

# Vertrauen in professionellen Sorgebeziehungen stiften und Selbstbestimmung ermöglichen

*Johanna Göpfert/ Anne-Christin Linde*

## 1. Einleitung

Das freiwillige Angebot der gesundheitlichen Versorgungsplanung zielt darauf, die Selbstbestimmung von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen zu stärken. Gleichzeitig ist für die Ausgestaltung des Angebots Vertrauen auf unterschiedlichen Ebenen erforderlich. Im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung können Bewohnerinnen und Bewohner in mehreren Gesprächen mehr Klarheit darüber erlangen, was sie sich im Fall einer schweren Krankheit und in der Sterbephase wünschen und dies auf Wunsch dokumentieren.<sup>1</sup> Die dritte Empfehlung der S1-Leitlinie ‚Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie‘ hebt die Bedeutung einer qualifizierten Begleitung bei der Willensbildung der Bewohnerinnen und Bewohner hervor.<sup>2</sup> Die Bewohnerinnen und Bewohner sollen durch eine qualifizierte Gesprächsbegleitung eine Unterstützung in ihrer individuellen Reflexion erhalten, nicht aber in ihrer Entscheidung beeinflusst werden.<sup>3</sup> In diesen höchstpersönlichen Abwägungen und Auseinandersetzungen werden häufig eigene Erfahrungen mit schwerer Krankheit sowie die Erfahrungen mit dem Sterben Anderer reflektiert. Manchmal sind es auch Ängste, die den Prozess des Vorausverfügens leiten, wie etwa: ‚So wie bei meiner Schwester, soll es bei mir einmal nicht sein.‘ Erfahrungen nehmen Einfluss auf die Wünsche und Vorstellungen der Bewohnerinnen und Bewohner für ihre letzte Lebensphase und ihr Sterben. Eine Auseinandersetzung mit diesen Erfahrungen im Prozess des Vorausverfügens wird explizit

---

<sup>1</sup> Vgl. Deutsche interprofessionelle Vereinigung – Behandlung im Voraus Planen et al., Ambulante patientenzentrierte Vorausplanung für den Notfall. Ein Leitfaden aus Anlass der Covid-19-Pandemie, 2020, [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Ambulante\\_patientenzentrierte\\_Vorausplanung\\_fuer\\_den\\_Notfall\\_LEITFADEN\\_20200409\\_final.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/Ambulante_patientenzentrierte_Vorausplanung_fuer_den_Notfall_LEITFADEN_20200409_final.pdf) (Zugriff am 06.05.2021).

<sup>2</sup> Vgl. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V., S1 Leitlinie Soziale Teilhabe und Lebensqualität in der stationären Altenhilfe unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie. Langfassung, AWMF online. Das Portal der wissenschaftlichen Medizin 2020, 12, [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/184-0011\\_S1\\_Soz\\_Teilhabe\\_Lebensqualitaet\\_stat\\_Altenhilfe\\_Covid-19\\_2020-10\\_1.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/184-0011_S1_Soz_Teilhabe_Lebensqualitaet_stat_Altenhilfe_Covid-19_2020-10_1.pdf) (Zugriff am 06.05.2021).

<sup>3</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband, Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vom 13.12.2017, 2017, [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/hospiz\\_palliativversorgung/versorgungsplanung/Vereinbarung\\_nach\\_132g\\_Abs\\_3\\_SGBV\\_ueber\\_Inhalte\\_und\\_Anforderungen\\_der\\_gesundheitlichen\\_Versorgungsplanung.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hospiz_palliativversorgung/versorgungsplanung/Vereinbarung_nach_132g_Abs_3_SGBV_ueber_Inhalte_und_Anforderungen_der_gesundheitlichen_Versorgungsplanung.pdf) (Zugriff am 06.05.2021).

empfohlen.<sup>4</sup> Die gesundheitliche Versorgungsplanung wird in Deutschland aktuell gemäß § 132g Abs. 3 SGB V nur für stationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe<sup>5</sup> von der Krankenkasse refinanziert. Erfahrungen, welche die Bewohnerinnen und Bewohner in den stationären Pflegeeinrichtungen insbesondere mit der dort gelebten Sorgeskultur und der geleiteteten Palliativversorgung machen, sind daher für die individuellen Abwägungen und Entscheidungen häufig grundlegend.<sup>6</sup> Es liegt nahe, dass die Erfahrungen beispielsweise mit Abschiedsfeiern für verstorbene Mitbewohner oder eigene Erfahrungen mit Einweisungen ins Krankenhaus, Einfluss auf die individuellen Vorstellungen darüber nehmen, wie sich Bewohnerinnen und Bewohner ihre Versorgung und Begleitung in der letzten Lebensphase vorstellen. Hier kommt allen professionell Sorgenden in den stationären Pflegeeinrichtungen eine besondere Verantwortung zu, die Letztverlässlichkeit in der Palliativversorgung bestmöglich einzulösen. Diesen Anspruch sicherzustellen ist gerade auch in der Covid-19-Pandemie bedeutungsvoll geworden.<sup>7</sup> Im Sinne der Letztverlässlichkeit versichern die professionell Sorgenden, bis zuletzt alles zu tun, um Symptome und individuelles Leiden bestmöglich zu lindern und nach dem Willen der Betroffenen zu handeln<sup>8</sup>. Dem Erhalt und der Sicherstellung der Mitwirkung der Zusammenarbeit mit externen Sorgenetzwerken gilt

<sup>4</sup> Vgl. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, Patientenverfügung. Leiden – Krankheit – Sterben. Wie bestimme ich, was medizinisch unternommen werden soll, wenn ich entscheidungsunfähig bin?, Berlin 2019, 15, [https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=16&ved=2ahUKewi1h8rrxrPiAhWgQxUIHQtbBSIQFjAPegQIBBAC&url=https%3A%2F%2Fwww.bmjv.de%2FShare\\_dDocs%2FPublikationen%2FDE%2FPatientenverfuegung.pdf%3F\\_\\_blob%3DpublicationFile%26v%3D33&usq=AOvVaw31yYIfrPvvebn2\\_F-w0-oT](https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=16&ved=2ahUKewi1h8rrxrPiAhWgQxUIHQtbBSIQFjAPegQIBBAC&url=https%3A%2F%2Fwww.bmjv.de%2FShare_dDocs%2FPublikationen%2FDE%2FPatientenverfuegung.pdf%3F__blob%3DpublicationFile%26v%3D33&usq=AOvVaw31yYIfrPvvebn2_F-w0-oT) (Zugriff am 06.05.2021).

<sup>5</sup> In vorliegendem Artikel werden nur die stationären Pflegeeinrichtungen betrachtet.

<sup>6</sup> Vgl. Annette Riedel/Sonja Lehmeier/Anne-Christin Linde/Nadine Treff, Advance Care Planning – Ethische Implikationen und der damit verbundene professionelle Auftrag im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung in der stationären Altenhilfe, in: Annette Riedel/Sonja Lehmeier (Hg.), Ethik im Gesundheitswesen, Berlin/Heidelberg 2020, 1–17.

<sup>7</sup> Vgl. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V., S1 Leitlinie; Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Handlungsempfehlung zur Therapie von Patient\*innen mit COVID-19 aus palliativmedizinischer Perspektive, 2020, [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/200318\\_DGP\\_Handlungsempfehlung\\_palliative\\_Therapie\\_bei\\_COVID-19\\_Update2.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/200318_DGP_Handlungsempfehlung_palliative_Therapie_bei_COVID-19_Update2.pdf) (Zugriff am 06.05.2021); Birgit Hartleb/Martina Hasseler, Positionspapier zu Covid-19/Corona in Pflegeheimen - ein besonderer Notfall, in: Pflegewissenschaft April, 2020, 68–72; Institut für Public Health und Pflegeforschung, Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Befragung in Einrichtungen der (teil)stationären und ambulanten Langzeitpflege, 2020, [https://www.uni-bremen.de/fileadmin/user\\_upload/fachbereiche/fb11/Aktuelles/Corona/Ergebnisbericht\\_Coronabefragung\\_g\\_Uni-Bremen\\_24062020.pdf](https://www.uni-bremen.de/fileadmin/user_upload/fachbereiche/fb11/Aktuelles/Corona/Ergebnisbericht_Coronabefragung_g_Uni-Bremen_24062020.pdf) (Zugriff am 06.05.2021).

<sup>8</sup> Vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V./Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V./Bundesärztekammer, Handlungsempfehlungen im Rahmen einer Nationalen Strategie. Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, 2016, 14, [http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/bilder/neu2%20RZ\\_161004\\_Handlungsempfehlungen\\_ONLINE.pdf](http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/files/bilder/neu2%20RZ_161004_Handlungsempfehlungen_ONLINE.pdf) (Zugriff am 06.05.2021).

hier eine besondere Aufmerksamkeit. Denn eine individuelle Symptom- und Leidenslinderung in der letzten Lebensphase und in der Sterbephase ist eine interprofessionelle Aufgabe.<sup>9</sup>

Bewohnerinnen und Bewohner sind in ihrer Lebenslage darauf angewiesen, den professionell Sorgenden vertrauen zu können. Die im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung angestrebte Stärkung der Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner in der letzten Lebensphase ist – vor allem in einem institutionalisierten Setting wie einer stationären Pflegeeinrichtung – eng an das Bereitstellen von ermöglichenden Bedingungen gebunden. Eine ermöglichende Bedingung für die Stärkung der Selbstbestimmung im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung ist aus Sicht der Autorinnen, das Vertrauen auf die professionell Sorgenden. So haben die subjektiven Erfahrungen der Autorinnen als Gesprächsbegleiterinnen für die gesundheitliche Versorgungsplanung gezeigt, dass sowohl das ‚Vertrauen können‘ in das Gegenüber während der Gesprächsführung als auch das ‚Vertrauen können‘ auf die gegebenen Sorgestrukturen, einen Einfluss haben auf die Bereitschaft zur Inanspruchnahme der Gespräche, auf den Gesprächsverlauf und auch insgesamt auf die Verankerung des Angebots in der Einrichtung. Vor diesem Hintergrund gehen wir in dem vorliegenden Beitrag auf Basis einer Literaturrecherche, den folgenden Fragen nach:

- Welche Bedeutung hat Vertrauen in professionellen Sorgebeziehungen für Bewohnerinnen und Bewohner in der letzten Lebensphase?
- Wie gestaltet sich die Einbindung von Vertrauen in den selbstbestimmten Prozess des Vorausverfügens im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung?
- Wie kann das im Prozess der gesundheitlichen Versorgungsplanung entgegengebrachte Vertrauen eingelöst und somit Selbstbestimmung ermöglicht werden?

Ziel der Auseinandersetzung ist es, die Bedeutung von Vertrauen der Bewohnerinnen und Bewohner in der letzten Lebensphase in professionellen Sorgebeziehungen für einen selbstbestimmten Prozess des Vorausverfügens anwendungsbezogen zu konkretisieren. Dabei werden drei zentrale Momente des Vertrauens im Rahmen der Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen erörtert: Das ‚Vertrauen können‘, das ‚Vertrauen stiften‘ und das ‚Vertrauen einlösen‘. Bezugspunkt ist dabei die Rolle von Vertrauen für die Selbstbestimmung von Bewohnerinnen und Bewohner im Rahmen der gesundheitlichen Versorgungsplanung.

Zunächst wird in Kapitel 2 die Anforderung an Bewohnerinnen und Bewohner dargestellt, den professionell Sorgenden, Vertrauen zu können. Anschließend wird in Kapitel 3 und 4 die daraus resultierende Verantwortung der professionell Sorgenden diskutiert, Vertrauen zu stiften und schließlich im Sinne der Letztverlässlichkeit in der Palliativversorgung bestmöglich

---

<sup>9</sup> Vgl. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V., S1 Leitlinie.

einzulösen. Abschließende Impulse regen an, dem Aspekt des Vertrauens im Rahmen der Palliativversorgung und in Prozessen des Vorausverfügens gerade in der aktuellen Krisenzeit besondere Beachtung zu schenken.

## 2. Vertrauen können

Vertrauen kann sowohl das Ergebnis als auch die Grundlage für das Gelingen sozialer Beziehungen sein.<sup>10</sup> Es ist ein wesentlicher Bestandteil von professionellen Sorgebeziehungen.<sup>11</sup> „Sorgebeziehungen bestehen zwischen dem oder den Sorgenden und dem Sorgeempfänger bzw. Sorgeadressaten.“<sup>12</sup> Sie sind im Gesundheitssystem auf das Erbringen von (Für-) Sorge ausgerichtet.<sup>13</sup> Nachfolgend werden die professionellen Sorgebeziehungen im Rahmen der Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen zwischen den Akteuren in der interprofessionellen Palliativversorgung und den Bewohnerinnen und Bewohnern betrachtet.<sup>14</sup> An Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen stellt sich vielfach die Anforderung, dass sie Anderen vertrauen müssen. Ohne ein Vertrauen darin, dass die professionell Sorgenden die Pflege entsprechend den individuellen Wünschen und Bedürfnissen erbringen, ließe sich die professionelle Fürsorge nur schwer annehmen.

In stationären Pflegeeinrichtungen leben vorwiegend Menschen im hohen Lebensalter und mit einem hohen Bedarf an Pflege.<sup>15</sup> In dieser Angewiesenheit auf Menschen, die sie pflegen, wird die als *conditio humana* geltende grundlegende Verletzlichkeit besonders erkennbar und

---

<sup>10</sup> Vgl. Martin Endreß, Vertrauen - eine soziologische Perspektive, in: Thomas Hax-Schoppenhorst/Michael Herrmann (Hg.), *Treue und Vertrauen. Handbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*, Bern 2020, 157–169.

<sup>11</sup> Vgl. Astrid Elsbernd, Vertrauen und Nachhaltigkeit in der Pflege, in: Thomas Hax-Schoppenhorst/ Michael Herrmann (Hg.), 273-281; Michael Schmidt, *Praktische Ethik im Gesundheitswesen. Eine Klärung wichtiger Grundbegriffe*, Würzburg 2019; Niklas Luhmann, *Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität* (UTB Soziologie 2185), Konstanz/München 2014; Holmer Steinfath, *Das Wechselspiel von Autonomie und Vertrauen - eine philosophische Einführung*, in: Holmer Steinfath/Claudia Wiesemann (Hg.), *Autonomie und Vertrauen*, Wiesbaden 2016, 11–68.

<sup>12</sup> Deutscher Ethikrat, *Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung*, Berlin 2018.

<sup>13</sup> Ebd.

<sup>14</sup> Als professionell Sorgende in der Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen sind diejenigen Berufsgruppen zu verstehen, welche die Leistung der Palliativversorgung erbringen. In stationären Pflegeeinrichtungen umfasst dies im Kern die professionell Pflegenden. Diese koordinieren gemäß ihrem Verantwortungsbereich und Auftrag die Palliativversorgung in der Einrichtung und den Kontakt zu dem professionellen Sorgenetzwerk außerhalb der Einrichtung. Das professionelle Sorgenetzwerk umfasst insbesondere ambulante Hospizdienste, (Palliativ-)Mediziner und Seelsorgende.

<sup>15</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt, *Pflegestatistik 2019. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, 2020*, [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/\\_publikationen-innen-pflegestatistik-deutschland-ergebnisse.html#234064](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/_publikationen-innen-pflegestatistik-deutschland-ergebnisse.html#234064) (Zugriff am 06.05.2021).

bedeutsam.<sup>16</sup> In der letzten Lebensphase verstärkt sich diese Angewiesenheit und Verletzlichkeit.<sup>17</sup> Bewohnerinnen und Bewohner in der stationären Pflege sind gerade in dieser vulnerablen Lebenssituation darauf angewiesen, dass die Pflegenden ihren Bedarf an Sorge und Schutz erkennen.<sup>18</sup> Sie sind darauf angewiesen sich auf vertrauensvolle Beziehungen einzulassen – „Vorschussvertrauen ist nicht selbstverständlich und zugleich eine wertvolle Voraussetzung, ein hohes Gut für die pflegerische Beziehung.“<sup>19</sup> Die Ausgestaltung von Sorgebeziehungen kann eine stabilisierende und stärkende, aber auch eine manipulative und unterdrückende Wirkung haben.<sup>20</sup> Besonders in Situationen der Verletzlichkeit sind Vertrauenspersonen wichtig, welchen man die Kontrolle für Situationen und Handlungen überlassen kann, die man selbst nicht mehr bewältigen kann oder möchte.<sup>21</sup> Vertrauen ist insbesondere dann notwendig, wenn die Komplexität anstehender Entscheidungen zu groß wird. Dann dient Vertrauen dazu, Komplexität zu reduzieren.<sup>22</sup> Jemandem zu vertrauen bedeutet dabei stets auch ein Risiko einzugehen, dass Erwartungen nicht erfüllt werden und Kontrolle abgegeben werden muss.<sup>23</sup>

Vertrauen basiert auf den eigenen „Eindrücken, Wahrnehmungen, Erfahrungen und Erwartungen, die sich Menschen in entsprechenden Situationen vergegenwärtigen“<sup>24</sup> und die Einschätzung dessen führt dazu, ob die eigene Vertrauenspraxis bestätigt wird oder nicht. Vertrautheit entsteht durch gemachte Erfahrungen. „In vertrauten Welten dominiert die Vergangenheit über Gegenwart und Zukunft.“<sup>25</sup> Vertrauen basiert auf Vertrautheit, um das Zukünftige fassbarer machen zu können – Vertrauen „bedarf der Geschichte als Hintergrundsicherung.“<sup>26</sup> Erfahrungen spielen somit eine gewichtige Rolle für das Entstehen

---

<sup>16</sup> Vgl. Claudia Bozzaro/Joachim Boldt/Mark Schweda, Are Older People a Vulnerable Group? Philosophical and Bioethical Perspectives on Ageing and Vulnerability, in: *Bioethics* 32, 2018, 233–239; Andreas Kruse, Verletzlichkeit, Vergänglichkeit und Endlichkeit: Schwerkranken und sterbende Menschen im Alter, in: Ulrich Lilie/Wolfgang Beer/Edith Droste/Astrid Giebel (Hg.), *Würde und Selbstbestimmung sichern. Blinde Flecken in der Begleitung und Betreuung sterbender alter Menschen*, Esslingen 2018, 26–45; Johannes Eurich, Zuordnungsfragen und Praxisrelationen in der Diakoniewissenschaft, in: Bernhard Mutschler/Johannes Thomas Hörnig (Hg.), *Was ist Diakoniewissenschaft? Wahrnehmungen zwischen Dienst, Dialog und Diversität*, Leipzig 2018, 113–137; Berta Schrems, Vulnerabilität in der professionellen Pflegebeziehung, in: Settimio Monteverde (Hg.), *Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege (Pflegepraxis)*, 2020, 54–65.

<sup>17</sup> Vgl. Sonja Lehmeyer/Annette Riedel/Anne-Christin Linde/Nadine Treff, Die professionelle palliative Pflege und Begleitung älterer Menschen in ihrer letzten Lebensphase durch strukturierte Implementierungsprozesse organisationspezifisch weiterentwickeln. Ein Transferkonzept für stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste, *Lage* 12020.

<sup>18</sup> Vgl. Schrems, *Vulnerabilität*.

<sup>19</sup> Elsbernd, *Vertrauen*, 274.

<sup>20</sup> Vgl. Deutscher Ethikrat, *Hilfe durch Zwang*.

<sup>21</sup> Vgl. Schmidt, *Praktische Ethik*.

<sup>22</sup> Vgl. Luhmann, *Vertrauen*.

<sup>23</sup> Vgl. Schmidt, *Praktische Ethik*; Steinfath, *Wechselspiel*.

<sup>24</sup> Endreß, *Vertrauen – soziologische Perspektive*.

<sup>25</sup> Luhmann, *Vertrauen*, 25.

<sup>26</sup> A.a.O., 26.

von Vertrauen und von Vertrautheit. Auf professionell Sorgende vertrauen zu können, sich darauf verlassen zu können, dass „die es dann schon richtig machen werden“ kann ein Wunsch und eine bewusste Entscheidung der Bewohnerinnen und Bewohner sein. Es kann eine Haltung der ‚bewusst angenommenen Abhängigkeit‘ sein.<sup>27</sup> Es ist aber auch ein Ausdruck davon, dass von den professionell Sorgenden, entsprechend ihres professionellen Berufsethos, ein vertrauensvolles Verhalten erwartet werden kann.<sup>28</sup> Denn: „Vertrauen ist nicht nur eine feste Zuversicht, sondern zugleich ein Wagnis und Risiko: Man vertraut nicht jedem und allgemein, sondern bestimmten Personen, denen man Macht zugesteht und sich dadurch verletzlich macht.“<sup>29</sup> Häufig haben die Bewohnerinnen und Bewohner jedoch auch nicht eine echte Wahl, ob sie Vertrauen schenken möchten.<sup>30</sup> Sie sind darauf angewiesen, auf die Personen zu vertrauen, denen sie sich im Rahmen der professionellen Sorgebeziehungen anvertraut haben. Das macht deutlich, dass Bewohnerinnen und Bewohner, die sich in einer vulnerablen Lebenssituation befinden, einen Anspruch haben, in alle professionell Sorgenden Vertrauen zu dürfen.<sup>31</sup>

Der Anspruch an die professionell Sorgenden findet sich in berufsethischen Kodizes formuliert.<sup>32</sup> So benennt der Ethikkodex des International Council of Nurses, dass Pflegende in „ihrem Verhalten Werte wie Respekt, Aufmerksamkeit und Eingehen auf Ansprüche und Bedürfnisse, sowie Mitgefühl, Vertrauenswürdigkeit und Integrität [zeigen].“<sup>33</sup> Durch die besondere Lebenssituation, in welcher sich Bewohnerinnen und Bewohner in der stationären Pflege befinden, ist das Vertrauen in eine bedingungslos verlässliche Begleitung und Betreuung bis zuletzt unerlässlich.<sup>34</sup> Auch die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen sieht es als Aufgabe von familiärer, professioneller und ehrenamtlicher Hilfe, dass

<sup>27</sup> Andreas Kruse, *Lebensphase hohes Alter: Verletzlichkeit und Reife*, Berlin/Heidelberg/s.l. 2017, 89.

<sup>28</sup> Vgl. Claudia Wiesemann, *Vertrauen als moralische Praxis – Bedeutung für Medizin und Ethik*, in: Holmer Steinfath/Claudia Wiesemann (Hg.), 69–100: 86.

<sup>29</sup> Alexis Fritz, *Vertrauen in Beziehung und Organisationen*, in: Thomas Hax-Schoppenhorst/Michael Herrmann (Hg.), 434–448.

<sup>30</sup> Vgl. Giovanni Maio, *Der Heilberuf als Versprechen*, in: Thomas Hax-Schoppenhorst/Michael Herrmann (Hg.), 58–66.

<sup>31</sup> Wiesemann, *Vertrauen*, 78.

<sup>32</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend/Bundesministerium für Gesundheit, *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*, Berlin 132019, <https://www.bmfsfj.de/blob/93450/534bd1b2e04282ca14bb725d684bdf20/charta-der-rechte-hilfe-und-pflegebeduerftiger-menschen-data.pdf> (Zugriff am 06.05.2021); Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V./Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V./Bundesärztekammer, *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland*, 82015, <https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Charta-08-09-2010%20Erste%20Auflage.pdf> (Zugriff am 06.05.2021); Deutscher Berufsverband für Pflegende, *ICN-Ethikkodex für Pflegende*, 2014, <https://www.dbfk.de/de/shop/artikel/ICN-Ethikkodex-fuer-Pflegende.php>. (Zugriff am 06.05.2021).

<sup>33</sup> Deutscher Berufsverband für Pflegende, *ICN-Ethikkodex*.

<sup>34</sup> Vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. et al., *Handlungsempfehlungen im Rahmen*.

Menschen in ihrer letzten Lebensphase darauf vertrauen können, dass ihre „Vorstellungen, Wünsche und Werte respektiert [werden] und dass Entscheidungen unter Achtung [ihres] Willens getroffen werden.“<sup>35</sup>

Für Bewohnerinnen und Bewohner in der letzten Lebensphase hat es somit eine entscheidende Bedeutung in die professionell Sorgenden vertrauen zu können. Verletzlichkeit, Angewiesenheit und mögliche asymmetrische Konstellationen in professionellen Sorgebeziehungen verweisen auf die Verantwortung der professionell Sorgenden zur Vertrauenswürdigkeit. Vertrauen ist stets riskant und ausgangsoffen. In professionellen Sorgebeziehungen gelten hierfür jedoch klare Verpflichtungen der professionell Sorgenden, diese beziehen sich vor allem darauf, das in sie gesetzte Vertrauen auch einzulösen.<sup>36</sup>

### 3. Vertrauen stiften

Vertrauen zu stiften bedeutet, Vertrauen nicht zu erwarten oder gar einzufordern. Vertrauen ist ein Geschenk, es entsteht auf der Grundlage eines Versprechens, diesem Vertrauen gerecht zu werden.<sup>37</sup> Das Versprechen und Einlösen der professionell Sorgenden in ihre kompetente Unterstützung entsprechend der Bedürfnisse kann dabei „(...) bereits zu einem frühen Zeitpunkt die Hoffnung und die Zuversicht auf eine vertrauensvolle Beziehung nähren.“<sup>38</sup>

Vertrauen kann im Rahmen von Sorgebeziehungen in stationären Pflegeeinrichtungen gestiftet werden.<sup>39</sup> Eine gelebte Sorgeskultur in der stationären Pflege ist dabei ein wesentliches Vertrauen stiftendes Element.<sup>40</sup> Es ist gekennzeichnet durch das Zeigen von Fürsorge und Toleranz sowie einer echten und respektvollen Kultur, den Lebensstil und die Entscheidungen der Bewohnerinnen und Bewohner vorurteilsfrei zu akzeptieren.<sup>41</sup> Die Einbindung einer stationären Pflegeeinrichtung in eine sorgende Gemeinschaft wird sichtbar durch Zugehörigkeit, gemeinsame Werte und Verantwortungsbeziehungen<sup>42</sup>, die geprägt sind durch eine verlässliche Zusammenarbeit zwischen den vor Ort gegebenen ehrenamtlichen Strukturen

---

<sup>35</sup> Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. et al., Charta.

<sup>36</sup> Vgl. Wiesemann, Vertrauen, 88.

<sup>37</sup> Vgl. Maio, Heilberuf, 59.

<sup>38</sup> Elsbernd, Vertrauen, 275.

<sup>39</sup> Vgl. Luhmann, Vertrauen.

<sup>40</sup> Vgl. Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, Leitfaden für stationäre Pflegeeinrichtungen zur Verbesserung der palliativen Kompetenz, 2020, [https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/Leitfaden\\_Paliativversorgung\\_stationaer\\_2020\\_ES.pdf](https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/Leitfaden_Paliativversorgung_stationaer_2020_ES.pdf) (Zugriff am 06.05.2021).

<sup>41</sup> Vgl. Leyla Dinç/Chris Gastmans, Trust in Nurse-Patient Relationships: a Literature Review, in: *Nurs Ethics* 20, 2013, 501–516.

<sup>42</sup> Vgl. Cornelia Coenen-Marx, Keiner stirbt für sich allein - Sorgende Gemeinde im Quartier, in: Simon Hofstetter (Hg.), *Jahrbuch Diakonie Schweiz (JDS)* (3), 2019, 23–44.

und dem professionellen Hilfenetz.<sup>43</sup> Diese Sorgeskultur zu stärken ist ein wichtiger Auftrag diakonischer Einrichtungen.<sup>44</sup> Vertrauen sowohl bei den Bewohnerinnen und Bewohnern, als auch bei den Professionellen und Ehrenamtlichen einzulösen und zu stiften, bedeutet ein gemeinsames Netzwerk der Zusammenarbeit zu bilden.<sup>45</sup> Dieses Netzwerk kann dadurch gekennzeichnet sein, dass Bewohnerinnen und Bewohner eine Einbindung in das Leben außerhalb der Einrichtung (z.B. durch Ehrenamtliche) erfahren und Mitarbeitende das Umfeld der Einrichtung prägen durch Palliative Care-bezogene Werte und Haltungen.<sup>46</sup> So kann insbesondere im Hinblick auf das Lebensende die bedeutsame Begleitung, zum Beispiel durch Personen aus der Kirchengemeinde dazu beitragen, Vertrauen in die Palliativversorgung der Einrichtung zu fassen.<sup>47</sup> Ergebnis eines aktiven und verlässlichen Sorgenetzes kann das Vertrauen darauf sein, sich bis zuletzt gut begleitet zu wissen.

Seit dem 2015 verabschiedeten Hospiz- und Palliativgesetz und der Verabschiedung der Rahmenvereinbarung der Leistungspartner für die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase Anfang 2018, ist die gesundheitliche Versorgungsplanung ein sich zunehmend etablierendes Angebot für Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen.<sup>48</sup> Mit diesem Angebot soll die Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner bis zuletzt grundlegend gestärkt werden.<sup>49</sup> Vertrauen und Selbstbestimmung sind in diesem Zusammenhang eng miteinander verbunden.<sup>50</sup> Die Stärkung der Selbstbestimmung benötigt Vertrauen als wichtige Grundlage, „(...) vor allem, wenn es darum geht, die Wünsche und Möglichkeiten aber auch die Grenzen in einem kommunikativen Miteinander auszuhandeln.“<sup>51</sup> Der Kernbestandteil der gesundheitlichen Versorgungsplanung ist ein qualifiziert begleiteter Gesprächsprozess.<sup>52</sup> Die Verantwortung, Vertrauen zu stiften, kommt im Prozess der gesundheitlichen Versorgungsplanung insbesondere den speziell qualifizierten Gesprächsbegleitenden zu. Sie begleiten die Bewohnerinnen und Bewohner in den individuellen Abwägungen und bieten Reflexionsanregungen. Zudem stellen sie Möglichkeiten der Dokumentation von Wertvorstellungen und Willensbekundungen bereit, beispielsweise in

<sup>43</sup> Vgl. Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, Leitfaden.

<sup>44</sup> Vgl. Eurich, Zuordnungsfragen.

<sup>45</sup> Vgl. Endreß, Vertrauen – soziologische Perspektive; Martijn Endreß, Vertrauen, in: Johannes Kopp/Anja Steinbach (Hg.), Grundbegriffe der Soziologie (Lehrbuch), Wiesbaden 2018, 487 ff.

<sup>46</sup> Vgl. Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, Leitfaden.

<sup>47</sup> Vgl. Coenen-Marx, Keiner stirbt für sich allein.

<sup>48</sup> Vgl. Riedel, Lehmeier et al., Advance Care Planning.

<sup>49</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband (Hg.), Vereinbarung.

<sup>50</sup> Vgl. Sonja Owusu Boakye/Friedemann Nauck/Bernd Alt-Epping/Gabriella Marx, Selbstbestimmung braucht Vertrauen – Entscheidungsfindung am Lebensende, in: Holmer Steinfath/Claudia Wiesemann (Hg.), 101–132; Steinfath, Wechselspiel; Wiesemann, Vertrauen.

<sup>51</sup> Owusu Boakye, Nauck et al., Selbstbestimmung.

<sup>52</sup> Vgl. Michael Coors, Von "Advance Care Planning" zur "Gesundheitlichen Versorgungsplanung" - Anfänge, Entwicklungen und Adaptionen eines neuen Konzepts, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 64, 2018, 195–211.

Form einer Patientenverfügung. Hier ist eine wichtige Unterscheidung zu den professionellen Sorgebeziehungen zu treffen. Das für professionelle Sorgebeziehungen kennzeichnende Leisten von Fürsorge<sup>53</sup> ist *nicht* originärer Gegenstand des Gesprächsprozesses der gesundheitlichen Versorgungsplanung. Gleichsam ist es notwendig, dass der auf die Stärkung von Selbstbestimmung zielende Prozess in ermöglichende Bedingungen und ein sorgendes Umfeld eingebunden ist, damit die Stärkung von Selbstbestimmung nicht zu einer Zumutung wird.<sup>54</sup> Den Gesprächsbegleitenden kommt die Rolle einer *neutralen* Begleitperson zu, sie sind verpflichtet, keinen Einfluss auf die Entscheidungen zu nehmen und die Bewohnerinnen und Bewohner dahin zu begleiten, die Entscheidung selbst zu treffen. Hierfür bedarf es einer barrierefreien, verständlichen und verlässlichen Informationsvermittlung.<sup>55</sup> Dadurch kann im Rahmen von Gesprächsprozessen zur gesundheitlichen Versorgungsplanung auch das Selbstvertrauen in die eigenen Entscheidungen der Bewohnerinnen und Bewohner gestärkt werden.<sup>56</sup> Vertrauen als Basis der Gespräche zur gesundheitlichen Versorgungsplanung aufzubauen, erfordert von den Gesprächsbegleitenden sowohl hohe kommunikative Fähigkeiten, die geprägt sind von Respekt, Wertschätzung, Ehrlichkeit, Vertraulichkeit, Authentizität und Sensibilität als auch medizinisch-pflegerische sowie palliative Kenntnisse.<sup>57</sup>

Das Konzept der gesundheitlichen Versorgungsplanung kann selbst mit dazu beitragen, Vertrauen zu stiften. Das Vertrauen dahingehend, auch bis zuletzt nach den eigenen Wünschen und Vorstellungen begleitet zu werden. Selbstbestimmung und Vertrauen können sich gerade in Situationen der Verletzlichkeit gegenseitig ergänzen.<sup>58</sup> Zudem kann das Angebot der gesundheitlichen Versorgungsplanung dazu beitragen, eine Vertrauenspraxis<sup>59</sup> zu etablieren, welche dem seitens der Bewohnerinnen und Bewohner entgegengebrachten Vertrauen gerecht

---

<sup>53</sup> Deutscher Ethikrat, Hilfe durch Zwang.

<sup>54</sup> Vgl. Owusu Boakye, Nauck et al., Selbstbestimmung.

<sup>55</sup> Vgl. Bundesärztekammer, Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer „Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistenz in der Medizin“, 2016, [https://www.zentrale-ethikkommission.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Zeko/SNEntscheidung2016.pdf](https://www.zentrale-ethikkommission.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Zeko/SNEntscheidung2016.pdf) (Zugriff am 06.05.2021); dass., Hinweise und Empfehlungen der Bundesärztekammer zu Patientenverfügungen und anderen vorsorglichen Willensbekundungen bei Patienten mit einer Demenzerkrankung, 2018, [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Recht/Patientenverfuegung\\_Demenz.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Recht/Patientenverfuegung_Demenz.pdf) (Zugriff am 06.05.2021); dass., Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer „Advance Care Planning (ACP)“, in: Deutsches Ärzteblatt, 2019, A1-A9.

<sup>56</sup> Vgl. Steinfath, Wechselspiel.

<sup>57</sup> Dinç, Gastmans, Trust; GKV-Spitzenverband (Hg.), Vereinbarung; Riedel, Lehmeier et al., Advance Care Planning.

<sup>58</sup> Steinfath, Wechselspiel; Wiesemann, Vertrauen; C. Wiesemann, On the Interrelationship of Vulnerability and Trust, in: C. Strachle (Hg.), Vulnerability, Autonomy, and Applied Ethics (Routledge Research in Applied Ethics), Milton 2017, 157–170.

<sup>59</sup> Vgl. Martin Hartmann, Die Praxis des Vertrauens (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft 1994), Berlin 2011.

wird. Auch gelingt es so, das (Selbst-)Vertrauen darin zu stärken, dass die eigene Stimme und Entscheidung eine Bedeutung hat. Die professionell Sorgenden sind wiederum dazu aufgefordert, in die Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner zu vertrauen, damit diese in ihrem Selbstvertrauen bekräftigt und sich ein gegenseitiges Vertrauen entwickeln und festigen kann.<sup>60</sup> So kann „[d]as Bemühen darum, auch im medizinischen Kontext Machtasymmetrien abbauen (...) [und] so erneut eine Stütze sowohl für mehr Vertrauen als auch für mehr Autonomie sein.“<sup>61</sup> „Vertrauen sollte daher als eine wichtige Ressource für Selbstbestimmung in konzeptuelle Überlegungen zur Kontextualisierung von Autonomie und Selbstbestimmung am Lebensende miteinbezogen werden.“<sup>62</sup> Das Angebot der gesundheitlichen Versorgungsplanung in stationären Pflegeeinrichtungen ist selbst ein Vertrauen stiftendes Angebot. Es bindet gleichzeitig daran, das gesetzte Vertrauen im Rahmen eines professionellen Sorgenetzwerkes einzulösen.<sup>63</sup>

#### 4. Vertrauen einlösen

Die Besonderheit des Vertrauens liegt darin, dass es etwas in die Zukunft Gerichtetes ist, dass in der Gegenwart zum Tragen kommt und auf Erlebnissen in der Vergangenheit aufbaut.<sup>64</sup> Vertrauen basiert auf gemachten Erfahrungen, es kann sich durch Zeit, Kommunikation und Verlässlichkeit entwickeln.<sup>65</sup> In professionellen Sorgebeziehungen kann es gleichsam notwendig sein, Vertrauen kurzfristig aufzubauen.<sup>66</sup> Die professionelle Rolle ermöglicht den Vertrauensvorschuss.<sup>67</sup> Die geleistete Fürsorge in professionellen Beziehungen ist schließlich die Antwort auf das entgegengebrachte Vertrauen.<sup>68</sup> Die Fürsorge sollte sich daran ausrichten, „Vertrauen zu verdienen und Vertrauen zu bewahren.“<sup>69</sup> Für die Palliativversorgung bedeutet das unter Anderem Vertrauen zu ermöglichen, dass auch in zunehmender Verletzlichkeit und Angewiesenheit stets im Sinne der Bewohnerinnen und Bewohner gepflegt, begleitet und entschieden wird und das auch, wenn Bewohnerinnen und Bewohner sich nicht mehr selbst äußern können.

---

<sup>60</sup> Vgl. Steinfath, Wechselspiel.

<sup>61</sup> Ebd.

<sup>62</sup> Owusu Boakye, Nauck et al., Selbstbestimmung.

<sup>63</sup> Vgl. Riedel, Lehmeier et al., Advance Care Planning.

<sup>64</sup> Vgl. Luhmann, Vertrauen.

<sup>65</sup> Vgl. Schmidt, Praktische Ethik.

<sup>66</sup> Vgl. Elsbernd, Vertrauen.

<sup>67</sup> Vgl. Owusu Boakye, Nauck et al., Selbstbestimmung, 125.

<sup>68</sup> Wiesemann, Vertrauen, 84.

<sup>69</sup> A.a.O., 85.

Wenn Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen das freiwillige Angebot der gesundheitlichen Versorgungsplanung annehmen, ist auch dies mit dem Vertrauen darin verbunden, dass die getroffenen Entscheidungen später auch durch die professionell Sorgenden eingelöst werden. Die gesundheitliche Versorgungsplanung anzubieten kommt einem Versprechen gleich, dem Vorausverfügten zu entsprechen.<sup>70</sup> In der Palliativversorgung ist die „Letztverlässlichkeit“<sup>71</sup> als die Antwort der professionell Sorgenden auf das entgegengebrachte Vertrauen zu verstehen. Dies gelingt zum einen mittels einer adäquaten und bestmöglichen Symptom- und Leidenslinderung, die zum anderen durch die dafür geschaffenen Rahmenbedingungen ermöglicht werden.<sup>72</sup> Dafür ist es wichtig, die Bewohnerinnen und Bewohner in ihrer Gesamtheit zu betrachten und ihre physischen, psychischen, spirituellen und sozialen Bedürfnisse mit in die Begleitung und Versorgung einzuschließen.<sup>73</sup> Dazu gehört auch die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der professionell Sorgenden, die ein Gefühl der emotionalen und physischen Sicherheit geben.<sup>74</sup> Eine professionelle Palliativversorgung hat zum Ziel, eine bestmögliche Symptom- und Leidenslinderung zu ermöglichen. Dabei hat sich die Leidenslinderung an der jeweiligen subjektiven Lebensqualität zu orientieren.<sup>75</sup> „Leiden ist stets eine komplexe und subjektive Erfahrung, im Sinne eines als Leib und Identität konstituierendes Erleben, das die ganze Person betrifft (physisch, psycho-existenziell, sozial und spirituell).“<sup>76</sup> Es bedarf sowohl einer gelebten Sorgeskultur, wie auch einer angemessenen und evidenzbasierten Palliativversorgung. Sowohl die gelebten Werte und (Vertrauens-)Praktiken im Rahmen einer Sorgeskultur als auch die Bereitstellung einer bestmöglichen Symptomlinderung auf der Basis aktueller Erkenntnisse kommen hier zum Tragen.<sup>77</sup> Die Absicherung einer qualitativvollen Palliativversorgung in den stationären Pflegeeinrichtungen löst somit das Vertrauen im Prozess des Vorausverfügens für die letzte Lebensphase ein.<sup>78</sup>

---

<sup>70</sup> Vgl. Maio, Heilberuf.

<sup>71</sup> Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. et al., Handlungsempfehlungen im Rahmen.

<sup>72</sup> Vgl. Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, Leitfaden für stationäre Pflegeeinrichtungen.

<sup>73</sup> Vgl. Owusu Boakye, Nauck et al., Selbstbestimmung; Barbara Steffen-Bürgi, Reflexionen zu ausgewählten Definitionen von Palliative Care, in: Barbara Steffen-Bürgi/Erika Schärer-Santschi/Diana Staudacher/Settimio Monteverde (Hg.), Lehrbuch Palliative Care, Bern 2017, 40–49.

<sup>74</sup> Vgl. Dinç, Gastmans, Trust.

<sup>75</sup> Vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V., Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. et al., Handlungsempfehlungen im Rahmen.

<sup>76</sup> Annette Riedel, Leiden, in: Annette Riedel/Anne-Christin Linde (Hg.), Ethische Reflexion in der Pflege. Konzepte Werte Phänomene, Heidelberg 2018, 90–96.

<sup>77</sup> Vgl. Annette Riedel/Sonja Lehmeier/Nadine Treff, Sorgen am Lebensende. Gegenstand professioneller Sorge in der Pflege, 2020, 330–340.

<sup>78</sup> Vgl. Riedel, Lehmeier et al., Advance Care Planning.

## 5. Selbstbestimmung ermöglichen

Gerade die bedrohten und eingeschränkten Grundrechte von Bewohnerinnen und Bewohner in Zeiten der Covid-19-Pandemie verweisen Verantwortliche in den stationären Pflegeeinrichtungen darauf, Spielräume für Selbstbestimmung bestmöglich unter den jeweils aktuellen Beschränkungen zu suchen und zu fördern.<sup>79</sup> Das Eintreten für ergebnisoffene, freiwillige und einflussfreie Entscheidungsprozesse hat deutlich an Relevanz gewonnen.<sup>80</sup> Der vorliegende Beitrag richtet den Blick auf eine gelebte Vertrauenspraxis als Grundlage für Vertrautheit, die selbstbestimmte Entscheidungen über das eigene Lebensende ermöglicht. Es wurde herausgestellt, dass selbstbestimmte Entscheidungen insbesondere in der Lebenslage der Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen an ermöglichende Bedingungen geknüpft sind. Eine gelebte und erlebbare Sorgeskultur kann einen wesentlichen Beitrag zu einer Vertrauenspraxis leisten. Vernetzende Möglichkeiten zu finden auch bei erschwerten Rahmenbedingungen in der Covid-19-Pandemie, kommt als Aufgabe den Verantwortlichen in den stationären Pflegeeinrichtungen zu. Bestärkt wird das Festhalten an diesem Auftrag durch aktuelle evidenzbasierte und ethisch fundierte Empfehlungen.<sup>81</sup>

Die gesundheitliche Versorgungsplanung kann durch angepasste und barrierefreie Informationen einen wesentlichen Beitrag leisten, den Bewohnerinnen und Bewohnern Selbstbestimmung zurückzugeben.<sup>82</sup> Das gilt auch und insbesondere für Bewohnerinnen und Bewohner, die für bestimmte Fragestellungen nicht mehr einwilligungsfähig sind. Eine gelebte Sorgeskultur und eine professionelle Palliativversorgung sind eine Möglichkeit, um für Bewohnerinnen und Bewohner eine Basis zu schaffen, Vertrauen zu fassen und damit selbstbestimmt entscheiden zu können. Gerade in aktuellen Krisenzeiten ist das in die professionell Sorgenden gesetzte Vertrauen möglicherweise zerbrechlich, gleichzeitig sind die Bewohnerinnen und Bewohner darauf angewiesen. Bewohnerinnen und Bewohner stehen aktuell unter besonderem Schutz und müssen gleichzeitig Einschränkungen in ihrer Selbstbestimmung hinnehmen. Die Gewährleistung einer in Sorgenetzwerke eingebundenen, auf aktuellen Erkenntnissen beruhenden Palliativversorgung und eines barrierefreien und freiwilligen Angebots der gesundheitlichen Versorgungsplanung tragen zur Sicherung der Grundrechte und Werte von Bewohnerinnen und Bewohnern bei.

---

<sup>79</sup> Vgl. Deutscher Ethikrat, Mindestmaß an sozialen Kontakten in der Langzeitpflege während der Covid-19-Pandemie. Ad-hoc-Empfehlung, 2020, <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-langzeitpflege.pdf> (Zugriff am 06.05.2021).

<sup>80</sup> Vgl. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V., S1 Leitlinie; Deutsche interprofessionelle Vereinigung – Behandlung im Voraus Planen et al., Vorausplanung.

<sup>81</sup> Vgl. Deutscher Ethikrat, Mindestmaß.

<sup>82</sup> Vgl. Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V., S1 Leitlinie.