
- Ärzte behandelnde Kollegen, im weiteren als „Arzt-Behandler“ bezeichnet

Gut beforscht sind „Ärztliche Arbeitsbelastung und Gesundheitsfolgen“. Der

Zusammenhang zwischen arbeitsbedingter (psychosozialer) Belastung und Depression, Suchtverhalten oder dem sog. Burnout ist für Ärzte belegt [2–5]. Ein Ungleichgewicht zwischen hoher beruflicher Anforderung und erhaltener Anerkennung kann zu einer „Gratifikationskrise“ [6] führen und die mentale Gesundheit negativ beeinflussen [2, 6–8]. Besonders hervorzuheben ist die unter Ärzten im Vergleich zur Normalbevölkerung erhöhte Suizidrate [9, 10]. Hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens von Ärzten geben Studien Hinweise darauf, dass Ärzte sich im Gesundheitsstatus nicht von der Gesamt-

bevölkerung unterscheiden und tendenziell sogar ein gesundheitsbewussteres Verhalten hinsichtlich Ernährung, körperlicher Aktivität sowie Nikotin- und Alkoholabusus zeigen [11, 12]. Ein Vergleich von Hausärzten und Rechtsanwälten in Deutschland zeigte, dass Hausärzte einen günstigeren BMI-Wert, eine gesündere Ernährung und geringeren Nikotinabusus haben, auch wenn die Autoren der Untersuchung feststellen, dass das Gesundheitsverhalten der Hausärzte nicht optimal sei [13].

Ein idealisiertes Selbstbild der Ärzte impliziert darüber hinaus, dass sie selbst nicht von Krankheit betroffen sein kön-

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena

² SRH Fachhochschule für Gesundheit, Gera

³ Irish College of General Practitioners, Dublin, Ireland

Peer reviewed article eingereicht: 06.02.2014, akzeptiert: 24.04.2014

DOI 10.3238/zfa.2014.0261-0265

nen und regelrecht unverwundbar seien [14, 15]. Dieses Bild wird nach wie vor sowohl von Angehörigen der Profession als auch der Gesellschaft getragen [16]. Zur Erklärung wird in den meisten Studien das Modell der klassischen Rollenerwartungen genutzt [17]. Demnach ist die Arztrolle geprägt von „affektiver Neutralität“, „universalistischer Orientierung“, „Kompetenz“, „funktionaler Spezifität“ und „Altruismus“ [17]. Die Kranken- oder Patientenrolle ist u.a. mit der Befreiung von einzelnen sozialen Normen, bei gleichzeitiger Verpflichtung den professionellen Anweisungen zu folgen, verbunden [17]. Neuere Rollenzuschreibungen sehen den Patienten auch als Kunden, Konsumenten oder mündigen Partner (Partizipative Entscheidungsfindung) [18]. Erkrankt ein Arzt selbst, kann es zu Rollenkonflikten [19] kommen. Rollenkonflikte können sowohl den Arzt als Patienten, als auch den Arzt als Behandler betreffen. Entsprechend stellt die dynamische Interaktion zwischen Arzt-Behandlern und ihren medizinisch gebildeten Patienten eine komplexe Beziehungssituation dar [20].

Um ableiten zu können, ob und in welcher Art in Deutschland Handlungsbedarf bezüglich des Arztes als Patient bzw. Arztes als Arzt-Behandler besteht, ist es Ziel des vorliegenden Artikels, die aktuelle Literatur zu diesen beiden Aspekten unter besonderer Berücksichtigung der Situation in Deutschland darzustellen.

Methoden

Grundlage für diesen narrativen Review ist eine selektive Literatursuche in der Datenbank Pubmed, ergänzt durch eine freie Internetsuche (deutsch und englisch). In einem ersten explorativen Schritt wurden die Suchbegriffe „Arzt-gesundheit“, „Selbstbehandlung“ und „Burnout“ und deren englische Versionen (doctors health, physician health, self-treatment, burnout) genutzt. Nach erster Analyse der recherchierten Literatur erfolgte eine erneute selektive Literatursuche in den oben beschriebenen Quellen anhand der Begriffe „Arzt-Patient“ (doctor-patient), „Arbeitsbelastung“ (working condition), „Krankheitsverhalten“ (illness behavior) und „Arzt-Patientenbeziehung“ (doctor-pa-

tient relationship). Anschließend wurden Titel, Abstracts und schließlich Volltextartikel hinsichtlich der Themen „Gesundheitsverhalten von Ärzten“, „Krankheitsverhalten von Ärzten“, „Arbeitsbelastung und deren Auswirkungen auf Ärzte“, „die Arztrolle“, „Arzt-Patientenbeziehung“, „Arzt-Patient“ und „Arzt-Behandler“ durch zwei unabhängige Personen überprüft. Die wissenschaftliche Qualität der Publikationen wurde beurteilt und anschließend erfolgte die Extrahierung der folgenden Aspekte mittels inhaltlicher Textanalyse: „Ärzte als Patienten“ und die „Arzt als Arzt-Behandler“. Es wurden Leitlinien, Übersichtsarbeiten, Beobachtungsstudien und Erfahrungsberichte/Kasuistiken eingeschlossen. Ergebnisse der Biografie- und Professionsforschung wurden nicht einbezogen. Studien, die sich auf Medizinstudierende oder andere Berufsgruppen des Gesundheitswesens beziehen, wurden ausgeschlossen. Studien, die eine andere thematische Hauptfragestellung hatten, wurden ebenfalls nicht berücksichtigt.

Ergebnisse

Initial wurden 116 Artikel über den Titel identifiziert, von denen 90 Abstracts und 40 Volltextartikel bezüglich der o.g. Aspekte ausgewertet werden konnten. Für die vorliegende Übersichtsarbeit wurden 4 Leitlinien, 18 Übersichtsartikel/Reviews, 19 Beobachtungsstudien und 2 Erfahrungsberichte/Kasuistiken ausgewertet. Im Folgenden werden die Aussagen zu Arzt als Patient und Arzt-Behandler zusammengefasst vorgestellt.

Arzt-Patient

Im *NHS Practitioner Health Program* wurden 10,4 % der Ärzte wegen physischer Erkrankung behandelt [21]. In einer Befragung von 358 australischen Ärzten gaben 44 % an, ein chronisches Gesundheitsproblem zu haben [22]. Darüber hinaus zeigte ein Review, dass unter den Ärzten eine hohe Rate an psychischen Erkrankungen existiert [5].

Nach Angaben von Arzt-Behandlern fällt es den Arzt-Patienten schwer, sich mit der eigenen Kranken- bzw. der Patientenrolle zu identifizieren [20]. Arzt-Behandler berichten dabei über: Scham, Stigmatisierungsbefürchtungen und

existenzielle Ängste ihrer Arzt-Patienten [23]. Mundle beschreibt, basierend auf Daten internationaler Studien, dass insbesondere Suchtprobleme von Arzt-Patienten zeitlich später anerkannt und präsentiert würden als in der nichtärztlichen Bevölkerung [23]. Die Ärzte-Behandler erklären dies mit dem Wunsch ihrer Arzt-Patienten: „...seelisch stabil, immer hilfsbereit und möglichst anhaltend belastbar ... zu sein [23].“

Arzt-Patienten schildern ihre wahrgenommene „Verlegenheit krank zu sein“, die „Angst damit eine Schwäche einzugestehen“ und „sich als kranker Arzt unfähig zu fühlen“, pointiert in der Aussage eines interviewten, selbst erkrankten Arztes: „*Illness doesn't belong to us. It belongs to them, the patients* (Krankheit gehört nicht zu uns, sie gehört zu ihnen, den Patienten)“ [24]. Arzt-Patienten berichten auch über ihre Schwierigkeit, ein „guter Patient“ zu sein [25]. Sie beschreiben eine Gratwanderung zwischen zu hohen oder zu nüchternen Erwartungen an das Gesundheitssystem und von ihrer Sorge bevorzugt oder nachlässig behandelt zu werden [25].

Die hohen psychischen Belastungen im Gesundheitssektor schlagen sich nicht in der Inanspruchnahme von Krankentagen nieder [2, 7, 26]. In einer Befragung von englischen Arzt-Patienten, die wegen einer chronischen psychischen Erkrankung in Behandlung waren, gaben nur 5 % an, jemals wegen ihrer Erkrankung im Arbeitsleben ausgefallen zu sein [16]. Die Autoren erklären dies mit dem oben beschriebenen Rollenbild der Ärzte, das dazu führe, dass Ärzte auch im Krankheitsfall weiter funktionieren und sich adaptieren. Für Deutschland zeigte der BKK Gesundheitsreport, dass Ärzte mit acht Fehltagen im Jahr zu den Berufsgruppen mit den wenigsten Fehltagen gehören [26]. Als Grund für die geringe Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei Arzt-Patienten wird auf die umfassenden Freiheitsprivilegien der ärztlichen Tätigkeit (berufliche Autonomie) und die damit einhergehende Verantwortung als Selbstständiger hingewiesen [27, 28].

Das Konsultationsverhalten kanadischer Ärzte im eigenen Krankheitsfall wurde anhand von Szenarios untersucht [29]: Bezüglich eines eigenen fieberhaften Infektes gab die Hälfte der Befragten

an, dass sie einen ärztlichen Kollegen aufsuchen würden. 20 % würden einen Kollegen bitten, ein Antibiotikum zu verschreiben. Von 27 % der Ärzte wurde das eigene Konsultationsverhalten im Umgang mit einer somatischen Erkrankung als unangemessen bewertet. Im Falle einer eigenen psychischen Erkrankung würden 53 % der Befragten nicht entsprechend den Empfehlungen der zuständigen *Canadian Medical Education* (CMA) handeln [29]. Des Weiteren zeigte eine ebenfalls auf Fallvignetten basierende Befragung mit 358 australischen Ärzten, dass 90 % der Befragten in akuten Erkrankungssituationen eine Selbstbehandlung akzeptieren (25 % bei einer chronischen Erkrankung) [22]. Eine Befragung bei US-amerikanischen Neurologen zeigte, dass 38 % eine Selbstdiagnostik und -behandlung praktizieren (u.a. 33 % Bluttests, 20 % bildgebende Verfahren) [30]. Ein Review mit Fokus auf norwegische Studienergebnisse ergab, dass Ärzte seltener wegen Krankheit von der Arbeit fernbleiben, dass sie dazu tendieren weniger die Angebote der medizinischen Grundversorgung und Vorsorgeuntersuchungen wahrzunehmen und dass sie sich häufig selbst behandeln [31]. Selbstbehandlung und -medikation findet bereits am Anfang der ärztlichen Tätigkeit statt und umfasst vor allem folgende Medikamentengruppen: Analgetika, Antibiotika, Kontrazeptiva und Schlafmittel [32–35].

Arzt-Behandler

Ärzte sehen sich in der Situation als Arzt-Behandler in einer schwierigen Arzt-Patienten-Beziehung, da sie auf einen grundsätzlich ärztlich kompetenten, aber befangenen Kollegen trafen. Der Aufbau einer vertrauensvollen und umsichtigen Arzt-Patienten-Beziehung sei schwieriger als mit nicht-ärztlichen Patienten [25]. Kasuistiken schildern, dass erkrankte Ärzte als ko-diagnostizierende, ko-therapierende und kompetente Kollegen angesehen würden [36]. Eine britische Ärztebefragung bestätigt diese Ergebnisse [24]. Arzt-Patienten werden dann nicht als „normale“ Patienten behandelt und die besondere Behandlungssituation beeinträchtigt den Arzt-Behandler in seiner Arbeit [25].

Konsultationen für Arzt-Patienten oder auch für deren Angehörige werden teilweise informell durchgeführt [33, 37,

38]. Kennzeichnende Merkmale für solche informellen Konsultationen sind:

- Der Patient wird nicht vom Behandler untersucht.
- Es gibt nicht immer eine direkte und persönliche Kommunikation zwischen dem Ratsuchenden und dem Befragten.
- Es liegt keine vollständige Einsicht in die Krankenakte vor.
- Es gibt keine verpflichtende förmliche Konsultation.
- Die Konsultation wird nicht schriftlich erfasst.
- Die informelle Konsultation wird nicht finanziell abgerechnet.
- Der Rat wird an den behandelnden Arzt weitergegeben, nicht an den Ratsuchenden selbst [39].

Die Behandlung von Angehörigen wurde bei US-Krankenhausärzten untersucht. Alle gaben an, dass sie bereits Anforderungen von Familienmitgliedern zu Diagnosestellung und Therapie erlebt hatten [38]. 83 % hatten Arzneimittel für Familienmitglieder rezeptiert und 9 % hatten Familienmitglieder selbst operiert [38].

Diskussion

Die vorliegende Darstellung führt in zwei Aspekte der „Ärztegesundheit“ ein. Vergleiche der Prävalenz somatischer und psychischer Erkrankungen bei Ärzten mit der allgemeinen Bevölkerung sind nicht vorhanden. Werden Ärzte krank, ist sowohl die Rolle des Arzt-Patienten als auch die des Arzt-Behandlers von den spezifischen Herausforderungen im Umgang mit der jeweiligen Situation geprägt.

Vorhandene internationale Leitlinien, wie z.B. der *British Medical Association* [21], fordern einen verantwortungsbewussten Umgang mit den ratsuchenden Kollegen und die Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse der Arzt-Patienten. Ärzte sollten im Falle der Behandlung von Kollegen die Behandlungssituation auf die formelle Konsultationssituation bestehen [40]. Arzt-Patienten sollen darüber hinaus als reguläre Patienten und nicht als ärztliche Kollegen mit besonderer Fachkenntnis behandelt werden. Sie sollen den gleichen vertraulichen Umgang im Gesundheitssystem haben wie andere Patienten.

Arzt-Patienten sollen sich selbst als Patienten wahrnehmen. Vor ärztlicher Selbst- und Angehörigenbehandlung wird gewarnt. Jeder Arzt wird angehalten, regelmäßig einen persönlichen Hausarzt zu konsultieren. Diese Empfehlungen wurden inzwischen vom *College of Physicians and Surgeons of Ontario* [41] oder vom *Irish College of General Practitioners* [42] übernommen.

Die Behandlung nahestehender Personen sowie von Familienmitgliedern wird u.a. in den Handlungsempfehlungen der *British Medical Association* als inadäquat abgelehnt und sei zu vermeiden [21]. Für den Umgang mit ratsuchenden Familienangehörigen oder Freunden sind Empfehlungen und Kommunikationshilfen veröffentlicht worden [43].

Die dargestellten Empfehlungen internationaler Leitlinien [21, 41, 44] beruhen v.a. auf theoretisch-normativen Argumentationen oder auf klinischer Erfahrung und sind in ihrer methodischen Entwicklung oft wenig systematisch. Grundsätzlich aber wird empfohlen, dass Ärzte als Arzt-Patienten und als Arzt-Behandler das traditionelle Rollenbild des eigenen Berufes reflektieren und die Barrieren erkennen sollten [23, 27, 45].

In der Leitlinie der *British Medical Association* wird darüber hinaus für frühe spezifische Interventionen, wie z.B. Spezialsprechstunden für Arzt-Patienten von speziell geschulten Arzt-Behandlern plädiert [21]. Dazu sollen spezifische Versorgungseinrichtungen flächendeckend für Mitarbeiter des Gesundheitswesens und deren Familien zur Verfügung gestellt werden [32, 35, 37, 46]. Entsprechende Erfahrungen aus Irland, Großbritannien, Norwegen und den USA zeigen hier positive Wirkungen [5]. Ein Report aus Großbritannien zeigte darüber hinaus die Kosteneffektivität und den finanziellen Nutzen von frühzeitig genesenen Ärzten für das Gesundheitswesen [47].

Die dargestellten Empfehlungen lassen sich nicht ohne weiteres auf die Situation in Deutschland, u.a. durch differierende Gesundheitssysteme, übertragen. Zwar sind erste Hilfsangebote, wie z.B. Programme für suchtkranke Ärzte auch in Deutschland gestartet [48], bislang fehlen jedoch systematische Untersuchungen zur Darstellung der hiesigen Situation und zu den Effekten von ent-

Dr. med. Sven Schulz ...

... wissenschaftlicher Mitarbeiter/Lehrkoordinator am Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Jena, seit 2009 in hausärztlicher Praxis in Camburg angestellt/tätig, Moderator eines hausärztlichen Qualitätszirkels

sprechenden Maßnahmen für die betroffenen Ärzte.

Folgende Limitationen der vorliegenden Arbeit sind zu berücksichtigen. Die hier zugrundeliegende selektive Literatursuche bleibt unvollständig und ein möglicher Bias ist nicht sicher auszuschließen [49]. Die gefundenen Untersuchungen sind in ihrer methodischen Qualität häufig beschränkt.

Spezifische Messinstrumente zur Erfassung von Selbstbehandlung oder des Konsultationsverhaltens stehen bisher nicht zur Verfügung, sodass Daten nicht systematisch vergleichbar sind.

Zusammenfassend zeigt sich, dass zu beiden Aspekten der Ärztegesundheit in verschiedenen Ländern Handlungsempfehlungen existieren, für Deutschland aber kaum Studien und keine Leitli-

nien vorliegen. Der hier vorgelegten Darstellung sollten systematische Untersuchungen folgen, bevor (eventuell) konkrete Empfehlungen auch für Deutschland ausgesprochen werden können.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Sven Schulz
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Jena
Bachstraße 18,
07743 Jena
Tel.: 03641 939-5804
sven.schulz@med.uni-jena.de

Literatur

- Zendler M, Krug S. Gestaltung ärztlicher Arbeitsbedingungen: Arbeitsgestaltung aus Sicht der Kaufmännischen Leitung. In: Schwartz FW, Angerer P (Hrsg.). Report Versorgungsforschung: Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2010: 403–10
- Bergner T. Lebensaufgabe statt Lebensaufgabe. Dtsch Arztebl 2004; 101: A2232–A4
- Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. Scand J Work Environ Health 2006; 32: 443–62
- Fuchs S, Endler PC, Mesenholl E, Pass P, Frass M. Burnout bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin. Wien Med Wochenschr 2009; 159: 188–91
- Brooks SK, Gerada C, Chalder T. Review of literature on the mental health of doctors: are specialist services needed? J Ment Health 2011; 20: 146–56
- Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. J Occup Health Psychol 1996; 1: 27–41
- Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Bauer G, Hammig O, Klaghofer R. Arbeitsstress, Gesundheit und Lebenszufriedenheit junger Ärztinnen und Ärzte. Ergebnisse einer Schweizer Longitudinalstudie. Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 2441–7
- Angerer P, Petru R, Nowak D, Weigl M. Arbeitsbedingungen und Depression bei Ärzten. Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 26–9
- Jurkat HB. Lebensqualität bei Ärztinnen und Ärzten – Erfahrungen aus der empirischen Forschung. Dtsch Med Wochenschr 2008; 133: 14–6
- Aasland OG, Hem E, Haldorsen T, Ekeberg O. Mortality among Norwegian doctors 1960–2000. BMC Public Health 2011; 11: 173
- Suske W, Kaiser W, Salomon F, Briner VA. Ärzte als Vorbilder für ihre Patienten? Schweizärzteztg 2007; 88: 1591–5
- Frank E, Segura C. Health practices of Canadian physicians. Can Fam Physician 2009; 55: 810–1
- Kaiser P, Noack A, Donner-Banzhoff N, Keller S, Baum E. Hausärztinnen und Hausärzte als Gesundheitsvorbilder? Ein Vergleich des Gesundheitsverhaltens von HausärztInnen und RechtsanwältInnen. Z Allg Med 2005; 81: 419–22
- Schrauth M, Kowalski A, Weyrich P, et al. Selbstbild, Arztbild und Arztideal: Ein Vergleich Medizinstudierender 1981 und 2006. Psychother Psychosom Med Psychol 2009; 59: 446–53
- Beelmann K. Interventionsprogramm der Ärztekammer Hamburg bei Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen „Widerwille gegen die Schnapsflasche“. hAb 2003; 6–7: 286–9
- Gautam M, MacDonald R. Helping physicians cope with their own chronic illnesses. West J Med 2001; 175: 336–8
- Parsons T. Illness and the role of the physician: a sociological perspective. Am J Orthopsychiatry 1951; 21: 452–60
- Buddeberg JW (Hrsg.). Psychosoziale Medizin. Heidelberg, Berlin: Springer, 2004
- Dahrendorf R. Homo Sociologicus. Ein Versuch zur Geschichte, Bedeutung und Kritik der Kategorie der sozialen Rolle, 16. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2006
- Fox FE, Taylor GJ, Harris MF, et al. „It's crucial they're treated as patients“: ethical guidance and empirical evidence regarding treating doctor-patients. J Med Ethics 2010; 36: 7–11
- British Medical Association. Ethical responsibilities in treating doctors who are patients – guidance from the BMA medical ethics department. London: BMA, 2010
- Davidson SK, Schattner PL. Doctors' health-seeking behaviour: a questionnaire survey. Med J Aust 2003; 179: 302–5
- Mundle G, Jurkat HB, Reimer C, Beelmann K, Kaufmann M, Cimander KE. Suchttherapie bei abhängigen Ärzten – Strategien der Prävention und Therapie. Psychotherapeut 2006; 52: 273–9
- McKevitt C, Morgan M. Illness doesn't belong to us. J R Soc Med 1997; 90: 491–5
- Fox F, Harris M, Taylor G, et al. What happens when doctors are patients? Qualitative study of GPs. Br J Gen Pract 2009; 59: 811–8
- BKK. BKK Gesundheitsreport 2010 – Gesundheit in einer älter werdenden Gesellschaft. Berlin: BKK Bundesverband, 2010
- Marshall EJ. Doctors' health and fitness to practise: treating addicted doctors. Occup Med (Lond) 2008; 58: 334–40
- Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. Br J Gen Pract 2008; 58: 501–8
- Campbell S, Delva D. Physician do not heal thyself. Survey of personal health practices among medical residents. Can Fam Physician 2003; 49: 1121–7

30. Evans RW, Lipton RB, Ritz KA. A survey of neurologists on self-treatment and treatment of their families. *Headache* 2007; 47: 58–64
31. Tyssen R. Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. *Ind Health* 2007; 45: 599–610
32. Hem E, Stokke G, Tyssen R, Gronvold NT, Vaglum P, Ekeberg O. Self-prescribing among young Norwegian doctors: a nine-year follow-up study of a nationwide sample. *BMC Med* 2005; 3: 16
33. Hooper C, Meakin R, Jones M. Where students go when they are ill: how medical students access health care. *Med Educ* 2005; 39: 588–93
34. Krall EJ. Doctors who doctor self, family, and colleagues. *WMJ* 2008; 107: 279–84
35. Montgomery AJ, Bradley C, Rochfort A, Panagopoulou E. A review of self-medication in physicians and medical students. *Occup Med (Lond)* 2011; 61: 490–7
36. Ripke T. Der kranke Arzt – Chance zum besseren Verständnis des Patienten. *Dtsch Arztebl* 2000; 97: A-237–40
37. Rosvold EO, Bjertness E. Illness behaviour among Norwegian physicians. *Scand J Public Health* 2002; 30: 125–32
38. La Puma J, Stocking CB, La Voie D, Darling CA. When physicians treat members of their own families. Practices in a community hospital. *N Engl J Med* 1991; 325: 1290–4
39. Olick RS, Bergus GR. Malpractice liability for informal consultations. *Fam Med* 2003; 35: 476–81
40. Johnson LJ. Malpractice consult. Should you give informal medical advice? *Med Econ* 2007; 84: 36
41. College of Physicians and Surgeons of Ontario. Treating self and family members. *CPSO Policy Statement* 2007; 7: 1–4
42. http://www.icgp.ie/go/in_the_practice/doctors_health (letzter Zugriff am 10.01.2014)
43. Eastwood GL. When relatives and friends ask physicians for medical advice: ethical, legal, and practical considerations. *J Gen Intern Med* 2009; 24: 1333–5
44. Royal Australian College of General Practitioners. The RACGP curriculum for Australian general practice 2011. South Melbourne, Victoria: The Royal Australian College of General Practitioners, 2011
45. Maulen B. Ärzte als Patienten-Ärzte als Behandler von Ärzten. *Dtsch Med Wochenschr* 2008; 133: 30–3
46. Walter JK, Lang CW, Ross LF. When physicians forego the doctor-patient relationship, should they elect to self-prescribe or curbside? An empirical and ethical analysis. *J Med Ethics* 2010; 36: 19–23
47. Practitioner Health Programme, London Specialised Commissioning Group. NHS Practitioner Health Programme – Report on the two year prototype service; October 2008 – September 2010. London: NHS, 2010
48. <http://www.bundesaeztekammer.de/page.asp?his=1.9147.9652.9653> (letzter Zugriff am 10.01.2014)
49. Green BN, Johnson CD, Adams A. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *Journal of chiropractic medicine* 2006; 5: 101–17



DEGAM-Leitlinien frei im Netz

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) stehen frei im Internet zur Verfügung. Die wissenschaftlich fundierten und vor der Veröffentlichung in Praxen erprobten DEGAM-Leitlinien richten sich nicht nur an Hausärzte, sondern auch an Patienten und Praxismitarbeiter. Neben der Langversion gibt es eine Kurzfassung als laminierte, zweiseitige Tischkarte im A5-Format. Mehrere tausend Leitlinien-Sets werden in Praxen und Universitäten in der täglichen Arbeit mit Patienten eingesetzt. Alle Module können auf der DEGAM-Leitlinien-Homepage (www.degam-leitlinien.de) oder auf der Homepage der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, <http://leitlinien.net/>) bei Bedarf heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Kontakt:

Philipp Leson
DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Johann Wolfgang Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
Telefon: 069 65007245
Fax: 069 68974602
E-Mail: presse@degam.de
Homepage: www.degam.de

Dr. phil. Anja Wollny
DEGAM-Geschäftsstelle „Leitlinien“
c/o Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Rostock
Doberaner Str. 142
18057 Rostock
Telefon: 0381 4942484
Fax: 0381 4942482
E-Mail: degam.leitlinien@med.uni-rostock.de