

² Vgl. E. Gillen, Caritas-Leitbilder in Europa, in: caritas 94 (1993) 304-314 sowie die übrigen Beiträge dieses Heftes.

³ M.N. Ebertz, Caritas im gesellschaftlichen Wandel - Expansion in die Krise?, in: M. Lehner/W. Zauner (Hg.), Grundkurs Caritas, Linz 1993, 83-114, hier: 91; vgl. zum folgenden auch aaO. 86-92.

⁴ Darüber informiert J. Degen, Diakonie als Agentur im Wohlfahrtsstaat, in: Concilium 24 (1988) 319-323, bes. 319f.

⁵ AaO. 322.

⁶ Vgl. H. Steinkamp, Diakonie in der Kirche der Reichen und in der Kirche der Armen, in: Concilium 24 (1988) 295-301, hier: 295f.

⁷ Vgl. K. Gabriel, Optionen verbandlicher Caritas im Wandel der sozialstaatlich organisierten Gesellschaft, in: caritas 93 (1992) 250-258, hier: 253.

⁸ Vgl. aaO. 254.

⁹ Vgl. H. Pompey, Das Profil der Caritas und die Identität ihrer Mitarbeiter/-innen, in: caritas '93, Freiburg 1992, 11-26; ders., Entlastung für die Mitarbeiter, in: Herderkorrespondenz 47 (1993) 317-319.

¹⁰ Vgl. R. Zerfaß, Das Proprium der Caritas als Herausforderung an die Träger, in: caritas '93, aaO. 27-40; ders., Lebensnerv Caritas, Freiburg 1992.

¹¹ R. Zerfaß, Das Proprium der Caritas, aaO. 29.

¹² Vgl. E. Gillen, aaO. 310.

¹³ Vgl. hierzu ausführlicher W. Fürst, Pastorale Diako-

nie - Diakonische Pastoral, in: N. Feldhoff/A. Dünner (Hg.), Die verbandliche Caritas, Freiburg 1991, 52-80, bes. 70-72.

¹⁴ Vgl. zum folgenden K. Gabriel, aaO. 255ff.

¹⁵ Vgl. hierzu E. Gillen, aaO. 304f. 308f.

¹⁶ Vgl. das Schreiben von Bischof Franz Kamphaus an die MitarbeiterInnen in den sozial-caritativen Einrichtungen im Bistum Limburg vom 24. 2. 1993, 2.

NORBERT METTE

1946 in Barkhausen (BRD) geboren; Studium der Theologie und Sozialwissenschaften; Dr. theol.; seit 1984 Professor für Praktische Theologie an der Universität-Gesamthochschule Paderborn; verheiratet; 3 Kinder; Mitglied des Direktionskomitees von CONCILIUM; zahlreiche Veröffentlichungen zu pastoraltheologischen und religionspädagogischen Themen; u.a.: Voraussetzungen christlicher Elementarerziehung (Düsseldorf 1983); Kirche auf dem Weg ins Jahr 2000 (gem. mit M. Blasberg-Kuhnke, Düsseldorf 1986); Gemeindepraxis in Grundbegriffen (hg. mit Chr. Bäumler, München/Düsseldorf 1987); Auf der Seite der Unterdrückten? Theologie der Befreiung im Kontext Europas (hg. mit P. Eicher, Düsseldorf 1989); Der Pastorale Notstand (gem. mit O. Fuchs u.a., Düsseldorf 1992). Anschrift: Liebigweg 11a, D-48165 Münster.

John P. Beal

Katholische Krankenhäuser - Wie katholisch werden sie bleiben?

Die katholische Kirche hat eine lange Geschichte der Fürsorge für Kranke und Sterbende in medizinischen Einrichtungen. Im Jahre 1990 gab es weltweit 5.946 Einrichtungen für akute medizinische Versorgung, 14.300 Arznei-

ausgabestellen, 732 Spezialkliniken für Leprakranke und 11.018 Einrichtungen für langfristige medizinische Versorgung unter katholischem Vorzeichen¹. Auch wenn die Form der Trägerschaft von Land zu Land unterschiedlich ist, ist die institutionalisierte medizinische Versorgung unter katholischem Vorzeichen eine sichtbare Vergegenwärtigung der Kirche in Gesellschaften weltweit. Sowohl äußere als auch kircheninterne Einflüsse bestimmen das Klima, in dem katholische medizinische Einrichtungen arbeiten, und stellen eine Herausforderung für deren katholische Identität dar. Auch wenn sich dieser Artikel vor allem mit der katholischen Gesundheitsfürsorge der Vereinigten Staaten befaßt, haben doch medizinische Einrichtungen in anderen Ländern mit ähnlichen Problemen zu tun.

1. Einflüsse, die die katholische Gesundheitsfürsorge bestimmen

1.1. Äußere Einflüsse

1.1.1. Die medizinische Versorgung wird in wachsendem Ausmaß nicht mehr als kostenlose Form tätiger Nächstenliebe angesehen, sondern als Ware, die denselben Marktbedingungen unterliegt wie alle anderen Konsumgüter auch. Die Beziehungen zwischen Anbietern, Verbrauchern, Zahlenden und denen, die die Verfahrensweise bestimmen, werden mehr und mehr durch ökonomische Überlegungen bestimmt. Weil das medizinische Versorgungssystem überschüssige Kapazitäten hat, müssen Anbieter untereinander um Marktanteile kämpfen. Selbstloser Dienst an Kranken und Sterbenden floriert in diesem Wettbewerbsklima nicht.

1.1.2. Gewinnorientierte Krankenhäuser und Versorgungssysteme sind sehr schnell an Zahl und Marktanteil gewachsen. Um zu überleben, mußten sich gemeinnützige katholische Einrichtungen häufig in horizontal und vertikal integrierten Systemen neu organisieren und ihre Dienstleistungen erweitern². So haben sich katholische Einrichtungen an Gemeinschaftsunternehmen mit anderen Anbietern beteiligt und neue gewinnorientierte Gesellschaften gegründet auf Gebieten, die mit medizinischer Versorgung zusammenhängen oder auch nicht, um so Einkünfte für ihre eher traditionellen Dienstleistungen zu beschaffen. Die Gefahren für mehrfach inkorporierte katholische Einrichtungen liegen darin, daß die Entscheidungen, welche Dienstleistungen angeboten werden, nicht auf der Grundlage der Bedürfnisse der Gemeinschaft getroffen werden, sondern im Hinblick auf die Rentabilität. Außerdem werden dritte inkorporierte Parteien in die Beziehung zwischen Patient und Fürsorgeinstanz eingeschaltet, und Gemeinschaftsunternehmen mit nicht-katholischen Anbietern werden eine Kooperation in Unternehmungen nach sich ziehen, die im Widerspruch zu katholischen Werten stehen.

1.1.3. Je stärker ökonomische Überlegungen die Ausführung der Gesundheitsfürsorge bestimmen, desto stärker werden die wirtschaftlich Benachteiligten vom Markt der medizini-

schen Versorgung verdrängt. Schätzungsweise 35 Millionen Amerikaner haben keinerlei Krankenversicherungsschutz, während zahllose andere unzureichend abgesichert sind³. Katholische Krankenhäuser wurden ursprünglich gegründet, um den Bedürfnissen der Armen zu dienen und wurden aus Menschenfreundlichkeit heraus unterstützt. Später wurde die Fürsorge für die Armen subventioniert, indem man die Kosten auf zahlungskräftige Patienten übertrug (normalerweise im Rahmen von Haftpflichtversicherungen). In einer Zeit, in der Regierung und Privatversicherungen kostensenkende Maßnahmen durchführen, wird das Subventionieren der auf Nächstenliebe gründenden Fürsorge durch das Verlagern der Kosten mehr und mehr unmöglich. So stehen viele katholische Krankenhäuser vor einem Dilemma: Entweder sie behalten ihre Verpflichtung gegenüber den Armen bei und sehen sich dem Bankrott gegenüber, oder sie behalten ihre Zahlungsfähigkeit und geben die Armen auf.

1.2. Innere Einflüsse

1.2.1. Katholische Gesundheitsfürsorgeeinrichtungen sind überwiegend Erbe von Frauenorden. Da die Anzahl der Ordensfrauen abnimmt, wird es für die Orden zunehmend schwer, eine sichtbare Präsenz in ihren Einrichtungen oder auch nur in der Verwaltung zu gewährleisten. Pflegepersonal, Supervisoren und Leitungspersonal in katholischen Krankenhäusern sind heute vor allem Laien. Die Aufrechterhaltung einer katholischen Identität hängt vom Einsatz dieser Laien für katholische Werte ab.

1.2.2. Katholische Krankenhäuser haben eine lange Tradition der Fürsorge für alle Patienten, unabhängig von deren Glaubensbekenntnis. Schon bevor die Chancengleichheit bei der Einstellung von Beschäftigten verpflichtend wurde, führte der Bedarf an kompetentem Personal zu einer großen Vielfalt bei der Belegschaft katholischer Einrichtungen auf allen Ebenen. Heute schließt das Personal katholischer Einrichtungen von der Verwaltung bis zur Wäscherei sowohl Katholiken als auch Nichtkatholiken ein, die ihre Arbeit vor allem als «Job» und nicht als «geistlichen Dienst»

ansehen. In dieser pluralistischen Atmosphäre ist die Treue zu authentisch katholischen Werten eine beständige Herausforderung.

1.2.3. Die Literatur über katholische medizinische Einrichtungen unterstreicht deren gemeinschaftlichen Charakter. Auch wenn das Ideal des Aufbaus von Dienstleistungsgemeinschaften inspirierend ist, klingt doch die Gemeinschafts-Rhetorik unausweichlich hohl. Eine Einrichtung, die gemeinschaftlichen Trends gegenüber verschlossener wäre als die heutigen Krankenhäuser, ist schwer vorstellbar. Abgesehen von den Folgen der immer größer werdenden Spezialisierung in der Ärzteschaft, sind Krankenhäuser strikt hierarchisch gegliederte Einrichtungen mit geringen Auf- oder Abstiegsmöglichkeiten. Verwaltungsangestellte, medizinisches und Pflegepersonal, Techniker, Hausmeister und Wartungspersonal und andere - alle klammern sich fest, manchmal auch protektionistisch, an die Stellung ihrer Gruppe in dem Unternehmen. Das Fördern von Gemeinschaft in solchen von Rangordnungen geprägten Einrichtungen ist eine vertrackte Herausforderung.

2. Neue Modelle in der katholischen Gesundheitsfürsorge

2.1. Vom «Familienbetrieb» zum «Franchise-Prinzip»

Diese äußeren und inneren Einflüsse zeigen kaum Anzeichen des Nachlassens. Sie führen vielmehr zur raschen Aufgabe veralteter, traditioneller Formen des Definierens und Erhaltens katholischer Identität von medizinischen Einrichtungen. Die meisten katholischen Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge wurden als unabhängige institutionelle Apostolate von Ordensgemeinschaften gegründet. Auch wenn Orts Bischöfe ihre Einrichtung begrüßten und sich Visitations- und Aufsichtsrechte vorbehielten⁴, arbeiteten sie als «Familienbetriebe» der gründenden Orden. Die Orden besaßen und führten ihre Gesundheitsfürsorgeeinrichtungen und rüsteten sie in großem Maße mit Personal aus. Verwurzelt im Charisma ihrer Institutionen durch die ordensinterne Ausbildung, waren die Mitglieder dieser geistlichen

Familien überall in ihren Organisationen gegenwärtig, und ihr Geist durchdrang diese Einrichtungen⁵.

Im Gefolge des Zweiten Vatikanums verwandelten Veränderungen in der Kirche und im Gesundheitssystem diese «Familienbetriebe» grundlegend. Katholische medizinische Einrichtungen begannen einen nicht umkehrbaren Prozeß von einem Modell des «Familienbetriebs» hin zum «Franchise-Prinzip» zu durchlaufen⁶. Unabhängige Einrichtungen wichen multikorporierten Dachgesellschaften und schließlich koordinierten oder integrierten medizinischen Versorgungssystemen. Abnehmendes Engagement von Ordensleuten im Gesundheitsdienst, unterentwickelte geistliche Bildungsprogramme für Laien in der Gesundheitsfürsorge und das schnelle Wachstum der medizinischen Versorgungseinrichtungen in Größe und Komplexität führten zur Überwindung traditioneller Systeme der Weitergabe und des Erhalts von Katholizität.

2.2. Einführung der zivilrechtlichen Korporation

Ein frühes Anzeichen für die Veränderung katholischer medizinischer Einrichtungen von «Familienbetrieben» hin zu «Franchise» war die Maßnahme, institutionelle Apostolate als öffentliche Einrichtungen zu gestalten, unabhängig von den tragenden Orden. Das Ziel getrennter Körperschaften lag darin, die Orden vor der Haftbarkeit für die Aktivitäten ihrer Gesundheitsfürsorgeeinrichtungen zu schützen und den Anspruch dieser Einrichtungen auf öffentliche Gelder zu erhöhen. Während die Orden weiter die Trägerschaft dieser Einrichtungen und gewöhnlich auch eine gewisse Aufsichtsfunktion behielten, wurde die Verantwortung für die alltäglichen Vorgänge Verwaltungsräten übertragen, bestehend aus Laien und einigen Ordensleuten. Die Auswirkung dieser Trennung bei medizinischen Einrichtungen auf den kanonischen Status ihres Besitzes wurde zu einem heiß diskutierten Thema unter Kirchenrechtlern.

John McGrath behauptete, daß eine Eintragung als eigene Körperschaft das Eigentumsrecht der Vermögenswerte einer Einrichtung von dem tragenden Orden auf die neue zivil-

rechtliche Körperschaft überträgt⁷. So unterliege dieser Besitz nicht länger kanonischen Regeln der Verwaltung und Veräußerung von kirchlichem Eigentum. Adam Maida entgegnete, daß eine Eintragung als zivile Körperschaft keine Veränderung im kanonischen Status des Besitzes einer katholischen Einrichtung der medizinischen Versorgung bewirken würde. Folglich müßten sich die Verwaltung und Veräußerung dieser Vermögenswerte an kanonische Regeln halten⁸. Tatsächlich ist der kanonische Status des Besitzes von katholischen medizinischen Einrichtungen ein weitaus komplexeres Problem, als die Thesen von McGrath und Maida behaupten, und muß durch jeweils individuelle Fallanalysen bestimmt werden⁹.

Der kanonische Status des Besitzes katholischer medizinischer Einrichtungen stellt kein unwichtiges Thema dar. Doch hat die Dominanz der diesbezüglichen kirchenrechtlichen Debatte in den USA durch die McGrath-Maida-Kontroverse den beruhigenden, aber falschen Eindruck geschaffen, daß die katholische Identität einer Gesundheitsfürsorgeeinrichtung allein dadurch begründet und garantiert werde, daß ihr Besitz Eigentum einer kirchlichen öffentlichen juristischen Person ist und deren Aufsicht unterliegt. Eine ähnliche Kurzsichtigkeit beeinflusste die kirchenrechtliche Diskussion in Deutschland. Dort führte das Anliegen, die Autonomie katholischer Wohltätigkeitseinrichtungen gegenüber staatlicher Kontrolle zu bewahren, dazu, daß man sich fast ausschließlich auf die juristische Beziehung dieser Einrichtungen gegenüber hierarchischer Autorität konzentrierte¹⁰. Die Fixierung auf den juristischen Status einer Institution oder ihres Besitzes hat dazu geführt, daß die kirchenrechtlichen Diskussionen über katholische Identität weitergehen, ohne das sich schnell verändernde Klima, in dem diese Einrichtungen arbeiten, ausreichend zu berücksichtigen und nur mit geringem Bezug auf innere Faktoren von medizinischen Einrichtungen, die ihre katholische Identität entscheidend formen.

Es bedarf des Weitblicks und des Mutes, die katholische Identität von Gesundheitsfürsorgeeinrichtungen zu definieren und zu pflegen, während diese von «Familienbetrieben» zu

«Franchise» verwandelt werden. Einerseits muß die katholische Identität solcher Einrichtungen so definiert werden, daß sie sowohl theologisch adäquat als auch in Einklang mit ihrer gegenwärtigen Struktur ist. Auf der anderen Seite muß internen Verfahrensweisen, Praktiken und körperschaftlichen «Kulturformen», die katholische Identität von Rhetorik in Realität übersetzen, gleiche oder größere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

3. Die Definition einer katholischen Gesundheitsfürsorgeeinrichtung

3.1. Katholische Gesundheitsfürsorge innerhalb der Kirche

Katholische Gesundheitsfürsorgeeinrichtungen bestehen nicht «in der Welt» mit nur unwesentlichen Verbindungen zur Kirche. Ihr Leben und Sein liegt *in* der Kirche, «dem ganzen großen Leib von Menschen, der einst aus dem Ereignis Christi erstand und immer noch lebt, um ihn in die Welt zu tragen, zu deren Erlösung»¹¹. Medizinische Einrichtungen haben teil an der erlösenden Mission der Kirche und leisten deshalb einen Dienst in und für die Kirche. Dieser Dienst ist eine Dienstleistung, die die Kranken dazu bevollmächtigt, sich über die verheerenden körperlichen, psychischen und geistlichen Auswirkungen der Krankheit und des Alters zu erheben und ihr menschliches und christliches Potential zu erkennen¹². So existieren Gesundheitsfürsorgeeinrichtungen in der Kirche, um die Nächstenliebe und die Achtung jedes Menschen, die die Kirche verkündigt, in die Tat umzusetzen.

3.2. Bande der Gemeinschaft

Als Einrichtungen «in der Kirche» stehen Gesundheitsfürsorgeeinrichtungen notwendigerweise mit der hierarchischen Führung der Kirche in Verbindung. Diese Gemeinschaft drückt sich auf drei wesentliche Arten aus: dem Festhalten der Einrichtung an katholischer Moral und ethischen Lehren, der seelsorgerlichen Versorgung von Patienten und Beleg-

schaft und der Etablierung einer gewissen kirchenrechtlichen Beziehung zwischen der Einrichtung und der hierarchischen Führung.

3.2.1. Die Übereinstimmung mit kirchlicher Lehre in medizinisch-ethischen Fragen wird gewöhnlich dadurch erreicht, daß bischöfliche Weisungen in die Grundsatzpapiere der Einrichtung aufgenommen werden¹³. Doch allein die Befolgung solcher Direktiven kann die Katholizität einer Gesundheitsfürsorgeeinrichtung nicht sichern. Da bischöfliche Anweisungen in erster Linie dazu dienen, Handlungsweisen, die als mit der amtlichen Lehre unvereinbar angesehen werden, zu verbieten, definieren sie gewöhnlich, was katholische Einrichtungen nicht tun dürfen, nicht, was sie tun und sein müssen.

3.2.2. Die kirchenrechtliche Verbindung zwischen einer Gesundheitsfürsorgeeinrichtung und der hierarchischen Autorität kann verschiedene Formen annehmen.

3.2.2.1. *Das traditionelle Modell der Trägerschaft.* Die traditionelle und immer noch am meisten übliche Form ist die Gründung und Trägerschaft einer Einrichtung durch eine einzelne Ordensgemeinschaft, mit der Zustimmung des Bischofs der Diözese. Die Katholizität wird durch die Verbindung der Einrichtung mit der öffentlichen juristischen Person des tragenden Ordens und durch die Aufsicht des Bischofs über die Einrichtung gefördert, auch wenn die Einrichtung selbst nicht den Status einer öffentlichen juristischen Person innerhalb der Kirche hat. Die Umstände der Gründung der Einrichtung und die Auswirkungen aller späteren Umstrukturierungen bestimmen, ob ihre Vermögenswerte Eigentum der Kirche sind.

Viele Orden haben ihre medizinischen Einrichtungen als zivilrechtliche Mitglieds-Korporation strukturiert. Dieses Modell erlaubt Ordensgemeinschaften, die Kontrolle über die Katholizität und die Leitung der Einrichtungen, die sie tragen, zu behalten, indem sie kritische Vollmachten über die Einrichtungen Mitgliedern der Korporation (gewöhnlich die kirchenrechtliche Leitung des tragenden Ordens) vorbehalten, auch wenn sie an Zahl abnehmen.

Da der Druck auf unabhängige Einrichtungen zugenommen hat, hat eine Entwicklung

zu gemeinsamer Trägerschaft von Netzwerken und Systemen der medizinischen Einrichtungen durch verschiedene Orden und die Vereinigung der Einrichtungen einzelner Orden zu großen Systemen stattgefunden. Da regionale und überregionale Systeme und Netzwerke in der Versorgung mit Gesundheitsfürsorgeeinrichtungen eine größere Rolle spielen, muß man jedoch überlegen, die Verantwortung für die Aufsicht über die katholische Gesundheitsfürsorge von dem örtlichen Diözesanbischof auf die Bischofskonferenz zu übertragen.

3.2.2.2. *Alternative Trägerschaftsmodelle.* Aufgrund von Zweifeln bezüglich der zukünftigen Leistungsfähigkeit von Ordensgemeinschaften, auch als Mitglieder von Korporationen, eine effektive Trägerschaft im Bereich der Gesundheitsfürsorge fortzusetzen, hat man alternative Modelle der Trägerschaft entwickelt. Um katholische Identität in medizinischen Einrichtungen und in anderen Institutionen aufrechtzuerhalten, bedarf es mehr als katholischer Sprache in Verlautbarungen und Dokumenten der Körperschaft. Eine «kritische Masse» strategisch plazierte Personals am Dienst der Einrichtung muß deren Heilsauftrag verpflichtet sein. In der Vergangenheit waren es Ordensleute, die diese «kritische Masse» ausmachten; in Zukunft werden es nur Laien oder Laien im Einvernehmen mit Ordensleuten sein. Die kritische Herausforderung liegt darin, effektive Bildungsprogramme für Laien in Leitungsfunktionen und im Gesundheitswesen zu entwickeln, vielleicht indem man Ordensleute «als Mentoren und «Träger» der nächsten Generation von Trägern»¹⁴ engagiert.

Der revidierte Codex des kanonischen Rechts bietet Ansatzpunkte, um neue Formen der Trägerschaft zu entwickeln.

3.2.2.2.1. Wo eine Laien- oder gemischte Gruppe bereits vorhanden ist, die sich der Fortsetzung der Mission katholischer Gesundheitsfürsorge verpflichtet weiß, kann die zuständige kirchliche Autorität (CIC can. 312) sie als einen öffentlichen Verein von Gläubigen konstituieren, der den Rechtsstatus einer juristischen Person genießt und seine Mission «im Namen der Kirche» (CIC can. 313) ausübt. Obwohl öffentliche Vereine eine gewisse Autonomie genießen, müssen ihre Statuten

von den zuständigen Autoritäten anerkannt werden (CIC can. 314), ihre Mitgliedschaft ist auf Katholiken mit gutem Leumund (= nicht vom Glauben abgefallene oder exkommunizierte Katholiken, Anm. d. Übers.) beschränkt (CIC can. 316), ihr Besitz wird entsprechend den das Kircheneigentum betreffenden Regeln verwaltet, und ihre Aktivitäten unterliegen der Aufsicht und möglichen Intervention der zuständigen Autorität (CIC can. 317-319). Die Konstituierung eines Trägers einer Gesundheitsfürsorgeeinrichtung als einen öffentlichen Verein bindet ihn eng an die juristische Struktur der Kirche.

Es gibt das Argument, daß der kirchlichen Natur wohltätiger Unternehmungen nur in einer Form, bei der Gesundheitsfürsorge durch eine kirchliche öffentliche juristische Person im Namen der Kirche ausgeführt wird, angemessen Ausdruck verliehen werden kann¹⁵. Diese Position scheint auf einer verarmten Ekklesiologie zu basieren, nach der die einzig wahre Form kirchlicher Aktivität die ist, die in kirchlicher Mission von der Hierarchie aus durchgeführt wird. Wenn es auch stimmt, daß es in der Verantwortung des Diözesanbischofs liegt, Werke des Apostolats in der Diözese zu fördern und auf ihre ordnungsgemäße Koordination zu achten (CIC can. 394, § 1), fordern (nicht einmal empfehlen) weder der Codex noch die Konzilsdokumente, auf denen er basiert, daß alle organisierten oder institutionalisierten apostolischen Unternehmungen als Erweiterung der Aufgaben des Bischofs angesehen werden müssen. Auch gibt es nichts im Wesen des Dienstes der Gesundheitsfürsorge, was seine Ausübung wesentlich auf kirchliche Autoritäten beschränkt (CIC can. 301 § 1). Die besondere Kombination von professioneller Kompetenz und christlichem Engagement, die der Dienst der Gesundheitsfürsorge verlangt, scheinen ihn tatsächlich als einen Dienst zu qualifizieren, der in besonderer Weise für Laien geeignet ist. So ist ein öffentlicher Verein der Gläubigen, auch wenn er ein verfügbares Ausdrucksmittel für die Fortsetzung katholischer Trägerschaft im Bereich der Gesundheitsfürsorge darstellt, nicht das einzig akzeptable oder sogar zu bevorzugende Modell.

3.2.2.2. Aufgrund der Taufe haben die Gläubigen an der Sendung der Kirche teil und das Recht, Vereine zu gründen und wohltätige Werke ins Leben zu rufen. Sie können jedoch diese Unternehmungen ohne die Zustimmung kirchlicher Autorität nicht als katholisch bezeichnen (CIC can. 216-217). Nichts hindert die Gläubigen, als einzelne oder als Gruppen eine Gesundheitsfürsorgeeinrichtung in katholischer Tradition zu gründen oder die Arbeit einer bereits existierenden Einrichtung zu übernehmen, wenn die Trägergemeinschaft zurücktritt. Doch es bedarf der Erlaubnis des Diözesanbischofs, damit die Gläubigen ihre Einrichtung (weiterhin) als «katholisch» bezeichnen können. Auch wenn der Bischof die Echtheit der Katholizität der Einrichtung sichern und die weitere Einhaltung katholischer Werte überwachen muß (CIC can. 305 § 1), hat eine «katholische» Einrichtung dieser Art keine weitere institutionelle Verbindung mit kirchlichen Strukturen.

3.2.2.2.3. Sollten die Gläubigen einen formaleren Status innerhalb der Kirche wünschen, um die Fortführung katholischer Identität einer Einrichtung sicherzustellen, könnten sie die Anerkennung als privater Verein von Gläubigen durch die zuständige Autorität anstreben (CIC can. 299 §§ 1-3). Die Anerkennung setzt die Überprüfung der Statuten des Vereins durch die zuständige Autorität voraus, die dem Verein auch den Status einer privaten juristischen Person innerhalb der Kirche gewähren kann. Die Mitgliedschaft in privaten Vereinen ist nicht auf Katholiken beschränkt, sondern kann auf Nichtkatholiken, die dem Dienst des Vereins verpflichtet sind, ausgedehnt werden¹⁶. Wenn ein privater Verein auch der Wachsamkeit der zuständigen Autorität unterliegt, die ihn auflösen kann, wenn seine Tätigkeit von katholischer Lehre oder Disziplin abweicht (CIC can. 326 § 1), so genießt er doch rechtmäßige Autonomie im Ausführen seiner Unternehmungen (CIC can. 323 § 1). Auch wenn einem privaten Verein private Rechtspersönlichkeit gewährt wird, wird sein Vermögen gemäß seiner Statuten und dem betreffenden Zivilrecht (CIC can. 325) verwaltet.

Es wurde teilweise angeregt, privaten Vereinen, die im institutionellen Gesundheits-

fürsorgedienst aktiv sind, den Status einer privaten juristischen Persönlichkeit zu verleihen, da dieser Status die Aufmerksamkeit auf die Tätigkeit des Vereins lenkt, statt auf die Menschen, aus denen er besteht. Doch die katholische Identität einer Einrichtung ist weniger von ihrem juristischen Status abhängig als von der Hingabe und Spiritualität derer, die an ihrer Arbeit teilhaben. Konsequenterweise sollte die Aufmerksamkeit auf die Mitglieder der Vereine und ihre Ausbildung zum Apostolat in der Gesundheitsfürsorge konzentriert werden (CIC can. 329).

Fast ein Jahrhundert lang haben private Vereine für eine katholische Präsenz in der Gesundheitsfürsorge und anderen wohltätigen Einrichtungen in Deutschland gesorgt¹⁷. Ihr privater Status scheint die katholische Identität dieser Einrichtungen nicht geschwächt zu haben. Unlängst wurden Versuche in den Vereinigten Staaten mit privaten Vereinen als Träger katholischer Krankenhäuser durchgeführt, als die gründenden Orden gezwungen waren, sich zurückzuziehen. Von diesen Versuchen sind jedoch zu wenige Angaben verfügbar, um die Effektivität privater Vereine in der Erhaltung der katholischen Identität von Gesundheitsfürsorgeeinrichtungen in den Vereinigten Staaten zu bestimmen.

4. Was es bedeutet, eine katholische medizinische Einrichtung zu sein

Ganz gleich welche juristische Form die Beziehung einer Einrichtung der medizinischen Versorgung zu der hierarchischen Autorität einnimmt, weder das zivile noch das kanonische Recht kann ihre katholische Identität garantieren. Die Katholizität hängt entscheidend von der Verpflichtung ihres Personals gegenüber der Gesundheitsfürsorge als geistlichem Dienst ab. In dieser Hinsicht sind drei Faktoren wesentlich: qualitativ gute Fürsorge, das Streben nach sozialer Gerechtigkeit und die Sorge für die Armen¹⁸.

4.1. Die Qualität medizinischer Versorgung in katholischen Einrichtungen darf nicht geringer sein als in nichtkatholischen und säkularen Pendanten. Doch eine katholische Einrichtung dient der ganzen Person - Körper, Geist und Seele. Solch eine ganzheitliche

Gesundheitsfürsorge verlangt Aufmerksamkeit, nicht nur im Bereich der wissenschaftlichen Qualität der geleisteten medizinischen Versorgung, sondern auch im Hinblick darauf, wie diese ausgeführt wird. Wie der verstorbene André Hellegers beobachtete: «In dem Maß, in dem die Bereiche der Fürsorge in der Medizin von den heilenden allmählich verdrängt wurden, schien es weniger Platz für christliche Tugenden zu geben. Ich denke, daß in Kürze die Nachfrage nach diesen alten christlichen Tugenden zurückkehren wird und diese wieder sehr hoch im Kurs stehen werden. Unsere Patienten werden eine helfende Hand brauchen, nicht ein helfendes Messer. Dies ist nicht die Zeit, um das technologiearme Modell der medizinischen Versorgung abzubauen»¹⁹.

Auch wenn an solch qualitativ guter Fürsorge nichts spezifisch katholisch ist, so ist es doch in der öffentlichen Meinung dieser persönliche Kontakt, der christliche Einrichtungen von säkularen unterscheidet²⁰.

4.2. Die Glaubwürdigkeit der Verkündigung des Evangeliums durch die Kirche wird untergraben, wenn ihr eigenes internes Leben, das ihrer medizinischen Einrichtungen eingeschlossen, nicht die Gerechtigkeit, die sie predigt, widerspiegelt. Katholische Einrichtungen müssen auf die Forderungen nach sozialer Gerechtigkeit achten, wenn sie Entscheidungen darüber treffen, welche Dienste sie anbieten und wie sie ihre Ressourcen verteilen. Diese Entscheidungen sollten im Licht der wirklichen Bedürfnisse der medizinischen Versorgung der Gemeinschaften, denen sie dienen, getroffen werden, statt unter rein finanziellen Gesichtspunkten. Die kirchliche Soziallehre muß auch den Beziehungen zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern in diesen Einrichtungen Gestalt geben.

4.3. Vom Markt ausgeübter Druck könnte katholische Einrichtungen davon abhalten, das Ausmaß der Fürsorge, die sie den Bedürftigen in der nahen Zukunft geben, wesentlich zu erweitern. Dennoch können sie die Würde der armen Patienten, denen sie dienen, respektieren, indem sie ihnen die qualitativ gleiche Fürsorge und persönliche Aufmerksamkeit schenken wie besser gestellten Patienten. Sie können auch nachdrücklich für

öffentliche Grundsätze eintreten, die den gerechten Zugang Armer zum System der medizinischen Versorgung sicherstellen. Entscheidungen darüber, wo Einrichtungen lokalisiert werden, welche Art von Diensten angeboten oder nicht weitergeführt werden und welche Art von Ausrüstung gekauft wird, sollten im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf die Armen getroffen werden.

5. *Schlussbemerkung*

Katholische Einrichtungen haben eine lange und bemerkenswerte Geschichte des Dienstes an Kranken und Sterbenden. Rasche Verän-

derungen im System der medizinischen Versorgung und in der Kirche stellen beängstigende Herausforderungen für die Fähigkeit dieser Einrichtungen dar, weiterhin Fürsorge in einer Art und Weise anzubieten, die authentisch katholisch ist. Das kanonische Recht kann helfen, die katholische Identität dieser Einrichtungen beizubehalten. Doch wie katholisch sie in der Zukunft sein werden, hängt in erster Linie von der Leitung, der kreativen Phantasie und der treuen Hingabe derer ab, die davon überzeugt sind, daß medizinische Versorgung kein Job, sondern ein geistlicher Dienst ist.

¹ Annuario Statisticum Ecclesiae (Vatikan-Stadt 1990) 329. Im gleichen Jahr wurden in den Vereinigten Staaten 644 Krankenhäuser, 148 Arzneiausgabestellen, 2 Spezialkliniken für Leprakranke und 11.018 Einrichtungen für langfristige medizinische Versorgung von katholischen Trägern betrieben. AaO. 323.

² P. Starr, *The Social Transformation of American Medicine* (New York 1982) 420-449.

³ Catholic Health Organisation, *No Room in the Marketplace* (Saint Louis 1986) 2.

⁴ Codex Iuris Canonici (1917) Can. 1489 § 2 und 1491 § 1.

⁵ Consolidated Catholic Health Care, *Critical Choices: Catholic Health Care in the Midst of Transformation* (Oak Brook, IL 1993) 5-7.

⁶ Ebd.

⁷ J. McGrath, *Catholic Institutions in the United States* (Washington 1968).

⁸ A. Maida, *Ownership, Control and Sponsorship of Catholic Institutions* (Harrisburg 1975). Jüngerer Datums: A. Maida/N. Cafardi, *Church Property, Church Finances, and Church Related Corporation* (Saint Louis 1984).

⁹ R. Kennedy/J. McGrath/A. Maida/Michiels, *Introduction to a Study of the Canonical and Civil-Law Status of Church-Related Institutions in the United States*, in: *The Jurist* 50 (1990) 351-401.

¹⁰ A. Bamberg, *Hôpital et Églises* (Strasbourg 1987) 234-244.

¹¹ J. Komonchak, *The Catholic University in the Church*, in: *Catholic Universities in Church and Society* (Washington 1993) 38.

¹² R. McCormick, *Health and Medicine in the Catholic Tradition* (New York 1984) 20-24.

¹³ Die Katholische Bischofskonferenz der Vereinigten Staaten bestätigte im November 1971 solche Direktiven. *United States Catholic Conference, Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Facilities* (Washington 1971).

¹⁴ Consolidated Catholic Health Care, aaO. 35.

¹⁵ H. Heinemann, *Die Rechtsstellung des Deutschen Caritasverbandes und der Diözesanverbände und ihre Einordnung in das Gesetzbuch der Kirche*, in: *Archiv für katholisches Kirchenrecht* 158 (1989) 428. Vgl. auch, A. Hierold, *Grundlegung und Organisation kirchlicher Caritas unter besonderer Berücksichtigung des deutschen Teilkirchenrechtes* (MthStkan 38) (St. Ottilien 1979) 137. Nordamerikanische Autoren wie Maida, die die Behauptung aufstellen, daß die Vermögenswerte einer Gesundheitsfürsorgeeinrichtung die einer öffentlichen Rechtspersönlichkeit sein müssen, damit die Einrichtung als katholisch angesehen wird, scheinen eine ähnliche Position einzunehmen.

¹⁶ H. Heinemann, *Die Mitgliedschaft nichtkatholischer Christen in kirchlichen Vereinen*, in: *Archiv für katholisches Kirchenrecht* 153 (1984) 416-426.

¹⁷ H. Heinemann, *Die Rechtsstellung*, aaO. 418-428.

¹⁸ Vgl. J.K. Deblois, *The Catholic Hospital: An Analysis and Critique* (Washington 1987) 133-163.

¹⁹ *Zit. nach*, R. McCormick, aaO. 41.

²⁰ Vgl. A. Bamberg, aaO. 270-289.

Aus dem Engl. übers. von Wolf-Elmar Schmidt M.A.

JOHN P. BEAL

1946 in Titusville, PA., geboren; ordiniert zum Priester der Diözese Erie in Pennsylvania (USA), arbeitete er im Bereich des höheren Schulwesens und in der Verwaltung der Diözese. Er promovierte im Jahr 1985 über kanonisches Recht an der Catholic University of America in Washington. Im Moment ist er Lehrbeauftragter für Kirchenrecht an der Catholic University of America. Veröffentlichung verschiedener Artikel über Kirchenrecht und pastorale Themen. Anschrift: Canon Law Dept., Cath. University of America, Washington D.C. 20064, USA.