

# Konsultationen unter BerufskollegInnen – ein oft unterschätzte Herausforderung

Klaus Bally

Universitäres Zentrum für  
Hausarztmedizin beider Basel



# Stellen Sie sich vor:

Sie selbst haben Fieber, Husten und Kurzatmigkeit seit einer knappen Woche. Sie meinen, sie könnten eine Pneumonie haben. Was tun Sie?

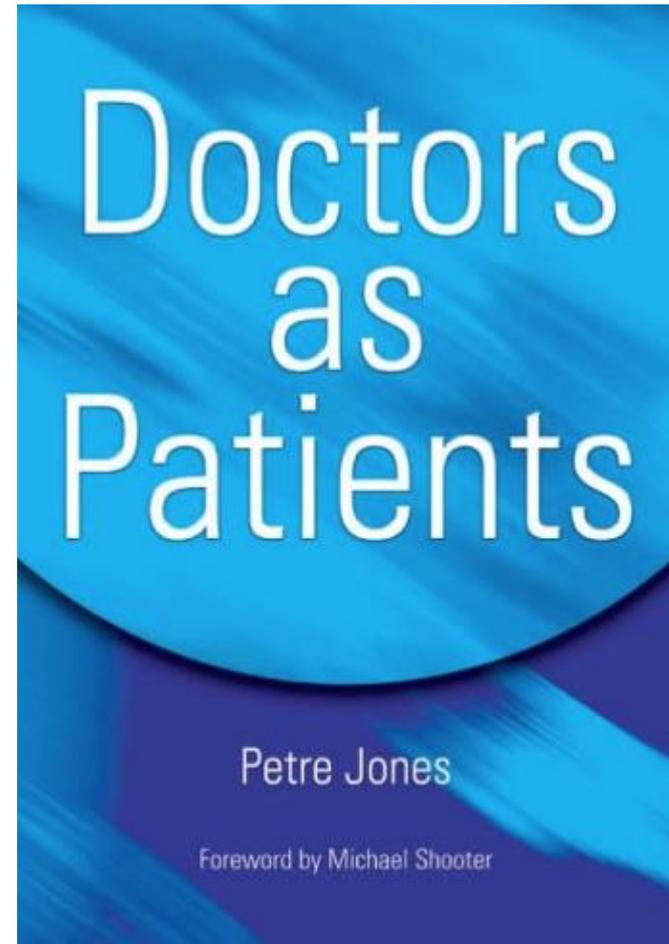
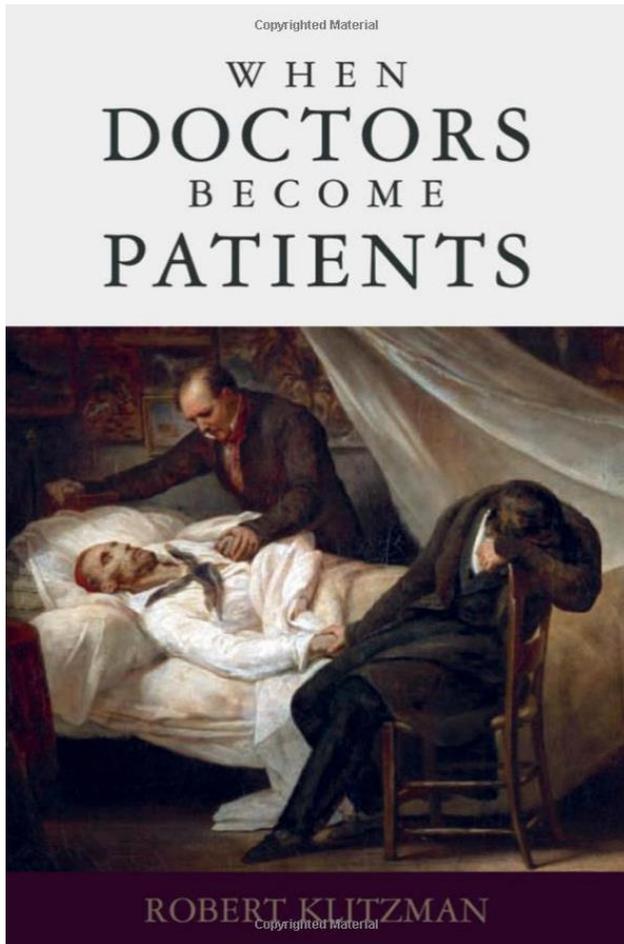
Besuch bei Ihrem Hausarzt?

Antibiotika in der Apotheke holen?

Einen Kollegen fragen, ob er Ihre Lunge abhören könne?



# Wie verhalte ich mich als behandelnder oder auch als behandelter Arzt?



Universitäres Zentrum für  
Hausarztmedizin beider Basel



## When the doctor is sick too

Last week on June 24, the health and wellbeing of junior doctors in the UK was the focus of a meeting held at the Royal College of Psychiatrists, organised by Clare Gerada, Medical Director of the NHS Practitioner Health Programme. In the shadow of Brexit, the vote by the UK to leave the European Union, the mood of the attendees was downbeat, with recognition that the health of all UK citizens was threatened in the uncertain economic landscape of the future. But it was the particular factors affecting the health and wellbeing of junior doctors,

Many attendees at the meeting described an increasing separation between clinicians and managers, and between doctors and other health practitioners in both hospitals and general practice, leading to isolation and a loss of teamwork. Bullying—a symptom of a stressed toxic organisation—is commonplace, leading to more stress in individuals.

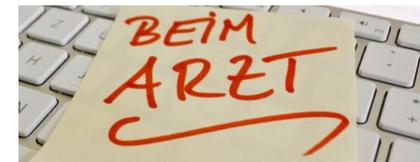
In the view of Simon Wessely, President of the Royal College of Psychiatrists, it is not only the individual's stress or lack of resilience that is the problem, but



istockphoto

Doctors are notoriously bad at seeking help for themselves when ill. According to Gerada, doctors are on a par with the homeless in the UK in terms of barriers to access to health care. Admission and acceptance of illness in themselves is an alien concept to many doctors, so that presenting late with a serious condition is common. Doctors find it difficult to take time off to seek help, might not register with a general practitioner because of frequent moves due to jobs, are reluctant to disclose symptoms, and fear the stigma and career consequences of admitting illness. "I treat sickness; I don't get sick myself" is a pervasive, and damaging, concept. Mental ill health is more common in doctors than in other professional groups, with high rates of anxiety and depression, suicide (especially in women), burnout, and substance misuse, including alcohol and benzodiazepines.

THE LANCET  
Volume 388, Issue 10039, 2–8 July 2016, Page 1



Universitäres Zentrum für  
Hausarztmedizin beider Basel

# Doctors' health matters – kranke Ärzte kommen teuer zu stehen!

## Doctors' health matters

Barbara Weil

Leiterin Abteilung Gesundheitsförderung und Prävention

**Gesunde berufliche Rahmenbedingungen sind für eine hohe Patientensicherheit ebenso notwendig wie entsprechende Hilfsangebote.**

- nahmen seitens Arbeitgeber (in Zusammenarbeit mit der Fachstelle UND), Kinderkrippenvermittlung, oder das Label «Friendly Workspace» der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz.

Prävention und Gesundheitsförderung für Ärzte sollte zudem auch Eingang in die ärztliche Weiter- und Fortbildung finden. Die Gesundheit von Ärzten zu fördern und zu erhalten ist eine Notwendigkeit – sie dient der Behandlungsqualität und letztlich der Patientensicherheit. Die FMH will ihren Beitrag dazu leisten.

Schweizerische  
Ärztezeitung  
2015 ;96(25):899



# Ärzte sind auch Patienten – Ärzte behandeln auch Berufskollegen

- Sind Ärzte gesünder als die Durchschnittsbevölkerung?
- Verhalten sich Ärzte gesundheitsbewusster als die Durchschnittsbevölkerung?
- Macht die Arbeit als Arzt krank?
- Welche Rollenkonflikte können bei einer Beziehung eines Arztes als Patient mit einem Arzt als Behandelnder entstehen?
- Der Arzt als Patient – was gilt es zu beachten?
- Der Arzt als Behandelnder eines Arztes – was gilt es zu beachten?



# Ist das gemeint mit Doctor's health?

## Rezept-Guillotine für «Pensionierte»

Ausgangspunkt ist das schlichte Ansinnen, einige Tabletten Zolpidem zu kaufen. Nur, wer gemäss seiner Swiss Health Professional Card als Arzt/Ärztin mit dem Vermerk «pensioniert» figuriert, wird in der Apotheke ganz unvermutet diskriminiert. Der Ausweis befugt zwar weiterhin zu Verordnung und Bezug von Medikamenten, jedoch unter Ausschluss von «Betäubungsmitteln», sowie von «psychotropen Substanzen» (gem. Verordnung über die Betäubungsmittelkontrolle vom 25. Mai 2011). Dieses Novum kommt erst beim Präsentieren der Karte in der Apotheke zum Vorschein.

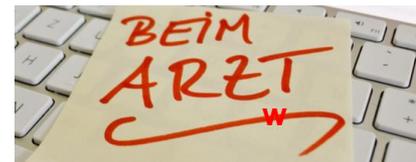
Faktisch entspricht es dem Entzug der fachlichen Eigenverantwortung, im gegebenen Fall betreffend eine «einfache» (!) Rezeptierung aus Liste b.

Universitäres Zentrum für  
Hausarztmedizin beider Basel

Schweizerische  
Ärztezeitung  
2015;96(25):899



Ich wollte sie nicht stören am Sonntag – habe mir bei dieser Bronchitis schon mal zwei Dosen Gentamycin aus meiner Apotheke subcutan injiziert



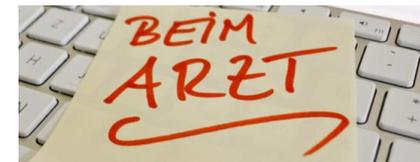
# Selbstmedikation

	T3 last year
	n (%)
Antibiotics	312 (80.6)
Contraceptive pills	90 (23.9)
Prescription analgesics	81 (20.9)
Hypnotics	48 (12.4)
Sedatives	12 (3.1)
Migraine medications	5 (1.3)
Other psychotropic medications	3 (0.8)
Antihypertensive medications	1 (0.3)

Mod. nach Hem E et al. BMC Med 2005

## Prädiktoren von Selbstmedikation nach 9 Berufsjahren:

Männliches Geschlecht, Selbstmedikation während Assistentenzeit, somatische Beschwerden, mentaler Stress, kein Hausarzt



# Selbstmedikation von Ärzten gefährdet nicht nur deren Gesundheit sondern auch diejenige der Patienten

- Unzweckmässige Selbstmedikation ist unter Ärzten und sogar unter Medizinstudierenden weit verbreitet.
- Unangebrachte Selbstmedikation hat wahrscheinlich schädigende Einflüsse auf die Gesundheit der Ärzte und somit auch indirekt auf die Behandlungsqualität der Patienten.
- Unüberlegte Selbstmedikation bedroht die Professionalität des Ärztestandes und wirkt sich schädigend aus auf das Vertrauen der Bevölkerung in die Ärzteschaft.

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

Universitäres Zentrum für  
Hausarztmedizin beider Basel



# Selbstbehandlung: Empfehlungen der American Medical Association

- Professionelles Urteilsvermögen könnte eingeschränkt sein
- Behandlung in Notfällen: Bis ein anderer Arzt zur Verfügung steht
- Selbstverordnung von Betäubungsmitteln inakzeptabel

Aus: AMA Code of Medical Ethics 1993, Kap 8.19



# Wer hat keinen Hausarzt? (915 Ärzte, USA)

Characteristic	Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)†	P‡
Specialty			
Pediatrics	1.0 (Referent)	1.0 (Referent)	...
Pathology	3.03 (1.39-6.62)	5.46 (2.09-14.29)	.001
Internal Medicine	2.35 (1.33-4.17)	3.26 (1.58-6.74)	.001
Surgery	1.83 (1.03-3.26)	2.42 (1.17-5.02)	.02
Other	1.63 (0.76-3.48)	3.00 (1.21-7.45)	.02
Psychiatry	0.94 (0.41-2.14)	1.18 (0.42-3.32)	.75
Locus of control‡			
Chance	1.65 (1.16-2.33)	1.90 (1.28-2.82)	.001
Powerful others	0.43 (0.30-0.63)	0.45 (0.29-0.68)	<.001
Internal	1.41 (1.00-2.00)	1.49 (1.01-2.22)	.04
Charlson comorbidity			
0	1.0 (Referent)	1.0 (Referent)	...
1-2	0.93 (0.68-1.27)	1.15 (0.79-1.69)	.47
≥2	0.46 (0.25-0.82)	0.40 (0.18-0.90)	.03

Gross CP, Arch Int Med 2000 Nov 27;  
160(21):3209-14.



# Ärzte tragen in der Regel Sorge zu ihrer Gesundheit

Clinical preventive health measures undertaken by physician respondents by sex, from time of survey:  $N = 3213$ ;  $P < .001$ .

PREVENTIVE MEASURE	% TOTAL	% FEMALE	% MALE
Physical checkup			
• < 1 y	39	48	35
• 1 < 2 y	22	25	20
• 2 < 3 y	9	10	9
• 3 < 4 y	4	3	4
• 4 < 5 y	3	2	4
• $\geq 5$ y	16	8	19
• Never	7	3	8
Blood pressure check			
• < 1 y	67	70	66
• 1 < 2 y	17	19	17
• 2 < 3 y	6	6	6
• 3 < 4 y	3	2	3
• 4 < 5 y	2	1	2
• $\geq 5$ y	5	2	6
• Never	1	1	1

Frank E, Segura C. Health practices of Canadian physicians. Can Fam Physician 2009; 55: 810–1



# Ärzte rauchen und trinken wenig

Tobacco use and alcohol consumption of physician respondents by sex:  $N = 3213$ .

SURVEY QUESTION	% TOTAL	% FEMALE	% MALE	P VALUE
How often do you now smoke cigarettes?				< .001
• Daily	8	8	8	
• Occasionally	6	4	6	
• Not at all	87	88	86	
When did you stop smoking cigarettes? (ex-smokers only)				.0009
• < 1 y ago	3	2	3	
• 1–2 y ago	3	2	3	
• 3–5 y ago	4	4	4	
• > 5 y ago	90	92	90	
In the past month have you done the following?				
• Smoked cigars	4	1	5	<.001
• Used chewing tobacco or snuff	0.4	0.3	0.4	<.0358
• Smoked a pipe	0.4	1	1	< .001
• Smoked part or all of a cigarette	4	3	5	< .001
How often do you now drink alcohol?				.001
• Less than once a mo	20	25	17	
• Once a mo	5	7	5	
• 2–3 times a mo	12	14	10	
• Once a wk	15	14	16	
• 2–3 times a wk	23	23	23	
• 4–6 times a wk	19	14	21	
• Every day	7	3	9	

Frank E, Segura C.  
Health practices of  
Canadian  
physicians.  
Can Fam Physician  
2009; 55: 810–1

Universitäres Zentrum für  
Hausarztmedizin beider Basel



# Ärzte verhalten sich mehrheitlich gesundheitsbewusst (Schweiz)

Tabelle 2

Body-Mass-Index (BMI). Ergebnisse der unter den Ärztinnen und Ärzten der SGIM-Jahresversammlung 2007 durchgeführten Umfrage und des Vergleichskollektivs der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 [8].

	SGIM-Umfrage Basel 2007	Gesundheitsbefragung Schweiz 2002
<i>Mittelwert Body-Mass-Index (BMI)</i>	<i>in kg/m<sup>2</sup> (Stabw.)</i>	
Ärztinnen/Ärzte gesamt (n = 492)	23,3 (2,8)	
w (n = 180)	22,1 (3,0)	
m (n = 313)	23,9 (2,6)	
<i>Häufigkeitsverteilung nach BMI-Klassen</i>	<i>in % (w/m)</i>	<i>in % (w/m)</i>
BMI < 19	3,5 (8,3/0,6)	10,0 (16,7/2,8)
19 ≤ BMI < 25	73,0 (79,4/69,3)	48,7 (50,7/46,5)
25 ≤ BMI < 30	21,1 (10,0/27,5)	32,7 (24,3/41,8)
BMI ≥ 30	2,4 (2,2/2,6)	8,6 (8,2/9,0)

Tabelle 3

Rauchverhalten. Ergebnisse der unter den Ärztinnen und Ärzten der SGIM-Jahresversammlung 2007 durchgeführten Umfrage und des Vergleichskollektivs der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 [8].

	SGIM-Umfrage Basel 2007	Gesundheitsbefragung Schweiz 2002
<i>Häufigkeiten</i>	<i>in %</i>	<i>in %</i>
Nichtraucher (n = 492)	91,3	
w	93,3	
m	90,1	
Raucher (davon Gelegenheitsraucher)	8,7 (5,9)	31
w	6,7 (5,6)	26
m	9,9 (6,1)	36

Suske W, Kaiser W, Salomon F, Briner VA. Ärzte als Vorbilder für ihre Patienten? SchweizÄrztztg 2007; 88: 1591–5



# Mortalität bei Ärzten geringer als bei Durchschnittsbevölkerung

**Table 2**

Number of deaths and all-cause mortality rate ratios, 1960-2000

Education	Number of deaths		Men		Women	
	N	Mortality rate ratios (95% CI)	N	Mortality rate ratios (95% CI)	N	Mortality rate ratios (95% CI)
Doctors	2 845	2 565	<b>0.76 (0.73-0.79)</b>	280	<b>0.83 (0.74-0.94)</b>	
Dentists	1 413	1 146	<b>0.75 (0.70-0.79)</b>	267	<b>0.72 (0.64-0.81)</b>	
Nurses	12 228	295	<b>0.87 (0.77-0.97)</b>	11 933	<b>0.79 (0.78-0.81)</b>	
Theologians	1 328	1 307	<b>0.73 (0.69-0.77)</b>	21	0.71 (0.46-1.09)	
Police	1 702	1 691	<b>0.87 (0.83-0.91)</b>	11	1.17 (0.65-2.10)	
Other graduates	17 981	16 475	<b>0.71 (0.70-0.72)</b>	1 506	<b>0.77 (0.73-0.81)</b>	
Others	1 546 062	810 543	1 (reference)	735 519	1 (reference)	
Total	1 583 559	834 022		749 537		

Aasland et al. *BMC Public Health* 2011 **11**:173 doi:10.1186/1471-2458-11-173

Aasland et al.  
*BMC Public Health* 2011  
**11**:173 doi:10.1186/1471-2458-11-173



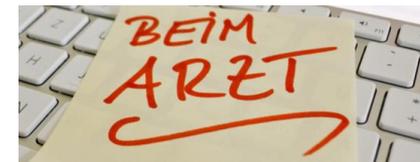
# Ärzte suizidieren sich häufiger als die Durchschnittsbevölkerung

**Table 4**

Mortality rate ratios (with 95% confidence intervals) for some causes of death among doctors and other graduates compared with the general population 1960-2000

Cause of death	No. of deaths	Doctors			Other graduates		
		N	Men	Women	N	Men	Women
All causes	20 826	2 845	<b>0.76 (0.73-0.79)</b>	<b>0.83 (0.74-0.94)</b>	17 981	<b>0.71 (0.70-0.72)</b>	<b>0.77 (0.73-0.81)</b>
Infectious and parasitic diseases	177	25	0.80 (0.52-1.22)	1.36 (0.51-3.63)	152	<b>0.76 (0.65-0.91)</b>	0.75 (0.43-1.29)
Cancer	5 643	740	<b>0.87 (0.81-0.94)</b>	0.85 (0.68-1.06)	4 903	<b>0.83 (0.80-0.85)</b>	0.92 (0.85-1.01)
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	191	25	<b>0.51 (0.33-0.78)</b>	0.73 (0.27-1.95)	166	<b>0.54 (0.46-0.63)</b>	<b>0.41 (0.24-0.70)</b>
Cardiovascular diseases	9 396	1 258	<b>0.71 (0.67-0.76)</b>	<b>0.71 (0.59-0.86)</b>	8 138	<b>0.69 (0.67-0.71)</b>	<b>0.65 (0.60-0.71)</b>
Sudden death	492	59	<b>0.59 (0.45-0.77)</b>	1.16 (0.52-2.59)	433	<b>0.66 (0.60-0.73)</b>	0.87 (0.60-1.29)
Respiratory diseases	1 453	213	<b>0.66 (0.57-0.76)</b>	1.02 (0.71-1.45)	1 240	<b>0.60 (0.57-0.64)</b>	<b>0.76 (0.64-0.91)</b>
Digestive diseases	528	63	<b>0.59 (0.45-0.77)</b>	0.77 (0.38-1.54)	465	<b>0.68 (0.62-0.75)</b>	<b>0.56 (0.40-0.78)</b>
Diseases in urinary and genital organs	306	30	<b>0.55 (0.38-0.79)</b>	0.23 (0.03-1.64)	276	<b>0.73 (0.65-0.83)</b>	<b>0.45 (0.25-0.81)</b>
Other diseases	1 069	165	0.88 (0.75-1.03)	0.62 (0.38-1.04)	904	<b>0.67 (0.62-0.72)</b>	0.85 (0.71-1.02)
Accidents	839	119	<b>0.74 (0.61-0.90)</b>	1.36 (0.82-2.26)	720	<b>0.67 (0.63-0.73)</b>	0.93 (0.72-1.20)
Poisoning	35	7	0.51 (0.23-1.13)	1.55 (0.22-11.00)	28	<b>0.29 (0.20-0.43)</b>	0.72 (0.23-2.22)
<b>Suicide</b>	<b>455</b>	<b>111</b>	<b>1.77 (1.45-2.16)</b>	<b>2.93 (1.70-5.04)</b>	<b>344</b>	<b>0.76 (0.68-0.86)</b>	<b>1.31 (0.95-1.80)</b>
Other violent deaths	25	6	0.72 (0.27-1.92)	2.84 (0.71-11.35)	19	<b>0.37 (0.22-0.62)</b>	0.86 (0.32-2.32)
Cause of death not given	217	24	0.70 (0.46-1.05)	0.40 (0.06-2.83)	193	<b>0.73 (0.63-0.84)</b>	1.01 (0.62-1.66)

Aasland et al.  
*BMC Public Health* 2011  
**11:173** doi:10.1186/1471-2458-11-17



# Curbside Consultation / informell



# Risiken der Curbside consultation

journal  
of healthcare risk management

ASHRM  
AMERICAN  
SOCIETY FOR  
HEALTHCARE  
RISK  
MANAGEMENT

Claims Management/Cyber Liability

## Minimizing the legal risk with 'curbside' consultation

By Ray Kreichelt, JD,  
Mary Lou Hilbert, MBA, LHRM,  
and Deidre Shinn, MSN, MBA

---

"Curbside consultations" – in which a physician obtains insights on a medical case from another physician who has not seen the patient or reviewed the record – can yield advantages to the requesting physician. However, shortcomings are inherent in this common type of exchange and pose legal risk to the curbside consultant. This article provides background and practical tips that might help avoid being caught up in a lawsuit by surprise, or if named as a party, avoid being held culpable when the only involvement was a brief conversation with a colleague.

---

Universitäres Zentrum für  
Hausarztmedizin beider Basel



# Arzt als Behandelnder: Cave „informelle“ Konsultationen

- *„It's always really awkward ... particularly ... if that person is a friend or if it was somebody perhaps who was more senior to you and perhaps trained you, there's always other dynamics there, it's not just [a] patient–doctor relationship ... and it is more awkward; I don't think you consult in the same way, you're not as natural about it.“*
- Fallstricke:
  - Patient wird nicht ausreichend untersucht
  - Fehlende Einsicht in die Krankengeschichte
  - Konsultation wird nicht schriftlich erfasst
  - Konsultation wird nicht abgerechnet

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

Rosvold EO, Bjertness E. Illness behaviour among Norwegian physicians. Scand J Public Health 2002; 30: 125–32



# Ärzte bekunden Mühe, Patient zu sein

- *„Illness doesn't belong to us. It belongs to them, the patients“*
- *„You never really appreciate what it's like being a patient until you're a patient. And I think suddenly you realise that you feel very small and that you don't have much of a voice and you don't feel very powerful, and you feel very vulnerable and you can get very emotional, and you cannot be very rational about things.“*

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



# Wie verhalten sich Ärzte als Patienten?

Denial of illness  
Selbsttherapie  
Pflichtgefühl  
Depression  
Selbstwertgefühl  
Scham  
Drogengebrauch  
Vertraulichkeit



Delay of care



VIP Syndrome

Modifiziert nach  
Stuart A, Schneck SA JAMA 1998



# Ärzte behandeln oftmals ihre Familienangehörigen

Table 1. Services Provided to Family Members by the 465 Respondents.\*

SERVICE	No.	PERCENT
Prescribed medications	386	83
Diagnosed illness requiring treatment	372	80
Performed physical examination	334	72
Provided prescription samples	334	72
Diagnosed illness not requiring treatment	311	67
Provided immunization	146	31
Acted as primary attending physician (in hospital)	68	15
Performed elective surgery	44	9
Acted as consulting physician (in hospital)	32	7
Administered Heimlich maneuver	18	4
Performed emergency surgery	17	4
Administered CPR	3	1
None	16	3

\*Respondents could list more than one service. CPR denotes cardiopulmonary resuscitation.

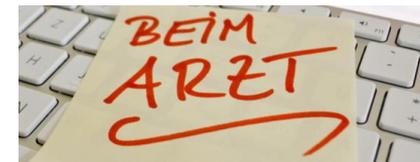
Table 2. "Most Important" Operation or Procedure Performed on a Family Member.\*

OPERATION OR PROCEDURE	No.	PERCENT
Cardiothoracic	5	12
Angiography	3	
Pneumectomy	1	
Pacemaker placement	1	
Cosmetic	3	7
Abdominoplasty	1	
Rhinoplasty	2	
Dermatologic	15	35
Removal of basal-cell carcinoma	3	
Burn débridement	1	
Cryosurgery	1	
Excision	5	
Laceration repair	4	
Nail removal	1	
General	5	12
Appendectomy	2	
Colon resection	1	
Tonsillectomy	2	
Obstetrical-gynecologic	10	23
Cesarean section	6	
Dilation and curettage	1	
Treatment of ectopic pregnancy	1	
Tubal ligation	1	
Vaginal delivery	1	
Ophthalmologic	2	5
Cataract removal	2	
Orthopedic	3	7
Carpal-tunnel release	1	
Epidural steroid injection	1	
Fracture	1	

\*Only the 43 respondents who specified the procedures they performed on family members are included. Percentages do not total 100 because of rounding.

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

Universitäres Zentrum für  
Hausarztmedizin beider Basel



## Lessons in objectivity: As a physician's daughter and now a physician mother

*Leandrea Lamberton, MD*

I have been surrounded by physicians treating themselves my entire life. My father was a physician, I am now a physician, and I work with medical students and residents who are struggling with the dilemmas of treating themselves. My thoughts have evolved over time, and I have made a very concerted effort to not repeat the pitfalls of my parents and to help others avoid or recover from pitfalls of self-treatment.

My father often diagnosed my siblings and me and prescribed treatment over the years. It was almost always outside the spectrum of his clinical expertise. Over time, as the idea of professional courtesy was fading out, my mother, who was not a physician, was horrified that she no longer could expect free care.

Unfortunately, my father died suddenly and unexpectedly of a myocardial infarction the year before I started medical school. I am convinced that his self treatment and denial played a large role in his untimely death.

The Wisconsin  
Medical  
Journal (ISSN  
1098-1861)

Universitäres Zentrum für  
Hausarztmedizin beider Basel



# Aerzte entscheiden anders für Patienten als für sich selbst

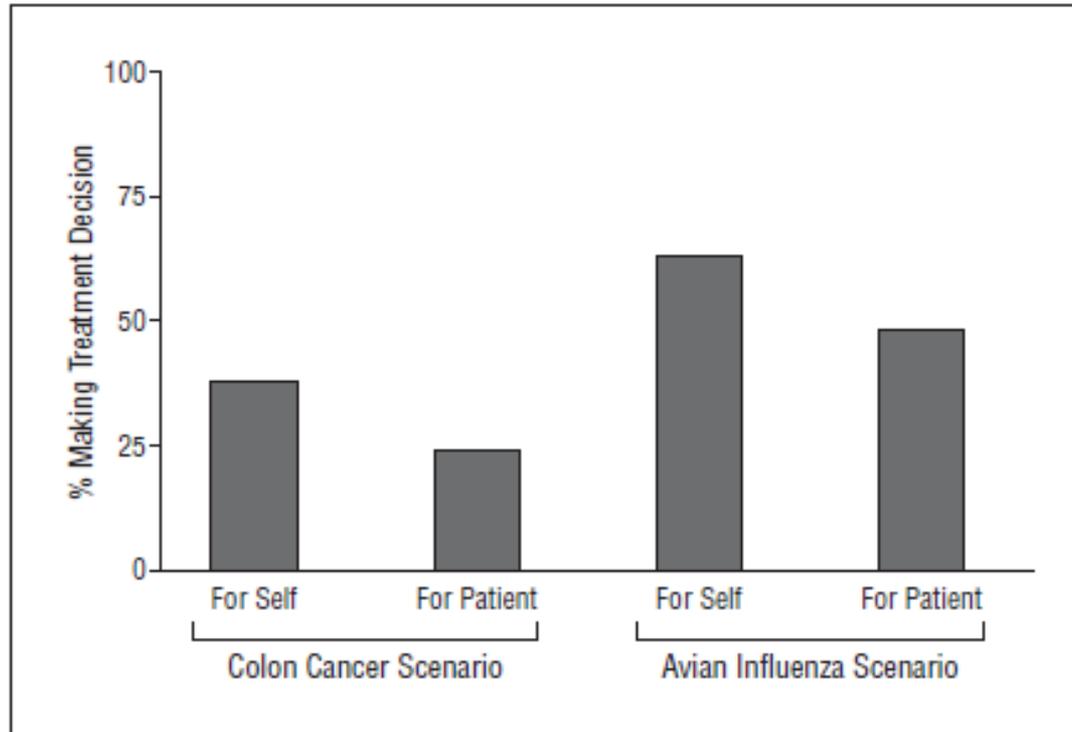


Figure. Percentage of physicians selecting the option with the higher mortality rate. For the colon cancer scenario,  $\chi^2 = 4.67$ ,  $P = .03$ ; for the avian influenza scenario,  $\chi^2 = 14.56$ ,  $P < .001$ .

Ubel PA, Arch Int Med 2011



## Operationen sind gut - für die anderen

**Angst vor Komplikationen: Was Ärzte ihren Patienten empfehlen, lehnen sie selbst oftmals ab. Aber auch Juristen und ihre Angehörigen werden von den Medizinern anders behandelt - aus einem ganz bestimmten Grund.**

Von Werner Bartens

Der Wegweiser muss nicht den Weg gehen, den er zeigt. Trotzdem ist es verblüffend, wie groß die Unterschiede zwischen dem sind, was Ärzte ihren Patienten empfehlen, und dem, was sie medizinisch für sich selbst in Anspruch nehmen. Gerade bei Operationen halten sich die doctores auffällig zurück.



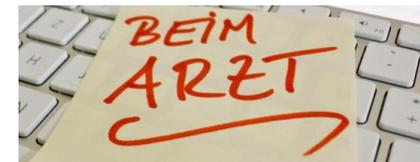
Sie operieren jeden Tag - selbst unters Messer legen sich Ärzte jedoch äußerst ungern. Auch Juristen behandeln sie anders.

---

## Rate of hysterectomy is lower among female doctors and lawyers' wives

EDITOR—In his editorial on the bill resulting from hysterectomy R.J. Lilford cites a study by Bunker and Brown, carried out 27 years ago.<sup>1</sup> The results of this study support his statement that the prevalence of hysterectomy among doctors' wives showed no difference from that among controls matched for social class.<sup>2</sup> The results were seriously flawed by the role of American economic barriers to

Universitäres Zentrum für  
Hausarztmedizin beider Basel



# Am Lebensende entscheiden sich ÄrztInnen gegen aggressive Therapien

## *How Doctors Die: Showing Others the Way*

By DAN GORENSTEIN NOV. 19, 2013



Dr. Elizabeth McKinley, right, at her home in suburban Cleveland, where she was receiving hospice care. With her was her sister Brent McKinley. Michael E. McElroy for The New York Times

Email

Share

Tweet

**BRAVE.** You hear that word a lot when people are sick. It's all about the fight, the survival instinct, the courage. But when Dr. Elizabeth D. McKinley's family and friends talk about bravery, it is not so much about the way Dr. McKinley, a 53-year-old internist from Cleveland, battled [breast cancer](#) for 17 years. It is about the courage she has shown in doing something so few of us are able to do: stop fighting.

Universitäres Zentrum für  
Hausarztmedizin beider Basel



# Wieso sterben Ärzte anders?

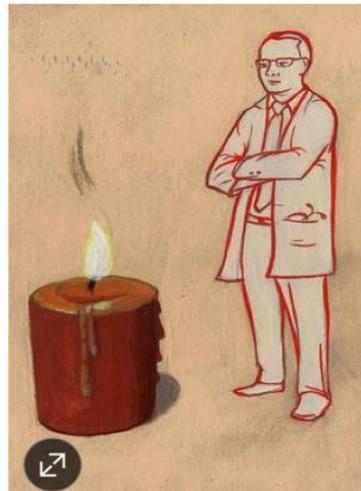
LIFE

## Why Doctors Die Differently

Careers in medicine have taught them the limits of treatment and the need to plan for the end.

By KEN MURRAY  
February 25, 2012

Years ago, Charlie, a highly respected orthopedist and a mentor of mine, found a lump in his stomach. It was diagnosed as pancreatic cancer by one of the best surgeons in the country, who had developed a procedure that could triple a patient's five-year-survival odds—from 5% to 15%—albeit with a poor quality of life.



What's unusual about doctors is not how much treatment they get compared with most Americans, but how little. *ARTHUR GIRON*

Charlie, 68 years old, was uninterested. He went home the next day, closed his practice and never set foot in a hospital again. He focused on spending time with his family. Several months later, he died at home. He got no chemotherapy, radiation or surgical treatment. Medicare didn't spend much on him.

It's not something that we like to talk about, but doctors die, too. What's unusual about them is not how much treatment they get compared with most Americans, but how little. They know exactly what is going to happen, they know the choices, and they generally have access to any sort of medical care that they could want. But they tend to go serenely and gently.

Universitäres Zentrum für  
Hausarztmedizin beider Basel



# Beziehung zwischen einem Arzt als Patienten und einem Arzt als Behandelndem

- Rollenkonflikte erkennen
  - Arztpatient kann sich nicht mit der Patientenrolle identifizieren
  - Arztbehandelnder empfindet Schamgefühle
  - Suchtprobleme und beginnende Demenz werden zu spät erkannt

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

Mundle G, Jurkat HB, Reimer C, Beelmann K, Kaufmann M, Cimander KF. Suchttherapie bei abhängigen Ärzten – Strategien der Prävention und Therapie. Psychotherapeut 2006; 52: 273–9



# Arzt als Patient – was gilt es zu beachten?

- Identifiziert sich nicht mit der Rolle des Patienten
- Scham, Stigmatisierungsbefürchtung
- Suchtprobleme bleiben lange verborgen
- Krankheit bedeutet Schwäche einzugestehen
- Hat Mühe, ein guter Patient zu sein



# Arzt als Behandler – was gilt es zu beachten?

- Kranker Kollege ist kompetent, aber befangen
- Aufbau einer Arzt – Patienten Beziehung schwieriger
- Kranker Arzt wird als Ko-Diagnostiker, Ko-Therapeut betrachtet
- Risiko der informellen Konsultation

Fox F Br J Gen Pract 2009

Universitäres Zentrum für  
Hausarztmedizin beider Basel



## INTERVIEW

mit Prof. Dr. med. Giovanni Maio, Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Freiburg

# „Ein professioneller Arzt darf nicht aus der Sorge heraus helfen“

Ob es unter professionellen Aspekten statthaft ist, nahestehende Personen medizinisch zu versorgen, war hierzulande bisher kein öffentliches Thema. Der geschäftswise Versuch einer ersten Standortbestimmung



Bei Interessenkonflikten geht man davon aus, dass man diese ein Stück weit überwindet, indem man sie offenlegt.

**Maio:** Die Ärzte müssen sich darüber im Klaren sein, dass sie als Angehörige das Risiko einer verzerrten Informationsverarbeitung eingehen. Bei den Interessenkonflikten gibt es den Begriff des Wish Bias – man sieht eher das, was für einen vorteilhaft ist. Wichtig ist, sich der Verführbarkeit bewusst zu sein. Es gibt das Phänomen der Resistenzillusion: Die Ärzte glauben, die anderen Ärzte seien beeinflussbar, nur sie selber nicht. Diese Gefahr der Resistenzillusion muss einem bewusst bleiben auch im

Foto: Oliver Lohrer

Universitäres Zentrum für  
Hausarztmedizin beider Basel



# INTERVIEW

mit Prof. Dr. med. Giovanni Maio, Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Freiburg

- Es gibt eine Reihe von Studien zu Interessenkonflikten, die auf diesen Sachverhalt übertragbar sind. Die subjektive Betroffenheit führt dazu, dass man zumindest tendenziell dazu neigt, Nutzen und Risiken anders zu bewerten, als wenn man subjektiv nicht betroffen wäre.
- Die Ärzte müssen sich darüber im Klaren sein, dass sie als Angehörige das Risiko einer verzerrten Informationsverarbeitung eingehen. Bei den Interessenkonflikten gibt es den Begriff des Wish Bias – man sieht eher das, was für einen vorteilhaft ist.
- Es gibt das Phänomen der Resistenzillusion: Die Ärzte glauben, die anderen Ärzte seien beeinflussbar, nur sie selber nicht.
- Der Arzt muss immer überlegen, ob er es verantworten kann, eine Therapie einzuleiten, die vielleicht nicht hilft, bei der es auch dedeletäre Verläufe geben kann. Was bedeutet es für die Beziehung, wenn die Therapie missglückt?



# Ein Versuch einer Empfehlung!



COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ONTARIO

POLICY STATEMENT #7-06

## Treating Self and Family Members

- Bin ich in der Lage, diesen Menschen trotz meiner persönlichen Beziehung zu ihm so zu betreuen, dass es dies vollumfänglich in seinem Interesse geschieht?
- Bin ich bereit, diesem Menschen auch sehr unangenehme Fragen zu stellen, die für eine sorgfältige Diagnostik unabdingbar sind?
- Bin ich bereit, diesem Individuum einen Entscheid zugestehen, hinter dem ich als sein Arzt nicht stehen kann?
- Könnte die persönliche Beziehung zu diesem Menschen meine Fähigkeit, ihn klinisch objektiv zu beurteilen, beeinträchtigen?
- Könnte meine persönliche Beziehung zu diesem Patienten dazu führen, dass ich das Patientengeheimnis eher verletzen würde?
- Bin ich in der Lage, mit diesem Individuum eine Arzt-Patienten-Beziehung aufzubauen, die eine gewisse Objektivität zulässt?



# “Doctoring” Doctors – Tips zum Schluss!

- Behandlung ablehnen, wenn mit Angst verbunden
- Anamnese und körperliche Untersuchung wie bei jedem anderen Patienten durchführen (z.B. intime Fragen nicht vermeiden)
- Ebenso: Diagnose- und Therapieplan im Detail erklären
- Übermäßige Identifikation vermeiden
- Privatsphäre, Vertraulichkeit, Bezahlung früh ansprechen
- Genug Zeit einplanen, verfügbar sein

Expertenempfehlung Stuart A Schneck: Gekürzt und modifiziert nach Schneck SA, JAMA 1998



# Ihre Freunde sollten Sie nicht behandeln

**Medizinische Fachorganisationen und Ethikkommissionen sprechen sich gegen die ärztliche Behandlung von Familienangehörigen und Freunden aus. Akute Notfälle sind dabei natürlich ausgeschlossen.**

— Bei der Behandlung von Angehörigen und Freunden gibt es zahlreiche Schwierigkeiten. Sie führt zu unstrukturiertem Vorgehen, z. B. dem Verzicht auf intime anamnestische Fragen, und Defiziten bei der körperlichen Untersuchung. Die emotionale Beziehung beeinträchtigt die Bewertung von Nutzen und Risiken. Es drohen zu viele oder zu wenige diagnostische Maßnahmen und die Überschreitung des eigenen Fachgebietes. Der Arzt arbeitet Komplikationen und Fehlbeurteilungen eventuell unsachlich auf, die Betreuung bleibt häufig formlos und undokumentiert.

Andererseits bestätigten 99% der befragten Ärzte, dass sie von Angehörigen

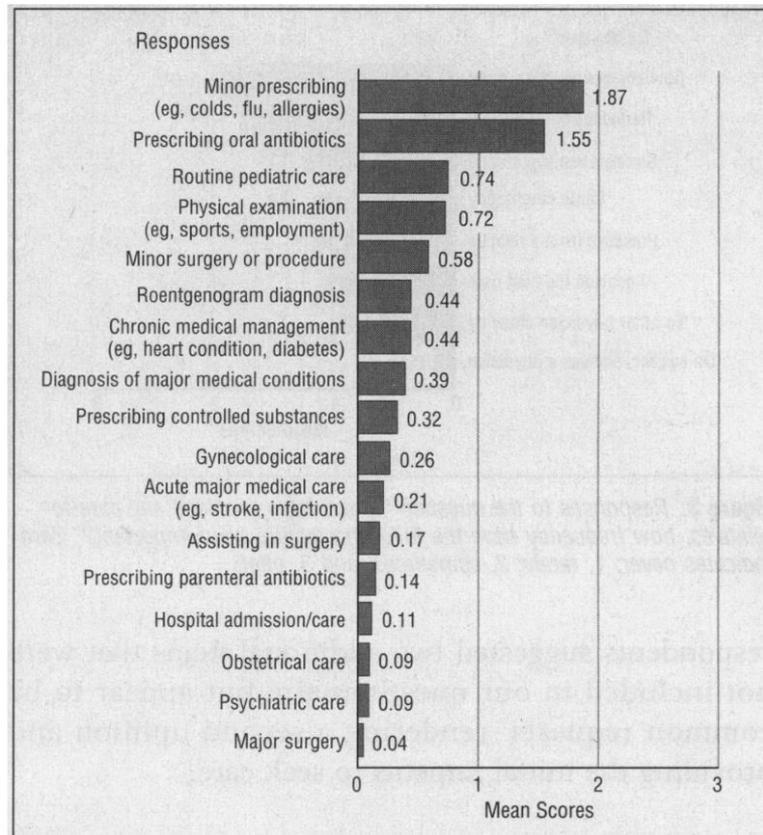
wurden, und dass 83% diesem Wunsch gefolgt sind. Das Spektrum reicht dabei von akuter und kurzer Beratung bis zu Behandlungen von schweren chronischen Erkrankungen und invasiven Eingriffen. Bei Klinikärzten betreuten 15% ihre Lieben, 9% führten elektive operative Eingriffe durch. Als Medikamente wurden meist Antibiotika, orale Kontrazeptiva und Analgetika verordnet, doch häufig auch Antidepressiva, Sedativa, starke Analgetika und auch Arzneimittel mit Suchtgefahr. Die Angehörigen und Freunde sind mit der unkomplizierten Betreuung zufrieden.

- Gold KJ et al. No appointment necessary? Ethical challenges in treating friends and family.

## Kommentar

*Ganz offensichtlich besteht bei der ärztlichen Betreuung von Angehörigen und Freunden eine erhebliche Kluft zwischen Theorie und Praxis, allerdings auch eine erhebliche Grauzone. Niemand kritisiert die Behandlung bei Notfällen. Doch wie sind Konsultationen an Wochenenden und an Feiertagen, während des Urlaubs im Ausland, in ländlichen Gegenden mit geringer Arztdichte und die Beratung des Nachbarn zu bewerten? Problematisch ist auf jeden Fall die Beratung zwischen Tür und Angel, ohne standardisiertes Vorgehen und ohne Dokumentation. Die American Medical Association rät aus medizinischer und ethischer Sicht nachdrücklich davon ab, Angehörige und Freunde zu behandeln. Viele Ärzte sehen das anders: Sie betrachten sich als kompetent und verantwortungsbewusst, was auch Überweisungen an Spezialisten einschließt.*





**Figure 2.** Responses to the question "How frequently have you provided the following services for your relatives?" Zero indicates never; 1, rarely; 2, sometimes; and 3, often.

**Universitäres Zentrum für  
Hausarztmedizin beider Basel**



---

ORIGINAL CONTRIBUTION

---

## ‘Common Sense and a Thick Hide’

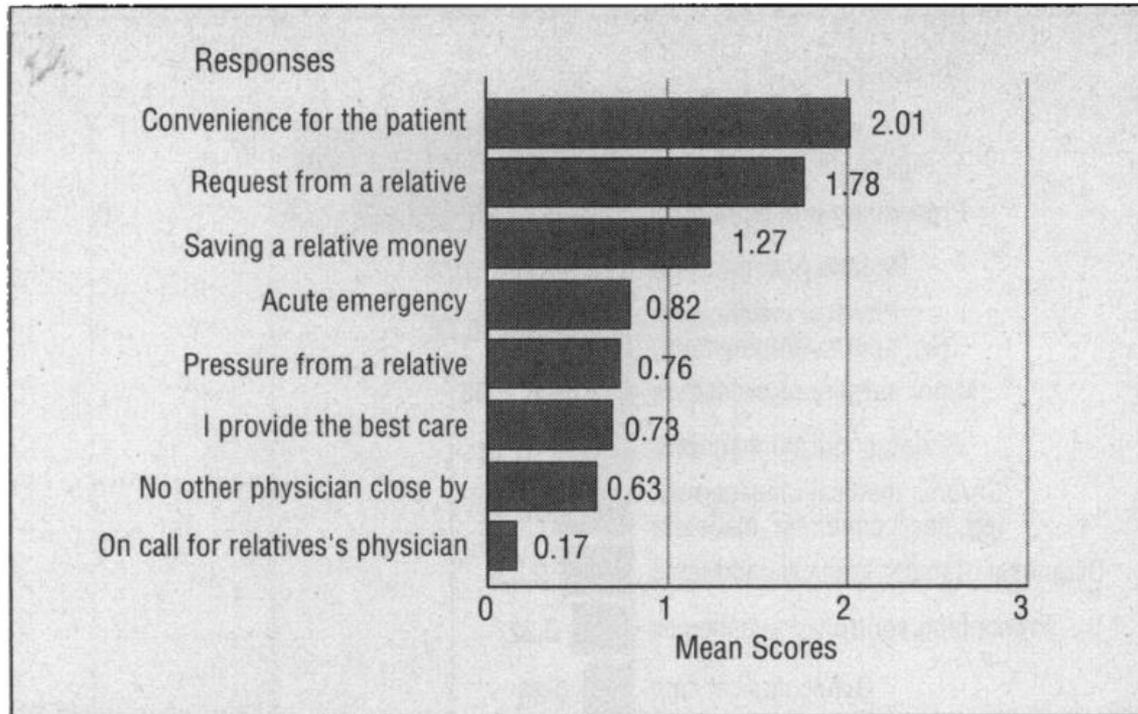
### *Physicians Providing Care to Their Own Family Members*

Bonnie Reagan, MD; Peter Reagan, MD; Ann Sinclair, MS

**Objective:** To determine how frequently physicians treat their relatives in 17 categories of care, their reasons for deciding to treat, and their level of comfort with this practice.

of care occurred rarely, and there appears to be a gradient based on the level of complexity, seriousness, and potential for conflict with privacy. In general, older, male, and rural physicians provided more services to family members than their younger, female, and urban coun-





**Figure 3.** Responses to the question "If you have provided any care to relatives, how frequently have the following factors been important?" Zero indicates never; 1, rarely; 2, sometimes; and 3, often.



## SURGICAL ETHICS CHALLENGES

---

James W. Jones, MD, PhD, MHA, Surgical Ethics Challenges Section Editor

### Ethics of professional courtesy

James W. Jones, MD, PhD, MHA,<sup>a</sup> Laurence B. McCullough, PhD,<sup>b</sup> and Bruce W. Richman, MA,<sup>b</sup>  
*Houston, Tex; and Columbia, Mo*

A senior physician whose wife you treated surgically has called your office, irate over receiving a bill for your services. The procedure was a complex repair of a type IV thoracoabdominal aneurysm. The patient did very well and experienced no complications following surgery. You approved the invoice your business office sent to her for the standard 20% co-pay specified in her health insurance coverage. Her husband is a prominent local internist who has regularly referred cases to you over the years. How should you respond?

- A. The co-pay should be waived as a professional courtesy.
- B. Explain that your biller made a mistake and write it off.
- C. Write it off in consideration of past and future referrals from her husband.
- D. Write it off for the good will you will gain in the medical community
- E. Cite your contractual responsibility to the insurer and explain that the charge cannot be waived.

reported that they gave professional courtesy to other physicians and their families through free or discounted care.<sup>2</sup> Further, the number of nonpsychiatrist physicians giving professional courtesy was noted to have changed little over the years.

The ethical justification for this practice in the histories of medicine and of medical ethics is obscure. One historical aspect of the justification is quite practical: physicians' and surgeons' fees were often beyond the economic reach of all but the very well-to-do, and physicians, with just a few exceptions, were not within that group until relatively recently. Indeed, physicians often came from lower social classes and struggled in a mercilessly competitive profession for market share and economic survival. Only in the last half of the twentieth century have physicians in developed countries routinely achieved upper-middle-class economic status.<sup>3</sup> Professional courtesy served to keep physicians from treating themselves and their families.

Universitäres Zentrum für  
Hausarztmedizin beider Basel



# Residents' Prescription Writing for Nonpatients

---

Brian M. Aboff, MD

Virginia U. Collier, MD

Neil J. Farber, MD

Deborah B. Ehrenthal, MD

---

**T**HE ABILITY TO WRITE PRESCRIPTIONS is one of the most important

**Context** Writing prescriptions is one of the most tangible new responsibilities that residents acquire after graduating from medical school. During their regular duties, house officers' prescription writing is carefully monitored. Little is known, however, about residents' patterns of prescription writing outside of supervision or about residents' knowledge of the ethical and legal guidelines that regulate prescription writing.

**Objective** To study what factors influence residents' decision to write prescriptions for nonpatients.

**Design, Setting, and Participants** Survey distributed in December 1997 to 92 internal medicine and family practice residents at a US community-based teaching hos-

