DIPLOMARBEIT

ETHISCHE ASPEKTE BEI DER BETREUUNG GERIATRISCHER PATIENT:INNEN

Verfasst von:
Dr. Iuliia-Sofiia Stejskal

Wien, Dezember 2025

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG 3

ZIELSETZUNG 5

METHODE 5

DISKUSSION 6

URSPRUNG UND ENTWICKLUNG DER MEDIZINISCHEN ETHIK 6

2. GERIATRIE TRIFFT ETHIK 6

3. ETHISCHE SPANNUNGSFELDER BEI BETREUUNG DER GERIATRISCHEN PATIENT:INNEN 8

4. PRINZIPIEN DER MEDIZINISCHEN ETHIK IN ANBETRACHT DER GERIATRIE 10

4.1. Autonomie und Einwilligungsfähigkeit 10

4.2. Prinzip der Fürsorge (Benefizienz): 11

4.3. Prinzip des Nicht-Schadens (Non-Malefizienz): 11

4.4. Prinzip der Gerechtigkeit: 12

4.5. Zusammenspiel und Grenzen der ethischen Prinzipien n der Geriatrie: 12

5. PALLIATIVMEDIZIN UND ETHIK ALS UNTRENNBARE EINHEIT IN DER GERIATRIE: UNTERSCHIEDLICH IN DER AUSRICHTUNG, VEREINT IM ZIEL 13

6. VERSORGUNGSREALITÄT GERIATRISCHER PATIENT:INNEN IN ÖSTERREICH AUS ETHISCHER PERSPEKTIVE 14

6.1 Diskrepanz zwischen Anspruch und Versorgungsrealität in Österreich – eine ethische Betrachtung 15

7. ETHISCHE RELEVANZ UNTER REALEN BEDINGUNGEN 20

SCHLUSSFOLGERUNG 21

EMPFEHLUNGEN FÜR DIE PRAXIS UND WEITERENTWICKLUNGEN 23

ZUSAMMENFASSUNG 26

LITERATURVERZEICHNIS 27

EINLEITUNG

Die medizinischen Fortschritte sowie der demografische Wandel haben in den letzten Jahrzehnten zu einer stetig wachsenden Zahl hochbetagten Menschen mit multimorbiden Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit und eingeschränkter Entscheidungsfähigkeit geführt. In Österreich, wie auch in anderen europäischen Ländern, steigt der Anteil der über 65jährigen kontinuierlich; bis 2050 wird voraussichtlich jede vierte Person dieser Altersgruppe angehören (Statistik Austria, 2024). Dieser Trend ist nicht nur auf Österreich beschränkt, sondern ist eine globale Entwicklung. Weltweit wird sich voraussichtlich die Zahl der Menschen über 65 bis 2050 verdoppeln.

Damit gewinnt die Geriatrie zunehmend als medizinisches Fachgebiet, das sich auf die Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und die Erhaltung der Lebensqualität älterer Patientinnen und Patienten konzentriert, an Bedeutung.

Diese Entwicklung bringt eine Vielzahl ethischer Fragestellungen mit sich: Wie kann Selbstbestimmung gewahrt werden, wenn kognitive Fähigkeiten nachlassen? Welche Maßnahmen sind noch „lebenswert“? Wer entscheidet, wenn Patient:in selbst nicht mehr dazu in der Lage ist? Diese Fragen betreffen das gesamte Gesundheitssystem.

Geriatrische Patient:innen sind besonders vulnerabel: Sie sind häufig von mehreren chronischen Erkrankungen betroffen, nehmen mehrere Medikamente ein und sind oft in ihren sozialen Kontakten eingeschränkt. Während in der Akutmedizin meist der unmittelbare therapeutische Nutzen im Vordergrund steht, erfordern geriatrischen Behandlungsentscheidungen eine sorgfältige Abwägung zwischen Lebensverlängerung, Lebensqualität und Würde. Daraus ergeben sich Fragen wie: Soll eine belastende Therapie durchgeführt werden, wenn die Prognose ungünstig ist? Wann ist es vertretbar, auf lebensverlängernde Maßnahmen zu verzichten? Wie kann der Wille von Menschen berücksichtigt werden, die nicht mehr einwilligungsfähig sind? Und viele mehr.

In dieser Situation kommt dem Pflege- und Ärztepersonal eine besondere Verantwortung zu: sie müssen nicht nur medizinisch handeln, sondern auch

ethische Aspekte berücksichtigen, um die bestmögliche Entscheidung im Sinne der Patient:innen zu treffen.

Der Begriff „Ethik“ bezieht sich dabei nicht auf abstrakte Moralphilosophie sondern auf konkretes, alltägliches Handeln. Wichtige Fragen dabei sind: Wie gehe ich mit einer demenzkranken Dame um, die wiederholt das Essen verweigert? Darf ich Patient:innen mit Bettgittern sichern, wenn er wiederholt stürzt? Soll ich einen beatmungspflichtigen 90jährigen auf die Intensivstation verlegen, wenn er keine Patientenverfügung hat?

Diese Fragen sind nicht rein individuell, sondern eingebettet in rechtliche, organisatorische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen. In Österreich existiert ein dichtes Netz an Akutkrankenhäusern, Pflegeheimen, mobilen Diensten und ambulanten Versorgungsangeboten. Doch die Zusammenarbeit zwischen diesen Bereichen ist oft unzureichend, was zu ethischen Spannungen führt: wer trägt die Verantwortung für eine Entscheidung? Wer muss sie umsetzen? Wer trägt die Konsequenzen?

Zielsetzung

Diese Arbeit nimmt sich dieser komplexen Thematik an. Sie möchte zeigen, dass ethische Fragen in der Geriatrie nicht „nebenbei“ gelöst werden können, sondern einer systematischen, interprofessionellen Herangehensweise bedürfen.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, zentrale ethische Aspekte in der Betreuung geriatrischer Patient:innen in Österreich zu identifizieren, zu analysieren und aufzuzeigen. Im Mittelpunkt steht die Frage, wie medizinische, pflegerische, psychosoziale, rechtliche Entscheidungen bei älteren Menschen im Einklang mit den Prinzipien der medizinischen Ethik getroffen werden können.

Die Arbeit soll dazu beitragen, ein tieferes Verständnis für die ethischen Herausforderungen im geriatrischen Alltag zu entwickeln und Möglichkeiten aufzeigen, wie Ärzt:innen und Pflegekräfte diese verantwortungsvoll und patientenorientiert bewältigen können.

Methode

Diese Diplomarbeit folgt einem qualitativen, explorativen Ansatz mit Schwerpunkt auf der literaturbasierten Analyse ethischer Fragestellungen in der geriatrischen Medizin. Ziel der methodischen Vorgehensweise ist es, ein vertieftes Verständnis der moralischen, rechtlichen und psychosozialen Dimensionen ärztlicher Entscheidungen im Umgang mit älteren, teils nicht entscheidungsfähigen Patienten:innen zu gewinnen.

Die Arbeit basiert auf einer systematischen Literaturrecherche sowie einer analytisch-reflektierenden Auswertung der gewonnenen Quellen. Der Fokus liegt auf der Identifikation, Beschreibung und Bewertung zentraler ethischer Prinzipien im Kontext der geriatrischen Behandlung.

Diskussion

Ursprung und Entwicklung der medizinischen Ethik

Der Begriff Ethik stammt vom altgriechischen êthos („Charakter“, „Haltung“, „moralische Gewohnheit“). In der Philosophie, insbesondere bei Aristoteles, beschreibt er die Frage nach dem guten und verantwortlichen Handeln. In der Medizin wurde daraus ein normatives Fundament für ärztliche Entscheidungen, das bis heute den Umgang mit vulnerablen Patientengruppen, einschließlich geriatrischer Patient:innen, prägt.

Historisch entwickelte sich die medizinische Ethik vom hippokratischen Ideal („nicht schaden“), über religiöse Fürsorgevorstellungen im Mittelalter, hin zur Professionalisierung im 19. Jahrhundert.

Der entscheidende Einschnitt erfolgte im 20. Jahrhundert durch die ethischen Konsequenzen aus der NS-Medizin. Der Nürnberger Kodex, die Deklaration von Helsinki und der Belmont-Report legten moderne Grundprinzipien fest:

1. Autonomie
2. Wohltun
3. Nicht-Schaden
4. Gerechtigkeit

2. Geriatrie trifft Ethik

Die Geriatrie ist ein interdisziplinäres Fachgebiet, das sich mit der Gesundheitsversorgung alter Menschen beschäftigt. Im Mittelpunkt steht nicht nur die Behandlung von Krankheiten, sondern auch die Erhaltung von Lebensqualität, Selbstständigkeit und sozialer Teilhabe. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert „gesundes Altern“ als einen Prozess, bei dem ältere Menschen die Möglichkeit haben, ein hohes Maß an physischer, psychischer und sozialer Funktionsfähigkeit aufrechtzuerhalten. Ethik im geriatrischen Kontext bedeutet, dieses Ziel auch dann zu verfolgen, wenn Ressourcen knapp sind, die Patient:innen nicht mehr sprechen können und die Angehörigen unterschiedliche Interessen vertreten.

Die oben genannten vier klassischen Prinzipien der medizinischen Ethik – Autonomie, Wohltun, Nichtschaden und Gerechtigkeit – bilden den Rahmen. In der Geriatrie erhalten sie jedoch neue Facetten: Autonomie bedeutet hier nicht nur „freie Entscheidung“, sondern auch „unterstützte Entscheidung“. Wohltun ist nicht nur „Heilung“, sondern auch „Linderung“ und „Begleitung“. Nichtschaden bedeutet auch, übermäßige Behandlung zu vermeiden. Gerechtigkeit bedeutet, dass auch Menschen mit Demenz oder eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit Zugang zu angemessener Versorgung erhalten – und nicht nur jene, die sich artikulieren können. Diese Prinzipien stehen nicht selten in Konflikt: Die Autonomie des Patienten kann dem Wohltun widersprechen, wenn er sich etwa eine lebensverlängernde Maßnahme wünscht, die aus ärztlicher Sicht nutzlos ist. Die Gerechtigkeit kann dem individuellen Wohltun widersprechen, wenn knappe Ressourcen verteilt werden müssen. In der Geriatrie ist daher ein balancierter, kontextsensibler Umgang mit diesen Prinzipien erforderlich – unter Einbeziehung aller Beteiligten.

Gerade in dieser Vielschichtigkeit entstehen jedoch immer wieder ethische Spannungsfelder, die eine reflektierte und patientenorientierte Entscheidungsfindung notwendig machen. Fragen nach dem Verhältnis von Benefit und Belastung medizinischer Maßnahmen, nach Lebensqualität, Autonomie und Würde des Menschen sowie nach der Rolle von Angehörigen gewinnen zunehmend an Bedeutung. Bei allen medizinischen Entscheidungen darf nicht ausschließlich die klinische Indikation leitend sein, sondern es ist gleichermaßen die ethische Verantwortung gegenüber dem individuellen Menschen zu berücksichtigen, der in seiner Einzigartigkeit, Lebensgeschichte, seinen Wertvorstellungen und seiner sozialen Einbettung wahrgenommen werden muss.

Die Diskussion ethischer Aspekte in der Geriatrie eröffnet somit ein breites Spektrum an Themen, das von der ärztlichen Verantwortung in Grenzsituationen über die Abstimmung zwischen medizinischer Machbarkeit und menschlicher Sinnhaftigkeit bis hin zu Fragen der gerechten Ressourcenverteilung und Kommunikation im Behandlungsteam reicht.

3. Ethische Spannungsfelder bei Betreuung der geriatrischen Patient:innen

Besonders zentral ist der Konflikt zwischen Autonomie und Fürsorge: Einerseits gilt das Selbstbestimmungsrecht der Patient:innen als oberstes Prinzip, andererseits verlangt das Fürsorgeprinzip, Schaden zu vermeiden und das Wohl der Patient.innen zu fördern – auch dann, wenn die Entscheidung des Patienten medizinisch nicht sinnvoll erscheint.

Diese Ambivalenz zeigt sich insbesondere bei Patient:innen mit Demenz oder eingeschränkter Entscheidungsfähigkeit. Hier ist die Frage nach der „authentischen“ Willensbildung schwierig. Ärztinnen und Ärzte stehen vor der Herausforderung, den mutmaßlichen Willen zu respektieren, ohne in Paternalismus zu verfallen.

Neben dem Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorge treten in der geriatrischen Betreuung weitere ethische Fragen auf. Oft stehen Überlegungen zur Gerechtigkeit und zur fairen Nutzung begrenzter medizinischer Ressourcen im Mittelpunkt. Besonders herausfordernd wird es, wenn entschieden werden muss, welche Maßnahmen für einen hochbetagten Menschen wirklich noch sinnvoll und verantwortbar sind. Ärztinnen und Ärzte bewegen sich hier zwischen dem individuellen Wohl eines Menschen und der Verantwortung gegenüber dem gesamten Versorgungssystem. Unverzichtbar bleibt dabei, die Würde, die Verletzlichkeit und den inneren Wert jedes einzelnen älteren Menschen zu respektieren.

Ein weiteres Spannungsfeld entsteht bei der Abgrenzung zwischen angemessenen therapeutischen Entscheidungen und einer potenziellen Überversorgung – also zwischen Maßnahmen, die medizinisch möglich wären, und solchen, die für den einzelnen Patienten tatsächlich sinnvoll und wohltuend sind. Gerade bei hochbetagten, multimorbiden Patientinnen und Patienten besteht das Risiko, Behandlungen fortzuführen, obwohl ihr Nutzen gering ist und das Leiden dadurch verlängert werden könnte. Eine offene und kontinuierliche Kommunikation im Behandlungsteam und mit den Angehörigen ist daher entscheidend, um gemeinsame Behandlungsziele regelmäßig zu überprüfen und verantwortungsvolle Entscheidungen zu treffen.

Auch die emotionale Dimension dieser Situationen darf nicht unterschätzt werden. Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige erleben häufig Unsicherheit oder Schuldgefühle, wenn nicht nur kurative Möglichkeiten ausgeschöpft sind, sondern auch therapeutische Maßnahmen zum Wohl des Patienten beendet werden müssen. Strukturierte ethische Fallbesprechungen können hier entlastend wirken, unterschiedliche Perspektiven bündeln und das Handeln erneut an den Werten, Bedürfnissen und dem mutmaßlichen Willen der Patient:innen ausrichten.

Ein bedeutsames ethisches Spannungsfeld ergibt sich aus der komplexen Kommunikation zwischen Patient:innen, Angehörigen und dem Behandlungsteam. Unterschiedliche Erwartungshaltungen, kulturelle Vorstellungen und emotionale Belastungen können den medizinischen Entscheidungsprozess erschweren. Besonders bei fortschreitenden Erkrankungen entsteht häufig eine Diskrepanz zwischen dem, was medizinisch realistisch ist, und dem, was sich Angehörige für den betroffenen Menschen wünschen. In solchen Situationen brauchen alle Beteiligten Raum für Aufklärung und gemeinsame Orientierung, um tragfähige Entscheidungen treffen zu können.

Ebenso relevant ist das Spannungsfeld zwischen Sicherheit und Lebensqualität. Geriatrische Patient:innen sind häufig sturz- oder verletzungsgefährdet, sodass Maßnahmen zur Risikovermeidung im Vordergrund stehen. Gleichzeitig kann eine zu starke Fokussierung auf Sicherheit zu einer erheblichen Einschränkung von Freiheit, Mobilität und Freude am Alltag führen. Die Herausforderung besteht darin, ein Gleichgewicht zu finden, das Risiken verantwortungsvoll minimiert, ohne dem Menschen unnötig Lebensqualität zu nehmen.

Abschließend lässt sich festhalten, dass es in der Geriatrie für die oben beschriebenen, wie auch für viele andere im Alltag auftretende ethische Herausforderungen, keine allgemeingültigen oder einfachen Lösungen gibt.

Jeder Fall ist einzigartig, jedes Leben trägt seine eigene Geschichte, und jedes soziale Umfeld, in dem ein älterer Mensch betreut wird, ist auf seine Weise besonders.

Deshalb reicht es nicht aus, sich allein auf medizinisches, juristisches oder ethisches Wissen zu stützen. Ebenso bedeutsam sind Empathie, feines Gespür und eine

großzügige, zugewandte Menschlichkeit seitens des gesamten Behandlungsteams. Erst diese Kombination ermöglicht Entscheidungen, die sowohl fachlich verantwortbar als auch dem individuellen Wert und der Würde des Patienten gerecht werden.

4. Prinzipien der medizinischen Ethik in Anbetracht der Geriatrie

Die medizinische Ethik beruht traditionell auf vier grundlegenden Prinzipien: Achtung der Autonomie, Schadensvermeidung (Non-Malefizienz), Fürsorge (Benefizienz) und Gerechtigkeit. Diese Prinzipien bieten einen verlässlichen Orientierungsrahmen für den klinischen Alltag. Im Kontext der Geriatrie entfalten sie jedoch eine besondere Tiefe. Die Verletzlichkeit und Individualität älterer Menschen, ihre vielschichtigen Krankheitsverläufe sowie ihre biografischen und sozialen Hintergründe machen ein besonders achtsames und situationssensibles ethisches Handeln erforderlich.

Die Geriatrie erinnert uns daran, dass Ethik nicht abstrakt bleibt, sondern stets in der Begegnung mit einem konkreten Menschen Gestalt annimmt. Die folgenden Abschnitte beleuchten die klassischen ethischen Prinzipien im geriatrischen Kontext und ergänzen sie um Werte, die sich im Umgang mit hochbetagten Patientinnen und Patienten als unverzichtbar erwiesen haben.

4.1. Autonomie und Einwilligungsfähigkeit

Die Autonomie der Patient:innen ist ein zentrales Prinzip der medizinischen Ethik. In der Geriatrie ist ihre Umsetzung jedoch häufig erschwert. Viele ältere Menschen leiden unter kognitiven Einschränkungen, die ihre Fähigkeit, eigenständig zu entscheiden, beeinträchtigen. Doch kognitive Beeinträchtigung ist kein binärer Zustand – sie kann graduell, fluktuierend und situationsspezifisch sein. Die rechtliche Definition der Einwilligungsfähigkeit in Österreich orientiert sich am „natürlichen Willen“ – also dem mutmaßlichen Willen der Patient:innen, der auch dann gelten soll, wenn sie nicht mehr äußern können, was sie wollen. Dieser mutmaßliche Wille ist zu ermitteln durch Rückfrage bei Angehörigen, durch frühere Äußerungen, durch Beobachtung von Verhalten. In der österreichischen Praxis werden zur Unterstützung bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens insbesondere die Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit (EEF) sowie strukturierte Gesprächsformate im Rahmen des Advance Care Planning (ACP) angewendet. Während die EEF eine systematische

Beurteilung der aktuellen Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit ermöglicht, dienen ACP-Gespräche der Erfassung individueller Werte, Lebensziele und Behandlungspräferenzen. In komplexen oder konflikthaften Situationen, etwa bei widersprüchlichen Angaben von Angehörigen oder unklarer Interessenlage, kann zusätzlich ein Ethik-Konsil bzw. eine ethische Fallbesprechung herangezogen werden. Dieses multiprofessionelle Verfahren unterstützt eine transparente, interdisziplinäre und ethisch reflektierte Entscheidungsfindung und trägt dazu bei, den mutmaßlichen Willen der betroffenen Person möglichst angemessen zu berücksichtigen.

4.2. Prinzip der Fürsorge (Benefizienz):

Das Prinzip der Fürsorge verpflichtet medizinisches Handeln dazu, das Wohl der Patient:innen aktiv zu fördern. In der geriatrischen Versorgung bedeutet dies, über die rein krankheitsbezogene Behandlung hinaus auch Lebensqualität, funktionelle Fähigkeiten und subjektives Wohlbefinden zu berücksichtigen. Problematisch ist dabei, dass Fürsorge insbesondere bei kognitiv eingeschränkten älteren Menschen in einen paternalistischen Ansatz übergehen kann, wenn medizinische Maßnahmen ohne ausreichende Berücksichtigung des individuellen oder mutmaßlichen Willens gesetzt werden. Zudem ist das „Wohl“ nicht immer eindeutig definierbar und kann je nach Perspektive unterschiedlich interpretiert werden. Eine reflektierte Fürsorge erfordert daher eine kontinuierliche Abwägung zwischen medizinischem Nutzen und der individuellen Lebenssituation der betroffenen Person.

4.3. Prinzip des Nicht-Schadens (Non-Malefizienz):

Das Prinzip des Nicht-Schadens fordert, vermeidbare Schädigungen durch medizinische Interventionen zu unterlassen und Risiken sorgfältig abzuwägen. In der Geriatrie kommt diesem Prinzip besondere Bedeutung zu, da Multimorbidität, Polypharmazie und erhöhte Vulnerabilität das Risiko unerwünschter Wirkungen deutlich erhöhen. Die Problematik besteht darin, dass therapeutische Maßnahmen zwar leitliniengerecht sein können, jedoch im individuellen Fall zu funktionellen Einbußen, Nebenwirkungen oder einem Verlust an Autonomie führen. Die Abgrenzung zwischen potenziellem Nutzen und möglichem Schaden ist dabei häufig komplex. Lösungsansätze liegen in einer zurückhaltenden, regelmäßig überprüften Therapieplanung, in der Priorisierung patientenrelevanter Ziele sowie in der

Anwendung geriatrischer Assessments und ethischer Reflexion, um Schaden möglichst zu vermeiden.

4.4. Prinzip der Gerechtigkeit:

Das Prinzip der Gerechtigkeit fordert eine faire und diskriminierungsfreie Verteilung medizinischer Ressourcen sowie einen gleichwertigen Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Patient:innen. In der geriatrischen Praxis zeigt sich jedoch, dass dieses Prinzip insbesondere bei häufigen Spitalsaufenthalten, komplexen Krankheitsverläufen und dem Umgang mit begrenzten intensivmedizinischen Ressourcen vor besondere Herausforderungen gestellt wird. In der Realität werden medizinische Entscheidungen nicht nur auf der individuellen Indikation beruhen, sondern auch durch strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen beeinflusst. Dadurch entstehen Spannungsfelder zwischen dem Anspruch auf individuelle Versorgung und der vorhandenen Ressourcen.

Eine gerechte Entscheidungsfindung erfordert daher klar strukturierte Entscheidungsprozesse, interdisziplinäre Abstimmung und eine ethische Reflexion, die sowohl die medizinische Angemessenheit als auch die Lebenssituation der betroffenen Person berücksichtigt. Gerade in diesen Grenzbereichen zeigt sich, dass Gerechtigkeit in der Geriatrie weniger als starres Verteilungsprinzip zu verstehen ist, sondern als verantwortungsvoller Prozess, der eine kontinuierliche ethische Abwägung im konkreten Versorgungskontext verlangt .

4.5. Zusammenspiel und Grenzen der ethischen Prinzipien n der Geriatrie:

In der geriatrischen Versorgung stehen die ethischen Prinzipien nicht isoliert nebeneinander, sondern befinden sich häufig in einem Spannungsverhältnis zueinander. Besonders deutlich wird dies bei der Achtung der Autonomie, die mit Fürsorge- oder Nicht-Schadens-Überlegungen kollidieren kann, etwa wenn Patient:innen diagnostische oder therapeutische Maßnahmen ablehnen, die aus medizinischer Sicht als sinnvoll erachtet werden, oder umgekehrt belastende Interventionen wünschen, deren Nutzen fraglich erscheint. Darüber hinaus können auch Gerechtigkeitsaspekte in Konflikt mit anderen ethischen Prinzipien geraten, wenn individuelle Behandlungsbedürfnisse auf begrenzte Ressourcen treffen. So kann der Wunsch nach einer möglichst umfassenden medizinischen Behandlung im

Sinne der Autonomie oder der Anspruch, alles medizinisch Mögliche zum Wohl der Patient:innen zu tun, mit strukturellen Rahmenbedingungen kollidieren, etwa bei wiederholten Spitalsaufenthalten, der Indikationsstellung für intensivmedizinische Maßnahmen oder der begrenzten Verfügbarkeit von Intensivbetten. In solchen Situationen entsteht ein Konflikt zwischen der gerechten Verteilung medizinischer Ressourcen, der Verpflichtung zur Schadensvermeidung und der Berücksichtigung individueller Wünsche.

Diese Entscheidungssituationen verdeutlichen, dass ethische Prinzipien in der geriatrischen Praxis keine festen Handlungsanweisungen darstellen, sondern eine zentrale ethische Orientierungsgrundlage bieten. Für konkrete klinische Entscheidungen bleibt das Prinzipienmodell jedoch häufig abstrakt und bedarf der kontextbezogenen Auslegung. Ohne ergänzende Instrumente besteht die Gefahr einer schematischen Anwendung, die der individuellen Lebenssituation älterer Menschen nicht gerecht wird. Daher erfordert ethisch verantwortliches Handeln in der Geriatrie in jeder einzelnen Situation eine Erweiterung des Prinzipienmodells, die über abstrakte Prinzipien hinausgeht und narrative, relationale sowie prozessuale Ansätze integriert, um biografische Erfahrungen, persönliche Werte, klinische Einschätzung und interprofessionelle Reflexion angemessen zu berücksichtigen.

5. Palliativmedizin und Ethik als untrennbare Einheit in der Geriatrie: unterschiedlich in der Ausrichtung, vereint im Ziel

Palliativmedizin und Ethik nehmen in der geriatrischen Versorgung unterschiedliche, jedoch eng miteinander verbundene Rollen ein. Während die Palliativmedizin einen klinisch-praktischen Zugang verfolgt und sich auf die Linderung belastender Symptome, die Begleitung schwer erkrankter Menschen sowie die Unterstützung am Lebensende konzentriert, stellt die Ethik den normativen Rahmen bereit, innerhalb dessen medizinische Entscheidungen reflektiert, begründet und verantwortet werden. Trotz ihrer unterschiedlichen Ausrichtungen verfolgen Palliativmedizin und Ethik in der Geriatrie dieselben grundlegenden Ziele: den Schutz besonders vulnerabler Personen, die Wahrung der menschlichen Würde, die Vermeidung von Schaden sowie eine gute, verantwortungsvolle und zugewandte Begleitung älterer Patient:innen. Gerade im geriatrischen Kontext, der häufig durch Multimorbidität, komplexe Symptomkonstellationen und gleichzeitiger Polypharmazie geprägt ist,

zeigt sich, wie schmal der Grat zwischen fürsorglichem Handeln und unbeabsichtigter Überforderung oder Schädigung sein kann.
In dieser Versorgungsrealität übernimmt die Palliativmedizin eine orientierende und korrigierende Rolle. Sie lenkt den Blick auf Symptomlinderung, Angemessenheit und Lebensqualität und schafft damit einen Raum, in dem ethische Reflexion nicht als theoretische Ergänzung, sondern als integraler Bestandteil medizinischer Entscheidungsfindung wirksam wird. Palliativmedizin und Ethik stehen dabei nicht nebeneinander, sondern wirken in einem kontinuierlichen Dialog: sie unterstützen und ergänzen einander, hinterfragen medizinische Routinen und tragen gemeinsam dazu bei, Entscheidungen nicht allein an Leitlinien oder technischen Möglichkeiten, sondern am Wohl des konkreten Menschen auszurichten.
Im Mittelpunkt dieses gemeinsamen Handelns steht stets der einzelne geriatrische Mensch mit seiner individuellen Lebensgeschichte, seinen Werten, Wünschen und Grenzen. Ziel ist es, für dieses eine, einzigartige und wertvolle Leben eine medizinische Entscheidung zu treffen, die Würde wahrt, Leiden lindert sowie die Lebensqualität achtet und erhält – unabhängig davon, ob es um Jahre weiteren Lebens oder um die letzten Minuten am Lebensende geht.
In der Versorgung geriatrischer Patient:innen lassen sich Palliativmedizin und Ethik daher nicht trennen; sie müssen gemeinsam gedacht und gelebt werden, um eine Medizin zu ermöglichen, die nicht nur korrekt, sondern auch menschlich ist.
Zusammenfassend zeigt sich, dass Palliativmedizin und Ethik in der Geriatrie zwar unterschiedliche Funktionen erfüllen, jedoch untrennbar miteinander verbunden sind. Ihre gemeinsame Zielsetzung liegt nicht in der maximalen Lebensverlängerung um jeden Preis, sondern in der Förderung eines Lebens mit möglichst hoher Qualität, Sinnhaftigkeit und Würde. Eine geriatrische Versorgung, die palliativmedizinische Kompetenz mit kontinuierlicher ethischer Reflexion verbindet, schafft die Grundlage für verantwortungsvolle Entscheidungen in einem Versorgungsbereich, der durch Komplexität, Unsicherheit und besondere Vulnerabilität gekennzeichnet ist.

6. Versorgungsrealität geriatrischer Patient:innen in Österreich aus ethischer Perspektive

Die Versorgung geriatrischer Patient:innen in Österreich steht vor erheblichen ethischen Herausforderungen, die sich aus dem demografischen Wandel, der Weiterentwicklung medizinischer und therapeutischer Möglichkeiten sowie den

strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems ergeben. Der medizinische Fortschritt eröffnet zwar neue Behandlungsoptionen, wirft jedoch zugleich grundlegende ethische Fragen nach Angemessenheit, Nutzen und möglicher Überversorgung auf. Besonders im geriatrischen Kontext, der durch Multimorbidität, Vulnerabilität und begrenzter Prognostizierbarkeit geprägt ist, wird deutlich, dass medizinisches Handeln einer kontinuierlichen ethischen Reflexion bedarf.

6.1 Diskrepanz zwischen Anspruch und Versorgungsrealität in Österreich – eine ethische Betrachtung

Die ethischen Prinzipien der Medizin bilden den normativen Anspruch an eine menschenwürdige geriatrische Versorgung. In der Versorgungsrealität Österreichs zeigt sich jedoch eine deutliche Diskrepanz zwischen diesen ethischen Leitlinien und den strukturellen Bedingungen des Gesundheitssystems, unter denen medizinische und pflegerische Entscheidungen tatsächlich getroffen werden.

Nach Daten der Statistik Austria lebten im Jahr 2023 rund 1,9 Millionen Menschen im Alter von 65 Jahren und älter in Österreich, was etwa 21 % der Gesamtbevölkerung entspricht. Prognosen zufolge wird dieser Anteil bis 2040 auf über 26 % ansteigen. Besonders stark wächst die Gruppe der Hochbetagten: die Zahl der über 80-Jährigen wird sich bis 2050 nahezu verdoppeln. Diese demografische Entwicklung geht mit einer Zunahme von Multimorbidität, Pflegebedürftigkeit und komplexen Entscheidungsanforderungen einher, die eine ethisch sensible Versorgung zwingend erforderlich machen.
Dem steigenden Versorgungsbedarf steht eine Versorgungsstruktur gegenüber, die zunehmend unter Druck gerät und damit ethisch relevante Grenzen sichtbar macht. Laut Pflegedienstleistungsstatistik bezogen im Jahr 2023 rund 470.000 Menschen in Österreich Pflegegeld, ein erheblicher Anteil davon in höheren Pflegestufen. Innerhalb dieser Gruppe ist der Unterstützungsbedarf hoch: in der Altersgruppe ab 81 Jahren beläuft sich der Anteil an Pflegegeldbezieher:innen auf etwa 50 %. Gleichzeitig ist ein signifikanter Anteil informell betreuter Pflegepersonen zu verzeichnen: Schätzungen zufolge sind rund 800.000 Menschen in Österreich in der Betreuung und Unterstützung von pflegebedürftigen Personen eingebunden.

Gleichzeitig zeigt sich, dass der Ausbau stationärer Pflegeplätze sowie mobiler und ambulanter Dienste mit dieser Entwicklung nicht Schritt hält. Diese strukturelle Diskrepanz verschärft ethische Spannungsfelder, da Entscheidungen über Priorisierung, Zugang und Umfang von Leistungen zunehmend unter Bedingungen knapper Ressourcen getroffen werden müssen und damit Fragen einer gerechten und transparenten Verteilung der vorhandenen Versorgungsmöglichkeiten in den Vordergrund treten.
Ein zentrales ethisches Problem in der geriatrischen Versorgung stellt der Personalmangel und damit der Zeitmangel dar. Diese lässt nur begrenzten Raum für ausführliche Gespräche, partizipative Entscheidungsfindung oder die frühzeitige Klärung von Behandlungszielen zu. Damit geraten insbesondere die Prinzipien der Autonomie und der Fürsorge unter Druck. Entscheidungen werden nicht selten in Akutsituationen getroffen, ohne dass der Wille der Patient:innen ausreichend bekannt oder dokumentiert ist.
Besonders deutlich zeigt sich diese Diskrepanz bei Menschen mit neuro-kognitiven Einschränkungen. Obwohl Instrumente wie Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Advance Care Planning rechtlich etabliert sind, werden sie laut Berichten der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) bislang nicht systematisch genutzt. Aus ethischer Perspektive führt dies dazu, dass stellvertretende Entscheidungen oft unter Unsicherheit und institutionellem Druck erfolgen müssen, was das Risiko von Über- oder Fehlversorgung erhöht.

6.1.1. Konkrete Ausprägungen der ethischen Diskrepanz in der Langzeitpflege

Auch im Bereich der Langzeitpflege tritt die Diskrepanz zwischen Anspruch und Versorgungsrealität deutlich hervor. Pflegewohnhäuser sind vielfach durch personelle und organisatorische Engpässe geprägt, wodurch individuelle Zuwendung, Beziehungsgestaltung und kontinuierliche ethische Reflexion im Alltag nur eingeschränkt möglich sind. In solchen Rahmenbedingungen besteht die ethisch relevante Gefahr, dass Maßnahmen zur Sicherstellung von Stabilität, Ruhe oder organisatorischen Abläufen an Bedeutung gewinnen, während individuelle Bedürfnisse, subjektives Erleben und biografische Aspekte in den Hintergrund treten. Die ethische Diskrepanz zeigt sich dabei nicht abstrakt, sondern in konkreten Alltagssituationen. Häufig fehlt die notwendige Zeit für Gespräche, biografische

Arbeit oder eine differenzierte Wahrnehmung des Befindens geriatrischer Patient:innen. Symptome wie Unruhe, Angst oder Schlafstörungen werden unter strukturellem Druck primär als organisatorische Herausforderung interpretiert, obwohl sie Ausdruck von Leid, Überforderung oder unerfüllten Bedürfnissen sein können. Aus ethischer Sicht besteht hier die Gefahr, dass symptomorientierte Maßnahmen eingesetzt werden, ohne die zugrunde liegenden Ursachen ausreichend zu berücksichtigen.
Von besonderer ethischer Bedeutung ist zudem der Umgang mit Multimorbidität und Polypharmazie bei geriatrischen Patient:innen. Medikamentöse Maßnahmen werden nicht selten additiv erweitert, ohne dass regelmäßig eine umfassende Nutzen-Schaden-Abwägung erfolgt. Dies widerspricht dem ethischen Prinzip des Nicht-Schadens und verdeutlicht, wie strukturelle Rahmenbedingungen die kritische Reflexion therapeutischer Entscheidungen erschweren.

Auch Übergänge zwischen Versorgungssettings, etwa vom Krankenhaus in ein Pflegewohnhaus, stellen eine ethisch relevante Herausforderung dar. Fehlende oder unvollständige Informationen zu Behandlungszielen, Patientenwillen oder palliativen Aspekten führen dazu, dass Betreuungskonzepte unterbrochen oder neu begonnen werden. Dies kann zu wiederholten, für die Betroffenen belastenden Interventionen führen, deren Nutzen aus ethischer Perspektive fraglich ist.

6.1.2. Diskrepanz zwischen Anspruch und Versorgungsrealität im niedergelassenen Bereich

Auch im niedergelassenen und ambulanten Bereich zeigt sich eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Anspruch einer personenzentrierten, ethisch reflektierten geriatrischen Versorgung und den tatsächlichen Rahmenbedingungen der Versorgungspraxis. Gerade hier, wo Kontinuität, Vertrauensbeziehung und ganzheitliche Betreuung zentrale ethische Werte darstellen, stoßen Ärzt:innen und andere Gesundheitsberufe zunehmend an strukturelle Grenzen.

Hausärztinnen und Hausärzte nehmen im ambulanten Setting eine zentrale Rolle in der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten ein. Sie sind häufig die ersten und langfristig konstanten Ansprechpartner:innen, koordinieren Diagnostik und Therapie, begleiten chronische Krankheitsverläufe und stehen in engem Kontakt mit Angehörigen sowie Pflegepersonen.

Gleichzeitig ist ihre Tätigkeit durch strukturelle Rahmenbedingungen geprägt, darunter begrenzte zeitliche und personelle Ressourcen, hohe Patient:innen zahlen sowie umfangreiche administrative Anforderungen. Diese Faktoren schränken den ethischen Anspruch an eine ganzheitliche, personenzentrierte Versorgung erheblich ein und können dessen Umsetzung im Versorgungsalltag mitunter unmöglich machen. Gespräche über Behandlungsziele, Lebensqualität, Prognose oder vorausschauende Versorgungsplanung stehen dadurch häufig in Konkurrenz zu ökonomischen und organisatorischen Zwängen.

Hinzu kommt, dass die hausärztliche Versorgung im ambulanten Setting häufig von Einzelpersonen getragen wird. In vielen Ordinationen arbeiten neben der Ärzt:innen lediglich Ordinationsassistent:innen, deren Aufgaben primär organisatorischer Natur sind. Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter:innen, Psycholog:innen oder Therapeut:innen sind im Regelfall nicht direkt in die Ordination integriert. Damit liegt die Verantwortung für medizinische, psychosoziale und koordinierende Aufgaben häufig bei einer einzelnen Person, was die Umsetzung interdisziplinärer Versorgungskonzepte erschwert.

Gerade in der geriatrischen Versorgung ist jedoch eine interdisziplinäre Herangehensweise ethisch geboten. Multimorbidität, Polypharmazie, funktionelle Einschränkungen und soziale Vulnerabilität lassen sich nicht allein medizinisch adäquat erfassen. Eine verantwortungsvolle Versorgung erfordert die Einbindung unterschiedlicher Professionen, etwa Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Sozialarbeit oder mobile Palliativdienste. Diese Zusammenarbeit benötigt nicht nur fachliche Abstimmung, sondern vor allem Zeit für Kommunikation, Zielklärung und gemeinsame Entscheidungsprozesse.

In der aktuellen Versorgungsrealität erfolgt interdisziplinäre Zusammenarbeit im ambulanten Bereich oft fragmentiert und informell. Kontakte zu mobilen Pflegediensten, Therapeut:innen oder sozialen Einrichtungen finden punktuell statt, meist telefonisch oder schriftlich, ohne strukturierte gemeinsame Fallbesprechungen.

Auch die soziale Dimension geriatrischer Versorgung stellt im ambulanten Bereich eine ethische Herausforderung dar. Viele ältere Menschen leben allein, sind auf informelle Unterstützung angewiesen oder haben eingeschränkten Zugang zu mobilen Diensten.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die geriatrische Versorgung in Österreich zwar auf einem ethisch anspruchsvollen normativen Fundament ruht, dessen Umsetzung jedoch durch Ressourcenknappheit und institutionelle Rahmenbedingungen begrenzt wird. Die Diskrepanz zwischen ethischem Anspruch und Versorgungsrealität macht deutlich, dass ethische Prinzipien nicht allein auf der Ebene individueller Haltungen wirksam werden können, sondern strukturell im Gesundheitssystem verankert werden müssen.

6.1.3. Mobile Dienste und Heimhilfe als ethisch relevante Säule der ambulanten Versorgung in Österreich

Mobile Dienste und die Heimhilfe stellen im ambulanten Bereich einen wesentlichen Bestandteil der geriatrischen Versorgung in Österreich dar und bilden eine wichtige Ergänzung der hausärztlichen Versorgung. Sie ermöglichen vielen älteren Menschen - trotz Pflege- und Unterstützungsbedarfs - im vertrauten häuslichen Umfeld zu verbleiben und tragen damit wesentlich zur Wahrung von Autonomie, Würde und Lebensqualität bei.

Nach Daten der Statistik Austria und der Pflegedienstleistungsstatistik wurden im Jahr 2023 rund 150.000 Personen durch mobile Dienste betreut, wobei insgesamt etwa 15-16 Millionen Leistungsstunden erbracht wurden. Damit übersteigt die Zahl der ambulant betreuten Personen deutlich jene der Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen, die bei rund 95.000 liegt. Diese Zahlen verdeutlichen die zentrale Rolle mobiler Dienste innerhalb der österreichischen Versorgungslandschaft.

Aus ethischer Perspektive liegt der besondere Wert mobiler Dienste in ihrer Alltagsnähe und Kontinuität. Durch regelmäßige Kontakte können Veränderungen im Gesundheitszustand frühzeitig wahrgenommen und an hausärztliche oder pflegerische Stellen rückgemeldet werden. In Kombination mit der hausärztlichen Betreuung entsteht so eine komplementäre Versorgungsstruktur, die medizinische, pflegerische und soziale Aspekte miteinander verbindet.

Zusammenfassend leisten mobile Dienste und die Heimhilfe einen unverzichtbaren Beitrag zu einer ethisch verantwortungsvollen geriatrischen Versorgung in Österreich. Sie entlasten den niedergelassenen Bereich, fördern Selbstständigkeit und ermöglichen eine Betreuung, die stärker an den individuellen Lebensumständen älterer Menschen orientiert ist.

7. Ethische Relevanz unter realen Bedingungen

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung wird die Frage nach der Rolle der Ethik in der Praxis konkret: bringt ethische Reflexion unter Bedingungen von Zeit-, Ressourcen- und finanziellem Druck überhaupt einen praktischen Nutzen?

Ethik ist kein abstraktes Nebenprodukt, sondern ein unverzichtbarer Orientierungsrahmen für verantwortungsvolle Entscheidungen, gerade unter Bedingungen begrenzter Ressourcen.

In Situationen, in denen nicht alle Bedarfe der Patient:innen gleichzeitig erfüllt werden können, hilft ethische Reflexion dabei:

- Kommunikation zu strukturieren, etwa durch frühzeitiges Advance Care Planning (ACP), damit Entscheidungen im Therapieverlauf nicht adhoc unter Druck getroffen werden
- Individuelle Zielsetzungen respektvoll zu erfragen, auch wenn Zeit und Ressourcen begrenzt sind
- Nutzen-/Schadenabwägungen vorzunehmen, insbesondere bei Multimorbidität und Polypharmazie
- Prioritäten transparent zu setzen, z. B. welche Behandlungen im Verhältnis zu Lebensqualität und Belastung sinnvoll sind

Praktisch angewandte Ethik bedeutet nicht mehr Bürokratie, sondern qualifizierte Professionalität im Entscheiden: Sie fragt nicht nur was möglich ist, sondern was im konkreten Fall gerechtfertigt ist.

Ethik wird dort besonders relevant, wo der medizinisch-therapeutische Spielraum groß, die Prognose unsicher und die Balance zwischen Lebensverlängerung und Lebensqualität heikel ist. Gerade bei hochbetagten, multimorbiden Menschen ist die Frage, welche Interventionen wirklich zur Lebensqualität beitragen.

SCHLUSSFOLGERUNG

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass die geriatrische Versorgung weit über eine rein medizinische Betreuung hinausgeht und eine umfassende ethische, strukturelle und interdisziplinäre Betrachtung erfordert. Geriatrische Patient:innen sind durch Multimorbidität, funktionelle Einschränkungen, prognostische Unsicherheiten und soziale Vulnerabilität in besonderem Maß auf eine Versorgung angewiesen, die nicht allein an Diagnosen, Leitlinien oder technischer Machbarkeit orientiert ist, sondern den Menschen in seiner Gesamtheit wahrnimmt.

Das chronologische Alter, für sich genommen, ist kein adäquates Kriterium für Prognose, Therapieentscheidung oder Versorgungsintensität. Entscheidend ist vielmehr das biologische Alter, die funktionellen Reserven, kognitive Fähigkeiten, psychosoziale Ressourcen und individuelle Lebensziele. Eine ethisch verantwortbare Entscheidungsfindung setzt daher eine multidimensionale und interdisziplinäre Einschätzung voraus, die medizinische, pflegerische, psychologische, soziale und – wo erforderlich – rechtliche Aspekte integriert.

Im Verlauf der Arbeit wird wiederholt die Diskrepanz zwischen normativem Anspruch und Versorgungsrealität aufgezeigt. Sowohl im stationären als auch im ambulanten und langzeitpflegerischen Bereich stehen medizinische Entscheidungen unter erheblichem Zeit-, Ressourcen- und Kostendruck. Diese Rahmenbedingungen erschweren die Umsetzung ethischer Prinzipien, ohne jedoch deren Bedeutung zu relativieren. Im Gegenteil: gerade unter Bedingungen begrenzter Ressourcen gewinnt Ethik ihre praktische Relevanz, indem sie Orientierung bietet, Prioritäten reflektiert und hilft, Entscheidungen transparent und verantwortungsbewusst zu treffen.

Eine wichtige Rolle spielt die Palliativmedizin und ihre enge Verbindung zur Ethik in der Geriatrie. Unterschiedlich in ihrer Ausrichtung, aber vereint im Ziel, tragen beide dazu bei, Würde, Lebensqualität und Selbstbestimmung zu wahren – unabhängig davon, ob es um Jahre weiteren Lebens oder um die letzten Minuten am Lebensende geht. In der geriatrischen Versorgung können Palliativmedizin und Ethik nicht getrennt gedacht werden; sie wirken komplementär und stabilisierend in komplexen Entscheidungssituationen.

Ebenso wurde deutlich, dass ethisch verantwortbare Versorgung nicht allein durch individuelles Engagement realisierbar ist. Sie erfordert strukturelle Voraussetzungen: ausreichend Zeit für Gespräche, interdisziplinäre Zusammenarbeit, institutionell verankerte ethische Kompetenz sowie funktionierende Versorgungsnetzwerke. Mobile Dienste, Heimhilfe und der ambulante Bereich spielen hierbei eine zentrale Rolle, indem sie Alltagsnähe, Kontinuität und personenzentrierte Betreuung ermöglichen und gleichzeitig zur Entlastung stationärer Strukturen beitragen.

Positiv hervorzuheben ist, dass in Österreich in den letzten Jahren ein wachsendes Bewusstsein für die Bedeutung ethischer Fragestellungen in der Medizin zu beobachten ist. Der Ausbau palliativmedizinischer Angebote, die stärkere Implementierung von Advance Care Planning, die Etablierung ethischer Beratungsstrukturen und die zunehmende Integration ethischer Inhalte in Ausbildung und Praxis zeigen, dass Ethik nicht länger als theoretisches Zusatzthema betrachtet wird. Vielmehr findet sie schrittweise, wenn auch noch nicht flächendeckend, Eingang in den medizinischen Alltag.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine zukunftsfähige geriatrische Versorgung nur dann gelingen kann, wenn medizinische Kompetenz, ethische Reflexion und strukturelle Rahmenbedingungen gemeinsam gedacht und weiterentwickelt werden. Ethik erweist sich dabei nicht als Hemmnis medizinischen Handelns, sondern als notwendige Grundlage für eine verantwortungsvolle, menschenwürdige und patientenzentrierte Versorgung älterer Menschen. Der eingeschlagene Weg in Österreich ist erkennbar – seine konsequente Weiterführung bleibt eine gemeinsame Aufgabe aller im Gesundheitswesen Tätigen.

Empfehlungen für die Praxis und Weiterentwicklungen

Aus den vorangegangenen Überlegungen ergibt sich, dass eine ethisch verantwortbare geriatrische Versorgung nicht durch punktuelle Einzelmaßnahmen erreicht werden kann. Vielmehr bedarf es struktureller Voraussetzungen, die ethische Reflexion im Versorgungsalltag tatsächlich ermöglichen. Eine dieser Voraussetzungen ist – über alle Versorgungsbereiche hinweg – die Verfügbarkeit ausreichender Zeit. Ethik ist dabei nicht als zusätzlicher Anspruch zu verstehen, sondern als integraler Bestandteil einer Medizin, die nur dann verantwortungsvoll handeln kann, wenn Entscheidungen nicht unter permanentem zeitlichem Druck getroffen werden müssen.

- Eine zentrale Voraussetzung hierfür ist die flächendeckende Etablierung von Ethikberatungen in Pflegeeinrichtungen. Diese sollten interprofessionell organisiert, niedrigschwellig zugänglich und regelmäßig evaluiert werden. Damit Ethikberatung ihre Wirkung entfalten kann, braucht sie jedoch zeitliche Ressourcen: Zeit für Vorbereitung, für Gespräch und für gemeinsame Entscheidungsfindung. Ohne diese bleibt Ethik auf symbolische Maßnahmen beschränkt.
- Eng damit verbunden ist die kontinuierliche Schulung aller im geriatrischen Bereich tätigen Berufsgruppen in ethischer Entscheidungsfindung. Solche Schulungen benötigen nicht nur Inhalte, sondern auch geschützte Zeiträume, in denen Reflexion möglich ist. Ethik lässt sich nicht nebenbei vermitteln, sondern erfordert Raum für Erfahrungsaustausch, Unsicherheiten und gemeinsames Lernen.
- Von besonderer Bedeutung ist zudem die systematische Förderung von Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Advance Care Planning. Frühzeitige Willensklärung setzt voraus, dass Gespräche über Behandlungsziele integraler Bestandteil der medizinischen Betreuung sind. Wo dies nicht gegeben ist, werden grundlegende ethische Fragen erst in Akutsituationen relevant, was eine konsistente, am Patientenwillen orientierte Behandlung erheblich erschwert.
- Eine ethisch reflektierte Versorgung setzt daher ausreichende zeitliche Ressourcen für individuelle Betreuung voraus. Dies betrifft sowohl ärztliche als auch pflegerische Tätigkeiten. Verbesserungen können durch eine

angemessene Personalbemessung, den Abbau unnötiger administrativer Belastungen und den gezielten Einsatz technischer Unterstützung erreicht werden. Zeit ist dabei nicht als zusätzlicher Luxus zu verstehen, sondern als grundlegende Voraussetzung dafür, dass Würde, Autonomie und Lebensqualität im Versorgungsalltag tatsächlich berücksichtigt werden können.

- Ebenso wesentlich ist die Stärkung interprofessioneller Zusammenarbeit. Regelmäßige Teamgespräche, gemeinsame Fallbesprechungen und abgestimmte Zieldefinitionen erfordern feste Zeitfenster. Nur so können medizinische, pflegerische und psychosoziale Perspektiven zusammengeführt und ethisch tragfähige Entscheidungen gemeinsam getragen werden.
- Ergänzend empfiehlt sich die Entwicklung hausinterner Ethikrichtlinien, die Orientierung für wiederkehrende Entscheidungssituationen bieten.
- Zur Sicherung und Weiterentwicklung ethischer Qualität ist schließlich eine kontinuierliche Evaluation ethischer Standards erforderlich. Interne Audits, externe Begutachtungen sowie Rückmeldungen von Patient:innen und Angehörigen bringen Input, um über bloße Dokumentation hinaus tatsächlich zur Verbesserung der Versorgung beizutragen.
- Auf übergeordneter Ebene bedarf es einer politischen und gesellschaftlichen Rahmensetzung, die Zeit als zentrale Ressource ethischer Medizin anerkennt. Die Entwicklung einer nationalen Strategie zur ethischen Gestaltung der geriatrischen Versorgung sollte daher nicht nur strukturelle und finanzielle Aspekte berücksichtigen, sondern explizit auch zeitliche Rahmenbedingungen in Pflege und Medizin thematisieren.

Diese Empfehlungen sind nicht als zusätzliche Belastung eines bereits stark beanspruchten Systems zu verstehen. Vielmehr machen sie deutlich, dass Ethik dort praktisch wirksam werden kann, wo Wahrnehmung, Kommunikation, sorgfältige Abwägung und Beziehungsarbeit als selbstverständliche Bestandteile medizinischer und pflegerischer Versorgung anerkannt sind. Ihre konsequente Ermöglichung ist keine Nebensache, sondern eine zentrale Voraussetzung für Entscheidungen, die fachlich begründet, verantwortungsvoll getragen und der Würde des einzelnen Menschen gerecht werden.

Zusammenfassung

Ethische Fragen sind in der geriatrischen Versorgung nicht randständig – sie stehen im Zentrum des medizinischen und pflegerischen Handelns. Die vorliegende Arbeit zeigt, dass es in der Geriatrie keine einfachen Antworten gibt, wohl aber tragfähige Wege. Diese führen über geeignete Strukturen, kontinuierliche Schulung, offenen Dialog und den verantwortungsvollen Umgang mit Ressourcen.

Der demografische Wandel ist dabei nicht als Bedrohung zu verstehen, sondern als gemeinsame Gestaltungsaufgabe – für die Gesellschaft, für die Politik und für alle im Gesundheitswesen tätigen Professionen. Die Würde des Menschen bleibt unantastbar, unabhängig vom Lebensalter, von kognitiven Einschränkungen oder von begrenzten Rahmenbedingungen. Eine ethisch verantwortbare geriatrische Versorgung orientiert sich daher nicht an maximaler Machbarkeit, sondern an Angemessenheit, Verhältnismäßigkeit und dem individuellen Willen der betroffenen Person.

Es lohnt sich, diesen Weg bewusst und engagiert weiterzugehen – mit fachlicher Kompetenz, professioneller Haltung und menschlicher Aufmerksamkeit. Diese Diplomarbeit versteht sich als Beitrag zu diesem gemeinsamen Prozess. Sie möchte dazu ermutigen, ethische Reflexion im Alltag fortzuführen und Verantwortung zu übernehmen – als reflektierte Professionelle, die Ethik als selbstverständlichen Bestandteil ihres medizinischen, pflegerischen und zutiefst menschlichen Handelns begreifen.

LITERATURVERZEICHNIS

1) Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8. Aufl.). Oxford University Press.
2) Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). (2020). *Palliativ- und Hospizversorgung in Österreich – Statusbericht*. Wien.
3) Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). (2022). *Pflegevorsorgebericht*. Wien.
4) Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). (2023). *Advance Care Planning in Österreich – Rahmenbedingungen und Umsetzung*. Wien.
5) Deutscher Ethikrat. (2020). *Alter und Gesellschaft – Herausforderungen und Chancen des demografischen Wandels*. Berlin.
6) Fuchs, T. (2017). *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption*. Kohlhammer.
7) Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). (2021). *Versorgung älterer Menschen in Österreich*. Wien.
8) Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). (2023). *Pflegeversorgung in Österreich – Daten und Fakten*. Wien.
9) Hilty, M. P., et al. (2017). Frailty and multimorbidity: A systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 523–536.
10) Jonas, H. (1984). *Das Prinzip Verantwortung*. Suhrkamp.
11) Klie, T. (2018). *Ethik in der Pflege*. Kohlhammer.
12) Marckmann, G. (2016). *Praxis der Medizinethik*. Springer.
13) Massl, E. (2015). Ethik in Pflege und Medizin – Grundlagen, Reflexionen und Entscheidungsfindung. Facultas.
14) Mitchell, A. J. (2018). The Mini-Mental State Examination (MMSE): An update. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(1), 13–21.
15) Montreal Cognitive Assessment (MoCA). (2005). *A brief screening tool for mild cognitive impairment*. Journal of the American Geriatrics Society, 53(4), 695–699.
16) National Institute on Aging. (2019). *What Is Palliative Care?* Bethesda.
17) Rockwood, K., et al. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Canadian Medical Association Journal*, 173(5), 489–495.

18) Statistik Austria. (2023). *Pflegedienstleistungsstatistik*. Wien.

19) Statistik Austria. (2024). *Bevölkerungsprognose für Österreich*. Wien.

20) World Health Organization (WHO). (2015). *World Report on Ageing and Health*. Genf.

21) World Health Organization Quality of Life Group. (2006). *WHOQOL-OLD manual*. Genf.