

Den Tod zulassen

Immer eine Gratwanderung Nicht reanimieren, nicht intubieren, den Tod zulassen. Eine solche Order wird auf Basis des (mutmaßlichen) Willens des Betroffenen oder seiner Patientenverfügung erlassen. Der vermutete bzw. niedergelegte Wille ist von allen Beteiligten zu respektieren und umzusetzen. Dennoch bereitet gerade diese Umsetzung in der Praxis große Schwierigkeiten.

Die Würde des Menschen ist unantastbar – auch die Würde beim Sterben. Getragen wird dies auch von Art. 2 GG, dem Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit und damit dem Recht, das Ob und das Wie einer medizinischen Behandlung selbst zu entscheiden. Das Bundesverfassungsgericht hat erst im Februar 2020 die Rechte von uns allen gestärkt, indem es insbesondere in der Palliativphase ein Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben als Teil des Selbstbestimmungsrechts anerkannt hat.

Der Patient hat ein Recht auf Unvernunft

Nicht der Arzt und die Pflege entscheiden, sondern der Patient. Dazu gehört auch das Recht, bereits im Vorfeld Regelungen zu treffen und Entscheidungen zu fällen, selbst wenn ein konkreter Fall noch nicht unmittelbar bevorsteht. Die Patientenverfügung gibt uns heute viele Möglichkeiten, von unserem Selbstbestimmungsrecht schon zu einem frühen Zeitpunkt Gebrauch zu machen. Erstaunlich dabei ist, dass die Patientenverfügung eine Form der Einwilligung eines Patienten für oder gegen medizinische Maßnahmen ist, jedoch im Gegensatz zu den anderen Varianten der Einwilligung keine ärztliche Aufklärung voraussetzt. Zwar besagt die gesetzliche Regelung zur Patientenverfügung, dass die Einwilligungsfähigkeit vorliegen muss. Mangels gesetzlicher Definition wird diese so beschrieben, dass der Betroffene mit klarem Verstand die Tragweite seiner Entscheidung erkennen muss. Dies setzt wiederum eine ärztliche Aufklärung voraus, denn insbesondere der medizinische Laie kann die Risiken und Nebenwirkungen einer Heilbehandlung oder eines ärztlichen Eingriffs in der Regel nicht abschätzen, wenn ihm diese nicht von kompetenter Seite vermittelt werden. Trotzdem kann jeder einwilligungsfähige Volljährige in einer Patientenverfügung Maßnahmen wünschen oder untersagen, ohne dass er möglicherweise wirklich weiß, welche Bedeutung eine solche Regelung nach sich ziehen würde. Kommt ein solcher Patient nicht mehr ansprechbar in eine Behandlungssituation, so ist seitens der Rechtsprechung anerkannt, dass eine Patientenverfügung gleichwohl unbedingte Gültigkeit hat, sofern die formalen Voraussetzungen vorliegen. Eine häufig diskutierte Reichweitenbeschränkung einer Patientenverfügung auf solche Regelungen, die medizinisch sinnvoll erscheinen, ist nicht zulässig und kann sogar strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen. Der Patient – ob

ansprechbar oder nicht – hat das Recht zur Unvernunft, jedenfalls aus medizinischer Perspektive. Denn es kann für ihn gute Gründe geben, bestimmte Dinge unbedingt oder gerade nicht zu wollen, beispielsweise aus religiöser, weltanschaulicher Überzeugung oder eigener Lebenserfahrung. Eine Patientenverfügung muss daher in einer Einrichtung nur auf die Formalien hin überprüft werden, der darin niedergelegte Wille des Betroffenen ist dagegen von allen an der Pflege Beteiligten zu respektieren und umzusetzen. Doch gerade diese Umsetzung bereitet in der Praxis große Schwierigkeiten.

Den Patientenwillen umsetzen

Aus den USA zu uns herüber kommen Anweisungen zur Sicherstellung des Patientenwillens: „Do not resuscitate“ (DNR, nicht reanimieren) oder „Do not intubate“ (DNI, nicht intubieren). Es gibt viele andere Bezeichnungen, aber im Wesentlichen geht es immer um die gleiche Frage: Wie soll der Patientenwille umgesetzt werden. Moderne Ansichten wollen vom Verbot „Nicht Wiederbeleben“ zu einer moderateren Bezeichnung hinkommen: „Allow natural death“ (AND, natürlichen Tod zulassen). Doch wie immer man es auch nennen mag, es geht um die rechtliche Wirksamkeit.

Weitgehend Einigkeit besteht, dass es sich um eine Order bzw. Anweisung handelt, welche dem medizinischen Personal vorgibt, was dieses unterlassen sollte, wenn eine Person einen Atemstillstand hat oder der Herzrhythmus lebensbedrohlich ist. Aber bereits die Formulierung „sollte“ deutet auf die rechtliche Problematik hin. Denn nur ein „Müssen“ ist verbindlich, ein „Sollen“ ist nur eine Handlungsempfehlung, von der im Einzelfall abgewichen werden kann. Dies kann dann aber im Widerspruch zum eindeutig formulierten Patientenwillen stehen. Dann darf kein Ermessen für die Pflege bestehen, das „Sollen“ wird zum „Müssen“.

Die Order kann auch Therapiebegrenzungen enthalten. Dies ist überaus sinnvoll, wenn der Patient seinen Willen nicht nur pauschal geäußert, sondern detailliert beschrieben hat. Dabei geht es etwa um die Methoden. So werden bei der kardiopulmonalen Wiederbelebung (CPR) durch manuelle Druckmassage und Mund-zu-Mund-Beatmung der Kreislauf und die Sauerstoffversorgung der Lungen aufrecht erhalten. Die Defibrillation beschreibt eine Elektroschockbehandlung des Herzens zur Wiederherstellung eines normalen Herzschlags. Beide Methoden gehören zur DNR-Anwei-

sung. Der Einsatz von Beatmungsschlauch bzw. -maschine, endotracheale Intubation oder alternative Atemwegszugänge (z.B. Larynxmaske) zur Beatmung einer bewusstlosen Person betreffen dagegen die DNI-Anweisung. Die Gabe von Medikamenten zur Verbesserung der Durchblutung der wichtigsten Organe sowie zur Wiederherstellung einer effektiven Herzrate kann dagegen beide Bereiche tangieren.

Anordnen, was zu tun oder zu unterlassen ist

Die Entscheidung über eine DNR- bzw. DNI- oder AND-Anweisung sollte demnach aufgrund einer Patientenverfügung, einer ausdrücklichen oder mutmaßlichen Einwilligung des Patienten bzw. bei nicht einwilligungsfähigen Kindern auf Basis einer Entscheidung der Sorgeberechtigten getroffen werden. Bei unter Betreuung stehenden Personen, die den entsprechenden Willen nicht zuvor geäußert haben, könnte ebenfalls über den mutmaßlichen Willen eine Lösung gefunden werden. Betreuer haben ebenso wie Vorsorge- oder Generalbevollmächtigte keine eigene Entscheidungskompetenz. Es geht letztlich um Leben und Tod. Bisher besteht unter Juristen weitgehend Einigkeit, dass eine solche Entscheidung nur jeder für sich selbst treffen kann. Einzig eine gerichtliche Klärung wäre alternativ möglich.

Nachdem die Order bisher nicht gesetzlich geregelt ist, stellen sich weitere Fragen an ihre Wirksamkeit. Wer darf die Order in welcher Form geben, ist sie für jedermann in jeder Situation verbindlich? Die Order kann zum Tod eines Menschen führen, sie sollte auf jeden Fall schriftlich verfasst werden. Nur so sind hinterher Inhalt und Urheber nachvollziehbar. Spätere Streitigkeiten mit Hinterbliebenen sind nie auszuschließen. Allerdings wird die Order nicht die prozessualen Beweiserleichterungen wie die Dokumentation mit sich bringen. Bei der Dokumentation gilt das, was dokumentiert wurde, als richtig – dokumentierte Behandlungsmaßnahmen gelten als vorgenommen. Die Order regelt ein künftiges Verhalten bei einer Reanimations- oder Intubationslage. Ob sie inhaltlich richtig oder falsch erstellt wurde, lässt sich nicht vermuten, sondern bedarf einer Prüfung in jedem Einzelfall.

Wer darf die Order erteilen?

Umstritten ist, ob es sich um eine rein ärztliche Tätigkeit handelt, d.h. ob die Order nur durch einen Arzt erfolgen kann. Teilweise wird sogar die Einbindung von mindestens zwei Ärzten gefordert. Richtigerweise dürfte dies abzulehnen sein, denn es geht nicht um das, was ein Arzt für richtig oder falsch erachtet, sondern schlichtweg darum, was der Patient in einer ganz bestimmten Situation für sich selbst wünscht. Diese Entscheidung ist weniger eine medizinische als eine persönliche Willensbekundung eines Menschen. Menschliche Würde und das Selbstbestimmungsrecht stehen im Vordergrund, rechtlich-ethische Grundsätze, die von jedem in der Pflege Tätigen immer zu beachten sind. Dafür ist die Spezialausbildung als Arzt nicht erforderlich. Dennoch sollte man sich die Entscheidung über die Order nicht einfach machen und einen kollaborativen Weg suchen – durch die Einbindung des behandelnden Arztes, der Pflege, der Angehörigen bzw. Betreuer/Vorsorgebevollmächtigten und etwa auch eines Ethikbeauftragten. Die immer höher werdende Lebenserwartung in Kombination mit einer Multimorbidität wirft ständig neue ethische Fragen auf. Der European

Resuscitation Council (ERC) verpflichtet in seinen Guidelines die Medizin zur Erhaltung des Lebens und verpflichtet dazu, das Leiden eines Patienten zu erleichtern und Invalidität zu verhindern. Dennoch soll jedem Patienten ein friedvoller und würdiger Tod ermöglicht werden.

Zunehmend etabliert sich die Ansicht, nur ein Fach- bzw. Oberarzt könne eine Order erstellen, welche dann auch (nicht delegierbar) in die schriftliche Dokumentation Eingang finden müsse. Durch entsprechende einrichtungsinterne Dienstanweisungen ist eine solche Vorgabe durchaus arbeitsrechtlich verpflichtend umsetzbar, ohne dass es von Gesetzes wegen notwendig wäre.

Ist die Order rechtlich bindend?

Zur Sicherung des Patientenwillens muss die Gültigkeit einer Order regelmäßig überprüft werden. Anordnungen basierend auf medizinischer Aussichtslosigkeit sollten mit einer begrenzten Gültigkeitsdauer versehen werden – vielfach werden hier 72 Stunden vorgeschlagen. Und es kann Situationen geben, die eine solche Order fraglich erscheinen lassen, etwa eine unvorhergesehene, symptomatisch indizierte Operation zur Behebung leichter Komplikationen mit nur elektiver Intubation. Prognostisch ist eine Intubation bei respiratorischer Insuffizienz völlig anders gelagert.

Die entscheidende Frage ist die nach der Verbindlichkeit einer Order. Haben die Ausführenden ein Ermessen oder eine Pflicht zur Befolgung? Selbstredend ist, dass der Patient seinen Willen jederzeit ändern kann, wenn er dazu kognitiv in der Lage ist. Eine Order muss dann sofort geändert oder aufgehoben werden. In den sonstigen Fällen wird die Order gerne als „Empfehlung“, nicht aber als „Weisung“ beschrieben. Das kann dazu führen, dass sich ein Pfleger im Rahmen eines Ermessens über den eindeutigen Patientenwillen hinwegsetzen und damit doch wieder eine Reichweitenbeschränkung durch die Hintertür einführen könnte.

Allow Natural Death wird immer eine Gratwanderung sein. Einerseits ist das Recht relativ eindeutig und gebietet den Patientenwillen zu respektieren, andererseits soll seitens der Pflege stets die bestmögliche Entscheidung für den Patienten getroffen werden. Denn umgekehrt kann eine Reanimation im Hinblick auf ein angestrebtes Behandlungsziel auch aussichtslos sein. Der vom Patienten geäußerte Wille ist leider nicht immer klar zu ermitteln. Angehörige säen obendrein oft noch zusätzliche Zweifel, insbesondere bei einer Patientenverfügung. Wollte der Verfasser Wiederbelebungsmaßnahmen tatsächlich so wie festgelegt oder hat sich seine Einstellung in letzter Zeit verändert? Dies sind Fragen, die auch das Recht nicht regeln kann, gerade weil wir alle selbstbestimmt über unser Lebensende entscheiden können sollen. ►►



Ass.-jur. Michael Irmeler

Praxis für Konfliktarbeit und Mediation
Lehrinstitut am Ersberg
Ersbergstraße 6, 72622 Nürtingen
mediation@ersberg.de

Den natürlichen Tod zulassen

Recht auf Selbstbestimmung achten Nicht reanimieren, nicht intubieren, den Tod zulassen. Diese Entscheidungen werden auf der Basis des (mutmaßlichen) Willens von Betroffenen oder einer vorhandenen Patientenverfügung getroffen. Dabei ist der vermutete bzw. niedergelegte Wille zu respektieren und umzusetzen. In der Praxis stellt gerade Letzteres die Beteiligten vor große Herausforderungen. ✎ Michael Irmeler

Die Würde des Menschen ist unantastbar (Art. 1 Grundgesetz) – auch die Würde beim Sterben. Getragen wird dies auch von Art. 2 GG, in dem das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit niedergelegt ist und damit das Recht, über das Ob und Wie einer medizinischen Behandlung selbst zu entscheiden. Das Bundesverfassungsgericht erkannte erst im Februar 2020 ein Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben, insbesondere in der Palliativphase, als Teil des Selbstbestimmungsrechts an.

Patient*innen haben ein Recht auf Unvernunft

Nicht Ärzt*innen und Pflege entscheiden, sondern der/die Patient*in. Diese/r kann bereits im Vorfeld entsprechende Regelungen treffen, selbst wenn ein konkreter Fall noch nicht unmittelbar bevorsteht. Die Patientenverfügung gibt uns heute viele Möglichkeiten, von unserem Selbstbestimmungsrecht schon zu einem frühen Zeitpunkt Gebrauch zu machen. Erstaunlich dabei ist, dass diese Form der Einwilligung für oder gegen medizinische Maßnahmen – entgegen anderen Varianten der Einwilligung – keine ärztliche Aufklärung voraussetzt. Zwar besagt die gesetzliche Regelung zur Patientenverfügung, dass die Einwilligungsfähigkeit vorliegen muss. Mangels gesetzlicher Definition wird diese so beschrieben, dass Betroffene mit klarem Verstand die Tragweite ihrer Entscheidung erkennen müssen. Dies setzt wiederum eine ärztliche Aufklärung voraus, denn insbesondere medizinische Laien können die Risiken und Nebenwirkungen einer Heilbehandlung oder eines ärztlichen Eingriffs in der Regel nicht abschätzen, wenn diese nicht von kompetenter Seite vermittelt werden. Trotzdem kann jede/r einwilligungsfähige Volljährige in einer Patientenverfügung Maßnahmen wünschen oder untersagen. Kommt ein/e Patient*in nicht mehr ansprechbar in eine Behandlungssituation, so ist seitens der Rechtsprechung anerkannt, dass eine Patientenverfügung gleichwohl unbedingte Gültigkeit hat, sofern die formalen Voraussetzungen vorliegen. Eine häufig diskutierte Reichweitenbeschränkung einer Patientenverfügung auf Regelungen, die medizinisch sinnvoll erscheinen, ist nicht zulässig und kann sogar strafrechtliche Konsequenzen haben. Der/die Patient*in – ob ansprechbar oder nicht – hat das

Recht auf Unvernunft, jedenfalls aus medizinischer Perspektive. Denn es kann für sie/ihn gute Gründe geben, bestimmte Dinge unbedingt oder gerade nicht zu wollen, beispielsweise aus religiöser, weltanschaulicher Überzeugung oder eigener Lebenserfahrung. Eine Patientenverfügung muss daher nur auf die Formalien hin überprüft werden, der niedergelegte Wille ist von allen an der Versorgung Beteiligten zu respektieren und umzusetzen. Doch gerade diese Umsetzung bereitet in der Praxis große Schwierigkeiten.

Den Patientenwillen umsetzen

Aus den USA kommen Anweisungen zur Sicherstellung des Patientenwillens wie „Do not resuscitate“ (DNR, nicht reanimieren) oder „Do not intubate“ (DNI, nicht intubieren). Es gibt viele andere Bezeichnungen, aber im Wesentlichen geht es immer um die gleiche Frage: Wie soll der Patientenwille umgesetzt werden? Moderne Ansichten wollen vom Verbot „Nicht wiederbeleben“ zu einer moderateren Bezeichnung kommen: „Allow natural death“ (AND, den natürlichen Tod zulassen). Doch wie immer man es auch nennen mag, es geht um die rechtliche Wirksamkeit.

Weitgehend Einigkeit besteht darüber, dass es sich um eine Order handelt, welche dem medizinischen Personal vorgibt, was es unterlassen sollte, wenn eine Person einen Atemstillstand hat oder der Herzrhythmus lebensbedrohlich ist. Doch bereits die Formulierung „sollte“ deutet auf die rechtliche Problematik hin: Nur ein „Müssen“ ist verbindlich, ein „Sollen“ ist eine Handlungsempfehlung, von der im Einzelfall abgewichen werden kann. Dies kann aber im Widerspruch zum eindeutig formulierten Patientenwillen stehen. In dem Fall darf es kein Ermessen für Versorgende geben.

Die Order kann auch Therapiebegrenzungen enthalten. Dies ist überaus sinnvoll, wenn Patient*innen ihren Willen nicht nur pauschal geäußert, sondern detailliert beschrieben haben. Dabei geht es etwa um Methoden wie die kardiopulmonale Wiederbelebung (CPR) durch manuelle Druckmassage und Mund-zu-Mund-Beatmung oder die Defibrillation. Beide Methoden gehören zur DNR-Anweisung. Der Einsatz von Beatmungsschlauch bzw. -maschine, endotracheale Intubation oder alternative Atemwegszugänge (z.B.

Larynxmaske) betreffen dagegen die DNI-Anweisung, die Gabe von Medikamenten beide Bereiche.

Anordnen, was zu tun oder zu unterlassen ist

Die Entscheidung über eine DNR- bzw. DNI- oder AND-Anweisung sollte demnach aufgrund einer Patientenverfügung, einer ausdrücklichen oder mutmaßlichen Einwilligung des Patienten/der Patientin bzw. bei nicht einwilligungsfähigen Kindern auf Basis einer Entscheidung der Sorgeberechtigten getroffen werden. Bei unter Betreuung stehenden Personen, die den entsprechenden Willen nicht zuvor geäußert haben, könnte ebenfalls über den mutmaßlichen Willen eine Lösung gefunden werden. Betreuende haben, wie auch Vorsorge- oder Generalbevollmächtigte, keine eigene Entscheidungskompetenz. Bisher besteht unter Juristen weitgehend Einigkeit, dass eine solche Entscheidung nur jeder für sich selbst treffen kann. Einzig eine gerichtliche Klärung wäre alternativ möglich.

Nachdem die Order bisher nicht gesetzlich geregelt ist, stellen sich weitere Fragen an ihre Wirksamkeit. Wer darf die Order in welcher Form geben, ist sie für jedermann in jeder Situation verbindlich? Die Order kann zum Tod eines Menschen führen, sie sollte in jedem Fall schriftlich verfasst werden. Nur so sind hinterher Inhalt und Urheber nachvollziehbar. Spätere Streitigkeiten mit Hinterbliebenen sind nie auszuschließen. Allerdings wird die Order nicht die prozessualen Beweiserleichterungen wie die Dokumentation mit sich bringen. Bei der Dokumentation gilt das Dokumentierte als richtig, dokumentierte Behandlungsmaßnahmen als vorgenommen. Die Order regelt ein künftiges Verhalten bei einer Reanimations- oder Intubationslage. Ob sie inhaltlich richtig oder falsch erstellt wurde, bedarf einer Prüfung in jedem Einzelfall.

Wer darf die Order erteilen?

Umstritten ist, ob es sich um eine rein ärztliche Tätigkeit handelt, d. h. ob die Order nur durch ärztliches Personal erfolgen kann. Teilweise wird sogar die Einbindung von mindestens zwei Ärzt*innen gefordert. Richtigerweise dürfte dies abzulehnen sein, denn es geht nicht darum, was ein Arzt/eine Ärztin für richtig oder falsch erachtet, sondern schlicht darum, was der/die Patient*in in einer ganz bestimmten Situation für sich selbst wünscht. Diese Entscheidung ist weniger eine medizinische als eine persönliche Willensbekundung. Menschliche Würde und das Selbstbestimmungsrecht stehen im Vordergrund, rechtlich-ethische Grundsätze, die von jedem in der Pflege Tätigen immer zu beachten sind. Dafür ist eine ärztliche Ausbildung nicht erforderlich. Dennoch sollte man sich die Entscheidung über die Order nicht leicht machen und einen kollaborativen Weg suchen, durch die Einbindung der behandelnden Ärzt*innen, der Pflege, Angehörigen bzw. Betreuer*in oder Vorsorgebevollmächtigten und etwa auch Ethikbeauftragten. Die steigende Lebenserwartung in Kombination mit Multimorbidität wirft ständig neue ethische Fragen auf. Der European Resuscitation Council (ERC) verpflichtet in seinen Guidelines die Medizin zur Erhaltung des Lebens und dazu, das Leiden von Patient*innen zu erleichtern sowie Invalidität zu verhindern. Dennoch soll jedem Patienten/jeder Patient*in ein friedvoller und würdiger Tod ermöglicht werden. Zunehmend etabliert sich die Ansicht, dass nur Fach- bzw. Oberärzt*innen eine Order erstellen können, die dann auch (nicht delegierbar) in die schriftliche Dokumentation eingehen müsse. Durch

einrichtungsinterne Dienstanweisungen ist eine solche Vorgabe durchaus arbeitsrechtlich verpflichtend umsetzbar, ohne dass es von Gesetzes wegen notwendig wäre.

Ist die Order rechtlich bindend?

Zur Sicherung des Patientenwillens muss die Gültigkeit einer Order regelmäßig überprüft werden. Anordnungen basierend auf medizinischer Aussichtslosigkeit sollten mit einer begrenzten Gültigkeitsdauer versehen werden – vielfach werden hier 72 Stunden vorgeschlagen. Und es kann Situationen geben, die eine solche Order fraglich erscheinen lassen, etwa eine unvorhergesehene, symptomatisch indizierte Operation zur Behebung leichter Komplikationen mit nur elektiver Intubation. Die entscheidende Frage ist die nach der Verbindlichkeit einer Order. Haben die Ausführenden ein Ermessen oder eine Pflicht zur Befolgung? Selbstredend können Patient*innen ihren Willen jederzeit ändern, wenn sie dazu kognitiv in der Lage sind. Eine Order muss dann sofort geändert oder aufgehoben werden. In sonstigen Fällen wird die Order gern als „Empfehlung“, nicht aber als „Weisung“ beschrieben. Das kann dazu führen, dass sich Pflegenden im Rahmen eines Ermessens über den eindeutigen Patientenwillen hinwegsetzen und so wieder eine Reichweitenbeschränkung durch die Hintertür eingeführt würde.

„Allow Natural Death“ wird immer eine Gratwanderung sein. Einerseits gebietet das Recht relativ eindeutig, den Patientenwillen zu respektieren, andererseits soll stets bestmöglich im Sinne der Patient*innen entschieden werden. Umgekehrt kann eine Reanimation mit Blick auf ein angestrebtes Behandlungsziel auch aussichtslos sein. Der von Patient*innen geäußerte Wille ist leider nicht immer klar zu ermitteln. Angehörige säen oft noch zusätzliche Zweifel, insbesondere bei einer Patientenverfügung. Wollte der/die Verfasser*in Wiederbelebungsmaßnahmen wirklich wie festgelegt oder hat sich seine/ihre Einstellung inzwischen verändert? Diese Fragen kann auch das Recht nicht regeln, gerade weil wir alle selbstbestimmt über unser Lebensende entscheiden können sollen. ►

FAZIT

*Der niedergelegte Wille eines Menschen ist von allen an der Versorgung beteiligten Personen zu respektieren und umzusetzen. Die Entscheidung über den Einsatz von potentiell lebenserhaltenden Maßnahmen sollte aufgrund einer Patientenverfügung bzw. einer ausdrücklichen oder mutmaßlichen Einwilligung des/der Patient*in erfolgen.*

Schlüsselwörter: Patientenverfügung, Patientenwille, Selbstbestimmung, Palliativpflege

Autorenkontakt:

Ass.-jur. Michael Irmeler, Praxis für Konfliktarbeit und Mediation, Lehrinstitut am Ersberg in Nürtingen
mediation@ersberg.de