

Internistische und kardiologische Erkrankungen

# Das Gebet als Therapeutikum?

VON R. HEFTI, H. G. KOENIG

**Ist das Gebet eine „applizierbare Therapiemethode“? Soll der Patient selbst beten oder beten lassen? Einige wissenschaftliche Untersuchungen zu diesem umstrittenen Thema liegen jetzt vor. Die Ergebnisse reichen von einer Symptomverbesserung bis hin zum Fürbittegebet als Risikofaktor. Aber es gibt auch kritische Einwände.**

**Dr. med. René Hefti**  
Chefarzt Psychosomatik und Leiter des Forschungsinstitutes für Spiritualität und Gesundheit, Klinik SGM Langenthal, Schweiz



— Die im April 2006 im American Heart Journal publizierte STEP-Studie [1] entfachte erneut die Diskussion um die therapeutische Wirksamkeit des fürbittenden Gebets, einer der ältesten religiösen Heilungstraditionen. Forscher aus renommierten Universitäten wie der Harvard Medical School in Boston oder der Mayo Clinic in Rochester untersuchten 1800 Bypass-Patienten hinsichtlich ihres peri- und postoperativen Verlaufs. Für 605 Patienten wurde aktiv gebetet, ohne dass diese davon Kenntnis hatten, für 597 Patienten wurde nicht gebetet und für weitere 601 Patienten wurde gebetet, wobei diese darüber informiert wurden. Die ersten beiden Gruppen unterschieden sich hinsichtlich der Komplikationen nicht (51 vs. 52%), die dritte Gruppe zeigte jedoch gegenüber den ersten beiden Gruppen eine signifikant höhere Komplikationsrate (59%,  $p = 0,025$ ). Ist das Fürbittegebet damit ein Risikofaktor und nicht, wie postuliert, ein heilsamer Zusatz zur kardiologischen Standardtherapie?

**In Deutschland glaubt fast jeder Zweite an die Wirkung des Gebets**

In einer 1990–1997 in den USA durchgeführten Erhebung [2] gaben 35% der Befragten an, das Gebet im Zusammenhang mit Gesundheitsproblemen einzusetzen. 82% der Amerikaner glauben an die heilende Kraft des Gebets und 64% sind der Meinung, dass Ärzte mit Patienten beten sollten, wenn diese es wünschten [3]. Diese Zahlen zeigen, dass der Glaube an das Gebet in der Bevölkerung nach wie vor tief verankert ist.

Dies gilt auch für Deutschland, wenn auch in geringerem Maß. Eine Umfrage ergab 2002, dass immerhin 20% der Westdeutschen täglich beten,

und weitere 20% berichten, dass sie oft konkrete Hilfe von Gott erfahren hätten [4]. In einer vom Autor durchgeführten Untersuchung bei bypassoperierten Patienten in Österreich gaben 50% der Studienteilnehmer an, dass sie für die Herzoperation oder den postoperativen Verlauf gebetet hatten, und 59% wussten von jemand anderem, der für sie betete [5].

**Wissenschaftliche Untersuchungen**

Auch Wissenschaftler setzen sich seit einigen Jahren mit dem Thema „Gebet“ auseinander. In der medizinischen Literatur finden sich aktuell 22 prospektive, randomisierte und kontrollierte Studien, die sich mit der Wirkung des Gebets in klinischen Populationen beschäftigen. Zwölf dieser Studien befassten sich mit internistischen oder kardiologischen Erkrankungen [6–15], wobei vor allem das Fürbittegebet untersucht wurde. Dieses kann direkt mit dem Patienten (direct-contact intercessory prayer) oder auf Distanz geschehen (distant intercessory prayer).

Astin [16] definiert Fürbittegebet als „Bitte an Gott oder eine andere höhere Macht, zugunsten eines Individuums oder eines Patienten einzugreifen“. Krucoff spricht von „weithin praktizierten Therapien ohne nachvollziehbaren Mechanismus“. Neben dem Gebet gibt es weitere Formen von spirituellen oder noetischen Therapien wie

**Tabelle 1**

**Clearwater-Studie: Wirkung des Gebets bei Patienten mit Arthritis**

Variablen	Interventionsgruppe (Gebet)		Kontrollgruppe (Warteliste)		p-Wert
	Baseline	Monate	Baseline	6 Monate	
Schmerzhafte Gelenke (n)	16,3* (5,9)	9,2 (8,4)	18,7 (9,0)	19,2 (11,6)	0,016
Geschwollene Gelenke (n)	8,7 (4,7)	4,4 (4,0)	11,8 (6,0)	10,4 (7,3)	0,128
Grip-Test (mmHg)	242,0 (123,4)	272,8 (130,6)	231,3 (102,3)	230,8(101,7)	0,457
BSG (mm/h)	43,0 (33,8)	38,8 (24,7)	30,8 (17,1)	42,8 (27,3)	0,136
CRP (mg/dl)	1,8 (2,3)	1,8 (2,5)	1,0 (1,1)	1,0 (0,9)	0,992
Schmerz-Rating (0–10)	4,5 (2,6)	3,6 (2,9)	5,0 (3,0)	3,8 (2,4)	0,701
Globale Funktion (0–10)	7,3 (2,7)	7,4 (2,4)	7,2 (1,5)	6,0 (2,9)	0,058
Müdigkeits-Rating (0–10)	4,7 (3,4)	3,0 (2,9)	4,5 (3,5)	4,3 (2,5)	0,266
AIMS (Score)	123,1 (26,1)	114,3 (32,1)	117,6 (21,9)	115,6 (19,4)	0,342
MHAQ (Score)	37,9 (8,1)	34,3 (9,4)	32,6 (6,0)	34,1 (6,9)	0,040

AIMS = Arthritis Impact Management Scale, MHAQ = Modified Health Assessment Questionnaire  
\* Mittelwerte mit Standardabweichung (SD)

Quelle: Matthews DA, South Med J. 2000



**Hilft fürbittendes Beten dem Kranken? Auf jeden Fall scheint es die Arzt-Patient-Beziehung zu verbessern.**

Foto: Stödt / DIAGENTUR

„Therapeutic Touch“, „Positive Visualisation“, „Imagery“ und „Stress Relaxation“, auf die im Rahmen dieses Beitrages nur in Verbindung mit dem Fürbittegebet eingegangen wird. Auch die Gebetsstudien werden exemplarisch dargestellt.

#### **Gebet am Kranken: Clearwater-Studie**

„Ich tanze vor Freude“ – dies war der Ausruf einer Arthritispatientin im Anschluss an eine Gebetsintervention im Rahmen der Clearwater-Studie [9], die an der Georgetown University in Washington durchgeführt wurde. Die Studie untersuchte 40 Patienten mit symptomatischer rheumatoider Arthritis (ACR-Klasse II oder III). Das dreitägige Gebetsprozedere, welches einmalig und gleich zu Beginn des Studienprotokolls von einem Gebetsteam durchgeführt wurde, bestand aus insgesamt sechs Stunden persönlichem Gebet mit Handauflegen und sechs Stunden Schulung über spirituelle Heilung. Die Patienten in der Interventionsgruppe (n = 26) zeigten gegenüber der Kontrollgruppe (n = 14) nach sechsmonatiger Verlaufsbeobachtung eine signifikante Reduktion der Anzahl schmerzhafter Gelenke (Tab. 1).

Was lässt sich aus diesen Ergebnissen schließen? Die Studie konnte zeigen, dass das direkte Fürbittegebet den Schmerzverlauf und die subjektiv wahrgenommenen, krankheitsbezogenen Einschränkungen bei Patienten mit rheumatoider Arthritis Klasse II–III verbessern kann. Auch bezüglich der

Anzahl geschwollener Gelenke fand sich eine Tendenz zur Reduktion. Hinsichtlich der entzündlichen Krankheitsaktivität (BSG, CRP) ergab sich kein Unterschied zwischen den Gruppen.

#### **Gebet auf Distanz: Studie von Byrd**

Bereits 1988 führte Randolph Byrd von der kardiologischen Division des San Francisco General Medical Center eine prospektive, randomisierte, doppelblinde Untersuchung an 393 Patienten durch, die innerhalb von zehn Monaten auf die Herzintensivstation aufgenommen worden waren [6]. Für die Patienten in der Interventionsgruppe wurde von Fürbittern außerhalb des Krankenhauses gebetet, wobei jedem Patienten drei bis sieben Fürbitter zugeteilt wurden. Diese waren aktive Kirchenmitglieder und verpflichteten sich, täglich für den Patienten und dessen schnelle Genesung zu beten. Die Fürbitter wurden über Vornamen, Diagnose und den allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten informiert. Auch Veränderungen des Gesundheitszustandes wurden ihnen mitgeteilt.

Zum Zeitpunkt des Eintrittes in die Herzintensivstation unterschieden sich Gebets- und Kontrollgruppe nicht bezüglich der Hauptdiagnosen (ca. 30% akuter Myokardinfarkt, 30% instabile Angina pectoris und 30% akute Herzinsuffizienz) sowie des Schweregrades der Beeinträchtigung. Im weiteren Verlauf wurden die Komplikationen (neu aufgetretene Probleme, Diagnosen und therapeutische Ereignisse) erfasst. Hier erga-

ben sich zwischen Gebets- und Kontrollgruppe signifikante Unterschiede hinsichtlich des Auftretens von Herzinsuffizienz, Herz-Kreislaufstillstand, Pneumonie sowie des Einsatzes von Diuretika, Antibiotika und Beatmung. In der Gebetsgruppe traten insgesamt weniger Komplikationen auf (Tab. 2).

#### **Kontrollstudie durch Harris**

Zehn Jahre später versuchte William Harris vom Saint Luke's Hospital in Kansas City, die Ergebnisse von Byrd zu reproduzieren [8]. Über eine 12-Monats-Periode konnten 1013 Patienten in die Studie eingeschlossen und randomisiert werden. Im Gegensatz zu Byrd wurde ein vollständig blindes Studiendesign gewählt, weder Patienten noch medizinisches Personal wussten um die Durchführung der Studie. Harris wollte eine Vorselektion von „prayer-receptive“ Patienten vermeiden.

Zur Beurteilung des Heilungsverlaufes auf der Herzintensivstation (CCU) sowie während der anschließenden Hospitalisation wurde ein Score entwickelt, der Mid American Heart Institute-Cardiac Care Unit-(MAHI-CCU-)Score, welcher als Summenscore den Schweregrad der kritischen Ereignisse abbildete. Die Auswertung der Studie ergab eine knapp signifikante Reduktion des MAHI-CCU-Scores in der Gebetsgruppe ( $6,35 \pm 0,26$ ) gegenüber der Kontrollgruppe ( $7,13 \pm 0,27$ ) mit einem Signifikanzniveau von 0,04, was einer 11%igen Reduktion von kritischen Ereignissen entspricht.

Die Arbeit von Harris wurde 1999 publiziert und löste eine heftige Debatte aus [17]. Die Einwände reichten von methodischen über ethische bis zu theologischen Bedenken. Ich versuche, die Diskussion hier zusammenzufassen, da sie wesentliche Punkte der „Gebetsdebatte“ veranschaulicht:

- Die methodischen Einwände bezogen sich auf die Validität des MAHI-CCU-Scores, auf mögliche Kalkulationsfehler, die Frage der Randomisierung, auf eine unkorrekte Anwendung des T-Tests und auf das Fehlen eines wissenschaftlichen Erklärungsmodells.
- In ethischer Hinsicht wurde bezweifelt,

Tabelle 2

Byrd-Studie

Komplikationen	Interventionsgruppe Anzahl Patienten (%)	Kontrollgruppe Anzahl Patienten (%)	Signifikanz p-Wert
Herzinsuffizienz	8 (4%)	20 (10%)	0,03
HerzKreislaufstillstand	3 (2%)	14 (7%)	0,02
Pneumonie	3 (2%)	13 (7%)	0,03
Diuretika	5 (3%)	15 (8%)	0,05
Antibiotika	3 (2%)	17 (9%)	0,005
Intubation/Beatmung	0 (0%)	12 (6%)	0,002

Quelle: Byrd RC, South Med J, 1988

ob es gerechtfertigt war, auf die Unterzeichnung eines Informed Consent zu verzichten und damit die Patienten sozusagen unwissentlich in die Studie einzuschließen. Dies habe mit großer Wahrscheinlichkeit die religiösen Überzeugungen eines Teils der Studienteilnehmer verletzt. Auch die Eingrenzung auf christliches Gebet wurde als unzulässig und unethisch empfunden.

Die theologischen Anfragen bezogen sich auf die Legitimität, die Wirkung des Gebets und damit Gott selbst auf den Prüfstand zu stellen. Auch wurde die Sinnhaftigkeit von Gebetsstudien grundsätzlich infrage gestellt.

Sandweiss bringt in seinem Kommentar die Debatte auf den Punkt: „Sollten wir nicht eher die Bedeutung eines p-Wertes von 0,04 infrage stellen, als das wissenschaftliche Weltbild grundsätzlich in Zweifel zu ziehen?“

**Die MANTRA-Studie**

Die von Krucoff an der Duke University initiierte MANTRA-(Monitoring and Actualisation of Noetic Training-)Studie untersuchte den Einsatz „noetischer Therapien“ als Stress reduzierende Begleitbehandlung bei perkutaner Koronarintervention. Angewendet wurden Fürbittegebet sowie Musik, Imagination und heilende Berührung. Die MANTRA-Pilotstudie zeigte eine Reduktion der kardiovaskulären Komplikationen bezüglich aller noetischen Therapiemodalitäten, wobei das fürbittende Gebet die stärkste Wirkung hatte [11]. In der MANTRA-II-Studie, welche als prospektive Multicenterstudie angelegt wurde und 748 Patienten einschloss, erhielten 371 Studienteil-

nehmer „off-site prayer“ durch etablierte Kongregationen [15]. Weder die Patienten noch die beteiligten Kliniken wussten, für wen gebetet wurde. In der Gebetsgruppe erlitten 130 Patienten (37%) kardiovaskuläre Komplikationen, in der Nichtgebetsgruppe waren es 133 Patienten (ebenfalls 37%). Die Mortalität nach sechs Monaten war identisch, 14 in der Gebets- und 13 in der Nichtgebetsgruppe. Auch hinsichtlich der anderen noetischen Therapien (Musik, Imagination und Berührung) zeigten sich keine Unterschiede. Interessanterweise hatte in der Gebets- wie auch in der Nichtgebetsgruppe ein ca. 65%iger Anteil der Patienten den subjektiven Eindruck, dass für sie gebetet wurde.

**Vorläufiges Fazit**

Die beiden jüngeren Gebetsstudien (STEP, MANTRA), die beide als prospektive, randomisierte, methodisch solide Multicenterstudien angelegt wurden, konnten keinen statistisch nachweisbaren Effekt des fürbittenden Gebets dokumentieren. Ist damit die Wirkung des Gebets als Heilungsmethode widerlegt? Sind die hoffnungsvollen Ergebnisse aus der Clearwater-, Byrd- und Harris-Studie hinfällig?

Wollen wir das Gebet als „applizierbare Therapiemethode“ mit pharmakologischer Dosis-Wirkungs-Kurve verstehen, so lautet die Antwort ja. Insofern hat Richard Sloan, Professor an der New Yorker Columbia University recht, wenn er von einer „Trivialisierung religiöser Erfahrungen“ spricht. Die Antwort auf das Gebet im Sinne des individuellen und unverfügbaren

Wirken Gottes entzieht sich der statistischen Messbarkeit.

Vielmehr verändert das fürbittende Gebet des Arztes für seinen Patienten die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung und kann auf diese Weise eine unmittelbare Wirkung auf die Behandlung haben. Das Gebet kann beim Patienten eigene Glaubensressourcen stärken und Zuversicht bezüglich seiner Krankheit oder eines geplanten Eingriffs wecken [17]. Auch beim direkten Fürbittegebet, wie es in der Clearwater-Studie praktiziert wurde, werden eigene Heilungsressourcen des Patienten aktiviert. Ob das Wissen um das fürbittende Gebet durch Dritte den Behandlungsverlauf ungünstig beeinflussen kann, bleibt zu prüfen. Krucoff bezeichnet das Ergebnis der STEP-Studie als kontraintuitiv.

**Literatur bei den Verfassern**

**Für die Verfasser**

Dr. med. René Hefti  
Klinik SGM Langenthal  
Weissensteinstrasse 30, CH-4900 Langenthal  
Tel. +41 62 919 22 11  
E-Mail: rene.hefti@klinik-smg.ch

**Koautor:**

Dr. med. Harold G. Koenig  
Prof. of Psychiatry & Behavioral Sciences  
Associate Professor of Medicine  
Duke University Medical Center  
Durham, NC 27710, USA

**Summary**

**Prayers for Patients with Internal and Cardiological Diseases – An Applicable Therapeutic Method?**

Previous intercessory prayer studies showed symptom improvement and lower rates of complications in patients who were prayed for, whether it was a direct prayer or a distant intercessory prayer. The effect of intercessory prayer was not observed in cardiology patients during two new multicentre studies (MANTRA, STEP). The STEP study actually showed an unfavourable effect when the patient knew of distant prayers made on his/her behalf. Thus, prayer as an “applicable therapeutic method” could not be empirically verified. However, active prayer within the framework of a doctor-patient relationship can strengthen the patient’s optimism and activate the body’s healing resources.

**Keywords:** Prayer – Disease – Intercessory prayer studies