

Verfahren der Komplementärmedizin. Beispiel: Heilung durch Gebet und geistiges Heilen

Ein Beitrag zur Diskussion

Heilen durch Gebet, magisches, schamanistisches Heilen und Fernheilen gehören wohl zu den kulturell ältesten Versuchen der Menschheit, Krankheiten zu beeinflussen oder abzuwenden. Steinzeitliche Artefakte und ethnographische Studien aus Gesellschaften, die sehr archaisch waren oder noch sind, zeigen, dass in diesen die Rolle des Priesters, der zwischen der diesseitigen und jenseitigen Welt vermittelt und die Rolle des Heilers, der die unsichtbaren Mächte zum Wohle der Menschen zu beeinflussen versucht, kaum getrennt waren [1]. Der Ausweis religiöser Macht und Sendung und die Fähigkeit, Menschen von Krankheiten zu heilen, waren hier identisch. So entdeckt die moderne Exegese beispielsweise die Tatsache wieder, dass der historische Jesus zuerst und hauptsächlich als Heiler aufgetreten ist, dessen Verkündigung in Heilstaten, nicht in Worten, bestand [2]. Erst in der Antike und dann wieder zu Beginn der Neuzeit hat sich die Profession des Heilers als Arzt von der des Priesters getrennt und verselbstständigt, eine Entwicklung, die wohl der zunehmenden Spezialisierung in hoch entwickelten Gesellschaften geschuldet ist und mit der Zunahme und Verwertung von Wissen einhergeht. Dies ändert aber relativ wenig an der Tatsache, dass das Grundbedürfnis und die grundlegende

Intuition, medizinische Heilung und menschliches Heilsein können und sollen zusammengeführt werden [3], wohl tiefer in der Lebenswelt von Menschen – auch in unseren aufgeklärten westlichen Gesellschaften – verankert ist, als dies Ausbildungsgänge und Ausübung der akzeptierten Heilberufe etwa des Arztes oder der Psychotherapeuten vermuten ließen. Epidemiologische Daten, soweit sie vorhanden sind, zeigen deutlich, dass vor allem in den USA, aber auch in Teilen Europas, Heilung durch Gebet und andere, eher dem magischen Denken nahe stehende Interventionen durchaus verbreitet sind.

Einem Wort Leibniz' folgend, der einmal sinngemäß sagte, „Wunder geschehen mit Hilfe der Seele“, wollen wir von einer naturalistischen Deutung solcher Phänomene ausgehen. Es scheint eine vernünftige Ausgangshypothese anzunehmen, dass magische, sog. übersinnliche oder die wissenschaftliche Theoriebildung anscheinend in Frage stellende Heilvorgänge entweder auf der Stimulation von Selbstheilungskräften auf direkt psychologischem Wege beruhen, oder aber direkte, nicht-lokale und noch nicht ausreichend verstandene Prozesse nutzen, die wahrscheinlich auf der Modulation von Bewusstsein fußen. Dies ist der Grund dafür, dass im vorliegenden Beitrag keine direkte

Trennung zwischen Heilung durch Gebet und Fernheilung vorgenommen wird, sondern allenfalls eine Unterscheidung zwischen Heilungsprozessen mit Kontaktmöglichkeit und der entsprechenden Aktivierung psychologischer Prozesse und solchen, bei denen dies unwahrscheinlich ist.

Die Frage, ob durch solche Untersuchungen irgendetwas über eine jenseitige Wirklichkeit oder einen in das physische Geschehen direkt eingreifenden Gott ausgesagt werden könne, kann und wird nicht Gegenstand dieses Überblicks sein. Eine solche Frage ist bereits systematisch höchst fragwürdig, da sich experimentell-empirische Untersuchungen immer mit der Welt der kontingenten Dinge auseinandersetzen, die so ist, wie sie ist, aber auch anders sein könnte, wohingegen der philosophisch-theologische Begriff eines transzendenten Gottes immer die nicht-kontingente Wirklichkeit im Blick hat, die bereits aus diesen immanent begrifflichen Gründen nicht Gegenstand einer experimentellen Untersuchung sein kann. Insofern ist die implizite Voraussetzung von Chibnall et al. [4] schlecht begründet, die der Auffassung sind, solche Untersuchungen seien a priori bedenklich und sollten weder durchgeführt noch unterstützt werden.

Auch wenn „Gebetsheilungen“ oder religiös vermittelte Heilprozesse von der

Annahme ausgehen, dass „jenseitige“ Kräfte die Heilung vermitteln, so heißt dies nicht, dass diese Annahmen auch richtig sind. Wenn man hingegen von der Idee ausgeht, dass möglicherweise noch nicht verstandene natürliche Prozesse diesen Interventionen zugrunde liegen, kann man die empirische und konzeptionelle Betrachtung nüchtern vornehmen.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, einen knappen Überblick über das Forschungsgebiet zu vermitteln. Die Methodik lehnt sich dabei an das Prinzip der Best Evidence Synthesis an: Es werden Arbeiten verwendet, die besonders prägnant erscheinen, die aufgrund ihrer Methodik weit beachtet wurden oder aufgrund ihrer unerwarteten Ergebnisse aufschlussreich sind. Implizites Auswahlkriterium war dabei, dass es sich um begutachtete und auch über öffentliche Kanäle zugängliche und verfolgbare Arbeiten handelt. Die Auswahl entspringt also einer systematischen Sichtung der Literatur in einem fortlaufenden Format. Wo systematische Übersichten oder Metaanalysen vorliegen, stütze ich mich auf diese. Etwas anderes scheint bei dem derzeit noch sehr wenig bearbeiteten Gebiet kaum möglich und instruktiv zu sein.

Typologien

Geistiges Heilen, Fernheilung und Gebetsheilung kann man in verschiedene Gruppen und Typologien gliedern [5]. Ein wichtiger Unterscheidungsparameter ist die Frage des Kontaktes. Manche Heiler arbeiten vor allem im persönlichen Kontakt, sei es durch Handauflegen direkt am Körper, sei es durch das Bestreichen einer „Aura“ des Hilfesuchenden mit einigem Abstand zum Körper, sei es durch ein Gebet in Gegenwart des Patienten. Andere arbeiten auch über die Distanz, d. h. mittels Fernheilung. Dies geschieht entweder, indem ein Stellvertreter des Patienten – eine Fotografie, ein Schriftstück, ein mentales Bild – im Geiste mit positiven Eigenschaften versehen wird, oder externe Kräfte – Gott, Geistwesen, Helfer etc. – für den Patienten angerufen werden. Manchmal visualisieren Heiler den Patienten und nehmen im Geiste „Krankheitselemente“

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2006 · 49:788–795
DOI 10.1007/s00103-006-0009-5
© Springer Medizin Verlag 2006

H. Walach

Verfahren der Komplementärmedizin. Beispiel: Heilung durch Gebet und geistiges Heilen

Ein Beitrag zur Diskussion

Zusammenfassung

Geistiges Heilen und Gebet gehören zu den uralten Beständen des Heilarsenals der Menschheit. Sie sind immer noch sehr populär, wie neuere epidemiologische Daten belegen. Obwohl für Deutschland wenig systematische Daten vorliegen, kann man davon ausgehen, dass auch hier ein reges Interesse an der Thematik besteht. Dieses wird vor allem von spektakulären Einzelfallberichten genährt. Solche Einzelfälle stellen, wenn gut dokumentiert, wissenschaftlich gesehen eine Herausforderung dar. Allerdings ist die Forschung auf diesem Gebiet wenig systematisch. Die wenigen Studien, die vorliegen, zeigen 2 Dinge: Patienten, die solche Heilweisen in Anspruch nehmen,

haben einen klinisch relevanten Nutzen davon. Belege dafür, dass diese Methoden spezifisch wirken, sind allerdings nicht sehr überzeugend. Es wäre denkbar, dass dies darauf zurückzuführen ist, dass unsere Vorannahmen, die wir treffen, wenn wir klinische Forschung betreiben – dass nämlich ein stabiler, kausal operierender Faktor vorhanden ist –, für diesen Bereich unzutreffend ist. Falls, wie vermutet, ein nicht-lokales Phänomen vorliegt, hat dies Konsequenzen für die Forschung und die Interpretation von Studienergebnissen.

Schlüsselwörter

Geistiges Heilen · Fernheilung · Gebet

Procedures of complementary medicine. Spiritual healing and healing through prayer

A discussion paper

Abstract

Spiritual healing and healing through prayer have been among the methods for healing diseases of mankind since time immemorial. Even today they are quite popular in many parts of the Western world, as epidemiological data testify. Also in Germany, although less systematic data are available, spiritual healing is being used quite a lot. This interest is driven mainly by word of mouth and media presentation of spectacular single case descriptions of healing. Scientifically speaking, such cases present a challenge to science to understand the mechanisms at work. Systematic scientific studies, however, are rather sporadic and sometimes amateur-like efforts. However, the data available show two general results: patients seeking

out healing normally profit to a clinically significant degree. At the same time, there is little evidence that these effects are specific in nature. It could be the case that the mechanisms at work – if there are any specific mechanisms at all – do not follow the normal expected causal routes of activity, and hence the methodology applied might be misguided or incapable of capturing the effects. If there are generalised non-local effects at work, a hypothesis worth testing, then this has profound consequences both for research and for the interpretation of results.

Keywords

Spiritual healing · Distant healing · Prayer healing

aus seinem Bild fort, lassen heilendes Licht ins vorgestellte Bild fließen oder lassen „positive Energien“ auf ihn einströmen, all dies selbstverständlich als mentale, innere Tätigkeit. Es versteht sich von selbst, dass es fließende Übergänge gibt und sicherlich solche mentalen Techniken auch in Gegenwart der Patienten angewandt werden. Manche Heiler operieren explizit vor dem Hintergrund einer technisch-energetischen Metapher. Sie lassen „positive Energien“ einströmen und „negative“ ausströmen. Andere verstehen sich als „Kanal“ einer „göttlichen“ oder „übernatürlichen“ Heilenergie oder Lichtkraft [6]. Wieder andere arbeiten damit, dass sie überhaupt nur ein Fürbittengebet sprechen oder in Anspruch nehmen, gar nichts zu tun und nur stellvertretend für den Patienten einen Bewusstseinszustand der absoluten Akzeptanz und Indifferenz zu erreichen, der diesem dann hilft, Heilprozesse geschehen zu lassen.

Eine etwas andere Kategorie finden wir darin, dass die Krankheit als von eindringenden „fremden Mächten oder Energien“ verursacht gesehen wird. Wie auch immer diese konzipiert werden – klassisch animistisch als fremde Geister bzw. Dämonen oder modern-technisch als „Energien“ –, der Heilprozess hängt mit dem „Reinigen“ der betroffenen Person von solchen Kräften zusammen. Dieses kann analog den klassischen Formen von Exorzismen durch Rituale geschehen oder bei Formen, die sich einer neuen Spiritualität verpflichtet wissen, mehr durch mental-imaginative Arbeit [7]. Des Weiteren gibt es zunehmend Gebetsgruppen, die sich, entweder im Rahmen klassischer Religionen oder eher spiritistischer Konzepte, bei denen verstorbene Personen als Hilfsgeister angerufen werden, dem Heilen widmen. In anderen Ländern, so etwa in Brasilien oder auf den Philippinen, spielen operative Eingriffe unter Trance eine große Rolle, bei denen durchaus invasiv Krankheitsmasse – entweder klassische Tumore oder andere Substanzen – operativ entfernt wird, manchmal mit klassisch operativen Techniken, manchmal anscheinend mit der bloßen Hand. So unglaublich diese Berichte klingen, die Anwendung dieser Techniken sind mittlerweile doch relativ

gut durch Augenzeugenberichte belegt [8, 9]. Allerdings spielen sie in Europa, außer im Sinne eines paramedizinischen Tourismus, keine Rolle.

Wie auch immer die Unterschiede im Einzelnen sein mögen: Bestimmend bei all diesen Prozessen sind offenbar Modulationen des Bewusstseins, die noch nicht untersucht, geschweige denn verstanden sind.

Verbreitung und Inanspruchnahme

Gute epidemiologische Daten über die Inanspruchnahme solcher Heilverfahren existieren für Europa nicht. Die jüngste repräsentative Erhebung in den USA hat gezeigt, dass im Jahr 2002 62% der US-Bevölkerung unkonventionelle medizinische Interventionen in Anspruch genommen haben [10]. Die Hälfte davon gab an, auf Heilung durch Gebet vertraut zu haben, d. h., dass 36% der Bevölkerung in den Vereinigten Staaten auf Heilung durch Gebet setzen. Dies ist eine erstaunlich hohe Zahl und dürfte wohl damit zusammenhängen, dass die USA, trotz der offiziellen Trennung von Staat und Religion, in weiten Kreisen stark religiös geprägt sind. Dies braucht uns nicht zu wundern, bedenkt man, dass die Geschichte dieses Landes lange durch die Auswanderung religiös Verfolgter aus Europa geprägt war. Es lässt aber auch vermuten, dass diese Zahlen nicht einfach auf Europa übertragen werden können, das insgesamt vermutlich eine säkularere Kultur aufweist.

Umfragen in Deutschland, meistens veranlasst von Versicherungen oder Stiftungen, ergeben eine sehr hohe Zustimmung zu unkonventionellen medizinischen Richtungen im Allgemeinen. Je nach Umfrage und Fragestellung liegt sie in der Bevölkerung zwischen 60% und 90% [11], hohe Anteile finden sich aber auch bei Ärzten [12, 13]. Dies betrifft aber meistens Verfahren wie Phytotherapie, Akupunktur, Homöopathie oder Anwendungen der klassischen Naturheilkunde, z. B. Wasserkuren oder Diätetik. Repräsentative englische Studien zeigen, dass dort etwa 20–28% der Bevölkerung komplementärmedizinische Verfahren anwenden [14, 15]. Lebenszeit-

prävalenzschätzungen sprechen von 42% [14].

In einer repräsentativen Stichprobe in England gaben 15% der Befragten an, schon einmal geistiges Heilen in Anspruch genommen zu haben [16]. Die wenigen Daten, die es aus Deutschland gibt, zeigen, dass vor allem bei Krebspatienten eine solche Inanspruchnahme erwartet werden kann [17]. Immerhin gelang es einer Freiburger medizinischen Doktorarbeit in den 1980er-Jahren, 1000 Patienten, die die Dienste eines Heilers in Anspruch nahmen, zu rekrutieren [18]. Informelle Erfahrungen über Anfragen und Informationsbedarf geben indirekte Kunde von der Bedeutung der Thematik [19, 20, 21, 22]. Eine neue volkskundliche Erhebung auf der Schwäbischen Alb zeigt, dass zumindest im ländlichen Raum auch in Deutschland die Faszination und kulturelle Einbindung solcher Verfahren offenbar ungebrochen ist [23]. Die einzige epidemiologische Studie mit Daten aus Europa scheint aus Island zu stammen. Dort berichteten 41% der Befragten eines nationalen Surveys, geistiges Heilen in Anspruch genommen zu haben [24, 25]. Im deutschen Bundes-Gesundheitssurvey kommen diese Heilweisen nicht als Einzelkategorie vor [26].

Ärzte neigen in Befragungen normalerweise stärker den weiter verbreiteten komplementärmedizinischen Verfahren wie Akupunktur, Homöopathie oder Phytotherapie zu. Dies mag seinen Grund darin haben, dass nicht systematisch nach der Anwendung von geistigen Heilverfahren in der ärztlichen Praxis gefragt wird. Eine kürzlich in Australien durchgeführte Untersuchung bei Allgemeinmedizinern zeigt, dass immerhin 5% geistiges Heilen in der Praxis anwenden [27]. Ansonsten ist wenig über seine Verbreitung und systematische Anwendung bekannt. Folgt man einzelnen Selbstdarstellungen, dann ist der diesbezügliche Andrang bei entsprechend bekannten Praxen gewaltig [28]. Sorgfältige epidemiologische Erhebungen für Deutschland und Europa insgesamt gibt es jedoch nicht.

Wirksamkeit

Die Faszination und Inanspruchnahme geistigen Heilens wird sicher nicht, wie in anderen Bereichen der Medizin, von der Verfügbarkeit systematischer Information aus Studien getrieben, sondern aus unsystematischen Quellen der Erfahrung, vom Hörensagen, privaten Empfehlungen und über einen überhitzten Markt der Selbstdarstellung einzelner Personen in den Medien oder auf anderen Plattformen. Wie verschiedentlich beobachtet wurde, ist die Situation der Forschung im Bereich der Komplementärmedizin oft anders gelagert als in der konventionellen Medizin [29, 30, 31]. Während hier zur Zulassung pharmakologischer Substanzen Studien gefordert sind und positive Studienergebnisse den Eintritt einer Intervention in die öffentliche Gesundheitsfürsorge bedeuten, ist der Markt in der unkonventionellen Medizin grau, und Kosten werden von den Konsumenten selber getragen, speziell im Bereich des geistigen Heilens. Entsprechend sind Forschungsbemühungen auf diesem Gebiet unsystematisch und nicht selten amateurhaft.

Einzelfälle

Das öffentliche und wissenschaftliche Interesse wird sicherlich vor allem durch spektakuläre Einzelfallberichte aufrechterhalten. Zwei Fälle von Fernbehandlung wurden vor kurzem dokumentiert, von medizinischer Diagnostik begleitet und in einer begutachteten Zeitschrift berichtet [32]. Sie seien im Folgenden zur Illustration erwähnt, damit der Leser versteht, warum die Thematik bei aller Ambiguität so aktuell ist.

Der erste Fall beschreibt ein Kind, bei dem mit 3 Monaten ein Glioblastom diagnostiziert wurde. Mehrere chirurgische Resektionen und Chemotherapien waren ohne Erfolg. Der Heiler und Physiker Levashov plante eine Fernbehandlung, bei der er den Tumor erst „einkapseln“, dann „einschmelzen“ und das überflüssige Gewebe „ableiten“ und schließlich neues Nervengewebe wachsen lassen würde. Nach einiger Zeit wurde eine eiterartige Flüssigkeit drainiert, die auch ausgeschieden wurde, etwa aus

der Nase. Bei einer Kontroll-OP wurde festgestellt, dass kein Tumorstückgewebe mehr vorhanden war, sondern eine große Kavität. Der Neurologe sagte schwere Sprech- und motorische Behinderungen voraus. Nach weiterer Behandlung entwickelte sich das Kind normal mit nur ganz leichter motorischer Behinderung. Ein CT-Scan hatte ergeben, dass kein weiteres Tumorwachstum erfolgte.

Der zweite Fall ist der eines Jungen, bei dem bis zum Alter von 11 Jahren keine Hoden nachweisbar waren und auch nur sehr wenig Testosteron. Unter Behandlung des Heilers bildeten sich anscheinend die Hoden neu und stiegen ab, und auch der Testosteronspiegel normalisierte sich.

Es sind genau solche Fälle, die in Fülle – aber dann nicht verfolgbar dokumentiert – zur Verfügung stehen, die die öffentliche Meinung aktivieren. Diese „Wunder“ unter den Fallberichten sind es, die das Interesse wach halten und die Herausforderung darstellen, sie zu verstehen. Denn entweder beruhen diese Berichte auf grandiosen Täuschungen, Selbsttäuschungen und Betrug, oder aber wir haben es mit Anomalien zu tun, die nur schwer verständlich sind. Derartige Berichte dürften auch der Anlass dafür sein, dass es immer wieder systematische Bemühungen gegeben hat/gibt, solche Phänomene genauer zu erforschen. Ein erschöpfender Überblick über die Literatur ist hier nicht möglich und wurde an anderer Stelle geleistet [33, 34]. Ich werde im Folgenden eine Auswahl an Befunden darstellen.

Studien

Es liegen 3 systematische Zusammenfassungen zur Literatur (Metaanalysen) über durchgeführte Studien zum Thema geistiges Heilen vor.

Übersichtsarbeit von Abbot. Abbot und Kollegen sichteten alle randomisierten kontrollierten Studien zum geistigen Heilen und Therapeutic Touch (TT) [35]. Letzteres ist eine von Dolores Krieger entwickelte Methode [36], die von einer Energiebalancierung ausgeht, die durch sanfte Berührungen mit heilender Intention vermittelt werden soll [31] und sich in unserer eigenen Übersicht

bereits als durchaus effektiv erwiesen hatte [37]. Die systematische Übersicht über alle randomisierten Studien zum Thema Heilung und TT fand 22 volle Publikationen, 10 Dissertationen und 5 Pilotstudien, also insgesamt 37 Arbeiten. Von den 8 besten Studien erbrachten 8 ein signifikantes Ergebnis zugunsten des Heilens. Zehn Studien waren methodisch wenig zufrieden stellend. Insgesamt bleibt die Befundlage unklar. Vor allem einige neuere Studien weisen auf Effekte hin, aber eine endgültige Entscheidung ist nicht möglich, und die Autoren folgern: „Despite some intriguing observations, no firm conclusions about the efficacy or inefficacy of healing can be made from the evidence contained in the RCTs currently accessible in the scientific literature“ ([35], p. 166).

Übersichtsarbeit von Astin et al. Astin et al. untersuchten verschiedene Verfahren der Fernheilung und non-contact TT [38]. Insgesamt 23 Studien wurden in die Übersicht aufgenommen und ausgewertet, 5 mit Gebet, 11 mit non-contact TT (Heiler bewegt die Hände über den Körper des Patienten ohne physischen Kontakt) und 7 Studien mit anderen Formen von Fernheilung. Insgesamt ergab sich bei 13 Studien (7 davon non-contact TT) (57%) ein signifikantes Ergebnis. Die Effektstärke war in fast allen Bereichen signifikant und bei den TT-Studien am größten: bei TT $d=0,63$ ($p=0,003$), anderen Formen $d=0,36$ ($p=0,073$), bei Gebet $d=0,25$ ($p=0,009$). Insgesamt lag sie bei $d=0,4$ ($p=0,001$).

Cochrane-Review von Roberts et al. Ein Cochrane-Review kommt zum Ergebnis, dass Gebet bei Leukämiepatienten und bei Patienten nach Herzinfarkt keinen Einfluss/Effekt auf die Sterblichkeitsrate und die Zahl der Komplikationen zeigt [Leukämie: Odds Ratio=0,64, 95%-Vertrauensintervall (CI) 0,32–1,27, Herzinfarkt: Odds Ratio=1,5, CI 0,49–2,26]. Allerdings war wohl der Schweregrad der Komplikationen nach Herzinfarkt geringer [39].

Wichtig ist es, darauf hinzuweisen, dass sich die betrachteten Studien des Cochrane-Reviews teilweise mit denen des Astin-Reviews überlappen und die

Studien, die Astin zu TT eingeschlossen hat, im Wesentlichen identisch mit denen in der Arbeit von Abbot sind, wenngleich die Auswahlkriterien der beiden Reviews sehr unterschiedlich waren. Die oben genannten Übersichtsarbeiten kommen alle zu Schlussfolgerungen, dass eine abschließende Bewertung der Wirksamkeit der Verfahren im Moment nicht möglich ist. Weitere wissenschaftliche Studien seien notwendig, um die Heterogenität der Datenlage aufzulösen, bevor einzelne Verfahren als validiert angesehen werden könnten.

Dieses Bild großer Variabilität/Heterogenität zeigt sich auch, wenn man in die Originalliteratur blickt. Unkontrollierte Beobachtungen zeigen in der Regel gute Effekte, wie etwa die frühe Fragebogenbefragung von 528 meist chronisch kranken Patienten von Strauch, die eine subjektive Besserung der Beschwerden nach Besuch der Praxis eines Heilers bei 61% der Fälle fand [40], oder die Studie von Dixon an chronisch kranken Patienten in einer englischen Praxis mit einer Besserungsrate der Symptome bei 81% [41]. Die erste kontrollierte und verblindete Studie zur Gebetsheilung hatte einen vergleichsweise eindrucksvollen Effekt gezeigt [42]: 393 Patienten nach Herzinfarkt wurden entweder einer Gebetsgruppe zugeteilt, die für sie betete, oder erhielten diese Intervention nicht, und zwar ohne ihr Wissen. Eine multivariate Analyse ergab eine signifikante Überlegenheit des Fürbittengebetes, d. h., die Anzahl verschiedener Komplikationen fiel bei den Personen, für die gebetet wurde, geringer aus. Allerdings wurden so viele Outcome-Parameter gemessen, dass nicht zu entscheiden war, ob der Effekt eindeutig war oder nicht ein Ergebnis der multiplen Testung. Eine Replikation versuchte, dieses Problem zu beheben, indem alle Parameter zu einem Index zusammengefasst wurden [43]. 990 Patienten wurde auf die gleiche Weise behandelt wie in der Vorgängerstudie. Die statistische Analyse ergab einen schwach signifikanten Effekt ($p=0,04$): Die Gruppe, für die gebetet wurde, hatte einen um 10% besseren klinischen Verlauf. Tessman und Tessman zeigten jedoch methodische Mängel in beiden Studien [44]. Zudem

konnte eine Studie von Aviles et al. die oben genannten Beobachtungen nicht bestätigen [45]. Noch eine weitere Studie [46], die dieses Paradigma verwendete, wurde zwar abgeschlossen, ihre Ergebnisse sind aber noch nicht publiziert. Die jüngste Studie zum Thema Gebetsheilung aus dem Jahr 2006, die 1800 Patienten einschloss, die sich wegen verengter Herzkranzgefäße einer Bypass-Operation unterziehen mussten, konnte ebenfalls keine Effekte des Gebets im Hinblick auf eine Operation ohne Komplikation und eine schnelle Genesung nachweisen [47].

Ein weiteres negatives Ergebnis stellte die MANTRA-Studie dar. Patienten mit instabiler Angina Pectoris, die sich einem Herzkathetereingriff unterzogen, erhielten dabei zusätzlich alternativ folgende Interventionen: Entspannung mit Musik, Entspannung durch TT, Entspannung mit imaginativer Unterstützung, Gebet (d. h., es wurde für sie gebetet) oder in der Kontrollgruppe die normale Versorgung [48]. Die Pilotstudie ergab eine positive Tendenz der ersten 4 Interventionen, also auch des Gebetes in Bezug auf verschiedene gesundheitliche Parameter während und nach dem Eingriff. Die Hauptstudie konnte dies dann aber für das Gebet nicht mehr bestätigen. Die Entspannungsintervention zeigte eine kleine, aber signifikante Reduktion der Mortalität nach 6 Monaten [49].

Wir selbst haben in einer wartegruppenkontrollierten Untersuchung an 120 chronisch kranken Patienten mit verschiedenen Krankheiten, die von ihrem Arzt als nicht weiter behandelbar eingestuft worden waren, durchaus beachtliche und statistisch signifikante Effekte im Parameter Lebensqualität nach 6 Monaten Fernbehandlung gefunden. Die Fernbehandlung schloss unterschiedliche und nach Untergruppen gestufte Kontaktmöglichkeiten mit dem Heiler ein, etwa die Möglichkeit eines Telefonats oder ein Talisman, der vom Heiler „aufgeladen“ worden war. Die krankheitsübergreifende Lebensqualität veränderte sich in der Behandlungsgruppe gegenüber der Wartegruppe signifikant, mit einer Effektstärke von $d=0,60$, die in keiner Weise erwartet war [50]. Dies zeigt, dass mindestens in der von uns untersuchten Population, die explizit auf diese

Behandlung vertraute und sich viel davon erwartete, ein klinisch bedeutsamer Effekt erzielt werden konnte. Allerdings sahen wir auch, dass der Effekt stärker war, wenn Möglichkeiten des persönlichen Kontakts vorhanden waren. Dies legt eine starke Erwartungskomponente bei all diesen Methoden nahe. Die klassische Fallstudie von Rehder, bei der 3 schwerstkranke Patienten angeblich fernbehandelt wurden, belegt dies eindrucksvoll [51]. Die Gesundheit der Patienten verbesserte sich drastisch, obwohl sie nicht behandelt wurden, allein aufgrund ihres Glaubens und der Erwartung, die ein angesehener Chefarzt durch die Ankündigung einer tatsächlich nicht durchgeführten Fernbehandlung induzierte.

Wir haben vor kurzem eine randomisierte, 4-armige Studie zu Fernheilung abgeschlossen [52], die Publikation der Ergebnisse steht noch aus. In dieser Studie mit 409 Patienten mit chronischem Müdigkeitssyndrom erhielten die Patienten entweder Fernbehandlung mit oder ohne ihr Wissen oder mussten auf diese warten und wussten dies, oder sie wussten es nicht. Wir konnten klinisch bedeutsame Verbesserungen (Parameter: krankheitsübergreifende Lebensqualität) in 3 der 4 Gruppen beobachten, die auch signifikant waren (Verbesserungen in den Gruppen: Fernbehandlung mit Wissen, Fernbehandlung ohne Wissen, Wartegruppe ohne Wissen über die nicht durchgeführte Fernbehandlung. Keine Besserung in der Wartegruppe, die wusste, dass sie nicht behandelt wurde). Das positive Ergebnis in der Wartegruppe, die nichts davon wusste, dass sie nicht behandelt wurde, legt nahe, dass solche Interventionen durchaus wirksam sein können, dass es aber extrem schwierig, wenn nicht gar unmöglich sein dürfte, die psychologische Komponente der Erwartung und Hoffnung von einer potenziell spezifischen Wirkung zu trennen. Für die Patienten ist dies indes auch unerheblich. Sie wollen vor allem Linderung ihrer Leiden erleben. Dass dies eine berechtigte Hoffnung ist, scheint die Literatur zu belegen.

Besonders eindrucksvoll zeigt dies eine Studie, die gewöhnlich negativ rezipiert wird [53]. In dieser Studie wurden je 30 Patienten mit chronischen Schmerzen

entweder durch einen Heiler behandelt oder durch einen Schauspieler, der den Heiler imitierte, dabei aber mentale Arithmetik vollführte. Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind klein und nicht signifikant. Interessant ist aber, dass die Effektstärken der Intervention von vorher zu nachher bei dieser Stichprobe von Patienten, die eine lange, erfolglose Behandlungsgeschichte aufwiesen, mit $d=1,12$ erheblich waren [54]. Dies zeigt, welches enorme Potenzial in einer solchen Methode steckt, unabhängig davon, welchen Erklärungsansatz man dafür wählt.

Man wird also am Ende die interessante Frage unbeantwortet lassen müssen, ob geistiges Heilen, Fernheilung oder Gebet irgendeinen spezifischen Effekt haben. Der Forschung ist es nicht gelungen, hierfür überzeugende Belege zu liefern. Was sich allerdings als durchaus robustes Ergebnis abzeichnet, ist die Tatsache, dass Patienten von solchen Maßnahmen generell profitieren können. Ob dies auf die in ihnen mobilisierte Erwartung und den Glauben zurückzuführen ist und auf die damit verbundenen Veränderungen [55] oder auf einen spezifischen Interventionseffekt, muss dahingestellt bleiben, ist aber auch aus Sicht der Patienten unerheblich. Es ist wissenschaftlich korrekt, solche Effekte als Placeboeffekt zu verstehen, in der Meinung, man habe dadurch eine Erkenntnis gewonnen, etwas erklärt oder besser verstanden (s. auch Beitrag von K. Linde in diesem Heft). In der Regel subsumiert dieser Begriff aber eine Fülle von Effekten, d. h. echte therapeutische Effekte, die aufgrund noch nicht vollständig verstandener psychologischer Effekte zustande kommen, sowie Artefakte aufgrund von Messunschärfen und natürlichen Krankheitsverläufen. Was sich im Bereich des geistigen Heilens abzeichnet, ist mit den Effekten auf anderen Gebieten der Komplementärmedizin verwandt: Patienten profitieren deutlich; dies zeigt schon der Zulauf. Die Verbesserungen bewegen sich – betrachtet man nur den Bruttoeffekt der Verbesserung – in einem klinisch relevanten Bereich. Es ist aber kaum überzeugend zu belegen, dass der Effekt ein spezifischer ist oder unabhängig von Kontexten und Erwartungen in einem

experimentellen Modell isolierbar. Ich habe verschiedentlich darauf hingewiesen, dass wir möglicherweise ein nicht-lokales Wirkmodell solcher und auch anderer alternativer Heilweisen brauchen, wenn wir sie wirklich verstehen wollen [5, 56, 57, 58]. Solange die theoretischen Grundlagen nicht klarer ausgearbeitet sind, wird die Empirie im Dunkeln tappen und vor allem eines immer wieder finden: gute Hinweise auf klinische Brauchbarkeit der Intervention, ohne wirklich überzeugende Beweise für eine Spezifität der Effekte.

Potenzielle Gefahren

Direkte Gefahren durch solche Methoden, im Sinne von Nebenwirkungen, sind kaum zu erwarten, allerdings auch nicht untersucht. Indirekte Gefahren bestehen darin, dass Heiler im Zuge von Selbstüberschätzungen und aufgrund mangelnden medizinischen Wissens in bestehende Behandlungsregime eingreifen und damit Patienten gefährden, wenn diese allzu leichtgläubig sind. Es besteht selbstverständlich auch ein grundlegender Konflikt: Um Heilung anzuregen, muss der Heiler an den Glauben des Patienten appellieren und auch selbst an seine Methode glauben. Insofern muss er ein gleichsam exklusives System aufbauen. Ist ein Patient allerdings sterbenskrank, so kann es sein, dass das fixe Festhalten an der Idee, Heilung würde doch noch geschehen, vielleicht genau das Falsche ist. Möglicherweise wäre es nötiger, die letzten Dinge des Lebens zu regeln und sich im Sinne einer *ars moriendi* auf das Loslassen des Lebens vorzubereiten. Solche ethischen Dilemmata sind nur schwer aufzulösen. Man hört auch immer wieder von exorbitanten Honorarforderungen. Heilerverbände haben solche Probleme erkannt und fordern deshalb normalerweise von ihren Mitgliedern, einen minimalen Ehrenkodex einzuhalten. Zu diesem gehört z. B. die Transparenz in der Honorarabrede, das Vermeiden von Versprechungen und Eingriffen in bestehende medizinische Behandlungsregime und auch die Unzulässigkeit von Vorauszahlungen. Heiler, die offensichtlich eine oder mehrere dieser Regeln verletzen, wird man als Scharlatane ansehen, da ein

minimaler ethischer Standard auch in ihrem Selbstverständnis Voraussetzung dafür ist, dass sie positiv wirken können.

In informellen Gesprächen habe ich es immer wieder erlebt, dass Patienten nach einer Fern- oder Heilbehandlung das Gefühl haben, immer noch „beeinflusst“ zu werden. Es dürfte also für Patienten mit einer offenkundigen Gefahr oder bekannten Neigung für paranoide Verarbeitungen eine direkte Kontraindikation für Heilbehandlungen bestehen, außer man kennt die betreffenden Heiler sehr genau.

Fazit

Geistiges Heilen, Fernheilung und Heilung durch Gebet sind Interventionen, die derzeit nur schlecht untersucht sind. Verbindliche Erkenntnisse haben wir nicht. Anekdotische Hinweise und unkontrollierte Untersuchungen sowie Effektstärken aus kontrollierten Untersuchungen zeigen, dass Patienten durchaus von solchen Interventionen profitieren können, vor allem dann, wenn sie selber an deren Wirksamkeit glauben und selbstverantwortlich eine solche Intervention wählen. Erfahrungen aus englischen Allgemeinpraxen, in denen Heiler mit Ärzten kooperieren, zeigen, dass dies vor allem bei chronisch Kranken eine hilfreiche Ergänzung sein kann [59]. Derzeit ist die Frage, ob diese Interventionen spezifische Effekte aufweisen oder die beobachteten Effekte ausschließlich auf die Aktivierung psychologischer Faktoren zurückzuführen sind, ungeklärt. Die Forschungslage lässt allerdings vermuten, dass diese Frage mit den momentan angewandten Methoden nicht abschließend geklärt werden kann. Aus Sicht der Patienten und der Anwender ist diese Frage auch nur von akademischem Interesse, da diese vor allem eine Linderung des Leidens erwarten. Dies scheint – zumindest manchmal – durchaus möglich zu sein, und diese Erfahrungen halten das Interesse an solchen Behandlungen wach.

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. H. Walach

University of Northampton, School of Social Sciences, Division of Psychology & Samuelli Institute, European Office, Boughton Green Rd, Northampton NN2 7AL, UK
E-Mail: harald.walach@northampton.ac.uk

Literatur

- Schott H (1998) Geistheilung aus medizinhistorischer Perspektive. *Erfahrungsheilkunde* 47: 10–12
- Ferngren GB (1992) Early Christianity as a religion of healing. *Bulle History Med* 66: 1–15
- Warkentin R (2000) Creative response to alternative medicine: clients of a modern Finnish healer in a northwestern Ontario city. *Qual Health Res* 10: 214–224
- Chibnall JT, Jeral JM, Cerullo MA (2001) Experiments on distant intercessory prayer. God, science, and the lesson of Massah. *Arch Internal Med* 161: 2529–2536
- Walach H (2005) Heilen durch „Energien“: Theoretische Überlegungen. In: Ritter WH, Wolf B (Hrsg) *Heilung – Energie – Geist: Heilung zwischen Wissenschaft, Religion und Geschäft*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 80–105
- Binder M, Wolf-Braun B (1995) Geistheilung in Deutschland. Teil I: Ergebnisse einer Umfrage zum Selbstverständnis und zur Arbeitsweise geistiger Heiler und Heilerinnen in Deutschland. *Z Parapsychol Grenzgebiete Psychol* 37: 145–177
- Gamma A (2005) *Lichtheilung als Weg zum Frieden*. Meditationen, Übungen, Rituale. Kösel, München
- Bösch J (2002) *Spirituelles Heilen und Schulmedizin: eine Wissenschaft am Neuanfang*. Lokwort, Bern
- Naegeli-Osjord H (1982) Logurgie in den Philippinen. Otto Reichel, Remagen
- Barnes PM, Powell-Griner E, McFann K, Nahin RL (2004) *Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002*. Center for Disease Control: Advance Data from Vital and Health Statistics 343 (May 27)
- Albrecht H (2001) *Alternative medicine in Germany: Personal views of a critical observer*. In: Willich SN, Elm S (eds) *Medical challenges for the new millenium. An interdisciplinary task*. Kluwer Academic Publishers, Amsterdam, pp 39–46
- Haag G, Walach H, Erbe C, Schrömbgens HH (1994) *Verbreitung und Verwendung unkonventioneller medizinischer Verfahren bei niedergelassenen Ärzten – Ergebnisse einer Fragebogenstudie*. In: Andritzky W (Hrsg.) *Alternative Medizin und Psychotherapie*. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin
- Haltenhof H, Hesse B, Bühler KE (1995) *Beurteilung und Verbreitung komplementärmedizinischer Verfahren – eine Befragung von 793 Ärzten in Praxis und Klinik*. *Gesundheits Wesen* 57: 192–195
- Thomas KJ, Nicholl JP, Coleman P (2001) *Use and expenditure on complementary medicine in England: a population based survey*. *Complementary Ther Medicine* 9: 2–11
- Ernst E, White A (2000) *The BBC survey of complementary medicine use in the UK*. *Complementary Ther Med* 8: 32–36
- Furnham A (2000) *How the public classify complementary medicine: a factor analytic study*. *Complementary Ther Med* 8: 82–87
- von Rohr E, Pampallona S, van Wegberg B et al. (2000) *Attitudes and beliefs towards disease and treatment in patients with advanced cancer using anthroposophical medicine*. *Onkologie* 23: 558–563
- Schleip H (1980) *Zur Praktik des Handauflegens durch Heiler*. Fragebogenuntersuchung am Patientengut zweier Heiler: Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Med. Fak.
- Wiesendanger H (2004) *Fernheilen: Neue Hoffnung für chronisch Kranke*. Bd. 1: Die Vielfalt der Methoden; Bd. 2: Fallbeispiele, Forschungen, Einwände, Erklärungen; Bd. 3: Was Patienten bewegt: Infos, Tipps & Warnungen. Lea, Schönbrunn
- Wiesendanger H (2004) *Fernheilen: Neue Hoffnung für chronisch Kranke*. Bd. 2: Fallbeispiele, Forschungen, Einwände, Erklärungen. Lea, Schönbrunn
- Wiesendanger H (2004) *Fernheilen: Neue Hoffnung für chronisch Kranke*. Bd. 3: Was Patienten bewegt: Infos, Tipps & Warnungen. Lea, Schönbrunn
- Wiesendanger H (1994) *Das große Buch vom geistigen Heilen – Möglichkeiten, Grenzen, Gefahren*. Scherz, München Bern
- Badura M (2004) *Herr, nimm du die Warzen mit – Laienmedizinische Praktiken in einem Dorf auf der Schwäbischen Alb*. Tübinger Verein für Volkskunde, Tübingen
- Haraldsson E (1994) *Research on alternative therapies in Iceland*. In: Johannessen H, Launso L, Olesen SG, Staugard F (eds) *Studies in alternative therapies 1: contributions from the nordic countries*. Odense University Press, Kopenhagen, pp 46–50
- Haraldsson E (1994) *Spiritual healing in Iceland*. In: Johannessen H, Launso L, Olesen SG, Staugard F (eds) *Studies in alternative therapies 1: contributions from the nordic countries*. Odense University Press, Kopenhagen, pp 103–113
- Marsstedt G, Moebus S (2002) *Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Heft 9). Robert Koch-Institut, Berlin
- Pirota MV, Cohen MM, Kotsirilios V, Farish SJ (2000) *Complementary therapies: have they become accepted in general practice?* *Medical J Australia* 172: 105–109
- Kress U (2001) *Heilmagnetismus: die Wahrheit über das geistige Heilen; ein Leben für die spirituelle Medizin*. Selbstverlag
- Walach H (2004) *Zirkulär statt hierarchisch: Methodische Prinzipien bei der Evaluation der therapeutischen Effekte von Komplementärmedizin und anderer komplexer Massnahmen*. *Informatik Biometrie Epidemiol Medizin Biologie* 35: 229–242
- Verhoef MJ, Lewith G, Ritenbaugh C et al. (2004) *Whole systems research: moving forward*. *Focus Alternative Complementary Ther* 9: 87–90
- Fonnebo V, Grimsgaard S, Walach H et al. (2006) *Researching complementary and alternative therapies – the gatekeeper is not at home*.
- Koopman BC, Blasband RA (2002) *Two case reports of distant healing: New paradigms at work?* *Alternative Ther Health Med* 8: 115–119
- Benor DJ (1992) *Healing research. Holistic energy medicine and spirituality*. Vol 1: Research in Healing. Helix, München
- Benor DJ (1999) *Geistiges Heilen erforschen. Ein Überblick*. In: Wiesendanger H (Hrsg) *Geistiges Heilen für eine neue Zeit. Vom Wunderheilen zur ganzheitlichen Medizin*. Kösel, München, S 89–127
- Abbot NC (2000) *Healing as a therapy for human disease: a systematic review*. *J Alternative Complementary Med* 6: 159–169
- Krieger D, Peper E, Ancoli S (1979) *Therapeutic touch: searching for evidence of physiological changes*. *Am J Nursing* 79: 660–662
- Walach H, Klöpfer D, König M, Ludwig E (1995) *Wirkung und Wirksamkeit der Massage*. Literaturbericht, Expertise und Pilotstudie. Haug, Heidelberg
- Astin JA, Harkness E, Ernst E (2000) *The efficacy of „distant healing“: a systematic review of randomized trials*. *Annals Internal Med* 132: 903–910
- Roberts L, Ahmed I, Hall S, Sargent C (1998) *Intercessory prayer for the alleviation of ill health*. *The Cochrane Library* (1)
- Strauch I (1958) *Zur Frage der „geistigen Heilung“*. Ergebnisse einer experimentellen Untersuchung an einem „geistigen Heiler“ und seinen Patienten. Philosophische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
- Dixon M (1998) *Does „healing“ benefit patients with chronic symptoms? A quasi-randomized trial in general practice*. *J Royal Society Med* 91: 183–188
- Byrd RC (1988) *Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population*. *Southern Medical Journal*; 81:826–829
- Harris WS, Gowda M, Kolb JW et al. (1999) *A randomized, controlled trial of the effects of remote, intercessory prayer on outcomes in patients admitted to the coronary care unit*. *Arch Internal Med* 159: 2273–2278
- Tessmann I, Tessmann J (2000) *Efficacy of prayer. A critical examination of claims*. *Skeptical Inquirer* 24: 31–33
- Aviles JM, Whelan E, Hernke DA et al. (2001) *Intercessory prayer and cardiovascular disease progression in a coronary care unit population: a randomized controlled trial*. *Mayo Clinics Proceedings* 76: 1192–1198
- Dusek JA, Sherwood JB, Friedman R et al. (2002) *Study of the Therapeutic Effects of Intercessory Prayer (STEP): Study design and research methods*. *Am Heart J* 143: 577–584
- Benson H, Dusek JA, Sherwood JB, et al. (2006) *Study of the Therapeutic Effects of Intercessory Prayer (STEP) in cardiac bypass patients: a multicenter randomized trial of uncertainty and certainty of receiving intercessory prayer*. *Am Heart J* 151: 934–942
- Krucoff MW, Crater SW, Green CL et al. (2001) *Integrative noetic therapies as adjuncts to percutaneous intervention during unstable coronary syndromes: Monitoring and Actualization of Noetic Training (MANTRA) feasibility study*. *Am Heart J* 142: 760–767
- Krucoff MW, Crater SW, Gallup D et al. (2005) *Music, imagery, touch, and prayer as adjuncts to interventional cardiac care: the Monitoring and Actualization of Noetic Trainings (MANTRA) II randomised study*. *Lancet* 366: 211–217
- Wiesendanger H, Werthmüller L, Reuter K, Walach H (2001) *Chronically ill patients treated by spiritual healing improve in quality of life: results of a randomized waiting-list controlled study*. *J Alternative Complementary Med* 7: 45–51
- Rehder H (1955) *Wunderheilungen, ein Experiment*. *Hippokrates* 26: 577–580

52. Walach H, Bösch H, Haraldsson E et al. (2002) Efficacy of distant healing – a proposal for a four-armed randomized study (EUHEALS). *Forschende Komplementärmed Klassische Naturheilkd* 9: 168–176
53. Abbot NC, Harkness EF, Stevinson C et al. (2001) Spiritual healing as a therapy for chronic pain: a randomized, clinical trial. *Pain* 91: 79–89
54. Walach H, Bösch H, Lewith GT, Utts J (2002) Letter to the editor: spiritual healing as a therapy for chronic pain: a randomized, clinical trial. *Pain* 96: 403–405
55. Walach H, Jonas WB (2004) Placebo research: the evidence base for harnessing self-healing capacities. *J Alternative Complementary Med* 10 [Suppl 1]: S103–S112
56. Walach H (2000) Theory and apory in healing research: influence versus correlational models. *Subtle Energies Energy Med* 11:189–206
57. Walach H (2005) Generalised entanglement and its relevance for complementary and alternative medicine. *J Alternative Complementary Med* 11:549–559
58. Walach H, Schmidt S (2005) Repairing Plato's life boat with Ockham's razor: the important function of research in anomalies for mainstream science. *J Consciousness Studies* 12(2): 52–70
59. Harlow T (2003) The impact of healing in a clinical setting. In: Jonas WB, Crawford C (eds) *Healing intention and energy medicine*. Churchill Livingstone, Edinburgh London New York, pp 175–183

Neue Berufsperspektiven im Gesundheitswesen

Das Kontaktstudium Gesundheitsmanagement bietet Qualifizierung im Healthcare Management und Masterabschluss an der Universität Heidelberg

Sinkende finanzielle Mittel bei gleichzeitig steigendem Bedarf in der medizinischen Versorgung erzeugen einen zunehmenden Kostendruck in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Neben medizinischem Wissen sind deshalb Managementkenntnisse im Healthcare-Bereich sehr gefragt und eröffnen neue Berufsperspektiven.

Die Universität Heidelberg – Akademie für Wissenschaftliche Weiterbildung bietet Ärztinnen und Ärzten sowie Akademikern im Gesundheitswesen mit dem „Kontaktstudium Gesundheitsmanagement“ eine fundierte Weiterbildung an. Das Programm im Überblick:

- 1 Jahr berufsbegleitender Unterricht mit 600 Unterrichtsstunden bestehend aus den drei großen Unterrichtsblöcken Betriebswirtschaftslehre, Volkswirtschaftslehre und Rechtswissenschaft sowie einem Managementseminar mit Fallstudien und einem Krankenhausplanspiel. Alle Disziplinen sind auf die spezifischen wirtschaftlichen und rechtlichen Anforderungen im Gesundheitswesen zugeschnitten.
- Studienleitung: Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Peter Eichhorn (Universität Mannheim, Lehrstuhl für Allgemeine BWL, Public und Nonprofit Management, Forschungsbereich Healthcare Management) und Prof. Dr. med. Uwe Bleyl (Rektoratsbeauftragter für den Kontaktstudiengang Gesundheitsmanagement an der Universität Heidelberg).
- Unterricht durch Dozenten der Universitäten Heidelberg und Mannheim, Referenten aus Universitätskliniken, Vertreter ärztlicher Organisationen sowie Praktiker aus der Unternehmensberatung.
- Zertifikat der Universität Heidelberg und bis zu 400 Fortbildungspunkte

der Ärztekammer, Abschluss zum „Master of Science in Healthcare Management“ im Anschluss an das Kontaktstudium möglich.

Die Weiterbildung beginnt am 4. Oktober 2006 und eignet sich hervorragend zur Personalentwicklung und zur Qualifizierung von Führungskräften.

Weitere Informationen:
Universität Heidelberg – Akademie für Wissenschaftliche Weiterbildung

Petra Nellen

Bergheimer Str. 58

Geb. 43 11

69115 Heidelberg

Tel.: 06221/54-78 18

Fax: 06221/54-78 19

E-Mail: afw@uni-hd.de

Internet:

www.akademie-fuer-weiterbildung.de

Quelle:

Akademie für Wissenschaftliche Weiterbildung, Universität Heidelberg