

Norbert Schmacke

Rituale der modernen Medizin

Vortrag am 2.9. 2004 (erweiterte Fassung)*

Die Beleuchtung von Ritualen der modernen Medizin möchte auf den ersten Blick als Widerspruch in sich selbst erscheinen, verspricht „Modernität“ doch so etwas wie das Zurücklassen überholter Inhalte und Normen. Die große medizinische Datenbank Medline liefert wenig zu Ritualen in der Medizin. Blickt man unter den Begriffen Rituale und Medizin ins Internet, so ist das Feld der eingestellten Texte und Abhandlungen fast vollständig von der Thematik Schamanen und fremde Völker beherrscht. Diese Blickrichtung ist für die einen positiv besetzt, die anderen sehen nichts als steinzeitliche Denkwelten. Das Nachdenken über Rituale lohnt sich jedoch sehr. Geht es doch im Falle der Medizin eben nur zum Teil um die fraglos erbrachten Spitzenleistungen, sondern ganz wesentlich um die an die Hochleistungsmedizin geknüpften Erwartungen, die ihrerseits „Hoffnung und Trost im Falle eigenen Betroffenseins durch Krankheit“ geben (Arnold 1993, 191). Wenn es so ist, dass die Medizin gerade wegen der Säkularisierung der Lebenswelten heute wieder gewissermaßen stellvertretend sogar religiöse Funktionen übernommen hat – oder nach Meinung von Kranken übernehmen müsste –, dann ist die Beschäftigung mit Ritualen hoch modern.

Was ist nach klassischer Definition ein Ritual?

Laut Brockhaus 1998:

- allg., gleich bleibendes, regelmäßiges Vorgehen nach einer festgelegten Ordnung, Zeremoniell
- Psychologie: stereotypes, starres Verhalten, eine feste Abfolge von Handlungsschritten, die meist an bestimmte Anlässe (z. B. Ritual des Kindes vor dem Schlafengehen) gebunden ist, aber auch als ein vom Situationsbezug losgelöster Mechanismus auftreten kann.

Das Fremdwörterbuch DUDEN definiert Ritual wie folgt:

- Ordnung für gottesdienstliches Brauchtum
- Religiöser (Fest)brauch in Worten, Gesten und Handlungen; Ritus
- Das Vorgehen nach festgelegter Ordnung; Zeremoniell
- Verhalten in bestimmten Grundsituationen, bes. bei Tieren (z. B. Droh-, Fluchtverhalten).

Nach Rappaport (1999) sind Rituale durch bestimmte Merkmale gekennzeichnet, zu denen v. a. gehören:

- Die Wiederholung, die traditionsstiftenden Charakter trägt
- Das Tun, welches u.a. schwer Beschreibbares erfassen kann
- Die Stilisierung, welche Situationen aus dem Alltäglichen heraushebt und sinnstiftend wirkt
- Die Ordnung, die im Sinne einer Dramaturgie Rahmungen setzt

Synonyme als Annäherung an das Thema

Derartige anthropologische Forschung ist der Medizin alles in allem nicht gerade vertraut. Systematische Versuche, das Handeln der Medizin auf seinen Ritualgehalt hin zu untersuchen, sind selten – die qualitative und jüngst wieder aufgelegte Studie von Weidmann (2001) zählt hierzu. Die Begrifflichkeiten sind nicht leicht zu fassen; wo Routinen aufhören und Rituale anfangen, ist dabei die vielleicht bedeutendste und schwierigste Frage. Insofern ist es vielleicht erlaubt, zunächst assoziativ einige Begriffe aufzurufen, die eine Nähe zum Ritual aufweisen:

Medizin ist auf *Routinen* angewiesen. Körper werden vermessen, Blut wird in Automaten untersucht, hochauflösende bildgebende Verfahren wie der Ultraschall liefern „Überblicke“. Jedes Setting findet seine Routinen „normal“. Routinen werden deshalb intern häufig nicht mehr hinterfragt. Der invasive Kardiologe findet die Herzkatheteruntersuchung unspektakulär und alltäglich. Und Routinen sind extrem beständig.

Bei *wiederkehrenden Verrichtungen* ist deren Nähe zu „Routinen“ unverkennbar. So gehört das Fiebermessen oft noch zum Alltag der stationären Medizin, ohne dass nach der Sinnhaftigkeit gefragt wird. Die Visite ist ein zweites prominentes Beispiel: sie kommt mindestens von montags bis freitags täglich, und es darf unterstellt werden, dass auch der formale Ablauf zumindest in den somatischen Fächern das ewig Wiederkehrende stark betont.

Medizin lebt weit stärker von stillen und schriftlich fixierten Übereinkünften und *Konventionen* als man meint: Meinungsführer und örtliche Vorbilder spielen eine überragende Rolle bei der Einübung von Verhaltensmustern, wobei dies z.B. positiv in den Qualitätszirkeln zur Arzneimittelbehandlung genutzt wird. Expertenkonsense sind bis heute weithin ausschlaggebend für die Therapierichtungen der Medizin, ohne dass

Aus der Satzung des Vereins wird der gesamte Kanon einer „naturgemäßen Lebensweise“ deutlich: „Der Verein bezweckt die Förderung der Gesundheit in naturgemäßer Lebensweise durch Anwendung von Licht, Luft, Wasser, Sonne, Ruhe und Bewegung sowie durch Turn-, Sport- und Rasenspiele.“

Doch nicht nur die Naturärzte erkannten die heilsame Wirkung des Sonnenlichts, auch schulmedizinisch tätige Heliotherapeuten nutzten die Sonnenbestrahlung systematisch vor allem bei der Behandlung der Tuberkulose. Die Sonnenkur im Hochgebirge, die später von der Bestrahlung mit einer „künstlichen Höhensonne“ ersetzt werden konnte, ist demnach eine spezielle medizinische Variante des gewöhnlichen Badens in der Sonne.

Anschaulich beschrieb Arnold Rikli um 1860 den Tagesablauf in seiner Lichtheilanstalt:

„Die Patienten standen morgens um Sonnenaufgang auf, je nach Jahreszeit zwischen 4 und 8 Uhr, und bereiteten sich auf das erste Luftbad vor. Als Verpflegung erhielten sie frische Milch, ein Stück Grau- oder Vollkornbrot sowie etwas Honig. Leicht bekleidet erreichte man dann den Fuß eines Hügels, auf dessen Höhe das Luftbad eingenommen wurde. Während des Aufstiegs entledigte man sich nach und nach ganz der Kleidung, bis man am Gipfel völlig entkleidet ankam. Nach Einnahme des mageren Frühstückes wurde einige Zeit mit Spielen und Lesen verbracht, bis man, sich langsam ankleidend, wieder zu den Wohnhütten zurückkehrte. Dort bereiteten sich die Patienten dann zum ersten Sonnenbad des Tages vor, das in der Regel zwischen 10 und 13 Uhr eingenommen wurde. Dieses Sonnenbad wurde auf dem Dach eines Holzhauses durchgeführt. Die Patienten lagen dazu in einer langen Reihe, der Kopf als einziger Körperteil vor der Sonne geschützt.

Die Sonnenbäder dauerten zwischen 20 und 60 Minuten, danach verblieb man noch eine Weile in der Sonne, jedoch nun in große Tücher gehüllt. Danach begab man sich in ein Wasser- oder Dampfbad und wurde anschließend unsanft von zwei Helfern abfrottiert.“ (Andreas Lentner, Geschichte der Lichttherapie, Aachen 1992, S. 108)



Original Liegebrett aus dem Lichtluftbad Prießnitz e.V.

der Prozess der Meinungsbildung der Experten immer kritisch beleuchtet wird.

Stereotypien könnte man als unangenehme Variante der Konventionen bezeichnen: das sinnlos Erscheinende, das Déjà-vu in der Begegnung, die eingerosteten Kommunikationsstrukturen.

Der Begriff *Traditionen* changiert zwischen der Notwendigkeit, sich in seiner eigenen Welt heimisch und zugehörig zu fühlen und einem kritiklosen Festhalten am Überkommenen. Spürbar wird dies bei fast jedem Wechsel von Leitungspositionen. Dabei steht immer die Frage im Raum: sind die eingebrachten Ideen und Konzepte für Patienten und Mitarbeiter besser, weil alte Zöpfe abgeschnitten werden, löst sich nach einer kurzen Phase der Euphorie alles in heiße Luft auf oder werden gar bewährte Handlungsmuster durch „die/ den Neuen“ leichtfertig geopfert?

Gibt es *Bräuche und Zeremonien* in der Medizin überhaupt noch? Examens- oder Promotionsfeiern sind schmucklos geworden, haben wenig von Initiationsriten. Die Begegnung mit den Patienten ist unter diesen Begriffen heute kaum vorstellbar.

Das *Heilungsversprechen* ist das Herzstück der Medizin und nur auf den ersten Blick trivial. Heute kann die Medizin das Versprechen der Heilung gleichberechtigter geben als vor dem Zweiten Weltkrieg oder noch bis in die achtziger Jahre hinein. Der Beitrag der Medizin zur Verlängerung der Lebenserwartung ist (erst) seither nennenswert, während zuvor der Verbesserung der allgemeinen Lebensumstände (Ernährung, Bildung, soziale Lage) der übergroße Anteil an der Zunahme der Lebenserwartung zukam (s. z.B. Mackenbach 1996). Paradoxe Weise verdrängt der Fortschritt das Nachdenken über die Grenzen der Medizin und verführt möglicherweise auch zu der Überlegung, dass Rituale in einer modernen Medizin unnötig oder gar lästig geworden seien.

Das *Geheimnisvolle* ist immer mit der Heilkunde eng verbunden gewesen – und ist es auch heute. Offensichtlich ist dies bei der so genannten alternativen Medizin, eher versteckt aber fraglos auch in der so genannten Schulmedizin vorhanden, welche das Thema aber nicht gern bearbeitet. Vielleicht ist vielen Therapeuten auch nicht bewusst, wie sehr sie vor allem

mit dem Hinweis auf „allerneueste“ Behandlungsverfahren mitten in diesem Ansatz stecken. Ein anderes Beispiel für *Mysterien* in der Krankenbehandlung ist die endlose Debatte um so genannte Wunderheilungen. Weder befriedigt viele Menschen die Aussage, dass es extrem selten einmal unerwartete Heilungen aus nicht verstandenen Gründen gibt noch wollen Menschen darauf verzichten, in eigener auswegloser Lage auf das Unfassbare zu setzen, nämlich auf Wunder.

Beispiele rituellen Handelns

Nachfolgend soll nach dem rituellen Charakter von Kernleistungen der heutigen Medizin gefragt werden.

Beispiel 1: *Bettruhe*

Das Krankenhaus steht für den Beginn der modernen Medizin. Das Krankenhausbett symbolisiert den Ort ärztlicher wie pflegerischer Behandlung, „richtige“ Medizin ist nach verbreiteter Meinung stationäre Medizin. Der Krankenhausbau wurde in allen reichen Gesellschaften zum Prestigeobjekt allerersten Grades, man könnte ihn von der Bedeutungszuweisung und der formalen Größe her in eine Traditionslinie mit Kathedralen und Konzernzentralen stellen. Kreiskrankenhäuser wetteifern um die modernste technische Ausstattung und werden heute in der Regel von Professoren geleitet, die den Nimbus der Universitätsmedizin in die Provinz tragen. Das Krankenhausbett wurde zudem in der Ära der tagesgleichen Pflegesätze zum Pfeiler der Finanzierung und gerät nun seit mehr als zwanzig Jahren in das Kreuzfeuer der Kritik. Bettenüberhänge lautet das Stichwort, zu lange Liegezeiten sind Dauerthema. Und die DRG-Ära (Diagnosis Related Groups) hebelt das Bett als Garanten für das wirtschaftliche Wohlergehen der Krankenhäuser aus: es zählen nicht mehr die belegten Betten sondern die pauschaliert vergüteten „Fälle“ der Behandlung.

Das Statistische Bundesamt weist aus, dass schon lange vor der Einführung der DRGs (hier exemplarisch der Zeitraum 1991 bis 2001) die durchschnittliche Verweildauer dramatisch zurückging, hier im Durchschnitt um 3,9 Tage, am intensivsten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 79,3 Tagen.



Arztkittel. 2004

Für viele Erkrankungen hat sich gezeigt, dass das Krankenhaus nicht automatisch der beste Ort zur Behandlung ist. Immer lauter wird die Frage gestellt: Ist die Hospitalisierung von Kranken ein Wert an sich? Sind Menschen gern im Krankenhaus? Woher legitimiert das Krankenhaus dann übermorgen seinen Auftrag, wenn tendenziell immer mehr Behandlungen auch ambulant erbracht werden können? Die Psychiatrie hat Enthospitalisierung zum Fortschrittsprogramm erhoben, die Somatik ist offenbar noch unsicher, wie sie sich positionieren soll. Es sieht so aus, als wenn das Zentrum der Medizin ins Wanken gerät, wenigstens in der Wahrnehmung vieler ihrer Akteure, deren professionelle Identität sowohl unter dem ökonomischen Druck wie dem damit einher gehenden Gesetz der weiteren Verkürzung der Liegezeiten harten Belastungsproben ausgesetzt ist. Das Krankenhausbett symbolisiert vielleicht bis dato am stärksten, dass der Patient an einem

„besonderen Ort“ angekommen ist, der Behandlung aus dem Alltäglichen der Versorgung heraushebt. Die Relativierung des Krankenhausbettes als Zentrum der modernen Medizin stellt die Frage nach sinnstiftenden Ritualen neu.

Beispiel 2: *Schonung bei Rückenschmerz*

Zur Behandlung des akuten Rückenschmerzes gehörte lange Zeit neben der Schmerzbekämpfung – häufig durch intramuskuläre Injektionen, die aus fragwürdigen Mehrfachkombinationen bestanden – die Bettruhe. Schonung kann generell als ein Super-Ritual der Medizin bis in die jüngste Zeit hinein gelten. Das Prinzip folgt plausiblen Annahmen: akute Schmerzen führen schon spontan zur Minderung von Aktivität, und in einem Extremfall wie dem des akuten Herzinfarktes schien alles dafür zu sprechen, dass man den hochgradig verletzten Herzmuskel nicht durch Bewegung

zusätzlich provozieren darf. Aber auch der peinigende Hexenschuss ruft ja förmlich nach Schonung. Und die meisten Patientinnen und Patienten fügten sich wohl gern der entsprechenden ärztlichen Anordnung, da die schnellere Heilung zudem anfänglich mit einer zunächst ausgesprochen wohltuenden Entlastung verbunden ist.

Im Falle des – nicht durch akute neurologische Schädigungen komplizierten – Rückenschmerzes ist nun dieses eiserne Behandlungsprinzip ins Wanken geraten. Deyo (1999) spricht sogar von einem Paradigmenwechsel und empfiehlt bei einfachen Rückenschmerzen u.a. psychosoziale Faktoren zu beachten, so aktiv wie nur möglich auch im Alltag zu bleiben und spätestens nach sechs Wochen ein Übungsprogramm zu absolvieren, falls die Beschwerden nicht verschwunden sind. Das bedeutet wohl einen Abschied von drei Ritualen:

1. von dem Reflex, bei Rückenschmerzen immer Röntgenbilder herstellen zu müssen,
2. von der automatischen Verordnung von Bettruhe bzw. Schonung,
3. von der automatischen Überweisung in fachärztliche Betreuung im Falle hartnäckigen Fortbestehens der Beschwerden.

Gute Leitlinien haben diesen Erkenntnisstand inzwischen sehr wohl aufgenommen, die Praxis sieht noch anders aus. Ein Handeln gegen diese Prinzipien fördert leider eher die Chronifizierung von Rückenschmerzen als deren Heilung. Die Frage ist aber auch: ob Patienten diesen Wandel akzeptieren, wenn er in erheblichem Maß gegen tradierte und eingeübte Verhaltensmuster steht? Denn die Verordnung von Schonung beinhaltet die mächtige Botschaft: Du darfst Dich fallen lassen, Dein Leiden ist außerordentlich.

Beispiel 3: *Der Rezeptblock*

Arzneimittel-Rezepte (und diese machen den Hauptteil der Rezepte in der Medizin aus) gehören so sehr zum Alltag ärztlichen Handelns, dass es fast unsinnig wirkt, das überhaupt zu benennen. Interessanter wird es aber sofort, wenn man die Frage untersucht, ob es wirklich stimmt, dass Patienten immer derartige Rezepte wollen. Das vermuten nämlich viele, und Ärztinnen und Ärzte gehen häufig von dieser Annahme aus. Auch

diese Frage ist wissenschaftlich untersucht worden – mit durchaus erstaunlichen Ergebnissen. Allgemeinmediziner der Universität Göttingen haben eine Studie publiziert (Himmel u.a. 1997), in der die Patientenzufriedenheit nach erfolgter Sprechstundenbehandlung in Beziehung zum Ausstellen von Rezepten untersucht wurde. Richtig ist danach, dass sehr viele Patientinnen und Patienten mit der Erwartung in die Praxis kommen, sie erhielten dort gegen ihre Beschwerden ein Medikament verordnet. Die „Verweigerung“ führt keineswegs zwangsläufig zu geringerer Zufriedenheit, wie Himmel u.a. im direkten Vergleich ermittelten. Die Beliebtheit des Rezeptes aus ärztlicher Sicht erklären die Forscher wie folgt: Rezeptieren ist ein „short cut“, eine Abkürzung der Kommunikation: „Der vorgebrachte Wunsch des Patienten ist ein willkommener Anlass für den Arzt, die Unsicherheit im Abschluss der Begegnung zu überspielen und Sicherheit anzubieten – und ein abgekürztes Verfahren anstelle einer zeitaufwändigeren Kommunikation“. Verschreibung ist damit ein festes Ritual ärztlichen Handelns, nicht selten ein Ersatz für etwas, das nicht stattfindet, vor allem das Beleuchten der Patientenmotivation für den Arztbesuch.

Die Arzneimittellthematik ist deshalb so bedeutsam, da der Arzneimittelverbrauch nicht nur grundsätzlich in allen ausgebauten Gesundheitssystemen kontinuierlich steigt, sondern leider auch starke Zuwachsraten außerhalb von Indikation mit gesichertem Nutzen aufweist. So lässt sich eine Verschiebung des Verschreibungsverhaltens in leichtere Krankheitsstadien mit fragwürdigem bis ungesichertem Nutzen feststellen: ein prominentes Beispiel sind die Antidepressiva. Der Wirkstoff Fluoxetine (Prozac®) ist in manchen Ländern zu so etwas wie einem Aspirin für die Seele geworden, gut bei jeder Form von Stimmungsschwankung. [...]

Die „Polypill“ ist ein Reißbrett-Produkt, nicht getestet, sondern durch Addition bestehender positiver Effekte der einzelnen Substanzen „errechnet“. Es erscheint geboten, ein Gedankenspiel anzustellen: würde der Einsatz der Wunderpille bedeuten, dass ein neues Ritual entsteht (das kollektive Schlucken der Gesundheitspille) oder wird Medizin damit zum Nahrungsergänzungsbestandteil? Im Schatten dieser – aus meiner Sicht makabren – epidemiologischen Rechenakrobatik

könnte wieder vergessen werden, dass das massenhafte Verschreiben von Arzneimitteln schon heute mit wirklich dramatischen Nebenwirkungen verbunden ist. [...]

Das Rezeptieren ist wohl jenseits aller merkantilen Motive seitens der Hersteller und ihrer Repräsentanten auch ein Ritual der besonderen Art. Es ist kulturell tief verankert, jenseits aller nachgewiesenen positiven Effekte, und es ist öfter als gedacht Ersatz für Zuwendung, und voller Risiken, deren tatsächlicher Umfang und Vermeidbarkeit noch nicht routiniert erfasst wird. Im Ausstellen eines Rezeptes fallen Kranksprechung und Heilungsversprechen zusammen, insbesondere immer dann, wenn keine weitere Therapie in Sicht ist. Die Mitgabe dieses Versprechens könnte den rituellen Charakter des Rezeptierens ausmachen und eine der Erklärungen dafür sein, warum das Einnehmen der Tabletten dann manchmal sekundär zu sein scheint.

Beispiel 4: Arthroskopie: Heilende Blicke

Gelenkspiegelungen sind Routine geworden. Die häufig vorgeschalteten bildgebenden Verfahren sind von brillanter Qualität. Die damit gewachsenen Möglichkeiten, sich Veränderungen in Gelenken „haargenau“ anschauen zu können, fördern parallel mechanistische Vorstellungen von der Reparatur geschundener Gelenke: Unebenes wird glatt gehobelt, Abgesprengtes entfernt. Die Technik der operativen Gelenkspiegelungen ist immer schonender geworden, die Narben sind kaum noch zu sehen, fast wirkt das ganze Unternehmen wie eine Bagatelle. Nun veröffentlichten Moseley u.a. 2002 eine Studie, mit welcher der Nutzen der endoskopischen Behandlung von degenerativen Gelenkveränderungen im Vergleich zu Abwarten bzw. konservativer Behandlung untersucht wurde. Hierzu wählten sie in der Kontrollgruppe die Methode der Schein-Operation: es wurde lediglich ein Hautschnitt gesetzt und eine endoskopische Behandlung vorgetäuscht. Nach 24 Monaten war die Interventionsgruppe, die mit Lavage und Debridement behandelt worden war, nicht beschwerdefreier als die Placebogruppe. Die Bedeutung, die Patienten einer medizinischen Intervention beimessen und die Erwartung an den

heilenden Eingriff sind mächtig, wie die Forschung zum Placebo-Effekt übereinstimmend zeigt (Moerman 2002, Harrington 1997). Am Rande sei vermerkt, dass die Veröffentlichung eine lebhaft Debatten losgetreten hat, ob derartige Scheinoperationen ethisch überhaupt zu rechtfertigen seien. Am Ende wird man feststellen müssen, dass sich auf diesem Weg besonders überzeugend zeigen lässt, ob chirurgische Eingriffe einem konservativen Vorgehen tatsächlich überlegen sind und als neue Routine gelten dürfen. Das Beispiel führt zu der allgemeinen Frage, wie häufig „Befunde“ an sich zu Operationen führen, ohne danach zu fragen, ob es einen durch gute Studien nachgewiesenen Nutzen für das eingreifende Vorgehen gibt, oder ob Abwarten gar nicht so selten ein mindestens genau so gutes Rezept sein kann. Der rituelle Gehalt invasiver Eingriffe wie der hier untersuchten „Säuberung“ von Gelenken mit „Abnutzungserscheinungen“ liegt in der Faszination, die von der Modernität des Verfahrens gegenüber dem bisher gewohnten schicksalhaften Abwarten des Verlaufes ausstrahlt. Die Heilung ist ein Stück mehr in Reichweite gekommen – wie illusionär die Erwartung auch immer gewesen sein mag. Reinigen von Gelenken steht damit stellvertretend für das Versprechen, das Altern aufhalten zu können: es wird wieder alles gut.



Geburtshilfe-Koffer mit Inhalt. Um 1940

Beispiel 5: Die Hoffnung „Alternativmedizin“

Alternativmedizin (in großer Nähe finden sich die Begriffe Komplementärmedizin und Naturheilverfahren) genießt in den entwickelten Industriegesellschaften unabhängig von der Finanzierung der Gesundheitssysteme hohe Akzeptanz. Die Nachfrage ist in den letzten Jahrzehnten stetig gestiegen (Eisenberg 1993). Die Erklärungsversuche sind so vielfältig wie immer noch unzureichend. Häufig genannte Argumente lauten:

- Alternativmedizin ist weniger aggressiv, weniger Angst machend.
- Patienten suchen Erklärungsmuster für ihre individuelle Situation jenseits der nüchternen Kausalitätsvorstellungen der so genannten Schulmedizin.
- Alternative Behandler bieten mehr erwünschte Zuwendung als konventionelle Ärzte.

Die Beliebtheit der Akupunktur bei immer mehr Ärzten und wie auch bei Mitgliedern der Krankenversicherungen wurde seit den neunziger Jahren geradezu ein Dauerthema des Kassenwettbewerbs. Der zuständige Bundesausschuss der Ärzte rief das Thema zur Beratung auf und kam zu dem Ergebnis (www.g-ba), dass es lediglich für einige Bereiche chronischer Schmerzzustände Erfolg versprechende Ansätze für Akupunkturbehandlung gebe. Er schloss die Finanzierung aller übrigen Indikationen durch die gesetzlichen Krankenkassen aus und stellte frei, innerhalb einer gesetzten Frist neue Studienergebnisse zum Einsatz der Akupunktur bei chronischen Schmerzen vorzulegen. Bei der Vorbereitung der dadurch ausgelösten und Ende 2004 abgeschlossenen Studien wurden unter Einschluss der meinungsbildenden Akupunkturgesellschaften eine Reihe wichtiger Fragen geklärt:

Lässt sich die Wirksamkeit der Akupunktur überhaupt mit klassischen Methoden untersuchen? Die Antwort erfolgte im Konsens: Ja, man kann und muss sogar kontrollierte Studien durchführen, bei denen einem Teil der Patienten eine Sham-Akupunktur abverlangt wird, die an Pseudo-Punkten Stiche setzt, während bei dem anderen Teil eine „echte“ Akupunktur durchgeführt wird, die sich an der Lehre der Traditionellen Chinesischen Medizin orientiert. Und man muss Akupunktur gegen den bisherigen medizinischen Standard testen, auch darauf konnte man sich einigen. Gibt es nicht doch



Stethoskop. Um 1940

schon ausreichend gute Studien? So lautete die nächste Frage. Auch hier war Einigkeit: Nein, die Studienlage ist entgegen der landläufigen Annahme „Akupunktur ist millionenfach seit tausenden von Jahren bewährt“ nicht ausreichend.

Vereinfacht gesagt: diese Bilanz gilt für nahezu alle so genannten alternativmedizinischen Verfahren. Wir wissen entweder gar nichts oder wenig über den Nutzen dieser Verfahren, vor allem nicht für Langzeitverläufe von Erkrankten. Provozierend füge ich hinzu: wäre die Wirkung einzelner Verfahren überragend, wäre sie durch die bisherigen Forschungsbemühungen vermutlich leicht zu entdecken gewesen. Es steht also zur Diskussion, dass die Beliebtheit der Alternativmedizin sich am Ende vermutlich nicht dem zusätzlichen Nutzen verdankt, den sie gegenüber bisherigen Behandlungsverfahren nachweisen könnte. Plausibel wäre demgegenüber, dass vieles im Bereich der Placebo-Effekte anzusiedeln ist. Das setzt voraus, dass man „Placebo“ nicht als frommen Betrug versteht (klassisches Beispiel: die Gabe eines Leerpräparates anstelle eines Schmerzmittels, wenn der Arzt nicht von den Schmerzangaben des Patienten überzeugt ist). Den Placeboeffekt machen vielmehr alle diejenigen auf den Patienten wirkenden Einflüsse aus, die dem eingesetzten Behandlungsverfahren selber (bei der Akupunktur: das spezifische Setzen von Nadeln nach der Lehre der Traditionellen Chinesischen Medizin) nicht zuzuschreiben sind. Es geht bei dem Placeboeffekt wohl immer ganz elementar um das

Ausmaß der Zuwendung (Abholz/Schmacke 2000) in der therapeutischen Beziehung. Kirmayer (2002) hat zuletzt in einer anthropologischen Betrachtung der Heilkunde die These vertreten, dass der Mangel an sinnstiftenden rituellen Elementen in der modernen Medizin die Hinwendung starker Bevölkerungsgruppen in den entwickelten Industrienationen zu alternativmedizinischen Verfahren begünstigt, auch zu solchen Verfahren, die scheinbar gegenläufig zur verbreiteten Aufgeklärtheit der Bevölkerung in hohem Maße auf spekulative Ansätze bauen. Vielleicht entspricht das Setting der Alternativmedizin am Ende auch einer tief verankerten Vorstellung vieler Menschen, Heilung könne ohne transzendente Elemente nicht auskommen. „Man muss an die Behandlung glauben, sonst wirkt sie nicht“, wird vermutlich arzt- wie patientenseitig noch häufiger gedacht als gesagt. Es spricht also einiges für die These, dass alternativmedizinische Verfahren heute innerhalb des Spektrums der Behandlungsmethoden stark rituelle Züge tragen.

Rituale und Macht

Am Ende dieser Beispielserie wird eine erste Zwischenbilanz versucht: Alle Behandlungsansätze in der Medizin, gleich welcher methodischer oder weltanschaulicher Herkunft, setzen nicht allein auf den eigentlichen Behandlungseffekt, sondern auch auf den Bedeutungsgehalt ihrer Ansätze – oder sie profitieren zum Teil sogar davon, ohne es zu ahnen. Bezogen auf die Schulmedizin formulieren dies Belliger und Krieger (zitiert nach Südd. Z. 5.8.2003) wie folgt:

„Die Akzeptanz und die Bewunderung, welche die moderne Medizin hervorruft, beruht nicht allein auf ihren zweifelsohne eindrucklichen Leistungen, sondern ebenso auf den rituellen und ritualisierten Darstellungen ihrer Autorität und Kompetenz“.

Zu unterstreichen ist in diesem Zitat der Hinweis auf die „eindrucklichen Leistungen“. Nach dem zweiten Weltkrieg, verstärkt im Grunde erst seit den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts trägt die Medizin deutlich zur Verlängerung der Lebenserwartung bei und kann für eine Reihe von Erkrankungen vollständige Heilung versprechen. Anders formuliert: bis weit ins 20. Jahrhundert hinein war die Analyse von McKeown vollständig

zutreffend, dass den größten Einfluss auf die Lebenserwartung die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen hatten und nicht die Medizin (Mackenbach 1996). Die andere Seite der Medaille: parallel zu den beachtlichen Fortschritten der Medizin haben ihre Grenzüberschreitungen zugenommen, sind immer weitere Lebensbereiche unnötig pathologisiert worden. Die Bereitschaft zur kritischen Einschätzung der Zuständigkeit der Medizin ging schrittweise verloren (Schmacke 2004). In einer grandiosen Selbstüberschätzung der Medizin spielt die Aura aufs Neue eine überragende Rolle.



Record-Spritzen. Um 1960

Insofern gewinnt vor allem das ärztliche Heilungsversprechen, jetzt gestützt durch reale Fortschritte der Medizin, auf zunächst völlig unerwartete Weise wieder stark rituellen Charakter.

Bewertung von Ritualen

Es sieht nun so aus, dass Rituale, wenn sie denn schon nicht unnötig geworden sind, doch eher negative Assoziationen auslösen. Aus meiner Sicht ist rituelles Handeln aber keineswegs automatisch mit positiven oder negativen Bewertungen verknüpft. Ein vordergründig gleich ausschauendes Handeln kann nämlich völlig unterschiedliche Bedeutung erlangen.

Wenn die *Chefarztvisite* dadurch gekennzeichnet ist, dass der letzte Teilnehmer das Patientenzimmer betritt, wenn der Chefarzt schon wieder herausgeht, ist die Bewertung einfach: dann dient sie in erster Linie der

Selbstdarstellung des Häuptlings. Wenn sie dazu dient, dass der Chefarzt sich auf eine oder einige wesentliche Kernfragen der/ des Patientin/en konzentriert, könnte sein Besuch aber auch ausgesprochen sinnvoll sein, da er nicht allein durch sein Fachwissen sondern auch durch die gezielte Wahrnehmung einer Rolle die therapeutische Arbeit seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter positiv verstärken kann.

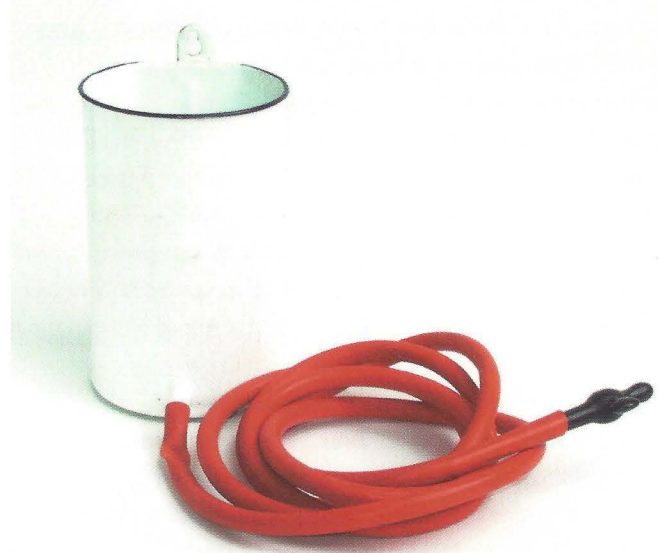
Wenn *Patientenaufklärung* davon gekennzeichnet ist, einer rechtlichen Vorschrift zu genügen, ist sie zu einem tendenziell sinnentleerten Ritual verkommen. Wenn sie aber von dem Versuch getragen ist, fair zu informieren und vorhandene Ängste abzubauen, ist sie wichtiger Bestandteil des Behandlungskonzeptes.

Wenn *IDM (Informed Decision Making)* missverstanden wird als Abladen der Verantwortung beim Patienten, gerät sie zu einem absurden Ritual. Wenn aber der Respekt vor den Patientenpräferenzen im Rahmen des Teilens von Wissen und Unwissen spürbar wird, ist IDM der Beginn einer neuen Kultur in der Medizin.

Wenn die *Hygieneregeln der Händedesinfektion* nicht überzeugend übermittelt und von den Beschäftigten nicht verstanden werden, können sie wie ein Zwangsritual wirken. Wenn ihr Nutzen aber verstanden worden ist und Erfolge der Prävention aufgezeigt werden, kann ein so traditionell wirkendes Instrument wie die Händedesinfektion zu einem wichtigen und „ritualfähigen“ Baustein des professionellen Stolzes und der Vertrauensbildung werden.

Wenn die *Anamnese* sich im Abhaken von Fragen auf Formularen erschöpft, verliert sie ihren Sinn. Wenn sie nicht nur der Erhebung „objektiver“ Daten dient, sondern auf das Verstehen der Patientensicht ausgerichtet ist, liefert sie den Grundstein für eine tragfähige therapeutische Beziehung.

Es könnte sinnvoll sein, Routinen und Rituale der Medizin nach ihrer vermutlichen Sinnhaftigkeit auf einer virtuellen Skala von 1 bis 10 einzustufen. Dabei würden unterschiedliche Bewertungen deutlich werden, und diese könnten den Beginn spannender Debatten markieren, weil dadurch erst wirklich deutlich würde, welche Bedeutung das Thema Rituale aus unterschiedlichen Perspektiven tatsächlich heute hat.



Irrigator. Um 1960

Einschub: Evidenzbasierte Medizin (EbM)

Evidenzbasierte Medizin versucht, in die Arzt-Patient-Beziehung die Frage nach dem Nachweis des Nutzens denkbarer diagnostischer und therapeutischer Verfahren einzubringen. Meine These ist: EbM ist kein Modernismus, der spätestens übermorgen wieder vergangen sein wird, sondern der Beginn einer neuen Ära der Medizin, in der systematisch danach gefragt wird, worauf sich diagnostische und therapeutische Empfehlungen stützen. EbM ist damit schon so etwas wie ein „Entzauberungsinstrument“. Ich bin ein Anhänger der EbM, der versucht, sie gegen schier endlose Missverständnisse und Unterstellungen in Schutz zu nehmen (Schmacke 2002). EbM ist keine seelenlose Bewertungsmaschine von Untersuchungs- und Behandlungsverfahren, aber sie ist respektlos, weil sie formale Argumente wie Titel und Positionen in der hierarchischen Welt der Medizin und Fachgesellschaften nicht gelten lässt. Wo Medikalisierung vorherrscht, versucht die EbM Patienten wie Ärzten die Grenzen medizinischer Interventionen aufzuzeigen.

Wo Eminenzen das Wort führen, sorgt EbM für Transparenz. Wo Suggestion Einfluss auf Patienten gewinnen will, fragt EbM danach, welche Formen von Zuwendung für Patienten Nutzen bringen. Durch EbM wird möglicherweise vieles anders, doch sie ersetzt nicht die hohe Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung

(analog gilt dies für alle Gesundheitsfachberufe!) und damit verbunden auch nicht das notwendige Nachdenken über die Bedeutung medizinischen Handelns für den einzelnen wie den Behandlungsrahmen. Die Bedeutung sinnstiftender oder sinnentleerter Rituale nimmt deshalb in der EbM-Welt nicht ab. Ein Letztes: EbM kann selber zum schlechten Ritual gerinnen, wenn sie sich in einem intellektuellen Spiel erschöpft (Sinclair 2004) und nicht die Probe auf das Exempel wagt.

Auf der Suche nach neuen Ritualen

Am Ende möchte ich den Blick erneut auf die ethnologisch-psychologischen Betrachtung von Ritualen lenken. Deren Bedeutung bleibt unweigerlich erhalten, so fort-schrittlich sich die Medizin auch gibt und ist:

„Das Ritual ist eine Urform der sozialen Kommunikation. Es hat in der Menschheitsgeschichte seit jeher dazu gedient, Identität zu vermitteln, Konflikte zu lösen und Lebenskrisen wie Krankheit und Tod zu bewältigen“ (Belliger, 2003).

Rituale sind ohne Frage fester Bestandteil der Menschheitsgeschichte – und werden es somit auch bleiben. Wie könnte ein vitaler Bereich wie die Heilkunde ausgespart bleiben? Grund genug für die medizinische Forschung und Bildung, sich dem Thema aufs Neue zuzuwenden. Ich möchte deshalb zu einem Perspektivwechsel aufrufen und fragen, ob der heutigen Medizin möglicherweise sinnstiftende Rituale fehlen. Dass auch in der „Neuzeit“ Rituale gehen und kommen, zeigt das Beispiel des Rooming-In auf Geburtsstationen. War es ein scheinbar eisernes Gesetz, dass die Säuglingsschwester das Neugeborene zu definierten Zeiten der Mutter zum Stillen und Körperkontakt „bringt“ und dann wieder in einem getrennten Raum ablegt, so setzten Frauen eines Tages die Forderung durch, Säuglinge und Mütter (wenn immer diese es wünschen) im selben Zimmer zu lassen und Zeitreglementierung durch Beratung zum Umgang mit dem Neugeborenen zu ersetzen (wenn sie für erforderlich gehalten wird). Die moderne Geburtshilfe hat sich ihre eigenen, neuen Rituale geschaffen, welche den geänderten Bedürfnissen der Mütter und zunehmend auch der Väter Rechnung tragen. Es gibt weitere Felder zu beleuchten:



Blutdruckmessgerät. Um 1940

Beispiel: „Zeittakte des Waschens und des Essens“

Hier dominieren wohl noch strenge Zeitregimes, wenn auch die Diskussion und modellhaftes Erproben variabler Formen nichts grundsätzlich Neues darstellen. Aber, so die Frage, ist der Respekt vor den Bedürfnissen der/des Kranken wirklich alltäglich genug? Wird den individuellen Vorstellungen, die von Geschlecht, Alter und ethnischer Zugehörigkeit abhängen, ausreichend Rechnung getragen? Die Fragen gehen von der Annahme aus, dass diese vitalen Bereiche bei Gesunden wie Kranken immer auch rituelle Bedeutung haben.

Beispiel: „Räume der Reflexion und der Übergänge“

Das Krankenhaus ist vermutlich schon lange von der Idee geprägt, Funktionalität der Abläufe sei alles. Mit der dramatischen Verkürzung der Liegezeiten (die DRG-Ära wird dies weiter zuspitzen) scheint endgültig klar zu sein, dass für alle Überlegungen jenseits des Musters „so schnell wie möglich diagnostizieren und so rasch wie möglich nach Erstbehandlung entlassen“ kein Platz mehr ist. So fragt sich, ob es jemals andere Formen des Aufnahme- und Entlassungsmanagements geben wird oder ob es gar selbstverständlich werden könnte, dass eine ausreichende Anzahl von Räumen zum Abschied von Verstorbenen zur Verfügung steht. Deprimierend uniforme Einzelberichte sprechen gegen solche Hoffnungen. Und doch sei die These gewagt, dass Krankenhäuser mehr denn je neue Rituale der

Übergänge benötigen (exemplarisch zur Kinder- und Jugendpsychiatrie Kuchenbecker 2004). Es könnte sein, dass dadurch der Rang des Krankenhauses in der Versorgungskette wieder glaubhafter gemacht werden kann und die Beschäftigten in den Kliniken ihr professionelles Selbstverständnis neu definieren können. All dies wird am Ende schwer zu erreichen sein, wenn nicht erlebbar wird, dass die Etappe im Krankenhaus für den Patienten ein bedeutendes Glied in einer komplexen Behandlungskette ist. Dies ist vielleicht eine der gar nicht bedachten Seiten des DRG-Zeitalters. Die Berücksichtigung dieser Zusammenhänge könnte schneller als gedacht auch ein wichtiges Element im „Ranking und Benchmarking“ der Krankenhäuser werden, um die Sprache der Moderne einmal in anderem Kontext zu bemühen.

Beispiel: *Patientenzentrierung*

Der Patient steht im Mittelpunkt, und dieser Satz steht in allen Leitbildern von Krankenhäusern, die etwas auf sich halten. Was bedeutet dies aber für den Alltag? Wodurch spürt der Patient, dass aus der schriftlichen Absichtserklärung ein durchgängiges Bemühen geworden ist? Man ist damit u.a. im Feld der Patientenbefragungen, die wenn nicht schon für ein neues Ritual so doch für eine wichtige Routine stehen sollten. Wie dies ermöglicht werden kann, warum es so elementar wichtig ist und dass es am Ende sogar Nutzen für die Behandlung stiftet, ist prinzipiell jedenfalls gut belegt (Gerteis u.a. 1993., Stewart u.a. 2003). Auch ist der Zusammenhang zum oben angesprochenen Thema der Übergänge offenkundig: Aufnahme und Entlassung könnten Momente der Vergewisserung für Patienten über ihre gesundheitliche Situation werden, in dem sie der Bedeutung der „Etappe“ im Krankenhaus nachspüren.

Beispiel: *Wissensmanagement*

Der Blick in die Krankenakte während der Visite lässt sich ohne Polemik aus Patientensicht als Ritual bezeichnen. Das Verstehen der Untersuchungs- und Behandlungsvorschläge unter Zuhilfenahme eines Handcomputers am Bett oder im Behandlungszimmer klingt noch wie Zukunftsmusik. Aber warum? Was wird sich ändern, wenn Patienten die Gewissheit haben, dass sie

im Zweifelsfall zusammen mit ihrem Arzt im Internet nach der best verfügbaren Evidenz suchen können oder einfach einer Frage nachgehen, die aus dem Stand heraus nicht beantwortbar war? Die gemeinsame Suche nach den möglichen Wegen der Behandlung könnte ein absolut vertrauensstiftendes Ritual werden.

Beispiel: *Teamgespräche*

Dass moderne Medizin mehr denn je von der Interdisziplinarität und Multiprofessionalität abhängt, wer würde das abstrakt bestreiten? Aber wo sind die Orte für regelmäßige Besprechungen zwischen all denen, die Verantwortung für die Patienten tragen? Feste Zeiten für Teamgespräche (einzelne Disziplinen wie die Psychiatrie sind dies sehr wohl bereits gewohnt), an denen nur im Notfall gerüttelt wird, hätten zutiefst Nutzen stiftenden rituellen Charakter. Lässt die Hierarchie der Krankenhäuser dies aber wirklich überall zu?

Beispiel: *„Konfliktmanagement für Beschäftigte“*

Wenn Klage geführt wird, dass die Arbeitsbelastung für Krankenhausbeschäftigte jährlich steigt, wenn unbefristete Arbeitsverträge zur Ausnahme werden, dann ruft dies allein nach einem professionellen Konfliktmanagement. Dieses kann sicher keine Garantien für Lösungen bieten, aber zur unverzichtbaren Voraussetzung für gute Arbeitsabläufe werden. Warum sollte auch dies nicht mit rituellen Zügen versehen werden,



Toilettenstuhl. Um 1930

wenn sich zeigen lässt, dass Mitarbeiterbindung und -zufriedenheit sich so steigern lassen?

Beispiel: „Beschwerdemanagement für Patienten“

Es dürfte wiederum zum Standard guter Häuser gehören, eine entsprechende Ansprache zu ermöglichen. Die Frage ist wie bei dem Thema Patientenzentrierung: wird dies gelebt, sprechen Patienten positiv über die Möglichkeiten, ihre Beschwerden äußern zu können und trägt dies zum guten Ruf einer Klinik bei? Hierzu ist eine Atmosphäre der Offenheit und Vertraulichkeit notwendig, warum sollte auch dies nicht künftig rituelle Züge erhalten?

Neue Rituale müssen, so meine ich, erfunden oder, bescheidener formuliert, wieder entdeckt werden. Dass sie immer in der Gefahr stehen, negativ bewertet zu werden oder im schlimmsten Fall hohl zu werden, ist dabei natürlich zu beachten.

Statt einer Bilanz

Eine nicht endende Frage an die Medizin ist, ob sie denn mehr Kunst oder mehr Wissenschaft sei. Antworten auf diese Frage sollen meine Beleuchtung des Themas *Rituale in der Medizin* abschließen.

- Ohne wissenschaftliches Fundament ist die Medizin nichts.
- Medizin ist aber immer mehr als Wissenschaft. Zunächst ist sie angewandte Wissenschaft und sie beinhaltet immer die Dimension der Kommunikation. Und Kommunikation steckt immer voller Zuweisungen von Deutungen und „Bedeutung“. Ist Medizin also eher Kunst als Wissenschaft?
- Der Hinweis auf die Kunst sollte vorsichtig erfolgen, jedenfalls solange die Erkenntnisse der Forschung zur Qualität der Arzt-Patient-Beziehung, zum Gelingen der Kommunikation generell, zur Bedeutung von Placebo und Spontanverläufen und v.a. zu den möglichen Gewinnen einer stärker patientenzentrierten Medizin nicht wirklich aufmerksam wahrgenommen werden. Diese Fertigkeiten können nämlich in erheblichem Maß erworben werden, wovon heute endlich auch die eingerichteten Reformstudiengänge in den medizinischen Fakultäten Zeugnis ablegen.

Zeitgemäße Rituale sind für die Stabilität der medizinischen Versorgung unverzichtbar. Sie sind eine Erweiterung der Frage nach der Nutzenstiftung durch die Medizin, sie sind sinnstiftend. Aber auch sinnentleerte Routinen und Rituale bestehen oft unbeabsichtigt fort. Antonovsky (1987) hat bei der theoretischen Begründung seines Salutogenese-Konzeptes auf diesen Punkt hingewiesen: Routinen, Rituale und die Strukturierung von Verhaltensmustern sind für eine gelingende Verarbeitung der Außenwelt unverzichtbar und bergen insoweit Gesundheitspotenziale, sie können aber auch so rigide werden, dass sie Entwicklungen behindern. Das Bemühen um die Entdeckung und Pflege stützender ritueller Elemente in der Medizin bleibt umso mehr eine lohnende Aufgabe.



Rasierzeug

Literatur

- Abholz H, Schmacke N. Ist mehr Rationalität mittels „bestvorliegender Evidenz“ ausreichend für die Gestaltung der vertragsärztlichen Versorgung? Thesen zur Arbeit des Ausschusses „Ärztliche Behandlung“ im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Arbeit und Sozialpolitik Heft 5/6 2000, 10-15
- Antonovsky A. Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco 1987
- Arnold M. Solidarität 2000. Die medizinische Versorgung und ihre Finanzierung nach der Jahrtausendwende. Stuttgart 1993
- Bates DW. Drugs and Adverse Drug Reactions. How Worried Should We Be? JAMA 1998; 279: 1216–1217
- Belliger A, Krieger D. Ritualtheorien. Opladen 2003 (2. Aufl.)
- Chenot JF, Becker A, Niebling W, Kochen MM. Evidenzbasierte Versorgung von Kreuzschmerzpatienten. So vermeidet man die Chronifizierung. Der Hausarzt 2004 (Heft 9): 2–5
- Deyo RA. Acute low back pain: a new paradigm for management. BMJ 1996; 313: 1343–1344
- Eisenberg DM et al. Unconventional Medicine in the United States – Prevalence, Costs, and Patterns of Use. New England Journal of Medicine 1993; 328: 246–252
- Eisenberg DM et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990–1997: results of a follow-up survey. JAMA 1998; 280: 1569–1575
- Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco T. Through the Patient's Eyes. Understanding and Promoting Patient-Centered Care. San Francisco 1993
- Handwashing Liaison Group. Hand washing. A modest measure – with big effects. BMJ 1999; 318: 686
- Harrington A (Hrsg.). The Placebo Effect. An Interdisciplinary Exploration. Cambridge London 1997
- Himmel W, Lippert-Urbanke E, Kochen MM. Are patients more satisfied when they receive a prescription? The effect of patient expectations in general practice. Scand J Prim Health Care 1997; 15: 118–122
- Kirmayer LJ. The cultural diversity of healing: meaning, metaphor and mechanism. British Medical Bulletin 2002; 69: 33–48
- Kuchenbecker A. Behandlungsende und Entlassungsvorbereitung: Die Begleitung von Abschied, Trennung und Übergang. In: Kuchenbecker A (Hrsg). Pädagogisch-pflegerische Praxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. 2002
- Little P, Smith L, Cantrell T et al. General practitioner's management of acute back pain: a survey of reported practice compared with clinical guidelines. BMJ 1996; 312: 485–488
- Mackenbach JP. The contribution of medical care to mortality decline: McKeown revisited. Journal of Clinical Epidemiology 1996; 49: 1207–1213
- Mamdani M et al. Gastrointestinal bleeding after the introduction of COX 2 inhibitors: eco-logical study. BMJ 2004; 329: 1415–1416
- Moerman D. Meaning, Medicine and the „Placebo Effect“. Cambridge 2002
- Moseley B, O'Malley K, Petersen N et al. A Controlled Trial of Arthroscopic Surgery for Osteoarthritis of the Knee. NEJM 2002; 347: 81–88
- Munro J, Booth A, Nicholl J. Routine preoperative testing: a systematic review of the evidence. Health Technology Assessment 1997; Vol 1: No.12 (www.nchta.org/execsumm/summ112.htm)
- Rappaport RA. Ritual and Religion in the Making of Humanity (Cambridge Studies in Social and Cultural Anthropology 110) Cambridge 1999
- Sawaya GF et al. Risk of cervical cancer associated with extending the interval between cervical-cancer screenings. NEJM 2003; 349: 1501–1509
- Schmacke N. Evidenzbasierte Medizin: Fundament zur Vereinbarung individueller Therapieziele. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft 2; 4/2002: 16–25
- Schmacke N. Wie viel Medizin verträgt der Mensch? Bonn 2005
- Sinclair S. Evidence-based medicine: a new ritual in medical teaching. Br Med Bull 2003; 69: 179-196
- Stewart M et al. Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method. Abingdon 2003
- Wald NJ, Law MR. A Strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80 %. BMJ 2003; 326: 1419-1423
- Weed L, Weed L. Opening the black box of clinical judgment – an overview. BMJ 1999; 319: 1279
- Weidmann R. Rituale im Krankenhaus. München 2001 (1. Aufl. 1990)
- Weinstein RA. Hand hygiene – of reason and ritual. Ann Intern Med 2004; 141: 65
- * Für Anregungen gilt mein Dank Sabine Iggersky und Andreas Kuchenbecker