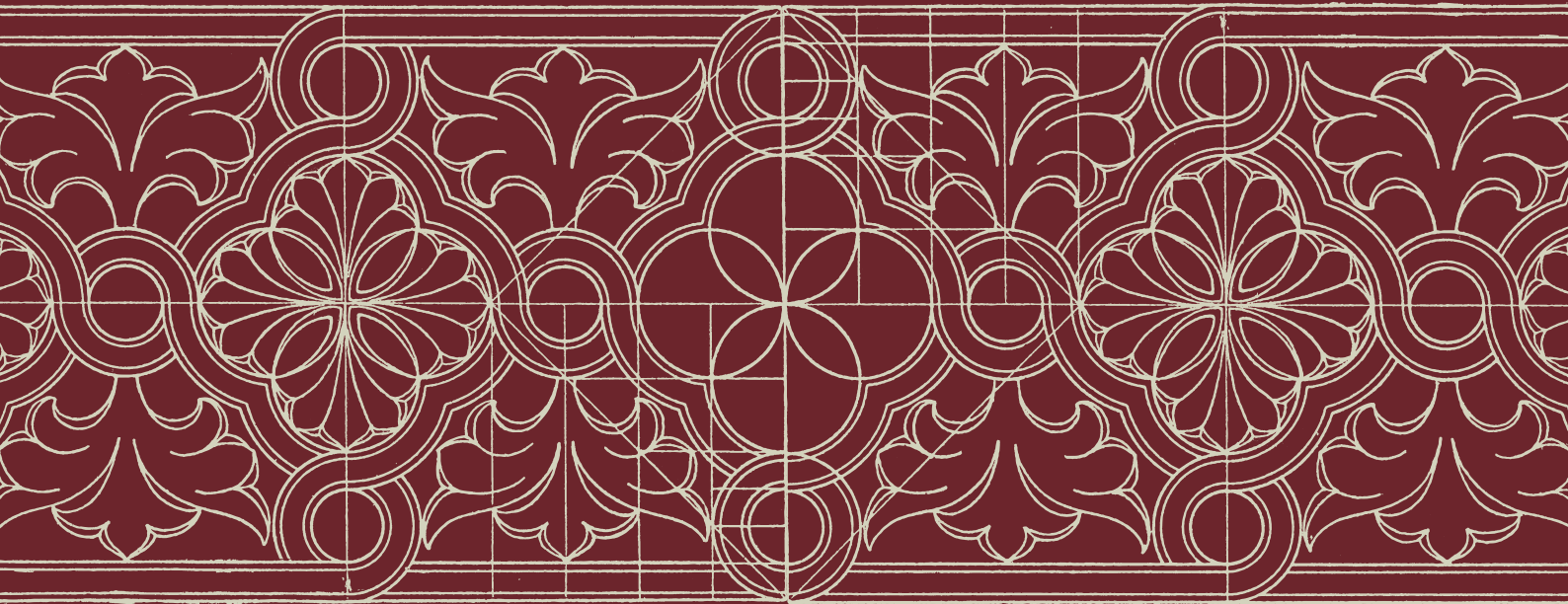


# ORTHODOXE PATIENTENVERFÜGUNG

Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung,  
Behandlungswünsche und Schweigepflichtentbindung



# ORTHODOXE PATIENTENVERFÜGUNG

Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung,  
Behandlungswünsche und Schweigepflichtentbindung



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 (Neurologie und Notfallmedizin)

**Korrektur:** Cornelia Delkeskamp-Hayes (Bioethik), Priestermonch Athanasie Ulea  
(Psychiatrie und Psychotherapie)

**Grafik / DTP:** Alexandra-Ioana Popescu (Grafikdesign)

# VORWORT

Sehr geehrte Ärzte, geschätztes medizinisches Personal,

Die vorliegende Patientenverfügung soll einen Leitfaden für die Behandlung orthodox-christlicher Patienten bereitstellen. Sie soll für deren besondere Bedürfnisse innerhalb unserer dezidiert säkularen Medizin Raum schaffen. Für wahrhaft gläubige orthodoxe Christen ist die geistliche Dimension ihrer Heilung ebenso wichtig wie die körperliche. Für sie ist auch im Krankenhaus der Rat ihres Seelsorgers zentral. Dieser 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. In kritischen Situationen sind solche Patienten dankbar, wenn Sie als Ärzte– soweit nur irgend möglich – den involvierten Geistlichen in Ihre medizinischen Erwägungen und Entscheidungen mit einbeziehen könnten.

Der weltliche Teil dieser Verfügung wurde absichtlich beibehalten, um einen Anreiz zur regelmässigen Überprüfung und Erneuerung zu schaffen. Dies soll sicherstellen, dass die Wünsche des Patienten stets aktuell seinem jeweiligen Glaubens- und Gesundheitszustand angepasst sind. Ein besonderer Abschnitt zur Organspende soll es ihm erlauben, seine Position zu dieser ethisch und spirituell komplexen Frage darzulegen. Für Ärzte mit möglicherweise säkularem Hintergrund sollen ausgefüllte Patientenverfügungen deutlich machen, dass ihre Verfasser sich eingehend mit allen Optionen auseinandergesetzt und eine fundierte Entscheidung getroffen hat, die ihren religiösen Überzeugungen entspricht.

Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis und Ihre Bereitschaft, die spirituellen Bedürfnisse unserer orthodoxen Patienten bei Ihrer medizinischen Versorgung zu berücksichtigen. Ihre Bemühungen, eine ganzheitliche Betreuung zu gewährleisten, die sowohl die körperlichen als auch die geistlichen Aspekte berücksichtigt, werden sehr geschätzt.

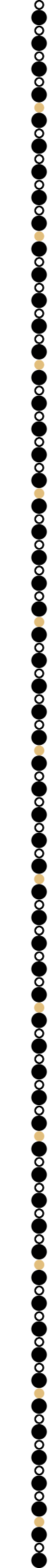
# GRUNDSÄTZE

Die Orthodoxe Kirche betrachtet den letzten Lebensabschnitt als einen entscheidenden Moment im 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 die Willensentscheidungen der Patienten über Verzicht oder Einsatz, Fortsetzung oder Absetzung lebenserhaltender Interventionen und Therapien sowie 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 Schächers gehören, der neben Christus gekreuzigt wurde und seinen Glauben an den Gottes-Sohn bekannte. Und überhaupt: 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“. 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 Glaubenstreue gegenüber Ärzten und Pflegern angemessen zur Geltung zu bringen, bevollmächtige ich die unten stehenden Personen.

\_\_\_\_\_  
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 Gesundheitssorge. Der Bevollmächtigte ist insbesondere berechtigt, für mich Entscheidungen in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge 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. Bei allen wichtigen medizinischen Entscheidungen sollen diese Personen, soweit dies nur irgend zeitlich vertretbar ist, einbezogen werden. Sie sind auch verpflichtet, meinen Seelsorger in medizinische Entscheidungen einzubeziehen. 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 delegierte Priester

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

- ☐ 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 ermächtigt mich, 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, bis ich meine Beichte abgelegt habe.
- ☐ 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

### **VERBINDLICHKEIT**

Ich wünsche, dass sich meine Ärzte und Betreuer gem. der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs nach dem Willen des Patienten richten. Sie machen sich strafbar, wenn sie gegen Wünsche und Verfügungen verstoßen, die in einer Verfügung festgelegt wurden. (BGH 1991; 3 StR 467/90; LG Ravensburg 03.12.1986 NStZ 1987 229f; Sternberg-Lieben NJW 1985; 2734ff, vgl. BGH NJW 1995 S. 204ff; Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, DtÄBl 1998, A-2366-2367; Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen, DtÄBl 1999, A-2720-2721/DtÄBl 2004 A 1298).

Telefon

Ort

Straße

Name

Ich besitze eine Patientenverfügung

ORTHODOXE  
PATIENTENVERFÜGUNG  
POCKET-CARD



Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung,  
Behandlungswünsche und Schweigepflichtentbindung

