FGPG
FACHGESELLSCHAFT PALLIATIVE GERIATRIE



Grundsatzpapier

Futility in der Palliativen Geriatrie

Wege zum Erkennen und Vermeiden schädlicher Interventionen

www.fgpg.eu

Deutschland Österreich Schweiz Luxemburg

Inhalt

Vorwort 4

Einleitung 5

Was meinen wir mit Futility? 6

Warum Futility (k)ein Randthema ist 7

Wie Futility sichtbar wird 8

Auswirkungen von Futility 9

Gelingendes Entscheiden in der Unsicherheit 10

Rechtliche Spannungsfelder 12

Perspektiven und Empfehlungen 13

Schlussgedanke 16

Literatur 17

Anhang 18

Impressum

Fachgesellschaft Palliative Geriatrie (FGPG)
Richard-Sorge-Straße 21 A
D – 10249 Berlin
info@fgpg.eu
www.fgpg.eu

Berlin, Oktober 2025

Vorwort

Die Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie (FGPG) verfolgt in allen deutschsprachigen Mitgliedsländern das Ziel, die Lebensqualität alter, hochaltriger und Menschen mit und ohne Demenz am Lebensende zu sichern und zu stärken. Dabei stehen nicht nur medizinische Maßnahmen im Mittelpunkt, sondern auch die Haltung, mit der wir Menschen begleiten: achtsam, interprofessionell und werteorientiert.

Das vorliegende 8. Grundsatzpapier widmet sich einem Thema, das im Alltag oft unausgesprochen bleibt – und gerade deshalb besondere Aufmerksamkeit verdient: der Frage nach Futility, also dem Sinn oder der Sinnlosigkeit medizinischer Interventionen in komplexen Versorgungssituationen.

Futility ist dabei kein isoliertes Phänomen einzelner Fachdisziplinen, sondern betrifft den gesamten geriatrisch-palliativen Versorgungsraum – im Krankenhaus, im ambulanten Bereich sowie insbesondere in Einrichtungen der Langzeitpflege. Gerade dort, wo chronische Verläufe, eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit und institutionelle Routinen zusammentreffen, stellt sich die Frage nach der Sinnhaftigkeit von Maßnahmen mit besonderer Dringlichkeit.

Futility zu erkennen, zu benennen und gemeinsam verantwortungsvoll damit umzugehen, ist eine herausfordernde, aber zentrale Aufgabe palliativer Geriatrie. Sie verlangt ein hohes Maß an ethischer Reflexion, fachlicher Expertise und dialogischer Kultur.

Dieses Papier ist Ergebnis intensiver Diskussionen, Plenumsarbeiten und Rückmeldungen zahlreicher Mitglieder der FGPG der Frühlingsakademie 2025 in Luxemburg. Es bündelt Erfahrungen aus der Praxis, wissenschaftliche Perspektiven, rechtliche und ethische Überlegungen zu einem gemeinsamen Statement: Für ein Entscheiden, das nicht das Mögliche maximiert, sondern dem Einzelnen gerecht wird.

Wir danken allen Beteiligten für ihre Beiträge – in der Vorbereitung, in den Diskussionen und im täglichen Einsatz für eine Versorgung, die den Menschen in den Mittelpunkt stellt.

Im Namen des Vorstands der FGPG

Einleitung

In der palliativen Geriatrie geht es nicht nur um die Begrenzung des Machbaren, sondern um das rechte Maß. Wo Lebenszeit begrenzt ist, wird die Frage nach dem Sinn medizinischer Maßnahmen besonders dringlich: Was hilft – und was ist bloß technisch möglich, aber für die betroffene Person bedeutungslos oder gar belastend? Diese Überlegungen stehen im Zentrum des vorliegenden Grundsatzpapiers: Es richtet den Blick auf Futility – eine Thematik, die in der Behandlung betagter Menschen auch außerhalb palliativer Entscheidungssituation immer wieder auftritt, aber selten explizit benannt wird.

Futility bedeutet nicht einfach „Sinnlosigkeit“. Vielmehr beschreibt der Begriff komplexe Situationen, in denen medizinische Maßnahmen zwar durchführbar, aber aus verschiedenen Gründen nicht (mehr) angemessen sind: weil sie keinen realistischen Nutzen erwarten lassen, weil sie Leiden verlängern, weil sie die Werte und Wünsche der betroffenen Person verfehlen, weil sie ihr persönliches Lebensziel missachten, weil Nahestehende es einfordern oder weil sie vor allem aus Unsicherheit oder Routine erfolgen.

Diese Fragestellungen begegnen uns häufig im geriatrischen Versorgungsalltag – im Krankenhaus, im Pflegeheim, im häuslichen Umfeld. Sie fordern ein hohes Maß an ethischer Sensibilität, an biografischem Verstehen, an interprofessioneller Zusammenarbeit.

Futility zu erkennen und verantwortungsvoll mit ihr umzugehen, ist Ausdruck professioneller Kompetenz und Sorgeorientierung. Dieses Papier ist Ergebnis gemeinsamer Reflexionen, Diskussionen und Erfahrungen aus der Praxis. Es soll Orientierung geben für ein Entscheiden, das sich nicht am technisch Möglichen, sondern am individuell Sinnvollen orientiert.

Was meinen wir mit Futility?

Der englische Begriff Futility (deutsch: Sinnlosigkeit, Aussichtslosigkeit, Vergeblichkeit) beschreibt in der medizinischen und ethischen Diskussion Situationen, in denen diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen trotz ihrer technischen Machbarkeit keinen realistischen individuellen Nutzen mehr für die betroffene Person erbringen – oder sogar Schaden verursachen. Dabei geht es nicht um ein absolutes Urteil, sondern um eine sorgsame, kontextabhängige Einschätzung.

In der palliativen Geriatrie gehört die Auseinandersetzung mit Futility zur alltäglichen Praxis. Multimorbidität, kognitive Einschränkungen, Gebrechlichkeit und häufig wiederkehrende Akutereignisse stellen das Behandlungsteam immer wieder vor die Frage, ob und wie weit medizinische Maßnahmen noch dem Wohl der betroffenen Person dienen, oder bereits einen Punkt überschreiten, an dem Therapie zur Belastung wird, möglicherweise sogar schadet. Futility ist kein rein medizinischer Begriff. Sie verweist auf ein Zusammenspiel von medizinischer Wirksamkeit, Lebensqualität, individuellen Werten und institutionellen Rahmenbedingungen. Die FGPG hat sich für die nachfolgende Differenzierung des Begriffes entschieden, um den unterschiedlichen Berufs– und Ehrenamtsgruppen gerecht zu werden. Entscheidend ist nicht die Debatte um eine Definition, sondern die Anwendung des Konzepts.

⇒ Quantitative Futility: Die Intervention ist aufgrund objektiver Kriterien nicht nützlich oder gar schädlich.

⇒ Qualitative Futility: Die Maßnahme ist für die individuelle Person im Kontext ihrer (subjektiven) Lebensziele nicht nützlich oder sogar schädlich.

Quantitative Futility lässt sich objektiv definieren und bestimmen, qualitative jedoch nicht. Es handelt sich aber vor allem um eine individuelle, moralische Bewertung, die gemeinsam mit dem betroffenen alten Menschen[1] im Team und mit Angehörigen reflektiert und verantwortet werden muss. Entscheidend ist dabei eine Haltung, die nicht das technisch Mögliche maximiert, sondern das individuell Sinnvolle ermöglicht.

[1] Grundsatzpapier „Autonomie und Selbstbestimmung in der Palliativen Geriatrie“ (2. bearb. Aufl.), FGPG 2022

Warum Futility (k)ein Randthema ist

Futility ist kein Randphänomen, das nur in seltenen Ausnahmefällen auftritt – sondern Ausdruck eines strukturellen Spannungsfelds im geriatrisch-palliativen Alltag. Überdiagnostik und Übertherapie zum Beispiel als Folge von mangelnder oder unklarer Kommunikation, Entscheidungsschwierigkeiten und fehlender Zielklarheit sind in vielen Versorgungssettings keine Ausnahme, sondern tägliche Herausforderung.

Gerade an den Übergängen zwischen kurativer, rehabilitativer und palliativer Versorgung, zwischen stationärer Akutmedizin und Langzeitpflege, zwischen ärztlichem Handeln und pflegerischer Alltagsbegleitung zeigt sich, wie drängend die Auseinandersetzung mit futilen Maßnahmen ist. Oft geht es nicht um spektakuläre Entscheidungen, sondern um stille Routinen: um das Weiterführen, das Nichthinterfragen, das automatische Agieren.

Futility berührt fundamentale Fragen professioneller Haltung:

⇒ Wie gehen wir mit Nichtwissen um?

⇒ Wie erkennen wir den Punkt, an dem Therapie zur Belastung wird?

⇒ Wie benennen wir das, was sich nicht mehr rechtfertigen lässt?

⇒ Wie ehrlich sind wir uns und den Betroffenen gegenüber bezüglich einer Prognose?

Sich mit Futility auseinanderzusetzen, heißt nicht, aufzugeben. Es heißt, Verantwortung zu übernehmen. Nicht durch schädlichen Aktivismus, sondern durch sinnvolles Handeln. Nicht durch Maximalversorgung, sondern durch ein sorgfältiges Abwägen, das dem Menschen gerecht wird.

Diese Haltung erfordert Mut – und sie ist zentral für eine Sorgekultur, die nicht im Handeln allein ihren Sinn findet, sondern im achtsamen Wahrnehmen, Deuten und Lassen.

Wie Futility sichtbar wird

Futility zeigt sich selten direkt, sondern meist in indirekten Signalen, die auf eine kritische Situation hinweisen. Oft ist es ein Gefühl der Unruhe oder des „Aus-dem-Ruder-Laufens“, also mehr eine moralische Intuition, die das Team oder die Zugehörigen spüren, bevor klar benannt werden kann, dass eine Maßnahme keinen Nutzen mehr bringt.

Typische Situationen sind etwa:

⇒ Die Anlage einer PEG-Sonde bei Menschen mit einer hochgradigen Demenz.

⇒ Wiederholte Krankenhausaufnahmen ohne gesundheitlichen oder funktionellen Gewinn bzw. einer realistischen Aussicht auf Rehabilitation.

⇒ Invasive Diagnostik oder Reanimationsversuche bei einer infausten Prognose.

⇒ Das Fortsetzen von Therapien „weil es halt so üblich ist“, „weil man mal begonnen hat“ oder „weil keine Alternative besprochen ist“.

⇒ Differenzen im Team und ein hohes Maß an moralischem Stress und Unsicherheit.

⇒ Pflegerische oder therapeutische Maßnahmen, die trotz Aufwand und persönlichem Einsatz keine Verbesserung der Lebensqualität oder Funktionalität erzielen, sondern eher eine Belastung darstellen oder durch natürliche Willensäußerungen abgewehrt werden.

Solche Situationen entstehen häufig durch strukturelle Routinen, Unsicherheiten im Team oder äußeren Druck von Angehörigen oder Institutionen. Insbesondere eine fehlende Kommunikationskultur und wirtschaftliche Fehlanreize begünstigen futile Maßnahmen.

Wichtig ist: Futility ist meist nicht individuelles Versagen einzelner Fachkräfte, sondern Ausdruck eines komplexen Systems, das sich reflektieren und verändern muss. Erkennen, benennen, entscheiden und gemeinsam damit umgehen sind Schlüsselprozesse.

Auswirkungen von Futility

Die Folgen futiler Maßnahmen bleiben oft nicht auf die betroffene Person beschränkt. Sie wirken weit über die konkrete Behandlungssituation hinaus: auf Teams, Angehörige, Institutionen und die Gesellschaft. Wird Futility nicht erkannt oder nicht thematisiert, kann dies zu einer Reihe negativer Auswirkungen führen, wie z. B.:

- ⇒ Verlust an Lebensqualität und Zunahme von Leiden,
- ⇒ Verlängerung des natürlichen Sterbeprozesses,
- ⇒ Gefährdung von Autonomie und Verletzung der Menschenwürde,
- ⇒ Soziale Isolation bis hin zum Gefühl tiefgreifender Einsamkeit,
- ⇒ Reduktion individueller Bedürfnisse auf technokratische Routinen,
- ⇒ Sozioökonomische Belastung des Gesundheitssystems,
- ⇒ Moralischer Stress und Verantwortungsdiffusion (bewusstes oder unbewusstes Hoffen, dass eine andere Person schon rechtzeitig einschreiten wird) im Team,
- ⇒ Vermeidung der Auseinandersetzung mit existenziellen Themen wie Sterben, Abschied, Trauer,
- ⇒ Unsicherheit in der Umsetzung geltender Rechtsnormen,
- ⇒ Fehlende Einbindung von Palliative Care.

Auch strukturell kann Futility systemisch wirken, etwa durch eine verengte Perspektive auf das technisch Machbare, ungerechte Ressourcenverteilung oder das Ausbleiben ethischer Reflexion. Nicht zuletzt werden Betroffene und Professionelle gleichermaßen gefährdet, wenn sich das Handeln von einem sorgeorientierten Gesamtbild entfernt.

Diese Auswirkungen machen deutlich: Futility ist kein Einzelfehler – sondern ein Warnsignal für eine Schieflage im Versorgungssystem, das nach Aufmerksamkeit, Reflexion und Veränderung verlangt.

Gelingendes Entscheiden in der Unsicherheit

Therapieentscheidungen und/ oder Therapiezieländerungen in der palliativen Geriatrie sind oft geprägt von Unsicherheit – über Prognose, Patient*innen- und Bewohner*innenwille sowie den Erfolg von Maßnahmen. Ein gelingender Entscheidungsprozess braucht deshalb klare Strukturen und ein gemeinsames Verständnis.

Zielklärung als gemeinsamer Prozess

Der erste Schritt ist die präzise Klärung der Lebens- und Therapieziele[2]: Was soll erreicht werden? Entsprechen diese Ziele dem Wohl und den Werten der betroffenen Person? Das bedeutet, Biografie, Wünsche und Bedürfnisse zu kennen und regelmäßig zu überprüfen.

Ein praxistaugliches Screening-Tool in Form eines Ampelsystems kann dabei helfen, im Team erste Anzeichen für mögliche Futility beim Betroffenen sichtbar zu machen. Es dient nicht der Bewertung, sondern der gemeinsamen Reflexion und Zielklärung im Alltag.

Interprofessionelle Verantwortung

Entscheidungen werden im Team getroffen. Jede Berufsgruppe bringt ihre Perspektive ein: Pflege, Medizin, Alltagsbegleitung, soziale Arbeit, Therapie, Seelsorge und Ehrenamt. Besonders Pflege und Alltagsbegleitung nehmen oft als erste Anzeichen von Futility war und sind unverzichtbare Gesprächspartner. Angehörige werden strukturiert einbezogen, um ein umfassendes Bild zu erhalten.

Ethische Verantwortung

Die Entscheidung basiert auf den vier Grundprinzipien biomedizinischer Ethik nach Beauchamps and Childress:

[2] Grundsatzpapier „Lebens- und Therapiezielfindung - Interprofessionelle Umsetzung bei und mit hochbetagten Menschen“, FGPG 2023

⇒ Autonomie: Der Wille der Patient*innen und Bewohner*innen wird respektiert.
⇒ Nicht-Schaden: Übertherapie, Überdiagnostik und werden vermieden.
⇒ Gutes tun: Linderung von Leiden und Zuwendung stehen im Mittelpunkt.
⇒ Gerechtigkeit: Ressourcen werden fair eingesetzt.

Futility ist ein ethisches Urteil, das gemeinsam getragen werden muss. Subjektive Intuitionen können wichtige Hinweise geben und sollten nicht abgewertet werden.

Haltung des Lassens

Nicht alles, was medizinisch möglich ist, muss auch getan werden. In der palliativen Geriatrie bedeutet verantwortliches Handeln oft, bewusst auf Maßnahmen zu verzichten. Diese Haltung ist Ausdruck von Achtung und braucht Mut, Erfahrung und Rückhalt zwischen den verschiedenen Berufsgruppen in den Institutionen.

Kulturelle Verantwortung und Diversität

Entscheidungsprozesse in der palliativen Geriatrie finden in einem Umfeld zunehmender kultureller, religiöser und biografischer Vielfalt statt – bei den Patient*innen und Bewohner*innen ebenso wie im Team und unter Nahestehenden. Eine Sensibilität für Wertevielfalt, religiöse Vorstellungen und kommunikative Unterschiede stärkt die Verständigung und verhindert Missverständnisse im Umgang mit existenziellen Fragen

Rechtliche Spannungsfelder

Die Entscheidung über Therapiebegrenzung oder -unterlassung bewegt sich an der Schnittstelle zwischen medizinischer Verantwortung, ethischer Reflexion und juristischer Absicherung. Zwar liegt die letztverantwortliche Entscheidung meist bei der behandelnden Ärztin oder dem Arzt, doch ist diese Entscheidung eingebettet in ein komplexes Geflecht aus rechtlichen Vorgaben, institutionellen Regelungen und individuellen Patientenwünschen.
Eine häufige Ursache für Unsicherheiten ist das Fehlen verbindlicher Patientenverfügungen oder Vorsorgedokumente, die klare Willensäußerungen ausdrücken und Handlungsanweisungen geben. Ohne diese Orientierung besteht das Risiko, dass aus Angst vor juristischen Konsequenzen unnötige oder belastende Maßnahmen durchgeführt werden. Hinzu kommen familiäre Konflikte oder Druck von An- und Zugehörigen, die Entscheidungen erschweren und zu Übertherapie oder Fortführung futiler Maßnahmen führen können.

Institutionelle Leitlinien und standardisierte Prozesse wie Advance Care Planning – dazu zählen auch Behandlung im Voraus Planen (BVP), Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase (GVP) und der Vorsorgedialog (VSD) in Österreich) – können helfen, diese Unsicherheiten zu verringern. Sie schaffen klare Kommunikationswege und ermöglichen eine frühzeitige Einbindung der Betroffenen und ihrer Vertreter*innen in Entscheidungsprozesse. So wird der Wille der Patientin oder des Patienten besser berücksichtigt und das Behandlungsteam erhält Sicherheit für verantwortliches Handeln.

Die Fachgesellschaft setzt sich dafür ein, dass das medizinische System das Recht auf Unterlassungen, die auf sorgfältiger ethischer, juristischer und fachlich-medizinischer Abwägung beruhen, anerkennt und nicht sanktioniert. Ein modernes Rechtssystem sollte damit einen Rahmen schaffen, der reflektierte Entscheidungen fördert und Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften institutionellen Rückhalt bietet. Nur so kann eine Versorgung gewährleistet werden, die Würde, Selbstbestimmung und Qualität des Lebens im Zentrum hat.

Perspektiven und Empfehlungen

Die Auseinandersetzung mit Futility ist nicht bloß eine individuelle Aufgabe einzelner Berufsgruppen, sondern eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung. Sie verlangt institutionelle Rückendeckung, professionelle Reflexionsräume und eine Kultur, die das Verstehen über das Machen stellt. Damit daraus gelebte Praxis wird, braucht es Veränderungen auf mehreren Ebenen:

Für die Praxis

Futility wird oft nicht übersehen, sondern übergangen: aus Zeitnot, aus Unsicherheit oder aus Angst vor Konflikten. Es braucht eine Kultur, in der Zweifel nicht als Schwäche gelten, sondern als Stärke und als Einladung zum Innehalten und zur Reflektion

⇒ Gesprächsräume schaffen: Zielklärung ist kein Nebenschauplatz, sondern zentraler Bestandteil guter Versorgung. Dafür braucht es geschützte Zeitfenster – insbesondere in Übergangssituationen und bei prognostischen Brüchen (z. B. plötzliche Verschlechterung, funktioneller Einbruch, neue Diagnose).

⇒ Regelmäßige Fallbesprechungen etablieren: Interprofessionell strukturierte Reflexion ermöglicht, auch unausgesprochene Zweifel wahrzunehmen. Gerade in stabil scheinenden Verläufen kann so frühzeitig erkannt werden, wenn Maßnahmen nicht mehr tragen.

⇒ Wünsche und Werte dokumentieren: Nicht jede Entscheidung muss im Akutfall neu getroffen werden. Eine gut sichtbare Dokumentation von Patientenpräferenzen, biografischen Prägungen und Versorgungszielen entlastet alle Beteiligten – und fördert die Kontinuität im Handeln.

⇒ Alle Perspektiven einbeziehen: Pflegende, Alltagsbegleitung, Sozialdienst, Seelsorge, Ehrenamt, Angehörige. Sie alle erleben andere Zugänge zur betroffenen Person als Ärztinnen und Ärzte. Eine strukturierte Einbindung dieser Sichtweisen stärkt die Tragfähigkeit von Entscheidungen und fördert eine gemeinsame Haltung.

⇒ Der reflektierte Umgang mit Futility erfordert eine resiliente Haltung, bei einzelnen Fachpersonen ebenso wie auf institutioneller Ebene. Resilienz meint hier die Fähigkeit, mit belastenden Situationen konstruktiv umzugehen, ohne in Überforderung, Resignation oder Rückzug zu verfallen. Supervision, kollegiale Beratung und stabile Teamstrukturen tragen wesentlich dazu bei, moralischem Stress vorzubeugen und Entscheidungsfähigkeit zu erhalten.

⇒ Ein einfaches, interprofessionell anwendbares Screening-Tool (FURORE) zur Früherkennung möglicher Futility-Situationen einführen. Die Anwendung sollte dann als Bestandteil regelmäßiger Fallbesprechungen etabliert werden.

Für Aus- und Weiterbildung

⇒ Futility-Kompetenz entsteht nicht durch Fachwissen allein, sondern durch gelebte Praxis, Reflexion und Aushaltenkönnen. Wer lernt, mit Unsicherheit umzugehen, wird sicherer im Verzicht.

⇒ Reflexionsfähigkeit stärken: Die Fähigkeit, Handlungsoptionen im Lichte von Werten zu prüfen, ist eine anzustrebende Kompetenz. Sie muss gezielt gefördert werden, etwa durch angeleitete ethische Fallbesprechungen oder Kasuistiken in der Ausbildung.

⇒ Kommunikations- und Ethikkompetenz systematisch verankern: Die Schulung in Gesprächsführung, Zielklärung und Umgang mit Meinungsverschiedenheiten sollte verpflichtender Bestandteil aller Gesundheitsberufe sein, nicht erst in der Weiterbildung.

⇒ Unklarheiten im Team sind als Ressource zu verstehen: Wer Futility erkennt, steht vor Grauzonen und verspürt häufig eine Ambivalenz. Widersprüchliche Meinungen und Unsicherheiten auszuhalten, ohne in Aktionismus oder Rückzug zu verfallen, ist eine tolerante Haltung, die erlernbar und kultivierbar ist – durch Erfahrung, Supervision und Austausch.

Für Institutionen und Träger

Futility ist kein individuelles Dilemma, das Pflege oder Medizin allein austragen müssen. Sie ist eine strukturelle Aufgabe – und verlangt gemeinsame Verantwortung für Qualität, Teamstabilität und Würde.

⇒ Strukturelle Ethikberatung sichern: Eine niedrigschwellige, kontinuierliche Möglichkeit zur ethischen Beratung (z. B. durch Ethikbeauftragte, Konsile oder (außer)klinische Ethikkomitees) muss fest verankert sein – nicht als Ausnahme, sondern als Regelangebot.

⇒ Verantwortung verteilen, nicht abschieben: Gute Entscheidungen entstehen im Team. Das bedeutet: Führungskräfte müssen interprofessionelle Verantwortung aktiv unterstützen und Räume für das gemeinsame Entscheiden schaffen.

⇒ Therapiebegrenzung wird häufig von rechtlicher Unsicherheit begleitet – nicht wegen mangelnder Fachlichkeit, sondern wegen fehlender Rückendeckung. Einrichtungen müssen Standards schaffen, die begründete Entscheidungen zum Verzicht auf Maßnahmen schützen statt sanktionieren.

Für die Gesellschaft

Futility ist nicht nur ein klinisches Thema, sondern ein Spiegel gesellschaftlicher Vorstellungen von Fortschritt, Versorgung und Lebensende. Eine reife Gesellschaft erkennt: Begrenzung ist nicht das Gegenteil von Fürsorge – sondern deren Vollendung.

⇒ Die Debatte über Therapiezieländerung enttabuisieren: Was als „Nichtstun“ erscheint, ist oft das Ergebnis verantwortlichen Lassens. Es braucht öffentliche Räume, in denen diese Haltung verstanden und diskutiert wird – jenseits von Ökonomisierung und Lebensverlängerungsimperativen.

⇒ Das Recht auf Nicht-Intervention stärken: Patient*innen sollen nicht nur das Recht auf Versorgung, sondern auch das Recht auf Verschonung haben – mit klaren Rahmenbedingungen, verständlichen Informationen und Dokumentationsmöglichkeiten sowie gesellschaftlichen Rückhalt.

⇒ Sorgekultur und Sterben dürfen fördern: In einer sorgenden Gesellschaft ist der Tod kein Versagen der Medizin, sondern Teil des Lebens. Bildung, Medien, Politik und Zivilgesellschaft sind gefordert, ein neues Selbstverständnis von Endlichkeit und Fürsorge zu stärken – jenseits von Tabu, Technik und Kontrollillusion.

Schlussgedanken

„Futility ist kein Kavaliersdelikt“, beschrieb Winfried Druml sehr passend. Es ist eine ethische Wegmarke auf dem Weg zu einer verantwortungsvollen Versorgung. Sie fordert uns dazu auf, innezuhalten, genau hinzuschauen und den Mut zu haben, Fragen zu stellen, auch wenn diese schwerfallen. Im reflektierten Umgang mit Futility zeigt sich professionelle Reife: multiprofessionell getragen, menschenzentriert und geprägt von einer Haltung, die nicht das therapeutisch Mögliche maximiert, sondern das Sinnvolle verantwortet. Nur so kann eine Versorgung gelingen, die Würde, Selbstbestimmung und Lebensqualität ins Zentrum stellt.

Als Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie wünschen wir uns, dass dieser reflektierte Umgang mit Futility in allen Bereichen der Versorgung verbindlich verankert wird. Wir setzen uns ein für die Förderung von Kommunikationskompetenz, ethischer Reflexion und interprofessionellem Dialog – unterstützt durch klare rechtliche Rahmenbedingungen und institutionelle Strukturen. Nur gemeinsam können wir eine Kultur schaffen, die das sensible Thema Futility offen anspricht und den betroffenen Menschen eine würdevolle und bedürfnisorientierte Versorgung ermöglicht. Mit der Entwicklung praxistauglicher Hilfsmittel wie einem interprofessionellen Screeningtool (FURORE, siehe Anhang) möchte die Fachgesellschaft konkrete Impulse geben, um das Nachdenken über Sinn und Maß in der Versorgung zu stärken.

Diese Position wurde getragen und abgestimmt durch die Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie (FGPG) in allen deutschsprachigen Mitgliedsländern.

Literatur

Albisser Schleger, H., Pargger, H., Reiter-Theil, S. (2008). „Futility“ – Übertherapie am Lebensende? Gründe für ausbleibende Therapiebegrenzung in Geriatrie und Intensivmedizin. Zeitschrift für Palliativmedizin. 9(2), 67-75. doi:10.1055/s-2008-1067426

Bundesärztekammer (BÄK) (2022). Medizinische Indikation und ärztliche Entscheidung über das Für und Wider medizinischer Maßnahmen. Deutsches Ärzteblatt. doi:10.3238/arztebl.zeko_sn_futility_2022

Druml, W., Druml, C. (2019). Übertherapie in der Intensivmedizin. Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin. 114 (3). doi:10.1007/s00063-019-0548-9

Grundsatzpapiere FGPG: https://www.fgpg.eu/grundsatzpapiere/

Kunz R. (2024). Futility ist oft eine Folge davon, dass man unangenehme Gespräche scheut. palliative.ch. 22 (4), 7-13

Michalsen, A., Neitzke, G., Dutzmann, J. et al. (2021). Überversorgung in der Intensivmedizin: erkennen, benennen, vermeiden. Medizinische Klinik - Intensivmedizin Und Notfallmedizin. 116 (4), 281-294. doi:10.1007/s00063-021-00794-4

Piers R., Pautex S., Rexach Cano L. et al. (2025). Goals of care discussions and treatment limitation decisions in European acute geriatric units: a one-day cross-sectional study. Age and Ageing. 54. doi:10.1093/ageing/afaf026

Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. (1990). Medical futility: its meaning and ethical implications. Ann Intern Med. 15;112(12), 949-54. doi: 10.7326/0003-4819-112-12-949

Swiss Academy of Medical Sciences (SAMS). Wirkungslosigkeit und Aussichtslosigkeit – zum Umgang mit dem Konzept der Futility in der Medizin Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2021). Swiss Academies Communications. Vol. 16 (6)

Westermair, A., Trachsel M. (2023). Moral Intuitions About Futility as Prompts for Evaluating Goals in Mental Health Care. AMA Journal of Ethics. 25(9): E690-702

Anhang

Das Futility Tool **FURORE** (**F**utility – **R**isik**o** **Re**duzieren) in der Version 1.0. © 2025 by FGPG is licensed under CC BY-NC-ND 4.0. To view a copy of this license, visit https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der FGPG-Mitgliederakademie

Daniela Ball Schotthöfer (DE), Thomas Banfi (CH), Marianne Brunner (CH), Volker Bünz (CH), Tiziano Cavargna (CH), Hortense Deitz (LU), Andrea Eder (A), Nathalie Frevel (LU), Monika Fuchs (DE), Jenni Giovanna (CH), Michael Heinze (DE), Heike Kautz (DE), Margarethe Kerschbaum (A), Christiane Krebs (DE), Teresa Kühne (DE), Ulla Lauterbach (DE), Marie-France Liefgen (LU), Andreas Lüdeke (DE), Monika Lüdeke (DE), Ursa Neuhaus (DE), Adela Pillo (DE), Thomas Pöcker (DE), Helen Ritschard (CH), Sebastian Schiel (DE), Norbert Schmelter (DE), Gerda Schmidt (A), Bärbel Sievers-Schaarschmidt (DE), Sonja Thalinger (A), Stefanie Tom (DE), Ankie van Es (CH), Bettina von Rickenbach (CH), Nicole Weis-Liefgen (LU)

Redaktionsteam

Dr. med. Monika Fuchs (DE), Dr. med. Sebastian Schiel (DE), Nicole Weis-Liefgen (LU)

Verabschiedet vom geschäftsführenden Vorstand der Fachgesellschaft Palliative Geriatrie am 19. August 2025

Dirk Müller (DE), Ursa Neuhaus (CH), Sebastian Schiel (DE), Gerda Schmidt (A)



Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie

Jetzt Mitglied werden - www.fgpg.eu.

Spendenkonto IBAN
DE25 6005 0101 0008 6738 31

FGPG
FACHGESELLSCHAFT PALLIATIVE GERIATRIE

Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie e. V.

(FGPG)
c/o Unionhilfswerk

Richard-Sorge-Straße 21 A
D -10249 Berlin
info@fgpg.eu