

Es geht um mehr als nur das Lebensende

Zur gesetzlichen Neuregelung der Sterbehilfe

ANGELIKA SANDTMANN

Die Abgeordneten des Deutschen Bundestages haben sich in diesem Jahr mit der gesetzlichen Neuregelung der Sterbebegleitung und Sterbehilfe, dem nach Einschätzung von Bundestagspräsident Norbert Lammert »vermutlich anspruchsvollsten Gesetzgebungsprojekt dieser Legislaturperiode«, viel vorgenommen.¹ Schon seit Jahren wird in Deutschland, teilweise begleitet von suggestiven Medienkampagnen, über den rechtlichen Rahmen, in dem bestimmte Formen der Sterbehilfe erlaubt sein sollen, diskutiert.² Die oft leidenschaftlich und emotional geführte Debatte bewegt sich zwischen der Forderung nach Selbstbestimmung am Lebensende (insbesondere von Vertretern der sogenannten Sterbehilfebewegung)³ und der Forderung nach Lebensschutz (vor allem von den christlichen Kirchen). Ein erster Versuch des Bundestags, zu einer umfassenden gesetzlichen Regelung zu kommen, ist 2012 gescheitert. Neu entfacht wurde der Gesetzesvorstoß durch Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU), der vor allem auf eine rechtliche Regelung hinsichtlich der Beihilfe zum Suizid durch Sterbehilfeorganisationen drängt.

Was bisher im deutschen Bundestag verabschiedet wurde, ist das Gesetz zur Patientenverfügung. Nach zähem Ringen hatte sich 2009 der liberalste der drei im Bundestag diskutierten Entwürfe zum »Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts« durchgesetzt: Dem Willen des Patienten, auch für den Fall, dass er seinen Willen nicht mehr äußern kann, wird Vorrang vor dem Postulat des Lebensschutzes gegeben, d.h. die in der Patientenverfügung angegebenen

Festlegungen für oder gegen bestimmte Behandlungen sind für den Arzt bindend. Doch wurde bei dem Gesetz viel zu wenig berücksichtigt, was man Menschen mit dieser einseitigen Betonung der Selbstbestimmung zumutet. Sie sollen die Umstände des eigenen Sterbens antizipieren und ihren Patientenwillen kundtun, der sich später im Umgang mit Krankheit und im Angesicht des Todes stark wandeln kann. Viel besser als mit starren Festlegungen im Vorhinein kann durch eine Vorsorgevollmacht für Zustände vorgesorgt werden, in denen der Betroffene seinen Willen nicht mehr selbst äußern kann.⁴

Geht es im Patientenverfügungsgesetz primär um Regelungen, welche Behandlungen der Patient *nicht* durchführen lassen möchte, wird in der gegenwärtigen Sterbehilfedebatte darüber verhandelt, welche Maßnahmen zum vorzeitigen Sterben – euphemistisch als »Hilfe« bezeichnet – *erlaubt* sein sollen. Hier droht noch stärker als bei der Patientenverfügung der Ruf nach Selbstbestimmung zum Fluch zu werden.

Wie ist die Sterbehilfe derzeit rechtlich geregelt?

Aktive Sterbehilfe, d.h. die Tötung auf Verlangen, ist in Deutschland, anders als in den Niederlanden, Belgien und Luxemburg, strafbar. Daran soll die geplante gesetzliche Neuregelung nichts ändern. Nicht strafbar sind dagegen passive und indirekte Sterbehilfe. Entsprechend dem Patientenwillen werden bei der passiven Sterbehilfe lebensverlängernde medizinische Maßnahmen gar nicht erst eingeleitet oder eine begonnene Maßnahme nicht fortgesetzt

bzw. durch aktives Eingreifen beendet. Von indirekter Sterbehilfe wird gesprochen, wenn in Kauf genommen wird, dass therapeutische Maßnahmen zur Linderung von Leiden möglicherweise eine lebensverkürzende Wirkung haben können. Neuere Erhebungen aus der palliativmedizinischen Forschung weisen aber darauf hin, dass eine korrekt durchgeführte Schmerz- und Symptombehandlung meist eher lebensverlängernd wirkt.⁵

Da der Suizid sowie der Suizidversuch in Deutschland nicht strafbar sind, wird auch eine Beihilfe zur Selbsttötung, d.h. eine unterstützende Handlung (durch einen Angehörigen oder einen beteiligten Arzt) nicht bestraft. Die Bundesärztekammer hat aber 2011 beschlossen, in ihrer (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärzte eine ärztliche Suizidbeihilfe zu verbieten: Ärztinnen und Ärzte »dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten«.⁶ Verstößt ein Arzt gegen dieses Standesrecht, kann er seine Zulassung verlieren. Aber nur zehn von 17 Landesärztekammern haben diesen Beschluss in ihre Berufsordnungen übernommen. Dadurch entstand für die Ärzte in Deutschland ein Flickenteppich an Regelungen, der sie rechtlich in eine Grauzone bringt.

Die gegenwärtige Debatte des Gesetzgebers wird daher eine Regelung für den assistierten Suizid in den Mittelpunkt stellen. Eine solche Regelung ist überfällig, da sich die derzeitige Praxis in mehrfacher Hinsicht als problematisch erweist. Wie ein Autorenteam aus Experten der Fachgebiete Palliativmedizin, Medizinrecht und Medizinethik im Zusammenhang mit einem eigenen Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids aufzeigt, ist die Sterbehilfepraxis in Deutschland »nicht nur sehr heterogen, unkontrolliert und intransparent, sondern auch aus ethischer und rechtlicher Sicht fragwürdig«.⁷ Es sei nicht bekannt, wie häufig in Deutschland tatsächlich Suizidbeihilfe betrieben werde, da es weder offiziellen Statistiken noch wissenschaftliche Erhebungen dazu gibt. Zudem fehlten Sorgfaltskriterien, wodurch die Praxis insgesamt sehr missbrauchsanfällig werde. Missstände sehen die Autoren beispielsweise in der fehlenden oder unzureichenden

Aufklärung der Patienten, da sich auch medizinisch nicht geschulte Laien als Suizidhelfer betätigen, die nicht über alle therapeutischen Möglichkeiten informieren. Darüber hinaus »bestehen Anhaltspunkte dafür, dass manche Suizidhelfer die Kranken bedrängen und unangemessene finanzielle Forderungen stellen«.⁸ Manipulationen sind Tür und Tor geöffnet!

Das aktuelle Gesetzgebungsverfahren

Am 13. November 2014 fand eine denkwürdige, fast fünfstündige Orientierungsdebatte im Bundestag statt, in der erstmals überhaupt die Abgeordneten nicht direkt über Gesetzesentwürfe sprachen, sondern in Form von Fünf-Minuten-Beiträgen vom Fraktionszwang losgelöst ihre oft sehr persönlichen Gesichtspunkte zur organisierten Sterbehilfe und zur ärztlichen Sterbegleitung einbrachten.⁹ Im besten Sinne wurde das Parlament hier zum Ort eines Forums. Nicht wenige der 50 Beitragenden betonten dabei, wie wichtig es sei, diese Debatte breit zu führen und sich genügend Zeit für das Gesetzgebungsverfahren zu lassen. Elisabeth Scharfenberg (Bündnis 90/Die Grünen) äußerte den Wunsch, dass in gleicher Weise mit ähnlich langer Redezeit im Bundestag eine Debatte zum Thema Pflege ausgetragen werde.

Alle Redner waren sich in dem Punkt einig, dass die Palliativversorgung sowie die Anzahl der Hospize deutlich ausgebaut werden müssen. Gesundheitsminister Hermann Gröhe stellte dafür 200 Millionen Euro in Aussicht, was nach Schätzung von Kritikern aber bei weitem nicht ausreicht. Auch der Suizidprävention durch eine deutlich bessere Versorgung depressiv Erkrankter wurde größere Aufmerksamkeit geschenkt. Weitgehend einig waren sich die Parlamentarier auch in der Ablehnung der kommerziell organisierten Sterbehilfe. Niemand solle mit dem Leid und Tod anderer Menschen noch Profit machen können. Damit unterschied sich der Grundtenor im Parlament deutlich von den Meinungsäußerungen in der Bevölkerung, die sich mehrheitlich für Sterbehilfe ausspricht. Folgt man den Ergebnissen aktueller Meinungsumfragen, befürworten ca. 70

Prozent der Deutschen, dass Suizidbeihilfe weiterhin straflos bleiben soll. Fast genauso viele sind sogar der Ansicht, dass aktive Sterbehilfe erlaubt sein sollte.¹⁰

Zum Zeitpunkt der Orientierungsdebatte lagen insgesamt fünf verschiedene Positionspapiere von fraktionsübergreifenden Gruppen vor, die sich insbesondere in der Frage, welche Rolle Ärzten bei der Sterbehilfe zukommen soll und ob dies einer gesetzlichen Neuregelung bedürfe, unterscheiden.¹¹ Drei Hauptrichtungen zeichnen sich ab:

Eine Gruppe um Michael Brand (CDU) und viele Unionsabgeordnete einschließlich Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe möchte mit dem Strafrecht die Sterbehilfe so weit wie möglich verbieten. »Wir sprechen uns ... gegen Sterbehilfevereine und andere organisierte Formen der Förderung der Selbsttötung oder der Beihilfe zum Suizid aus. Wir wollen menschliches Begleiten der Sterbenden statt aktives Beenden des Lebens.« Nur in Einzelfällen solle eine Sterbehilfe durch Angehörige und Ärzte erlaubt bleiben. Die Verfechter dieses Positionspapiers befürchten eine schleichende Werteverchiebung, wenn »der Suizid und das Angebot zur Unterstützung dabei zu einer ›normalen‹ Option unter vielen werden.«¹²

Demgegenüber geht es einer Gruppe um Karl Lauterbach (SPD) und Peter Hintze (CDU) vor allem darum, durch eine Gesetzesänderung Rechtssicherheit für die Ärzte zu schaffen. Nach ihrem Plädoyer soll es in einer zivilrechtlichen Regelung im Bürgerlichen Gesetzbuch Ärzten ausdrücklich erlaubt sein, Patienten unter bestimmten strengen Voraussetzungen (unumkehrbare tödliche Krankheit, schwerer Leidensdruck, Volljährigkeit, ausführliche Beratung, Vier-Augen-Prinzip) Beihilfe zur Selbsttötung zu leisten. Patienten und Ärzten sollte die Möglichkeit gegeben werden, »ihre Entscheidungen im Lichte der konkreten medizinischen und psychischen Situation des Patienten gemeinsam zu treffen.« Eine Bevormundung des Staates durch das »scharfe Schwert des Strafrechts« halten sie hier für das falsche Mittel. Sterbehilfe-Vereine sollen durch die vorgeschlagene Regelung überflüssig werden.¹³

Eine dritte Gruppe um die Grünen-Politikerin Renate Künast und die Linken-Abgeordnete Petra Sitte sieht dagegen keinen Änderungsbedarf bei der derzeitigen Rechtslage, da sie keine Fehlentwicklungen beobachten kann. Unter dem Motto »Mehr Fürsorge statt mehr Strafrecht: Gegen eine Strafbarkeit der Beihilfe beim Suizid« hält sie als einzige Gruppe an der Zulassung von Sterbehilfevereinen fest. »Denkbar ist aber zukünftig ausdrücklich zu regeln, dass sie aus der Beihilfe zum Freitod kein Kapital schlagen dürfen und Transparenzregeln einzuhalten sind.«¹⁴

Derzeit werden auf dieser Basis Gesetzesvorlagen ausgearbeitet. Im Dezember 2014 hat sich der Deutsche Ethikrat mit einer Ad-hoc-Empfehlung in die Debatte eingeschaltet. Das Gremium empfiehlt, keine grundsätzlichen Änderungen des Strafrechts vorzunehmen. Es spricht sich aber für ein Verbot der Suizidbeihilfe und ausdrücklicher Angebote dafür aus, »wenn sie auf Wiederholung angelegt sind und öffentlich erfolgen«. Das erneut bekräftigte Votum der Bundesärztekammer, dass Suizidbeihilfe keine ärztliche Aufgabe sei, wird vom Ethikrat unterstützt – bei Ausnahmesituationen sollten aber »im Widerspruch dazu stehende Gewissensentscheidungen« respektiert werden.¹⁵ Noch in diesem Monat soll das Thema abermals im Bundestag behandelt werden, um dann im Herbst zu einer neuen gesetzlichen Regelung zu kommen.

Gesichtspunkte für eine Neuregelung

Bereits bei den Auseinandersetzungen um das Gesetz zur Patientenverfügung traten die Grenzen rechtlicher Regelungen zutage, wenn es um Fragen des ethischen Handelns geht. Die Maßstäbe des richtigen Lebens und Sterbens können nicht durch einen vormundschaftlichen Staat vorgegeben werden. Dem liberalen Rechtsstaat obliegt es aber, durch entsprechende Rechtssicherheit die Integrität und Freiheit der Bürger zu schützen. In der gegenwärtigen Situation der recht intransparenten Sterbehilfepraxis halte ich es für geboten, gesetzlich stärker als bisher einzugreifen und ein strafrechtliches Verbot der Beihilfe zur Selbsttötung zu beschließen, wie

es einzelne Positionspapiere vorsehen. Welche Ausnahmen von diesem Verbot vorgenommen werden sollten, müsste im Einzelnen geprüft werden. Auch wenn die tieferliegenden Probleme durch juristische Maßnahmen nicht berührt werden, scheint mir eine Verankerung der gesetzlichen Neuregelung im Strafrecht angebracht, um zumindest zu verhindern, dass die Beihilfe zur Selbsttötung in der Gesellschaft als allgemein akzeptierte und legitimierte Form der Problembewältigung betrachtet wird.

Selbstbestimmung?

Den Wunsch vieler Bundesbürger, bei einer schweren Erkrankung auf verschiedene Formen der Sterbehilfe gegebenenfalls zurückgreifen zu können, wird dieser Vorschlag nicht aus der Welt schaffen können. Letztlich steckt dahinter die Angst vor dem Ausgeliefertsein und vor Kontrollverlust, die durch die Werbung einzelner Sterbehilfeangebote noch weiter geschürt wird. Der natürliche Tod ist mittlerweile zur Ausnahme geworden. Nur 5 Prozent der Menschen sterben heute einen Sekundentod, während die meisten Menschen durch die Hochleistungsmedizin einen langsamen Tod von ein bis zehn Jahren erleben.¹⁶ Der Palliativmediziner Michael de Ridder spricht von dem »technologischen Imperativ«, in den uns die moderne Medizin gebracht hat. Erst durch die Einführung der Techniken der Wiederbelebung, der Lebensverlängerung durch künstliche Ernährung und Beatmung, der Organtransplantation werden Arzt und Patient vor einschneidende und folgenreiche Entscheidungen gestellt, die früher aufgrund fehlender Alternativen gar nicht existiert hatten.¹⁷

Ein Zurück gibt es nicht. Die immer radikaleren Manipulationen an den Grenzen des Lebens – Geburt und Tod – zeigen eklatant, dass sich der Mensch des 21. Jahrhunderts in eine Situation gebracht hat, die einen ganz anderen Umgang mit sich selbst und seinen leiblichen Grundlagen erfordert, sonst ist er dem technologischen Imperativ bis in sein Selbstgefühl hinein einfach ausgeliefert.¹⁸ Wenn sich die vielbeschworene Selbstbestimmung nur auf ein Reagieren, welche vorgegebenen Optionen ich annehme

oder ablehne, reduziert, ändert sich an diesem Ausgeliefertsein nichts. Die Folgen des sukzessiven Wirklichkeitsverlustes hinsichtlich des nachtodlichen Lebens für das Bewusstsein des Menschen im Laufe der Jahrhunderte – von einem selbstverständlichen Bereich der Seelenwissenschaften über einen Glaubensinhalt der Religion bis hin zu einem grundsätzlichen Infragestellen – prägen heute unsere Lebensgrundlagen. Die Eingriffe an den Vorgängen um Geburt und Tod zeugen von der völligen Missachtung jeglichen Zusammenhangs mit dem Vorgeburtlichen und Nachtodlichen.

Die Bedeutung der Palliativmedizin

Ist mit dem Aufkommen der Palliativmedizin in den letzten Jahren eine Kehrtwende in Sicht? Insofern hier die Verbesserung der Lebensqualität sterbenskranker Menschen im Vordergrund der ganzheitlichen Behandlung steht, gibt es zumindest Hoffnung, dass eine neue Kultur des aufmerksamen Umgangs mit Sterbeprozessen entsteht. Wie erschreckend wenig eine solche bisher ausgebildet ist, erläutert der Palliativmediziner Gian Domenico Borasio anhand seiner Erfahrungen im klinischen Alltag. Bis heute seien viele Ärzte mit der Einschätzung von Sterbeprozessen überfordert und geben ihren Patienten falsche Informationen. Scheinbare Selbstbestimmung am Lebensende fuße daher nicht selten auf fehlerhafter Fremdbestimmung. Borasio kommt zu dem Schluss, dass »derzeit in deutschen Krankenhäusern und Pflegeheimen vieles in bester Absicht getan wird, was die Menschen ungewollt, aber aktiv am friedlichen Sterben hindert.«¹⁹ Wenn der Forderung vieler Bundestagsabgeordneten nach dem verstärkten Ausbau der Palliativmedizin auch Taten folgen, die erst einmal bei der intensiven medizinischen Fortbildung ansetzen müssten, könnten diese Missstände mit der Zeit abgebaut werden.

Wie förderlich die Palliativmedizin im Einzelnen sein wird, hängt aber nicht nur von der umfassenden medizinischen Schulung, sondern entscheidend davon ab, welches Menschenbild und Lebensverständnis das Behandlungsteam insgesamt entwickelt hat. Zwar

gehört es zum Selbstverständnis der Palliativmedizin, die Patienten in körperlicher, psychosozialer und spiritueller Hinsicht therapeutisch zu begleiten, dennoch wird oft die Linderung der somatischen Beschwerden (Symptomkontrolle) im Vordergrund stehen. Inzwischen ist durch mehrere Untersuchungen bekannt, dass die Gründe, die bei schwer erkrankten Menschen mit einer begrenzten Lebenserwartung zu dem Wunsch nach Suizidbeihilfe führen, in den meisten Fällen nicht in körperlichen Beschwerden liegen, sondern in dem starken Wunsch nach Selbstbestimmung und Kontrolle, in der Wahrnehmung eines Verlustes von Würde, Lebenssinn und individueller Freiheit und/oder in konkreten Ängsten vor künftigen Leid- und Verlusterfahrungen.²⁰ Hier sprechen sich seelische und spirituelle Nöte aus, die sehr stark mit dem im Leben entwickelten Selbstverhältnis zu tun haben. Wie befreiend kann es sein, wenn Sterbebegleiter in einer Atmosphäre der sinnstiftenden Zuwendung dem Patienten helfen, neue Perspektiven für sich zu finden. Hier liegen Entwicklungsaufgaben für die anthroposophisch erweiterte Medizin, die von ihren Möglichkeiten her befruchtend auf die Palliativmedizin wirken könnte.²¹

Grenzerfahrungen

Die Probleme am Lebensende zeigen besonders offenkundig, was auch sonst zum Leben gehört:

die Auseinandersetzung mit Schmerz und Leid. Selbstbestimmt wird erst werden, wer immer wieder aufs Neue aktiv mit Grenzerfahrungen umzugehen vermag. Wie die Schmerztherapeutin Iris Paxino beschreibt, könne es innerhalb einer Therapie möglich werden, die Frage, woher der Schmerz komme, umzuwandeln in die Frage, wohin er uns führen wolle. »Im Schmerz – und nur im Schmerz – liegt die Chance zu seiner Überwindung! ... erst die individuelle Aktivität im Leid ... wirkt dem Leid entgegen und reduziert den Schmerz.«²² Die Wendung vom Woher zum Wohin eröffnet eine Zukunftsperspektive, die auch den Menschen am Lebensende aus dem Erleben der Sinnlosigkeit des Leidens befreien kann. Johannes W. Schneider hat wiederholt auf die Bedeutung dieser Blickwendung aufmerksam gemacht, etwa in seinem Buch *Mut zu mir selbst. Alt werden ist nichts für Feiglinge*: Manche Entwicklungsschritte im Leben seien nicht aus dem heraus zu erklären, was vorangegangen sei, sondern erst aus dem, was folge. In diesem Zusammenhang sieht er auch den Tod: »Der Tod, der noch gar nicht eingetreten ist, gestaltet, vorausgreifend, den Vorgang des Sterbens. Und auch die Entwicklung des Menschen im Alter ist nicht verständlich ohne den Zielpunkt dieser letzten Lebensphase ... Und erst in diesem Zugriff auf die Zukunft verwirklichen wir uns selbst, werden wir ganz wir selbst.«²³ Sterbehilfe hat die Aufgabe, dem Sterbenden zu helfen, sich als Werdenden zu erleben.

Anmerkungen

1 Einleitende Worte von Norbert Lammert in der Bundestagsdebatte am 13.11.2014, http://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2014/kw46_de_sterbebegleitung/339436

2 Z.B. die Kampagne »Mein Ende gehört mir« mit Fotos von Prominenten auf Großplakaten, www.letzte-hilfe.de

3 Z.B. Sterbehilfe Deutschland e.V., Sterbehilfeverein Dignitas Deutschland, Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS).

4 Vgl. Angelika Sandtmann: *Wie wollen wir sterben?*, in: DIE DREI 11/2010, S. 9 ff.

5 Vgl. Gian Domenico Borasio, Ralf J. Jox, Jochen

Taupitz, Urban Wiesing: *Selbstbestimmung im Sterben – Fürsorge zum Leben. Ein Gesetzesvorschlag zur Regelung des assistierten Suizids*, Stuttgart 2014, S. 18. 6 *Deutsches Ärzteblatt* 108 (38): A 1980-A 1992.

7 Wie Anm. 5, S. 16.

8 Ebd.

9 Die gesamte Bundestagsdebatte kann als Zeichnung angesehen werden unter: http://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2014/kw46_de_sterbebegleitung/339436

10 Das Meinungsforschungsinstitut YouGov hat im Auftrag von *ZEIT online* im Januar 2014 1014 Deutsche befragt: <http://www.zeit.de/politik/deutschland/2014-01/Sterbehilfe-YouGov-Umfrage>. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine repräsentative

tive Forsa-Umfrage im Auftrag der DAK-Gesundheit, die im Januar 2014 bei 1005 Befragten durchgeführt wurde: http://www.dak.de/dak/bundesweite_themen/Umfrage_zur_Sterbehilfe-1358248.html

11 Alle Papiere können eingesehen werden unter: www.aerzteblatt.de/142044

12 www.kfd-bundesverband.de/fileadmin/Bilder/Projekte/Leben_bis_zuletzt/Sterbehilfe_Luecking-Michel.pdf

13 www.carola-reimann.de/images/2014/2014-10-16_Sterbehilfe_Positionspapier_Hintze_Reimann.pdf

14 www.renate-kuenast.de/w/files/papiere/mehrfuersorge-statt-mehr-strafrecht_positionspapier-sterbehilfe_.pdf

15 www.ethikrat.org/dateien/pdf/empfehlung-suizidbeihilfe.pdf

16 Mirko Smiljanic: »Der natürliche Tod ist heute selten«. *Über die Medikalisation und Ökonomisierung des Sterbens*, SWR 2, 22.11.2012. <http://palliativnetz-witten.de/websitebaker/media/Leben%20mit%20dem%20Tod%203%20Im%20Ha.pdf>

17 Vgl. Michael de Ridder: *Wie wollen wir sterben?*, München 2010.

18 »Social freezing«, das von US-Firmen für ihre jungen Mitarbeiterinnen finanzierte Einfrieren von Eizellen, stellt einen neuen Gipfel der Manipulationen um das Geburtsgeschehen dar.

19 Gian Domenico Borasio: *Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen*, München 2011, S. 114. Vgl. Rezension von Angelika Sandtmann, in: DIE DREI 11/2012, S. 89 ff.

20 Wie Anm. 5, S. 46f.

21 Vgl. die Initiative zu einer anthroposophisch erweiterten Palliativmedizin, in: DIE DREI 12/2014, S.79; vgl. <http://www.havelhoehe.de/Palliativstation.html>; www.gemeinschaftshospiz.de

22 Iris Paxino: *Leben mit dem Schmerz*. Stuttgart 2009, S. 174.

23 Johannes W. Schneider: *Mut zu mir selbst. Alt werden ist nichts für Feiglinge*, Stuttgart 2011, S. 73.

Anzeige



Der Merkurstab

Zeitschrift für Anthroposophische Medizin

- **Originalia**
- **Praxis Anthroposophische Medizin**
- **Anthroposophische Arzneimittel**
- **Initiativen und Berichte**
- **Rezensionen**

Herausgeber: Medizinische Sektion der Freien Hochschule für Geisteswissenschaft und Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland e.V.

- **Abonnements:** Der Merkurstab Kladower Damm 221, D-14089 Berlin Fon 030/20 89 82 68-0, Fax -9 service@merkurstab.de Jahresabo: € 90,- / Studenten: € 30,- www.merkurstab.de