

Künstliche Ernährung am Lebensende? Nein! - oder doch ja?

Ein Ratgeber zur Entscheidung für oder gegen die PEG Magensonde

von Klaus Holland

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

vielleicht haben Sie als Betreuer/in¹ oder Bevollmächtigte/r zu diesem kleinen Buch gegriffen, weil Sie kurzfristig oder in absehbarer Zeit die Entscheidung für einen Ihnen nahe stehenden Menschen zu treffen haben, ob dieser künstlich ernährt werden soll oder nicht. Dann sind Sie möglicher Weise in einer sehr schwierigen Lage, denn Sie wollen natürlich das Beste für diesen Menschen, aber niemand kann Ihnen sagen, wie die richtige Entscheidung denn aussehen müsste.

Es soll hier versucht werden, Ihnen diesen Weg durch Vermittlung von Fakten und Hinweisen zur Entscheidungsfindung in leicht lesbarer Form ein bisschen zu erleichtern. Mein Ziel ist es, Ihnen zu einer Beschlussfindung zu helfen, die für Sie so stimmig ist, dass Sie sich danach nicht mit Selbstvorwürfen quälen müssen, weil Sie glauben, Sie hätten zu früh oder zu spät ja oder nein gesagt und überhaupt alles falsch gemacht.

TIPP Nehmen Sie sich Zeit für Ihre Entscheidung! Die Frage der künstlichen Ernährung ist normalerweise eine Entscheidung, die nicht unter großem Zeitdruck steht und sie ist schon gar keine „Notfall-Entscheidung“, die sofort gefällt werden muss.

Sprechen Sie mit Menschen darüber, die zuhören können. Denn das Wichtigste an solchen Gesprächen ist nicht die Meinung Außenstehender, sondern **Sie** sollen darüber reden dürfen. Das **Aussprechen** Ihrer Ängste und Hoffnungen ist das Entscheidende, nicht das, was Nichtbetroffene meinen. Und nicht das, was Sie ergrübelt haben, zeigt Ihnen Ihre ganz persönliche Wahrheit, sondern das, was Sie spüren, während Sie den einen oder anderen Gedanken in Worte kleiden. Beim Aussprechen fühlen Sie, ob es **Ihre** Wahrheit ist oder ob Sie bloß das sagen, was Ihnen jemand anderes als scheinbare Wahrheit erzählt hat.

Nehmen Sie sich jetzt die Zeit, diese Schrift zu lesen, wiederholen Sie vielleicht das eine oder andere Kapitel, wenn Sie sich unsicher fühlen. Und vertrauen Sie darauf, dass Sie das Beste tun werden, was Ihnen möglich ist. Denn mehr kann man gar nicht erwarten.

¹ im Folgenden wird nur die männliche Form verwendet, um den Text flüssiger und leichter lesbar zu halten

1. Kapitel

Die Angst vor der Abhängigkeit und einem Leben an Schläuchen

Es ist die absolute Horrorvision für viele Menschen: ich bin nicht mehr ansprechbar, kann mich nicht mehr wehren und werde auf unabsehbare Zeit künstlich über Schläuche ernährt. Man zwingt mich zum Weiterleben in Abhängigkeit von anderen Menschen und mit endlosen körperlichen Leiden. Ich darf nicht in Frieden sterben, wenn meine Zeit gekommen ist. Weil diese Vorstellung für viele so schlimm ist, schreiben sie hauptsächlich deswegen eine Patientenverfügung, in der sie sich die künstliche Ernährung in Bausch und Bogen verbitten. „Ich will auf keinen Fall künstlich ernährt werden, wenn ich nicht mehr schlucken kann und meine Umwelt nicht mehr wahrnehme“. So oder so ähnlich heißt es in vielen Verfügungen. Spätestens dann ist das Leben nicht mehr lebenswert, denken sehr viele Menschen – so lange sie noch nicht an einer lebensbedrohenden Krankheit leiden. Es ist die Angst vor einem schier endlosen Leiden, von dem der Tod sie erst nach langer Qual erlöst oder vor einem unwürdigen Leben in totaler Abhängigkeit von anderen Menschen, wie sie z.B. durch die Demenz droht.

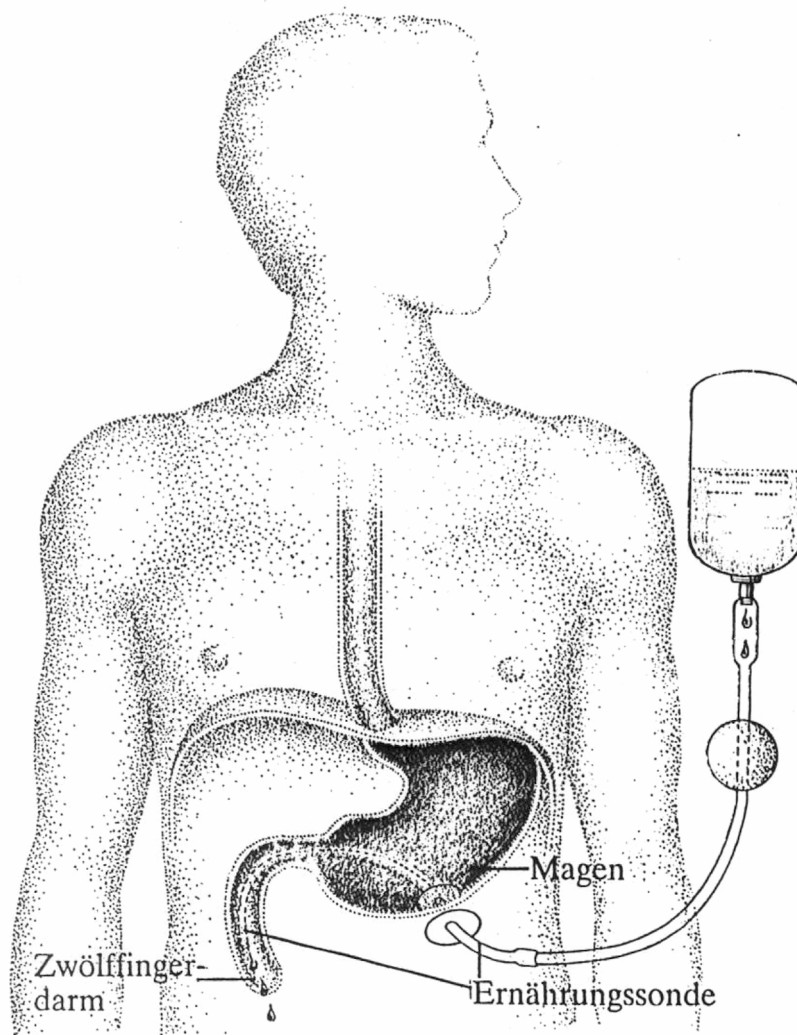
Aber ist die ohne wenn und aber abgelehnte künstliche Ernährung auch noch der Wille des Patienten, der den Tod vor Augen hat? Die Zweifel daran begründen sich auf der Erfahrung vieler Begleiter sterbenskranker Menschen, z.B. Krankenpfleger/innen und Hospizbegleiter/innen. Sie können davon erzählen, dass der Lebenswille und die Hoffnung unsere stärksten seelischen Kräfte sind. Es ist daher eher die Regel als die Ausnahme, dass Menschen in ihren „gesunden Tagen“ jede lebensverlängernde Maßnahme im Fall einer unheilbaren Krankheit ablehnen. Sind sie jedoch dann wirklich mit einer lebensbedrohlichen Krankheit konfrontiert, wollen viele von ihnen plötzlich alles, was die konventionelle und die alternative Medizin zu bieten haben, einschließlich der künstlichen Ernährung. Leben will eben leben und die Hoffnung geht als Letztes.

Also können Sie auch bei einer noch so klar formulierten Patientenverfügung nie ganz sicher sein, dass diese dem aktuellen Willen Ihres kranken Angehörigen entspricht.

Was ist eine PEG Magensonde und wie funktioniert sie?

Was ist das eigentlich, das uns so einen Schrecken einjagt? Die Magensonde, abgekürzt PEG (**p**erkutane **e**ndoskopisch kontrollierte **G**astrostomie) ist schließlich schon seit 1980 die unumstrittene Standardform der künstlichen Ernährung. Es handelt sich um eine Ernährungs-sonde, die unter Umgehung von Mund, Schlund und Speiseröhre den Magen oder den Dünndarm direkt durch die Bauchdecke erreicht und durch die die täglich erforderliche Kalorienmenge einschließlich der Flüssigkeit und Medikamente zugeführt werden. So sieht sie schematisch dargestellt aus. Siehe die unten stehende Abbildung.

Abbildung: Ernährung durch die Bauchwand



Weder der etwa 15-minütige Eingriff unter lokaler Betäubung und einer leichten Sedierung (Ruhigstellung des Patienten) noch später das Leben mit der Sonde sind für den Patienten belastend. Für die Anlage ist kein Krankenhausaufenthalt erforderlich, die PEG Sonde kann ambulant gelegt werden. Die industriell hergestellte Nahrung, der Tee sowie ggf. Medikamente werden in einen Beutel gefüllt und dann über viele Stunden am Tag gleichmäßig verabreicht. Es ist auch möglich, diese Sondenkost in einzelnen Portionen mehrfach am Tag mit Unterbrechungen zu geben, damit der Patient nicht ständig angeschlossen bleibt und sein Verdauungssystem weiter rhythmisch arbeiten kann.

Die Komplikationsrate der PEG-Anlage ist mittlerweile ziemlich gering (geschätzte Rate schwerer Komplikationen < 1%), da die meisten endoskopischen Abteilungen sie schon in größerer Zahl durchgeführt haben und mit der Methode vertraut sind. Mit anderen Worten: an der Methode selbst kann es nicht liegen, dass sie von den meisten Menschen so rigoros abgelehnt wird. Es ist die Angst, anderen zur Last zu fallen, von anderen abhängig zu sein, nur noch leiden zu müssen, „sinnlos“ dahin zu vegetieren. Es ist aber auch das Gefühl, mit dem dauerhaften Verlust der normalen Nahrungsaufnahme ein bedeutendes Stück, wenn nicht das bedeutendste verloren zu haben, was Leben definiert.

Das allerdings sind die Vorstellungen der (noch) nicht an Schluckunfähigkeit Erkrankten. Lassen Sie uns aber einmal etwas genauer hinschauen, was es heißt, über einen Schlauch ernährt zu werden. Was spricht für und was spricht gegen die PEG Sonde?

Pro künstliche Ernährung über eine PEG Sonde

Der Patient wird problem- und schmerzlos mit Nahrung, Flüssigkeit und Medikamenten versorgt. Im Gegensatz zur alten Nasensonde stört sie weder beim Sprechen noch beim Schlucken. Die Aspirationsgefahr (Speise oder Flüssigkeit landen in der Luftröhre statt in der Speiseröhre) mit einer Lungenentzündung als mögliche Folge ist geringer als bei der natürlichen Nahrungsaufnahme eines nur noch bedingt schluckfähigen Patienten. Speisen, auf die der Patient Appetit hat, können und sollten aber trotzdem noch zusätzlich gereicht werden, es sei denn, es besteht ein absolutes Schluckverbot. Schließlich kann die Sonde jederzeit abgestöpselt oder entfernt werden, wenn sie nicht mehr benötigt oder gewünscht wird. Auch wenn der Patient die Nahrung nicht mehr verarbeiten kann, aber aus ärztlicher Sicht noch Flüssigkeit und/oder Medikamente braucht, ist die PEG ein problemloser Weg zu deren Verabreichung.

Die künstliche Ernährung ist für alte Menschen nicht von vorneherein eine zusätzliche Belastung sondern in vielen Fällen eine lebensnotwendige Hilfe für Patienten, die ihre Nahrung nicht mehr auf normalem Weg zu sich nehmen können. Sie wird aber oft zu spät gelegt, was man daran sehen kann, dass die Sterblichkeitsrate einen Monat nach dem Legen der Sonde 18 Prozent beträgt. Prinzipiell ist sie bei einer Mangelernährung indiziert, z.B. bei einem BMI (Body Mass Index) von unter 18,5.²

Eine weitere palliativmedizinische Anwendungsmöglichkeit für die PEG Sonde besteht darin, dass man sie nicht als Eintrittspforte für Nahrung, Flüssigkeit oder Medikamente nutzt, sondern bei verschlossenem Magen- oder Darmdurchgang als Ablaufsonde. Dann bleibt dem Patienten das leidvolle häufige Erbrechen erspart. Solange er noch wenigstens kleine Mengen schlucken kann, hat er die Möglichkeit, seine (pürierte) Lieblingsspeise zu sich zu nehmen, die dann über die Sonde abgeleitet wird.

Ein Patient mit einer PEG Sonde ist außerdem nicht automatisch bettlägerig. Soweit sein Allgemeinzustand das zulässt, bleibt er auch mit dieser Magensonde mobil. Wenn der Patient in der Lage ist, kann er die PEG auch selbst „bedienen“ und die Versorgung der Einstichstelle vornehmen. Sie kann viele Monate liegen bleiben. Es ist lediglich erforderlich, die Einstichstelle regelmäßig zu reinigen und ab und an durch eine Fachkraft kontrollieren zu lassen.

Kontra künstliche Ernährung über eine PEG Sonde

Ein gewichtiges Argument gegen die PEG Sonde ist oft die fehlende Zustimmung des Patienten, die ja unbedingt vorliegen muss. Was der Betroffene jetzt will, ist beim nicht mehr ansprechbaren Patienten kaum feststellbar. Manchmal kann allerdings anhand sorgfältiger Beobachtungen doch auf seinen aktuellen mutmaßlichen Willen geschlossen werden. Saugt er z.B. an einem nassen Tuch, das Sie ihm an den Mund halten? Oder wendet er sich spontan ab, sobald Sie ihm etwas Nahrung oder ein Getränk anbieten? Den möglichen Gründen für die Essensverweigerung muss nachgegangen werden, eine Aufstellung finden Sie im Kapitel 2 „Was der Arzt prüfen sollte“. Sie müssen sich jedenfalls fragen, ob die frühere Ablehnung

² Prof. Cornel Sieber in Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. vom 12.02.2010

eines „Lebens an Schläuchen“ immer noch gelten soll oder ob Ihr Angehöriger zu den vielen Menschen gehört, die trotz und mit ihrer Krankheit leben wollen, obwohl dieses Leben jetzt so ganz anders aussieht, als wir Außenstehenden uns das als lebenswert vorstellen. Wir können nur mutmaßen und das macht die Entscheidung für oder gegen diese Sonde so unendlich schwer.

Auch einige medizinische Probleme treten hin und wieder bei der PEG Sonde auf:

- Hautinfektion
- Blutung
- zeitweise Durchfall / Bauchkrämpfe (hier kann evtl. ein Wechsel der Sondennahrung Abhilfe schaffen)
- zeitweise Übelkeit / Erbrechen (meist weil die Nahrung zu schnell einläuft)
- Probleme an der Sonde (eventuell Verlegung der Sonde in Erwägung ziehen!)

Diese Probleme sind allerdings in der Regel medizinisch beherrschbar.

Und ein menschliches Problem kann auftauchen:

Muss vielleicht damit gerechnet werden, dass der nicht mehr ansprechbare Patient die Sonde nicht tolerieren wird und durch freiheitseinschränkende Maßnahmen daran gehindert werden muss, sie herauszuziehen und sich dabei zu verletzen? Wo bliebe dann die Lebensqualität, die wir in erster Linie erhalten wollen? Das wäre ein gewichtiges Argument, auf diese Ernährungsmöglichkeit zu verzichten.

Bedeutet künstliche Ernährung in allen Fällen ein längeres Leben?

In allen Fällen ganz sicher nicht. Tatsächlich ist es fast unmöglich vorherzusagen, wie lange ein Betroffener mit oder ohne PEG Sonde leben würde. Beobachtungen von Betroffenen mit Ernährungs sonden haben jedoch gezeigt, dass im Allgemeinen bei folgenden Umständen sogar mit einer kürzeren Überlebenszeit zu rechnen ist:

- sehr alte kranke Menschen (über 85 Jahre);
- kranke Menschen, die zum Einatmen (Aspiration) von Nahrung oder Mageninhalt neigen, da diese sich auch mit der Sondennahrung verschlucken können;
- Menschen mit der Diagnose einer bösartigen Tumorerkrankung³.

Andererseits: Nach einem Schlaganfall mit Schluckstörungen können sich die Betroffenen oft besser von der Erkrankung erholen, wenn die Sonde schon frühzeitig im Krankheitsverlauf gelegt wurde, damit die erforderliche Kalorienzufuhr, die der Patient braucht, um an den notwendigen Therapien teilnehmen zu können, auf natürlichem Weg zugeführt werden kann.

Einmal PEG, immer PEG?

Es ist eine schwer ausrottbare Mähr, dass eine Magensonde auf jeden Fall genutzt werden müsse, wenn sie einmal gelegt wurde. Richtig ist vielmehr, dass nicht nur das Ergreifen einer Maßnahme (Legen der Sonde) sondern auch die fortgesetzte weitere Nutzung vom Willen des Patienten und von der vom Arzt gestellten Indikation abhängig ist. Hat der Arzt die PEG Sonde als sinnvoll vorgeschlagen, ist der (mutmaßliche) Wille des Patienten entscheidend. Wille geht vor Wohl, d.h. die medizinische Einsicht (was gut für den Patienten ist) kommt erst an zweiter Stelle. Wenn also die Ernährung über die PEG entweder nicht mehr sinnvoll ist, weil sie mehr schadet als nützt, oder sie nicht (mehr) gewünscht wird, kann sie problemlos

³ „Entscheidungshilfe bei Ernährungs sonden“ SL Mitchell MD MPH FRCPC Geriatric Medicine, Epidemiology et al., S. 21 ff und Synofzik „Überlebenszeit“, 2007, S. 5

entfernt werden bzw. sie darf nicht mehr als Ernährungsmethode verwendet werden. Die PEG kann aber auch belassen werden, falls eine Entfernung aufgrund des Gesundheitszustandes nicht mehr sinnvoll erscheint. Auf jeden Fall soll die PEG wieder entfernt werden, wenn der Patient nach der Akutphase einer Erkrankung durch logopädisches Training wieder ausreichend schlucken kann.

Fazit des Pro und Kontra PEG Magensonde

Diese Form der Ernährung ist also nicht von vornherein schlecht und abzulehnen. Schließlich hat die PEG Sonde ja den Vorteil, dass sie per se nicht belastend ist (im Gegensatz zur Nasensonde). Die Antwort kann keine Schwarz-Weiß Entscheidung sein, denn es gibt Zwischenschritte. Man kann z.B. die Sonde legen und ausprobieren, ob der Stoffwechselprozess des Patienten noch soweit intakt ist, dass er die in zunächst kleinen Mengen gegebene Nahrung verarbeiten kann. Ist dies nicht der Fall, kann entschieden werden, dass auf die Nahrungszufuhr ganz verzichtet wird. Es bleibt aber offen, ob die PEG als Zugang für Flüssigkeit und/oder Medikamente dienen soll, ob sie entfernt wird oder ob sie als Ableitungskanal dienen soll. Das alles sind Möglichkeiten, die im Einzelfall zu prüfen sind.

2. Kapitel

Was der Arzt prüfen sollte

Kommen wir zu den medizinischen Fakten. Warum hören schwerkranke Patienten eigentlich auf, Nahrung und Flüssigkeit zu sich zu nehmen? Folgende Gründe sind u.a. denkbar:

- Abschreckende, auf die erkrankte Person nicht angepasste Umgebung = dann ist das der Ruf nach mehr menschlicher Zuwendung.
- Der an Demenz Erkrankte vergisst zu essen, steht beim Essen auf und nimmt deshalb unzureichend oder gar keine Nahrung oder Flüssigkeit zu sich. Oder er verteilt seine Nahrung in der ganzen Wohnung und glaubt gegessen zu haben.
- Sensorische Beeinträchtigungen, z.B. wenn der Patient sein Geschmacksempfinden verloren hat. Dann macht das Essen schlicht keinen Spaß mehr.
- Appetitlosigkeit, die wiederum viele behandelbare Ursachen haben kann.
- Depression. Sie tritt bei alten Menschen gehäuft auf; eine entsprechende Behandlung sollte erwogen werden.
- Wahnvorstellungen, die ebenfalls auf ihre Behandlungsfähigkeit geprüft werden sollten.
- Schmerzen als Grund für die Nahrungsverweigerung, z.B. Zahnschmerzen oder Entzündungen der Mundschleimhaut. Das **muss und kann** behandelt werden.
- Nicht mehr passender Zahnersatz macht das Kauen schwierig oder schmerzhaft, also hört der Patient ganz auf zu essen.
- Erkrankungen in Magen oder Darm – Behandlungsoptionen prüfen!
- Apraxie (Unfähigkeit, sinnvolle und zweckmäßige Bewegungen durchzuführen), z.B. Probleme im Umgang mit Besteck oder Getränk zum Mund zu führen. Dann muss man dem Patienten bei der Essenaufnahme helfen, der dazu nötige Zeitaufwand darf nicht der Grund sein, eine PEG Sonde zu legen! Oder der Patient hat schlicht vergessen, wie man isst und kann deshalb nichts mehr zu sich nehmen.
- Schluckstörungen: der Patient verschluckt sich vermehrt beim Essen und Trinken, sodass die Gefahr der Aspiration zum Verzicht auf orale Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit zwingt.

Tipp: An dieser sicher nicht erschöpfenden Aufstellung wird deutlich, dass erst die Gründe für die Nahrungsverweigerung zu prüfen sind, bevor man eine Nahrungssonde legt oder sie ablehnt. Fragen sie deshalb den behandelnden Arzt, ob alle diese Zweifel ausgeräumt sind. Sie sollten auch bedenken, dass Nahrungsverweigerung nicht in jedem Fall die Aussage beinhaltet „ich will nicht mehr leben“.

Manchmal helfen nämlich auch schon einfache Mittel:

- püriertes Essen zur Vereinfachung des Kauens/Schluckens;
- Unterstützung beim Essen und Trinken durch eine vertraute Person, die sich entsprechend Zeit nehmen kann;
- Schlucktraining durch einen Logopäden
- Essen in kleinen Portionen zeitverteilt anbieten, was bei alten Menschen völlig ausreichend sein kann;

Was der Arzt mit dem Patienten oder seinem rechtlichen Stellvertreter besprechen sollte

- Ist der Patient mit der künstlichen Ernährung einverstanden?

- Ist die künstliche Ernährung aus ärztlicher Sicht überhaupt sinnvoll? Ist sie das nämlich nicht, entscheidet der Arzt aus **eigener** Verantwortung, die Meinung des Patienten oder seines Vertreters bleibt dann unberücksichtigt. Laut BGH Urteil von 2003 darf der Arzt eine therapeutische Maßnahme nur anbieten, solange sie medizinisch sinnvoll ist. Wenn dies nicht (mehr) der Fall ist, kann sie weder vom Patienten noch seinem Vertreter gefordert werden und sie kann auch nicht Gegenstand einer betreuungsgerichtlichen Verhandlung sein.⁴
- Soll die PEG nur vorübergehend gelegt werden oder ist sie als Dauermaßnahme geplant?
- Was würde passieren, wenn keine Sonde gelegt wird?
- Ist sicher gestellt, dass auch nach dem Legen der PEG zusätzlich Nahrung und Flüssigkeit angeboten werden, soweit das aus gesundheitlicher Sicht möglich ist? Das ist wichtig, damit das Geschmackserlebnis als Teil der Lebensqualität erhalten bleibt.

Und wenn Sie und der Arzt nach all diesen Überlegungen zu dem Schluss kommen, dass die künstliche Ernährung nicht der Weg ist, können die Fortführung der natürlichen Ernährung – seien es noch so kleine Nahrungs- und Flüssigkeitsmengen – und die Verbesserung der Umgebungsumstände eine humane und effektive Alternative darstellen. Geht auch das nicht mehr, kann die Flüssigkeitszufuhr durch Injektionen unter die Haut (subcutan) und/oder durch Mundpflege für die regelmäßige Befeuchtung zur Erhaltung der Lebensqualität beitragen.

Ein wichtiger Grundsatz dabei ist, dass Pflegende, Ärzte und Sie als Vertreter des Patienten bei der Entscheidung für oder gegen die künstliche Ernährung sich jedweden Urteils über die Lebensqualität des Betroffenen zu enthalten haben. Was zählt ist einzig der Wille des Patienten. Ist der aber nicht mehr feststellbar, erhebt sich die Frage, auf welche Art und Weise die Leiden minimiert werden können. Es muss also geprüft werden, ob die künstliche Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit die subjektiv erlebte Lebensqualität des Patienten verbessern wird oder ob er dadurch noch mehr belastet wird.

Sie sehen, der Arzt ist ein wichtiger Partner für Sie bei der Entscheidung über die Ernährung eines sterbenskranken Menschen. Darüber mehr im Kapitel 4 „Und wie sollen Sie entscheiden?“

⁴ XII ZB 2/03 vom 17.03.2003

3. Kapitel

Die Rechtslage: was dürfen Sie als Patientenvertreter und was nicht?

TIPP Sie als Angehöriger haben entgegen landläufiger Meinung keine Entscheidungsbefugnis. Sie dürfen lediglich gemäß Patientenverfügungsgesetz Informationen über den Patienten an den Arzt geben⁵, aber keine Entscheidungen treffen. Dazu müssen Sie autorisiert worden sein entweder durch eine Vollmacht, die Sie vom noch geschäftsfähigen, volljährigen Patienten schriftlich bekommen haben, oder durch Ihre Bestellung als Betreuer durch das Betreuungsgericht. Wenn bisher nichts geschehen ist, der Patient aber entscheidungsunfähig geworden ist, beantragen Sie deshalb umgehend beim für den Patienten zuständigen Amtsgericht Ihre Bestellung als Betreuer.

Erfreulicherweise ist die Rechtslage durch das Patientenverfügungsgesetz vom 01.09.2009 sehr klar geworden. Die folgenden drei Punkte sollten Sie wissen:

1. Zur Anlage der Sonde reicht nicht die ärztliche Anordnung. Der Patient oder Sie als sein Stellvertreter **müssen** gefragt werden. Sie sollten zustimmen, wenn Sie meinen, dass das dem Willen Ihres Schutzbefohlenen entspricht, im gegenteiligen Fall sollten Sie ablehnen. Beharrt der Arzt auf seiner Verordnung, darf sie dennoch erst dann durchgeführt werden, wenn in einem Verfahren vor dem Betreuungsgericht der mutmaßliche Patientenwille vom Richter festgestellt wurde. Und noch eins: das Legen einer PEG Sonde darf ohne Ihre oder die richterliche Zustimmung nicht mit der Ausrede des „Notfalls“ durchgeführt werden, denn diesen Notfall gibt es nicht. Wie kann der Patientenwille festgestellt werden?

Dazu gibt es fünf Schritte, mit abnehmender Verbindlichkeit von 1 – 4, die 5. Möglichkeit kommt nur dann zur Geltung, wenn überhaupt kein Patientenwille feststellbar ist:

- 1) Die aktuelle Aussage des noch einwilligungsfähigen Patienten.
- 2) Die schriftliche Vorausverfügung (Patientenverfügung), sofern diese klar und eindeutig formuliert ist.
- 3) Ihre Aussage als Betreuer oder Bevollmächtigter, sofern Sie das als den aktuellen Willen des Patienten glaubhaft machen können.
- 4) Die Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens anhand **konkreter** (also nicht vermuteter) Anhaltspunkte, wie z.B. frühere schriftliche oder mündliche Äußerungen oder auch eindeutige nonverbale Aussagen.
- 5) Die medizinische Notwendigkeit (Indikation), wenn gar kein Patientenwillen feststellbar ist.

2. Sie dürfen auf der anderen Seite aber auch vom Arzt nicht fordern, dass er die künstliche Ernährung auf jeden Fall anzusetzen habe. Hält er sie nicht für sinnvoll, darf er das gar nicht tun!

3. Der konfliktfreie Weg: wenn Sie und der Arzt sich über den Willen des Patienten und damit über „ja“ oder „nein“ zur medizinisch sinnvollen künstlichen Ernährung einigen können. So will es auch der Gesetzgeber.⁶ Dann entfällt auf jeden Fall der Gang zum Betreuungsgericht. Und wenn Sie sich mit dem Arzt nicht einigen können? Wir haben in Deutschland das Prinzip der freien Arztwahl. Sie als Vertreter des Patienten haben das natürlich auch. Also könnten

⁵ § 1901 b Absatz 2, BGB

⁶ § 1904 Absatz 4, BGB

Sie sich einen Arzt suchen, der Ihre Meinung in Bezug auf die Ernährung Ihres Patienten teilt. Auf jeden Fall sollten Sie eine ärztliche Zweitmeinung einholen und danach ggf. den Arzt wechseln. Bleibt trotzdem ein Meinungsunterschied hinsichtlich der künstlichen Ernährung zwischen Ihnen und der ärztlichen Seite bestehen, muss der Betreuungsrichter den mutmaßlichen Patientenwillen feststellen. Danach wird dann entschieden.

Die Patientenverfügung - verbindliche Willensäußerung oder nur Hinweis auf den mutmaßlichen Willen?

Diesen Abschnitt sollten Sie dann lesen, wenn der Wille Ihres kranken Angehörigen anhand einer Patientenverfügung definiert werden soll. Wann ist diese verbindlich und wann nicht? Das neue Patientenverfügungsgesetz bestimmt das im § 1901 a BGB so:

Eine Patientenverfügung ist verbindlich und bindet Arzt und Betreuer, wenn

- der Verfasser zum Zeitpunkt der Unterschrift unter seine Verfügung volljährig und einwilligungsfähig war;
- die Verfügung in Schriftform vorliegt;
- die Lebens- und Behandlungssituation so beschrieben wurde, wie sie jetzt zum Zeitpunkt der Entscheidung vorliegt;
- die Einwilligung oder Nichteinwilligung zu **bestimmten**, ärztlichen Maßnahmen beschrieben wird;
- ein Bevollmächtigter oder ein Betreuer ernannt wurde, der die Verfügung auf ihre Übereinstimmung mit der akuten Situation prüfen kann;
- der Patient in der Zwischenzeit nicht erkennbar von seiner Verfügung abgerückt ist;
- es keine Anhaltspunkte dafür gibt, dass die Patientenverfügung durch äußeren Druck oder Irrtum zustande gekommen ist.

Wie aber ist die Lage, wenn eine der oben genannten Bedingungen nicht erfüllt wird?

Auch dann ist die Patientenverfügung von Bedeutung bei der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens. Das Gesetz verlangt nämlich, dass in einem solchen Fall der mutmaßliche Wille aufgrund **konkreter** Anhaltspunkte zu ermitteln ist. Zu berücksichtigen seien insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen, sonstige persönliche Wertvorstellungen und das Schmerzempfinden des Betreuten. Um solche Anhaltspunkte zu ermitteln, soll der Betreuer nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung geben, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.

Was heißt das nun konkret? Eine Aussage wie „das hat unser Opa nie gewollt“, die aber weder bezeugt ist noch genau wiedergegeben werden kann, ist wohl kein konkreter Anhaltspunkt, sondern eher eine Vermutung. Die Grenze zwischen dem, was der Patient will, und dem, was seine Angehörige als seinen Willen bezeichnen, wird hier reichlich unscharf. Können Sie sich mit dem Arzt nicht auf eine Linie verständigen, was den Willen Ihres Schutzbefohlenen angeht, so muss der Richter diesen aktuellen Patientenwillen definieren. Er wird dies anhand schriftlicher (Patientenverfügung) und/oder bezeugter mündlicher Aussagen machen.⁷ Danach richtet sich dann die Entscheidung, ob künstlich ernährt werden soll oder nicht.

⁷ § 1904 Abs. 2 BGB

Somit wird klar, dass der Patientenverfügung eine große Bedeutung zukommt, auch wenn sie nicht alle Kriterien erfüllt, wie sie oben dargestellt wurden. Sie sollten also die Verfügung Ihres Angehörigen sehr genau lesen. Dabei sind Formulierungen, in denen klipp und klar unter allen Umständen die künstliche Ernährung abgelehnt wird, zwar rechtlich klar, jedoch aus ethischer Sicht problematisch. Denn, wie schon dargestellt, bleiben Zweifel: will der Patient das jetzt immer noch so oder hat er mittlerweile seine Meinung geändert und will leben?

Sie haben Glück, wenn Ihnen eine Verfügung wie die der IGSL aus der Vorsorgemappe Ausgabe 2009 zur Entscheidung vorliegt. Hier wird zur Frage der künstlichen Ernährung gesagt:

*„Wenn es bei der Überprüfung meines mutmaßlichen Willens keinen Hinweis auf eine Willensänderung bei mir gegeben hat, soll palliativmedizinische Leidensminderung statt kurativer Maßnahmen zur Heilung oder Lebenserhaltung das geänderte Ziel ärztlicher Behandlungen bei mir sein. Dazu gehört eine konsequente Schmerztherapie, auch wenn damit eine Verkürzung meines Lebens verbunden sein sollte. Insbesondere die folgenden Behandlungen sollen nur dann ergriffen oder fortgeführt werden, wenn sie in erster Linie dazu dienen, meine Leiden zu lindern:
Künstliche Ernährung und Flüssigkeitsgabe als Dauermaßnahme ...“*

Mit anderen Worten: die entscheidenden Kriterien für oder gegen die Anlage oder fortgesetzte Nutzung der Magensonde sind nicht das verlängerte Leben sondern die verbesserte Lebensqualität. Leiden vermindern ist sozusagen die Überschrift über dem, was gewollt ist.

Vielleicht wollen Sie aber selbst einmal lesen, was im neuen Patientenverfügungsgesetz steht. Sie finden Auszüge daraus als Anhang am Schluss dieses Buches.

Einmal PEG – immer PEG ?

Es ist ein schwer auszurottender Irrglaube, auch bei vielen Ärzten: habe man sich einmal für die künstliche Ernährung über eine Magensonde entschieden, so müsse man das auf jeden Fall beibehalten, denn der Abbruch der künstlichen Ernährung mit der Zielsetzung, den Patienten sterben zu lassen, wäre ja Tötung auf Verlangen und das ist strafbar.

Am 25. Juni 2010 hat der Bundesgerichtshof zu diesem Sachverhalt eindeutig Stellung genommen⁸. Im Urteil heißt es sinngemäß, dass es beim Abbruch einer lebensverlängernden Maßnahme keine Rolle spielt, ob dieser Abbruch durch aktive Handlungen erfolgt oder durch Unterlassen. Auch bei bewusstlosen Patienten kann nicht à priori der Wille zum Weiterleben vorausgesetzt werden sondern ihr mutmaßlicher Wille ist entscheidend. Es besteht als auch bei der künstlichen Ernährung die Pflicht und nicht nur die Möglichkeit, die Entscheidung pro oder contra vom Patientenwillen abhängig zu machen. Das gilt sowohl für die Entscheidung bei der Anlage einer Sonde als auch bei deren fortgesetzter Anwendung.

Gut an dieser Entscheidung ist, dass damit die Entscheidung für eine versuchsweise Anlage einer Magensonde erleichtert wird. Wird die dann begonnene Ernährung vom Patienten nicht getragen, kann man davon ausgehen, dass sie nicht dem Willen des Kranken entspricht und die Entscheidung zur endgültigen Einstellung jeder Art von Ernährung fällt leicht. Man hat dann das Gefühl, wirklich alles getan zu haben.

⁸ 2 StR 454/09

4. Kapitel

Und wie sollen Sie entscheiden?

Zunächst noch einmal: ist die Ernährung über eine Magensonde nach Ansicht des Arztes nicht indiziert, hat sich das Problem erledigt. Sie können sie gar nicht fordern. Ihre Aufgabe besteht dann darin, dafür zu sorgen, dass alles Menschen- und Medizinmögliche getan wird, um für leidensfreie oder mindestens annehmbare Lebensbedingungen zu sorgen.

Weiterhin: Ist der mutmaßliche Wille Ihres Angehörigen feststellbar, sodass Sie besten Gewissens entsprechend entscheiden können, ist ebenfalls alles klar. Der Patient selbst hat dann entschieden. Das könnte z.B. der Fall sein, wenn Sie keine Zweifel hegen müssen, dass seine Patientenverfügung oder unzweideutige frühere mündliche Äußerungen von ihm auch jetzt noch gelten. **Ihr** Gewissen muss Ihnen sagen, ob das so ist.

TIPP Halten Sie engen Kontakt mit dem Pflegepersonal! Diese kennen die Patienten oder die Bewohner des Heims oft viel besser als Ärzte, Außenstehende und – gar nicht selten – als die Angehörigen. Sie können Ihnen vielleicht mehr sagen, was der Patient jetzt wirklich braucht, wovor er Angst hat, was Sie für ihn tun und entscheiden sollten.

Wenn aber weder das Eine noch das Andere gegeben ist und Sie von Zweifeln geplagt sind, dann sollten Sie die nachstehenden Fragen mit dem Arzt durchsprechen. Ziel dieses Gespräch ist es, gemeinsam den richtigen Weg zu finden, also Kooperation statt Konflikt.

- Was will der Patient? Hat er zugestimmt (zeitnahe Willensäußerung oder durch Patientenverfügung)? Gilt seine Ablehnung der künstlichen Ernährung von früher auch heute noch? Sind Sie sich dahingehend mit dem Arzt einig, dann ist die Entscheidung klar. Übrigens: bei der Frage der denkbaren Willensänderung gegenüber der früheren Verfügung gelten laut § 1901 a, Absatz 2 BGB nur **konkrete** Anhaltspunkte (also keine nur vermuteten). Was können solche konkreten Anhaltspunkte bei einem Patienten sein, der nicht mehr reden kann? Es ist dann seine Körpersprache: genüssliches Schmatzen, Öffnen oder Zukneifen des Mundes bei Nahrungsanreicherung, Saugen an nassen Tüchern, Wegdrehen des Kopfes, wenn Essen gereicht werden soll u.a.
- Ist die PEG Sonde auf Dauer geplant oder nur vorübergehend? Im Zweifelsfall könnten Sie dem Letzteren sicherlich leichter zustimmen.
- Ist ein Lebenswille beim Patienten erkennbar? Das spräche für die Ernährung.
- Wurde überhaupt abgeklärt, warum der Patient die Nahrungsaufnahme verweigert? Die möglichen Gründe dafür finden Sie im Kapitel 2.
- Hat Ihr Angehöriger Hunger oder Durst? In wie weit können diese Bedürfnisse noch auf natürlichem Weg gestillt werden?
- Wie lautet die ärztliche Prognose zu seinem Krankheitsverlauf? Muss mit seinem Ableben in absehbarer Zeit gerechnet werden? Würde die künstliche Ernährung daran etwas ändern? Was würde ohne PEG Sonde passieren?
- Wird die künstliche Ernährung seine Lebensqualität verbessern?
- Achtung, wenn das Pflegeheim drängt: besteht vielleicht der Verdacht, dass die Ernährung über eine Sonde in erster Linie der Pflegeerleichterung dienen soll?
- Bei Nahrungsverweigerung: ist sie Ausdruck einer zu akzeptierenden Willensäußerung oder einer möglicherweise behandelbaren psychischen oder physischen Störung?

- Ist die ärztliche Indikation nachvollziehbar und durch Tatsachen gesichert? (z.B. dauerhafte Schluckunfähigkeit bei sonst guter Prognose für die Lebenserwartung) oder nur Ausdruck eines Aktionismus: „damit überhaupt etwas geschieht“.

TIPP Halten Sie auch zum behandelnden Arzt einen engen und vertrauensvollen Kontakt. Er und Sie bilden das Team, das dafür verantwortlich ist, dass alles getan wird, um dem Patienten ein menschenwürdiges und möglichst leidensfreies Lebensende zu ermöglichen. In diesem Team ist keiner von Ihnen der Chef, sondern Sie vertreten den Willen des Patienten und der Arzt ist für alle sich daraus ergebenden medizinischen Fragen zuständig. Ihre Aufgabe müssen Sie gemeinsam lösen.

Ist Ihr Patient in einer Klinik oder in einem Heim untergebracht, kann vielleicht auch der ehemalige Hausarzt zur Entscheidungsfindung beitragen. Möglicherweise hat Ihr Angehöriger schon einmal mit ihm darüber gesprochen, z.B. als er die Patientenverfügung oder die Vorsorgevollmacht als Zeuge mit unterschrieben hat.

Nicht allein entscheiden müssen

Es ist eine unglaubliche Erleichterung für die Verantwortungsträger, wenn – im Fall der Vollmacht – vom Patienten zwei gleichberechtigte Bevollmächtigte bestimmt wurden. Gemeinsam trägt sich so eine Entscheidungslast leichter. Die IGSL Vorsorgevollmacht⁹ bietet als einer von wenigen Vordrucken deshalb die Möglichkeit, zwei Menschen gleichberechtigt zu bevollmächtigen. Voraussetzung dazu ist natürlich, dass die beiden Bevollmächtigten nicht miteinander in einem ungelösten Zwist leben, beide das volle Vertrauen des Patienten genießen und keine anderen Interessen in dem Fall haben als das Wohlergehen des Patienten.

Der moralische Zeigefinger als Druckmittel

„Wollen Sie Ihre Mutter verhungern lassen?“ Mit diesem Satz werden entscheidungsbefugte Angehörige vor allem in Pflegeheimen immer mal wieder unter Druck gesetzt, wenn sie sich gegen die künstliche Ernährung entscheiden wollen. Oder, noch schlimmer, es wird mit dem Betreuungsgericht gedroht, bei dem man die Bestellung eines anderen Betreuers beantragen werde. So werden die Entscheidungsträger des nicht mehr ansprechbaren Patienten mit der Unterstellung bedrängt, einen unabwendbaren Leidensprozess des Verhungerns und Verdurstens zuzulassen, sollten sie die Anlage einer PEG Sonde ablehnen. Und der Verdacht steht unausgesprochen im Raum, dass Sie, soweit Sie Erbe sind, ja nur schnell ans Geld kommen wollen. Geben Sie dem Druck dann nach, kann das Ergebnis die Zwangsernährung eines Menschen sein, der das nicht will und dessen Wille damit missachtet wird. Bleiben Sie also konsequent, wenn Sie mit Ihrem Gewissen im Reinen sind.

Gibt man dann den Schutzbefohlenen ohne PEG Sonde dem Hungertod preis?

Wenn Sie für sich selbst eine Antwort suchen, ist das relativ klar: Sie dürfen die künstliche Ernährung wie jede andere ärztliche Maßnahme jederzeit ablehnen. Die Entscheidung für einen anderen Menschen fällt dagegen schwerer. Man will den Angehörigen weder verhungern noch verdursten lassen. Viele Studien belegen jedoch, dass die Erwartungen an die künstliche Ernährung oft nicht erfüllt werden. Und die Stellvertreter des Kranken können

⁹ Vorsorgemappe der IGSL-Hospiz e.V., Ausgabe November 2009, info@igsl-hospiz.de

nicht damit umgehen, dass ein Sterbender nicht oder kaum essen will, weil er weder Hunger noch Durst verspürt.

Dazu der Palliativmediziner Prof. Gian Domenico Borasio in einem Interview¹⁰:

„... Bei weit fortgeschrittener Demenz ist eine künstliche Ernährung nicht angezeigt, denn sie bringt nur Nebenwirkungen, aber keinen Nutzen für die Patienten. Die Studien dazu sind mittlerweile über zehn Jahre alt, trotzdem werden pro Jahr in Deutschland mehr als 100.000 PEG Sonden zur künstlichen Ernährung gelegt.“

Letztlich bleibt wohl immer Unsicherheit. Mache ich es richtig, wenn ich so oder so entscheide? Vielleicht ist der Gedanke an das Wohlergehen des Patienten der richtige Weg. Was würde ihm gut tun, was würde ihm schaden? Und noch etwas: man kann im Zweifelsfall auch mit dem Arzt vereinbaren, dass die PEG Sonde zwar gelegt wird, die Frage der künstlichen Ernährung aber erst dann endgültig entschieden wird, wenn man sieht, ob der Stoffwechsel des Patienten noch mit der Nahrung zurecht kommt oder nicht. Denn, wie gesagt, eine einmal gelegte PEG Sonde muss nicht zum Lebensmitteltransport genutzt werden, wenn es dem Wohl des Patienten nicht mehr entspricht.

Und was ist mit dem „verdursten lassen“? Der Münchner Palliativmediziner Gian Domenico Borasio verwies in der Süddeutschen Zeitung am 3.3.2009 auf verbreitete typische Behandlungsfehler. Aus Angst vor Ersticken oder Verdursten bekämen Sterbenskranke oft reflexartig Flüssigkeit und Sauerstoff zugeführt. Beide Maßnahmen seien nachweislich nicht nur nutzlos, sondern sogar schädlich. Das Durstgefühl Sterbender hänge mit der Trockenheit der Mundschleimhaut zusammen. Das werde durch Sauerstoffgaben noch verstärkt. Weil die Niere das erste Organ sei, das im Sterbeprozess seine Funktion einstelle, könne die zugeführte Flüssigkeit nicht ausgeschieden werden. Diese lagere sich dann vor allem in der Lunge ab, was zu Atemnot führe. Das Mittel der Wahl in einem solchen Fall ist also, die Mundschleimhaut durch regelmäßige Mundpflege feucht zu halten, denn hier entsteht das Durstgefühl des Patienten.

Zu guter Letzt

Denken Sie immer daran: Wir sterben nicht, weil wir nichts mehr essen, sondern wir essen nicht mehr, weil wir sterben. Nicht mehr essen, heißt beim Sterbenden nicht Hunger leiden! Einem Sterbenden keine Nahrung aufzunötigen bedeutet also nicht, ihn verhungern zu lassen, sondern zeigt unseren Respekt vor seiner Lebenssituation. Einfühlsame menschliche Begleitung und pflegerische Maßnahmen sind dann wichtiger als Essen und Trinken.

TIPP **Wer schreibt, der bleibt. Bereiten Sie Ihre Entscheidungsfindung und vor allem die Gespräche durch schriftliche Notizen vor. Dann müssen Sie sich hinterher nicht ärgern, dass Sie das Wichtigste vergessen haben. So könnte Ihre Vorbereitung aussehen:**

¹⁰ Der Wegbegleiter 1/2010, S. 8 ff, IGSL-Hospiz e.V. Bingen

Raum für Ihre Notizen:

Was glaube ich, will mein kranker Angehöriger wirklich?

Wie kann ich das glaubhaft machen, um den Arzt oder notfalls den Richter zu überzeugen?

Was alles könnten ich, die Pfleger und der Arzt tun, um die Lebensqualität des Patienten für seine verbleibende Zeit zu verbessern?

Welche Fragen will ich mit dem Arzt besprechen?

Anhang

Auszug aus dem Patientenverfügungsgesetz vom 1. September 2009

„§ 1901a Patientenverfügung

(1) Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

(2) Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat der Betreuer unter Beachtung des mutmaßlichen Willens des Betreuten zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 einwilligt oder sie untersagt. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen, sonstige persönliche Wertvorstellungen und das Schmerzempfinden des Betreuten. Um solche Anhaltspunkte zu ermitteln, soll der Betreuer nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung geben, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Betreuten.

(4) Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. Die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragsschlusses gemacht werden.

(5) Die Absätze 1 bis 3 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.“

§ 1901 b Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens

(1) Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist. Er und der Betreuer erörtern diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die nach § 1901a zu treffende Entscheidung.

(2) Bei der Feststellung des Patientenwillens nach § 1901a Absatz 1 oder der Behandlungswünsche oder des mutmaßlichen Willens nach § 1901a Absatz 2 soll nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist.

§ 1904 Genehmigung des Vormundschaftsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen

(1) Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

(2) Die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, wenn die Maßnahme medizinisch angezeigt ist und die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.

(3) Die Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist zu erteilen, wenn die Einwilligung, die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Betreuten entspricht.

(4) Eine Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist nicht erforderlich, wenn zwischen Betreuer und behandelndem Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Betreuten entspricht.

(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten auch für einen Bevollmächtigten. Er kann in eine der in Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 2 genannten Maßnahmen nur einwilligen, nicht einwilligen oder die Einwilligung widerrufen, wenn die Vollmacht diese Maßnahmen ausdrücklich umfasst und schriftlich erteilt ist.