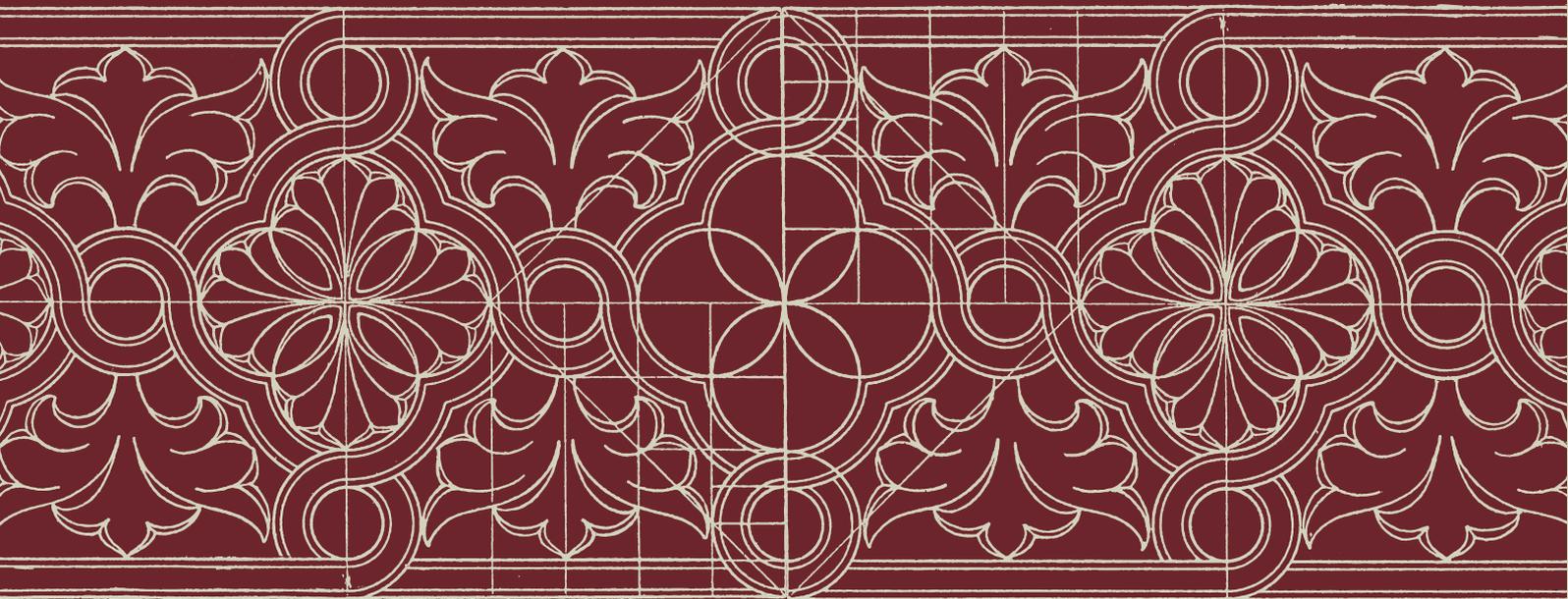


ORTHODOXE PATIENTENVERFÜGUNG

Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung,
Behandlungswünsche und Schweigepflichtsentbindung



ORTHODOXE PATIENTENVERFÜGUNG

Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung,
Behandlungswünsche und Schweigepflichtsentbindung



Deutschsprachige Orthodoxie in Mitteleuropa, Arbeitsgruppe Orthodoxer Ärzte-Treff 2025

www.dom-hl-michael.de

<https://www.facebook.com/share/15gQDuUyEv/?mibextid=wwXIfr>

Ersteller: Orthodoxer Ärzte-Treff

Texte: Dr. Claudia-Maria Podașcă, Cornelia Delkeskamp-Hayes

Korrektur: Cornelia Delkeskamp-Hayes, Pfr. Med. Athanasie Ulea

Grafik / DTP: Alexandra-Ioana Popescu

VORWORT

Sehr geehrte Ärzte, geschätztes medizinisches Personal,

Die vorliegende Patientenverfügung wurde mit dem Ziel erstellt, Ihnen als Leitfaden für die Behandlung von orthodox-christlichen Patienten zu dienen. Es ist uns bewusst, dass bezüglich bestimmter Behandlungen und Maßnahmen nicht immer Einigkeit zwischen Ärzten in der säkularisierten Gesellschaft und der orthodoxen Kirche besteht. Diese Verfügung soll Ihnen helfen, die Wünsche und Überzeugungen des Patienten zu verstehen und zu respektieren. In der orthodoxen Tradition spielt der Glaube eine zentrale Rolle, insbesondere in Zeiten der Krankheit und des Leidens. Für einen wahrhaft gläubigen orthodoxen Christen ist die geistliche Dimension der Heilung ebenso wichtig wie die körperliche. Daher bitten wir Sie, bei Ihrer medizinischen Entscheidungsfindung auch die spirituellen Bedürfnisse des Patienten zu berücksichtigen. Es ist von großer Bedeutung zu verstehen, dass für einen orthodoxen Christen der Rat seines Seelsorgers von höchster Wichtigkeit ist. Der Seelsorger fungiert nicht nur als geistlicher Beistand, sondern auch als Vermittler zwischen dem medizinisch Indizierten oder nicht-Indizierten einerseits und den religiösen Bedürfnissen des Patienten andererseits. Wir empfehlen daher, in kritischen Situationen, sofern nur irgend möglich, Rücksprache mit dem zuständigen orthodoxen Geistlichen zu halten. Der weltliche Teil dieser Verfügung wurde bewusst beibehalten, um einen Anreiz zur regelmäßigen Überprüfung und Erneuerung der Patientenverfügung zu schaffen. Dies soll sicherstellen, dass die Wünsche des Patienten stets aktuell und seinem gegenwärtigen Glaubens- und Gesundheitszustand angepasst sind. Gleichzeitig haben wir Raum für individuelle, situationsbedingte Entscheidungen gelassen, die im Einklang mit dem orthodoxen Glauben stehen. Ein besonderer Abschnitt zur Organspende soll es dem Patienten erlauben, seine Position zu dieser ethisch und spirituell komplexen Frage darzulegen. Für Ärzte mit möglicherweise säkularem Hintergrund möchten wir hierdurch erkennbar machen, dass der Patient sich eingehend mit allen Optionen auseinandergesetzt und eine fundierte Entscheidung getroffen hat, die seinen religiösen Überzeugungen entspricht.

Wir bitten Sie, diese Patientenverfügung als Ausdruck des tiefen Glaubens und der wohlüberlegten Wünsche des Patienten zu respektieren. Gleichzeitig erkennen wir Ihre medizinische Expertise an und vertrauen darauf, dass Sie im besten Interesse des Patienten handeln werden. Sollten Sie Fragen oder Bedenken bezüglich der in dieser Verfügung geäußerten Wünsche haben, zögern Sie bitte nicht, Kontakt mit dem angegebenen orthodoxen Seelsorger aufzunehmen. Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis und Ihre Bereitschaft, die spirituellen Bedürfnisse unserer orthodoxen Patienten in Ihre medizinische Versorgung einzubeziehen. Ihre Bemühungen, eine ganzheitliche Betreuung zu gewährleisten, die sowohl die körperlichen als auch die geistlichen Aspekte berücksichtigt, werden sehr geschätzt.

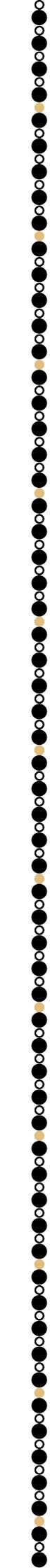
GRUNDSÄTZE

Die Orthodoxe Kirche betrachtet den letzten Lebensabschnitt als einen entscheidenden Moment im spirituellen Leben eines Menschen. In dieser Zeit bereitet er sich auf seine Begegnung mit Christus vor: Sein Sterben bedeutet nicht Ende sondern Übergang.

Hier spielen die Mysterien der Kirche, die Beichte, Krankensalbung und Eucharistie eine zentrale Rolle. Hier richten sich auch medizinische Entscheidungen über Verzicht oder Einsatz, Fortsetzung oder Absetzung lebenserhaltender Interventionen und Therapien oder auch über Beschränkung auf palliative Versorgung nach kirchlichen Grundsätzen. Wie der Heilige Basilius der Große in seiner Antwort auf Frage 55 in den *Langen Mönchsregeln* feststellt, hat Gott den Menschen „recht“ geschaffen und zu guten Werken bestimmt. Zu solch „guten Werken“ kann im Extremfall auch ein im letzten Moment ausgesprochenes Schuld-Bekenntnis wie das des Schwächers gehören, der neben Christus gekreuzigt wurde und seinen Glauben an den Gottes-Sohn bekannte. Das heißt: Medizinische Hilfe soll den Leib heilen und das Leiden lindern, soll dabei aber die Notwendigkeit einer Heilung der Seele im Vordergrund halten. „Was aber überflüssig und unnütz erdacht worden ist und viel Mühe macht und gleichsam unser ganzes Leben der Sorge für das Fleisch zuwendet, das müssen die Christen vermeiden“ (Hl. Basilius der Große). Um hier die für jeden Patienten und seine Familie richtige, d.h. ihre Heiligung fördernde Entscheidung zu treffen, bedarf es der Einsicht in die geistliche Reife aller Beteiligten. Aus diesem Grunde ist eine seelsorgerliche Begleitung durch einen Priester, dem der Patient vertraut (und die Angehörigen hoffentlich auch), unverzichtbar.

Ein solcher Priester kann überdies gegenüber Ärzten, Pflegern, orthodoxen Patienten und ihrer Familie die grundsätzlichen Normen der orthodoxen Kirche zur Geltung bringen. Hierzu gehören insbesondere:

1. die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens: Jede das Eintreten des Todes oder die Verkürzung des Sterbeprozesses intendierende Handlung wird als schwere Sünde gewertet. Auch einem unter Leidensdruck im Patienten erwachender Ruf nach Suizid-Assistenz oder „Euthanasie“ sollte niemals stattgegeben werden; für einen Christen würde dies Selbstmord bedeuten, die keine Möglichkeit der tätigen Umkehr offenhält.
2. die Sorge für jenes „christliche Ende unseres Lebens, ohne Schmerz, ohne Schande, in Frieden, und eine gute Rechenschaft vor dem furchtbaren Richterstuhl Christi“, um das die Kirche in jeder Liturgie betet.



Diese Sorge verpflichtet die medizinisch Verantwortlichen zu angemessener Pflege, Schmerzlinderung und Vermeidung jeder Form von „Therapie,“ die ein nicht mehr zu „guten Taten“ fähiges, nur noch biologisches Weiterleben verlängert. Bei alledem darf eine eventuell unvermeidliche, nicht beabsichtigte Verkürzung des Sterbeprozesses in Kauf genommen werden.

3. die orthodoxe Bestattung: Sie sorgt dafür, dass Menschen, die „vom Staub genommen“ wurden, wieder zu Staub werden dürfen; sie schreibt die angemessen gottesdienstlich gestaltete Erdbestattung vor. Es ist für orthodoxe Christen unvorstellbar, dass ihr Leib, der durch die Heilige Eucharistie zum „Tempel des Heiligen Geistes“ wurde, einer Verbrennung ausgesetzt wird.

PERSONALIEN

a) Autor der Patientenverfügung:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Nationalität:

Adresse:

PLZ/Ort:

für den Fall, dass ich durch Krankheit oder Unfall nicht mehr fähig bin, meine Interessen und meinen Wunsch nach orthodoxer Glaubensstreue gegenüber Ärzten und Pflegern angemessen zur Geltung zu bringen.

Ort, Datum:

Unterschrift des Verfügenden:

b) Bevollmächtigter in medizinischen und sozialen Angelegenheiten

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefonnummer:

E-Mail:

Beziehungsverhältnis:

Hiermit bestätige ich, dass ich bereit bin, die Vollmacht bzw. Betreuung in den unten genannten Angelegenheiten zu übernehmen und mich bei einer Entscheidung nach den geäußerten Wünschen, Werten und Verfügungen zu richten.

Ort, Datum:

Unterschrift des Bevollmächtigten:

Diese Vollmacht erstreckt sich auf meine gerichtliche und außergerichtliche Vertretung in allen gesetzlich zulässigen Fällen. Insbesondere umfasst die Bevollmächtigung auch:

1. die Vertretung gegenüber Behörden (einschließlich Steuerbehörden), Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern, Gerichten und Dritten
2. die Verwaltung meines Vermögens. Der Bevollmächtigte ist namentlich berechtigt, über Vermögensgegenstände jeder Art zu verfügen sowie Zahlungen und Wertgegenstände anzunehmen, Verbindlichkeiten einzugehen, insbesondere Darlehens- und sonstige Kreditverträge abzuschließen, Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abzugeben sowie mich im Geschäftsverkehr mit Geldinstituten zu vertreten
3. die Entgegennahme und Öffnung meiner Post sowie Entscheidungen über den Fernmeldeverkehr
4. den Abschluss eines Heimvertrages
5. die Bestimmung meines Aufenthaltes, die Auflösung meines Haushaltes sowie die Aufgabe meiner Wohnung
6. die Gesundheitsorge. Der Bevollmächtigte ist insbesondere berechtigt, für mich Entscheidungen in allen Angelegenheiten der Gesundheitsorge einschließlich aller Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-) stationären Pflege zu treffen. Der Bevollmächtigte, sollte nach Möglichkeit, erst nach Rücksprache mit meinem Seelsorger Heilbehandlungen unterbrechen oder in einen ärztlichen Eingriff einwilligen
7. meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1906 Abs. 1 BGB) und freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Bettgitter; Medikamente u.a.) in einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung (§ 1906 Abs. 4 BGB), sofern und solange dergleichen zu meinem Wohle erforderlich ist (z.B. im Rahmen einer psychischen Erkrankung oder Delir)
8. Einsicht in meine Krankenunterlagen, deren Herausgabe an Dritte, Befragung der Ärzte etc. über meinen Gesundheitszustand. Ich entbinde deshalb alle mich behandelnden Ärzte und nicht ärztliches Personal gegenüber meinem Bevollmächtigten von ihrer Schweigepflicht.
Die vorstehende Bevollmächtigung kann von mir jederzeit gegenüber dem Bevollmächtigten widerrufen werden. Die gleichen Bedingungen gelten in Abwesenheit des Bevollmächtigten auch für die Ersatzpersonen (siehe unten).

Dies ist mein ausdrücklicher Wunsch!

Ort, Datum:

Unterschrift:

c) Ersatz-Bevollmächtigte

Kann meine Vertretungsperson (siehe Abschnitt b)) nicht kontaktiert werden oder kann sie aus anderen Gründen diese Aufgabe nicht wahrnehmen, so bestimme ich folgende Ersatzperson/ Ersatzpersonen:

1. Person

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefonnummer:

E-Mail:

Beziehungsverhältnis:

2. Person

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefonnummer:

E-Mail:

Beziehungsverhältnis:

Diese Person(en) ermächtige ich, meinen Willen gegenüber dem Behandlungsteam in den oben beschriebenen Angelegenheiten zu vertreten. Sie dürfen und müssen über meinen medizinischen Zustand informiert werden, darum entbinde ich die Ärzte diesen Personen gegenüber von ihrer Schweigepflicht. Bei allen wichtigen medizinischen Entscheidungen sollen diese Personen, soweit dies nur irgend zeitlich vertretbar ist, einbezogen werden. Sie dürfen auch ohne Einschränkung meine Krankenakten einsehen.

Ich habe die Patientenverfügung mit meiner Ersatzperson/ meinen Ersatzpersonen besprochen:

Ja, Datum:

Nein

d) Orthodoxer Beichtvater / Seelsorger und Vertreter

Mein Beichtvater / Seelsorger soll hiermit insbesondere in folgenden Situationen zu Rat gezogen werden.

Bitte ankreuzen:

- bei allen Entscheidungen am Lebensende
- bei Entscheidungen, die einen Therapierückzug erfordern
- bei Entscheidungen aufgrund von chronischer Erkrankung, die eine Therapieerweiterung erfordern
- wenn Familie und Ärzte sich über den weiteren Verlauf der Therapie nicht einig werden können

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefonnummer:

E-Mail:

Gemeinde:

Diözese:

Diese Person ermächtige ich, die orthodoxen Normen und Ziele medizinischer Eingriffe gegenüber dem Behandlungsteam zu vertreten. Sie darf und muss über meinen medizinischen Zustand informiert werden und auch meine Krankengeschichte einsehen, soweit dies für den zu fällenden Entscheid nötig ist. Auch ihr gegenüber entbinde ich das Behandlungsteam von seiner Schweigepflicht. Ein Besuch auf der Intensivstation und die Verabreichung der heiligen Sakramente ist ausdrücklich gewünscht.

Sollte diese Person verhindert oder nicht erreichbar sein, gelten für seinen Vertreter, der möglichst derselben Diözese angehört, die gleichen Rahmenbedingungen.

Ich habe die Patientenverfügung mit meinem Seelsorger/Beichtvater besprochen:

Ja, Datum:

Nein

e) Behandelnde Ärzte

Hausarzt:

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefonnummer:

E-Mail:

Facharzt für.....:

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefonnummer:

E-Mail:

Ich habe die Patientenverfügung mit meinem behandelnden Arzt (Facharzt) besprochen:

Ja, Datum:

Nein

MEINE WÜNSCHE

a) Behandlungsziele und medizinische Maßnahmen

Ungeachtet meines Wunsches, Entscheidungen über Lebensverlängerung oder Beschränkung auf Leidenslinderung unter Zuziehung meiner Bevollmächtigten und meines Seelsorgers zu treffen, möchte ich hier anhand einiger typischer Beispiele noch einiges zu meiner Einstellung zu solchen Fragen sagen, was es allen Parteien erleichtern kann, gute Entscheidungen für mich zu treffen.

Situation 1:

Es handelt sich um eine Notfallsituation, in der ich mich plötzlich nicht mehr äußern kann. Der Ausgang ist ungewiss; grundsätzlich kann aber mit einer Erholung gerechnet werden (Beispiele: Kopfverletzung bei Verkehrsunfall; Herzstillstand bei Herzinfarkt). Hier wünsche ich mir, solange die nach orthodoxer Lehre (vgl. die Basilius-Zitate aus den Grundsätzen, S. 5 dieser PV) angemessene medizinische Indikation noch gegeben ist, jedoch alternative Vorgehensweisen zulässt:

- Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschließlich Reanimation
- Keine Reanimation. Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie
- Keine Reanimation. Keine invasive Beatmung. Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie
- Keine Reanimation. Keine invasive Beatmung. Keine Behandlung auf Intensivstation. Ansonsten Beginn Notfalltherapie
- Keine Reanimation. Keine invasive Beatmung. Keine Behandlung auf Intensivstation. Keine Mitnahme ins Spital/auf Notfallstation. Ausschließlich lindernde Maßnahmen, keine Therapie hinzukommender Infektionen. Wenn möglich Verbleib in der bisherigen häuslichen Umgebung

Situation 2:

Bedingt durch Krankheit oder Unfall kann ich mich mit großer Wahrscheinlichkeit oder Sicherheit aufgrund bleibender Unfähigkeit nie mehr zu medizinischen Maßnahmen äußern, (Beispiele: Folgezustand einer schweren Hirnverletzung ohne Möglichkeit einer sozialen Interaktion). Nur dann, wenn weiterhin denkbar bleibt, dass ich in einem solchen Zustand immer noch zum inneren Gebet in der Lage sein könnte (sofern neurologisch und prognostisch möglich, z.B. bei Locked-in-Syndrom/Demenz/Delir), wünsche ich mir (im Rahmen verfügbarer und für andere Patienten nicht benötigter medizinischer Ressourcen sowie nach dem Rat meines Seelsorgers):

- Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschließlich Reanimation
- Keine Reanimation. Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie
- Keine Reanimation. Keine invasive Beatmung. Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie
- Keine Reanimation. Keine invasive Beatmung. Keine Behandlung auf Intensivstation. Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie
- Keine Reanimation. Keine invasive Beatmung. Keine Behandlung auf Intensivstation. Keine Mitnahme ins Spital/auf Notfallstation. Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie
- Ausschließlich lindernde Maßnahmen. Wenn möglich Verbleib in der bisherigen häuslichen Umgebung

Aktualisierung: Ich werde diese Patientenverfügung alle zwei Jahre überprüfen, neu datieren und unterschreiben.

Teil Abschnitt a) entspricht immer noch meinem Willen. Dies bestätige ich mit meiner erneuten Unterschrift:

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

b) Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen in der präfinalen und finalen Lebensphase

Hier geht es neben Schmerzen auch um Atemnot, Angst und Übelkeit

- Ich wünsche eine umfassende Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen wie Atemnot, Angst und Übelkeit. Dafür nehme ich in Kauf, dass mein Bewusstsein möglicherweise getrübt wird. Auch darf unter Umständen meine verbleibende Lebenszeit dadurch unbeabsichtigt verkürzt werden.
- Ich wünsche eine umfassende Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen wie Atemnot, Angst und Übelkeit. Dafür nehme ich in Kauf, dass mein Bewusstsein möglicherweise getrübt wird. Schmerzmittel (Opioide) sollen auch in der Sterbephase so dosiert werden (niereninsuffizienzgerechte Anpassung), dass dadurch meine Lebenszeit **NICHT** verkürzt wird.
- Ich wünsche eine umfassende Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen wie Atemnot, Angst und Übelkeit. Eine Eintrübung des Bewusstseins (sofern nicht bereits durch die Erkrankung eingetreten) nehme ich **NICHT** in Kauf. Schmerzmittel (Opioide) sollen auch in der Sterbephase so dosiert werden (niereninsuffizienzgerechte Anpassung), dass meine Lebenszeit dadurch **NICHT** verkürzt wird.
- Wachheit und die Fähigkeit meine Mitmenschen wahrzunehmen sind für mich wichtiger als eine umfassende Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen wie Atemnot, Angst und Übelkeit. Ich bin bereit, ein gewisses Maß an Symptomen zu ertragen, wenn ich dafür meine Mitmenschen wahrnehmen kann.
- Ich wünsche (sofern medizinisch sinnvoll) auch regionale Schmerz- und Anästhesieverfahren zur Schmerzlinderung, als Zusatz oder Alternative zu starken Opioiden.

Aktualisierung: Ich werde diese Patientenverfügung alle zwei Jahre überprüfen, neu datieren und unterschreiben.

Teil Abschnitt b) entspricht immer noch meinem Willen. Dies bestätige ich mit meiner erneuten Unterschrift:

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

c) Letzte Lebensphase

ich lege Wert auf die Feststellung, dass eine künstliche Ernährung eine lebensverlängernde Behandlung ist, die normalerweise dann eingeleitet wird, wenn ein Patient über mehrere Tage nicht essen kann. Mir ist bewusst, dass während der letzten Lebensphase normalerweise kein Hungergefühl mehr besteht. Angesichts dieser Tatsachen wünsche ich mir in dieser Phase:

- Ich will eine künstliche Zufuhr von Nahrung
- Ich will **KEINE** künstliche Zufuhr von Nahrung

Mir ist bewusst, dass eine künstliche Flüssigkeitszufuhr (zum Beispiel über eine Infusion) keine längerfristig lebensverlängernde Maßnahme ist, dass Flüssigkeit unter Umständen verabreicht werden kann, wenn ein Patient nicht schlucken kann und wenn damit belastende Symptome wie Durst oder Verwirrungszustände gelindert werden können.

- Ich will eine künstliche Flüssigkeitszufuhr
- Ich will die künstliche Flüssigkeitszufuhr nur, wenn sie dazu dient, belastende Symptome zu lindern
- Ich will **KEINE** künstliche Flüssigkeitszufuhr

Aktualisierung: Ich werde diese Patientenverfügung alle zwei Jahre überprüfen, neu datieren und unterschreiben.

Teil Abschnitt c) entspricht immer noch meinem Willen. Dies bestätige ich mit meiner erneuten Unterschrift:

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

d) Organspende

Ich bin mir bewusst, dass ich einer Organspende zustimmen oder einer solchen Spende widersprechen kann. Mir ist klar, dass eine Zustimmung auch die vorbereitenden organerhaltenden Maßnahmen einschließt.

- Ich möchte meine Organe spenden. Jegliche Organe, Gewebe und Zellen können nach meinem Tod (Hirntod) aus meinem Körper entnommen werden
- Ich möchte alle meine Organe spenden außer:
- Ich möchte meine Organe **NICHT** spenden

Aktualisierung: Ich werde diese Patientenverfügung alle zwei Jahre überprüfen, neu datieren und unterschreiben.

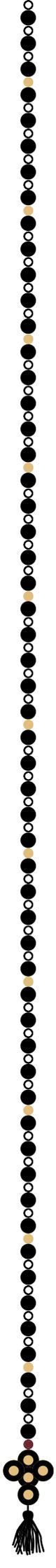
Teil Abschnitt d) entspricht immer noch meinem Willen. Dies bestätige ich mit meiner erneuten Unterschrift:

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift



e) Obduktion

Ich gestatte:

Eine klinische Obduktion

KEINE Obduktion

Aktualisierung: Ich werde diese Patientenverfügung alle zwei Jahre überprüfen, neu datieren und unterschreiben.

Teil Abschnitt e) entspricht immer noch meinem Willen. Dies bestätige ich mit meiner erneuten Unterschrift:

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Telefon

.....

Ort

.....

Straße

.....

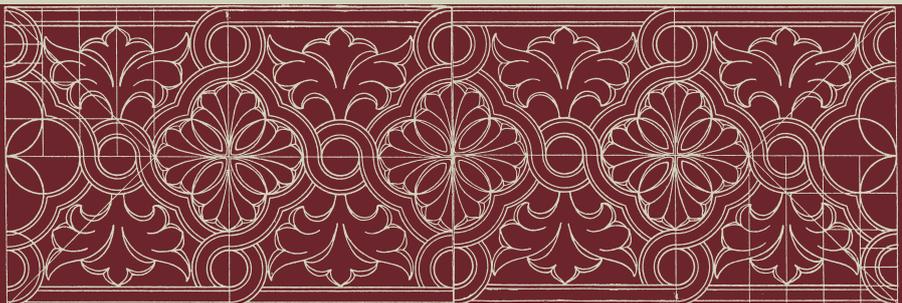
Name

.....

Ich besitze eine Patientenverfügung



**ORTHODOXE
PATIENTENVERFÜGUNG**



**Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung,
Behandlungswünsche und Schweigepflichtsentbindung**

