

Haben Sie Ihren Lebensabschnitts-Arzt schon gewechselt?

Reto Krapf

Unsere Langlebigkeit erkaufen wir uns mit einer Reihe von Gesundheitsproblemen. Für viele immer wichtiger werdende Erkrankungen wie die Arteriosklerose, degenerative Hirnerkrankungen, Tumorerkrankungen und die Osteoporose kann man anführen, dass der Bauplan unseres Organismus die Langlebigkeit phylogenetisch nie berücksichtigen musste. Auch jetzt – trotz der epidemischen Ausmasse dieser Erkrankungen – besteht kein genetischer Selektionsvorteil für protektive Genkonstellationen, weil sich die Krankheiten eben erst nach der (in gewissen Ländern künstlich zwar auch verlängerten) reproduktiv aktiven Lebensperiode manifestieren. Im Jahre 1850 lag das Menopausenalter der Frau bei knapp 50 Jahren, nur einige wenige Jahre unter der mittleren Lebenserwartung. Im Jahre 2007 ist das Menopausenalter praktisch unverändert, die Lebenserwartung einer Frau in der Schweiz aber etwa 88 Jahre. In einer biologisch kurzen Zeitperiode sollte also – beispielsweise – das Skelettsystem plötzlich mehr als 30 Jahre länger seine Dienste versehen, und das zudem in einem – seit der Women's Health Study [1] – östrogenarmen «Milieu».

Nicht nur biologische Prozesse, nein, es ist zur Genüge bekannt und diskutiert, dass auch soziale Strukturen mit der Langlebigkeit ihren ursprünglichen Erfolgsausweis verloren haben. Während bis vor kurzem die Ehe nur selten mehr als 20 Jahre überdauern «musste», besteht bei etwa vergleichbarem Heiratsalter nun die Aussicht, mit dem Ehepartner 50 bis 60 Jahre zu verleben. Das Zusammenleben ist somit ohne Zweifel viel anforderungsreicher geworden. Die Lebensabschnitts-Partnerschaft, eine interessante Sprachschöpfung, ist eine der gesellschaftlichen Alternativen. Sie ist aber trügerisch, funktioniert sie doch vor allem bei sozial integrierten, beruflich aktiven Leuten. Ältere Leute finden nur selten wieder Anschluss an einen Mitmenschen, vielmehr sind Vereinsamung und Verbitterung die Folgen.

Auch die Medizin kennt neuerdings die teilweise negativen Folgen der unterschiedlichen Betreuung in den Lebensabschnitten. Als Fetus ist es der Haus- oder Frauenarzt, der für einen zu sorgen hat. Dann folgen der Geburtshelfer, Neonatologe, Kleinkinderspezialist, weiter der Pädiater und schliesslich noch der Adoleszentenmediziner. Darauf folgt eine Phase selbst gewählter (meist gleich mehrerer) Fachspezialisten des medial konstant «informierten» und deshalb sogenannten mündigen Patienten. Derselbe realisiert dann so nach dem 50. Lebensjahr, wenn verschiedene und mitunter simultan auftretende innere und äussere Imperfektionen sich zu manifestieren pflegen, dass Bedarf für umfassende Betreuung in Form eines Hausarztes besteht. Dieser sollte dann einmal durch den Geriater ersetzt werden, wobei die WHO-Definition dieses Lebensabschnitts-Arztbesuches für 65jährige und ältere Patienten angesichts der biologischen Fitness der neu Pensionierten eher als Witz stehen bleiben kann.

Langlebigkeit des Patienten einerseits und zeitlich limitierte Arztstätigkeit andererseits bedingen zudem, dass innerhalb jedes Lebensabschnittes der Arzt aus chronologischen Gründen mit guten Chancen noch zusätzlich gewechselt werden muss.

Fragmentisierung der medizinischen Betreuung als Neuzeitphänomen also auch hier, in den verschiedenen Lebensabschnitten mit der Schaffung von Lebensabschnittsärzten. Mit Folgen, natürlich: Informationsvernichtung, Kosten und Verlust einer für Belange des Patientenvertrauens so wichtigen, langfristigen und persönlich konstanten ärztlich-betreuerischen Beziehung.

Literatur

1 Marchbanks PA et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *N Engl J Med.* 2002 Jun 27;346(26):2025–32.