

Gesellschaft, Gemeinschaft und Randgruppen

Zum Verhältnis von Kultur und Gesundheit

von Peter F. Hjort

(UH) Ich bin seit 45 Jahren Arzt. Die Erfahrung hat mir gezeigt, daß eine enge Beziehung zwischen Kultur und Gesundheit besteht. Als ich jung war, war Norwegen arm und litt unter den Kriegsfolgen. Heute ist Norwegen ein reiches Land, der Gesundheitszustand der Bevölkerung ist sehr gut, die Lebenserwartung ist gestiegen und das Gesundheitswesen arbeitet hervorragend.

Es zeigen sich jedoch auch Schwächen; manche sprechen sogar vom »Fortschritt in die falsche Richtung«. 1977 hat der amerikanische Wissenschaftler Aaron Wildavsky die amerikanische Gesundheitspolitik analysiert. Der Titel seines Artikels – »Es geht uns besser, aber wir fühlen uns schlechter« – gilt auch für die norwegische Bevölkerung. Objektiv gesehen sind wir gesünder, doch subjektiv fühlen wir uns schlechter. Was hat das mit Kultur zu tun? Was kann die Kultur dazu beitragen, die negativen Trends umzukehren und die positiven zu unterstützen?

Die Zweidrittelgesellschaft

Wir leben in der sogenannten Zweidrittelgesellschaft. Zwei Dritteln geht es immer besser, dem restlichen Drittel immer schlechter. Ein Teil dieses Drittels ist chronisch krank, behindert oder arbeitslos; alleinerziehende Mütter gehören ebenso dazu wie Einwanderer oder alte Menschen. Es geht um das Problem der sozialen Ausgrenzung. Zu ihren Folgen gehört auch schlechte Gesundheit. Wahrscheinlich besteht eine Beziehung zum sozialen Streß in den unteren Schichten der Gesellschaft, wo wenig Hoffnung auf Verbesserung herrscht. Meine Schlußfolgerung ist, daß das wichtigste Problem der öffentlichen Gesundheitsvorsorge die Gesundheit und das Wohlbefinden der benachteiligten Minderheit ist.

Das Konzept der Gesundheit

Die WHO hat ein herrliches Konzept von Gesundheit formuliert: »Gesundheit ist nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern das gesamte physische, geistige und soziale Wohlbefinden.« Diese Definition liegt weit ab von der Realität. Alte Menschen, die ich behandelt habe, berichteten mir immer von den Krankheiten, die sie früher hatten – Tuberkulose, Arthritis, Krebs. Dennoch beharrten sie darauf, daß sie mit ihrer Gesundheit zufrieden waren. Laut einer norwegischen Studie beantworteten 36 Prozent der Bevölkerung zwei anscheinend widersprüchliche Fragen mit »ja«. Einerseits sagten sie:

»Ja, ich habe ein chronisches Gesundheitsproblem«, andererseits aber auch: »Ja, ich bin mit meiner Gesundheit zufrieden.«



Auf viele Menschen trifft also die Definition der WHO nicht zu. Ich würde Gesundheit daher anders definieren: »Gesundheit ist die Fähigkeit, mit den unvermeidlichen Problemen des Lebens fertig zu werden und sich an sie anzupassen – Krankheit, Behinderung, Unfälle, Lebenskrisen, Konflikte und Alter.«

Ich habe versucht, daraus eine allgemeine Skala der Gesundheit zu entwickeln. Sie beginnt im negativen Bereich – Krankheit –, schneidet den Nullpunkt – keine Krankheit – und läuft in den positiven Bereich – Gesundheit. Der Nullpunkt markiert einen qualitativen Sprung. Darunter liegen Krankheiten, Behinderungen und Risikofaktoren – die Domäne des Gesundheitswesens. Darüber liegen die positiven Ressourcen: Stärke, Freunde, Familie und Zufriedenheit – der Bereich eines positiven Lebens. Die Skala zwingt dazu, den Menschen im Ganzen zu betrachten – mit allen negativen und positiven Faktoren. Sie illustriert zudem das Konzept von »Gesundheit trotz Krankheit«, das im Widerspruch zur WHO-Definition steht, aber im Einklang mit den Erfahrungen der Menschen.

Es ist wichtig, die positiven Gesundheitsfaktoren zu analysieren. Meine Quelle sind unzählige Gespräche mit sehr alten Patienten. Die wichtigsten Faktoren sind Hoffnung und Optimismus, ein positives Selbstbild, positive Erfahrungen und Vertrauen in die Fähigkeit, mit dem Leben fertigzuwerden, sozialer Rückhalt und Unterstützung durch Familie, Freunde und Nachbarn, das Wissen, daß man nicht alleingelassen wird, Nähe und Akzeptanz, die eigenen Wurzeln und Werte kennen, zu einer kulturellen Gemeinschaft zugehörig sein. Die simple Schlußfolgerung daraus: Je mehr man auf positive Ressourcen zurückgreifen kann, um so besser bekommt man die Probleme in den Griff.

Gesundheit und Kultur

Nach diesem Modell kann Kultur effektiv ober- und unterhalb des Nullpunktes wirken. Die Wirkungen unterhalb des Nullpunktes sind gut dokumentiert: körperliche Übungen und Sport, ein wichtiger Teil von Kultur, beugen Herzerkrankungen und Schlaganfällen vor oder können sie hinausschieben. Genauso wahrscheinlich, allerdings weniger gut dokumentiert, ist es, daß kulturel-

les Engagement oder positive soziale Aktivitäten vor Erkrankungen schützen. Wir wissen, daß sozialer Streß und Aggression, wahrscheinlich auch soziale Isolation negative Faktoren bei der Entwicklung von Herzerkrankungen, Bluthochdruck und Schlaganfall sind. Andere negative Faktoren sind Gewalt, Kriminalität, Alkohol und Betäubungsmittelmißbrauch.

Noch wichtiger ist jedoch die Funktion der Kultur oberhalb des Nullpunktes. Sie kann Gesundheit und Wohlbefinden fördern und damit die Fähigkeit verbessern, mit Krankheiten und Behinderungen umzugehen. Diese Effekte sind wissenschaftlich nur schwer zu untersuchen, aber ich glaube, daß sie sehr wichtig sind, besonders für Kinder und Jugendliche. Es gibt vermutlich drei Bedingungen, damit diese positiven Effekte zum Tragen kommen: 1. Aktive Teilnahme, es reicht nicht, Zuschauer zu sein; 2. die Aktivität muß eine unter vielen sein, sie darf nicht ausschließlich sein; 3. sie muß einen starken und positiven sozialen Effekt haben.

Kultur im Gesundheitswesen

Man kann der Kultur auch eine Funktion im Gesundheitswesen geben, beispielsweise durch »Kunst im Krankenhaus«. Die Aufenthaltszeit ist allerdings so kurz geworden – fünf oder sechs Tage –, und Patienten und Personal sind so beschäftigt, daß die positiven Wirkungen wahrscheinlich sehr gering sind. In Langzeitinstitutionen für Rehabilitation und Pflege ist der kulturelle Aspekt jedoch sehr wichtig. Das Gesundheitswesen sollte mehr mit dem Einsatz von Musik arbeiten, beispielsweise bei Parkinson-Patienten. Hier muß noch systematischer gearbeitet und kritischer ausgewertet werden.

Kultur der Gesundheit

Den dritten Aspekt von Gesundheit und Kultur nenne ich Kultur der Gesundheit. Früher gab es eine solche Kultur. Sie hatte drei wichtige Elemente: Krankheit war ein Teil des Lebens und mußte mit Geduld und Würde ertragen werden; man sorgte für sich selbst und vertraute seiner Familie und seinen Freunden; man wartete, bevor man zum Arzt ging. Wenn man dann ging, sagte der Arzt entweder, daß man ernsthaft krank war und Behandlung brauchte, oder daß alles in Ordnung sei, und man wurde



»Gymnastics«

Foto: Yamaoka Chikako, Japan

nach Hause geschickt. Das zweite Ergebnis war das schlechtere, weil man das Gesicht verlor.

Heute haben wir eine andere, eher gegensätzliche Kultur. Die Kultur der Gesundheit wieder aufzubauen, ist eine wichtige Aufgabe. Die Menschen müssen wissen, daß sie viel für ihre Gesundheit tun können und daß es wichtig ist, das tägliche Leben nicht zu »medikalisieren«. Medizin hat klardefinierte Grenzen und möglicherweise ernsthafte Nebenwirkungen. Den Menschen sollte klar sein, daß der Tod ein Bestandteil des Lebens ist. Das bedeutet, daß wir ein neues Programm benötigen, das in Schulen und in der Medizinerbildung beginnt, um die Menschen zu einer neuen Kultur der Gesundheit zurückzuziehen.

Was können wir tun?

Gesundheit und Kultur haben zwei Dinge gemeinsam. Wildavsky hat die sogenannte »10-90-Regel« für Gesundheit aufgestellt. Danach kann das Gesundheitswesen nur zehn Prozent zur Gesundheit der Menschen beitragen. Der Rest muß aus anderen gesellschaftlichen Bereichen kommen. Dasselbe gilt für die Kultur. Nur zehn Prozent kommen vom »professionellen« Kulturbetrieb, der Rest muß von allen anderen in der Gesellschaft kommen. Das hat wichtige Implikationen: Zunächst hängen Gesundheit und Kultur von der Gesellschaft ab. Es ist nicht möglich, die zunehmenden Ungleichheiten der Zweidrittelgesellschaft durch das Gesundheitswesen oder den Kulturbetrieb auszugleichen. Gesundheit und Kultur beruhen gleichermaßen auf einer Zusammenarbeit jenseits beruflicher und anderer Barrieren. Schließlich beruhen Gesundheit und Kultur auf Teilhabe. Es geht nicht darum, Gesundheit – oder Kultur – für zwei Drittel zu erreichen, sondern für alle.

Wie läßt sich das praktisch umsetzen? Ich habe einige Überlegungen dazu angestellt: 1. Die Jugend ist die wichtigste Gruppe, mit der und für die es zu arbeiten gilt. Die Alten haben eine Lobby, die Jungen nicht. 2. Wir müssen uns auf die unterprivilegierten Minderheiten konzentrieren. Die Mehrheit kann selbst für ihre Gesundheit und Kultur sorgen. 3. Der erste Schritt ist Erziehung. Wenn es uns nicht gelingt, den Unterprivilegierten eine solide Bildung zu ermöglichen, werden wir mit allem anderen scheitern. 4. Es ist wichtig, Teilhabe und Zugang zu verbessern. Wir sollten Minderheiten einschließen – nicht nur Sport für Behinderte, sondern auch Kultur. 5. Wir sollten aktiv das verbessern, was wir Kultur der Gesundheit nennen. Das Mittel dazu ist ein aktiver Dialog mit den Gesundheitsberufen und der Bevölkerung.

Solange wir nicht die Gesellschaft auf dem Prinzip der Solidarität und der Idee von Gesundheit und Kultur für alle aufbauen, werden wir weder Gesundheit noch Kultur erreichen. Meine erste Tätigkeit hatte ich 1950 in

einer kleinen Landgemeinde. Ich führte ein Pflegeheim für 55 junge Tuberkulosepatienten. Diese Patienten wurden in die Gesellschaft integriert – nicht im Stich gelassen. Für mich war das eine Lektion in Solidarität für das Leben. Darum, so denke ich, geht es bei Gesundheit und Kultur – Solidarität.

Peter F. Hjort ist Arzt in Norwegen. Der vorliegende Text basiert auf einem Vortrag, den er im Oktober 1995 während der Internationalen Konferenz »Kultur und Gesundheit« in Oslo gehalten hat. Die Konferenz wurde im Rahmen des internationalen Projektes »Kunst im Krankenhaus« von der Norwegischen UNESCO-Kommission organisiert und war Auftakt des Jahresthemas 1996 »Kultur und Gesundheit« der UNO-/UNESCO-Weltdekade für kulturelle Entwicklung. Internationaler Koordinator des Programms »Kultur und Gesundheit« ist von Oktober 1995 bis September 1996 die Norwegische UNESCO-Kommission. (Übersetzung und redaktionelle Bearbeitung: Wolfgang Wagener.)

Neue Aktivitäten des UNESCO-Seidenstraßenprojekts

von Thomas O. Höllmann



(UH) 1988 hat die UNESCO das Projekt »Seidenstraßen – Straßen des Dialogs« ins Leben gerufen. Es soll die wissenschaftliche Forschung über dieses größte Kommunikationsnetz der vormodernen Menschheitsgeschichte in internationaler Zusammenarbeit und mit interdisziplinärem Anspruch vorantreiben und koordinieren: archäologische literarische und mündliche Quellen werden dabei ebenso berücksichtigt wie zeitgenössische Formen bildender und darstellender Kunst. Schließlich soll die Bedeutung der Seidenstraßen stärker ins Bewußtsein einer breiteren Öffentlichkeit gerückt werden. Die deutschen Beiträge zum Seidenstraßenprojekt haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Die drei folgenden Vorhaben sind für die vielfältigen Aktivitäten repräsentativ.

Das Internationale Tonarchiv oraler Traditionen in Düsseldorf

Im Juli 1993 fand in Bonn ein Symposium über »Formen und Funktionen mündlicher Traditionen« statt. Es wurde durch das Seidenstraßenprojekt angeregt und von der Nordrhein-Westfälischen Akademie der Wissenschaften mit Sitz in Düsseldorf gefördert. In der Schlußdiskussion forderten die Symposiumsteilnehmer die Einrichtung eines Tonarchivs zur Sicherung mündlicher Überlieferungen. Dadurch sollten wichtige historische Quellen vor dem Vergessen bewahrt werden, das durch den Tod der (oft im wahrsten Sinne des Wortes) »letzten« Sänger und Erzähler und durch den verheerenden Einfluß unreflektierter »Modernisierungsbestrebungen« verursacht wird.

Diesen Gedanken griff die Nordrhein-Westfälische Akademie der Wissenschaften im Frühjahr 1994 auf und beherbergt seither das Internationale Tonarchiv

oralen Traditionen. Eine großzügige Spende der Breuninger-Stiftung ermöglichte die technische Ausstattung; die Leitung des inzwischen mehrere hundert Bänder (vor allem aus Zentralasien) umfassenden Archivs liegt bei Walther Heissig.

Auf seiner Zusammenkunft im Juni 1994 in Athen empfahl das Internationale Konsultativkomitee für das Seidenstraßenprojekt, das Archiv unter die Schirmherrschaft der UNESCO zu stellen. Im November 1994 folgte der Generaldirektor Federico Mayor diesem Wunsch, der von der Deutschen UNESCO-Kommission unterstützt wurde.

»Erben der Seidenstraße: Usbekistan«

Unter diesem Titel fand von November 1995 bis Mai 1996 eine umfassende Ausstellung im Linden-Museum in Stuttgart statt (s. UNESCO heute Nr. I, 1996). Sie ist