Und dann ist da noch der Mensch – Kultur in Krankenhäusern

Prof. Dr. Thomas Grosse
Hochschule Hannover | Fakultät V | Diakonie, Gesundheit und Soziales

Zusammenfassung des Vortrags vom 24. Mai 2012 im AMEOS-Klinikum Hildesheim

Einleitung

In diesem Vortrag soll es weder um bestimmte Krankenhausformen noch um bestimmte Zielgruppen gehen. Kultur ist ein Thema, das sich von der Neonatologie bis in ein Hospiz oder eine palliativmedizinischen Abteilung spannt. Und ich versuche wenig über Musik zu reden, sondern möglichst allgemein gültige Aussagen über jede Form kultureller Aktivität in Krankenhäusern zu treffen. Zu Beginn dieser Tagung wurde deutlich, dass Musik besonders deutliche und gut zu erforschende Effekte hervorruft. Aber es steht auch außer Frage, dass Musik nicht alle Menschen gleichermaßen anspricht und viele mit anderen künstlerischen Ausdrucksformen genauso gut oder besser klar kommen.

Der Titel des Vortrags ist möglicherweise etwas irreführend, weil er als Stoßseufzer verstanden werden kann: Ach ja, den Menschen gibt es ja auch, hinter dem Krankheitsbild. Eigentlich stellt sich diese Frage nicht ernsthaft, es ist nicht mein Ziel, hier über Defizite zu sprechen. Doch dieser moralische Anspruch, der Hinweis darauf, dass die Person hinter den Patientinnen und Patienten immer angemessen angesprochen werden muss, ist selbstverständlich immer an dort an der Tagesordnung, wo Menschen sich mit ihren Bedürfnissen den Bedingungen einer Organisation unterwerfen müssen. Und wenn diese Tagung „Kultur kann anders“ heißt und mit „anders“ – das wurde bereits deutlich – eine Verbesserung gemeint ist, dann scheint ja doch einiges im Krankenhaus nicht optimal zu sein.

Walter Moers hat vor vielen Jahren einen Cartoon mit dem Titel „Der Pfleger“ gezeichnet, in dem von einem Patienten nur in Bezug auf sein Krankheitsbild die Rede war. Wir wollen davon ausgehen, dass die Zeiten, in denen vom „Blinddarm auf Zimmer 24“ die Rede war, vorbei sind – wobei es letztlich unerheblich ist, in wie weit solche Formulierungen wirklich gebraucht worden sind, entscheidend ist die damit so prägnant zu Ausdruck gebrachte Haltung. Gerade mit der weiteren Professionalisierung und Akademisierung der Pflegeberufe ist in den letzten zwei Jahrzehnten viel Positives entwickelt worden, diese Veränderungen dürften auch unmittelbar in den Einrichtungen angekommen sein.

Aber was nützen ethische Auseinandersetzung mit Pflegeaufgaben, Menschenbildern und Fragen nach persönlichen Haltungen, wenn die Rahmenbedingungen dem nicht folgen? Es gibt auch weiterhin Faktoren, die den Blick auf die Individualität jedes Menschen als Patientin oder Patient verbauen.

1. In der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitssystems wird Zeit zum zentralen Steuerungsmittel, das eingesetzte Mittel ist die pauschale Abrechnung. Dies gilt im Kleinen – wenn für einzelne Leistungen wie beispielsweise das Waschen eine bestimmte Minutenzahl angerechnet wird - wie auch im Großen, durch die Fallpauschalen. Eine kurze Verweilzeit im Krankenhaus ist ökonomisch sinnvoll und auch psychosozial häufig zu empfehlen. Die seinerzeit geäußerte Befürchtung, dass es zu „blutigen Entlassungen“ kommen würde, bewahrheitete sich glücklicherweise nicht.

   Aber andererseits ist zu bedenken, dass Zeit füreinander zu haben die wichtigste Voraussetzung für zwischenmenschliche Begegnungen ist. Der daraus resultierende Widerspruch ist unübersehbar.

2. Auch die Architektur der meisten Krankenhäuser folgt traditionell ihrer Funktion. Es ist dabei interessant zu sehen, wie häufig es gerade deshalb Umbauten gibt, wenn beispielsweise Stationen zentrale Räume erhalten, wodurch sich Wege verkürzen und Kontakte verbessert werden. Doch hier läuft die Modernisierung naturgemäß den aktuellen Entwicklungen stets hinterher. Das gilt auch für die Krankenzimmer, die technische Einrichtungen vorhalten müssen und primär dafür eingerichtet sind.

3. Und eine weitere Hürde stellt das gesellschaftliche Gesundheitsverständnis dar: Wenn Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit definiert wird oder auch als Zustand vollkommenen körperlichen und geisteigen Wohlbefindens, dann wird der Kreis der gesunden Personen plötzlich ziemlich gering. Gerade auch der Blick der Patientinnen und Patienten selbst ändert sich durch eine solche Einschätzung – wo liegen die individuellen Prioritäten? Sehe ich mich selbst als Person mit Bedürfnissen oder eher defizitär, als Ort einer Erkrankung, eines Problems, das ich in meinem Körper beherberge und lösen will? Deshalb ist häufig die Überraschung so groß, wenn es kulturelle Aktivitäten gibt. Sich auf ein solches Angebot einzulassen, kostet Überwindung, dass plötzlich die Erkrankung nicht mehr zentrales Thema sein soll, verunsichert auch: „Ich bin doch nicht zum Basteln hier!“

Es gibt also einige Faktoren, die den Blick auf den Menschen beeinträchtigen. Und damit ist nicht der Mensch als „Person“ gemeint, dem ohnehin mit der gebotenen Achtung entgegengetreten werden muss, das ist zunächst erst einmal auf Grund der Professionalität aller im Krankenhaus Tätigen zu erwarten. Sondern hier geht es um den Menschen in der Einheit von Körper, Seele und Geist oder anderen Menschenbildern folgend; es geht um den Menschen als „Homo ludens“ und als ein soziales Wesen: Menschen erbringen Kulturleistungen und wissen diese auch zu bewerten und zu schätzen, Kultur spielt eine zentrale Rolle im Alltag.

Was ist Kultur?

Ich weiß nicht, wie es Ihnen gestern Abend ging. Ich jedenfalls ließ unser gestriges Treffen Revue passieren und dachte an den gelungenen Tagungsauftakt, nahrhaft für Geist und Leib, mit anregenden Gesprächen und einem gute Glas Wein. Wie viel „Kultur“ doch darin steckte! Doch welche? Gesprächskultur – Tagungskultur – Esskultur – Einrichtungskultur? In meinem Kulturbeutel hatte ich heute Morgen eine Antwort gesucht, habe aber auch dort nichts gefunden… Vielleicht hätte ich besser enzyklopädisch gesucht, aber zwischen Populärer Kultur und Maya-Kultur fand sich dann doch auch nur die Probiotische Kultur. Sehr spannend waren manche Aussagen, wie sie während des gestrigen Speed-Datings und auch danach zu hören waren, z. B. „Ich bin für Kunst und Kultur im Klinikum zuständig“. Ist Kunst folglich nicht Bestandteil von Kultur, wenn sie gesondert aufgeführt werden muss?

Es besteht offensichtlich zumindest für die Dauer dieses Vortrags Definitionsbedarf:

Georg Auernheimer schrieb 1999 in „Notizen zum Kulturbegriff“: Kultur ist das Orientierungssystem, das unser Wahrnehmen, Bewerten und Handeln steuert, das Repertoire an Kommunikation und Repräsentationsmitteln, mit denen wir uns verständigen, uns darstellen und Vorstellungen bilden.

Dieser weite Kulturbegriff ist für uns sicher gut geeignet, um schnell auf einen gemeinsamen Nenner zu kommen. Er hilft auch kulturelle Missverständnisse zu verstehen oder die Notwendigkeit kulturellen Lernens, beispielsweise im Zusammenhang von Interkulturalität.

Es steht aber auch mindestens ein zweiter Kulturaspekt im Raum, dem wir uns gar nicht entziehen kön-

nen, zumal die Projekte der KulturStation und vieler anderer vergleichbarer Initiativen mit Bereichen der Hochkultur verbunden sind: Kultur als Hort von Kunst, Musik, Literatur und so weiter.

In dem Überschneidungsbereich dieser zwei möglichen Definitionen dessen was mit Kultur gemeint sein kann, finden wir den entscheidenden Aspekt, nämlich das Gestalten von Umwelt als Ausdruck der eigenen Persönlichkeit. Kultur bestimmt unsere Kommunikation ebenso, wie sie auch das Bezugssystem unseres künstlerischen Ausdrucks umreißt. Hier kommt nun der handelnde Mensch nachdrücklich ins Spiel.

Ein Beispiel: Vor vielen Jahren zeigte mir eine Kollegin anlässlich eines Vortrags eine Fotografie, auf nach der ich seitdem auf der Suche bin: Am Flussufer in einer amerikanischen Großstadt hatte sich ein obdachloser Mann einen Garten angelegt. Er hatte den Raum vor seinem Schlafplatz mit gefundenen Gegenständen bereichert und sich unter Verwendung von Dosen, Kronkorken und anderem Material eine miniaturisierte, klar strukturierte Anlage geschaffen. Hier wird deutlich: Künstlerisches Handeln im Sinne von „Kultivieren“ – also Umwelt anpassen, gestalten – kann uns überall begegnen und es ist offensichtlich nicht unmittelbar von persönlichen Lebensumständen abhängig.

Spurensuche

Menschen gestalten ihre Umwelt ständig und überall. Kultur als Gegensatz zur Natur wird beispielsweise sichtbar beim Bau von Sandburgen. Menschen hinterlassen gerne Spuren, möchten sichtbar sein und vielleicht auch eine Weile bleiben. Das Einritzen von Initialen in die Rinde von Bäumen oder auf die Schreibfläche von Schultischen hat eine längere Tradition, das Verzieren von Bahnhofsunterführungen mit Filzstiften oder Sprühdosen ist eine etwas jüngere Kulturpraxis, aber beides ist unmittelbar miteinander verwandt. Bei Letzterem erübrigt sich im Übrigen plötzlich die Frage, ob Tags Kultur oder eine Schmiererei sind, jedenfalls unter den genannten Aspekten. Dass es sich um eine Sachbeschädigung handelt, steht natürlich auf einem anderen Blatt.

Manche Spuren sind von Dauer, doch oft können sie auch verloren gehen, die Sandburg fällt der nächsten Flut zum Opfer, der angelegte Straßengarten wird von einer Kehrmaschine fortgefegt.

Und in der Lebenswelt Krankenhaus?

In der Regel hinterlassen Menschen gerade hier nach Möglichkeit überhaupt hier keine Spuren, selbst die unsichtbaren Hautschuppen, Keime etc. werden aus gutem Grund akribisch entfernt. Auch die professionell im Krankenhaus tätigen Menschen in Medizin, Pflege und weiteren Aufgabenfeldern sind kaum nachhaltig sichtbar. So ist wegen der wichtigen Hygiene das Krankenhaus ein Ort, in dem kaum etwas zurückbleibt.

Dazu kommt, dass Menschen in Institutionen ihrer Gestaltungsmacht über ihren Alltag beraubt sind. Das ist ein weiterer wesentlicher Faktor, selbstbestimmtes Handeln ist bestenfalls eingeschränkt möglich und wird durch organisatorische Vorgaben ersetzt: Zeiten für das Aufstehen, das Essen und die Behandlungen ergeben sich aus den Arbeitsabläufen einer Klinik.

Um dem etwas entgegenzusetzen, können Arbeitsansätze aus anderen Disziplinen ins Spiel gebracht werden, so beispielsweise aus der Sozialarbeitswissenschaft: Bei einem Vortrag an der Hochschule Hannover bezog sich im Sommersemester 2012 Hans Thiersch, der Begründer des Konzeptes der „Lebensweltorientierung“, auf Oscar Negt mit der Aussage, dass der Rohstoff Wirklichkeit, in dem Menschen leben, ernst

genommen werden muss. Thiersch geht es zwar primär um das Lösen sozialer Probleme, aber trotzdem lässt sich eine Parallele ziehen: Menschen wollen etwas können, es geht dabei um Selbstachtung oder – in Bezug auf Ästhetische Praxis – auch um Selbstwirksamkeit. Etwas selbst geschaffen zu haben, ist ein starkes Motivationsmittel, aktive Teilhabe ist etwas Lustvolles, ermöglicht soziale Integration, lässt Menschen sichtbar werden und zwar sowohl für die Anderen als auch für sich selbst.

Wenn in der Umgebung eines Krankenhauses häufig die Person von der Krankheit verborgen wird lässt sich das vermutlich zum Teil auch aus der individuellen Lebenssituation der Patientinnen und Patienten erklären: Es kann recht bequem sein, sich mehr der eigenen Erkrankung zuzuwenden, als den individuellen Anteilen daran. Als Patientin oder Patient bin ich mitunter der eigenen Verantwortung ein gutes Stück enthoben, um meine Leiden kümmern sich nun andere, Seite an Seite blicke ich gemeinsam mit ihnen auf meine Krankheit. Aus dieser Distanz heraus kann es mir schwer fallen, an Aktivitäten teilzuhaben, bei denen ich mich plötzlich wieder meiner Person mit allen Wünschen, Ängsten und Hoffnungen zuwenden muss. Auch das ist eine Form von Verstören durch Kunst!

Als ein zugegebenermaßen sehr plakatives Beispiel sei hier eine Diabetes genannt, deren Ursache starkes Übergewicht durch eine Essstörung entstanden ist. Durch die intensive Beschäftigung mit der anstehenden Insulintherapie muss ich mich nicht mit dem Grund für mein problematisches Essverhalten auseinandersetzen. Hier kommen wir jedoch schnell in den Bereich der Psychologie, ich hoffe, dass diese etwas holzschnittartige Darstellung den Gedanken ausreichend erklärt.

Wie lässt sich nun die Wirkung kultureller Praxis bzw. kulturellen Handelns erkennen?

Bei der Vorstellung der KulturStation hat Anna-Lisa Bister bereits auf die Schwierigkeiten in der Erfassung von Effekten durch kulturelles Handeln hingewiesen. Es steht außer Fragte, dass Wirkungsforschung ausgesprochen wichtig und hilfreich ist. Trotzdem möchte ich einen Gegenposition beschreiben: Der Anspruch, durch Kultur ausgelöste Effekte überhaupt zweifelsfrei erkennen zu können, ist möglicherweise bereits in sich eine Fehlannahme. Alles quantifizierbar zu machen ist ein in naturwissenschaftlich-medizinischen Kreisen anerkanntes Verfahren. Doch geht es darum?

Ein besonders gutes Beispiel bietet eine aktuelle Publikation über Musiktherapie mit früh- und neugeborenen Kindern: In einem Beitrag des Sammelbandes wird das Hören im Mutterleib in vielen Facetten medizinisch untersucht. Klare Aussagen lassen sich treffen Lautstärke, Frequenzgänge, Effekte der Schallübertragung u.v.a.m. und die nach der Geburt einsetzende Wahrnehmungsveränderung durch das nun nicht mehr mit Wasser gefüllte Innenohr ist ebenfalls detailliert zu beschreiben. Aber da wo es interessant wird – nämlich die die Frage nach dem was ein ungeborenes Kind wirklich hört, also von dem Gehörten so wahrnimmt, wie es beispielsweise Erwachsene tun und welche emotionale Wirkung das haben mag – kommen die Autoinnen und Autoren ins Spekulieren und das Fazit solcher Beiträge ist von in der Regel von Konjunktiven geprägt. Es ist nun einmal so: Ungeborene und Neugeborene hören anders und Erwachsene können nicht nachvollziehen, wie oder was, genauso wenig wie sie nachvollziehen können, wie beispielsweise Katzen oder Hunde hören vgl. dazu: Thomas Grosse/Gregor Terbuyken. Rezension zu: Monika Nöcker-Ribaupierre 2012: Hören – Brücke ins Leben. In: socialnet Rezensionen, www.socialnet.de/rezensionen/13175.php.

Wenn es aber nun so schwierig ist, die positiven Effekte von Kultur im Krankenhaus nachzuweisen, welche Begründungszusammenhänge können denn dann helfen, sich dafür einzusetzen? Bei dem Schaffen zu

kulturellen Zugängen handelt es sich vielmehr um eine ethische Grundüberzeugung. In einem 1998 von der UNESCO in Stockholm verabschiedeten Aktionsplan wird der Anspruch aller Menschen auf soziale und kulturelle Entfaltung als Menschenrecht definiert vgl.: The Power of Culture - Aktionsplan über Kulturpolitik für Entwicklung verabschiedet von der UNESCO-Weltkonferenz „Kulturpolitik für Entwicklung“, unter www.unesco.de/458.html. Ich denke, das lässt die Diskussion über Transfereffekte kultureller Praxis überflüssig erscheinen, denn Menschenrechte sind nicht verhandelbar.

Das brachte auf andere Weise der französische Hochschullehrer Victor Flusser zum Ausdruck, indem er sinngemäß sagte: Unsere Musiker sind im Krankenhaus völlig überflüssig. Sie sind ebenso überflüssig, wie ein Lufthauch oder der Frühlingsduft an einem sonnigen Tag, wenn wir vor die Tür treten.

So gesehen erscheinen die gestern bei der Vorstellung der KulturStation vorgebrachten Befragungsergebnisse hoffentlich in einem zusätzlichen Fokus: Die schlichten Aussagen der Teilnehmenden sind völlig ausreichend, um die positiven Wirkungen solche Projekte zu belegen es sei denn, es handelt sich um sozial erwünschte Antworten, ein Effekt, der natürlich ausgeschlossen werden müsste. Wenn jemand zu Protokoll gibt, sich wohl gefühlt zu haben, anerkannt oder glücklich gewesen zu sein oder mit Freude an einem Projekt gearbeitet zu haben, sollten Fragen nach dauerhaften Verhaltensänderungen zumindest hinten angestellt werden.

Argumente für Kultur in Krankenhäusern

Es gibt gute Gründe für kulturelle Angebote in Krankenhäusern:

1. Transfereffekte: Ästhetische Praxis kann Heilungsprozesse fördern
2. Ökonomisierung: Weniger Medikamente und Pflegeaufwand, kürzere Verweildauer
3. Wettbewerbseffekte: Kulturell aktive Krankenhäuser sind attraktiver
4. Ethische Grundhaltung: Humanisierung der Institution Krankenhaus

Alle diese Aspekte nutzen primär den Patientinnen und Patienten, aber auch allen andere – den Mitarbeitenden und den Trägern der Krankenhäuser – hier ergeben sich typische „Win-Win“-Situationen.

Gleichzeitig gilt: Kulturelle Aktivität soll beleben, nicht „schön“ sein und gefallen sondern vielfältige Auseinandersetzung mit sich, mit der Umwelt und untereinander anregen. Nur dieser Einsatz von Kunst also bildender Kunst, Musik, Literatur, Theater, Film und Fotografie, Tanz usw. kann solche Wirkung entfalten.

Es ist also nicht das Ziel, beispielsweise Musik zu instrumentalisieren indem die akustische problematische Situation eines Krankenhausflures durch CD-Beschallung verbessert werden soll. Musikberieselung ist kein akustisches „Duftspray“, im Falle schlechter Gerüche empfiehlt sich ja auch das Öffnen der Fenster statt des Einsatzes eines parfümierten Aerosols. Die Nachhaltigkeit auch kurzer Projekte kann groß sein; wie sich der Blick auf etwas durch kurzzeitige Eingriff ändert, lässt sich bei den Aktionen des Verpackungskünstlers Christo prominent nachvollziehen. In vielen zitierten Feedbacks der KulturStationsteilnehmenden wurde derselbe Effekt deutlich.

Was folgt daraus?

Die Lebenswelt Krankenhaus ist aus nachvollziehbaren Gründen nicht primär auf die Erfüllung kultureller Bedürfnisse ausgerichtet. Es wird auch gar nicht erwartet, hier kulturelle Angebote vorzufinden.

Der Widerspruch, dass Menschen in einer Umgebung gesunden sollen, die den meisten ein Unbehagen bereitet, ist schon länger bekannt. Doch lässt sich dieses Problem offenbar nicht ganz so einfach lösen. Denn bei genauer Betrachtung ist nicht jedes mit dem Etikett „Kultur“ versehene Angebot in dieser Hinsicht ein Fortschritt im Sinne aktivierender, zur Teilhabe ermutigender Kulturaktivität in der Weihnachtszeit wird das durch die Besuche von zahlreichen Kindergruppen mit Musik und Tanz vielerorts deutlich.

Auf der anderen Seite sind die eigenen kulturfördernden Potentiale der Krankenhäuser kaum erfasst. Es können Kleinigkeiten sein, wie Singen während der Pflege, Umsicht im Umgang mit Gestaltungswünschen von Patientinnen und Patienten oder wenig aufwändige Ideen, wie beispielsweise „Tagebücher“ an den Betten. Doch gibt es hier Grenzen, nicht zuletzt auch aufgrund der individuellen Vorlieben und Fähigkeiten der handelnden Personen. Denn ohne persönliches Engagement bewegt sich erfahrungsgemäß nichts.

Gerade deshalb ist ein systemischer Ansatz vonnöten: Eine Änderung im Krankenhausalltag betrifft alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und muss von allen getragen – nicht bloß umgesetzt! – werden. So wird Kultur im Krankenhaus letztlich zu einer Managementaufgabe, die jedoch nur mit Kulturschaffenden und deren Impulsen von außerhalb lebendig und dauerhaft umgesetzt werden kann.

Resümee

1. Kulturprojekte an Krankenhäusern sind keine sozialen Interventionen. Soziale Projekte an Krankenhäusern sind keine Kulturförderung in der Einrichtung. Aber trennen lassen sich die beiden Dinge trotzdem nicht, teilweise sind sogar die Methoden identisch.
2. Kulturprojekte müssen „Bottom Up“ wachsen können, aber sie sind trotzdem eine Managementaufgabe. Der Beziehungsaufbau zum Projekt, das „sich-einlassen-können“ der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kann nicht angeordnet werden. Aber um ein Verständnis dafür wachsen zu lassen, benötigt Kultur im Krankenhaus jede erdenkliche Unterstützung. Es muss auch den Angehörigen der Einrichtung Zeit gelassen werden, um solche erheblichen Änderungen ihres Arbeitsalltags – vielleicht sogar ihres beruflichen Selbstverständnisses – anzunehmen.

3. Kulturelles Handeln und ästhetische Praxis brauchen Zeit: in der Vorbereitung, der Durchführung und auch im Nachwirken.

4. Die Aufgabe von Kulturschaffenden ist nicht ein von caritativem Impuls geprägtes Handeln, sondern die professionelle Umsetzung von unstrittigen Ansprüchen Einzelner auf kulturelle Teilhabe. Auch deshalb ist es vonnöten, mit klaren Konzepten und dem nötigen Selbstbewusstsein an die Entwicklung und Durchführung kultureller Projekte zu gehen.