

Vergrossererung der Gruppe der alten Menschen wie eine auch Inklusion, also deren Integration ins Zentrum der Medizin.

Von Lebensjahren zur Lebensqualität

Diese Entwicklung ist verschränkt mit einem weiteren Prozess, auf den der Medizinhistoriker Pascal Germann hinweist. Die moderne Biomedizin legte schon immer grossen Wert auf Zahlen, um ihren eigenen Fortschritt zu dokumentieren. Dies waren für lange Zeit Parameter wie die Anzahl Spitalbetten oder die durchschnittliche Lebenserwartung. In den 1960er Jahren kam der Begriff der Lebensqualität auf. Man wollte also nicht nur die Quantität der Lebensjahre messen, sondern auch Aussagen über die Qualität der durch medizinische Massnahmen gewonnenen Jahre machen.³ Wie diese Qualität zu bestimmen sei, darüber wurde heiss gestritten. Aus neoliberaler Sicht mussten es objektive, messbare Parameter sein, welche die Funktionalität des Menschen in den Vordergrund stellen. Damit war eine ältere Gesundheitsdefinition verbunden, wie wir sie zu Beginn dieses Textes kennengelernt haben. Die Gegner dieser Sicht argumentierten, es reiche nicht, nur die Situation der Betagten zu beschreiben; nötig sei ebenso, die subjektive Wahrnehmung der alten Menschen einzubeziehen. Dieses Gesundheitsverständnis orientierte sich stärker am Ideal der WHO, die unter Gesundheit das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden verstand.

In dieser Spannung zwischen objektiver Messung und subjektiver Wahrnehmung von Lebensqualität befinden wir uns noch heute. Unbestritten ist lediglich, dass Lebensqualität einer – wenn nicht der – zentrale Begriff ist, der die heutige Altersmedizin prägt. Auf der Website der Geriatrischen Universitätsklinik am Berner Inselspital etwa lesen wir: «Ziel der Geriatrie ist es, eine möglichst gute Lebensqualität bis ins hohe Alter zu gewährleisten».⁴

Von der Unter- zur Überversorgung?

Der heutige Anspruch lässt sich als Resultat der beiden geschilderten Entwicklungen verstehen. Auf den kürzesten Nenner gebracht lautet er: die alten Menschen gehören ins Zentrum der Medizin und die Lebensqualität gehört ins Zentrum der Altersmedizin. Inwiefern dieser Anspruch umgesetzt wird, sei hier offengelassen. Schwierig ist vor allem die Frage, was wir unter Lebensqualität verstehen. Diese lässt sich nicht einfach durch maximale medizinische Leistung herstellen. Man kann sich in der Tat fragen, ob wir nach einer langen Periode der medizinischen Unterversorgung von alten Menschen nicht auf eine Überversorgung zusteuern.

Ein Beispiel zur Erläuterung dieser Problematik soll hier genügen. Während 1995 die über 80-jährigen nur 3 Prozent der Herzoperierten ausmachten, sind es heute 15 Prozent. Untersucht man die PatientInnen nach der Operation, so hat sich ihre Funktionalität meist deutlich verbessert. Befragt man sie nach ihrem Befinden, so fühlen sie sich auch wohler. Sowohl objektive wie subjektive Parameter deuten also auf eine Verbesserung der Lebensqualität hin. Und dennoch stellen sich Fragen. Die Soziologin Janet Shim beschreibt, dass hochbetagte PatientInnen oft ein sogenannt «klinisches» Leben führen, also ein Leben unter medizinischer Beobachtung, mit einer dauernden Fixierung auf ihre klinischen Parameter und dem Versuch, das maximal klinisch Mögliche auch zu erreichen.⁵ Etwas plakativ gesagt, führen diese Menschen ein «medizinisches» statt ein «natürliches» Leben. Unter dieser Perspektive ist tatsächlich fraglich, wie weit wir in die Richtung der medizinisch-technischen Maximierung gehen wollen.

3 Germann, Pascal (2020): The quality of life turn: the measurements and politics of well-being in the 1970, in: KNOW: A Journal on the Formation of Knowledge 4/2, S. 295–324.

4 <http://www.geriatrie.insel.ch/de/ueber-uns/> (Zugang am 21.06.2021)

5 Janet Shim, Ann J. Russ und Sharon R. Kaufman (2007): Clinical life. Expectation and the double edge of medical promise, in: Health. An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine 11, S. 245–264.

Résumé

Au XVIII^e siècle, l'encyclopédie universelle «Zedlers Universallexicon» a défini la santé comme un «état du corps humain dépourvu de blessures» qui permet à l'individu de travailler et ainsi d'assurer son existence. La santé était donc liée à la productivité au travail, et les personnes âgées étaient peu considérées dans le domaine de la santé, sauf en ce qui concerne le milieu hospitalier qui prenait en charge des personnes âgées défavorisées. Vers la fin du XIX^e siècle, l'avènement de la biomédecine moderne a créé deux catégories – les hôpitaux pourvus d'équipements modernes et techniques, et les homes pour personnes âgées sans prise en charge médicale. Puis, l'essor de la sécurité sociale a, à partir des années 1950, contribué au développement de l'intérêt porté aux personnes âgées par la médecine et de la discipline scientifique gériatrique. Cette «intégration» des aînés dans le système médical a été intensifiée par les changements démographiques («expansion» de la population âgée). Dans les années 1960, la notion de «qualité de vie» fait son entrée dans les débats: les adversaires de la vision dite «traditionnelle» de la médecine, utilisant des paramètres «objectifs» et chiffrés comme indicateurs de qualité, demandèrent une prise en compte plus importante du bien-être «subjectif» des patient-e-s. Cette tension entre paramètres objectifs et subjectifs est aujourd'hui encore présente en médecine. Toutefois, le concept de qualité de vie a pu s'imposer dans la médecine gériatrique. Aujourd'hui, il s'agit de mettre la personne âgée au centre de la médecine et la qualité de vie au centre de la gériatrie. Mais la question suivante reste ouverte: Que signifie concrètement une bonne qualité de vie? Un maximum de thérapies médicales mènent-elles à un maximum de qualité de vie? Ou ne serait-on pas, après une longue période de sous-alimentation médicale des personnes âgées, entrain de «glisser» vers un approvisionnement médical excessif? Est-ce vraiment un gain en qualité de vie que de passer son temps sous observation médicale, à scruter les paramètres cliniques et à essayer d'atteindre les meilleures valeurs possibles?

Zum Autor

Hubert Steinke ist Professor für Medizingeschichte an der Universität Bern. Er promovierte in Bern in Medizin und in Oxford in Geschichte. Sein Hauptforschungsgebiet ist die Praxis und Theorie der Medizin im 18.–20. Jahrhundert. Er hat unter anderem zu Albrecht von Haller und zur Gelehrtenrepublik des 18. Jahrhunderts publiziert und ist Chefredaktor der medizinhistorischen Zeitschrift «Gesnerus».