



Simon Hofstetter

Vom reformierten Krankenpflegeverein zur Spitex AG

Zur neueren Diakoniegeschichte
der Deutschschweiz

T V Z

Simon Hofstetter

Vom reformierten Krankenpflegeverein zur Spitex AG

T V Z

Simon Hofstetter

Vom reformierten Krankenpflegeverein zur Spitex AG

Zur neueren Diakoniegeschichte der Deutschschweiz

T V Z

Theologischer Verlag Zürich

Die Druckvorstufe dieser Publikation wurde vom Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung unterstützt.

Der Theologische Verlag Zürich wird vom Bundesamt für Kultur für die Jahre 2021–2025 unterstützt.

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Umschlaggestaltung: Simone Ackermann, Zürich
Unter Verwendung eines Fotos des Mutterhausarchivs der Diakonissen Speyer mit freundlicher Genehmigung

Satz und Layout
Claudia Wild, Konstanz

Druck
gapp print, Wangen im Allgäu

ISBN 978-3-290-18730-9 (Print)
ISBN 978-3-290-18731-6 (E-Book: PDF)

DOI: <https://doi.org/10.34313/978-3-290-18731-6>

© 2025 Theologischer Verlag Zürich
www.tvz-verlag.ch

Alle Rechte vorbehalten



Creative Commons 4.0 International

Hersteller:
TVZ Theologischer Verlag Zürich AG, Schaffhauserstr. 316, CH-8050 Zürich
info@tvz-verlag.ch

Verantwortlicher in der EU gemäss GPSR:
Brockhaus Kommissionsgeschäft GmbH, Kreidlerstr. 9, D-70806 Kornwestheim
info@brocom.de

Weitere Informationen bezüglich Produktsicherheit finden Sie unter:
www.tvz-verlag.ch/produktsicherheit

Inhalt

Vorwort	9
I. Einführung	11
I.1. Einleitung: Ausgangslage und Themenstellung	11
I.2. Fragestellung und Ziele der Studie	14
I.3. Verortungen und Forschungsstand	17
I.3.1. «Diakoniezeitgeschichtliche» Studie	17
I.3.2. Forschungsstand	19
I.4. Methodische Zugänge und verwendete Quellenkorpora	28
II. Fallstudien	37
Einführung: Setting und Auswahl	37
II.1. Vom freiwilligen Krankenverein Burgdorf zur Spitex Burgdorf-Oberburg	41
Zur Einführung: Sozialhistorische und konfessionelle Angaben zur Gemeinde Burgdorf; verwendete Archivbestände	41
1. Gründung und gesellschaftliches Sendungsbewusstsein: Die Jahre 1881–1935	42
2. Die Saturierung des Vereinswirkens: Die Jahre 1935–1960	50
3. Mehrfache Neuausrichtungen des Vereinswirkens: Die Jahre 1961–1992	53
4. Krankenpflege unter Bedingungen sozialstaatlichen Einflusses: Ab 1992	58

II.2.	Vom Krankenpflegeverein Egnach zur Spitex RegioArbon	67
	Zur Einführung: Sozialhistorische und konfessionelle Angaben zur Gemeinde Egnach; verwendete Archivbestände	67
1.	Der Krankenpflegeverein Egnach als eigenständige Institution in philanthropischem Verständnis: Die Jahre 1891–1952	68
2.	Erste Bedeutungsverschiebungen in der Trägerschaft des Krankenpflegevereins und kirchliche Interventionen: Die Jahre 1953–1981	73
3.	Im Spannungsfeld zwischen beginnender staatlicher Steuerung und diakonischer Deutung: Die Jahre 1982–1995	79
4.	Der Kranken- und Hauspflegeverein als Nonprofit- Organisation im regulierten Gesundheitswesen: Ab 1996	85
II.3.	Vom Reformierten Krankenverein Arlesheim zur Spitex Birseck	91
	Zur Einführung: Sozialhistorische und konfessionelle Angaben zur Gemeinde Arlesheim; verwendete Archivbestände	91
1.	Der Krankenverein Arlesheim als soziale Ausdrucksform der Kirchengenossenschaft: Die Jahre 1905–1949	92
2.	Territoriale und konfessionelle Suchbewegungen: Die Jahre 1949–1966	98
3.	Von der Kooperation zur Fusion: Die Jahre 1966–1988 ...	105
4.	Die Entwicklung hin zum Gesundheitsunternehmen in öffentlichem Auftrag: Ab 1989	109
II.4.	Vom reformierten Krankenpflegeverein Wettingen zur Spitex Wettingen-Neuenhof	115
	Zur Einführung: Sozialhistorische und konfessionelle Angaben zu Wettingen; verwendete Archivbestände	115
1.	Von der reformierten Eigenständigkeit bis zum zivilgesellschaftlichen Zusammenschluss: Die Jahre 1985–1994	117
2.	Die Spitex Wettingen im Spannungsfeld von zivilgesell- schaftlicher Trägerschaft und politischen Vorgaben: Ab 1994	124

II.5.	Von der Krankenpflege der Evangelischen Kirchgemeinde Tablat zur Spitex AG St. Gallen	131
	Zur Einführung: Sozialhistorische und konfessionelle Angaben zu St. Gallen-Tablat; verwendete Archivbestände	131
1.	Die Krankenpflege als Arbeitsbereich der evangelischen Kirchgemeinde Tablat: Die Jahre 1922–1983	133
2.	Die Ausgliederung der Krankenpflege in den Kranken- und Hauspflegeverein der evangelischen Kirchgemeinde: Die Jahre 1983–1998	136
3.	Die Politik beschliesst den stadtteilbezogenen Zusammenschluss zur Spitex St. Gallen-Ost: Die Jahre 1999–2020	143
4.	Die Stadt St. Gallen als Eigentümerin der Spitex St. Gallen AG: Ab 2021	149
II.6.	Vom reformierten Krankenpflegeverein Reiden (LU) zur Spitex Wiggertal	151
	Zur Einführung: Sozialhistorische und konfessionelle Angaben zu Reiden; verwendete Archivbestände	151
1.	Die Gründungsphase: Die Jahre 1943–1950	152
2.	Von der Konsolidierung bis zum Umbruch: Die Jahre 1950–1977	158
3.	Die Übergangsphase: Die Jahre 1977–1997	163
4.	Die Spitex Reiden in zivilgesellschaftlicher Trägerschaft: Ab 1997	169
III.	Ertrag	173
III.1.	«Vom reformierten Krankenpflegeverein zur Spitex AG» – Phasen des Wandels	173
III.1.1.	Phase 1: Gründung und Etablierung der reformierten Krankenpflegevereine	174
III.1.2.	Phase 2: Erste Bedeutungsverschiebungen und kirchliche Prägungsverluste	189
III.1.3.	Phase 3: Staatliche Steuerungseingriffe und Transformationen der Trägerschaft	206

III.1.4. Phase 4: Spitexorganisationen im Spannungsfeld von Professionsanspruch, staatlicher Regulierung und Pflegemarkt	224
III.2. Diskussion	245
III.2.1. Beobachtungen zur Entwicklung des schweizerischen wohlfahrtspluralistischen Systems im Bereich der ambulanten Krankenpflege	245
III.2.2. Beobachtungen zur Entwicklung der Krankenpflege- bzw. Spitexorganisationen aus betrieblicher Perspektive	248
III.2.3. Beobachtungen zu den Transformationen kirchlicher Beteiligung und Mitwirkung	251
III.3. Diakoniewissenschaftliche Erträge	261
III.3.1. Zum Wegfall einer «diakonischen Parallelstruktur» in der Schweiz	261
III.3.2. Folgerungen für die Verhältnisbestimmung zwischen kirchlicher Diakonie und wohlfahrts- staatlichem Handeln	269
III.3.3. Die parochiale Gebundenheit diakonischen Wirkens ..	274
III.3.4. Ausblick und Perspektiven	276
Bibliografie	283
Quellenkorpora	283
Literaturverzeichnis	285
Abbildungsverzeichnis	299

Vorwort

Der Werdegang der schweizerischen Diakonie seit den grossen Umwälzungen des 19. Jahrhunderts ist nur in geringfügigem Masse aufgearbeitet. Zwar bestehen Einzelaufnahmen in Form von Fest- oder Jubiläumsschriften diakonischer Institutionen (z. B. ehemalige Diakonissenhäuser, diakonische Stiftungen), gleichzeitig aber fehlen überblicksartige Darstellungen zur Frage, wie das diakonische Wirken in evangelisch-reformierter Tradition zu dem wurde, wie es sich heute darstellt. Die vorliegende Studie ist als Beitrag zu verstehen, um diese Lücke zumindest für die ambulante Krankenpflege in der Deutschschweiz ansatzweise zu schliessen. Gleichzeitig ist zu hoffen, dass sie zu weiteren historischen Forschungen in noch nicht behandelten diakonischen Handlungsfeldern anzuregen vermag.

Die Theologische Fakultät der Universität Bern hat die Arbeit unter dem Titel «Vom reformierten Krankenpflegeverein zur Spitex AG. Ein Beitrag zur Erforschung der neueren Diakonieggeschichte der Deutschschweiz» im Herbstsemester 2024 als Habilitationsschrift angenommen.

Zahlreiche Personen haben mich in unterschiedlichen Stadien der Arbeit mit Anregungen und Hilfestellungen begleitet und unterstützt, wofür ich ihnen herzlich danke. Mein besonderer Dank gilt Prof. Dr. Christoph Sigrist, der von Anbeginn an meinen wissenschaftlichen Weg begleitete und förderte und mir nun auch beim Habitationsprojekt in vielerlei Belangen freundschaftlich-beratend zur Seite stand. Ich danke weiter Prof. Dr. Martin Sallmann, der diese Studie ebenfalls mit Interesse, Wohlwollen und Beratung unterstützte. Prof. Dr. Flurin Condrau danke ich für die hilfreichen sozial-historischen Anregungen. Den Prof. Sigrist, Sallmann und Condrau danke ich sodann für die wertvollen Hinweise in den Gutachten.

Darüber hinaus habe ich von verschiedenen Seiten Unterstützung bei der Arbeit erfahren: Zu nennen ist Prof. Dr. David Plüss, dem ich wichtige Impulse für die Vervollständigung der Arbeit verdanke. Weiter blicke ich dankbar zurück auf die Diskussionen im Rahmen der Sozietät des Instituts für Historische Theologie an der Universität Bern, deren Mitglieder engagiert einzelne Abschnitte der Arbeit diskutiert haben.

Weiter nenne ich an dieser Stelle die Geschäftsleitungen bzw. die Archivverantwortlichen der in der Arbeit untersuchten Spitexvereine sowie auch derjenigen Vereine, die nicht in die Schlussfassung der Arbeit aufgenommen werden konnten. Durch ihren wohlwollenden Umgang mit meinen Anfragen habe ich überhaupt erst Zugang zu den relevanten Quellen gefunden. Ich danke weiter Dr. Mirjam Janett für den Austausch zum Quellenkorpus und Katharina Eder Matt für die Transkription schwer entzifferbarer Quellen. Sidonie Jeremić danke ich für das umsichtige Lektorat der Arbeit.

Dem Schweizer Nationalfonds (SNF) sowie der Alfred-Jäger-Stiftung danke ich für die finanzielle Unterstützung zur Drucklegung dieser Arbeit.

Meiner Familie und meinen Freunden danke ich für das geduldige Mittragen meines Forschungsprojekts.

Burgdorf, zu Weihnachten 2024

I. Einführung

I.1. Einleitung: Ausgangslage und Themenstellung

In der Schweiz sind rund 1100 sogenannte Spitexorganisationen in der ambulanten Krankenpflege tätig. Hinter dem Begriff steht die Abkürzung *Spital-externe Pflege*.¹ Die Spitexorganisationen gelten im internationalen Vergleich als sehr leistungsfähig; sie pflegen und betreuen zusammen rund 420 000 Klientinnen und Klienten, wobei ein wesentlicher Teil der Leistungsempfängerinnen und -empfänger 80-jährig oder älter ist.² Die Spitexorganisationen befinden sich heute in zivilgesellschaftlicher bzw. öffentlich-rechtlicher Trägerschaft oder sind privatwirtschaftlich organisiert; die zivilgesellschaftlich getragenen und öffentlich-rechtlichen Unternehmen sind gemessen an der Anzahl Beschäftigten (in Vollzeitäquivalenten) deutlich grösser als die privatwirtschaftlichen.³ Kirchlich getragene Spitexorganisationen gibt es nur noch vereinzelt.

Diese Organisationen der ambulanten Krankenpflege nehmen im schweizerischen Gesundheitswesen eine immer bedeutender werdende Rolle ein. Angesichts der prognostizierten demografischen Alterung der Gesellschaft, wonach sowohl die Anzahl älterer Menschen als auch deren Anteil an der Gesamtgesellschaft deutlich zunehmen wird,⁴ ist davon auszugehen, dass das Pflegebedürftigkeitsrisiko weiter ansteigt.⁵ Die gesundheitspolitische Bewältigung dieses zunehmenden Pflegebedarfs stützt sich in der Schweiz auf

1 Siehe dazu die Angaben beim nationalen Spitexverband: Spitex Schweiz.

2 Vgl. Bundesamt für Statistik (BFS), Betreuung, 1.

3 Die Spitexorganisationen teilen sich rund hälftig auf in gemeinnützige und öffentlich-rechtliche Unternehmen (2021: 567) einerseits und privatwirtschaftliche Unternehmen (2021: 555) andererseits; 75 % aller Beschäftigten sind in gemeinnützigen und öffentlich-rechtlichen Unternehmen tätig, vgl. Bundesamt für Statistik (BFS), Betreuung, 1.

4 Entsprechend wird von einer «doppelten demografischen Alterung» gesprochen (Höpflinger, Altern, 31).

5 Vgl. Blinkert / Klie, Solidarität, 81.

den Grundsatz «ambulant vor stationär»⁶ ab. Dieser Grundsatz entspricht «nach wie vor dem Wunsch der allermeisten Menschen, in den eigenen vier Wänden alt zu werden und einen Pflegeheimplatz erst in Anspruch zu nehmen, wenn dies wirklich notwendig wird».⁷ Gleichzeitig dient diese Ausrichtung dazu, den Anstieg der öffentlich getragenen Gesundheitskosten einzudämmen, zumal eine ambulant durchgeführte Pflege kostengünstiger als eine stationäre Pflege ist.

Entsprechend werden die Leistungen der Spitexorganisationen immer stärker in Anspruch genommen: Verschiedene Kennzahlen aus dem Spitexbereich – namentlich die Anzahl der betreuten Klientinnen und Klienten (ca. 420 000 Personen), die Anzahl der in der Branche beschäftigten Personen (rund 26 000 Vollzeitäquivalente) sowie auch der Branchenumsatz (CHF 2,8 Mia.) – weisen jährliche Wachstumsraten im mittleren einstelligen Prozentbereich aus.⁸ Diese Zahlen verweisen auf die prägende Bedeutung der Spitexorganisationen in der ambulanten Pflege sowie – für die zivilgesellschaftlich getragenen Organisationen – im Bereich der Drittssektor-Organisationen.⁹

Ihren Ursprung haben die meisten dieser Spitexorganisationen jedoch in evangelisch-reformierten sowie katholischen Krankenpflegevereinen, die häufig um den Beginn des 20. Jahrhunderts entstanden. Von Interesse sind im vorliegenden Projekt die Krankenpflegevereine in evangelisch-reformierter Trägerschaft, namentlich «Krankenpflegevereine» in reformierten Gebieten (hier meist ohne explizite Konfessionsbezeichnung) oder aber «reformierte Krankenpflegevereine» in gemischtkonfessionellen bzw. in konfessionellen Diaspora-Gebieten. Kirchgemeinden oder Pfarrer gründeten diese Vereine – in der Regel unter Beizug weiterer Beteiligter – zum Zweck der Organisation der lokalen Krankenpflege. Zur operativen Durchführung der Krankenpflege ersuchten die Vereine Diakonissenmutterhäuser um die Entsendung einer Diakonisse, die fortan als Gemeindeschwester vor Ort tätig wurde. Eine vertragliche Vereinbarung zwischen Verein und Diakonissenmutterhaus regelte den Umgang mit Kost, Logis und Taschengeld für die Gemeindeschwester, dienstrechtliche Fragen sowie Kommunikationswege.¹⁰

6 Vgl. dazu bspw. Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF), Bericht, 9.

7 Ebd.

8 Vgl. hierzu Bundesamt für Statistik (BFS), Betreuung, 1.

9 So sind in den Spitexorganisationen allein rund 7 % aller im Dritten Sektor Angestellten beschäftigt (vgl. Helmig u. a., Statistik, 173).

10 Vgl. grundsätzlich zu den sogenannten «Entsendungsverträgen» bzw. «Gestellungsverträgen»: Schär, Diakonissen, 114–116 sowie Fritschi, Schwesterntum, 49.

Während mehrerer Jahrzehnte, d.h. bis in die Nachkriegszeit, funktionierte diese innerkirchliche Kooperationsstruktur – namentlich die Organisation und Aufsicht der lokalen Krankenpflege durch den kirchlich getragenen Krankenpflegeverein einerseits und die Bereitstellung der personellen Ressourcen für die konkrete Krankenpflege durch die Diakonissenmutterhäuser andererseits – ohne wesentliche Veränderungen.

In der Folge jedoch ereigneten sich massive Umbrüche, die dazu führten, dass die Trägerschaft bzw. Beteiligung der reformierten Kirchen in der ambulanten Krankenpflege sukzessive zurückging und sogar weitgehend verschwand, sodass die Rechtsnachfolgerinnen der Krankenpflegevereine, d.h. die genannten 1100 heutigen Spitexorganisationen, heute kaum mehr in kirchlicher Trägerschaft stehen.

I.2. Fragestellung und Ziele der Studie

Die vorliegende Studie beleuchtet diesen grundlegenden Wandel in der konfessionell geprägten Trägerschaft der Institutionen der ambulanten Krankenpflege in der Deutschschweiz, nach welchem aus den ursprünglich kirchlich-konfessionell gegründeten Krankenpflegevereinen zivilgesellschaftlich oder öffentlich-rechtlich getragene Spitexorganisationen wurden. Dieser massive Rückgang in der Trägerschaft bzw. in der Beteiligung von konfessionellen, hier insbesondere evangelisch-reformierten Akteuren in den Institutionen der ambulanten Krankenpflege soll anhand von zwei Perspektiven genauer nachverfolgt werden.

Zum Ersten wird spezifisch aus einer Binnenperspektive gefragt, wie sich dieser Wandel innerorganisational vollzogen hat.

Dabei geht es zunächst um die Frage nach dem *rechtlichen* Rahmen bzw. der Trägerschaftsform und -organisation der Krankenpflegevereine. Gefragt wird hier nach den Veränderungen der Beteiligung von Kirchgemeinden in der Trägerschaft der Krankenpflegevereine.

Weiter werden die *personellen* Verbindungen und Beteiligungen seitens der Kirchgemeinde an den Krankenpflegevereinen untersucht. Im Fokus stehen hier die erfolgten Veränderungen der Mitwirkung von Pfarrpersonen und weiteren Personen insbesondere aus den Kirchgemeindeleitungen in den Vereinsvorständen.

Sodann richtet sich das Interesse auf die Formen und den Umfang der *finanziellen* Unterstützung der Krankenpflege durch die Kirchgemeinde. Dabei interessieren nicht nur die geleisteten Unterstützungsbeiträge in absoluten Zahlen, sondern auch deren anteilmässige Entwicklung am Gesamtetat der Krankenpflegevereine.

Schliesslich richtet sich das Augenmerk auf die *Deutungsstrukturen*, mit denen das kirchliche Engagement in den Krankenpflegevereinen begründet wird. Dabei wird untersucht, wie sich die Verwendung kirchlich-diakonischer Argumentationsmuster und Motive seitens der Vereinsleitung sowie allfällige kollektive Erwartungshaltungen im Zeitverlauf verändert haben.

Zum Zweiten wird geprüft, inwiefern *Umfeldbedingungen* – namentlich Einflüsse aus Politik, Zivilgesellschaft, Ökonomie u. a. m. – diese Veränderungen in der evangelisch-reformierten Mitwirkung bei Krankenpflegevereinen beeinflusst bzw. unterstützt haben.

Die vorliegende Arbeit sucht in den untersuchten Krankenpflegevereinen nach gemeinsamen, zeitlich übereinstimmenden Veränderungen, die es erlauben, den Wandel von den reformiert geprägten Krankenpflegevereinen zu den zivilgesellschaftlich bzw. öffentlich-rechtlich getragenen Spitex-

organisationen zu strukturieren und möglichst klar konturierbare Phasen oder Etappen dieses Wandels auszuarbeiten. Das Ziel ist es somit, einen Beitrag zur Erforschung der spezifisch evangelisch-reformierten «Trägerschaftsgeschichte» von Krankenpflegevereinen in der Deutschschweiz zu leisten.

Als hermeneutische Grundlage zur Interpretation der einzelnen Etappen des Wandels wird das Konzept des Wohlfahrtspluralismus verwendet. Das Konzept des Wohlfahrtspluralismus bzw. der «gemischten Ökonomie der Wohlfahrt»¹ rechnet mit «jeweils spezifischen Beiträge[n], die die einzelnen gesellschaftlichen Sektoren, Institutionen und Akteursgruppen bei der individuellen bzw. gruppenbezogenen Wohlfahrtsproduktion [...] leisten».² Auf dieser Grundlage versucht das Konzept in analytisch-deskriptiver Hinsicht abzubilden, welche Beiträge und Leistungen die einzelnen gesellschaftlichen Akteure zur Wohlfahrtsproduktion beisteuern; die jeweilige Summe dieser unterschiedlichen Leistungen – die freilich nicht ohne «Konkurrenz- und Verdrängungs- als auch Austausch- und Kooperationsbeziehungen»³ unter den verschiedenen Beteiligten funktioniert – ergibt dann einen jeweiligen länderspezifischen oder regionspezifischen «welfare mix».⁴ Üblicherweise wird im Konzept eine Vierteilung der gesellschaftlichen Akteure vorgenommen: Neben den sozialstaatlichen Leistungen (Staat) und den Beiträgen aus informellen Netzen (Familie) werden auch die marktwirtschaftlich erbrachten Beiträge (Markt) sowie diejenigen der Zivilgesellschaft (Dritter Sektor) erfasst.⁵ Im Wissen darum, dass keinesfalls immer trennscharfe Abgrenzungen vorgenommen werden können,⁶ wird der Wert des Konzepts dadurch hervorgehoben, dass es sich von eindimensionalen bzw. bipolaren Vorstellungen (Markt vs. Staat; öffentlich vs. privat usw.) abhebt und die Produktion von Wohlfahrt vielmehr komplexer, d. h. als in einem «mehrpole[n] Netz»⁷ erfolgend, versteht.

Es besteht die Auffassung, dass das Konzept des Wohlfahrtspluralismus nicht allein zur Beschreibung der gegenwärtigen Situation unterschiedlicher gesellschaftlicher Beiträge zur Generierung von Wohlfahrt verwendet werden kann, sondern auch in diachroner Perspektive zur Beschreibung der

1 Vgl. zum Begriff Evers / Olk, Wohlfahrtspluralismus, 11.

2 Ebd.

3 Ebd.

4 Schmid, Welfare-Mix, 186.

5 Vgl. hierzu bspw. Klie, Diakonik, 587. Hinzuweisen ist darauf, dass die Vierteilung auch anders vorgenommen werden kann; vgl. hierzu die Darstellung im Kapitel III.1.4. dieser Arbeit, wobei insbesondere der Dritte Sektor anders verortet wird.

6 Vgl. Röber, Wohlfahrtspluralismus, 9.

7 Evers / Olk, Versorgung, 349.

jeweiligen Veränderungen geeignet ist, zumal beispielsweise «der Wohlfahrtsstaat im historischen Entwicklungsprozess nur ein – wenn auch bedeutender – Wohlfahrtsproduzent»⁸ war. So besteht bei Anwendung des Konzepts des Wohlfahrtspluralismus in historischer Perspektive ein besonderer «Erkenntniswert [...] in einer genauen und kohärenten Charakterisierung von wohlfahrtspolitischen Entwicklungspfaden und -regimes».⁹ Daher wird das Konzept des Wohlfahrtspluralismus als geeignetes Instrumentarium erachtet, um den erwähnten Wandel – hier im Fall der ambulanten Krankenpflegevereine – präzise zu fassen und damit die Veränderung im Mitwirken kirchlicher Akteure in der ambulanten Krankenpflege zu rekonstruieren.

8 Matter, *Entwicklungen*, 435.

9 Evers/Olk, *Wohlfahrtspluralismus*, 14.

I.3. Verortungen und Forschungsstand

I.3.1. «Diakoniezeitgeschichtliche»¹ Studie

Die Diakonie handelt mit dem Anspruch, dass sie «im Laufe ihrer Geschichte ständig neu auf die gesellschaftlichen Realitäten zu reagieren versucht»;² entsprechend hat sie «sich folglich immer wieder Wandlungen unterzogen, um eben den Notlagen in den jeweiligen gesellschaftlichen Situationen gerecht zu werden».³ Darauf aufbauend ist es nach Hammer Aufgabe der wissenschaftlichen Beschäftigung mit der Diakoniegeschichte, zu prüfen, ob «die Theorie der karitativen Berufung mit ihrer Geschichte überein[stimmt], so wie sie durch die kirchlichen und theologischen Instanzen von Anfang an als von Gott gegebene in der christlichen Gesellschaft beansprucht wurde»⁴ bzw. ob sich «die in der kirchlichen Tradition übermittelten Dokumente und Strukturen der Diakonie [...] mit den geschichtlichen Gegebenheiten der abendländischen Christenheit [decken]».⁵

Der in der vorliegenden Studie behandelte Werdegang der ambulanten Krankenpflegevereine in der Deutschschweiz bezieht sich zu wesentlichen Teilen auf den Zeitraum, der nach Greschat in Anlehnung an die allgemeine Geschichtswissenschaft als «Kirchliche Zeitgeschichte»⁶ bezeichnet werden kann. Der Beginn dieser Phase wird in der Regel auf das Jahr 1917 bzw. die Zäsuren, die durch die in dieser Zeit entstandenen «kulturellen, sozialpsychologischen und [...] mentalitätsmässigen Vorgänge ausgelöst wurden»,⁷ festgelegt. Entsprechend lässt sich die vorliegende Arbeit als «diakoniezeitgeschichtliche Studie»⁸ beschreiben, in der ein «konkreter, gegenwartsrelevanter Phänomenbestand der jüngsten Diakoniegeschichte»⁹ in den Fokus gerückt wird und in dem in Anknüpfung an die Forschungsmethodologie kirchlicher Zeitgeschichte die «unterschiedlichen politischen, sozialen, kulturellen sowie religiösen [...] Voraussetzungen»¹⁰ der jeweiligen Sachverhalte mit zu berücksichtigen sind. Damit ist eine Position angezeigt, die darauf abzielt, in der

1 Vgl. zum Begriff Schlag, Werk und Wirkungen Ernst Siebers, 1.

2 Haslinger, Diakonie, 71.

3 Ebd.

4 Hammer, Geschichte, 13.

5 Ebd.

6 Greschat, Kirchliche Zeitgeschichte, 334.

7 Ebd.

8 Vgl. zum Begriff Schlag, Werk und Wirkungen Ernst Siebers, 1.

9 Schlag, Werk und Wirkungen Ernst Siebers, 2.

10 Greschat, Kirchliche Zeitgeschichte, 340.

kirchlichen Zeitgeschichtsforschung «stärker als bisher politikwissenschaftl[iche] und sozialhist[orische] Methoden ein[zu]beziehen».¹¹ So muss sich die kirchliche Zeitgeschichtsforschung «gerade um ihres *kirchlichen* Auftrags willen! – als integralen Bestandteil der allgemeinen Geschichtswissenschaft verstehen [...]. Es gibt gerade theologisch überzeugende Gründe dafür, dass sich die kirchliche Zeitgeschichtsforschung nicht *neben*, sondern *in* unserer Gesellschaft und deren Reflexionswissenschaften ihr besonderes Arbeitsfeld zu suchen hat. Die kirchliche Relevanz der Zeitgeschichtsforschung steht und fällt mit deren konkretem Gesellschaftsbezug.»¹²

Greschat trägt an die kirchliche Zeitgeschichte die Anforderung heran, dass sie «sich nicht auf die Beschäftigung mit einer bzw. mit ihrer eigenen kirchlich-konfessionellen Tradition einengen»¹³ lässt, sondern vielmehr den Anspruch haben muss, auch andere kirchliche und konfessionelle Ausprägungen mitzubeachten. «Es liegt im Wesen jeder Wissenschaft, also auch der historischen Forschung, dass dazu der Vergleich gehört. In unserem Fall geht es also um die Konfrontation [...] der Aussagen, Überzeugungen, Formierungen und Fakten dieses Christentums mit denjenigen anderer Christentümer, Konfessionen und Kirchen.»¹⁴ Es ist an dieser Stelle zu konzedieren, dass die vorliegende Studie diesen Anspruch nach überkonfessioneller Konfrontation nicht einhalten kann, zumal die Fallbeispiele in Kapitel II. allein aus dem Kontext evangelisch-reformierter Kirchgemeinden stammen. Dabei ist jedoch anzuführen, dass mit diesem Setting keine konfessionelle Engführung des Untersuchungsgegenstandes oder der Fragestellungen intendiert ist; vielmehr ist die Auswahl dem Umstand geschuldet, dass sie dem vordringlichen Interesse nach einer wissenschaftlichen Aufarbeitung der jüngeren Diakoniegeschichte aufseiten der evangelisch-reformierten Kirchen der Schweiz begegnen soll. Das schliesst nicht aus, sondern bezieht mit ein, dass zu einem späteren Zeitpunkt eine «Ausweitung des Blicks auf andere Ausprägungen des Christentums»¹⁵ – d. h. im Schweizerischen Kontext insbesondere der

11 Besier, Kirche, 81.

12 Mehlhausen, Methode, 517 f. [Hervorhebungen im Original]. Diese in Anlehnung an Ernst Troeltsch formulierte Position wird an dieser Stelle vertreten – wohlwissend, dass die Frage, in welchem Umfang und mit welchem Ziel sich die kirchliche Zeitgeschichte an den konkreten Herausforderungen politischer, ökonomischer und sozialer Art annehmen soll, Gegenstand kontroverser Debatten ist (vgl. hierzu Besier, Kirche, 85–88).

13 Greschat, Kirchliche Zeitgeschichte, 336.

14 Ebd.

15 Greschat, Kirchliche Zeitgeschichte, 336.

Blick auf die ambulante Krankenpflege, wie sie von der römisch-katholischen Kirche organisiert wird – vollzogen werden soll.

Ebenso ist zu deklarieren, dass sich die vorliegende Untersuchung auf den Rahmen der Deutschschweiz konzentriert; sämtliche Fallbeispiele befinden sich geografisch im Raum zwischen den Kantonen Bern und Thurgau. Es liegen durchaus Gründe für die Vermutung vor, dass die ambulante Krankenpflege in den französischsprachigen Kantonen der Schweiz angesichts differierender staatskirchenrechtlicher Arrangements anders strukturiert sein könnte;¹⁶ die Spezifika wären mit eigenen Fallstudien eigens zu untersuchen.

I.3.2. Forschungsstand

Während sich in Deutschland «innerhalb der Kirchlichen Zeitgeschichte eine eigene Unterdisziplin Geschichte der Diakonie etablier[t]»¹⁷ hat, so gilt für den helvetischen Kontext: «Studien zur schweizerischen Diakoniegeschichte sind überschaubar und stellen schon an sich ein Desiderat dar.»¹⁸ Dementsprechend werden in der vorliegenden Arbeit in einem ersten Schritt die wenigen aktuell vorliegenden schweizerischen Studien zur kirchlich-diakonischen Zeitgeschichte bzw. zur neueren Diakoniegeschichte vorgestellt (1.). In einem zweiten Schritt weitet sich dann der Blick auf die Forschungslage zu Sachverhalten, die mit dem Untersuchungsgegenstand in Verbindung stehen. Namentlich geht es um die Forschungslage zur ambulanten Krankenpflege der Diakonissen in der Schweiz (2.) sowie um die Entwicklung des Vereinswesens konfessioneller Prägung (3.).

1. Wie erwähnt liegen im schweizerischen Kontext erst wenige *diakoniezeitgeschichtliche Arbeiten* bzw. Arbeiten der jüngeren Diakoniegeschichte vor. An neueren Arbeiten, die sich mit der Diakonie im 19. Jahrhundert auseinandersetzen, sind zwei zu nennen:

Zum Ersten geht es um eine Studie von Köppli,¹⁹ die einen «Forschungsbeitrag zur Auseinandersetzung des schweizerischen Protestantismus mit der sozialen Frage in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts»²⁰ leistet, indem sie eine Gruppe von protestantischen Schweizer Unternehmern untersucht, «die

16 Vgl. hierzu Sallmann, Diakonie.

17 Besier, Kirche, 100.

18 Schlag, Werk und Wirkungen Ernst Siebers, 1, FN 3.

19 Köppli, Unternehmer.

20 Köppli, Unternehmer, 11.

gemeinsam die sozialen Folgen der industriellen Revolution analysierte und verschiedene Ansätze zur Lösung der sozialen Frage beisteuerte».²¹ Die Studie leistet somit nicht nur einen Beitrag zur «sozialpolitischen Charakterisierung»²² bedeutender protestantischer Unternehmer in der Schweiz, sondern auch zum besseren Verständnis des Verhältnisses «von religiösem Denken und sozialpolitischem Handeln»²³ zur genannten Zeit.

Zum Zweiten liegt eine Arbeit von Sallmann vor, der die unterschiedliche staatskirchenrechtliche Einbindung der kirchlichen Diakonie in den Kantonen Bern und Genf in der Mitte des 19. Jahrhunderts untersucht.²⁴ Für die Situation in Bern konstatiert Sallmann, dass «Pfarrschaft und Kirchgemeinde in die bürgerliche Armen- und Krankenfürsorge eingebunden»²⁵ waren und zwar etwa dadurch, dass diese in der Versorgung verarmter Gemeindemitglieder öffentliche Administrativfunktionen einnahmen.²⁶ Angesichts dieser engen Verschränkung folgert Sallmann, dass sich «eine dem Kanton gegenüber eigenständige kirchliche Institution mit unabhängigem diakonischem Handeln [...] nicht erkennen»²⁷ lässt. Für die Situation in Genf beschreibt Sallmann eine gänzlich andere Lage: Angesichts der dort erfolgten Umwälzungen der protestantischen Kirche und der Loslösung vom Staat entstanden «Diakonien als eigene kirchliche Grösse».²⁸ Die ehrenamtlich tätigen Diakone «unterstützten sowohl die öffentliche Wohlfahrt wie auch schon bestehende private Werke»,²⁹ bestanden aber als «eigene kirchliche Institutionen»³⁰ und wirkten vom Staat unabhängig.

Diakoniegeschichtliche Arbeiten, die sich im Rahmen der kirchlichen Zeitgeschichte des 20. Jahrhunderts bewegen, haben die Entstehung und den Werdegang des Diakonen- bzw. des sozialdiakonischen Amtes der Deutschschweizer Kirchen zum Inhalt. Eine Studie von Buff zeichnet den Werdegang des Diakonenhauses Greifensee «vom anfänglichen Zweig einer diakonischen ‹Anstalt› hin zu einer selbständigen kirchlichen Ausbildungsstätte und Bruderschaft»³¹ nach und weist zugleich – mit der in einzelnen Kantonalkirchen

21 Ebd.

22 Köppli, Unternehmer, 12.

23 Ebd.

24 Sallmann, Diakonie, 125–139.

25 Sallmann, Diakonie, 139.

26 Vgl. Sallmann, Diakonie, 129.

27 Sallmann, Diakonie, 139.

28 Sallmann, Diakonie, 135.

29 Ebd.

30 Ebd.

31 Buff, Ordination, 1.

eingeführten Ordination für Diakone – auf die Entwicklung des kirchlichen Amtsverständnisses hin.³² Hofstetter bewegt sich mit seiner Arbeit im selben Themenbereich³³ und nimmt auf der Basis eines empirischen Zugangs eine «Darstellung der unterschiedlichen Ordinations- und Beauftragungsverständnisse der Sozialdiakoninnen und -diakone»³⁴ vor, die sich rund auf die letzten vier Jahrzehnte bezieht.

Zu erwähnen ist schliesslich, dass aktuell eine umfangreiche Studie über den Zürcher Pfarrer und Sozialwerkgründer Ernst Sieber entsteht.³⁵ Die Arbeit zielt darauf ab, anhand ausgewählter Predigt- und Vortragstexte «Werk und Wirkungen Ernst Siebers im Horizont einer «öffentlichen Theologie» zu analysieren».³⁶ Dieses «Nachzeichnen der theologischen Kernthemen Siebers wie auch der institutionellen Entwicklung des von ihm gegründeten Diakoniewerkes»³⁷ soll dazu beitragen, «einen öffentlichkeitswirksamen Bestandteil der jüngeren Zürcher Kirchengeschichte und des schweizerischen sozialen Protestantismus [zu] beleuchten».³⁸

2. Die Geschichte der ambulanten Pflege, namentlich der durch die Diakonissen sichergestellten «*Gemeindepflege*» ist «erst in jüngster Zeit zum Gegenstand der Forschung geworden».³⁹ Im bundesdeutschen Kontext ist insbesondere auf Kreutzer zu verweisen, die in ihrer Studie über den Arbeits- und Lebensalltag evangelischer Krankenpflege in der Nachkriegszeit u. a. auch die Arbeits- und Lebenswelt der Gemeindeschwestern der Henriettenstiftung in Hannover untersuchte.⁴⁰ Das bis dahin festgestellte mangelnde öffentliche Interesse gegenüber der ambulanten Pflege begründet sie insbesondere mit dem Umstand, dass die ambulante Pflege «erst Ende der sechziger Jahre [...] als sozialpolitisches Handlungsfeld entdeckt»⁴¹ wurde; bis dahin galt die häusliche Krankenpflege weitgehend als «familiäre Angelegenheit».⁴²

Weiter sind im Rahmen des Forschungsprojekts «Diakonissen Speyer» verschiedene Arbeiten entstanden, die sich spezifisch mit der von Diakonissen-

32 Vgl. Buff, Ordination, 3.

33 Hofstetter, Ordinations- und Beauftragungsverständnisse, 29–42.

34 Hofstetter, Ordinations- und Beauftragungsverständnisse, 29.

35 Schlag, Werk und Wirkungen Ernst Siebers.

36 Schlag, Werk und Wirkungen Ernst Siebers, 1.

37 Ebd.

38 Ebd.

39 Kreutzer, Arbeits- und Lebensalltag, 194, FN 91.

40 Kreutzer, Arbeits- und Lebensalltag.

41 Kreutzer, Arbeits- und Lebensalltag, 194.

42 Ebd.

sen durchgeführten ambulanten Pflege befassen. Zum Ersten geht es um die Arbeit von Weyandt / Braselmann, die unter dem Titel «Diakonissen in der Gemeindekrankenpflege»⁴³ anhand von Interviews mit fünf Diakonissen den Alltag auf den Diakonissenstationen um die Mitte des 20. Jahrhunderts untersucht haben. Im gleichen Kontext entstand zum Zweiten die Arbeit von Boltenhagen, die insbesondere «den strukturellen Wandel von der Arbeit als Gemeindeschwester zur Arbeit in einer Sozial- oder Diakoniestation»⁴⁴ im Zeitraum der 1960er bis zu den 1980er Jahren erforschte.

Im schweizerischen Kontext fehlen Studien zur ambulanten Krankenpflege durch Diakonissen weitgehend. Zwar gibt es einige Literatur über das Wirken der Diakonissenhäuser; diese fokussieren allerdings vorwiegend auf die (stationäre) Krankenpflege, aber nicht auf die Gemeindekrankenpflege. Dazu gehören erstens Fest- und Jubiläumsschriften der Diakonissenhäuser selbst.⁴⁵ Ihnen lastet jedoch meist der Makel an, dass die Autorenschaft «kaum über einen relativ engen Kreis hinaus[ragt]»⁴⁶ und den Schriften entsprechend «meist die kritische Distanz [fehlt]».⁴⁷ Zweitens sind aus der jüngeren Vergangenheit zwei Studien von Heim und Fritschi zu erwähnen. Heim stellt die konfessionelle Krankenpflege der Diakonissen bzw. Ordensschwestern in einer landesteil- und konfessionsübergreifenden Übersicht dar.⁴⁸ Fritschi untersucht im Sinne einer Sozialgeschichte der Krankenpflege «die Entstehung und Verfestigung des Berufsbildes der weiblichen Krankenpflege in der Schweiz» und zwar im Übergang vom 19. zum 20. Jahrhundert und bis zu den 1930er Jahren.⁴⁹

Als Einzige nimmt Schär in ihrer Arbeit über «Diakonissen in der Ostschweiz im 20. Jahrhundert» die Diakonissen in den Blick, die in den soge-

43 Weyandt / Braselmann, Diakonissen, 97–123.

44 Boltenhagen, Gemeindeschwester, 124. Weiter sind in diesem Zusammenhang zu erwähnen: Friedrich, Engel; Hackmann, «Also früher war man als Schwester selbständig ...».

45 Vgl. für Schriften aus der jüngeren Vergangenheit bspw. für das Diakonissenhaus Bern: Naef / Schranz / Vogler (Hg.), 150 Jahre Diakonissenhaus Bern. Für das Diakoniewerk Neumünster: Knellwolf, Lebenshäuser.

46 Heim, Leben für andere, 15.

47 Herrmann, Johann Hinrich Wichern, 11.

48 Heim, Leben für andere.

49 Fritschi, Schwesterntum. Nicht Gegenstand des vorliegenden Forschungsüberblicks ist die unterdessen breite Diskussion zur Geschichte der weiblichen Krankenpflege im Allgemeinen. Hierzu interessieren sich neben den Gender Studies insbesondere auch die kulturhistorisch ausgerichtete Forschung sowie pflegehistorische Arbeiten (vgl. zur Übersicht Schär, Diakonissen, 18).

nannten Aussenstationen tätig waren;⁵⁰ dazu gehören neben der Gemeindekrankenpflege auch die Arbeit in Kindergärten, Altenheime u. a. m. Schär beleuchtet insbesondere den Alltag und die Religiosität der Diakonissen in den Aussenstationen sowie deren interne und externe Vernetzungen.⁵¹

3. In den einschlägigen Forschungsdisziplinen hat das *Vereinswesen* bislang lediglich geringes Interesse erfahren. So konstatiert Jost, dass sich die Geschichtswissenschaft und die Sozialanthropologie erst seit kurzer Zeit der Erforschung des Vereinswesens in der Schweiz angenommen haben,⁵² wobei eine «eigentliche Geschichte des Schweizer Vereinswesens» noch immer fehle.⁵³ Insbesondere das spezifisch kirchliche bzw. konfessionell getragene Vereinswesen gilt – trotz seiner in quantitativer Hinsicht bedeutenden Rolle – sogar als «noch kaum erforscht».⁵⁴ Gerade auch in der Gemeindeftheologie und -soziologie blieben die Vereine als eine an sich bedeutende Vergesellschaftungsform in der Kirche noch weitgehend unberücksichtigt.⁵⁵

Als Verein wird ein «freiwilliger Zusammenschluss ursprünglich getrennter Kräfte zur Verwirklichung eines gemeinsamen Zwecks»⁵⁶ verstanden. In den Vereinstätigkeiten wirken die Mitglieder grundsätzlich gleichberechtigt an der gemeinsamen Beschlussbildung mit, die in organisationaler Hinsicht sowohl im Rahmen von bündischen Tagungsformen (Mitgliederversammlungen) als auch von gemeinsamen Exekutivorganen (Vorstände, Ausschüsse usw.) funktioniert.⁵⁷ Die Bezeichnungsformen für die entsprechenden Gruppierungen lauteten zu Beginn des Aufkommens der Vereine noch sehr unterschiedlich; die Vereine nannten sich Assoziationen, Gesellschaften, Vereinigungen, Sozietäten, Korporationen u. a. m. In der Schweiz hat sich ab dem beginnenden 20. Jahrhundert, nicht zuletzt bedingt durch die Begriffssetzung im Zivilgesetzbuch, mehrheitlich der Vereinsbegriff durchgesetzt.⁵⁸

Kuhlemann sieht erste Ansätze eines nachaufklärerischen Vereinswesens bereits in den Privatverbindungen der Aufklärung (Logen, Sozietäten), in den pietistischen Konventikeln sowie in den vormärzlichen Lese-, Bildungs- und

50 Schär, Diakonissen.

51 Ebd.

52 Vgl. Jost, Geschichte, 467.

53 Ebd.

54 Jost, Geschichte, 478.

55 Siehe hierzu Benedict, Vereinswesen, 654.

56 Häusler, Vereinswesen, 639.

57 Vgl. Erne/Gull, Vereine; Häusler, Vereinswesen, 639.

58 Vgl. Einführung des Zivilgesetzbuches (ZGB) im Jahr 1912, hier insb. § 60 ff. Vgl. dazu auch Häusler, Vereine, 955.

Kulturvereinen verwirklicht;⁵⁹ sie alle basierten weitgehend auf den Prinzipien der Freiwilligkeit und der Zweckbindung und unterschieden sich damit bereits wesentlich «von mittelalterlichen und frühneuzeitlichen Formen gesellschaftlicher Vereinigungen»,⁶⁰ die primär nach ständischen Zuordnungsprinzipien funktionierten.

Während die Zahl der Vereine in einer ersten Phase bis 1800 noch überschaubar war,⁶¹ erfolgte im Verlauf des 19. Jahrhunderts ein markantes Wachstum. Durch die aktive Partizipation der Mitglieder am jeweiligen Vereinsgeschehen sowie durch die personellen Querverbindungen entstanden Kommunikationsnetze und damit eine «dichte Soziabilität»,⁶² in welcher «neue Formen der Geselligkeit der sich entwickelnden bürgerlichen Gesellschaft»⁶³ erprobt werden konnten. Zudem beförderten, ja begründeten die zahlreichen Vereine die Entstehung einer bürgerlichen Öffentlichkeit, «in der die neuen Formen eines kollektiven Zusammenseins, des freien Austausches von Ideen und einer Organisation»⁶⁴ konkret vorgelebt wurden. In gleichem Masse ist das wachsende Vereinsleben als Artikulation des «Wille[ns] der bürgerlichen Gesellschaft zur Mitgestaltung des Öffentlichen»⁶⁵ zu verstehen. Dieser Mitgestaltungsanspruch kam beispielsweise durch politische Vereine bzw. Parteien zum Ausdruck. In der Schweiz sind gerade die liberalen Umschwünge in den 1830er Jahren sowie auch die Vorbereitungen zur Gründung des Bundesstaates von 1848 nicht denkbar ohne die Beteiligung der Vereine.⁶⁶

Die rasante Entwicklung des Vereinswesens erreichte um die Jahrhundertwende zum 20. Jahrhundert einen vorläufigen Höhepunkt; zu dieser Zeit kamen gemäss Schätzungen auf 1000 Einwohner rund zehn Vereine zu stehen.⁶⁷ Eine hohe Vereinsdichte wiesen damals vorwiegend die Städte auf; zudem waren die Vereine deutlich stärker in protestantischen als in katholischen Gebieten vorzufinden.⁶⁸

59 Siehe hierzu Kuhlemann, Vereine, 957.

60 Häusler, Vereine, 955.

61 Vgl. hierzu die Hochrechnungen in Jost, Geschichte, 468.

62 Jost, Geschichte, 476.

63 Erne / Gull, Vereine, o. S.

64 Jost, Geschichte, 471.

65 Häusler, Vereinswesen, 640.

66 Vgl. Jost, Geschichte, 470.

67 Angaben gemäss Jost, Geschichte, 469.

68 Jost (Geschichte, 469) spricht von einer viermal höheren Vereinsdichte in protestantischen Gebieten.

Durch die zahlenmässig gewaltige Verbreitung erhielt das 19. Jahrhundert zuweilen den Namen «Jahrhundert der Vereine».⁶⁹ Die grosse Bedeutung der Vereine für die Entstehung einer bürgerlichen Öffentlichkeit im 19. Jahrhundert findet sodann ihren Ausdruck darin, dass das Vereinsprinzip als «Signatur»⁷⁰ bzw. als neues «Strukturprinzip der bürgerlichen Gesellschaft»⁷¹ bezeichnet wurde.

In dieser Vielzahl von Vereinen wurde bislang verschiedentlich der Versuch unternommen, eine Strukturierung vorzunehmen durch eine Kategorisierung der Vereine in Bezug auf deren Ausrichtung und Vereinszweck. Jost etwa hat auf der Basis einer umfangreichen Datenbank von Vereinen in der Schweiz eine Einteilung in zwölf nach unterschiedlichen Vereinszwecken gegliederte Gruppen vorgenommen, die von wissenschaftlichen und kulturellen Vereinen über Handels- und Industrievereine bis zu politischen Parteien reichen.⁷² Freilich ist klar, dass nicht in allen Fällen trennscharfe Abgrenzungen in den Kategorisierungen vorgenommen werden können und mannigfache Überlappungen bestehen. Dies trifft insbesondere auch im vorliegenden Fall der konfessionell getragenen Krankenpflegevereine zu, die in der Schnittmenge von religiösen Vereinen, Unterstützungsvereinen und gemeinnützigen Vereinen anzusiedeln sind.⁷³

Mit diesen im Feld der Gemeinnützigkeit angesiedelten Vereinen ist gemäss Jost eine «zentrale Kategorie der bürgerlichen Gesellschaft des 19. Jahr-

69 So bspw. in Erne / Gull, *Vereine*, o.S.

70 Kaiser, *Vereine*, 958.

71 Häusler, *Vereine*, 956.

72 Die vollständige Liste der zwölf Gruppierungen lautet: Gesang-, Musik- und Theatervereine; Religiöse Vereine; Gemeinnützige Vereine; Versicherungen, Hilfskassen, Unterstützungsvereine; Vereine der Landwirtschaft; Handels- und Industrievereine; Gewerbevereine und Berufsorganisationen; Arbeiterorganisationen / Gewerkschaften; Politische Parteien oder Vereine; Schützen- und Militärvereine (vgl. Jost, *Geschichte*, 477–481). Kaiser (*Vereine*, 959 f.) gliedert für den deutschen Bereich die im engeren Sinne kirchlichen Vereine im evangelischen Bereich in die Kategorien Volksmission und äussere Mission; Sozialarbeit / Innere Mission; Kirchen- und Gesellschaftspolitik; Sozialreform; Berufe; Theologie als Wissenschaft; Frauen, Männer, Jugend; Bildung. Siehe hierzu in ähnlicher Weise Häusler, *Vereinswesen*, 648 f.

73 Jost konzediert, dass das Auseinanderhalten der beiden letztgenannten Kategorien womöglich fragwürdig erscheine, zumal sie eng verwandt oder sogar inhaltlich vermischt seien. In seiner Kategorisierung erfolgt die Trennung vorwiegend aus quantitativen Gründen, da allein die Unterstützungsvereine rund einen Fünftel aller erhobenen Vereine ausmachten (vgl. *Geschichte*, 479).

hunderts»⁷⁴ erfasst, in denen der Gedanke der Gemeinnützigkeit als konstituierendes Element einer liberalen Gesellschaft zur Geltung kommt, die aber zugleich auf die drängenden sozialen Herausforderungen der Zeit reagieren.

Die Herkunft der aktiven Mitglieder in den reformiert geprägten gemeinnützigen Vereinen lässt sich «nicht eindimensional auf ein bestimmtes [...] Segment reduzieren»;⁷⁵ vielmehr ist mit dem Engagement von Angehörigen unterschiedlicher Bevölkerungskreise mit verschiedenen Motivationen zu rechnen.⁷⁶ Nebst zahlreichen Gemeindemitgliedern beteiligten sich auch viele Pfarrpersonen – mitunter in leitenden Stellungen – in den jeweiligen Vereinen. Dass sie ihr karitatives Engagement nicht allein innerhalb der bestehenden kirchlichen Strukturen ausübten, zeigt auf, dass sie diese zuweilen für nicht genügend flexibel hielten, um die anstehenden sozialen Aufgaben angemessen zu bewältigen.⁷⁷

So übernahmen die konfessionell geprägten Vereine wichtige gemeinnützige Aufgaben, die anderswo eher von politischen Institutionen und Verwaltungen übernommen wurden.⁷⁸ Sowohl im Bereich der Kinder- und Jugendfürsorge als auch im Bereich der Krankenpflege waren die öffentlichen Gemeinwesen auf das Wirken der gemeinnützigen Vereine angewiesen. Aus dieser Situation des Angewiesenseins entwickelte sich schliesslich eine enge Kooperation zwischen staatlichen und privaten Akteuren;⁷⁹ in dieser Interdependenz von öffentlicher Hand und Vereinswesen verwischten sich sodann zunehmend die klaren Abgrenzungen von Kompetenzen,⁸⁰ d. h., die Vereine übernahmen mehr und mehr auch «die Ausführung der Gesetze und Beschlüsse, zu deren Entstehung sie massgeblich beigetragen hatten».⁸¹

Die hier geschilderte Vereinssituation erweist sich in mehreren Hinsichten als anschlussfähig an die Verhältnisse der untersuchten Krankenpflege-

74 Ebd.

75 Kaiser, Vereine, 958.

76 Kaiser geht davon aus, dass sich in den kirchlichen Vereinen sowohl Angehörige aus Strömungen, die innerhalb des Pietismus und der Erweckungsbewegung im 18. Jahrhundert entstanden, als auch Angehörige aus «neuen sozialen Schichten» engagierten, die als Bürger und Christen aus Sorge um das Allgemeinwohl in den Vereinen mitwirkten (Vereine, 958).

77 Vgl. ebd.

78 Vgl. Jost, Geschichte, 482.

79 Vgl. zur engen Kooperation im Heim- und Verdingkinderwesen Hofstetter, Rolle, 15.

80 Vgl. Jost, Geschichte, 481 f.

81 Erne / Gull, Vereine, o. S.

vereine, wie nachfolgend zu zeigen sein wird. Die Übereinstimmungen beziehen sich sowohl auf die genannten personellen Verbindungen mit der Kirchgemeinde als auch auf die wohlfahrtspluralistische Funktion der Vereine mit bzw. neben den staatlichen Akteuren.

I.4. Methodische Zugänge und verwendete Quellenkorpora

Im vorliegenden Projekt wird beabsichtigt, den erfolgten Wandel von den kirchlichen Krankenpflegevereinen zu den zivilgesellschaftlich bzw. öffentlich-rechtlich getragenen Spitexorganisationen nachzuzeichnen, indem die jeweils vorhandenen schriftlichen Quellenbestände der Krankenpflegevereine bzw. der Spitexorganisationen im Zeitraum ihrer Gründung bis zur Gegenwart aufgenommen, bearbeitet und ausgewertet werden. Nachfolgend ist daher aufzuzeigen, mit welchem Forschungsansatz hierfür gearbeitet wird (1.) sowie woher die Quellenbestände stammen und wie diese bearbeitet werden (2.). Besonderes Augenmerk kommt dabei den vielfach vorfindlichen sogenannten «Privatarchiven» zu (3.). Im letzten Schritt wird die angewandte Methode der Textinterpretation, die qualitative Inhaltsanalyse, erläutert (4.)

1. Der für die Nachzeichnung der Quellenbestände verwendete Forschungsansatz orientiert sich am Zugang der sogenannten Fallstudien (engl. Case Study Research). Innerhalb der qualitativen empirischen Sozialforschung gelten Fallstudien als «ein komplexer und hinsichtlich der Wahl der Datenerhebungsmethoden offener Forschungsansatz».¹ Yin hat Fallstudien bereits vor rund 20 Jahren in seinem grundlegenden Werk «Case Study Research» in Kurzform definiert als eine «empirical inquiry that investigates a contemporary phenomenon within its real-life context, especially when the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident».² Demnach eignen sich Fallstudien insbesondere dann, wenn es darum geht, «bisher wenig erforschte Phänomene in einem breiten Zugang und vor dem Hintergrund ihrer Kontextbezogenheit zu betrachten».³ In diesen neuen Forschungsfeldern werden sie eingesetzt, «um sich ein besseres Lagebild zu erarbeiten, Wesentliches von Unwesentlichem zu trennen, zu abstrahieren und vermeintlich Neues auf Bekanntes zurückzuführen».⁴ Während quantitativ orientierte Erhebungen eher auf statische Momentaufnahmen beschränkt und in ihrer Wahrnehmungsfähigkeit eher restringiert sind, so ist es mit Fallstudien insbesondere möglich, Phänomene in ihrem Kontext zu erfassen und somit zu einer präziseren Abbildung der sozialen Wirklichkeit beizutragen.⁵

1 Borchardt / Göthlich, Erkenntnisgewinnung, 33.

2 Yin, Case Study, 13.

3 Borchardt / Göthlich, Erkenntnisgewinnung, 46.

4 Borchardt / Göthlich, Erkenntnisgewinnung, 35.

5 Vgl. Borchardt / Göthlich, Erkenntnisgewinnung, 36.

Zu beachten ist jedoch – und das ist eine häufig geäußerte Anfrage gegenüber diesem Zugang⁶ –, dass die Ergebnisse aus Fallstudien nicht im Sinne einer statistischen Generalisierbarkeit zu verwenden sind. Yin nimmt hier die Unterscheidung zwischen einer «statistical generalization»⁷ und einer «analytic generalization»⁸ vor: Bei Fallstudien geht es nicht darum, einen Nachweis über zahlenmässige Häufigkeiten zu erbringen und die Ergebnisse in diesem Sinne einer statistischen Generalisierung zuzuführen, d. h., Fallstudien «erlauben [...] keinen statistischen Induktionsschluss auf eine Grundgesamtheit».⁹ Vielmehr zielen sie darauf ab, durch das Nachzeichnen von «Entwicklungen, Prozessabläufe[n] und Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge[n]»¹⁰ Theorien aufzustellen, zu erweitern und ggf. zu verallgemeinern.¹¹

Wenn versucht wird, die Fallstudien innerhalb der erkenntnistheoretischen Hauptrichtungen einzuordnen, kann festgestellt werden, dass sie darin ungefähr eine Mittelposition einnehmen, und zwar sowohl auf der Linie zwischen interpretativen und funktionalistischen Zugängen (in Abbildung 1 auf der Y-Achse dargestellt) als auch im Kontinuum zwischen Deduktion und Induktion (in Abbildung 1 auf der X-Achse dargestellt). Das ist wie folgt auszuführen:

Da Fallstudien nicht in grosser Zahl durchgeführt werden, sondern «eine Interpretation eines Phänomens in seinem Kontext an[streben]»,¹² entstammen sie grundsätzlich den interpretativen Methoden. Dabei wird aber vielerorts festgehalten, dass sie grundsätzlich verschiedene Datentypen verwenden können; auch quantitative Zugänge werden nicht ausgeschlossen und werden daher «nicht als Gegensätze oder konkurrierende Verfahren», sondern vielmehr als «ergänzende Alternativen»¹³ betrachtet – daher die ungefähre Mittelstellung zwischen interpretativen und funktionalistischen Zugängen.

Da es sich bei den Fallstudien um eine «empirische Methode [handelt], die theoriegeleitet vorgeht»,¹⁴ grenzen sie sich etwa von qualitativen Methoden wie der Grounded Theory ab, in der sich die Forschenden «bar jeden theoretischen Vorverständnisses einem Phänomen aus[setzen], [es] beobach-

6 Vgl. dazu die Erläuterungen bei Yin, Case Study, 10; Göthlich, Fallstudien, 18.

7 Yin, Case Study, 10.

8 Ebd.

9 Borhardt / Göthlich, Erkenntnisgewinnung, 36.

10 Ebd.

11 Vgl. hierzu Yin, Case Study, 10.

12 Göthlich, Fallstudien, 6.

13 Borhardt / Göthlich, Erkenntnisgewinnung, 46.

14 Göthlich, Fallstudien, 7.

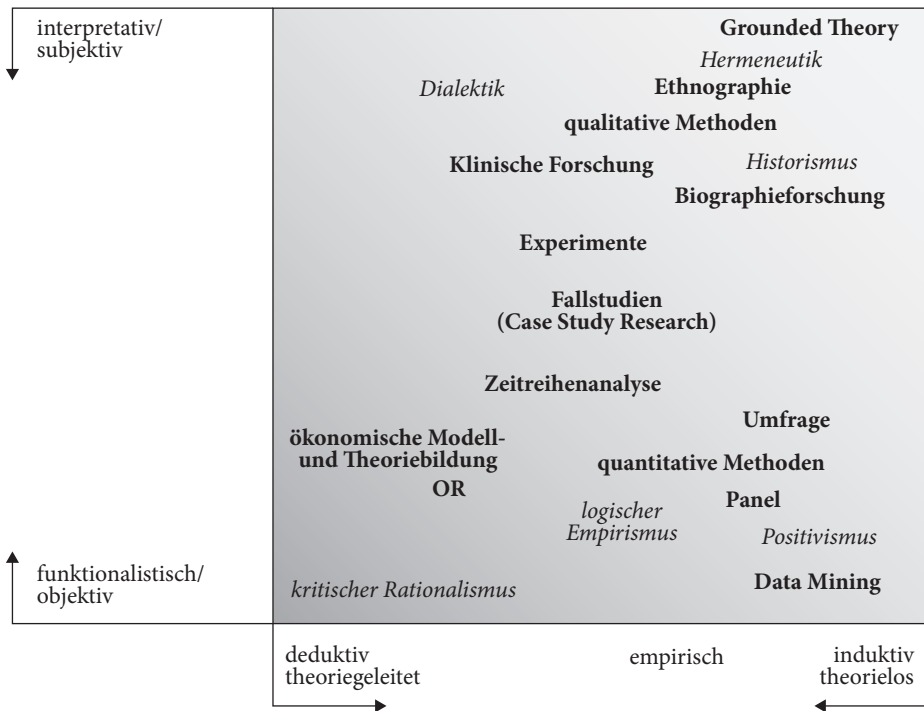


Abbildung 1: Bezugsrahmen zur Einordnung von Fallstudien in den Methodenkontext¹⁵

te[n] und [...] daraus eine Deutung ab[leiten]»,¹⁶ und nehmen demzufolge auch in der beschriebenen X-Achse eine ungefähre Mittelstellung ein.

2. Für den Umsetzungsprozess in Fallstudienarbeiten ist es zentral, dass klare Leitfragen oder Fragekomplexe erarbeitet werden, die die Inhaltsanalyse leiten sollen.¹⁷

Diese Leitfragen wurden unter I.2. «Fragestellung und Ziele der Studie» dargelegt: Um den grundlegenden Wandel in der konfessionell geprägten Trägerschaft der Institutionen der ambulanten Krankenpflege nachzeichnen zu können, sollen der rechtliche Rahmen, die personellen Verbindungen, die finanzielle Unterstützung sowie die Deutungsstrukturen genauer untersucht werden.

¹⁵ Abbildung nach Göthlich, Fallstudien, 5.

¹⁶ Göthlich, Fallstudien, 6.

¹⁷ Vgl. Borchardt/Göthlich, Erkenntnisgewinnung, 37.

Darüber hinaus sind die Auswahl der Fälle sowie die Datenerhebungsmethoden festzulegen.¹⁸ Dazu im Einzelnen:

- Auswahl und Anzahl der Fälle: In Bezug auf die Auswahl der Fälle hält Göthlich fest, dass die Fälle «durchaus willkürlich ausgewählt werden»¹⁹ können, zumal nicht wie in der quantitativen Forschung ein Erfordernis besteht, wonach die Auswahl einem Zufallsprinzip zu folgen hätte.²⁰ Insofern soll die Fallauswahl «durchaus beliebig, wenngleich begründet»²¹ erfolgen. Gemäss Yin sind durchaus Einzelfallstudien («single-case design»)²² möglich, dies insbesondere bei «einzigartigen Fällen sowie bei vollkommen neuartigen Phänomenen».²³ Empfohlen wird jedoch eine vergleichende Fallstudie («multiple-case design»),²⁴ da darin «die gewonnenen Erkenntnisse durch Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen den Fällen kritisch beleuchtet werden können».²⁵ Als Richtgrösse für eine vergleichende Fallstudie gilt eine Zahl von vier bis zehn Fällen.²⁶ In der vorliegenden Studie wurden dieser Richtgrösse entsprechend sechs Krankenpflegevereine aus der deutschsprachigen Schweiz als Fallbeispiele ausgewählt, die unterschiedlichen Kantonen angehören und die geografisch über die Deutschschweiz verteilt sind. Zudem wurde darauf Wert gelegt, dass die Fallbeispiele in unterschiedlichen konfessionellen Situationen verortet sind, d. h., es befinden sich Krankenpflegevereine aus reformierten Mehrheitsregionen, aus gemischtkonfessionellen Gebieten sowie aus Diasporasituationen darunter.
- Methoden der Datenerhebung: Gemäss Yin kommen für Fallstudienarbeiten zahlreiche unterschiedliche Quellentypen infrage – von schriftlichen Dokumenten (inkl. Archivunterlagen) über Interviews und Beobachtungen bis zu physischen Artefakten.²⁷ Yin weist darauf hin, dass in Fallstudienarbeiten grundsätzlich Zugänge über mehrere Quellentypen zu bevorzugen sind, da über eine Quellentriangulation in der Regel «a

18 Vgl. Borchardt / Göthlich, Erkenntnisgewinnung, 36.

19 Göthlich, Fallstudien, 8.

20 Vgl. ebd.

21 Borchardt / Göthlich, Erkenntnisgewinnung, 37.

22 Yin, Case Study, 39–46.

23 Göthlich, Fallstudien, 9.

24 Yin, Case Study, 46–53.

25 Borchardt / Göthlich, Erkenntnisgewinnung, 36.

26 Vgl. Göthlich, Fallstudien, 9; Borchardt / Göthlich, Erkenntnisgewinnung, 37.

27 Er nennt dabei insbesondere sechs Quellenarten: «documents, archival records, interviews, direct observation, participant-observation, and physical artefacts» (Case Study, 83).

broader range of historical, attitudinal, and behavioral issues»²⁸ untersucht werden kann, was die Qualität der Suche nach «converging lines of inquiry»²⁹ unterstützt. Nichtsdestotrotz ist es möglich, dass Fallstudienarbeiten – wie im vorliegenden Fall – auf einem Quellentyp basieren – was gemäss Yin auch durchaus üblich ist.³⁰

In der vorliegenden Untersuchung wird spezifisch auf schriftliche Dokumente und Archivunterlagen aus den ausgewählten Krankenpflegevereinen zurückgegriffen. Von Interesse für die vorliegende Arbeit sind diejenigen Aktenbestände, die das Vereinsleben bzw. das Wirken der jeweiligen juristischen Trägerschaft und Leitung beleuchten. Von den gedruckten Quellen betrifft dies namentlich die Vereinsstatuten, die Jahresberichte sowie in einzelnen Fällen auch Jubiläumsberichte bzw. Festschriften zu Vereinsjubiläen. An ungedruckten Quellen sind insbesondere von Interesse die Protokollbücher bzw. -ordner der vereinsleitenden Organe (Vorstand und Jahres-/Generalversammlung), Unterlagen zum Rechnungswesen (Jahresrechnungen und Budgets), allenfalls vorhandene Verträge (z. B. mit den Diakonissenmutterhäusern) sowie schriftliche Korrespondenzen, namentlich zwischen Vereinsleitung einerseits und Mitarbeitenden, öffentlichen Stellen und Finanzierungspartnern auf den jeweils zuständigen föderalen Ebenen andererseits.

Das Bestehen und die Verfügbarkeit von schriftlichen Quellenbeständen über die lokalen ambulanten Krankenpflegevereine stellen, angesichts der im vorliegenden Projekt gemachten Erfahrungen, in der Regel ein Abbild des jeweiligen institutionellen Werdegangs der Organisationen dar. Das heisst, bei den ausgewählten Fallbeispielen liegen meist Aktenbestände vor, die aus der Zeit einer kirchlichen (Mit-)Trägerschaft datieren und entsprechend in den kirchengemeindlichen Archiven oder aber den Archiven der öffentlichen Kommunen lagern. Darüber hinaus bestehen weitere Aktenbestände, die seit der Zeit nach dem Trägerschaftswechsel angelegt wurden und die meist bei den jeweiligen Spitexvereinen bzw. ihren Nachfolgeorganisationen vorfindlich sind. Die jeweilige Ausgangslage der Aktenbestände wird zu Beginn der Fallbeispiele eingehend dargelegt.

28 Yin, Case Study, 97.

29 Ebd.

30 Ebd.

3. Damit ist gleichzeitig erwähnt, dass im vorliegenden Projekt mit Archivbeständen gearbeitet wurde, die sowohl aus fachwissenschaftlicher Perspektive als auch im Blick auf die rechtliche Verortung unterschiedlichen Gattungen angehören. Die Kirchgemeinden bzw. die öffentlichen Kommunen, die die Bestände aus der kirchgemeindlich getragenen Phase verwalten, fallen als Institutionen des öffentlichen Rechts in der Regel unter die jeweiligen kantonalen Gesetzgebungen und unterliegen daher zumeist den Archivierungsvorgaben der öffentlichen Hand. Entsprechend wurden im Rahmen der behandelten Fallbeispiele gut strukturierte, zuweilen von professionellen Diensten verwaltete Bestände vorgefunden. Andererseits liegen die Bestände der heutigen Spitexorganisationen zumeist in den Archiven der jeweiligen Vereine; daher unterliegen die Bestände nicht den Bestimmungen und Anforderungen öffentlich-rechtlicher Institutionen, sondern gelten als sogenannte «Privatarchive». Entsprechend zeigten sich die angetroffenen Bestände von sehr unterschiedlicher Qualität und von stark differierendem Umfang bei doch ungefähr ähnlichen Umständen bezüglich Zeitspanne und Tätigkeit der jeweiligen Vereine. Dabei verdienen insbesondere diese «Privatarchive» im vorliegenden Rahmen eine besondere einleitende Berücksichtigung:

Es besteht bislang keine klar festgelegte Kriteriologie dessen, was ein Privatarchiv ausmacht. Generell gilt, dass sich der Begriff auf «ein grosses und heterogenes Gebiet [bezieht], das einzig in der Abgrenzung zum öffentlichen Verwaltungshandeln eine Trennlinie von allgemeinerer Akzeptanz gefunden hat»,³¹ d. h., er wird in der Schweiz in Negation zu öffentlichen Archiven definiert.³² Dadurch umfassen Privatarchive ein breites Spektrum unterschiedlicher Institutionen, die von gut strukturierten Firmenarchiven bis zu lose organisierten Privatsammlungen reichen.³³ Für sie bestehen keine spezifischen archivgesetzlichen Bestimmungen. Gleichermassen gibt es auch keinen prinzipiellen Anspruch auf Einsicht und Benutzung, wie es nach dem Öffentlichkeitsprinzip für öffentliche Archive der Fall ist.³⁴ Allfällige Vorgaben für die Sicherung von Archivbeständen stammen allenfalls aus sogenanntem «archivfremde[m] Recht». ³⁵ Für die heutigen Spitexorganisationen sind das beispielsweise datenschutzrechtliche Vorgaben in der Führung der Patientendossiers sowie jeweilige kantonale oder kommunale Vorgaben zur Gewährleistung einer allfälligen Einsichtnahme in Akten durch die zustän-

31 Schlatter, Privatarchive, 318.

32 Schlatter, Privatarchive, 315.

33 Schlatter, Privatarchive, 324.

34 Vgl. Schlatter, Privatarchive, 315.

35 Schlatter, Privatarchive, 316.

dige Steuerungs- und Finanzierungsinstanz. Im Kanton Bern etwa hält die Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) in den allgemeinen Vertragsbestimmungen zum Leistungsvertrag mit den Spitexorganisationen fest, dass sie berechtigt sei, «von der Leistungserbringerin alle erforderlichen Auskünfte zu verlangen, Einsicht in die Akten sowie den Zutritt zu den Betriebsstätten zu erhalten».³⁶ Über diese Bestimmungen stellt die kantonale Steuerungs- und Finanzierungsinstanz ihre Kontrollfunktion sicher; allerdings bezieht sich ihr Interesse darauf, «insbesondere [...] [die] Finanz-, Personal- und Kundendokumentation zu überprüfen».³⁷ Demnach stehen vorwiegend die finanzrelevanten Dokumente des Vereins im Fokus; weitere Unterlagen der Träger-schaft, namentlich Diskussionen und Beschlüsse zu Geschäften innerhalb der Vereinsorgane, die gerade für die vorliegende Untersuchung von grosser Bedeutung sind, erscheinen in den kantonalen Leistungsverträgen hingegen als wenig relevant.

Wenn auch solche Privatarhive in der öffentlichen Wahrnehmung eher ein Randphänomen darstellen, so wird ihnen doch attestiert, ein «bedeutendes kulturelles und wirtschaftliches Erbe der Schweiz»³⁸ darzustellen, da sie nicht nur die Bestände öffentlicher Archive ergänzen, sondern auch weil sie ein «grosses kritisches Potenzial»³⁹ in sich tragen. Dieses kommt dadurch zur Geltung, dass sie sowohl Perspektiven auf Sachverhalte eröffnen, die über öffentliche Archive nicht zugänglich sind, als auch dadurch, dass sie auf bekannte Sachverhalte andere, nicht durch staatliche Instanzen gesteuerte Perspektiven bieten.⁴⁰

Damit ist aber gleichzeitig ausgesagt, dass auch Privatarhive nicht einfach als der Neutralität, Objektivität und Unbefangenheit verschriebene «Wissensorte»⁴¹ gelten können; vielmehr trifft auch für sie ein Zweifaches zu: Erstens ist zu beachten, dass «most archival records were produced for specific purpose and a specific audience (other than the case study investigation)»,⁴² was insbesondere auch im vorliegenden Fall zutrifft. Entsprechend gilt: «these conditions must be fully appreciated in interpreting the usefulness and accu-

36 Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF), Vertragsbestimmungen, 14.

37 Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF), Vertragsbestimmungen, 15.

38 Knoch-Mund, Privatarhive, 50.

39 Schlatter, Privatarhive, 321.

40 Schlatter spricht von einer möglichen «veritable[n] Gegenüberlieferung» (Privatarhive, 325).

41 Zur Problematisierung des Begriffs siehe Friedrich, Geburt, 15.

42 Yin, Case Study, 89.

racy of the records».⁴³ Zweitens ist ernst zu nehmen, dass die Auswahl und Zusammenstellung der Artefakte konstruktivistische Akte sind,⁴⁴ die als «genuine Weise der Welterzeugung verstanden werden»⁴⁵ müssen. Wer in einem Archiv arbeitet, «finds meaning and makes meaning»⁴⁶ – dieser Grundsatz bezieht sich insbesondere auch auf Privatarchive, zumal bei ihnen angesichts der in «der Tendenz nach weniger geregelten Mechanismen»⁴⁷ Entscheidungen über Form, Struktur und Ordnung der Bestände kaum transparent dargelegt werden.

Diese Vorbehalte sind auch in der vorliegenden Arbeit und der Auseinandersetzung mit den Beständen aus sogenannten «Privatarchiven» zu berücksichtigen. In keinem der konsultierten Privatarchive sind Grundlagen über Auswahl- und Ordnungsschritte vorhanden; entsprechend können interessegeleitete Schritte in der Zusammenstellung der Bestände kaum mehr eruiert werden. Das heisst, die vorliegende Arbeit ist im Bewusstsein darum verfasst, dass die Bestände der konsultierten Privatarchive von Personen zusammengestellt wurden, die von den Sachverhalten direkt betroffen waren und daher je ihre eigenen Perspektiven und damit ihre eigenen Auswahl- und Wertungsentscheidungen eingebracht haben mögen.

4. Die Quellentypen der schriftlichen Dokumente und der Archivunterlagen gilt es nun «mit der Methode der Inhaltsanalyse aufzuarbeiten und zu interpretieren».⁴⁸ Hierzu hat insbesondere Mayring mit der Entwicklung der qualitativen Inhaltsanalyse für den deutschsprachigen Raum Entscheidendes geleistet, die unterdessen zu einer der Standardmethoden der Textanalyse geworden ist.⁴⁹ Der qualitativen Inhaltsanalyse geht es darum, das Interpretieren von Texten «mit inhaltsanalytischen Regeln beschreibbar und überprüfbar zu machen».⁵⁰ Hierfür wird in der vorliegenden Methode streng fragestellungsbezogen gearbeitet, wobei «die textanalytischen Fragestellungen [...] aus der übergeordneten Fragestellung des Forschungsprojekts abgeleitet»⁵¹ werden. Dabei verwendet die qualitative Inhaltsanalyse drei Grundtechniken der Textinterpretation. Es sind dies erstens die Zusammenfassung,

43 Ebd.

44 Vgl. dazu Ketelaar, Records, 203.

45 Schlatter, Privatarchive, 325.

46 Ketelaar, Cultivating archives, 27 (Hervorhebungen im Original).

47 Schlatter, Privatarchive, 328.

48 Borchardt / Göthlich, Erkenntnisgewinnung, 42.

49 Vgl. Mayring, Abgrenzungen, o. S.

50 Mayring, Inhaltsanalyse, 602.

51 Mayring, Abgrenzungen, o. S.

in der in einem «iterative[n] Verfahren» ein «zunehmender Grad der Verdichtung»⁵² geschaffen wird. In der darauffolgenden Explikation wird zweitens das zusammengefasste Material angereichert durch «externe Informationen oder Informationen aus dem übrigen Datenbestand», sodass «die Dokumente in ihren zeitlichen und sachlichen Kontext eingeordnet»⁵³ werden. Drittens wird mit der Strukturierung «eine Kategorisierung innerhalb der Quelle bzw. des gesamten Datenbestands angestrebt».⁵⁴ Mayring betont, dass die Interpretation mit der Anwendung dieser Grundtechniken zwar klar regelgeleitet erfolgt, aber dennoch «nie automatisch»⁵⁵ geschehe, zumal in den einzelnen Schritten stets – notwendigerweise mitunter subjektive – Interpretationsunterscheidungen getroffen werden müssen.⁵⁶

Die inhaltsanalytischen Schritte erfolgten in den vorliegenden Fallbeispielen in Kap. II. so, dass für alle sechs Fallbeispiele je eine Datenbank⁵⁷ angelegt wurde. Aus dem vorliegenden Material in diesen Datenbanken erfolgten die oben genannten Verdichtungsschritte der Zusammenfassung und der Explikation; schliesslich wurden die aus den Archivmaterialien entnommenen Aussagen innerhalb der in Kap. III.1. vorliegenden Phasenbildung kategorisiert und strukturiert.

52 Borchardt/Göthlich, Erkenntnisgewinnung, 42.

53 Ebd.

54 Ebd.

55 Mayring, Inhaltsanalyse, 603.

56 Vgl. ebd.

57 Zu den Anforderungen an eine Datenbank siehe Yin, Case Study, 101–103; Göthlich, Fallstudien, 11. Eine Datenbank zielt insbesondere darauf ab, dass «other investigators can review the evidence directly» (Yin, Case Study, 102).

II. Fallstudien

Einführung: Setting und Auswahl

Im vorliegenden Kapitel II. erfolgt die Darstellung der ausgewählten Fallbeispiele von reformierten Krankenpflegevereinen aus der deutschsprachigen Schweiz. Es sind dies namentlich die Vereine aus Burgdorf (BE), Egnach (TG), Arlesheim (BL), Wettingen (AG), St. Gallen-Tablat (SG) sowie Reiden (LU).

Bei der Auswahl der Fallbeispiele wurde darauf geachtet, dass diese bezüglich Kantonszugehörigkeit, Siedlungsstruktur der entsprechenden Gemeinde sowie konfessionellem Umfeld die in der Schweiz vorfindliche Vielfalt möglichst gut abzudecken vermögen. So erstrecken sich die ausgewählten Fallbeispiele vom Kanton Bern im Westen bis in den Kanton Thurgau im Osten und repräsentieren dabei unterschiedliche Siedlungsstrukturen.¹ Während einzelne Fallbeispiele aus ursprünglich reformierten Mehrheitsregionen stammen,² wurden andere in gemischtkonfessionellen Situationen³ bzw. in der Diaspora⁴ gegründet. In Bezug auf die vorhandenen Archivbestände war es notwendig, dass die ausgewählten Vereine über ausreichend Unterlagen möglichst aus dem gesamten Zeitraum ihres Bestehens verfügten.

Um die jeweiligen Fallbeispiele zu finden, musste unterschiedlich vorgegangen werden. Zunächst galt es, über Katalogrecherchen nach Vereinsschriften zu suchen, die auf allenfalls bestehende Archivbestände verweisen könnten. Dazu gehörte auch die online-Recherche über Berichte von Vereinsjubiläen in lokalen oder regionalen Zeitungen. Darüber hinaus zeigten sich Archivarinnen und Archivare, Verantwortliche von konsultierten Kirchge-

-
- 1 Städtisch: St. Gallen-Tablat; kleinstädtisch bzw. Agglomerationsgebiet: Burgdorf, Arlesheim, Wettingen; ländliches Umfeld: Reiden, Egnach.
 - 2 Das bezieht sich auf die Fallbeispiele in Burgdorf (Kapitel II.1.) und Egnach (Kapitel II.2.).
 - 3 Das bezieht sich auf die Fallbeispiele in Arlesheim (Kapitel II.3.), Wettingen (Kapitel II.4.) und St. Gallen-Tablat (Kapitel II.5.).
 - 4 Das betrifft das Fallbeispiel in Reiden (Kapitel II.6.).

meinden und politischen Gemeinden sowie insbesondere frühere und aktuelle Funktionsträgerinnen und -träger in den Krankenpflege- bzw. Spitexvereinen darin behilflich, Kontakte zu Gemeinden bzw. Vereinen mit einem vorhandenen Archivbestand zu vermitteln. Nicht zuletzt erklärten sich einzelne kantonale Spitexverbände in ausgewählten Kantonen bereit, die Suche nach geeigneten Vereinen über ihre Kommunikationskanäle zu unterstützen.

Über diese Wege konnten über 20 Krankenpflege- bzw. Spitexvereine ausfindig gemacht werden, bei denen Archivbestände aus unterschiedlichen Phasen des Vereinswirkens vorhanden waren. Allerdings erwies sich das Ziel, sechs den oben erwähnten Kriterien entsprechende Fallbeispiele zu finden, als sehr anspruchsvoll und arbeitsintensiv. Das lag daran, dass sich zahlreiche der konsultierten Vereinsarchive als unvollständig erwiesen und meist für wesentliche Zeiträume keine Akten vorhanden waren. Selbst umfangreiche Recherchen bei aktuellen und früheren Vereinsfunktionärinnen und -funktionären konnten den Verbleib der Akten aus den gesuchten Zeiträumen oftmals nicht klären. Häufig verfügten heutige Spitexorganisationen nur noch über Aktenbestände aus der Zeit seit dem Wechsel ihrer Trägerschaft und der Umwandlung in zivilgesellschaftlich getragene Organisationen (ca. 1990er Jahre). Bestände aus früheren Zeiten – meist mit kirchlicher Trägerschaft – waren in diesen Fällen nicht mehr vorhanden. Das mag wesentlich, so wird hier postuliert, mit dem Selbstverständnis dieser einzelnen Spitexorganisationen zusammenhängen, die sich nicht so sehr als Rechtsnachfolgerinnen der alten Krankenpflegevereine verstanden haben (deren Aktenbestände sie demnach behalten wollten), sondern vielmehr als neue, eigenständige Organisationen (die die alten Bestände – ihrer Ansicht nach – nicht mehr benötigten).

Wo passende Archivbestände aufgefunden wurden, zeigten sich sowohl aktuelle als auch frühere Vereinsfunktionärinnen und -funktionäre sowie auch Archivverantwortliche aus Kirchgemeinden und politischen Gemeinden in der Regel sehr offen und erfreut über die Anfragen und gewährten den Archivzugang ohne grössere Umstände. In einzelnen Fällen wurden schriftliche Vereinbarungen zur Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorgaben seitens der Archive abgeschlossen.

Die im Folgenden angeführten Fallbeispiele stellen das jeweilige Wirken des Krankenpflege- bzw. Spitexvereins im Zeitraum ihres Vereinswirkens dar, das zumeist um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert begann⁵ und sich

5 In chronologischer Reihenfolge: Burgdorf ab 1881; Egnach ab 1891; Arlesheim ab 1905; Wettingen ab 1921 (Darstellung ab 1994, siehe Kapitel II.4.); St. Gallen-Tablat 1922. Die Ausnahme hierzu ist Reiden: Die reformierte Diasporakirch-

in allen Fällen – zuweilen über rechtsnachfolgende Institutionen – bis in die Gegenwart erstreckt.⁶

Die Methodik der Fallstudien legt Wert darauf, das vorfindliche und gemäss obigen Prozeduren bearbeitete Quellenmaterial in Berichtsform darzustellen und in einer geeigneten Komposition zu strukturieren. Yin schlägt hierfür unterschiedliche Vorgehensweisen vor, namentlich eine linear-analytische, eine vergleichende, eine chronologische sowie eine theoriebildende.⁷

In der vorliegenden Studie wird für die Gliederung der sechs Fallstudien jeweils in paralleler Weise die chronologische Darstellung angewendet. Aufgrund langjähriger Erfahrungen verweist Yin allerdings auf einen «Fallstrick»⁸ in der Anwendung der chronologischen Darstellung: Erfahrungsgemäss bestehe die Gefahr, dass der Anfangsphase oftmals ungleich grössere Aufmerksamkeit geschenkt werde als den späteren Phasen und insbesondere der gegenwärtigen Situation einer Fallstudie, was zu einer asymmetrischen Darstellung im Zeitverlauf führe. «Most commonly, an investigator will expend too much effort in composing the introduction to a case, including its early history and background, and leave sufficient time to write about the current status of the case.»⁹ Im Bewusstsein um diese Herausforderung wird in der Darstellung der nachfolgenden Fallstudien Wert gelegt auf eine möglichst gleichmässig vertiefte Darstellung aller betroffenen Zeitetappen.

Das heisst, die Darstellung des jeweiligen Vereinswirkens ist wie folgt gegliedert: In einem einleitenden Abschnitt wird das Vereinswirken eingeordnet in die jeweiligen sozialhistorischen und konfessionellen Umstände der vorfindlichen Gemeinde. Zudem wird deklariert, mit welchen Archivbeständen gearbeitet wurde.

Anschliessend folgt eine chronologisch gegliederte Darstellung des Vereinswirkens seit der Gründung bis zur Gegenwart. In dieser Darstellung wurde anhand der Gliederung des Vereinswirkens eine erste Vorstrukturierung in spezifische Phasen bzw. Etappen vorgenommen.

Die Reihenfolge der Fallbeispiele entspricht der Reihenfolge des Gründungsdatums der jeweiligen Vereine.

gemeinde Reiden wurde in der Zwischenkriegszeit gegründet, die Gründung des Krankenpflegevereins erfolgt dann 1943 (vgl. Kapitel II.6.).

6 In zwei Fallbeispielen bezog sich das Wirken der Kranken- bzw. Hauspflege nicht nur auf den jeweiligen Verein, sondern wurde in einzelnen Etappen auch direkt durch die Kirchgemeinde wahrgenommen (vgl. II.2. in Egnach sowie II.5. in St. Gallen-Tablat).

7 Vgl. Yin, Case Study, 151–156.

8 Yin, Case Study, 154 (engl. «pitfall»).

9 Ebd.

II.1. Vom freiwilligen Krankenverein Burgdorf zur Spitex Burgdorf-Oberburg

Zur Einführung: Sozialhistorische und konfessionelle Angaben zur Gemeinde Burgdorf; verwendete Archivbestände

Burgdorf ist eine Stadt im Verwaltungskreis Emmental und liegt «an der Talenge über dem Austritt der Emme aus dem Emmental ins tiefere Mittelland».¹ 1175 erstmals urkundlich erwähnt, gehört sie zu den Zähringer-Gründungen und fungiert in deren «Konzept einer zweiten Mittelland-Transversale vom Genfersee zum Rhein».²

Da Burgdorf bereits 1384 durch Kauf an Bern übergang,³ übernahm die Stadt infolgedessen 1528 die Reformation.⁴ Dass die Stadt zur Zeit der Gründung des freiwilligen Krankenvereins gegen Ende des 19. Jahrhunderts weitestgehend reformiert geprägt war, zeigen die damaligen Bevölkerungszahlen: Von den rund 6600 Einwohnerinnen und Einwohnern im Jahr 1880 gehörten 95 % der reformierten Konfession an.⁵

Ein bedeutendes Ereignis in der neueren Stadtgeschichte ist die Anbindung der Stadt an das neu entstehende Eisenbahnnetz; bis zur Wende zum 20. Jahrhundert entstanden verschiedene Bahnlinien, die die Stadt Burgdorf zum Bahn-Knotenpunkt werden liessen.⁶ Es ist nicht zuletzt auf diesen Umstand zurückzuführen, dass die Stadt seither ein beträchtliches Wirtschafts- und Bevölkerungswachstum erfuhr.

Bis in die 1970er Jahre wuchs die Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner auf knapp 16000 Personen.⁷ Nach einem zwischenzeitlichen Bevölkerungsrückgang hat die Stadt nun wieder die damalige Grösse erreicht.⁸ Der evangelisch-reformierten Kirchgemeinde gehören im Jahr 2020 mit rund 8000 Mitgliedern noch die Hälfte der Einwohnerinnen und Einwohner an.⁹

Die Unterlagen des freiwilligen Krankenvereins Burgdorf lagern im Archiv der Burgergemeinde Burgdorf (ABGB). Dort sind die Protokollbücher der Sitzungen der Vereinsorgane (bis 1970) vorhanden, ebenso Jahresberichte

1 Dubler / Schibler, Burgdorf, o. S.

2 Vgl. ebd.

3 Vgl. Wegmüller, Geschichte, 23.

4 Wegmüller, Geschichte, 29.

5 Dubler / Schibler, Burgdorf, o. S.

6 Schibler, Geschichte, 51–56.

7 Dubler / Schibler, Burgdorf, o. S.

8 Vgl. Stadt Burgdorf, Kennzahlen.

9 Evangelisch-reformierte Kirchgemeinde Burgdorf, Kirchgemeinde.

und -rechnungen, Statuten und Reglemente sowie vereinzelte Korrespondenzen des Vereinsvorstands, dies alles für den Zeitraum ab der Vereinsgründung von 1881 bis ins Jahr 1997. Ergänzende Informationen bot die Festschrift von Gottfried Linder, die er anlässlich des 50-jährigen Vereinsbestehens im Jahr 1931 veröffentlichte und der bis dahin im Vorstand des Krankenvereins als Sekretär wirkte.¹⁰ Für die Diskussionen zur Vereinsgründung, die der Kirchgemeinderat der evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Burgdorf ansties, wurde auf Protokollbücher aus dem Archiv der evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Burgdorf (AKGB) zurückgegriffen.

Die Vereinsunterlagen der vergangenen gut 20 Jahre, d.h. ab dem Bestehen der «Spitex Burgdorf», sind im Archiv der Spitex Burgdorf-Oberburg (ASBO) zugänglich. Dort befindet sich eine weitgehend vollständige Zusammenstellung von Protokollen der Vereinsorgane, Jahresberichten und -rechnungen und Korrespondenzen unter den Vorstandsmitgliedern sowie gegenüber Behörden und weiteren Institutionen.

1. Gründung und gesellschaftliches Sendungsbewusstsein: Die Jahre 1881–1935

Die Gründung des Krankenvereins Burgdorf geht auf das späte 19. Jahrhundert zurück. Der Kirchgemeinderat der evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Burgdorf machte es sich zum Anliegen, einen solchen Verein ins Leben zu rufen, und erstellte im Verlauf des Jahres 1880 bereits einen ersten Entwurf des Vereinsreglements.¹¹ Nach einer vom Kirchgemeinderat einberufenen öffentlichen Versammlung wurde ein Initiativkomitee eingesetzt mit dem Auftrag, die Gründung des Vereins als «freiwilliger Krankenverein Burgdorf» per Anfang 1881 in die Wege zu leiten.¹²

Den Zweck des Vereins beschreiben die Gründungsstatuten in § 1: «Es bildet sich in Burgdorf ein freiwilliger Krankenverein, dessen Zweck sein soll, die Privatwohlthätigkeit zugunsten armer Kranker und Genesender zu organisieren. Derselbe ist völlig unabhängig von der der gesetzlichen Kranken- und Armenbehörde, und seine Aufgabe beschränkt sich wesentlich auf den Besuch und die Pflege der Kranken und die Unterstützung derselben durch zweckmässige Nahrungsmittel sowie auch durch Kleidungs- und Bettstü-

10 Linder, Krankenverein Burgdorf, Einleitung.

11 Vgl. AKGB, Kirchgemeinde Burgdorf, Protokoll der Sitzung des Kirchgemeinderats vom 13. Januar 1880, Protokollbuch 1876–1889, 2.

12 Linder, Krankenverein Burgdorf, 3.

cke.»¹³ In dieser Zweckbestimmung fällt auf, dass das Vereinswirken nicht allein auf die Pflege im engeren Sinne, sondern insbesondere auch auf mit Krankheiten verbundenen Armutsrisiken ausgerichtet war – zumal die Pflegetätigkeit für «*arme Kranke und Genesende*» [Hervorhebung S. H.] bestimmt war und die Abgabe von Gütern des täglichen Bedarfs mit zum Vereinszweck zählte. Das Verhältnis von Krankheit und Armut wurde später im Verein wie folgt beschrieben: Krankheit sei «eine Hauptquelle der Armut, und der Krankheit vorbeugen oder sie beheben ist so viel wie der Armut vorbeugen.»¹⁴ Zur Gründungsversammlung erklärten nicht weniger als 260 Personen ihren Beitritt zum Krankenverein.¹⁵

Das Initiativkomitee verhandelte noch vor der Vereinsgründung mit dem Diakonissenhaus Riehen die Entsendung einer Gemeindeschwester. So konnte gleich zu Beginn der Vereinstätigkeit eine erste Diakonisse im Dienst des Krankenvereins Burgdorf ihre Arbeit aufnehmen.¹⁶

Während die Diakonisse die Pflegetätigkeit im eigentlichen Sinne ausübte, beschäftigte sich der Vereinsvorstand in den ersten Jahren mit der Organisation und den Rahmenbedingungen dieser Pflegetätigkeit. So sorgte er sich – zwecks finanzieller Absicherung der Vereinstätigkeiten – um die Mitgliederwerbung, er hatte für die Wohnung der Diakonisse zu sorgen und ein geeignetes Depot für die Krankenmobilien zu finden und einzurichten.¹⁷ Eine besondere Aufgabe kam dem Vorstand aufgrund des dargestellten Vereinszwecks darin zu, Unterstützungsleistungen für bedürftige Kranke in der Gemeinde zu sprechen – seien es Geldbeträge, Naturalien oder später auch Beiträge an Erholungskuren.¹⁸

13 ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1880–1924, Statuten vom 1. Januar 1881, 2 f.

14 Linder, Krankenverein Burgdorf, 1.

15 ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1880–1924, 1880 – Gründung des Vereins, 1.

16 ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1880–1924, Protokoll der Sitzung des Comités vom 7. Dezember 1880, 7.

17 Vgl. bspw. ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1880–1924, Protokoll der Hauptversammlung vom 25. März 1890, 78–80.

18 Vgl. bspw. die Auflistung von Unterstützungsleistungen in: ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1880–1924, Protokoll der Sitzung des Comités vom 14. April 1920, 365.

Von allem Anfang an verstand sich der Verein als «unabhängig»¹⁹ und «auf dem Boden der Freiwilligkeit aufgebaut».²⁰ Die beiden Prädikate «unabhängig» und «freiwillig» sind komplementär aufzufassen: Die Unabhängigkeit wurde so verstanden, dass der Verein im Sinne der «Privatwohlthätigkeit» agierte und unabhängig war «von der gesetzlichen Kranken- und Armenbehörde». Damit wurde bewusst eine gewisse Distanz zu damaligen Behörden gehalten, wenn auch die Auflösungsbestimmungen der damaligen Statuten festhielten, dass im Falle einer Auflösung «allfällige, noch vorhandene Gelder [...] alsdann dem Einwohnergemeinderat zu übergeben [sind], der sie verwalten soll, bis er sie einem neu ins Leben tretenden Verein mit gleicher oder doch ähnlicher Tendenz aushändigen kann».²¹ Anstelle einer Anbindung an öffentliche Kranken- bzw. Armeninstitutionen war der Verein also ausgerichtet nicht auf ein verpflichtendes, sondern ein freiwilliges Mittragen der interessierten Bevölkerung der Stadt Burgdorf – der Verein sollte «durch freiwillige Gaben erhalten»²² werden.

Die postulierte Unabhängigkeit kontrastierte ein Stück weit mit der engen personellen Verflechtung des freiwilligen Krankenvereins mit der reformierten Kirchgemeinde: Nicht nur ging die Vereinsgründung auf eine Initiative aus dem Kirchgemeinderat zurück; darüber hinaus gehörten der Kirchgemeinderatspräsident sowie die drei Pfarrer dem Initiativkomitee zur Gründung des Vereins an. Letztere wirkten zudem von Anbeginn an zu dritt im sechsköpfigen Vorstand mit, wobei das Präsidium wie auch das Vizepräsidium stets von einem Pfarrer besetzt wurde.

Ein spezielles Geschick traf die Vereinspräsidenten; im Zeitraum seit der Vereinsgründung bis 1935 starben nicht weniger als fünf Vereinspräsidenten und Stadtpfarrer unerwartet im Verlauf ihrer Amtszeit; sie alle wurden jeweils von einer nachrückenden Pfarrperson im Vereinspräsidium ersetzt. 1935 amtierten noch zwei Pfarrer im Vereinsvorstand, auch dann noch mit den Chargen des Präsidiums und Vizepräsidiums.

Entgegen den vielen Wechseln im Vereinspräsidium bestand seitens der Diakonissen grosse Stabilität, und es erfolgten nur wenige, altersbedingte Wechsel. Angesichts des Aufgabenwachstums und der steigenden Anzahl von Pflegesituationen stellte der Verein ab 1889 eine zweite Schwester aus dem

19 ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Statuten des freiwilligen Krankenvereins vom 1.1.1881, § 1.

20 ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1924, 3.

21 ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Reglement des freiwilligen Krankenvereins von 1901, § 10.

22 ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1924, 3.

Diakonissenhaus Riehen an,²³ ab 1935 eine dritte.²⁴ Neben der Verrichtung der eigentlichen Pfl egetätigkeit kam den Gemeindeschwestern die wichtige Aufgabe zu, bei den gepflegten Personen den möglichen weiteren Unterstützungsbedarf zu eruieren, dies dem Vorstand zu melden, der seinerseits aufgrund der gemachten Meldungen Unterstützungsleistungen im oben genannten Sinne zusprach.²⁵

Eine Nähe zwischen dem freiwilligen Krankenverein und der Kirchgemeinde bestand nicht nur in personeller, sondern auch in finanzieller Hinsicht. Neben dem Ertrag aus Mitgliederbeiträgen konnte der Krankenverein von Beginn an auf Beiträge der Kirchgemeinde zählen in Form von «freiwillige[n] Kirchensteuern»,²⁶ namentlich «Kirchensteuern an den Festtagen, soweit sie nicht vom Kirchgemeinderat zu anderweitigen Zwecken bestimmt werden, und der Ertrag der Opferstöcke».²⁷ Das anfängliche Budget im Umfang von CHF 1800 (davon CHF 1500 Mitgliederbeiträge und CHF 300 freiwillige Kirchensteuern) wuchs in der Folge aufgrund des Aufgabenwachstums, der allgemeinen Teuerung sowie insbesondere der Teuerung in der Zeit des Ersten Weltkriegs²⁸ stark an,²⁹ sodass die Finanzierung der Vereinstätigkeiten schon nach wenigen Jahren auf weitere Säulen abgestützt werden musste. Nicht zuletzt durch die Anstellung einer zweiten Diakonisse wurden Pfl egetaxen erhoben und die öffentliche Hand sowie weitere Institutionen um Beiträge angegangen. Mit der Zeit sind schliesslich Legate und weitere Zuwendungen von privater Seite zu einer wichtigen Stütze der Vereinsfinanzierung geworden. So zeigte etwa die Jahresrechnung 1930 eine breite Verteilung der Einnahmen des mittlerweile auf rund CHF 15 000 angestiegenen Finanzetats des Vereins (Beiträge nach Grösse in absteigender Reihenfolge: Gemeindebeiträge, Vermögenszinsen, Pfl egetaxen, Mitgliederbeiträge, Kirchensteuern, diverse Einnahmen).³⁰ Dadurch, dass der Vereinsumsatz ständig zunahm, die Höhe der Beiträge aus den freiwilligen Kirchensteuern jedoch ungefähr konstant bleibt, verringerte sich der relative Anteil der letz-

23 Linder, Krankenverein Burgdorf, 5.

24 ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1935, 1.

25 Vgl. bspw. Besprechung von sechs Unterstützungsfällen in ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokoll der Vorstandssitzung vom 31. März 1934, 1.

26 Linder, Krankenverein Burgdorf, 4.

27 ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Reglement des freiwilligen Krankenvereins von 1901, § 2.

28 Vgl. ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1918, 2.

29 Vgl. bspw. ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1919, 4.

30 Vgl. Linder, Krankenverein Burgdorf, 23.

teren am Gesamtumsatz deutlich und machte im genannten Jahr nur noch lediglich 5 % aus.³¹

Eine bedeutende Ausweitung seines Tätigkeitsfelds fand der freiwillige Krankenverein Burgdorf ab den ersten Jahren des 20. Jahrhunderts. Zu dieser Zeit erlebte die Schweiz eine starke Ausbreitung der Lungenkrankheit Tuberkulose – in den Jahren 1905–1906 durchlitt das Land eine Epidemiewelle³² –, wobei insbesondere Mangelernährung und fehlendes Hygienewissen zur Ausbreitung beitrugen und vorwiegend Kinder und junge Erwachsene betroffen waren. Aufgrund dieser Situation schufen die kantonalen Behörden im Jahr 1908 bzw. 1910 die gesetzlichen Grundlagen für die Errichtung von lokalen Tuberkulosefürsorgestellen, die mit der geeigneten Bekämpfung der Tuberkulose beauftragt und entsprechend von kantonalen und kommunalen Seite finanziell unterstützt wurden.³³ Der freiwillige Krankenverein Burgdorf übernahm diese Aufgabe für die Stadt Burgdorf und wurde daraufhin zur offiziellen «Fürsorgestelle für Tuberkulose».³⁴ Die damit verbundenen Aufgaben basierten auf zwei Säulen: Zum Ersten ging es darum, in präventiver Hinsicht Schülerinnen und Schülern im Rahmen des Schulunterrichts Milch zu verabreichen. Diese «Milchkuren» bezweckten eine «Hilfe gegen Erschlaffung und Erkrankung».³⁵ Zum Zweiten sprach der Krankenverein grosszügige Beiträge an Gesuche für «Kuren in Heilstätten»³⁶ zugunsten von erkrankten Personen unterschiedlichen Alters. Besondere Bedeutung kam der Tuberkulosebekämpfung in der Zeit des Ersten Weltkriegs zu, in der aufgrund der Versorgungslage vor allem die ärmere Bevölkerung gefährdet war, unter Mangelernährung zu leiden, sowie im Speziellen in der Zeit um 1918, in der zu alledem noch die Spanische Grippe grassierte.³⁷

Für die Tuberkulosebekämpfung führte der Verein eine «Spezialrechnung», in der die damit verbundenen Aus- und Einnahmen separat ersichtlich waren. Angesichts der grossen Leistungen (Milchabgabe, Beiträge an Kuren) machten die entsprechenden Ausgaben zuweilen bis zur Hälfte der übrigen

31 Vgl. ebd.

32 Corti, Tuberkulose.

33 Linder, Krankenverein Burgdorf, 7.

34 Linder, Krankenverein Burgdorf, 8.

35 ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1910, 6.

36 Linder, Krankenverein Burgdorf, 17.

37 Der Vereinsvorstand war sich bewusst, dass für den Verein in der Tuberkulosebekämpfung das «Feld [liege], auf dem man sich intensiv betätigen» solle (ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1915, 5.)

Vereinsausgaben aus.³⁸ Die Bestimmung als «Fürsorgestelle für Tuberkulose» brachte zwar mit sich, dass der Verein Beiträge vom Eidgenössischen Gesundheitsamt sowie den kantonalen und lokalen Behörden erhielt;³⁹ diese deckten jedoch die diesbezüglichen Ausgaben bei Weitem nicht.⁴⁰ Der Verein war gezwungen, diese Ausgaben auch anderweitig zu decken.

Die Übernahme der Aufgabe als «Fürsorgestelle für Tuberkulose» durch den Krankenverein ist paradigmatisch für dessen Sendungsbewusstsein und für dessen Absicht, als wichtige Institution des Armen- und Krankenwesens in der Gesellschaft aufzutreten. Hierfür lassen sich neben dem Wirken als Tuberkulose-Fürsorgestelle weitere Aktionen anführen. Bereits zehn Jahre nach der Gründung, im Jahr 1891, engagierte sich der Vereinsvorstand für die Gründung einer Krippe. Nach Prüfung der organisatorischen Fragen gründete er zu diesem Zweck einen neuen Krippeverein und stattete diesen zur Aufnahme seiner Tätigkeit mit einem Startkapital aus.⁴¹ Darüber hinaus vernetzte er sich in vielfältiger Weise mit anderen karitativen Institutionen. Gerade in der Kriegszeit unterstützte er etwa den Samariterverein sowie die Sektion Emmental des Roten Kreuzes mit finanziellen Beiträgen.⁴² Ein Abbild dieser starken Vernetzungen war die Zusammensetzung des Vorstands: Neben den Pfarrpersonen, die die Präsidialchargen übernahmen, waren wichtige Anspruchsgruppen vonseiten der Behörden, der Wirtschaft und nahestehender Bereiche im Vorstand vertreten.⁴³

Die gesellschaftliche Ausstrahlung des Vereins ist in zweierlei Hinsicht zu differenzieren:

- Spannung zwischen gesellschaftlicher Wirkung und Interesse am Vereinsgeschehen: Zwar nahm der Krankenverein im vorliegenden Zeitraum unzweifelhaft eine wichtige Funktion im Armen- und Kranken-

38 So summierten sich bspw. die Ausgaben für die Tuberkulosebekämpfung im Jahr 1930 auf CHF 7889, während sich die gesamten Vereinsausgaben auf CHF 16 474 beliefen (Linder, Krankenverein Burgdorf, 23).

39 Eine Übersicht bietet bspw. ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1922, 3; siehe auch Linder, Krankenverein Burgdorf, 23.

40 Die Beiträge machten bspw. im Jahr 1922 nicht ganz die Hälfte der entsprechenden Vereinsaufwendungen aus (vgl. ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1922, 3); für die restlichen Kosten hatte der Verein selbst aufzukommen.

41 Vgl. Linder, Krankenverein Burgdorf, 5.

42 Vgl. ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1914, 4.

43 Vgl. exemplarisch die Zusammensetzung des Vorstands im Jahr 1930 (Linder, Krankenverein Burgdorf, III), in der ein Arzt, ein Mitglied des Nationalrats sowie Unternehmensdirektoren vertreten waren.

wesen der Stadt Burgdorf ein; allein die beachtliche Zunahme der finanziellen Zuwendungen von privater Seite (Spenden und Legate)⁴⁴ mögen dies untermalen. Demgegenüber steht das Faktum, dass die statutarischen Vereinsgeschäfte kaum je Interesse zu generieren vermochten. Bei mehreren Gelegenheiten wurde das «Schicksal allgemeiner Nichtbeachtung»⁴⁵ beklagt, das zutage trat, wenn sich an der Vereinshauptversammlung allein die Vorstandsmitglieder trafen. Ein Vereinspräsident interpretierte dies als «gewisse Gleichgültigkeit des Grossteils der Mitglieder» und kritisierte daran die «beruhigte Selbstzufriedenheit, die genug getan zu haben glaubt mit Bezahlung des Obolus [d.h. des Vereinsbeitrags, erg. SH]».⁴⁶

- Wohlfahrtspluralistische Einordnung: Zwar stand die Entwicklung wohlfahrtsstaatlicher Strukturen zu damaliger Zeit lediglich erst in den Kinderschuhen, allerdings sind bereits bewusste Positionierungen des Vereins insbesondere gegenüber staatlichen Behörden formuliert worden: Pfr. Ziegler, Vereinspräsident von 1915 bis 1927, nahm wahr: «Wohl wird aus weiten Kreisen des Volkes immer wieder die Forderung erhoben, dass die vielen Nöte unserer Zeit auf rein staatlichem Wege gehoben werden sollen.»⁴⁷ Dieser Forderung der Aufgabenübertragung an staatliche Behörden stellte er – mit explizitem Rückgriff aus Positionierungen Friedrich Naumanns – entgegen: «Die Nöte des Volkes sind viel zu gross und zu vielgestaltig, als dass sie auf rein staatlichem Wege gehoben werden könnten. Wir können die christliche Nächstenliebe nicht entbehren. Ja, danken wir Gott, dass wir auch heute der christlichen Nächstenliebe nicht entbehren können, denn in der christlichen Nächstenliebe liegt ein grosser Segen.»⁴⁸

Hier ist zu erkennen, mit welchen Motiven die Vereinstätigkeit gedeutet wurde. Die Vereinspräsidenten sprachen – im oben genannten Sinn – davon, durch die Pflege Tätigkeit «etwas von der Liebe Christi den Kranken fühlen zu lassen».⁴⁹ In ähnlicher Art und Weise wird an verschiedenen Stellen die Hal-

44 Vgl. bspw. die Darstellung in ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1915, 2.

45 ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1915, 3.

46 ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1915, 4.

47 ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1922, 2.

48 ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1922, 2 f.

49 ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1926, 2.

tung verdeutlicht, wonach die Pfl egetätigkeit Ausdruck des Gebots der Nächstenliebe sei.⁵⁰ Das als «sog. Gemeinde-Diakonie»⁵¹ verstandene Wirken des Vereins wurde aber auch mit den klassischen Diakonierzählungen des Neuen Testaments in Verbindung gebracht. So sah der Verein sein Wirken auch als «stille, christliche Samariterhilfe»,⁵² wobei er seinen Anstoss zur Pfl egetätigkeit insbesondere aus dem Abschluss des Samaritanergleichnisses erhielt («So gehe hin und tue desgleichen»,⁵³ gemäss Lk 10,27). Weitere biblische Bezüge folgen etwa zum Weltengericht nach Mt 25,40 («Was ihr getan habt einem der geringsten meiner Brüder, das habt ihr mir getan»⁵⁴).

Sodann sind Motive zu finden, die in der Tradition Gerhard Uhlhorns stehen. Sie grenzen sich zwar nicht – wie bei Uhlhorn – gegenüber den Hilfetraditionen des Alten Testaments ab,⁵⁵ sondern gegen die römischen und griechischen Traditionen, bringen aber auch auf diese Weise eine klare Vertretung eines christlichen Mehrwerts helfenden Handelns zum Ausdruck, wenn in einem Jahresbericht des Vereins formuliert wird: «Die Ideale der Wissenschaft und Kunst, der Gastfreundschaft und des Edelmut es kannten ja die alten Griechen und Römer auch, aber das höchste Ideal, das Ideal der Barmherzigkeit und der Liebe zum Nächsten brachte erst das Christentum. Von diesem hohen christlichen Gedanken der Barmherzigkeit und Liebe zum leidenden Nächsten durchdrungen, sind auch letztes Jahr dem Freiwilligen Krankenverein schöne Geschenke und Legate zu Teil geworden.»⁵⁶

Einen Übergang in dieser Phase des «Aufbruchs» und «Wachstums» stellte dar, als der Vereinsvorstand zunehmend Abstand nahm vom Impetus, gesamtgesellschaftlich vernetzt sein zu wollen, und entsprechende Engagements abgab. In der Mitte der 1930er Jahre wurde die Verantwortung für die Tuberkulosefürsorge im ganzen Bezirk neu organisiert. Es entstand ein neuer, eigenständiger Verein der Tuberkulosefürsorge; in der

50 Vgl. bspw. ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1920, 4.

51 ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1928, 1. Die Ergänzung «sog.» [= sogenannte] ist wohl dadurch zu erklären, dass auch damals der Begriff der Diakonie bzw. Gemeindediakonie nicht so geläufig war, dass dessen Verstehen bei der Leserschaft vorausgesetzt werden konnte.

52 ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1918, 5.

53 Ebd.

54 ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1919, 5.

55 So in der vielzitierten These «Die Welt vor Christo ist eine Welt ohne Liebe» (Uhlhorn, Liebestätigkeit, 7).

56 ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1920, 4.

Folge zog sich der Krankenverein weitgehend aus der bisher prägenden Tätigkeit zurück und konzentrierte sich fortan auf seine ursprüngliche Tätigkeit der Krankenpflege.⁵⁷

2. Die Saturierung des Vereinswirkens: Die Jahre 1935–1960

Die schriftlichen Unterlagen weisen darauf hin, dass der Krankenverein im genannten Zeitraum einen eher gemächlichen Fortgang nahm. Der Vereinsvorstand beschäftigte sich mit der Infrastruktur zur Kerntätigkeit des Vereins, dazu gehörten gelegentliche Wechsel und Einrichtungen der Schwesternwohnungen,⁵⁸ der Umzug des Krankenmobilienslagers⁵⁹ sowie (gegen Ende der Berichtszeit) die Motorisierung für die Schwestern, d. h. die Evaluation und Durchführung eines Autokaufs.⁶⁰ Es wird von einer «ruhige[n] Weiterentwicklung»⁶¹ der Vereinsaktivitäten gesprochen, der Vorstand traf sich lediglich zu wenigen Sitzungen pro Jahr,⁶² die Schwestern leisteten zu wesentlichen Teilen die zentrale Tätigkeit des Vereins.

Die Zeit des Zweiten Weltkriegs brachte darin insofern Veränderung, als dass – nicht zuletzt aufgrund der Rationierung von Lebensmitteln – die Zahl an Unterstützungsgesuchen und entsprechenden -beiträgen anstieg.⁶³

Grosse Sorgen bereitete dem Verein die personelle Situation der Schwestern. Als nach der Kriegszeit die Zahl der Krankenbesuche wieder stark wuchs und das Niveau der Vorkriegszeit deutlich überstieg, wurde klar, dass aus Gründen der Arbeitslast eine vierte Schwester angestellt werden müsse. Gleichzeitig herrschte jedoch Schwesternmangel und zwar dahingehend, dass Diakonissenmutterhäuser aufgrund des fehlenden Nachwuchses keine weiteren Schwestern mehr in Aussenstationen entsenden konnten und noch kaum an anderen Schulen ausgebildete, sogenannte «freie» Schwestern verfügbar waren. Weil vorerst, selbst nach mehrmaligen und eingehenden Verhandlungen

57 «Heute ist die [Tuberkulose-]Fürsorge so gut wie vollständig von unserem Vereine gelöst» (ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1935, 3).

58 Vgl. bspw. ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1938, 2.

59 Ebd.

60 ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokoll der Hauptversammlung vom 22. April 1960, 1.

61 ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1938, 3.

62 Vgl. ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokoll der Hauptversammlung vom 24. April 1951, 1.

63 Vgl. bspw. ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokoll der Vorstandssitzung vom 8. Juni 1944, 1.

gen mit der Diakonissenanstalt Riehen, keine vierte Schwester gewonnen werden konnte, sah sich der Vereinsvorstand veranlasst, auf anderen Wegen für Entlastung der bisherigen Schwestern zu sorgen (Entlastung durch temporäre Einsätze von Nachtwachen und Ferienablösungen; Reduktion des Betriebs in Ferienzeiten; Personalsuche durch Inserate⁶⁴). Mit den beiden letztgenannten Massnahmen waren die Konsequenzen verbunden, dass sich der Krankenverein vom Arbeitsmodell der in Vollzeit tätigen Diakonisse löste (bzw. lösen musste) und dass er fortan «freie» Schwestern mit unterschiedlichem, aber nicht diakonischem Ausbildungshintergrund anstellte. Im Jahr 1953 wurde schliesslich eine vierte Schwester gefunden.⁶⁵

Seitens des Vorstands bestand weitestgehende Kontinuität, mehrere Vorstandsmitglieder, u. a. der Vereinspräsident, weilten 25 bzw. 30 Jahre in ihren Ämtern.⁶⁶ Im gesamten Zeitraum der vorliegenden Phase waren Präsidium und Vizepräsidium von zwei Pfarrpersonen besetzt, wobei es lediglich im Vizepräsidium einen (Pfarrer-)Wechsel gab.⁶⁷

Es scheint, als hätte sich der Vorstand in dieser Zeit der lang dauernden personellen Kontinuität insbesondere auf die bisherigen Kerntätigkeiten des Vereins konzentriert. Im vorliegenden Zeitraum erfolgten weder in Bezug auf die Trägerschaft noch in Bezug auf eigene Initiativen oder Kooperationen wesentliche Neuerungen. Es entstanden in diesem Zeitraum im Gebiet der Stadt Burgdorf zahlreiche soziale Initiativen, diese gingen jedoch nicht mehr vom Krankenverein, sondern von anderen Akteuren aus. Der Krankenverein beschränkte sich darauf, einzelne davon mit einer finanziellen Starthilfe zu unterstützen (Mütterberatungsstelle;⁶⁸ Hausmütterhilfe⁶⁹). Es erstaunt daher wenig, dass der Verein in der genannten Zeit zahlreiche Mitglieder verlor.⁷⁰

Der Mitgliederverlust wirkte sich auch auf die finanzielle Situation des Krankenvereins aus. Den sinkenden Einnahmen aus der Mitgliedschaftsbasis

64 Vgl. ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1935–1954, Protokoll der Vorstandssitzung vom 28. Mai 1947, 106.

65 Vgl. ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1935–1954, Protokoll der Hauptversammlung vom 16. März 1954, 150.

66 Vgl. ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1955–1970, Protokoll der Hauptversammlung vom 22. April 1960, 1.

67 Dies im Jahr 1951, vgl. ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1935–1954, Protokoll der Hauptversammlung vom 24. April 1951, 128.

68 Vgl. ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1938, 2.

69 Vgl. ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1935–1954, Protokoll der Vorstandssitzung vom 5. September 1951, 132.

70 Vgl. ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1955–1970, Protokoll der Vorstandssitzung vom 26. April 1955, 1.

standen steigende Ausgaben gegenüber, die vorwiegend in den zunehmenden Lohnkosten der Schwestern bzw. dem gestiegenen sogenannten Stationsgeld⁷¹ begründet lagen. Auf der Suche nach den entsprechenden Mitteln erhöhte der Krankenverein zum Ersten die Pfl egetaxen, zum Zweiten wurde er mehrfach bei der Gemeinde vorstellig mit der Bitte um deutliche Erhöhung der Gemeindebeiträge.⁷² Die reformierte Kirchgemeinde entrichtete von nun an auch einen jährlichen Beitrag an den Krankenverein, dieser blieb jedoch im Vergleich zum Beitrag der öffentlichen Hand recht gering.⁷³ Dank privaten Zuwendungen (Spenden und Legate) sowie neu auch Kranzspenden konnten die Rechnungsabschlüsse in der Regel ausgeglichen gestaltet werden.

Obwohl das Vereinspräsidium und -vizepräsidium im vorliegenden Zeitraum in den Händen von Pfarrern lag, verschwanden im Verlauf der Zeit direkte schriftliche Verweise, die das Bewusstsein der kirchlich-diakonischen Prägung des Krankenvereins dokumentieren würden. Aufgrund des Fehlens entsprechender Verweise ist zu vermuten, dass eine solche Prägung – entgegen der Situation in der ersten Phase – nicht weiter gepflegt wurde; angesichts der Tatsache, dass keine entsprechende Auseinandersetzung hierzu vorliegt, ist vorstellbar, dass dieser Prägungsverlust langsam und schleichend vorstattenging. Im vorliegenden Zeitabschnitt findet sich lediglich eine einzige, gewissermassen konfessionelle Note; sie betraf namentlich die konfessionelle Herkunft einer Stelleninteressentin als Gemeindeschwester. Der Vorstand sah dem Interesse der Kandidatin kritisch entgegen, da er vermutete, diese Interessentin wäre – als Katholikin – in der reformiert geprägten Stadt Burgdorf «nicht wohl».⁷⁴ Dass bei dieser Argumentation die Befindlichkeit der Schwester im Vordergrund stand und nicht eine – wie auch immer ausgestaltete – Positionierung oder Absichtserklärung seitens der Vereinsleitung, unterstützt die Annahme, dass die konfessionelle Prägung des Vereins dannzumal bereits weitgehend verloren gegangen war.

71 Vgl. zur Erhöhung bspw. die Korrespondenz in ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1935–1954, Protokoll der Vorstandssitzung vom 6. Januar 1949, 114.

72 Vgl. ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1935–1954, Protokoll der Hauptversammlung vom 5. Januar 1953, 143.

73 Während bspw. im Jahr 1955 die Einwohnergemeinde ihren Beitrag von CHF 600 auf CHF 3000 erhöhte, verblieb der Beitrag der reformierten Kirchgemeinde bei CHF 500 (vgl. ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1955–1970, Protokoll der Vorstandssitzung vom 26. April 1955, 1).

74 ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1955–1970, Protokoll der Vorstandssitzung vom 21. November 1958, 1.

Zum Ende des vorliegenden Zeitraums trat der langjährige Vereinspräsident von seinem Amt zurück. Er hinterliess einen augenscheinlich etwas träge gewordenen Verein, der sich mehr und mehr auf die Kerntätigkeit der Gemeindepflege zurückgezogen und sich aus Ressourcengründen stärker an der öffentlichen Hand ausgerichtet hatte. Offen ist, inwieweit zum Zeitpunkt seines Rücktritts ein konfessionelles Bewusstsein im Verein noch vorhanden war.

3. Mehrfache Neuausrichtungen des Vereinswirkens: Die Jahre 1961–1992

Der genannte Zeitraum war über grosse Strecken geprägt von einem starken Wirtschaftswachstum und entsprechender Teuerung. Für den Krankenverein bedeutete dies einen massiven Kostenanstieg, insbesondere bei den Personalkosten,⁷⁵ aber auch bei den weiteren Ausgaben, die zwischenzeitlich zu grossen Defiziten in der Vereinsrechnung führten. Dabei stiegen die Personalausgaben, obwohl zwischenzeitlich die Zahl der Krankenbesuche deutlich sank.⁷⁶ Der Blick auf die Umsatzzahlen mag das Ausgabenwachstum veranschaulichen: Während die Vereinsausgaben in der Mitte der 1950er Jahre noch bei rund CHF 25 000 lagen,⁷⁷ so stiegen diese bis gegen Ende der genannten Phase um mehr als das Siebenfache auf rund CHF 190 000.⁷⁸

Aufgrund dieser finanziellen Herausforderungen war es der neu besetzte Vorstand, der – erstmal unter der Leitung einer Frau⁷⁹ – mit initiativen Aktionen in mehrfacher Hinsicht Bewegungen in Gang setzte, die für die Positionierung des Krankenvereins richtungsweisend wurden:

75 Die Rede war zuweilen von einer «Kosten-Lohn-Explosion» (ABGB, Krankenpflege-Verein Burgdorf, Jahresbericht 1973, 2).

76 Während der Verein im Jahr 1960 über 10 400 Besuche verzeichnete (vgl. ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1955–1970, Protokoll der Hauptversammlung vom 5. Mai 1961, 1), waren es im Jahr 1975 nur noch 4700 (vgl. ABGB, Krankenpflege-Verein Burgdorf, Jahresbericht 1976, 1); die Gründe hierfür sind unklar.

77 ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1935–1954, Protokoll der Hauptversammlung vom 5. Januar 1953, 143.

78 ABGB, Krankenpflege-Verein Burgdorf, Jahresbericht 1986, 1.

79 Vgl. ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1955–1970, Protokoll der Hauptversammlung vom 5. Mai 1961, 1.

- Mit grossem Engagement und einiger Kreativität gelang es dem Vorstand bzw. einer eigens dafür eingesetzten Finanzkommission,⁸⁰ die Finanzierungsbasis aus privaten Kreisen deutlich zu stärken. Durch mehrmals durchgeführte umfangreiche Mitgliederwerbaktionen⁸¹ schaffte es der Verein, den Trend der ständig sinkenden Mitgliederzahlen zu durchbrechen und die Mitgliederzahlen massiv zu steigern. Waren zu Beginn der 1960er Jahre rund 480 Personen Mitglied des Krankenvereins,⁸² so rühmte sich der Vereinsvorstand in den 1980er Jahren, der Krankenverein sei mit den über 2250 Mitgliedern mit Abstand der grösste Verein der Stadt Burgdorf,⁸³ wobei diese vergrösserte Mitgliedschaftsbasis auch die Vereinsfinanzen zu stützen vermochte.⁸⁴ Darüber hinaus erschloss der Vereinsvorstand mit kreativen Ideen neue Finanzierungsquellen. So wurden etwa an Stadtfesten «Sammeltücher»⁸⁵ eingeführt, die – von den Festgästen mit Geldbeiträgen gefüllt – dem Verein weitere Mittel einbrachten. Die umfangreichen Mitteleinwerbungen aus privaten Kreisen waren mit der Absicht verbunden, die Unabhängigkeit des Vereins als privat getragener Organisation zu wahren. Gerade mit Blick auf die Mitfinanzierung der öffentlichen Hand wurde festgehalten: «Der Beitrag der Stadt sollte nicht so gross werden, dass die Freiwilligkeit des Vereins verloren geht.»⁸⁶ Auch bei späterer Gelegenheit wurde diese Ausrichtung, wonach der Verein in privater Trägerschaft verbleiben und nicht zu nahe an die

80 Vgl. ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1955–1970, Protokoll der Hauptversammlung vom 13. Juli 1962, 1.

81 Vgl. hierzu die Verweise aus den Jahren 1961 (ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1955–1970, Protokoll der Vorstandssitzung vom 20. September 1961, 1) und 1970 (ABGB, Krankenpflege-Verein Burgdorf, Jahresbericht 1970, 1).

82 Vgl. ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1955–1970, Protokoll der Hauptversammlung vom 17. Juni 1959, 1.

83 ABGB, Krankenpflege-Verein Burgdorf, Jahresbericht 1982 des Krankenpflegevereins Burgdorf, 1.

84 Von den rund CHF 180 000 Umsatz im Jahr 1982 steuerten die Mitglieder rund CHF 22 000 bei (ABGB, Krankenpflege-Verein Burgdorf, Jahresbericht 1982 des Krankenpflegevereins Burgdorf, 4).

85 Vgl. erstmalige Erwähnung in ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1955–1970, Protokoll der Vorstandssitzung vom 20. September 1961, 1.

86 ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokoll der Vorstandssitzung vom 7. Februar 1961, 1.

Verantwortung der Behörden rücken solle, betont, wenn auch eher aus finanziellen Motiven.⁸⁷

- Der Vorstand beschränkte die oben dargestellte Suche nach neuen Mitteln nicht nur auf den Kreis der Privatpersonen im Stadtgebiet, sondern weitete diese auch auf privatwirtschaftliche Unternehmen aus. Gezielt wurden bei den genannten Mitgliederwerbaktionen auch Unternehmen angeschrieben – und dies mit einigem Erfolg. Fortan beteiligte sich auch eine stattliche Zahl von Unternehmen mit Unterstützungsbeiträgen am Wirken des Krankenvereins.⁸⁸ Die neue Ausrichtung auf die Unternehmen konzentrierte sich allerdings nicht allein auf das Finden von Mitgliedern zwecks finanzieller Unterstützung, sondern auch auf die Mitwirkung im Vorstand. So wirkte ab 1966 ein lokaler Unternehmer als Vereinspräsident.⁸⁹
- Trotz den grossen Anstrengungen zur Mitfinanzierung der Vereinsaktivitäten aus dem privaten und unternehmerischen Bereich bestanden weiterhin bisweilen beträchtliche Finanzierungslücken. Daher sah sich der Vereinsvorstand gezwungen, mehrmals bei weiteren Institutionen um Erhöhung der jährlichen Beiträge anzufragen; dazu gehörten etwa die lokale gemeinnützige Gesellschaft, die reformierte sowie neu die römisch-katholische Kirchgemeinde sowie insbesondere die Einwohnergemeinde.⁹⁰ Während die Erstgenannten ihre Beiträge an den Verein im gesamten Zeitabschnitt lediglich in geringem Umfang zu erhöhen vermochten, kam der Einwohnergemeinde eine zunehmend prägende Bedeutung zu. Zwar stand eine zu grosse Bedeutung der öffentlichen Hand im Widerspruch zur Position des Vorstands (siehe dazu oben), allerdings kam er nicht umhin, bei der Einwohnergemeinde um jeweils massiv höhere Beiträge anzufragen. So stiegen deren Beiträge von gut CHF 20 000 zu Beginn des vorliegenden Zeitraums auf CHF 85 000 zu

87 Argumentiert wurde damit, dass im Falle des Verlusts des Vereinscharakters die Spendenbereitschaft der Mitglieder «sofort aufhören» würde (ABGB, Krankenpflege-Verein Burgdorf, Protokoll der Hauptversammlung vom 27. Februar 1970, 1).

88 Bereits im Jahr 1967 engagierten sich 62 Unternehmungen als Kollektivmitglieder des Vereins (vgl. ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1955–1970, Protokoll der Vorstandssitzung vom 6. Februar 1967, 1).

89 Siehe dazu ausführlicher unten (sowie ebd.).

90 Vgl. bspw. die Auflistung in ABGB, Krankenpflege-Verein Burgdorf, Jahresbericht 1980, 2.

Beginn der 1980er Jahre⁹¹ und machten so mit einem Anteil von knapp 50 % gemessen am Gesamtumsatz den weitaus grössten Teil der Einnahmen aus.⁹²

Diese prägende Rolle der Einwohnergemeinde bei der Finanzierung der Vereinstätigkeiten führte dazu, dass dieser eine Vertretung im Vereinsvorstand zugestanden wurde.⁹³

Im Jahr 1967 erfolgte eine Revision der Statuten des Vereins, der sich neu «Krankenpflege-Verein Burgdorf» nannte.⁹⁴ Den Anlass für die Revision bildeten verschiedene technische Nachführungen der seit 1922 geltenden Vorlage (Anpassung der Zahl der Vorstandsmitglieder; Aktualisierung der Pflegetarife).⁹⁵ Die oben genannten Neuausrichtungen fanden ebenfalls Eingang in die neuen Statuten: Art. 3 liess neu die Mitgliedschaft von «ortsansässige[n] und auswärtige[n] Firmen [...] als Kollektivmitglieder»⁹⁶ zu; die Statuten sahen in Art. 14 sodann vor, dass ein Vorstandsmitglied «vom Gemeinderat der Einwohnergemeinde Burgdorf als ihr Vertreter zur Wahl vorgeschlagen werden» könne.⁹⁷

Weiterhin wurden in dieser Neufassung der Statuten die «gemeinnützige Natur» des Vereins sowie dessen Unabhängigkeit «von den gesetzlichen Kranken- und anderen Fürsorgeinstitutionen» festgehalten.⁹⁸ Als Teil des Vereinszwecks entfallen war nun jedoch die Ausrichtung auf die Bekämpfung der Armut, die in früheren Fassungen integralen Bestandteil des Vereinswirkens bildete.

Mit diesen Neuausrichtungen – Verstärkung der mitgliedschaftlichen Basis, Öffnung gegenüber der Privatwirtschaft sowie engere Bindung an die Behörden – ist gleichzeitig ausgesagt, dass die kirchlichen Bindungen des Krankenpflegevereins weiter nachliessen. In finanzieller Hinsicht beteiligte sich die Kirchgemeinde zwar weiterhin mit jährlichen Beiträgen; diese wurden in der Berichterstattung des Vereins auch geflüssentlich erwähnt und ver-

91 Vgl. ABGB, Krankenpflege-Verein Burgdorf, Jahresbericht 1982, 4.

92 Der Umsatz lag im Jahr 1982 bei CHF 179 000 (ebd.).

93 Vgl. ABGB, Krankenpflege-Verein Burgdorf, Revidierte Statuten vom 27. Februar 1967, Art. 14.

94 Vgl. ebd.

95 Ebd., Art. 14 und 16.

96 Ebd.

97 Ebd.

98 Ebd., Art. 2.

dankt;⁹⁹ für das Vereinsgeschehen waren diese aber nicht mehr bedeutend.¹⁰⁰ Im Vereinsvorstand hatte bis Ende der 1960er Jahre weiterhin ein Gemeindepfarrer als Beisitzer Einsitz, zudem kam die Gemeindehelferin der Kirchgemeinde hinzu.¹⁰¹ Die sinkende Bedeutung der Kirchgemeinde im Vereinsgeschehen wird jedoch insbesondere durch folgende Episode illustriert: Nach dem Rücktritt der ersten Vereinspräsidentin im Jahr 1965¹⁰² suchte der Vorstand eine Nachfolge. Durch ungeplant paralleles Nachfragen von unterschiedlichen Vorstandsmitgliedern geriet der Vereinsvorstand in die «etwas verworrene Lage von zwei Präsidenten-Anwärtern»¹⁰³ – ein Gemeindepfarrer sowie ein Unternehmer. Der Vorstand beschloss daraufhin nach geführter Diskussion per Mehrheitsentscheid, der Hauptversammlung den Unternehmer als neuen Vereinspräsidenten vorzuschlagen, wo dieser auch gewählt wurde.¹⁰⁴ Der Unternehmerekandidat wurde demnach als geeigneter für die Führung der Vereinsgeschicke erachtet als der Pfarrer, u. a. auch mit der Begründung, wonach «die Pfarrherren schon allgemein überlastet» seien.¹⁰⁵

Der Vereinsvorstand musste nur kurze Zeit zuvor, d. h. im Jahr 1964, von der Nachricht Kenntnis nehmen, dass sich das Diakonissenhaus Riehen aufgrund massiver Nachwuchsprobleme veranlasst sah, die Zusammenarbeit mit dem Krankenpflegeverein Burgdorf zu beenden und die dort noch im Einsatz stehende Diakonisse zurückzubeordern.¹⁰⁶ Fortan hatte der Verein also auch kein diakonisches Personal mehr im Dienst, sondern stand vor der Herausforderung, sämtliches Krankenpflegepersonal auf dem freien Anstellungsmarkt zu gewinnen – und dies unter Bedingungen des bestehenden Fachkräftemangels.

99 Vgl. bspw. ABGB, Krankenpflege-Verein Burgdorf, Jahresbericht 1968, 1.

100 Die reformierte Kirchgemeinde trug im Jahr 1970 CHF 2000 zum Betriebsumsatz von insgesamt CHF 85 000 bei (ABGB, Krankenpflege-Verein Burgdorf, Jahresrechnung 1970, 4.6).

101 Vgl. ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1955–1970, Protokoll der Vorstandssitzung vom 6. Februar 1967, 1.

102 Vgl. den Hinweis in: ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1955–1970, Protokoll der Vorstandssitzung vom 15. Dezember 1965, 1.

103 ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1955–1970, Protokoll der Vorstandssitzung vom 7. Februar 1966, 1

104 Vgl. die Diskussion und Abstimmung ebd.

105 ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1955–1970, Protokoll der Vorstandssitzung vom 15. Dezember 1965, 1.

106 Vgl. ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1955–1970, Protokoll der Hauptversammlung vom 4. März 1964, 1.

Im Übrigen beschäftigte sich der Vereinsvorstand weiterhin mit der Bereitstellung der Infrastruktur für die Arbeit der Gemeindeschwestern; dazu gehörten die Bereitstellung der Mobilität (Autokauf, Reparaturen, Parkplatzfragen)¹⁰⁷ und der Kommunikationsinfrastruktur (Betriebstelefone).¹⁰⁸ Neu in den Fokus kam die Frage nach einer Betriebszentrale: Wenn auch die Gemeindeschwestern vorwiegend in ambulanten Situationen bei den Patientinnen und Patienten zu Hause wirkten, so bestand mehr und mehr die Notwendigkeit, aus einer gemeinsamen Betriebszentrale heraus wirken zu können, wo auch neue Angebote Platz finden konnten (Pflegekurse, Fusspflegedienst u. a.).¹⁰⁹ Nach längeren Planungen gelang es, dass der Verein pünktlich zum 100-Jahre-Jubiläum im Jahr 1981 ein eigenes «Gesundheitszentrum» in Betrieb nahm.¹¹⁰

Zu Beginn der 1990er Jahre kam vermehrt das Anliegen auf, Absprachen zu treffen unter den verschiedenen ambulanten Diensten der Stadt – dazu gehörten neben der Krankenpflege auch die Hauspflege und die Haushilfe – bzw. diese zu koordinieren. Angedacht war ein diese Dienste koordinierender Verein unter dem erstmals auftretenden Namen «Spitex».¹¹¹

4. Krankenpflege unter Bedingungen sozialstaatlichen Einflusses: Ab 1992

Der neueste Zeitraum aus den vergangenen gut 20 Jahren ist geprägt von einem grossen Ausmass an Wandel und Veränderungen. Während in früheren Zeitabschnitten die Vereinstätigkeit unter weitgehend ähnlichen Bedingungen – in personeller, finanzieller, struktureller Hinsicht sowie in Bezug auf die äusseren Rahmenbedingungen – geleistet werden konnte, so änderten sich diese Parameter im vorliegenden Zeitabschnitt in bislang ungekannter Intensität und in hohem Tempo. Der Wandel und die Veränderungen beziehen sich auf unterschiedliche, zuweilen miteinander verbundene Aspekte, die an dieser Stelle nur summarisch und verkürzt aufgeführt werden können:

107 Vgl. ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1955–1970, Protokoll der Vorstandssitzung vom 7. April 1961, 1.

108 Vgl. ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1955–1970, Protokoll der Vorstandssitzung vom 6. Februar 1967, 1.

109 ABGB, Krankenpflege-Verein Burgdorf, Jahresbericht 1982, 1.

110 Vgl. die ausführliche Darstellung in ABGB, Krankenpflege-Verein Burgdorf, Jahresbericht 1980, 1.

111 ABGB, Krankenpflege-Verein Burgdorf, Spitex-Koordinationsstelle Burgdorf – Feinkonzept, Entwurf von 1990.

- Zum Ersten ist das massive Wachstum der Betriebstätigkeit zu nennen. Während die Anzahl jährlicher Hausbesuche im Laufe vieler Jahrzehnte zwischen 6000 und 11 000 lag, so steigerte sich diese Zahl auf über 76 000 im Jahr 2016.¹¹² Damit ging eine bedeutende Steigerung des Umsatzes (der auf über 5 Mio. CHF anstieg),¹¹³ des Finanzierungsbedarfs sowie des Personaletats (der im Jahr 2019 bei deutlich über 100 Mitarbeitenden in mehr als 50 Vollzeitstellen lag)¹¹⁴ einher. Es versteht sich von selbst, dass dieses massive Wachstum die Notwendigkeit mannigfacher struktureller Anpassungen innerhalb des Betriebs mit sich brachte.¹¹⁵
- Zum Zweiten erhöhten sich die fachprofessionellen Anforderungen im Pflegebereich deutlich. Neue Vorgaben betrafen Anforderungen zur Mindestqualifikation des Personals, zum Prozessmanagement, zur Dokumentation der Pflegeverrichtungen bzw. deren Digitalisierung u. a. m.¹¹⁶ All diese Anpassungen steigerten den Arbeitsaufwand ausserhalb der eigentlichen Kerntätigkeit des Vereins, d. h. der Pflege, deutlich und zwar sowohl bei den Leitungsgremien als auch bei den einzelnen Mitarbeitenden.
- Die wohl wichtigste und folgenreichste Neuerung erfolgte zum Dritten dadurch, dass die ambulante Pflege im Verlauf der 1990er Jahre zum Gegenstand sozialstaatlicher Regulierungen auf kantonaler und nationaler Ebene wurde. Bis anhin gestalteten die Krankenpflegevereine die fachlichen Angebote der Krankenpflege sowie deren finanzielle Ausgestaltung eigenständig. Finanzielle Beiträge der öffentlichen Hand erfolgten auf kommunaler Ebene grundsätzlich auf der Basis von Freiwilligkeit und Absprachen. Selbst Beiträge, die den Vereinen neuerdings durch das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) zugesprochen wurden, waren nicht an Gegenleistungen (Kontrollmechanismen odgl.) gekoppelt. Es folgten nun in den 1990er Jahren politische Entwicklungen, die dieses System grundlegend änderten. Die sozialstaatlichen Neuerungen brachten für die ambulante Pflege zwar einen Rechtsanspruch auf Mit-

112 Vgl. ASBO, Spitex Burgdorf-Oberburg, Jahresbericht 2016, 16.

113 Vgl. ASBO, Spitex Burgdorf-Oberburg, Jahresbericht 2019, 12 f.

114 Vgl. ASBO, Spitex Burgdorf-Oberburg, Jahresbericht 2019, 18.

115 Im Zentrum der Anpassungen stand die Suche nach jeweils passenden Team-, Leitungs- und Organisationsstrukturen, die angesichts des laufenden Wachstums mehrmals adaptiert werden mussten, so bspw. in den Jahren 1994, 2001 und 2015/2016 (vgl. ABGB, Krankenpflege-Verein Burgdorf, Protokoll der Vorstandssitzung vom 9. Mai 1994, 1; ASBO, Spitex Burgdorf, Jahresbericht 2001, 4; ASBO, Spitex Burgdorf-Oberburg, Jahresbericht 2015, 4).

116 Vgl. bspw. ASBO, Spitex Burgdorf, Jahresbericht 2000, 1.

finanzierung ihrer Arbeit durch die öffentliche Hand, aber auch massive Steuerungseinwirkungen mit sich, die das Orientierungssystem für die Organisationen der ambulanten Pflege in mehreren Hinsichten neu ausrichteten:

- i. In einem ersten Schritt erfolgte durch die kantonale Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) ein Eingriff in *finanzielle* Belange der Krankenpflege, und zwar dadurch, dass sie ab 1992 kantonsweit Vorgaben zur Tarifgestaltung machte, an die sich die Organisationen der ambulanten Pflege zu halten hatten.¹¹⁷
- ii. Sodann wurden die Organisationen der ambulanten Pflege – bislang meist ausgestattet mit eigenen Organisationen aus den drei Bereichen der Krankenpflege, Hauspflege und Haushilfe (siehe oben) – von nationaler Seite in *juristischer* Hinsicht gezwungen, ihre Dienste bis anfangs 1998 zu fusionieren. Das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) zahlte fortan nur noch Beiträge an Organisationen, «die Dienstleistungen aller drei Spitex-Kerndienste Gemeindekrankenpflege, Hauspflege und Haushilfe [...] erbringen».¹¹⁸ Die zu Beginn der 1990er Jahre unter den Burgdorfer Organisationen der Spitex-Kerndienste gestarteten Absprachen zur freiwilligen Koordination wurden also von diesen rechtlichen Vorgaben zur Fusion bald überholt.
- iii. Die kantonalen Behörden übertrugen ab dem Jahr 1993 im Rahmen der «Alterspolitik 2005» den Gemeinden die Aufgabe, die «Erarbeitung einer umfassenden Altersplanung» einzuführen, die zwingend ein «gut funktionierendes ambulantes Versorgungssystem»¹¹⁹ beinhaltete. Damit wurden die bislang auf freiwilliger Basis gesprochenen *kommunalen* Beiträge an die Pflegeorganisationen im Sinne von Defizitgarantien zur Pflicht; die Modalitäten wurden im Rahmen von Leistungsaufträgen festgehalten.¹²⁰

117 Vgl. ABGB, Krankenpflege-Verein Burgdorf, Protokoll der Hauptversammlung vom 26. März 1992, 2.

118 ABGB, Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, Schreiben an die Organisationen der ambulanten Pflege vom 15. März 1996, 1. Gleichzeitig zwang das BSV diejenigen Organisationen der ambulanten Pflege, die öffentlich-rechtlich organisiert waren, sich als privatrechtliche Organisationen (Vereine, Stiftungen) neu zu konstituieren (ebd.). Davon war der Burgdorfer Krankenpflegeverein, der ja bereits privatrechtlich organisiert war, nicht betroffen.

119 ABGB, Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern GEF, Kreisschreiben Nr. 87 über die Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex) vom 7. Dezember 1993, 1.

120 In Burgdorf erstmals mit dem Leistungsauftrag der Stadt Burgdorf vom 11. Februar 1997.

Mit diesen sozialstaatlichen Regulierungen war unweigerlich verbunden, dass die Organisationen der ambulanten Pflege alle politischen bzw. finanzpolitischen Auseinandersetzungen über die ambulante Pflege direkt zu spüren bekamen. Die unterdessen zur Spitex Burgdorf fusionierten ehemaligen drei Burgdorfer Pflegeorganisationen erlebten in rascher Folge verschiedene direkte Eingriffe der kantonalen Behörden, die alle Spitexorganisationen betrafen; dazu gehörten etwa spezifische Budgetweisungen, neue Tarifvorgaben, die Einführung von Kostenobergrenzen sowie Vorgaben zur statistischen Datenerhebung.¹²¹

Eine nochmals grundlegende Systemänderung war mit der Einführung der neuen Pflegefinanzierung im Jahr 2011 verbunden. Die neue Pflegefinanzierung löste das recht kurze Intermezzo aus den vergangenen 15 Jahren ab, in dem die Spitexorganisationen zwar unter sozialstaatlichen Steuerungseinwirkungen standen, aber durch die kommunalen Verträge de facto mit Finanzierungsgarantien ausgestattet waren (Selbstkostendeckungsprinzip). Sie führte die Spitexorganisationen dadurch ein Stück näher an eine Marktsituation heran, dass die neue Pflegefinanzierung im Wesentlichen fixe Gutsprachen pro Leistungseinheit vorsah, mit denen alle Organisationen in finanzieller Selbstverantwortung auskommen müssen.¹²² Durch das mehrmalige Schnüren von Sparpaketen im kantonalen Parlament, die die Beiträge an die ambulante Pflege reduzierten, erlitt die Spitex Burgdorf in den letzten Jahren zuweilen deutliche finanzielle Einschnitte.¹²³

In dieser bewegten Phase machte es sich die Spitex Burgdorf zur Aufgabe, ihr Leistungsprogramm auszubauen und weiterzuentwickeln.¹²⁴ Neben der Krankenpflege und den hauswirtschaftlichen Leistungen¹²⁵ prüfte oder

121 Vgl. hierzu bspw. ABGB, Schreiben der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF), Budgetweisungen 1998 vom Juli 1997; ABGB, Schreiben der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF), Kreisschreiben Nr. 87 über die Hilfe und Pflege zu Hause vom Januar 1998.

122 Vgl. Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008.

123 Vgl. ASBO, Spitex Burgdorf-Oberburg, Protokoll der Vorstandssitzung vom 30. August 2011, 2; ASBO, Spitex Burgdorf-Oberburg, Protokoll der Vorstandssitzung vom 18. Dezember 2013, 1.

124 Inzwischen erfolgte eine Fusion bzw. Übernahme des Spitexvereins aus dem Nachbardorf Oberburg, wodurch der Verein neu «Spitex Burgdorf-Oberburg» hiess (vgl. ASBO, Spitex Burgdorf-Oberburg, Protokoll der 1. ordentlichen Hauptversammlung des Spitex-Vereins Burgdorf-Oberburg vom 30. Mai 2006).

125 Die jedoch angesichts der wegfallenden Subventionierung durch die öffentliche Hand bald nur noch marginale Anteile an der Geschäftstätigkeit ausmachten (vgl.

führte die Spitex neue Projekte ein wie Kinder-/Familienspitex,¹²⁶ Gemeindepsychiatrie,¹²⁷ ambulante palliative Begleitung,¹²⁸ Begleitung für pflegende Angehörige¹²⁹ u. a. m. Diejenigen Tätigkeiten des Vereins, die nicht direkt die Kerndienste betrafen (v. a. Krankenpflege) und entsprechend nicht subventionsberechtigt waren, wurden sodann betrieblich ausgegliedert und in eine neu gegründete und im Besitz des Vereins stehende GmbH namens «Spitex Spezial» integriert.¹³⁰ Die Spitexleitung versprach sich davon grössere betriebliche und finanzielle Freiheiten in den jeweiligen Tätigkeitsbereichen.

Mit diesen Entwicklungen wird deutlich, dass sich die Spitexorganisation unterdessen – neben verschiedensten Partner-, aber auch Konkurrenzorganisationen aus dem privatwirtschaftlichen Bereich – in einer «Marktsituation»¹³¹ befand, in der es gelte, «den Erfolg sichern zu können und Marktanteile zu gewinnen».¹³² Während sich der Verein noch in der Mitte der 1990er Jahre als «Nonprofit-Organisation»¹³³ bezeichnete, so nennt er sich mittlerweile ein «moderne[s] KMU im Gesundheitsbereich».¹³⁴

Diese Marktorientierung des Spitexvereins war notwendig, um die eigene Positionierung zu stärken und die finanzielle Sicherung des Betriebs zu gewährleisten, bedeutete aber nicht, dass sich der Verein nun als profitorientierter Betrieb verstand. Vielmehr nutzte der Verein bei mehreren Gelegenheiten Freiräume, um Aktivitäten zu organisieren, die über die Pflegetätigkeit im engeren Bereich hinausgingen und die trotz fehlender Refinanzierung bewusst durchgeführt wurden, um den alten und betagten Menschen einen «ganzheitlich[en]»¹³⁵ Pflegezugang zu ermöglichen; dazu gehörten etwa die

2014: nur noch 6 % Umsatzanteile, vgl. ASBO, Spitex Burgdorf-Oberburg, Jahresbericht 2014, 7).

126 Vgl. ASBO, Spitex Burgdorf, Protokoll der Vorstandssitzung vom 16. Juni 1998, 4.

127 Vgl. ASBO, Spitex Burgdorf-Oberburg, Protokoll der Vorstandssitzung vom 22. März 2005, 2.

128 Das Angebot wurde vom SRK Region Emmental übernommen (ASBO, Spitex Burgdorf-Oberburg, Schreiben des Vereinsvorstands an den Gemeinderat Burgdorf vom 28. Mai 2010, 2).

129 ASBO, Spitex Burgdorf-Oberburg, Jahresbericht 2012, 7 f.

130 Vgl. ASBO, Spitex Burgdorf-Oberburg, Jahresbericht 2014, 4.

131 Siehe hierzu die entsprechenden Einschätzungen in ASBO, Spitex Burgdorf-Oberburg, Jahresbericht 2016, 4.

132 ASBO, Spitex-Spezial GmbH, Positionspapier vom 19. November 2016.

133 ASBO, Spitex Burgdorf, Einladung zur ersten gemeinsamen Sitzung der Spitex-Kerndienste vom 20. August 1996, 2.

134 ASBO, Spitex Burgdorf-Oberburg, Jahresbericht 2019, 4.

135 ASBO, Spitex Burgdorf, Jahresbericht 2003, 5. Im Jahresbericht wurde weiter ausgeführt: «Wir wollen unsere Klienten nicht als «Fälle» behandeln, sondern als Men-

Programme der palliativen Begleitung und der Angehörigenpflege¹³⁶ sowie die wiederholte Beteiligung an lokalen Weiterbildungsangeboten zu den Themenbereichen von Pflege und Alter.¹³⁷

Im Rahmen des genannten «ganzheitlichen» Pflegezugangs sowie der lokalen Weiterbildungsangebote erfolgten in jüngerer Vergangenheit Kooperationen mit Vertretungen aus dem kirchlichen Bereich. Bei der Erstellung eines betriebsinternen spirituellen Leitbilds in den Jahren 2015/2016, das Rechenschaft ablegen sollte über spirituelle Potenziale der Pflege Tätigkeit, engagierte die Betriebsleitung eine Theologin, die die Ausarbeitung dieses Leitbilds moderierte;¹³⁸ sodann wurde im Jahr 2019 ein Weiterbildungsangebot zum Thema «Letzte Hilfe» gemeinsam von einer Spitexmitarbeiterin und einer Pfarrerin der Kirchgemeinde durchgeführt.¹³⁹

Diese Kooperationen im kirchlichen Bereich nehmen die Entwicklung auf, wonach sich die Spitexorganisationen vermehrt mit ethischen Orientierungs- und Sinndeutungsfragen am Lebensende konfrontiert sehen und hierfür gezielt mit kirchlich-theologischem Personal zusammenarbeiten. Dieser Entwicklung entspricht der Sachverhalt, dass seit 2016 nach längerer Zeit – auf Anfrage des Vereins hin – wieder ein Gemeindepfarrer im Vorstand mitwirkt.¹⁴⁰ Diese kirchgemeindlichen Verbindungen mögen angesichts der früheren Vereinsgeschichte auf der Hand liegen, waren aber in der Zwischenzeit keineswegs selbstverständlich. Noch in einer ersten Phase des vorliegenden Zeitraums bemühte sich die Vereinsleitung um vielfältige Beziehungen zu den wichtigen Anspruchsgruppen für die Tätigkeiten des Betriebs – zu diesen wichtigen Anspruchsgruppen gehörte die Kirchgemeinde jedoch gerade nicht, wie Abb. 2 aus dem Jahr 1997 aufzeigt.¹⁴¹

Der Spitexverein steht vor der Herausforderung angesichts neuer politischer Vorgaben, auf regionaler Ebene engere Zusammenarbeiten oder sogar Fusionen mit anderen Spitexorganisationen zu prüfen. Dabei steht neu zur

schen mit eigenen Lebensgeschichten, mit eigenen Fähigkeiten und Schwierigkeiten, mit eigenen Vorlieben und Abneigungen.» (ebd.).

136 ASBO, Spitex Burgdorf-Oberburg, Jahresbericht 2012, 7 f.

137 ASBO, Spitex Burgdorf-Oberburg, Jahresbericht 2011, 9.

138 ASBO, Spitex Burgdorf-Oberburg, Spiritualität in der Betriebskultur, betriebsinternes Dokument vom 28. Januar 2016.

139 ASBO, Spitex Burgdorf-Oberburg, Protokoll der Vorstandssitzung vom 18. Juni 2019, 2.

140 Vgl. ASBO, Spitex Burgdorf-Oberburg, Protokoll der Vorstandssitzung vom 26. November 2016, 1.

141 ASBO, Leistungsauftrag der Stadt Burgdorf vom 15. Dezember 1997, Anhang.

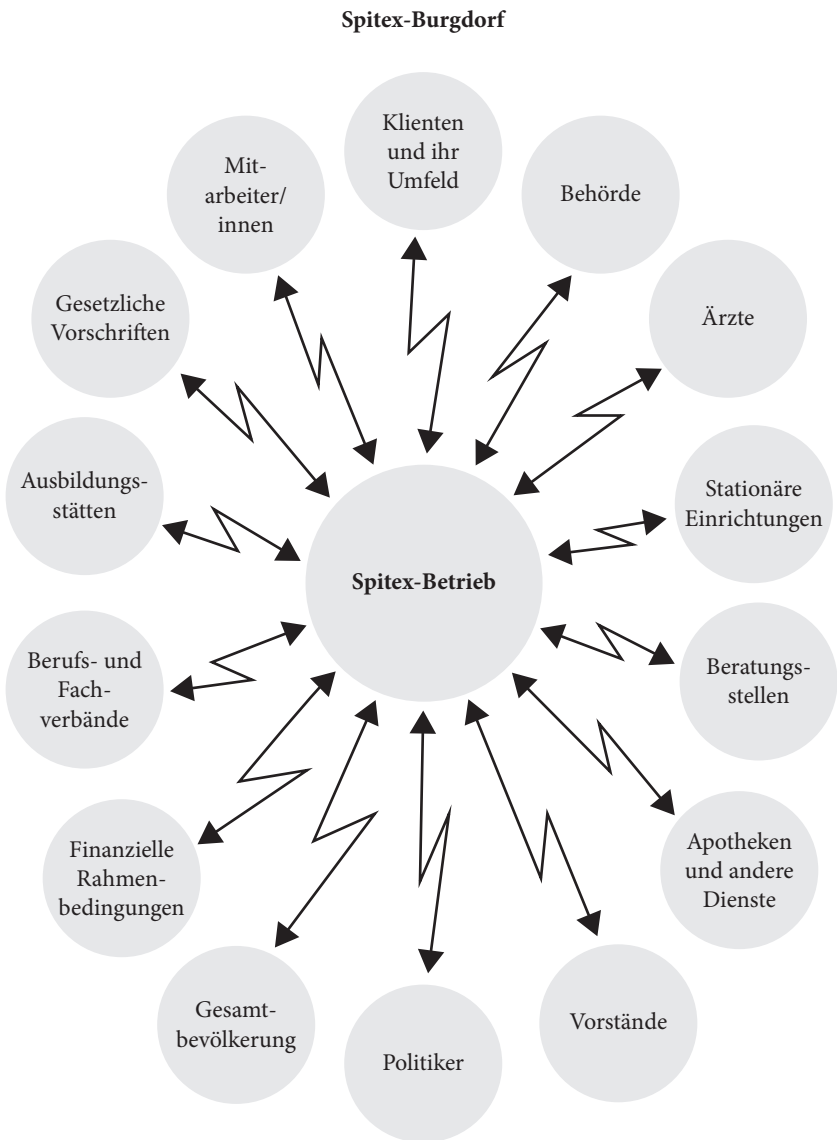


Abbildung 2: Die zentralen Anspruchsgruppen des Spitex-Vereins in einem Schaubild aus dem Jahr 1997 – die Kirchen fehlen gänzlich (Abbildung nachgezeichnet).

Debatte, welchen (höheren) Anforderungen die dannzumaligen Vorstandsmitglieder genügen müssen.¹⁴² Offen ist, inwiefern kirchliche Verbindungen auch dann noch gesucht werden.

¹⁴² Vgl. ASBO, Spitex Burgdorf-Oberburg, Protokoll der Vorstandssitzung vom 1. Mai 2019, 2.

II.2. Vom Krankenpflegeverein Egnach zur Spitex Regio Arbon

Zur Einführung: Sozialhistorische und konfessionelle Angaben
zur Gemeinde Egnach; verwendete Archivbestände

Die Gemeinde Egnach gilt als «weitläufige Streusiedlung»¹ mit mehreren Siedlungszentren und über 60 Weilern und Höfen, die an der Strassenverbindung zwischen Amriswil und Arbon im Kanton Thurgau liegen.

Die Gründung der Kirchgemeinde Egnach im Kanton Thurgau geht auf das 18. Jahrhundert zurück. Der Thurgau war damals eine sogenannte gemeine Herrschaft der Alten Eidgenossenschaft, in welcher – in der Folge des Vierten Landfriedens von 1712 – die Gleichstellung der beiden Konfessionen galt.² In zahlreichen Ortschaften entstanden neue evangelische Kirchen bzw. Kirchgemeinden, so auch in Egnach. Auf Drängen der örtlichen Bevölkerung sowie nach langwierigen und komplexen Verhandlungen zwischen der Zürcher Regierung und der bischöflichen Administration trennten sich im Jahr 1727 die sogenannten «Rotten» im Gebiet Egnachs von der Gemeinde Arbon ab,³ begannen sogleich mit dem Bau einer neuen Kirche⁴ und entwickelten sich zu einer eigenständigen evangelischen Kirchgemeinde.⁵ Die eigenständige Munizipalgemeinde Egnach entstand erst 1803, als der Thurgau selbstständiger Kanton der Eidgenossenschaft wurde.⁶

Die Gemeinde Egnach war und ist stark landwirtschaftlich geprägt, der traditionelle Ackerbau wurde sukzessive durch die Vieh- bzw. Milchwirtschaft sowie den Feldobstbau ergänzt.⁷ Der Bau von unterschiedlichen Eisenbahnlinien durch das Gemeindegebiet brachte ab den 1870er Jahren neue wirtschaftliche Möglichkeiten.⁸

Zu Zeiten der Gründung des Krankenpflegevereins Egnach im letzten Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts gehörten die rund 2700 Bewohnerinnen und Bewohner grossmehrheitlich der evangelischen Konfession an.⁹ Deren Anteil

1 Rothenbühler, Egnach.

2 Vgl. Salathé u. a., Thurgau.

3 Vgl. Vögeli, Evangelisch Egnach, 81.

4 Vgl. Vögeli, Evangelisch Egnach, 94.

5 Vgl. Vögeli, Evangelisch Egnach, 132–134.

6 Vgl. Salathé u. a., Thurgau.

7 Rothenbühler, Egnach.

8 Vgl. Rothenbühler, Egnach.

9 Rund 87 % (vgl. Bundesamt für Statistik [BFS], Atlas).

nahm seither sukzessive ab, sodass sie heute noch rund 38 % der Bevölkerung umfassen.¹⁰

Die Unterlagen des Krankenpflegevereins Egnach befinden sich im Archiv der Evangelischen Kirchgemeinde Egnach (AKGE). Für die ersten Jahre dessen Bestehens musste auf die Vereinsfestschrift aus dem Jahr 1941 sowie ergänzend auf die Jubiläumsschrift des Lokalhistorikers Rolf Blust von 2012 zurückgegriffen werden;¹¹ weitere Bestände liegen erst ab den 1930er Jahren vor. Sie umfassen eine nicht vollständige Sammlung von Dokumenten der Vereinsgremien wie Statuten, Jahresberichte, Protokolle von Vorstandssitzungen und Jahres- bzw. Hauptversammlungen sowie einzelne Korrespondenzen und reichen bis ins Jahr 1996. Für den Zeitraum von 1998 bis 2012 – das entspricht ungefähr dem Zeitraum des Bestehens der «Spitex-Dienste Egnach» – liegen die entsprechenden Vereinsunterlagen im Archiv der Gemeinde Egnach (AGE). Seit der Fusion der Spitex-Dienste Egnach mit der Spitex RegioArbon im Jahr 2012 stehen die entsprechenden Vereinsunterlagen in deren Archiv zur Verfügung (ASRA).

1. Der Krankenpflegeverein Egnach als eigenständige Institution in philanthropischem Verständnis: Die Jahre 1891–1952

In der Gemeinde Egnach bestand seit dem Jahr 1886 eine sogenannte «Mittwochsgesellschaft», in der sich Persönlichkeiten aus der Gemeinde wöchentlich zur Pflege der Geselligkeit und zum fachlichen Austausch trafen.¹² An einer Sitzung im Jahr 1891 warf ein Mitglied die Frage nach der Notwendigkeit der Anstellung einer Krankenschwester auf. Nach einem anschliessenden Vortrag des Dorfarztes zu diesem Thema wurde die Notwendigkeit allgemein bejaht, worauf die Gesellschaft eine Kommission einsetzte mit dem Auftrag,

10 Neben 32 % Angehörigen der katholischen Konfession (vgl. Thurgauer Themenatlas, Bevölkerungsstand).

11 Blust, Geschichte.

12 AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, 50 Jahre Krankenpflegeverein Egnach, 1. Es ist zu vermuten, dass sich das Format dieser Mittwochsgesellschaft an Vorbildern orientierte, wie sie insbesondere seit der Mitte des 19. Jahrhunderts in verschiedenen deutschen Universitätsstädten bestanden. Diese Zirkel waren wesentlich «durch den Aufschwung der Wissenschaften, Kunst und Kultur [...] geprägt» und zielten darauf, «Wissenschaft und Geselligkeit zu verbinden» (Martens, Mittwochsgesellschaft, o.S.). Zur grundlegenden Einführung über das Format der Mittwochsgesellschaften siehe Scholder, Mittwochs-Gesellschaft, 11–47.

die Gründung eines Krankenpflegevereins vorzubereiten.¹³ Der Kommission gehörten namhafte Persönlichkeiten an – so der Dorfarzt, der Notar, ein Unternehmer, ein Hauptmann des Militärs, ein Friedensrichter, ein Wirt sowie die zwei im Gemeindegebiet tätigen Pfarrer.¹⁴ Die Kommission berechnete, dass die Anstellung einer Krankenschwester durch die Mitgliedschaft und die Beiträge von 200 Personen finanziell getragen werden könne.¹⁵ Obwohl im Vorfeld der Gründung nur 138 Personen für eine Mitgliedschaft zusagten, erfolgte die Vereinsgründung am 8. November 1891. Gemäss Statuten bezweckte der Verein, den «Kranken und Bedürftigen der Gemeinde Egnach unentgeltliche Pflege zu verschaffen».¹⁶ Durch Verhandlungen konnte erreicht werden, dass die Diakonissenanstalt Riehen bereits per April 1892 eine Schwester zur Gemeindepflege nach Egnach entsandte und der Verein seinen Betrieb aufnehmen konnte.¹⁷ Dem eingesetzten Vereinsvorstand gehörten u. a. wiederum die beiden Pfarrer an.¹⁸

Die Nutzung des Angebots in den ersten Jahren war rege, wodurch der Vereinsvorstand resümierte, dass «die Gründung eines Krankenpflegevereins für unsere Gemeinde einem wirklichen Bedürfnis entsprach».¹⁹ Die finanzielle Situation des Vereins konnte dank Zuwendungen und Spenden der Bevölkerung konsolidiert werden.²⁰ Allerdings erwies sich das Vereinsleben in den ersten zwei Jahrzehnten zuweilen als turbulent, was insbesondere mit der Situation der Gemeindeschwestern zu tun hatte. Es erfolgten in dieser Zeit zahlreiche Wechsel der Gemeindeschwestern,²¹ darüber hinaus musste sich der Vereinsvorstand nach neuen Schwesternhäusern umsehen. Schon im Jahr 1894 kündigte das Diakonissenhaus Riehen den Vertrag²² – damit war bereits nach wenigen Jahren die Zusammenarbeit des Vereins mit Diakonissen beendet. In der Folge gelang es, Schwestern aus dem Schwesternhaus des Roten Kreuzes in Zürich zu erhalten. Da aber dieser Zusammenarbeitsvertrag im Jahr 1902 seitens des Schwesternhauses ebenfalls gekündigt wurde, sah sich der Vereinsvorstand veranlasst, fortan die Schwes-

13 Blust, Geschichte, 10.

14 AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, 50 Jahre Krankenpflegeverein Egnach, 1.

15 Blust, Geschichte, 9.

16 AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Statuten vom 1. Januar 1892, § 1.

17 Blust, Geschichte, 11.

18 AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, 50 Jahre Krankenpflegeverein Egnach, 1.

19 AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, 50 Jahre Krankenpflegeverein Egnach, 2.

20 Ebd.

21 Zuweilen in jährlichem Rhythmus, vgl. Blust, Geschichte, 14.

22 AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, 50 Jahre Krankenpflegeverein Egnach, 2.

tern im Sinne von «Privatpflegerinnen» direkt anzustellen.²³ Erst in den 1910er Jahren kehrte vermehrt Ruhe ins Vereinsleben ein, und es wurde von einer «gedeihliche[n] Entwicklung»²⁴ berichtet in dem Sinn, dass die Schwestern längere Zeit vor Ort blieben und sich der Vorstand darauf konzentrieren konnte, die Finanzierung des Betriebs und die Logistik (Schwesternwohnung, Mobilität, Krankenmobilen) sicherzustellen. Eine besondere Herausforderung stellte allerdings die Zeit der Grippepandemie im Jahr 1918 dar. In einem örtlichen Schulhaus wurde ein Notspital eingerichtet, das u. a. von der Gemeindeschwester – unter Beizug weiterer Ressourcen (Spitalarzt, Samariterverein, viele Freiwillige)²⁵ – betreut wurde, um die zahlreichen Kranken zu pflegen.

In dieser Zeit beschränkten sich die finanziellen Ressourcen des Vereins auf die Mitgliederbeiträge sowie die zuweilen beachtlich hohen Spenden und Zuwendungen von Privatpersonen.²⁶ Zusätzliche Einnahmen erwuchsen dem Krankenpflegeverein in dieser Phase aus zivilgesellschaftlichen Spendenaktionen, so einem als Volksfest organisierten «Blumentag»²⁷ und einem Wohltätigkeitskonzert des örtlichen Frauenvereins,²⁸ deren Erlöse dem Krankenpflegeverein zugutekamen.

Erst zu Beginn der 1920er Jahre, als aufgrund der steigenden Teuerung die Gehaltssituation der Schwester deutlich nach oben angepasst werden musste,²⁹ sah es der Vereinsvorstand als notwendig an, bei den politischen Behörden und den Kirchenbehörden vorzusprechen und um Unterstützungsbeiträge anzufragen. Die Munizipalgemeinde, die evangelische Kirchgemeinde sowie die zuständige katholische Gemeinde Steinbrunn beteiligten sich fortan mit eigenen Beiträgen am Wirken des Vereins.³⁰ Diese Beiträge blieben bis zu Beginn der Nachkriegszeit unverändert, wobei die Beiträge der

23 Ebd.

24 So die Umschreibung für das Vereinsgeschehen im Jahr 1917 (AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, 50 Jahre Krankenpflegeverein Egnach, 3).

25 Vgl. Blust, Geschichte, 17.

26 In der Vereinsrechnung des Jahres 1910 waren die Spenden mit CHF 350 halb so hoch wie die Mitgliederbeiträge von CHF 744 (AGKE, Krankenpflegeverein Egnach, Rechnung per 1910, 1).

27 Im Jahr 1913, siehe Blust, Geschichte, 16.

28 Im Jahr 1924: AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, 50 Jahre Krankenpflegeverein Egnach, 4.

29 Ebd.

30 Die Munizipalgemeinde Egnach mit CHF 400, die evangelische Kirchgemeinde mit CHF 200, die katholische Kirchgemeinde mit CHF 50 (vgl. Blust, Geschichte, 21).

Munizipalgemeinde und diejenigen der beiden Kirchgemeinden annähernd gleich hoch waren.³¹ Der summierte Anteil dieser Beiträge am gesamten Vereinsumsatz blieb mit rund 15 % relativ bescheiden.³²

Dieser Stabilität in finanziellen Belangen entsprach auch eine Stabilität im Blick auf die Trägerschaft. Zwar wurden im Zeitraum der vorliegenden Phase mehrmals die Vereinsstatuten revidiert,³³ damit sie «den Zeitverhältnissen angepasst»³⁴ werden konnten, doch blieb die Eigenständigkeit des Krankenpflegevereins sowohl in juristischer als auch in personeller Hinsicht unverändert. Diese Unabhängigkeit wurde anlässlich der Statutenrevision von 1944 neu hervorgehoben innerhalb der Zweckbestimmung des Vereins mit der Formulierung, wonach die Krankenpflege «in politisch und konfessionell neutraler Weise»³⁵ erfolge. Der damalige Vereinspräsident, Pfr. Wipf, brachte zu Beginn der 1940er Jahre pointiert zum Ausdruck, dass sich der Krankenpflegeverein als eigenständig verstand und einen Einfluss insbesondere vonseiten der Politik zurückwies, indem er formulierte: «Schön ist bei dieser Lebensarbeit [d.h. der Tätigkeit des Krankenpflegevereins, S. H.] vor allem die Tatsache, dass nicht um des Lohnes willen, sondern um der Liebe und aus innerem Bedürfnis den Leidenden gedient wird. Möge die eigentümliche Geistesart in der Politik unserer Zeit es unterlassen, den Segen, der in solch persönlicher Hingabe liegt, zu verderben».³⁶ Damit ist aufgenommen, dass sich der Krankenpflegeverein als eine philanthropische, am Wohl des Gemeinwesens orientierte Institution verstand. An mehreren Gelegenheiten des Vereinslebens wurde dessen Charakter als «gemeinnützliche Organisation»³⁷ [sic] bzw. in unterschiedlichen Variationen als

31 Zu Beginn der 1940er Jahre senkte die Munizipalgemeinde ihren Beitrag leicht von CHF 400 auf CHF 300, womit dieser nur geringfügig über demjenigen der beiden Kirchgemeinden (summiert CHF 250) lag (AGKE, Krankenpflegeverein Egnach, Jahresbericht 1943, 1).

32 So im Jahr 1937 neben Mitgliederbeiträgen (CHF 2000), Vermögenszinsen (CHF 1000) und Zuwendungen (CHF 150, jeweils gerundete Beiträge); vgl. AGKE, Krankenpflegeverein Egnach, Rechnung über das Vermögen des Krankenpflegevereins pro 1937, 1–3.

33 So in den Jahren 1908, 1923 und 1944 (vgl. AGKE, Krankenpflegeverein Egnach, Statuten vom 16. Februar 1908; AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, 50 Jahre Krankenpflegeverein Egnach, 4; AGKE, Krankenpflegeverein Egnach, Statuten vom 23. Januar 1944).

34 AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, 50 Jahre Krankenpflegeverein Egnach, 4.

35 AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Statuten vom 23. Januar 1944, Art. 1.

36 AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Jahresbericht 1946, 1.

37 AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, 50 Jahre Krankenpflegeverein Egnach, 4.

«humanitäre und soziale Institution»³⁸ hervorgehoben. Diese Nennungen sind verschiedentlich ergänzt worden durch evangelisch geprägtes Vokabular: So wurde das Wirken des Vereins in der Gemeinde mit dem Wortfeld des Segens für die Gemeinde³⁹ bzw. als «schöne Mission»⁴⁰ beschrieben, explizit diakonische Interpretationen des Vereinswirkens sind jedoch kaum aufzufinden.⁴¹

Diese Prägung des Vereins erfolgte zu wesentlichen Phasen unter leitender Mitwirkung von Ortspfarrern. Sie waren im gesamten vorliegenden Zeitabschnitt als Vereinspräsidenten oder als Vorstandsmitglied aktiv, zuweilen sekundiert von einer zweiten Pfarrperson sowie zeitweilig von einem Mitglied der örtlichen Kirchenvorsteherschaft.⁴² Sie und ihre Vorstandskollegen führten diese Arbeiten insbesondere ab den 1920er Jahren unter Bedingungen hoher Kontinuität aus, sodass sie in den jährlichen Reporten in der Regel jeweils von Jahren «normaler Arbeit»⁴³ berichten konnten, in denen der Verein «meistens in der Stille»⁴⁴ tätig war.

38 AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Jahresbericht 1947, 1. Siehe hierzu auch AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Jahresbericht 1949, 1 («humanitäres Werk»); AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Jahresbericht 1948, 1 («der humanitäre und soziale Gedanke, der unserem Krankenpflegeverein zugrunde liegt»); AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Jahresbericht 1942, 1 («hilfreiche und soziale Arbeit»).

39 Vgl. hierzu AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, 50 Jahre Krankenpflegeverein Egnach, 1 («segensvolle Wohltat»); AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Jahresbericht 1938, 1 («für die Gemeinde ein Segen»); AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Jahresbericht 1941, 1 («so viel sichtbarer Segen»).

40 AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Jahresbericht 1936, 1.

41 An einer einzigen Stelle wird die Zukunft des Vereins so beschrieben, dass er «sicherlich auch in den kommenden Jahren sich als dienstbereiter Samariter bewähren» werde (AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, 50 Jahre Krankenpflegeverein Egnach, 4).

42 Vgl. AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Jahresbericht 1950, 2.

43 AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Jahresbericht 1936, 1, siehe in ähnlicher Art auch AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Jahresbericht 1938, 1; AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Jahresbericht 1940, 1.

44 AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, 50 Jahre Krankenpflegeverein Egnach, 1.

2. Erste Bedeutungsverschiebungen in der Trägerschaft des Krankenpflegevereins und kirchliche Interventionen: Die Jahre 1953–1981

Der Krankenpflegeverein erledigte seine Tätigkeit in diesem Zeitabschnitt, d.h. in den nächsten drei Jahrzehnten der Nachkriegszeit, weitgehend in unveränderter Art und Weise und unter den tradierten Bedingungen. Die zentrale Vereinstätigkeit, namentlich die Krankenpflege, übte weiterhin eine Gemeindeschwester aus, der Vereinsvorstand seinerseits war zuständig für die Ressourcenbeschaffung und die Gewährleistung der für die Krankenpflege notwendigen Infrastruktur. Besonderes Augenmerk widmete der Vereinsvorstand in der ersten Hälfte der Berichtsperiode der Mobilität der Schwestern. Der Kauf einer Vespa und später eines Autos für die Schwester – und damit verbunden die jeweiligen Anstrengungen der Schwestern zur Absolvierung der Fahrprüfung⁴⁵ – beschäftigte den Vorstand während einigen Jahren.⁴⁶ Die Tätigkeit des Vorstands gestaltete sich in der Regel als nicht aufwendig, seine Arbeit konnte er meist an wenigen Sitzungen pro Jahr erledigen. Anspruchsvoll und zeitintensiv wurde seine Arbeit hingegen dann, wenn ein Schwesternwechsel anstand und neues Personal gefunden werden musste.⁴⁷ Der Krankenpflegeverein erlebte im vorliegenden Zeitabschnitt eine deutliche Zunahme der Inanspruchnahme seiner Leistungen: Während in der Mitte der 1950er Jahre noch knapp 3000 Besuche pro Jahr verzeichnet wurden,⁴⁸ stieg deren Zahl zu Beginn der 1980er Jahre auf über 6500.⁴⁹ Dieser deutlich steigenden Inanspruchnahme zum Trotz verblieb das Wirken des Vereins in der Regel im Schatten öffentlicher Debatten. In den jährlichen

45 Vgl. bspw. Blust, Geschichte, 26.

46 Vgl. die entsprechende Berichterstattung in: AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Protokoll der Jahresversammlung vom 15. Januar 1956, 2; AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Jahresbericht 1957, 1; AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Protokoll der Jahresversammlung vom 2. Februar 1958, 1.

47 Die Differenz ist u. a. in der Mitte der 1960er Jahre ersichtlich. Da im Jahr 1963 ein Schwesternwechsel anstand, bezeichnete der Vorstand das Berichtsjahr als «sehr bewegtes Jahr» (AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Protokoll der Jahresversammlung vom 8. März 1964, 1); ein Jahr später wurden die Vereinsaktivitäten als «nach dem Schwesternwechsel wieder ruhig» zusammengefasst (AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Protokoll der Jahresversammlung vom 28. Februar 1965, 1).

48 2871 Besuche gemäss: AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Protokoll der Jahresversammlung vom 15. Januar 1956, 2.

49 6621 Besuche gemäss: AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Protokoll der Hauptversammlung vom 1. März 1981, 2.

Rückblicken berichtete der Vorstand weiterhin von der Vereinstätigkeit, die sich weitgehend «im Stillen»⁵⁰ ereigne, der Verein sei «eher den Veilchen gleichend, das im Verborgenen blüht».⁵¹ Zu erwähnen ist allerdings auch, dass der Verein gemäss den vorliegenden Unterlagen nicht proaktiv eine öffentliche Rolle bzw. eine grössere Sichtbarkeit oder Ausstrahlung in der Öffentlichkeit suchte.

Neben diesem im Blick auf die Vereinstätigkeit und die Vereinsstruktur stabilen Grundmuster waren im vorliegenden Zeitraum allerdings zwei Entwicklungen von grosser Bedeutung für den Krankenpflegeverein:

- Die Personalsituation erwies sich in mehreren Hinsichten als herausfordernd: Wie oben erwähnt, brachten Kündigungen von Schwestern in der Regel grössere Unruhe in den Verein, da für die Neubesetzungen jeweils beträchtliche Anstrengungen seitens des Vereinsvorstands nötig waren – und dies in Zeiten zunehmenden Mangels an qualifiziertem Fachpersonal.⁵² Bisweilen wurde der Vereinsvorstand wieder bei Diakonissenmutterhäusern vorstellig mit der Anfrage nach möglicherweise interessierten Gemeindeschwestern.⁵³ Sodann erfuhren die Anstellungsbedingungen der Gemeindeschwestern wesentliche Anpassungen: Unfälle mit den neuen Mobilitätsmitteln (Vespa, Auto), die Überbeanspruchung der Schwestern aufgrund der steigenden Besuchszahlen sowie Forderungen der Schwestern nach besseren Anstellungsbedingungen (v. a. Ruhetage) machten es notwendig, dass der Vereinsvorstand neue Arbeits- und Einsatzmodelle der Schwestern finden musste, um die Pflege Tätigkeit nachhaltig gewährleisten zu können. Aufgrund der drei genannten Umstände – unfallbedingte Ausfälle, Entlastung nach Überbelastung sowie Anforderungen nach mehr Ruhetagen – entwickelte sich das Einsatzmodell weg von der allzuständigen *einen* Schwester hin zu einem Modell, das zwar immer noch eine hauptsächlich zuständige Schwester vorsah, aber die Verantwortlichkeiten mit Aushilfen bzw. Stellvertretun-

50 AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Protokoll der Jahresversammlung vom 27. Februar 1972, 1.

51 AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Protokoll der Jahresversammlung vom 31. Januar 1971, 1.

52 Davon berichten bspw. AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Protokoll der Jahresversammlung vom 26. Februar 1967, 1; Blust, Geschichte, 29.

53 So bspw. im Jahr 1966 beim Diakonissenmutterhaus Chrischona (AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Schreiben des Präsidenten an das Mutterhaus des Diakonissenwerkes Chrischona, Bettingen bei Basel, vom 7. März 1966, 1).

gen auf mehrere Schultern verteilte.⁵⁴ Bereits im Jahr 1971 wurden die Stellvertreterinnen als diejenigen Personen bezeichnet, «ohne die unser Verein gar nicht mehr funktionieren könnte».⁵⁵

- In engem Zusammenhang mit der Entwicklung der Anforderungen des Personals steht auch die Entwicklung der Finanzierung der Vereinstätigkeiten. Eine prägende Sorge für den Vereinsvorstand bestand im vorliegenden Zeitraum darin, dass die allgemeine Teuerung Jahr für Jahr zunahm und damit verbunden die Lohn- und Sachkosten des Vereins deutlich anstiegen. So war der Vereinsvorstand andauernd gefordert, zusätzliche Ressourcen zu beschaffen, um die Finanzierung des Betriebs sicherzustellen. Ein Überblick über die Berichterstattung des Vorstands in der betreffenden Zeit weist aus, dass die Problematik der Finanzierung wohl *das* prägende Motiv dieser Zeit war.⁵⁶ Angesichts zahlreicher Defizite in den Jahresabschlüssen erachtete der Vorstand die Zukunft des Vereins bisweilen als «keineswegs gesichert»,⁵⁷ es wurde sogar die Auflösung des Vereins erwogen.⁵⁸ Dass eine Weiterführung der Aktivitäten dennoch möglich war, ist auf mehrere Faktoren zurückzuführen: Zum Ersten kamen dem Verein zahlreiche Spenden und Vergabungen (u. a. aus Vermächtnissen)⁵⁹ zugute, die sich mit der Zeit zu einer bedeutenden Stütze der Vereinstätigkeit entwickelten. Diese Zuwendungen stiegen von knapp CHF 3000 im Jahr 1958⁶⁰ auf CHF 24000 im Jahr 1976.⁶¹ Diese zusätzlichen Einnahmen reichten jedoch nicht aus, um die gestiegenen Kosten zu decken. So waren zum Zweiten mehrmalige Erhöhungen der Mitgliederbeiträge notwendig, die schliesslich auf CHF 25

54 Vgl. dazu die Beispiele in AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Jahresbericht 1957, 1; AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Protokoll der Jahresversammlung vom 17. Februar 1963, 1; AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Protokoll der Jahresversammlung vom 26. Februar 1967, 1.

55 AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Protokoll der Jahresversammlung vom 31. Januar 1971, 2.

56 Vgl. exemplarisch AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Protokoll der Jahresversammlung vom 27. Februar 1972, 2.

57 Ebd.

58 Blust, Geschichte, 30.

59 Vgl. bspw. AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Rechnung über das Vermögen des Krankenpflegevereins Egnach für 1944, 1.

60 Vgl. AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Rechnung über das Vermögen des Krankenpflegevereins Egnach für das Jahr 1958, 3.

61 Vgl. AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Jahresrechnung 1976, 2.

festgesetzt werden mussten.⁶² Da auch dies nicht ausreichte, sah sich der Verein zum Dritten veranlasst, immer wieder bei den politischen Behörden vorzusprechen und um Erhöhung der Beiträge der öffentlichen Hand anzufragen. So stiegen diese etappenweise von CHF 1500 im Jahr 1956⁶³ auf CHF 23 000 im Jahr 1981.⁶⁴ Von Interesse ist hierbei, dass sich die Beiträge der Kirchgemeinden nur marginal steigerten; sie lagen im Jahr 1976 mit CHF 2500 mittlerweile massiv unter dem Beitrag der politischen Gemeinde und stellten keine für den Verein tragende Grösse mehr dar.⁶⁵ Es ist zu resümieren, dass die drei zentralen Finanzierungssäulen – Vergabungen, Mitgliederbeiträge, Beiträge der öffentlichen Hand – je deutlich höhere und anteilmässig je ungefähr gleich grosse⁶⁶ Beiträge einbrachten, allerdings blieb dieses Finanzierungssystem mit den drei prägenden Säulen über den gesamten Berichtszeitraum im Grundsatz unverändert.

Die zentralen Finanzierungssäulen des Krankenpflegevereins verweisen denn auch auf das grundlegende Verständnis des Trägerschaftssystems des Vereins. Nach wie vor kam der zivilgesellschaftlichen Verankerung des Vereins eine prägende Bedeutung zu; nicht allein in finanzieller Hinsicht (siehe oben die Vergabungen und die Mitgliederbeiträge), sondern auch in rechtlicher Hinsicht blieb der Verein eine gemeinnützige und zivilgesellschaftlich getragene Organisation. Die im vorliegenden Zeitabschnitt durchgeführte Statutenrevision änderte an dieser Ausrichtung nichts.⁶⁷ Dennoch ist zu konstatieren: Wenn sich auch in formalrechtlicher Hinsicht keine direkten und unmittelbaren Veränderungen in der Trägerschaftsstruktur des Krankenpflegevereins ergaben, erfolgte im genannten Zeitraum doch – im Sinne einer Weichenstel-

62 AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Protokoll der Jahresversammlung vom 29. Februar 1976, 2.

63 AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Rechnung über das Vermögen des Krankenpflegevereins Egnach für das Jahr 1956, 2.

64 AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Protokoll der Hauptversammlung vom 1. März 1981, 1.

65 AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Jahresrechnung 1976, 2.

66 Vgl. AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Jahresrechnung 1976, 1–3.

67 Die revidierten Statuten von 1973 übernahmen von den bisherigen Statuten die Ausrichtung als «politisch und konfessionell neutral[er]» Verein (Art. 1), dessen Unabhängigkeit insbesondere in den Auflösungsbestimmungen zur Geltung kam (Art. 11 hielt fest, dass ein allfällig verbleibendes Vermögen nicht zweckentfremdet – d.h. auch: nicht einer anderen Organisation übereignet – werden dürfe), vgl. AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Statuten vom 25. März 1973.

lung – eine wesentliche Hinwendung zur politischen Gemeinde, währenddessen zu vermuten ist, dass das Gewicht und der Einfluss der Kirchengemeinden abnahmen. Dieser Beobachtung entspricht, dass im gesamten Zeitraum keinerlei Ansätze aufzufinden sind, die das Vereinsgeschehen oder -wirken in diakonischer Perspektive zu deuten versuchen – dies eingedenk der Tatsache, dass stets ein Pfarrer als Vereinspräsident die Vereinsgeschicke lenkte.

Wenn auch explizite diakonische Deutungen der Krankenpflege nicht im Verein selbst auftauchten, so erfolgten diese doch im weiteren Umfeld im Rahmen kantonalkirchlicher Debatten, namentlich aus dem Evangelischen Kirchenrat des Kantons Thurgau.

Bereits zu Beginn der 1950er Jahre gelangte der Evangelische Kirchenrat mit einem Kreisschreiben an die Kirchengemeinden. Anlass dafür war die «Klage über den Mangel an geeigneten Krankenschwestern»,⁶⁸ der als Gefährdung der Aufgabe der Krankenpflege verstanden wurde. Dass diese Problematik von dringender kirchlich-diakonischer Relevanz sei, machte der Kirchenrat deutlich mit der Aussage: «Dieses Problem beschäftigt nicht nur die Mutterhausleitungen, Krankenhäuser und Gemeinden, sondern auch verantwortungsbewusste kirchliche Kreise.»⁶⁹ Als Begründungsfigur wurde das «Gleichnis vom barmherzigen Samariter» verwendet, das «auf die Allernächsten, die Kranken, Gebrechlichen und Alten [...], die der Pflege bedürftig sind»,⁷⁰ bezogen werden müsse.

Einige Jahre später doppelte die Kantonalkirche nach, indem der Kirchenrat eine sogenannte «Kommission zur Gewinnung von vermehrtem Krankenpflegepersonal» einsetzte. Diese Kommission habe zu Beginn ihrer Arbeit nochmals den «Schwesternmangel und den diakonischen Auftrag der Kirche in seiner ganzen Tiefe umrissen».⁷¹ Sie unterbreitete sodann den Kirchengemeinden und Pfarrämtern eine umfangreiche Liste an Vorschlägen, wie in den Gemeinden für die Krankenpflege geworben werden könne.⁷² Inwiefern diese Werbeaktionen nicht nur in den Kirchengemeinden Anklang

68 AKGE, Evangelischer Kirchenrat des Kantons Thurgau, Kreisschreiben zur Krankenschwesternfrage vom 16. Januar 1953, 1.

69 Ebd.

70 Ebd.

71 AKGE, Kommission zur Gewinnung von vermehrtem Krankenpflegepersonal, Schreiben an die Evangelischen Pfarrämter und Kirchenvorsteherschaften im Kanton Thurgau vom 27. Januar 1965, 1.

72 Die Palette an Vorschlägen umfasste Ideen vom Auflegen von Werbeprospekten über Vernetzungen mit Rotkreuz- und Samaritersektionen bis zur Durchführung von Veranstaltungen mit Jugendlichen (inkl. Dia- und Filmmaterial; AKGE, Kommission zur Gewinnung von vermehrtem Krankenpflegepersonal, Schreiben an

fanden, sondern auch vom Krankenpflegeverein aufgenommen wurden, lässt sich nicht präzise erschliessen. Aufgrund fehlender Nachweise ist zu vermuten, dass der Krankenpflegeverein in dieser Sache nicht partizipierte.

Im vorliegenden Zeitraum ist noch die folgende Besonderheit zu behandeln: Bereits in den frühen 1950er Jahren wurde in der Gemeinde Egnach die Notwendigkeit der Einführung einer Hauspflege erörtert.⁷³ Indiziert war die Hauspflege einerseits aus medizinischer Sicht, da der Hausarzt aufgrund seiner Tätigkeit einen entsprechenden Bedarf bei rund 20 Personen in der Gemeinde eruierte,⁷⁴ andererseits auch aus Sicht des Krankenpflegevereins, da eine Hauspflege zur Entlastung der Krankenpflegerin hätte beitragen sollen.⁷⁵ Während rund eines Jahrzehnts waren der Krankenpflegeverein sowie weitere Organisationen mit der Frage beschäftigt, wie bzw. in welcher Trägerschaft die Hauspflege eingerichtet werden könnte; die Planungen kamen jedoch vorerst zu keinem erfolgreichen Abschluss.⁷⁶ Im Jahr 1962 war es schliesslich der Dorfpfarrer Robert Doggweiler, der die entscheidenden Impulse zur Gründung der Hauspflege lieferte. Er, der gleichzeitig Präsident des Krankenpflegevereins war, schien keine passenden Möglichkeiten gesehen zu haben, um die Hauspflege innerhalb des Krankenpflegevereins zu installieren, so brachte er das Anliegen zur Errichtung der Hauspflege in die Kirchenvorsteherschaft ein, wo er auf offene Ohren stiess. Die Kirchenvorsteherschaft beauftragte ihn, die notwendigen Arbeiten hierzu voranzutreiben.⁷⁷ Hier schien der Knoten gelöst zu sein: Innert weniger Monate wurde die Hauspflege als Arbeitszweig der Kirchgemeinde gegründet, wobei die Kirchenvorsteherschaft eine Hauspflegerin sowie eine Vermittlerin anstell-

die Evangelischen Pfarrämter und Kirchenvorsteherschaften im Kanton Thurgau vom 27. Januar 1965, 1–5).

- 73 Unter Hauspflege verstand man – in Abgrenzung zur Krankenpflege – eine Unterstützung in Alltags- und Haushaltsfragen; heute üblich ist die Begrifflichkeit der «hauswirtschaftlichen Leistungen».
- 74 AKGE, Dorfarzt Dr. med. Tapernoux, «Liste der Patientinnen, die eine Hauspflegerin nötig gehabt hätten» vom 13. November 1952.
- 75 Vgl. AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Handschriftliche Notizen zur Jahresversammlung 1959, 2.
- 76 Vgl. hierzu AKGE, Brief des Frauenvereins Egnach an den Krankenpflegeverein vom 22. April 1953; AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Protokoll der Jahresversammlung vom 10. Januar 1960, 2; AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Protokoll der Jahresversammlung vom 22. Januar 1961, 2.
- 77 AKGE, Kirchenvorsteherschaft Egnach, Protokollbuch, Protokoll der Sitzung der Kirchenvorsteherschaft vom 23. November 1962, 319.

te.⁷⁸ Eine Zusammenarbeit zwischen kirchlich getragener Hauspflege und Krankenpflegeverein bestand darin, dass im Falle von Krankheit und Ferienabwesenheiten der Gemeindeschwester bzw. der Hauspflegerin gelegentlich beidseitig Stellvertretungsdienste geleistet wurden.⁷⁹ Fortan war also auch die Kirchgemeinde im weiteren Rahmen der häuslichen Pflege direkt engagiert, allerdings standen die Hauspflegedienste nur den Angehörigen der eigenen Konfession offen. Dieses kirchliche Mitwirken im weiteren Rahmen der häuslichen Pflege hatte während rund 20 Jahren Bestand.

3. Im Spannungsfeld zwischen beginnender staatlicher Steuerung und diakonischer Deutung: Die Jahre 1982–1995

Aus den obigen Ausführungen, die sich auf das Vereinsleben fast eines ganzen Jahrhunderts erstrecken, wird ersichtlich, dass die konstitutiven Eckwerte zur Funktionsweise des Krankenpflegevereins im Wesentlichen unverändert blieben. Der Verein bestand in zivilgesellschaftlicher Trägerschaft, er agierte weitgehend unabhängig von rechtlichen und fachlichen Vorgaben; zudem blieben die zentralen Finanzierungssäulen – wenn auch die jeweiligen Beiträge aufgrund der Teuerung massiv stiegen – dieselben.

Diese konstitutiven Eckwerte erfuhren ab den frühen 1980er Jahren weitreichende und folgenreiche Veränderungen, und zwar in mehreren Hinsichten:

- Bislang konnten die Vereinsmitglieder das Pflegeangebot uneingeschränkt nutzen, d. h., mit der Bezahlung des Mitgliederbeitrags standen ihnen unbeschränkt unentgeltliche Leistungen zu. Auf der Suche nach weiteren Finanzierungsquellen angesichts der angespannten Ressourcenlage sah sich der Vereinsvorstand genötigt, erstmals zusätzlich zum Mitgliederbeitrag sogenannte Pflögetaxen einzuföhren.⁸⁰ Die daraus

78 AKGE, Kirchenvorsteherſchaft Egnach, Protokollbuch, Protokoll der Sitzung des Büros der Kirchenvorsteherſchaft vom 5. März 1963, 332.

79 AKGE, Kirchenvorsteherſchaft Egnach, Protokollbuch, Protokoll der Sitzung der Kirchenvorsteherſchaft vom 23. November 1962, 319; AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Protokoll der Jahresversammlung vom 11. Februar 1979, 1.

80 AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Protokoll der Jahresversammlung vom 11. Februar 1979, 2. Die Taxen waren jedoch vorläufig vorgesehen für den Fall einer «ausserordentliche[n] Beanspruchung der Schwester» (ebd.), d. h., bis 30 Besuche der Schwestern waren vorderhand kostenlos; ab 1991 wurde nur noch ein kostenloser Besuch gewährt (AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Jubiläumsbericht 1991, 6).

generierten Zusatzeinnahmen brachten eine gewisse Entlastung der Vereinsfinanzen,⁸¹ führten jedoch insgesamt zu einem beachtenswerten Systemwechsel. Während die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen bisher gewissermassen genossenschaftlich funktionierte – d. h., wer Mitglied war, konnte kostenlos von den Leistungen profitieren –, so änderte dies mit der Einführung von Pflögetaxen hin zu einem dienstleistungsorientierten Verständnis, in dessen späterer Folge die Vereinsmitgliedschaft deutlich an Bedeutung verlor, da sie als zwingende Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Vereinsleistungen entfiel und nur noch ideellen Charakter hatte. Die leistungsorientierte Entgeltung mittels Taxen, die mit dem Systemwechsel an dieser Stelle ihren Anfang nahm, bildete denn auch die Grundlage für alle folgenden Weiterentwicklungen im Finanzierungssystem der Pflögetätigkeit.

- Im Jahr 1995 nahm das Thurgauer Stimmvolk in einer Volksabstimmung das Gesundheitsgesetz an. Dieses war für den Krankenpflegeverein insofern von grosser Bedeutung, als dass § 11 die Bestimmung beinhaltete: «Die Gemeinden sorgen für einen Kranken- und Hauspflögedienst. Sie können diese Aufgaben privaten oder öffentlichen Körperschaften übertragen.»⁸² Damit standen alle Gemeinden des Kantons in der Pflicht, die ambulante Krankenpflege einzuführen. Der Krankenpflegeverein Egnach sah sich darin «gut aufgestellt»,⁸³ zumal er diese Aufgabe in der Gemeinde seit knapp 100 Jahren wahrnahm. Allerdings änderte sich nun der Charakter von der Freiwilligkeit der Unterstützung durch die öffentliche Hand hin zur Verpflichtung. Gerade in finanzieller Hinsicht war der Verein nunmehr nicht bloss Bittsteller um freiwillige Beiträge der politischen Gemeinde, diese wurden nun zur Pflicht.
- Folgenreich war das neue Gesundheitsgesetz auch für die Hauspflöge, da es die Gemeinden nicht nur verpflichtete, einen Krankenpflögedienst einzurichten, sondern auch einen Hauspflögedienst. Somit war dies Anlass sowohl für die Kirchgemeinde als auch für die Gemeindebehörden, die Organisation der gemeindlichen ambulanten Pflöge insgesamt neu zu bedenken, zumal nach bisherigem Modell die Hauspflöge der Kirchgemeinde nur evangelischen Mitgliedern zugänglich war; zugleich

81 Kurz nach der Einführung wird berichtet, dass sich «die Taxen für die ausserordentliche Beanspruchung bewährt» hätten (AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Protokoll der Hauptversammlung vom 1. März 1981, 2).

82 Zit. nach Blust, Geschichte, 31.

83 Ebd.

wurde das durch die Hauspflege verursachte Defizit nur von den Mitgliedern der evangelischen Kirchgemeinde getragen.⁸⁴

Nach Verhandlungen zwischen Munizipalgemeinde, Kirchgemeinde und Krankenpflegeverein zeigte sich der Krankenpflegeverein bereit, die neue Aufgabe der Hauspflege von der Kirchgemeinde zu übernehmen, wobei neu die Munizipalgemeinde die dadurch entstehenden Zusatzkosten zu übernehmen hatte.⁸⁵ Nach der durch die Übernahme notwendigen Statutenrevision hiess dieser neu «Kranken- und Hauspflegeverein»⁸⁶ und übernahm das – bisher von der Kirchgemeinde angestellte – Hauspflegepersonal. In der Kirchenvorsteherschaft stiess die Abgabe der Hauspflege von Anfang an auf Zustimmung.⁸⁷ Die Ausführungen in den Protokollen zeigen auf, dass die Hauspflege in der Kirchgemeinde vorwiegend unter finanziellen Aspekten diskutiert und in dieser Hinsicht als Last interpretiert wurde, die der Kirchgemeinde nicht vollständig refinanzierte Kosten auferlegte.⁸⁸ Die Abgabe brachte gemäss der Kirchenvorsteherschaft eine finanzielle Erleichterung, sodass «dadurch die Finanzlage der Kirchgemeinde [...] etwas weniger angespannt werden dürfte».⁸⁹ Weitere Motive zum Umgang mit der Hauspflege – insbesondere Motive zur zukünftigen Rolle der Kirchgemeinde im weiteren Rahmen der Krankenpflege – sind in den schriftlichen Unterlagen nicht aufzufinden.

- Neu entstand in ebendieser Zeit auch ein Mittragen von nationaler Seite. Seit 1983 kamen dem Krankenpflegeverein Beiträge der AHV zugunsten von Organisationen der privaten Altershilfe zugute. Diese Beiträge entlasteten das Budget des Krankenpflegevereins merklich.⁹⁰ Der Krankenpflegeverein erhielt diese Beiträge annähernd bedingungslos, das zustän-

84 Vgl. die Ausführungen in: AKGE, Kirchenvorsteherschaft Egnach, Protokollbuch, Protokoll der Sitzung der Kirchenvorsteherschaft vom 4. Dezember 1986, 48/§ 412.

85 AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Jahresbericht 1987, 1.

86 AKGE, Kranken- und Hauspflegeverein Egnach, Statuten vom 13. März 1988, § 1.

87 Vgl. AKGE, Kirchenvorsteherschaft Egnach, Protokollbuch, Protokoll der Sitzung der Kirchenvorsteherschaft vom 17. September 1987, 71/§ 571.

88 Vgl. die Ausführungen in: AKGE, Kirchenvorsteherschaft Egnach, Protokollbuch, Protokoll der Sitzung der Kirchenvorsteherschaft vom 12. Dezember 1985, 20/§ 349; AKGE, Kirchenvorsteherschaft Egnach, Protokollbuch, Protokoll der Sitzung der Kirchenvorsteherschaft vom 4. Dezember 1986, 48/§ 412.

89 AKGE, Kirchenvorsteherschaft Egnach, Protokollbuch, Protokoll der Sitzung der Kirchenvorsteherschaft vom 4. Dezember 1986, 48/§ 412.

90 Vgl. den Ertragsüberschuss im Jahr 1983 von ca. CHF 20 000 (AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Jahresbericht 1984, 1).

dige Bundesamt für Sozialversicherungen verlangte lediglich einen Nachweis, dass die Beiträge der AHV für die Pflege von Menschen im AHV-Alter verwendet werden.⁹¹

Diese Entwicklungen zeigen auf, wie stark sich die bislang konstitutiven Eckwerte des Krankenpflegevereins innert kurzer Zeit verändert haben. Alle föderalen Ebenen der öffentlichen Hand beteiligten sich fortan im Bereich der ambulanten Pflege in Bezug auf die Mitverpflichtung und Mitfinanzierung. Diese Mitverpflichtung erfolgte aber nicht mehr vollends bedingungslos, vielmehr wurden damit erste Ansätze von Steuerung und Kontrolle verbunden.⁹² Zum Ausdruck kam dieser Steuerungsimpuls insbesondere auf der kantonalen Ebene. Aufbauend auf den Bestimmungen des Gesundheitsgesetzes gab die Kantonsregierung einen Bericht über die spitalexterne Krankenpflege in Auftrag, in dem erstmals eine Bestandesaufnahme und Massnahmenplanung von politischer Seite im Bereich der ambulanten Pflege formuliert wurde.⁹³ In dieser Aufgabenübernahme durch die Kantonsbehörden ist sichtbar, dass sie vermehrt gewillt waren, das Zepter zur Planung der Leistungen im Bereich der ambulanten Pflege in die Hand zu nehmen. Der Vereinsvorstand erlebte die Auswirkungen dieser ersten Steuerungs- und Kontrollansätze durch die öffentliche Hand durch eine zuweilen deutliche Intensivierung der anfallenden Arbeiten und der Sitzungskadenzen.⁹⁴

Als Reaktion auf diese Entwicklungen schlossen sich die Krankenpflegeorganisationen des Kantons Thurgau zur Thurgauischen Vereinigung für Krankenpflege zusammen, um auf kantonomer Ebene die Anliegen der Krankenpflegeorganisationen besser vertreten zu können.⁹⁵

91 Vgl. AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Jahresbericht 1986, 1.

92 Lokale Ebene: Angesichts der stark steigenden, durch die Gemeinde zu übernehmenden Fehlbeträge informierte sich der Gemeinderat beim Krankenpflegeverein gelegentlich über Möglichkeiten zur höheren Eigenwirtschaftlichkeit mittels Anpassung der Pflorgetarife (vgl. AKGE, Schreiben des Gemeinderates an den Kranken- und Hauspflegeverein vom 8. Dezember 1993); kantonale Ebene: im Rahmen des Gesundheitsgesetzes werden Vorgaben zu Berufsausübungsbewilligungen für Gemeindeschwestern eingeführt (vgl. Blust, Geschichte, 31); nationale Ebene: Wie oben erwähnt wurden die Beiträge der AHV nicht bedingungslos gewährt, sondern zweckgebunden an Klientinnen und Klienten im AHV-Alter (vgl. AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Jahresbericht 1986, 2).

93 AKGE, Kanton Thurgau, Spitalexterne Krankenpflege (Spitex), Bericht vom Juni 1989.

94 Vgl. bspw. AKGE, Krankenpflegevereine Egnach, Jahresbericht 1987, 1.

95 Vgl. AKGE, Krankenpflegevereine Egnach, Jahresbericht 1986, 1.

Im konkreten Betriebsalltag wirkte sich die Integration der Hauspflege spürbar aus. Während die Zahl der Einsätze in der Krankenpflege ungefähr stabil blieb, so wuchs die Hauspflege rapide, d. h., die Einsätze verzehnfachten sich innert weniger Jahre.⁹⁶ Sodann war der Vorstand darum bemüht, die notwendige Infrastruktur auf den Stand der Zeit zu bringen. Er sorgte für eine erste Stationsbasis mit eigenem Büro⁹⁷ sowie für die Einführung einer EDV-Administration.⁹⁸ Als Höhepunkt im Vereinsleben in dieser Zeit ist gewiss das Jubiläumsjahr 1991 zu nennen, in welchem der Verein einen Jubiläumsbericht publizierte⁹⁹ und einen Festakt organisierte. Die Feierlichkeiten zeigen auf, wie stark der Kranken- und Hauspflegeverein im sozialen Wirken der Gemeinde verankert war, zumal sich viele Vereine und Institutionen mit eigenen Beiträgen am Jubiläum beteiligten.¹⁰⁰ Diese zivilgesellschaftliche Verankerung kam im Rückblick auf das Jubiläum zum Ausdruck in einer Formulierung aus dem Jahresbericht des darauffolgenden Jahres: «Wir wollen uns bemühen, ein aktiver, dynamischer Verein mit engagierten Mitarbeiterinnen und einem ebenso engagierten Trägerkreis zu sein. Nicht Abschieben der Verantwortlichkeit auf irgendwelche anderen Institutionen wollen wir – sondern nach Kräften eben alle mittragen.»¹⁰¹

Die oben dargestellte Mitfinanzierungspflicht der Gemeinde hatte zur Folge, dass fortan vermehrt eine Vertretung des Gemeinderats im Vereinsvorstand Einsitz nahm; diese Einsitznahme basierte vorerst lediglich auf der Basis gegenseitiger Absprachen. Die Statutenrevision von 1988 führte noch keine Vorgaben zur Zusammensetzung des Vorstands bzw. keine verpflichtende Einsitznahme von Gemeindebehörden ein.¹⁰²

Im Jahr 1986 trat der langjährige Vereinspräsident, Pfr. Rudolf Doggweiler, nach 36 Jahren im Amt zurück. Seine Nachfolge als Vereinspräsident übernahm sein Nachfolger im Pfarramt, Pfr. Martin Caveng. Pfr. Caveng war stark bemüht, dem Wirken des Kranken- und Hauspflegevereins eine bewusst

96 Vgl. Blust, Geschichte, 37.

97 Blust, Geschichte, 36.

98 AKGE, Kranken- und Hauspflegeverein Egnach, Jahresbericht 1992, 1.

99 AKGE, Kranken- und Hauspflegeverein Egnach, Jubiläumsbericht 1891–1991.

100 So führten verschiedene Vereine gemeinsam ein Spaghettiesen zugunsten des Kranken- und Hauspflegevereins durch, der katholische Frauen- und Mütterverein spendierte dem Verein neues Mobiliar, zudem brachte eine lokale Bankfiliale für den Verein ein «Dorfquartett» heraus (AKGE, Kranken- und Hauspflegeverein Egnach, Jahresbericht 1991, 1 f.).

101 AKGE, Kranken- und Hauspflegeverein Egnach, Jahresbericht 1992, 3.

102 Vgl. AKGE, Kranken- und Hauspflegeverein Egnach, Statuten vom 13. März 1988, Art. 4.

diakonische Note zu verleihen. An mehreren Gelegenheiten formulierte er, dass er das Wirken des Vereins in direkter Weise als Ausdruck christlicher Verantwortung deutete. So schrieb er im ersten von ihm verfassten Jahresbericht: Der Sinn des Vereins «besteht ja einzig darin, dem leidenden und pflegebedürftigen Mitmenschen auf dem Gebiet unserer Gemeinde nach Möglichkeit beizustehen [...]. Aber solche christliche Verantwortung erwächst immer wieder aus der Hinwendung zu Gott – wie anders könnten wir dem Leiden und der Vergänglichkeit unseres Lebens begegnen, als in der Hoffnung und Zuversicht, von Gott gehalten zu sein.»¹⁰³ Die jährliche Berichterstattung war sein bevorzugter Ort, um die Deutungsperspektive des Krankenpflegevereins als Ausdruck diakonischen Wirkens zu Wort zu bringen.¹⁰⁴ Dabei fällt zweierlei auf:

- In der bisherigen 100-jährigen Vereinsgeschichte wurde diese Deutungsperspektive zu keinem Zeitpunkt so direkt formuliert. Wenn sich auch die Kantonalkirche in früheren Phasen mit ebendieser Perspektive um das kirchgemeindliche Engagement zur Gewinnung von Pflegepersonal bemühte,¹⁰⁵ so wurde die Tätigkeit des Krankenpflegevereins bislang nicht in dieser Intensität und Klarheit als Ausdruck christlicher Verantwortung beschrieben.
- Die Formulierungen von Pfr. Caveng erwecken gewissermassen den Eindruck einer kontrafaktischen Feststellung, zumal er die kirchlich-diakonischen Deutungsmotive just in einer Zeit formulierte, als die politischen Behörden begannen – aufgrund ihrer Mitwirkungs- und Steuerungsfunktionen –, sich als prägende Orientierungsinstanzen für die ambulante Pflege und die Tätigkeit des Kranken- und Hauspflegevereins durchzusetzen, während gleichzeitig die Bedeutung kirchlichen Mitträgerschaft abnahm.

103 AKGE, Kranken- und Hauspflegeverein Egnach, Jahresbericht 1986, 1.

104 Er bediente sich dabei einer Vielzahl unterschiedlicher Referenzen; dazu gehörten das Motiv der Zuwendung zur Welt bei Niklaus von Flüe (vgl. AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Jahresbericht 1986, 1), ein Gebet mit Segensbitte um kraftvolle Fortführung des Vereinswirkens (AKGE, Kranken- und Hauspflegeverein Egnach, Jubiläumsbericht 1991, 7), eine Bezugnahme auf das Wirken des barmherzigen Samariters (AKGE, Kranken- und Hauspflegeverein Egnach, Jahresbericht 1994, 1 f.) sowie eine ausführliche Begründung des christlichen Beistehens zugunsten von Kranken (AKGE, Kranken- und Hauspflegeverein Egnach, Jahresbericht 1995, 1).

105 Vgl. hierzu die obigen Ausführungen zu den Bemühungen des Evangelischen Kirchenrats des Kantons Thurgau in Kapitel II.2.2.

4. Der Kranken- und Hauspflegeverein als Nonprofit-Organisation im regulierten Gesundheitswesen: Ab 1996

Die politischen Behörden auf allen föderalen Ebenen griffen ab den 1980er Jahren wie oben beschrieben in ersten Ansätzen sowohl als Mitfinanzierende als auch als Steuerungs- und Kontrollinstanzen in das Wirken des Krankenpflegevereins ein. Die Steuerungs- und Kontrolleinwirkung erfuhr ab der Mitte der 1990er Jahre nochmals eine deutliche Steigerung und Intensivierung, was an verschiedenen Schritten festzumachen ist:

- Die bislang weitgehend bedingungslos geleisteten Beiträge der AHV zugunsten von Organisationen der privaten Altershilfe wurden zunehmend reguliert bzw. an Bedingungen gebunden – dies mit der Absicht der Behörden, das starke Kostenwachstum einzudämmen. Die regulatorischen Massnahmen griffen neu direkt in finanzielle und organisationale Eigenheiten der einzelnen Krankenpflegeorganisationen ein. Das heisst, die Ausrichtung der Beiträge der AHV wurde an Vorgaben geknüpft, etwa zum zulässigen Budgetwachstum, zu Beitragsanteilen am Gesamtbudget sowie zu finanziellen Reserven der betreffenden Organisationen.¹⁰⁶
- Im Jahr 1994 nahm das Schweizer Stimmvolk das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) an. Das KVG hatte zur hauptsächlichen Intention, das Kostenwachstum im Gesundheitsbereich abzu-dämpfen und die Kostenverteilung der Prämien besser zu regeln. Daneben aber führte es für die Organisationen der ambulanten Pflege eine weitreichende Neuordnung der Finanzierung ein und zwar dadurch, dass die Krankenkassen neu verpflichtet wurden, einen Beitrag an die Pflegeleistungen, die aufgrund einer ärztlichen Anordnung erbracht werden, zu gewähren.¹⁰⁷ Weitreichend war diese Neuerung nicht nur, weil sich neu auch die Krankenkassen an den Kosten der ambulanten Pflege beteiligten, sondern auch, weil damit neue, mächtige Akteure in Finanzierungsfragen mitsprachen und dadurch national einheitliche Finanzierungsstandards eingeführt wurden. Fortan waren es die kantonalen Dachverbände der Spitex und der Krankenkassen, die mit Dachverträgen einheitliche Tarife zu vereinbaren hatten. Die Tarife wurden

106 AKGE, Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), Art. 101bis AHVG; Neuerungen des Kreisschreibens über die Beiträge an Organisationen der privaten Altershilfe auf den 1. Januar 1995, Schreiben an die registrierten Spitex-Organisationen, Ende Januar 1995, 1 f.

107 Vgl. Germann u. a., Geschichte, 43 f.

festgelegt als einheitliche Maximalbeträge pro Tag und Patientin bzw. Patient.¹⁰⁸ Mit der Einführung der verbindlichen Tarife, die Vorgaben zu Maximalbeiträgen pro Zeiteinheit vorgaben, war ein massiver Schub in Richtung einer Ökonomisierung der Pflegetätigkeiten verbunden. Die Spitexorganisationen sahen sich gezwungen, die geleisteten Zeiten nun in «produktive» und «unproduktive» Zeiten¹⁰⁹ einzuteilen, wobei als produktive Zeiten diejenigen bezeichnet wurden, die gemäss KVG verrechenbar sind, wohingegen die als unproduktiv bezeichneten Zeiten nicht direkt refinanziert werden konnten. Entsprechend entstanden nun unter den verschiedenen Spitexorganisationen ökonomisch basierte Vergleichswerte, sogenannte «Benchmarks».¹¹⁰

Angesichts der grossen Bedeutung der Tarife für die Spitexorganisationen ist es nicht weiter verwunderlich, dass in der Aushandlung der Verträge heftig um die Tarife gerungen wurde. Aus Egnacher Sicht ist überliefert, dass diese Verhandlungen mitunter zu heftigen Konflikten führten, in denen keine Einigung zustande kam – weshalb der Regierungsrat des Kantons Thurgau die Tarife hoheitlich festlegen musste, bis der Bundesrat einen abschliessenden Entscheid im Konflikt fällte.¹¹¹ Innert kürzester Zeit verloren also die Krankenpflegeorganisationen die Hoheit über die Tarifgestaltung an kantonale – bzw. im Konfliktfall sogar an nationale – politische Instanzen. In den vergangenen 25 Jahren blieben das Ringen um aus Sicht der ambulanten Pflege möglichst vorteilhafte Tarife sowie die Orientierung an weiteren regulierenden Vorgaben der Behörden prägende Konstanten im Wirken des Krankenpflegevereins.¹¹²

All dieses Ringen führte dazu, dass in der Spitexorganisation das Feld der Interessenvertretung als neue Aufgabe in Erscheinung trat¹¹³ und grosse Bedeutung erlangte. Da mit der Einführung des KVG nun auch von nationaler Seite her wesentliche Vorgaben an die ambulante Pflege bestimmt wurden,

108 Vgl. AKGE, Spitexvertrag zwischen dem Kantonalverband Thurgauischer Krankenkassen (KTK) und der Thurgauischen Vereinigung der Spitexorganisationen (TVSO) vom 1. Januar 1996.

109 Vgl. AGE, Spitex-Dienste Egnach, Protokoll der Vorstandssitzung vom 31. Oktober 2001, 1.

110 AGE, Spitex-Dienste Egnach, Protokoll der Vorstandssitzung vom 31. Oktober 2001, 2.

111 Vgl. zum Konfliktverlauf: AGE, Spitex-Dienste Egnach, Jahresbericht 2002, 1.

112 Vgl. hierzu die Ausführungen in: Blust, Geschichte, 39 f.

113 Der Begriff taucht erstmals im Jahr 1998 auf (AGE, Kranken- und Hauspflegeverein Egnach, Tätigkeitsprogramm 1998, 2).

sah es die Branche als notwendig an, ihre Interessen auf nationaler Ebene zu vertreten und sich auch auf dieser Ebene zu organisieren: Der Spitexverband Schweiz wurde im Jahr 1994 gegründet.¹¹⁴

Die Aufgaben des Kranken- und Hauspflegevereins, der sich im Jahr 2000 in Verein Spitex-Dienste Egnach umbenannte,¹¹⁵ nahmen im vorliegenden Zeitraum deutlich zu. Dabei waren insbesondere die folgenden Bereiche betroffen:

- Die Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen wuchs stark. Jahr für Jahr wies der Verein deutliche Wachstumsraten aus, die zuweilen im zweistelligen Prozentbereich lagen.¹¹⁶ Dieses Wachstum führte zur Herausforderung, laufend neues und qualifiziertes Personal für den Betrieb zu finden. Die gewachsene Betriebsgrösse wiederum machte Reorganisationen und Neustrukturierungen notwendig (u. a. Bildung von Teamstrukturen, Einführung einer Geschäftsleitung).¹¹⁷
- Als Beitrag zur Bekämpfung des Fachkräftemangels bildete der Spitexverein ab den 2000er Jahren auch selbst Pflegepersonal aus. Zuerst waren es Lernende im Profil Fachangestellte Gesundheit (FaGe),¹¹⁸ später auch in weiteren Berufsprofilen.¹¹⁹
- Als völlig neue Anforderung kam die Qualitätssicherung bzw. das Qualitätsmanagement auf den Spitexverein zu. Die Vorgaben von behördlicher Seite sowie aus den Finanzierungsverträgen brachten die Aufgabe mit sich, dass die Spitexvereine ein Qualitätssicherungssystem einfüh-

114 Der Spitexverband Schweiz entstand als Zusammenschluss des Schweizerischen Verbands der Gemeindekrankenpflege und des Schweizerischen Verbands der Hauspflegeorganisationen – der Zusammenschluss antizipierte damit die gemeinsame Behandlung von Kranken- und Hauspflege innerhalb des KVG (vgl. AKGE, Ostschweizerische Vereinigung der Hauspflegeorganisationen, Schreiben an die Mitgliederorganisationen vom Dezember 1994, 1).

115 Vgl. zur entsprechenden Statutenrevision AGE, Kranken- und Hauspflegeverein Egnach, Protokoll der Vorstandssitzung vom 13. November 2000, 2.

116 Über deutliches Wachstum der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen berichten u. a. AGE, Spitex-Dienste Egnach, Protokoll der Jahresversammlung 2001, 1; AGE, Spitex-Dienste Egnach, Protokoll der Vorstandssitzung vom 3. Dezember 2009, 1; AGE, Spitex-Dienste Egnach, Jahresbericht 2011, 2; ASRA, Spitex RegioArbon, Jahresbericht des Präsidenten 2015, 1; ASRA, Spitex RegioArbon, Jahresbericht des Präsidenten 2019, 1.

117 Vgl. hierzu u. a. AGE, Spitex-Dienste Egnach, Protokoll der Jahresversammlung 2006, 1.

118 Vgl. AGE, Spitex-Dienste Egnach, Protokoll der Jahresversammlung 2006, 1.

119 Vgl. AGE, Spitex-Dienste Egnach, Jahresbericht 2008, 2.

ren und die Ergebnisse daraus ausweisen mussten.¹²⁰ So beschäftigten sowohl den Vereinsvorstand als auch die Mitarbeitenden zuerst die Einführung eines solchen Systems¹²¹ und anschliessend dessen laufende Weiterentwicklung.¹²²

- Nicht zuletzt entwickelte der Verein – aufgrund eigener Initiative oder aufgrund vertraglicher Vorgaben – die Palette an Angeboten und Dienstleistungen weiter. So betätigte sich der Betrieb u. a. in der Wundpflege und Schmerzbekämpfung, in der palliativen Pflege und in einem spezifischen Zugang zu Pflegebedürftigen mit Demenzerkrankung,¹²³ mit einem Besuchsdienst¹²⁴ sowie mit einem Kooperationsprojekt mit den Behörden namens «Drehscheibe», das die optimale Vernetzung aller ambulanten Angebote zum Ziel hatte.¹²⁵

Es waren gerade die nicht selbst gewählten Weiterentwicklungen, die dazu führten, dass sich der vergleichsweise kleine Verein Spitex-Dienste Egnach kaum mehr imstande sah, die Vorgaben alleine zu erfüllen, und sich daher nach Fusionspartnern umsah.¹²⁶ Nach erfolgten Verhandlungen schloss sich der Verein im Jahr 2012 mit der Spitex Arbon zur neuen «Spitex RegioArbon» zusammen.¹²⁷ Durch den Zusammenschluss wurde der bisherige Stützpunkt in Egnach aufgelöst.¹²⁸

Sowohl vor als auch nach der Fusion brachte die Vereinsleitung das «Spannungsfeld»¹²⁹ bzw. den «Balanceakt»¹³⁰ zwischen einer qualitativ guten

120 Dabei reichte es nicht, Qualitätsaspekte allein aus der Binnenperspektive des Betriebs zu behandeln; einzelne Aspekte – wie etwa Erhebung der Kundenzufriedenheit – mussten zwingend von externen Stellen durchgeführt werden (vgl. AGE, Spitex-Dienste Egnach, Protokoll der Vorstandssitzung vom 26. März 2003, 2).

121 AGE, Spitex-Dienste Egnach, Protokoll der Jahresversammlung 2001, 2.

122 Vgl. bspw. AGE, Spitex-Dienste Egnach, Protokoll der Jahresversammlung 2006, 1; ASRA, Spitex RegioArbon, Protokoll der Mitgliederversammlung 2018, 3.

123 AGE, Spitex-Dienste Egnach, Protokoll der Vorstandssitzung vom 3. Dezember 2009, 2.

124 ASRA, Spitex RegioArbon, Jahresbericht des Präsidenten 2012, 3.

125 Vgl. zur näheren Beschreibung: ASRA, Spitex RegioArbon, Protokoll der Mitgliederversammlung 2018, 4.

126 AGE, Spitex-Dienste Egnach, Jahresbericht 2011, 1.

127 Vgl. AGE, Spitex-Dienste Egnach, Zusammenschlussvertrag vom 1. Januar 2012. Per 2017 folgte noch die Übernahme der Spitex Roggwil-Berg (ASRA, Spitex RegioArbon, Jahresbericht des Präsidenten 2016, 1).

128 Vgl. Blust, Geschichte, 42.

129 AGE, Spitex-Dienste Egnach, Jahresbericht 2008, 1.

130 AGE, Spitex-Dienste Egnach, Jahresbericht 2009, 1.

Pflege und Betreuung der Klientinnen und Klienten und dem zunehmenden finanziellen und fachlichen Druck zum Ausdruck. In diesem Spannungsfeld bemühte sie sich stets, einen «qualitativ hochstehenden, noch bezahlbaren und dennoch mitmenschlich und solidarisch handelnden Gesundheitsbetreuungsdienst»¹³¹ bereitzustellen. Allerdings stellten die Vorstandsmitglieder fest, dass sie in zeitlicher und fachlicher Hinsicht an ihre Grenzen stießen. Im Jahr 2012 hat dies zur Fusion mit der Spitex Arbon geführt. Nach der Fusion gingen die Debatten weiter und führten zu grundsätzlichen Fragen an das Organisationsmodell. Der Vereinsvorstand entschied sich jedoch klar dafür, den Charakter einer Nonprofit-Organisation aufrechtzuerhalten und weiterzuführen.¹³² Das Vereinsmodell, in dem vertragliche Vereinbarungen mit schlussendlich vier politischen Gemeinden bestanden, führte durch diese geografische Ausdehnung jedoch dazu, dass die behördliche Prägung massiv zunahm. Während vor der Fusion lediglich die eine Gemeinde des Dienstleistungsgebiets, namentlich Egnach, einen Einsitz in den Vereinsvorstand erhielt, bestanden nach der Fusion alle vier Gemeinden auf diesem Recht – was dazu führte, dass in einem Vorstand von 7 bis 9 Personen nicht weniger als vier Gemeindevertreterinnen und -vertreter Einsitz nahmen,¹³³ wodurch der zivilgesellschaftliche Charakter der Institution durchaus wieder infrage gestellt ist.

Im gesamten vorliegenden Zeitraum war die Kirchgemeinde nicht mehr im Vereinsvorstand vertreten. Nach dem Rücktritt von Pfr. Caveng im Jahr 1996 brach die Tradition der Präsidiumsübernahme durch die lokale Pfarrperson ab, es übernahmen seither Persönlichkeiten ausserhalb der Kirchgemeinde das Amt. Mit diesem Wechsel entfielen auch die in der vorangehenden Phase präsenten diakonischen Interpretationen des Vereinswirkens vollständig. Die Kirchgemeinde wurde im Berichtszeitraum lediglich noch unter der Liste der «Partner»¹³⁴ bzw. unter «Aussenbeziehungen»¹³⁵ aufgeführt, wobei sich diese Beziehungen auf wenige Interaktionen beschränkten: Die Kirchgemeinde entrichtete dem Verein weiterhin einen (angesichts des Umsatzwachstums des Vereins mittlerweile geringen) Unterstützungsbeitrag¹³⁶ und der Spitexverein entsendete, bis zum Zeitpunkt der Fusion, zur

131 AGE, Spitex-Dienste Egnach, Jahresbericht 2004, 5.

132 Vgl. ASRA, Spitex RegioArbon, Jahresbericht des Präsidenten 2016, 2; ASRA, Spitex RegioArbon, Protokoll der Mitgliederversammlung 2018, 3.

133 ASRA, Spitex RegioArbon, Statuten vom 1. Januar 2012, Art. 16.

134 AGE, Spitex-Dienste Egnach, Jahresbericht 2002, 2.

135 AGE, Spitex-Dienste Egnach, Jahresbericht 2003, 2.

136 Vgl. AGE, Spitex-Dienste Egnach, Protokoll der Jahresversammlung 2001, 1.

Begleitung der Beteiligten des jährlichen Seniorenausflugs der Kirchgemeinde jeweils zwei Pflegefachpersonen.¹³⁷ Nach der Fusion und der damit verbundenen Regionalisierung der Spitexdienste sind keine Interaktionen zwischen Spitex und Kirchgemeinde mehr sichtbar.

137 Vgl. AGE, Spitex-Dienste Egnach, Jahresbericht 2003, 3.

II.3. Vom Reformierten Krankenverein Arlesheim zur Spitex Birseck

Zur Einführung: Sozialhistorische und konfessionelle Angaben zur Gemeinde Arlesheim; verwendete Archivbestände

Die Gemeinde Arlesheim (Kanton Baselland) liegt im Birseck, dem untersten Teil des Birstals, und gehört aufgrund ihrer Nähe zur Stadt Basel zu deren Agglomerationsgebiet.¹

Arlesheim und die weiteren Gemeinden des Birsecks wurden am Wiener Kongress der Stadt Basel zugeordnet, die Bürger dieser Landgemeinden verloren im Lauf der Restauration ihre nach der Revolution von 1798 errungenen demokratischen Rechte, was zu gewalttätigen Auseinandersetzungen führte. Der konservative Grosse Rat der Stadt Basel schloss die 46 aufständischen Gemeinden daraufhin aus dem Kantonsverband aus, was im Jahr 1832 zur Gründung des Kantons Baselland führte.² Die Gemeinde Arlesheim wurde zum Hauptort des gleichnamigen Bezirks.

Die Gemeinde umfasste um 1900 rund 1600 Einwohnerinnen und Einwohner;³ insbesondere durch die «Sogwirkung»⁴ der Stadt Basel wuchs die Bevölkerungszahl rasant an. Im Jahr 1960 waren es bereits gut 5200 Einwohnerinnen und Einwohner,⁵ aktuell haben über 9000 Personen ihren Wohnsitz in Arlesheim.⁶

Während im 19. Jahrhundert lediglich wenige reformierte Familien im gesamten Gebiet des Birsecks lebten, nahm deren Zahl in Arlesheim ab den 1880er Jahren durch die Ansiedlung von Industriebetrieben und dem damit verbundenen Zuzug von reformierten Arbeitern stark zu,⁷ sodass im ehemals katholisch geprägten Dorf ab 1920 ungefähr konfessionelle Parität zwischen reformierten und katholischen Konfessionsangehörigen bestand.⁸ In der Folge wurde 1882 die reformierte Kirchgemeinde gegründet, die 1912

1 Statistisches Amt Kanton Basel Stadt, City Statistics, 3.

2 Strub, Zeittafel, 64.

3 Statistisches Amt des Kantons Baselland, Bevölkerung.

4 Strub, Zeittafel, 64.

5 Statistisches Amt des Kantons Baselland, Bevölkerung.

6 Statistisches Amt des Kantons Baselland, Wohnbevölkerung.

7 Strub, Arlesheim.

8 Statistisches Amt des Kantons Baselland, Bevölkerung.

eine Kirche erhielt.⁹ Mit dem Bevölkerungswachstum wuchs auch die reformierte Kirchgemeinde stark an: um 1900 gehörten ihr rund 560 Mitglieder an, 1973 – zum Zeitpunkt ihrer grössten zahlenmässigen Ausdehnung – waren es nicht weniger als 3600 Mitglieder.¹⁰

Die Unterlagen des Reformierten Krankenvereins sind im Archiv der reformierten Kirchgemeinde Arlesheim (AKGA) aufbewahrt. Dort befinden sich Protokollbücher aus der Zeit der Vereinsgründung 1905 bis zum Jahr 1966, die eine lückenlose Einsicht bieten in Protokolle von Vorstandssitzungen und General- bzw. Jahresversammlungen. Aus der Zeit ab dem Jahr 1966 ist eine nicht vollständige Sammlung diverser Vereinsunterlagen wie Statuten, Jahresberichte, einzelne Protokolle von Vorstandssitzungen und Jahresversammlung sowie vereinzelte Briefkorrespondenz enthalten, bis zum Jahr 1978 sowie von 1994 bis 1998. Ergänzend zu diesen Unterlagen standen die Jahresberichte des Vereins zur Verfügung, die in den sogenannten jährlichen Amtsberichten der Gemeinde Arlesheim abgedruckt wurden und vom Archiv der politischen Gemeinde Arlesheim (AGA) bezogen werden konnten. Auf sie wurde vom Zeitraum 1985 bis 2010 zurückgegriffen. Die Spitex Arlesheim bzw. Birseck stellte aus ihrem Archiv (ASB) die Jahresberichte ab dem Jahr 2011 zur Verfügung.

1. Der Krankenverein Arlesheim als soziale Ausdrucksform der Kirchengenossenschaft: Die Jahre 1905–1949

Zu Beginn des Jahres 1905 nahm in der Gemeinde Arlesheim eine fünfköpfige sogenannte «Kommission» ihre Arbeit auf als Vorstand des reformierten Krankenvereins Arlesheim.¹¹ Ihr gehörten der reformierte Gemeindepfarrer als Präsident, ein Mitglied des Gemeinderats als Kassier sowie drei weitere Mitglieder an.¹² Um den Vereinszweck erfüllen zu können, namentlich «den reformierten Einwohnern der Gemeinde Arlesheim für schwerere Krank-

9 Strub, Kirchgemeinde, 337. Da die Kirchgemeinde zu Beginn noch Angehörige von umliegenden Gemeinden umfasste, trug sie bis in die 1950er Jahre den Namen «Reformierte Kirchengenossenschaft Arlesheim und Umgebung» (vgl. Strub, Kirchgemeinde, 334).

10 Statistisches Amt des Kantons Baselland, Bevölkerung.

11 Angesichts der Terminierung der «1. Sitzung der Kommission» am 8. März 1905 muss die Gründungsversammlung kurz davor stattgefunden haben; entsprechende Unterlagen sind nicht vorhanden (AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1904–1914, Protokoll der 1. Sitzung der Kommission vom 8. März 1905).

12 Ebd.

heitsfälle die Dienste einer geschulten Krankenpflegerin zu verschaffen»,¹³ nahm der Vorstand sogleich Kontakt mit dem Diakonissenhaus Riehen auf. Nach Abschluss des Entsendungsvertrags entsandte das Diakonissenhaus eine Krankenpflegerin in die Gemeinde,¹⁴ womit das eigentliche Vereinswirken beginnen konnte.

Die Vereinstätigkeit war von Anfang an klar auf die reformierte Kirchengenossenschaft, die die Gemeinde Arlesheim sowie benachbarte reformierte Diasporagemeinden umfasste, ausgerichtet. Neben der Eingrenzung der Leistungsberechtigten auf die Mitglieder der Kirchengenossenschaft¹⁵ drückte die Kommission bei mehreren Gelegenheiten die Erwartung aus, dass sämtliche Mitglieder der Kirchengenossenschaft auch Mitglied des Krankenvereins werden sollen, um somit das Vereinswirken zu unterstützen. Es dürfe «wohl als selbstverständlich angesehen werden [...], dass alle unsere Kirchengenossen auch dem Krankenverein angehören und seine Bestrebungen durch ihren Beitrag unterstützen».¹⁶ Ähnlich klang es gegen Ende der 1940er Jahre, als angesichts einer eher tiefen Mitgliedschaftsrate¹⁷ eingefordert wurde: «Sollte es aber nicht selbstverständliche Christenpflicht sein, dass die gegenseitige Bruderhilfe sich auch in der Zugehörigkeit zum Krankenverein erweist, um so gemeinsam die Lasten und Opfer zu tragen in der Hilfe an den Kranken.»¹⁸ Die enge Verbindung zwischen Kirchengenossenschaft und Krankenverein kam sodann in verschiedenen Absprachen zu Aspekten von gemeinsamem Interesse zum Ausdruck – etwa bei der Vermittlung von Seelsorgegesprächen von

13 AKGA, Reformierter Krankenverein, Statuten vom 28. Januar 1912, § 1.

14 Vgl. AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1904–1914, Protokoll der 3. Sitzung der Kommission vom 1. Dezember 1905.

15 Vgl. obiger Verweis auf die Statuten vom 28. Januar 1912, § 1. Diese Eingrenzung der Leistungsberechtigung auf die reformierten Einwohner wurde über mehrere Statutenrevisionen hinweg bis in die Nachkriegszeit beibehalten (vgl. AKGA, Reformierter Krankenverein, Statuten vom 23. Oktober 1927, § 1; AKGA, Reformierter Krankenverein, Statuten vom 25. April 1946, § 1).

16 AKGA, Reformierter Krankenverein, Schreiben der Kommission an die Mitglieder vom 23. Oktober 1927. Die gleiche Erwartung betraf auch reformierte Konfessionsangehörige in gemischtkonfessionellen Ehen (vgl. AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1939–1946, Protokoll der Generalversammlung vom 28. April 1940, 27).

17 Dem Verein gehörten gut 400 Mitglieder an, wobei die Kirchgemeinde mittlerweile rund 3800 Mitglieder umfasste (AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1946–1951, Protokoll der Generalversammlung vom 24. April 1948, 56).

18 Ebd.

der Gemeindeschwester zum Pfarramt,¹⁹ bei der gemeinsamen Suche nach engagiertem Vorstandspersonal²⁰ oder bei Anfragen des Vereins an die reformierte Armenkasse um Unterstützung bedürftiger Familien.²¹

Eine wichtige Bedeutung für die Vermittlung zwischen Kirchengenossenschaft und Krankenverein kam jeweils dem Gemeindepfarrer zu. Die drei im vorliegenden Zeitraum in der Gemeinde tätigen Pfarrer amtierten nicht nur als Vorstandsmitglied, wie es die Vereinsstatuten einforderten,²² sondern wirkten allesamt als Vereinspräsidenten. Die Pfarrer und die weiteren Vorstandsmitglieder begleiteten, insbesondere ab den 1930er Jahren, das Wirken der Gemeindeschwester sehr eng. Sie kamen zuweilen zu 14-täglichen Treffen zusammen, bei denen sämtliche Pflegefälle gemeinsam mit der Schwester besprochen und allfällige weitergehende Unterstützungsleistungen (Erlass von Pfl egetaxen, Beiträge an Erholungsurlaube u. a.) erörtert wurden.²³ Darüber hinaus war der Vorstand zuständig für die Bereitstellung der für die Schwester notwendigen Betriebsinfrastruktur (Beschaffung von Krankenmaterialien, Kauf und gelegentliche Reparaturen des Fahrrads u. a. m.).²⁴

Das Arbeitsvolumen der Gemeindeschwester wuchs mit der Zeit so stark, dass der Vorstand personelle Ergänzungen suchte und zwar in mehreren Richtungen: Zum Ersten stellte er ab 1929 eine Hauspflegerin an, die die Aufgabe hatte, in Haushaltungen auszuhelfen sowie allenfalls Nachtwachen zu übernehmen und damit die Krankenschwester zu entlasten.²⁵ Zum Zweiten ersuchte der Vorstand mehrmals das Diakonissenhaus Riehen um Zuweisung einer zweiten Schwester als Aushilfe für die Wintermonate, was aber aufgrund des bereits bestehenden Schwesternmangels nicht gewährt werden

19 Vgl. hierzu AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1933–1939, Protokoll der Vorstandssitzung vom 7. Januar 1937, 101.

20 Vgl. AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1939–1946, Protokoll der Vorstandssitzung vom 15. Mai 1941, 54.

21 AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1946–1951, Protokoll der Vorstandssitzung vom 22. Februar 1949, 76.

22 Vgl. AKGA, Reformierter Krankenverein, Statuten vom 28. Januar 1912, § 3: «Dem Vorstand sollen der Pfarrer der reformierten Kirchgemeinde [...] angehören.» So auch in den folgenden Statuten vom 23. Oktober 1927 und 25. April 1946.

23 Vgl. hierzu exemplarisch AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1933–1939, Protokoll der Vorstandssitzung vom 9. November 1933, 21.

24 Vgl. beispielsweise AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1933–1939, Protokoll der Vorstandssitzung vom 16. März 1939, 189.

25 Vgl. AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1927–1932, Protokoll der Generalversammlung vom 7. April 1929, 79.

konnte.²⁶ Angesichts dieser abschlägigen Antworten sah sich der Vorstand genötigt, seine Anfragen zum Dritten auszuweiten auf weitere Schwesternhäuser (Diakonat Bethesda Basel und Rotkreuz) sowie auf Aufrufe an interessierte «Töchter und Frauen»²⁷ in der eigenen Gemeinde.

Einen beschränkenden Faktor für die Anstellung von weiterem Personal bildeten die Vereinsfinanzen. Zwar wiesen die Jahresberichte und -rechnungen in der Regel stabile Verhältnisse und Entwicklungen «im normalen Rahmen»²⁸ auf. Doch brachten es die allgemeine Teuerung und damit die Lohnentwicklung mit sich, dass etappenweise steigende Stationsgelder (an das Diakonissenhaus für die Krankenschwester) bzw. steigende Gehälter (für die Hauspflegerin) zu begleichen waren. Entsprechend sah sich der Vereinsvorstand veranlasst, mehrmals die Mitgliederbeiträge oder die Taxen für die Hauspflege zu erhöhen.²⁹ Mit diesen Finanzierungsinstrumenten wird ersichtlich, dass das Vereinswirken in der vorliegenden Phase stark mitgliederbasiert orientiert war und de facto genossenschaftlich funktionierte. Immer wenn es darum ging, Teuerungen aufzufangen oder weitere Leistungen (z. B. zusätzliche Hauspflegerin) zu finanzieren, trachtete der Vorstand danach, über Werbung die Basis der Mitglieder zu vergrössern, um somit mehr Beiträge zu erhalten.³⁰ Die Beiträge der Kirchgemeinde und der politischen Gemeinde im Vereinsgebiet bildeten hierzu eine Ergänzung.³¹

Der Krankenverein unterhielt mit verschiedenen sozialen und kirchlichen Institutionen in seinem Wirkungsgebiet Kontakte und zwar auf unter-

26 Vgl. AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1927–1932, Protokoll der Vorstandssitzung vom 11. Dezember 1930, 138 sowie AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1939–1946, Protokoll der Vorstandssitzung vom 12. Oktober 1939, 12.

27 Vgl. bspw. AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1939–1946, Protokoll der Generalversammlung vom 30. März 1943, 108.

28 Vgl. bspw. AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1939–1946, Protokoll der Generalversammlung vom 30. März 1943, 109.

29 Vgl. bspw. AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1939–1946, Protokoll der Vorstandssitzung vom 1. Juni 1943, 114.

30 Vgl. exemplarisch AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1939–1946, Protokoll der Vorstandssitzung vom 9. Mai 1940, 28 und AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1939–1946, Protokoll der Vorstandssitzung vom 11. Dezember 1941, 68.

31 Der jährliche Beitrag der Kirchgemeinde betrug CHF 400; derjenige der politischen Gemeinde wurde sukzessive auf CHF 2000 erhöht; daneben bildeten Spenden/Legate von Privaten sowie einzelne Spenden von Firmen willkommene Unterstützung (vgl. zu den Zahlen: AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1939–1946, Protokoll der Generalversammlung vom 24. April 1948, 58).

schiedliche Art und Weise: Bei mehreren Gelegenheiten engagierte sich der Krankenverein mit finanziellen Zuwendungen an den Institutionen, so etwa gegenüber einer Anfrage der kantonalen Tuberkuloseliga,³² beim Jubiläum des örtlichen Kinderheims³³ sowie bei einer Kollekte des protestantischen Hilfsvereins zur Zeit des Zweiten Weltkriegs.³⁴ Sodann wurde der Krankenverein kontaktiert bzw. konsultiert, wenn soziale Initiativen entstanden – wenn auch der Vorstand seine Mitwirkung in der Regel auf die Zusprache einer finanziellen Unterstützung beschränkte.³⁵ Zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang aber auch die Verbindungen zu den politischen Behörden der Gemeinde. Der Gemeinderat gelangte im vorliegenden Zeitabschnitt verschiedentlich mit Anfragen zu sozialen Aspekten an den Vorstand des Krankenvereins³⁶ und nutzte damit dessen Erfahrungen und Kompetenzen im sozialfachlichen Bereich.

Im Verlauf des gesamten Berichtszeitraums wird immer wieder auf die reformierte Prägung des Krankenvereins hingewiesen. Bei den entsprechenden Ausführungen steht nicht so sehr die Verbindung zur reformierten Kirchgemeinde in Zentrum, vielmehr wird das hervorgehoben, was als Pflege des «reformierten Profils» in einem konfessionell gemischten Gebiet bezeichnet werden kann. So vermittelte der damalige Vereinspräsident den an der Generalversammlung 1940 anwesenden Mitgliedern, dass «wir ein bewusst

32 Vgl. AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1927–1932, Protokoll der Vorstandssitzung vom 18. Juni 1931, 148 f.

33 Vgl. AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1939–1946, Protokoll der Vorstandssitzung vom 4. Mai 1939, 3.

34 Vgl. AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1939–1946, Protokoll der Vorstandssitzung vom 21. Oktober 1942, 94.

35 Bei der Gründung einer Mütterberatungsstelle durch die Pro Juventute entsandte der Vorstand eine Delegierte zur Gründungsversammlung und sprach einen Unterstützungsbeitrag, hielt aber gleichzeitig fest, dass der Verein «dann aber weiter nichts damit zu tun» habe (AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1933–1939, Protokoll der Vorstandssitzung vom 4. März 1937, 113).

36 So beispielsweise bei Situationen, in denen dem Gemeinderat soziale Notlagen gemeldet wurden, die dieser sogleich an den Krankenverein weiterleitete (vgl. AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1933–1939, Protokoll der Vorstandssitzung vom 15. August 1935, 64) sowie als der Gemeinderat erstmals eine sogenannte «Fürsorgerin» anstellen wollte und den Vorstand des Krankenvereins bat, Ausschau zu halten nach geeigneten Personen (vgl. AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1939–1946, Protokoll der Vorstandssitzung vom 15. Dezember 1942, 99).

reformierter Krankenverein sind».³⁷ Bei späterer Gelegenheit wurde dies ausgeführt: Der Name des Vereins «bringt zum Ausdruck, dass wir die Pflicht haben, das Protestantische in den Vordergrund zu rücken und dass die an uns gestellte Aufgabe aus einem ganz bestimmten Geist und Glauben heraus zu geschehen hat».³⁸

Ganz bewusst würden die Kranken «von einer Diakonissin gepflegt», die sicherstellen könne, dass sich «der Dienst am Kranken [...] nicht nur auf sein körperliches Leiden beschränk[t]; denn auch die Seele des Kranken bedarf der Pflege.»³⁹ Diese Profilvermittlung gegenüber den Mitgliedern wurde verschiedentlich ergänzt durch ein eigentliches kleines Bildungsprogramm. Im Anschluss an die jährlichen Generalversammlungen lud der Vorstand jeweils Referentinnen und Referenten zu Vorträgen ein, deren Themen stark seelsorgerlich-diakonisch geprägt waren.⁴⁰

Im Rahmen dieser Betonung des reformierten Profils waren zuweilen auch konfessionelle Reibungen aufzufinden, etwa wenn hinter Kritiken gegenüber der Gemeindeschwester «Propaganda»⁴¹ von katholischer Seite vermutet wurde. Diesen konfessionellen Reibungen entspricht der Sachverhalt, dass katholische Gemeindebürger ab der Mitte der 1920er Jahre von der Möglichkeit, die Dienste der Gemeindeschwester in Anspruch zu nehmen, ausgeschlossen wurden. Eine entsprechende Bestimmung aus den ersten Statuten, wonach die Gemeindeschwester, «wenn es die Umstände gestatten [...] auch Kranken [...] anderer Konfession [...] ihre Dienste widmen»⁴² könne, wurde in den Statuten ab 1927 bereits wieder gestrichen.⁴³

37 AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1939–1946, Protokoll der Generalversammlung vom 28. April 1940, 27.

38 AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1939–1946, Protokoll der Generalversammlung vom 30. April 1942, 79.

39 Ebd.

40 Als Vortragsthemen sind etwa zu nennen: Spitalseelsorge (AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1939–1946, Protokoll der Generalversammlung vom 26. April 1944, 139), Heilung durch den Glauben (AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1939–1946, Protokoll der Generalversammlung vom 24. Mai 1946, 190), Bericht über einen Hilfseinsatz in einem Kriegsgebiet (AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1946–1951, Protokoll der Generalversammlung vom 24. April 1948, 59).

41 AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1927–1932, Protokoll der Generalversammlung vom 23. Oktober 1927, 25; siehe zu einer ähnlichen Auseinandersetzung auch AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1927–1932, Protokoll der Vorstandssitzung vom 9. November 1927, 28.

42 AKGA, Reformierter Krankenverein, Statuten vom 28. Januar 1912, § 9.

43 Vgl. AKGA, Reformierter Krankenverein, Statuten vom 23. Oktober 1927, § 9.

2. Territoriale und konfessionelle Suchbewegungen: Die Jahre 1949–1966

In der Nachkriegszeit wuchs die Zahl der Bevölkerung in der Gemeinde Arlesheim sowie auch in den zur reformierten Kirchengenossenschaft gehörenden umliegenden Gemeinden stark an. In Arlesheim verdoppelte sich die Zahl der Einwohner bis zum Ende der genannten Zeitphase von knapp 3400 Personen im Jahr 1946 auf rund 7000 im Jahr 1966; die Verteilung unter den Konfessionen war recht genau hälftig.⁴⁴ Diese Bevölkerungsentwicklung führte seitens des Krankenvereins insofern zu gewissen «Wachstumsschmerzen», als dass beide Tätigkeitsbereiche – die Krankenpflege sowie auch die Hauspflege – deutlich mehr nachgefragt wurden, es aber gleichzeitig nicht gelang, angesichts des Schwesternmangels neues Personal zu rekrutieren, um der Nachfrage gerecht zu werden.⁴⁵ Insbesondere die Situation in der Hauspflege bereitete dem Vorstand Aufwand und Sorgen. Bei zahlreichen Gelegenheiten suchte er erfolglos eine zweite Hauspflegerin,⁴⁶ gleichzeitig beschäftigten den Vorstand die bereits mit einer Hauspflegerin bestehenden hohen Kosten, weshalb er häufig die Tarifgestaltung für die Hauspflege revidieren musste.⁴⁷ Doch auch die Perspektiven in der Krankenpflege waren wenig erspriesslich, zumal das Diakonissenhaus Riehen dem Krankenverein aufgrund desselben Personalmangels weder eine sichere Perspektive für die vor der Pensionierung stehende Schwester zusichern, noch Ferienvertretungen und Stellvertretungen gewährleisten konnte.⁴⁸ Entsprechend war die Auslastung der Schwestern sehr hoch, es konnten zuweilen nicht alle angefragten Einsätze geleistet werden.

44 3185 reformierte Einwohnerinnen und Einwohner gegenüber 3200 katholischen Angehörigen. Vgl. alle Zahlen unter: Statistisches Amt des Kantons Baselland, Bevölkerung.

45 An der Generalversammlung 1956 hielt der Vereinspräsident fest, dass «überall in Schweizerlanden die gleiche Not» herrsche und alle gleichermassen mit dem Personalmangel zu kämpfen hätten (vgl. AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1952–1956, Protokoll der Generalversammlung vom 20. April 1956, 129).

46 Siehe dazu exemplarisch AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1952–1956, Protokoll der Vorstandssitzung vom 3. Februar 1956, 107: Die Frage der Anstellung einer zweiten Hauspflegerin beschäftige «weiterhin am meisten».

47 Vgl. bspw. AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1957–1966, Protokoll der Vorstandssitzung vom 3. April 1958, 53, sowie AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1952–1956, Bericht aus der Delegiertenversammlung der Hauspflegevereine Baselland vom 23. April 1955, 87–91.

48 Vgl. AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1957–1966, Protokoll der Vorstandssitzung vom 15. November 1963, 124.

Diese Situation führte insbesondere in den benachbarten Gemeinden für Unmut. Sie waren es, die den Mangel besonders zu spüren bekamen, da sich die Krankenpflege und Hauspflege im Zweifelsfall auf die Gemeinde Arlesheim beschränkte. Die Gemeinde *Dornach* unterstützte den Krankenverein seit den 1940er Jahren mit einem jährlichen Beitrag.⁴⁹ Vonseiten der Gemeindebehörden wurde jedoch bald einmal konstatiert, dass ein «Ausbau der Hauspflege dringend notwendig sei, um dem Wohl der Gemeinde zu genügen».⁵⁰ Wohl, weil ein solcher Ausbau durch den Krankenverein nicht zu erwarten war, brachten sowohl Gemeindebehörden als auch reformierte Kreise vor Ort ab den 1950er Jahren die Gründung eines eigenen Dornacher Vereins zur Sprache.⁵¹

Für die Gemeinde *Reinach* war der Vorstand des Krankenvereins bestrebt, angesichts der Notlage insbesondere in der Hauspflege «mehr Mitglieder für den Krankenverein zu gewinnen, um so die finanziellen Mittel für die Hauspflege aufzubringen».⁵² Da dies nicht gelang, kam auch in dieser Gemeinde das Anliegen auf, einen eigenen Hauspflegeverein zu gründen.⁵³ In einer Aussprache zwischen dem Gemeindepräsidenten, Vertretungen der beiden Konfessionen und dem Krankenverein zeigte sich, dass die Gemeindebehörden bereit gewesen wären, einen eigenen konfessionsneutralen Verein zu gründen und diesen mit einem namhaften Betrag zu unterstützen. Das Anliegen wurde jedoch aufgrund des Widerstands der konfessionellen Vertreter vorerst fallen gelassen.⁵⁴ Daher erklärte sich der Gemeinderat Reinach bereit, einen höheren finanziellen Beitrag an den Krankenverein zu leisten – er verband diese Beitragserhöhung jedoch mit Bedingungen, um

49 Der Beitrag war auf CHF 300 pro Jahr bemessen (AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1946–1951, Protokoll der Vorstandssitzung vom 22. November 1949, 102).

50 AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1957–1966, Protokoll über die Aussprache vom 11. September 1957, 6.

51 Vgl. AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1952–1956, Protokoll der Vorstandssitzung vom 17. Juni 1952, 12.

52 AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1939–1946, Protokoll der Vorstandssitzung vom 11. Dezember 1941, 68.

53 Vgl. hierzu AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1952–1956, Protokoll der Vorstandssitzung vom 12. Mai 1953, 34.

54 Innerhalb des Krankenvereins bestanden grosse Vorbehalte gegenüber einer Mitwirkung der politischen Behörden. Es wurde formuliert: «Wird die Hauspflege verstaatlicht, so ist es niemals mehr dasselbe, wie wenn sie sozial geführt wird.» (AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1957–1966, Protokoll der Aussprache vom 27. Dezember 1957, 22).

sicherzustellen, dass der finanzielle Beitrag auch für die Reinacher Einwohnerinnen und Einwohner eingesetzt werde.⁵⁵ Es dauerte noch bis in die 1960er Jahre, bis der Reinacher Hauspflegeverein doch gegründet wurde: 1966 entstand dieser als überkonfessioneller Verein, der von den Gemeindebehörden sowie den beiden Konfessionen vor Ort getragen wurde.⁵⁶ Somit wechselten viele der aus Reinach stammenden Mitglieder zum eigenen Verein, zudem entfielen die bisherigen Beiträge der Gemeinde Reinach an den Krankenverein Arlesheim.

Nicht zuletzt gab es auch in *Aesch* ähnliche Bestrebungen. Dort war es der Gemeindepfarrer, der im selben Zeitraum beabsichtigte, einen eigenen Hauspflegeverein zu gründen und sich hierzu beim Arlesheimer Krankenverein erkundigte.⁵⁷

Angesichts der misslichen Lage waren es also die Gemeindebehörden, die in dieser Phase zum ersten Mal ihren Einfluss auf die Ausgestaltung der Leistungen des Krankenvereins geltend machten. Die Gemeinde Reinach führte mit der Festlegung von Bedingungen für die Beitragserhöhungen sogar erste Elemente einer Leistungssteuerung gegenüber dem Krankenverein ein.

Diese *territorialen* Suchbewegungen des Kranken- und Hauspflegevereins, wie er seit der Statutenrevision von 1953 hiess,⁵⁸ wurden im Berichtszeitraum zuweilen vermengt mit bzw. überlagert von *konfessionellen* Suchbewegungen, die sich ihrerseits in drei Etappen darstellen lassen:

- i. Ein erster Anstoss zu einem Zusammenrücken zwischen reformiertem und katholischem Verein kam in den Jahren 1956/1957 vonseiten der sogenannten «Fürsorgerin» der Armenbehörde Arlesheim. Als der Vereinsvorstand deren Impuls zur Fusionierung der beiden Vereine vernahm, setzte er sich dagegen zur Wehr und stellte klar, dass «er eine Ver-

55 Die Bedingungen bezogen sich darauf, dass auch Wochenpflege geleistet, nach Möglichkeit eine vollamtliche Hauspflegerin eingesetzt und ein Tätigkeitsbericht zuhanden des Gemeinderats verfasst werde (vgl. AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1957–1966, Protokoll der Sitzung mit Gemeindebehörden in Reinach vom 25. April 1958, 36).

56 Vgl. AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1957–1966, Protokoll der Vorstandssitzung vom 1. April 1966, 151.

57 Vgl. AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1957–1966, Protokoll der Vorstandssitzung vom 14. Mai 1963, 113.

58 AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Statuten vom 12. März 1953.

schmelzung unseres Vereins auf keinen Fall akzeptieren»⁵⁹ werde. Nach Rücksprache mit der reformierten Kirchenpflege stellte sich auch diese auf den Standpunkt, dass Kranken- und Hauspflege weiterhin auf konfessionellem Boden bestehen bleiben sollen.⁶⁰ Die Kirchenpflege hielt fest, sie wolle den eigenen Institutionen «nicht den Rücken kehren und deren Selbständigkeit nicht preisgeben».⁶¹

So bestätigte der Vereinsvorstand in den Verhandlungen mit dem Gemeinderat diese Position und betonte die Bedeutung der Konfessionalität in seinem Wirken: «Das religiöse Moment spielt eben doch eine Rolle. Was für eine moralische Stütze ist im Krankheitsfall doch eine Hauspflegerin; kommt aber eine Staatsangestellte mit einer anderen religiösen Einstellung, so ist diese eine seelische Belastung».⁶² Daher propagierte der Vereinsvorstand, der Gemeinderat möge sein Engagement vielmehr dahingehend verstärken, dass er die Vereine «finanziell angemessen»⁶³ unterstütze, als dass er eine Fusion derselben anstrebe. In interner Perspektive gaben die Vorstandsmitglieder ihrer Sorge vor einer Einwirkung der staatlichen Behörde Ausdruck, wenn sie betonten: «Wir sind am Weiterbestehen des kath. Hauspflegevereins mehr interessiert als an einer Staatshilfe.»⁶⁴ Angesichts des fehlenden Konsenses wurde die Fusion der Vereine nicht unmittelbar weiterverfolgt.⁶⁵

59 AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokollbuch 1952–1956, Protokoll der Vorstandssitzung vom 3. Juli 1956, 120.

60 Vgl. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokollbuch 1957–1966, Protokoll der Vorstandssitzung vom 13. Dezember 1957, 16.

61 AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokollbuch 1957–1966, Protokoll der Vorstandssitzung vom 27. Dezember 1957, 20. Von katholischer Seite bestand durchaus Bereitschaft und Interesse an einem Zusammenschluss mit dem reformierten Krankenverein (vgl. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokollbuch 1952–1956, Bericht über die Aussprache mit dem Gemeinderat vom 11. September 1957, 6). Der kath. Pfarrer stellte sich insbesondere im Bereich der Hauspflege gegen eine Weiterführung der konfessionellen Trennung mit dem Argument: «Waschen und Putzen ist keine religiöse Angelegenheit!» (ebd., 11).

62 AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokollbuch 1957–1966, Protokoll der Vorstandssitzung vom 25. September 1957, 4.

63 AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokollbuch 1957–1966, Protokoll der Vorstandssitzung vom 13. Dezember 1957, 17.

64 AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokollbuch 1957–1966, Protokoll der Vorstandssitzung vom 25. September 1957, 5.

65 AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokollbuch 1957–1966, Protokoll der Vorstandssitzung vom 27. Dezember 1957, 25.

- ii. Die ungelösten Schwierigkeiten beschäftigten auch den Kirchenvorstand, sodass dieser im Jahr 1965 beim Vorstand des Kranken- und Hauspflegevereins vorstellig wurde. Er begründete seine Intervention mit der Haltung, die herausfordernde Lage «interessier[e] die reformierte Kirche im Rahmen ihrer seelsorgerlichen Tätigkeit».⁶⁶ In gemeinsamen Gesprächen erneuerte der Kirchenvorstand die oben dargestellte Position, wonach er «die Krankenpflege nicht ohne Not aus der Kirche entlassen»⁶⁷ wolle; so sei es möglich, dass «die Kranken nicht nur medizinisch-technisch, sondern auch seelsorgerlich»⁶⁸ betreut würden. Zugleich aber hat er klar zu erkennen gegeben, dass sein Engagement – angesichts der zahlreichen behördlichen Initiativen in den umliegenden Gemeinden – die kirchliche Mitwirkung innerhalb der Kranken- und Hauspflege sicherstellen solle. Er betonte: «Dadurch wird die Kirche nicht ausgeschaltet, sondern kann ihren Einfluss geltend machen.»⁶⁹ Konkret setzte sich der Kirchenvorstand dafür ein, dass auch zukünftig eine Riehener Schwester (und nicht eine sogenannte «freie» Schwester) beim Krankenverein tätig sei,⁷⁰ und dass die Hauspflege endlich deutlich ausgebaut werde. Um die finanziellen Hürden zu beseitigen, gewährte der Kirchenvorstand sogar einen Beitrag an die Kosten einer vollamtlich angestellten Hauspflegerin sowie die Übernahme einer Defizitgarantie.⁷¹ Dank der Einwirkung des Kirchenvorstands konnte somit das Angebot in der Hauspflege ausgebaut werden.
- iii. Im Jahr 1966 trat ein neuer Präsident des Kranken- und Hauspflegevereins sein Amt an. Bald nach seinem Amtsantritt erarbeitete er einen Vorschlag, wonach alle Kranken- und Hauspflegevereine des Birsecks, d. h. der umliegenden Gemeinden, sich zu einer «Kranken- und Hauspflegegenossenschaft»⁷² zusammenschliessen sollten. Innerhalb dieser Genossenschaft blieben weiterhin «Ortsgruppen» mit «katholischen

66 AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Schreiben des Kirchenvorstands an den Vorstand des Krankenvereins vom 29. Oktober 1965.

67 AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokoll der Sitzung mit dem Kirchenvorstand vom 23. November 1965, 2.

68 Ebd.

69 Ebd.

70 AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokollbuch 1957–1966, Protokoll der Vorstandssitzung vom 22. Oktober 1965, 143.

71 AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokollbuch 1957–1966, Protokoll der Vorstandssitzung vom 23. Dezember 1965, 149.

72 AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Brief des Präsidenten des Kranken- und Hauspflegevereins Arlesheim vom 25. April 1966, 1.

und evangelischen Vermittlungsstellen»⁷³ bestehen, wobei die politischen Gemeinden im Verhältnis zur Anzahl ihrer Einwohner jeweils eine Defizitgarantie übernehmen sollten.⁷⁴ Die Motivation für ein solches Szenario gründete im Interesse für eine weiterhin starke kirchliche Rolle in der Kranken- und Hauspflege. Der neue Vereinspräsident argumentierte hierzu: Angesichts der wachsenden Beanspruchung bzw. der bestehenden Überlastung der bestehenden Vereine bestehe «die Gefahr, dass sich die politischen Gemeinden gezwungen sehen, die Kranken- und Hauspflege selbst zu organisieren und so die kirchlichen Organisationen auszuschalten».⁷⁵ Es gelte aber: «die Pflege und Fürsorge der bedürftigen Gemeindemitglieder ist eine der wichtigsten, wenn nicht sogar die wichtigste Grundlage christlicher Gemeinschaft, und wir sollten es uns angelegen sein lassen, diese wichtige Arbeit nicht aus den Händen zu geben».⁷⁶ Der Kirchenvorstand stand jedoch einem solchen Schritt ablehnend gegenüber, womit die Idee vorläufig fallengelassen wurde.⁷⁷

Innerhalb dieser konfessionellen Suchbewegungen zur Trägerschaft und zur Ausrichtung des Kranken- und Hauspflegevereins zeigt sich der Wille zur Beibehaltung des kirchlichen Einflusses in der Kranken- und Hauspflege, wobei die grösste Sorge nicht in einem konfessionellen Wettstreit, sondern im steigenden Einfluss der staatlichen Behörden bestand. Der steigende Einfluss der Behörden auf die Kranken- und Hauspflege zeigte sich u. a. in der Finanzierung des Krankenvereins: Während in den ersten Jahren des vorliegenden Zeitraums immer noch die genossenschaftliche Perspektive vorherrschte und Defizite oder Zusatzausgaben vorwiegend durch die Anwerbung neuer Mitglieder finanziert werden sollten,⁷⁸ verschob sich der Fokus zur Generierung neuer Mittel, die aufgrund ständig steigender Kosten notwendig wurden,⁷⁹

73 Ebd.

74 Ebd.

75 AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Brief des Präsidenten des Kranken- und Hauspflegevereins Arlesheim vom 25. April 1966, 2.

76 Ebd.

77 Vgl. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokoll der Vorstandssitzung vom 24. November 1966, 1.

78 Vgl. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokollbuch 1952–1956, Protokoll der Vorstandssitzung vom 9. Februar 1953, 25.

79 Dies betraf sowohl Erhöhungen des Stationsgeldes für die Krankenschwester (vgl. bspw. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokollbuch 1957–1966, Protokoll der Vorstandssitzung vom 3. April 1959, 51) als auch Lohnerhö-

mehr und mehr auf die Beiträge der politischen Gemeinden.⁸⁰ Diese Transformation von der genossenschaftlich-mitgliederbasierten Finanzierung zur Subventionsfinanzierung durch die öffentliche Hand zeigte sich auch an den Finanzierungsanteilen: Ab den 1960er Jahren waren diese beiden Finanzierungsanteile bereits ungefähr gleich gross, seither stieg der Anteil der öffentlichen Hand stetig an.⁸¹

In personeller Hinsicht ist darauf hinzuweisen, dass seit 1953 nicht mehr ein Pfarrer den Verein präsidierte, überhaupt gehörte seither keine Pfarrperson mehr dem Vorstand an. Dennoch blieben im Berichtszeitraum die Kontakte zwischen Kranken- und Hauspflegeverein und Kirchenvorstand bzw. Pfarramt eng. Neben den engen Interaktionen bezüglich der Förderung und Finanzierung der Hauspflege (siehe oben) erfolgten Werbemassnahmen des Krankenvereins oftmals über die Pfarrämter,⁸² sodann wurden die Pfarrpersonen immer wieder involviert bei der Suche nach geeignetem Personal für die Hauspflege.⁸³ Nicht zuletzt informierte der Vereinsvorstand den Kirchenvorstand bei mehreren Gelegenheiten über den Stand der jeweiligen Verhandlungen zur Gründung neuer Hauspflegevereine in den umliegenden Gemeinden.⁸⁴

hungen für die Hauspflegerin (vgl. bspw. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokollbuch 1957–1966, Protokoll der Vorstandssitzung vom 14. Mai 1963, 115).

80 Vgl. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokollbuch 1957–1966, Protokoll der Vorstandssitzung vom 4. Juli 1963, 117.

81 Vgl. zu einer exemplarischen Übersicht anlässlich der Jahresversammlung 1960 (AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokollbuch 1957–1966, Protokoll der Jahresversammlung vom 10. Mai 1960, 71).

82 Vgl. hierzu AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokollbuch 1952–1956, Protokoll der Vorstandssitzung vom 18. Oktober 1952, 20.

83 Der Vereinsvorstand hielt fest: «Die Pfarrherren, die unsere Mitglieder am besten kennen und mit ihnen in Kontakt kommen, sollen erneut daran erinnert werden, doch Ausschau zu halten, ob nicht eine ledige [...] oder alleinstehende Person bereit wäre, einzuspringen.» (AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokollbuch 1957–1966, Protokoll der Vorstandssitzung vom 15. November 1963, 124).

84 Vgl. bspw. die Berichterstattung an die Kirchgenossenschaft nach einer Aussprache mit dem Gemeinderat in AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokollbuch 1952–1956, Protokoll der Aussprache mit dem Gemeinderat vom 21. Februar 1957, 141.

3. Von der Kooperation zur Fusion: Die Jahre 1966–1988

Der genannte Zeitabschnitt war aus Sicht des Kranken- und Hauspflegevereins geprägt von einer massiven Steigerung der finanziellen Ausgaben. Die allgemeine Teuerung, die sich in stetig steigenden Gehältern und weiteren Kostenerhöhungen niederschlug,⁸⁵ sowie auch der weitere Ausbau der Hauspflege⁸⁶ führten dazu, dass der Vereinsumsatz seit dem Beginn der 1960er Jahre bis zum Ende des Berichtszeitraums von rund CHF 21 500⁸⁷ auf rund CHF 180 000 anstieg.⁸⁸ Der Vereinsvorstand hatte grösste Mühe, ausreichende Mittel zu finden, um die steigenden Ausgaben decken zu können. Mehrmals schloss die Jahresrechnung mit einem grossen Defizit, sodass das Vereinsvermögen zuweilen praktisch aufgebraucht war⁸⁹ und sich der Vereinsvorstand mehrmals genötigt sah, erstens die Mitgliederbeiträge zu erhöhen, aber zweitens insbesondere bei der Kirchgemeinde und der politischen Gemeinde um beträchtliche Beitragserhöhungen anzufragen.⁹⁰ Um die Liquidität sicherzustellen, musste der Verein einmal sogar bei der Kirchgemeinde um Gewährung eines Darlehens im Umfang von CHF 10 000 bitten.⁹¹ Dass die Vereinsfinanzen wieder ins Lot gebracht werden konnten, war auch dem Umstand zu verdanken, dass von staatlicher Seite neue Finanzierungsquellen zugunsten der ambulanten Pflege entstanden, die auch dem Kranken- und Hauspflegeverein zugutekamen. So gewährte ab der Mitte der 1970er Jahre die Fürsorgebehörde Arlesheim dem Verein einen namhaften Unterstützungsbeitrag,⁹² wenig später konnte der Verein kantonale Subven-

85 Vgl. hierzu bspw. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokoll der Vorstandssitzung vom 13. November 1970, 2.

86 Vgl. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Jahresbericht 1972, 1.

87 Vgl. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokollbuch 1957–1966, Protokoll der Jahresversammlung vom 19. April 1962, 118.

88 Vgl. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Rechnung 1986, 1.

89 Vgl. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Jahresbericht 1974, 2.

90 Vgl. bspw. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Schreiben an den Gemeinderat vom 10. Oktober 1967; AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Schreiben an den Gemeinderat vom 10. Oktober 1972.

91 AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokoll der Vorstandssitzung vom 21. März 1977, 1.

92 Im Umfang von CHF 5100, vgl. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Jahresbericht 1974, 2.

tionen (allerdings in eher bescheidenem Umfang) entgegennehmen.⁹³ Eine wesentliche finanzielle Entspannung brachten schliesslich die Beiträge des Bundesamts für Sozialversicherungen (BSV) ab den 1980er Jahren.⁹⁴ Somit bestand die Vereinsfinanzierung weiterhin aus einem Mischsystem, zusammengesetzt aus Mitgliederbeiträgen, Eigenleistungen (Pflegetaxen und Beiträgen aus der Vermietung von Krankenutensilien), Beiträgen der Kirchgemeinde und der staatlichen Behörden – wobei die letzteren zusammengechnet den deutlich grössten Anteil ausmachten.⁹⁵ Bis dahin leisteten die staatlichen Behörden ihre Beiträge im Wesentlichen als Subventionen, d. h., ohne diese an Bedingungen zu knüpfen.

Im Anschluss an die konfessionellen Suchbewegungen aus dem vorangehenden Zeitraum fand nun eine Neuerung statt in der Hinsicht, dass zwischen dem reformierten Kranken- und Hauspflegeverein einerseits und der katholischen Seite (die noch unterteilt war in die bei der kath. Kirchgemeinde angesiedelte Hauspflege und den eigenständigen Krankenpflegeverein) andererseits erste Kooperationen begannen. Obwohl vonseiten der reformierten Vereinsmitglieder noch von engeren Zusammenarbeitsformen mit der katholischen Seite abgeraten wurde,⁹⁶ erfolgten erste Kooperationen insbesondere im Bereich der personellen Aushilfen in Notfällen und bei Wochenendablösungen.⁹⁷ Dabei wurde stets hervorgehoben, dass die Selbstständigkeit der Vereine nicht tangiert werde.⁹⁸ Die Zusammenarbeitsformen wurden schrittweise weiter intensiviert. Ab 1973 stellten die beiden Krankenpflegevereine nach gegenseitiger Absprache und Auswahl gemeinsam eine Schwester an,⁹⁹ ab 1979 erfolgten periodisch durchgeführte gemeinsame Sitzungen der beiden Vereinsvorstände,¹⁰⁰ und 1982 richteten die beiden Vereine in den zur

93 Erstmalige Gutsprache im Umfang von CHF 1822 ab dem Jahr 1977 (vgl. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Schreiben an die Kirchgemeinde Arlesheim vom 15. März 1977).

94 Für das Jahr 1986 machten diese CHF 21 600 aus (vgl. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Rechnung 1986).

95 Sie machten 1986 rund einen Drittel der Einnahmen aus (ebd.).

96 Vgl. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokoll der Generalversammlung vom 16. Juni 1966, 2.

97 Vgl. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokoll der Besprechung mit dem katholischen Krankenpflegeverein vom 11. März 1970, 1.

98 Vgl. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokoll der Vorstandssitzung vom 1. Dezember 1966, 2.

99 Vgl. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Jahresbericht 1973, 1.

100 Vgl. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Bericht der gemeinsamen Sitzung vom 10. April 1979.

katholischen Pfarrei gehörenden Räumlichkeiten ein erstes Zentrum der Krankenschwestern ein.¹⁰¹ Der Vereinsvorstand fand stets lobende Worte für die Zusammenarbeit; er fand, das «Wagnis der Zusammenarbeit über die Grenzen der konfessionellen Zugehörigkeit hinaus»¹⁰² habe sich gelohnt. Die Krankenschwestern hätten bereits seit Beginn der 1980er Jahren aus Praktikabilitätsgründen gerne eine Fusion der beiden Vereine gesehen,¹⁰³ das Pfarramt hingegen mahnte mehr Zurückhaltung und klarere Abgrenzung an.¹⁰⁴

Die fortschreitende Kooperation mit der katholischen Kranken- und Hauspflege führte zu Beginn der 1980er Jahre denn auch zu einer Statutenrevision des reformierten Kranken- und Hauspflegevereins, mit welcher die Vereinsleistungen geöffnet wurden für alle (und nicht mehr nur die reformierten) Gemeindeglieder der politischen Gemeinde Arlesheim.¹⁰⁵ Auf Antrag des Pfarramts blieben die Auflösungsbestimmungen, wonach ein allfälliges Auflösungsvermögen allein von der Kirchgemeinde verwaltet werden sollte, unverändert bestehen.¹⁰⁶ Bei dieser Gelegenheit wurde zudem der Vereinsname zurückgeändert in «Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein Arlesheim»¹⁰⁷ (ehemals: «... des Birsecks»), da nun auch in Dornach ein eigener Verein gegründet wurde und sich das Wirkungsgebiet des Kranken- und Hauspflegevereins nur noch auf die Gemeinde Arlesheim bezog.

101 Vgl. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokoll der Generalversammlung vom 26. Mai 1983, 1.

102 AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Jahresbericht 1982, 1; in ähnlicher Weise auch: AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Jahresbericht 1971, 1;

103 Nach wie vor bestanden unterschiedliche Verrechnungsgrundlagen für Angehörige der reformierten und der katholischen Konfession, vgl. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokoll der Vorstandssitzung vom 16. Januar 1980, 2.

104 So verlangte ein reformierter Pfarrer eine klarere finanzielle Abgrenzung der Leistungen unter reformierten und katholischen Leistungsbeziehenden (vgl. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokoll der Generalversammlung vom 7. September 1981, 1).

105 Vgl. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Statuten vom 20. Januar 1982, § 1.

106 Gegenüber dem Vorschlag des Vorstands, wonach Kirchgemeinde und der Gemeinderat zusammen die Verwaltung hätten übernehmen sollen (vgl. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokoll der Generalversammlung vom 7. September 1981, 2).

107 AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Statuten vom 20. Januar 1982, § 1.

Die Beziehungen des Kranken- und Hauspflegevereins hatten sich im genannten Zeitraum deutlich erweitert bzw. verändert. Die Kontakte mit den politischen Behörden in Arlesheim wurden enger, insbesondere mit der Fürsorgebehörde sowie mit dem Gemeinderat.¹⁰⁸ Bei verschiedenen Vereinsversammlungen lud der Vereinsvorstand mittlerweile eine Vertretung des Gemeinderats ein,¹⁰⁹ zudem unterhielt dieser seit dem Jahr 1979 innerhalb des Bereichs «Vormundschaft und soziale Wohlfahrt» eine Ressortzuständigkeit für den Kranken- und Hauspflegeverein.¹¹⁰ Neu nahm der Vereinsvorstand vermehrt Kontakt auf mit den Vorständen umliegender Krankenpflegevereine, zum Zweck der Absprache zu verschiedenen betrieblichen Aspekten (Tarifgestaltung, Stellvertretungsmodelle u. dgl.).¹¹¹ Mit der Kirchgemeinde und dem Pfarramt blieben die Kontakte ebenso erhalten; über die oben genannten Absprachen zur ökumenischen Kooperation hinaus betraf dies bspw. Absprachen in konkreten Pflegefällen¹¹² oder die Vermittlung von möglichen neuen Vorstandsmitgliedern.¹¹³

Die bestehende Verbindung zur Kirchgemeinde kann aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass das Vereinswirken im Berichtszeitraum kaum mehr in einer kirchlich-diakonischen Perspektive wahrgenommen und gedeutet wurde. Es lassen sich hierzu in den Quellen keine Bezüge finden. Einzig im Moment, als der Zusammenschluss zwischen dem reformierten und dem katholischen Verein doch in Angriff genommen wurde und per 1. Januar 1988 in der Fusion bzw. der Gründung des konfessionsübergreifenden «Kranken- und Hauspflegevereins Arlesheim» mündete, erfolgt ein expliziter Verweis. Die neuen Statuten dieses Vereins hielten im Vorwort fest: «Die Pflege von Kranken und die Betreuung von in Not geratenen Menschen ist ein christlicher Auftrag. Um diesen besser zu erfüllen und den heutigen Verhältnissen entsprechend weiter auszubauen, beschliessen wir [...] einen Zusammenschluss unter dem Namen «Kranken- und Hauspflegeverein Arlesheim»».¹¹⁴

108 Vgl. bspw. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokoll der Generalversammlung 11. März 1970, 1).

109 Vgl. bspw. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokoll der Generalversammlung 11. März 1970, 1.

110 AGA, Gemeinderat Arlesheim, Amtsbericht 1979, 31.

111 Vgl. hierzu bspw. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Jahresbericht 1970, 1.

112 Vgl. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokoll der Vorstandssitzung vom 21. November 1968, 2.

113 Vgl. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokoll der Generalversammlung vom 7. September 1981, 2.

114 AKGA, Kranken- und Hauspflegeverein, Statuten vom 1. Juli 1988, Vorwort.

Dieser diakonische Verweis wurde von den neuen Leitungspersonen jedoch lediglich als historische Würdigung gedeutet, indem der neue Vorstand formulierte: «Der neue Vorstand wird die Leistungen der Ehemaligen dadurch zu würdigen wissen, dass er die Tradition der gemeinsamen christlichen Aufgabe weiterführt und die spitalexterne Kranken- und Hauspflege fördert.»¹¹⁵

Der reformierten sowie auch der katholischen Kirchgemeinde wurde zwar (neben dem Gemeinderat) im neuen Vorstand noch ein Sitz zugesprochen, in der neuen statutarischen Grundlage sind jedoch – über die Äusserungen im Vorwort und diese Bestimmung hinaus – die wesentlichen, bisherigen konfessionellen Bezüge nicht mehr vorfindlich.¹¹⁶

4. Die Entwicklung hin zum Gesundheitsunternehmen in öffentlichem Auftrag: Ab 1989

Der Reformierte Kranken- und Hauspflegeverein Arlesheim hat in den vergangenen 30 Jahren massive Entwicklungsschritte durchlaufen, die sein Gesicht seither in mehreren Hinsichten massgeblich verändert haben. Die einzelnen Entwicklungsschritte werden nachfolgend dargestellt:

- Bedingt durch die stark steigende Beanspruchung der Kranken- und Hauspflegeleistungen ist der jährliche Betriebsumsatz massiv gesteigert worden. Während er zu Beginn des vorliegenden Zeitabschnitts bei rund 200 000 CHF lag,¹¹⁷ so erreichte dieser bereits in der Mitte der 90er Jahre (u. a. bedingt durch die Fusion) die Millionengrenze¹¹⁸ und liegt mittlerweile (nach einer erneuten Fusion) bei rund 4 Mio. CHF.¹¹⁹ Mit diesem massiven Wachstum der bisherigen Leistungen im Bereich der Kranken- und der Hauspflege ging auch eine deutliche Ausweitung des Spektrums an zusätzlichen Leistungen einher. Der Verein erweiterte sein Angebot um einen Mahlzeitendienst¹²⁰ sowie um die sogenannte Haushilfe.¹²¹ Zudem übernahm er – auf Initiative der politischen Gemeindebehörden

115 AGA, Gemeinde Arlesheim, Amtsbericht 1988, 13.

116 AKGA, Kranken- und Hauspflegeverein, Statuten vom 1. Juli 1988.

117 Siehe auch oben AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Rechnung 1986, 1.

118 Vgl. AKGA, Ambulante Dienste Arlesheim (ADA), Jahresrechnung 1994, 1.

119 Vgl. ASB, Spitex Birseck, Jahresbericht 2019, 22.

120 Dies u. a. in Form der Durchführung eines Mittagstischs, der von Freiwilligen geleitet wurde (vgl. AKGA, Ambulante Dienste Arlesheim, Schreiben an die Reformierte Kirchgemeinde vom 26. Juni 1995, 1).

121 Vgl. AGA, Gemeinderat Arlesheim, Amtsbericht 1994, 24.

(siehe unten) – den bisherigen Verein der Betagtenhilfe und dessen Leistungsangebot¹²² und integrierte die örtliche Mütter- und Väterberatung in seine Strukturen.¹²³ In jüngerer Vergangenheit weitete der Verein sein Wirkungsfeld sogar mit dem «betreuten Wohnen» in die pflegerische Betreuung einer Seniorenwohngenossenschaft aus¹²⁴ und startete Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige.¹²⁵

Mit der Leistungszunahme sowie mit dieser Ausweitung des Leistungsangebots verbunden war die Notwendigkeit, den Personalbestand deutlich auszubauen. Zu Beginn der 1990er Jahre arbeitete der Verein mit acht «Teilzeitschwestern»,¹²⁶ unterdessen wirken 60 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowohl im pflegerischen Bereich wie auch in Spezialdiensten und in Leitung und Verwaltung mit.¹²⁷ Es ist gut nachvollziehbar, dass dieser Personalausbau einen beträchtlichen Restrukturierungsaufwand mit sich brachte. Um der gewachsenen Grösse gerecht zu werden, beschäftigten sich Vorstand und Mitarbeitende an mehreren Gelegenheiten mit der Einführung neuer Organisationsformen. Vorwiegend ging es dabei um die Einführung zusätzlicher Leitungsstrukturen und -ebenen.¹²⁸ Zudem hatte das Personalwachstum auch Auswirkungen auf die Vorstandstätigkeit, der vermehrt in eigens geschaffenen Fachgremien mitwirkte,¹²⁹ und auf die Einführung von spezifischen Personalführungsinstrumenten.¹³⁰

- Markante Veränderungen erfuhr der Kranken- und Hauspflegeverein aufgrund der Vorgaben durch die Politik. Noch zu Ende des vorigen Zeitabschnitts beteiligten sich die politischen Behörden auf den verschiedenen föderalen Ebenen insbesondere als Subventionsgeberinnen, ohne direkt mit Anforderungen und Vorgaben auf die Leistungen der Krankenpflegevereine einzuwirken. Mit der Einführung des Kranken-

122 Vgl. AGA, Gemeinderat Arlesheim, Amtsbericht 1993, 28.

123 Vgl. AGA, Gemeinderat Arlesheim, Amtsbericht 2003, 32.

124 Vgl. ASB, Spitex Birseck, Jahresbericht 2013, 7.

125 Vgl. ASB, Spitex Birseck, Geschäftsbericht 2014, 6.

126 AGA, Gemeinde Arlesheim, Amtsbericht 1990, 17.

127 Vgl. ASB, Spitex Birseck, Jahresbericht 2019, 19.

128 Vgl. AGA, Gemeinde Arlesheim, Amtsbericht 1991, 24; AGA, Gemeinde Arlesheim, Amtsbericht 1992, 25; AGA, Ambulante Dienste Arlesheim, Jahresbericht 1995, 1; AGA, Spitex Birseck, Jahresbericht 2012, 7.

129 AGA, Gemeinde Arlesheim, Amtsbericht 1997, 22.

130 Vgl. hierzu die Einführung einer Personalstrategie (ASB, Spitex Birseck, Jahresbericht 2013, 5).

versicherungsgesetzes (KVG) im Jahr 1996 änderte sich dies aber markant. Mit dem KVG bestanden erstmals Regelungen zur Kostenübernahme der ambulanten Pflege durch Krankenkasse und die öffentliche Hand. Dies führte bei den Krankenpflegevereinen zwar zu einer gewissen Finanzierungssicherheit und -stabilität, war aber gleichzeitig mit erheblichen neuen Vorgaben – etwa in den Bereichen der Bedarfsabklärung, Dokumentation und Kontrolle¹³¹ – verbunden. Auf lokaler Ebene strebte der Gemeinderat Arlesheim nach einer ganzheitlichen Ausrichtung im Bereich der ambulanten Pflege und beauftragte eine Arbeitsgruppe, Vorschläge zu erarbeiten für eine «auf die Bedürfnisse der Gesamtbevölkerung abgestimmte Grundversorgung»,¹³² in dessen Folge die erwähnte Initiative zum Zusammenschluss zwischen Kranken- und Hauspflegeverein und Verein Betagtenhilfe entstand. Somit griffen die politischen Behörden erstmals spürbar in die Steuerung der Organisation und der Krankenpflegeleistungen ein, was für den Verein «hohe Anforderungen an die bedarfsgerechte, qualitäts- und kostenorientierte Pflege»¹³³ mit sich brachte, die u. a. in der neuen Leistungsvereinbarung mit der Gemeinde Arlesheim aufgenommen werden mussten.¹³⁴ Nochmals eine Stufe intensiver wurden die Steuerungseinwirkungen der öffentlichen Hand erstens durch das Inkrafttreten der Neugestaltung des Finanzausgleichs (NFA) im Jahr 2008, die zu einer deutlichen Mehrbelastung der Gemeinden im Bereich der ambulanten Pflege führte,¹³⁵ sowie zweitens insbesondere durch die ab 2009 geltende, neue Pflegefinanzierung. Mit diesem Regelwerk nahm der Bund, durch die Festlegung eines genauen Finanzierungsschlüssels für die ambulante Pflege sowie der Festlegung von national einheitlichen Pflegetarifen,¹³⁶ sehr weitgehende Steuerungseingriffe vor in Fragen, die vorher der freien Ausgestaltung der jeweiligen Krankenpflegeanbieter vorbehalten waren

131 Vgl. hierzu die Ausführungen in AGA, Gemeinde Arlesheim, Amtsbericht 1998, 24.

132 Leuthardt, Gemeinde, 214.

133 AKGA, Ambulante Dienste Arlesheim, Jahresbericht 1996, 1997.

134 Ebd.

135 Durch die NFA hatten die Gemeinden den bisherigen vom Bund finanzierten Anteil der ambulanten Pflege zu übernehmen; dafür wurden diese anteilig an den Kosten für die Ergänzungsleistungen (EL) entlastet (vgl. hierzu die Ausführungen in AGA, Gemeinde Arlesheim, Amtsbericht 2007, 39).

136 Vgl. zu den Auswirkungen auf die Situation in der Gemeinde Arlesheim: AGA, Gemeinde Arlesheim, Amtsbericht 2008, 37.

und nun neue, zuweilen komplexe Anforderungen für das Vereinswirken mit sich brachten.¹³⁷

Angesichts dieser neuen und weitreichenden Eingriffe der öffentlichen Hand erachtete es der Vereinsvorstand fortan als wichtigen Zweig seiner Tätigkeit, sich in der «Politik gut zu positionieren»,¹³⁸ um zukünftig bei weiteren geplanten Steuerungseingriffen rechtzeitig mitwirken und die Sicht des Vereins einbringen zu können.

Sodann erfolgten innerhalb des Vereins bedeutende Entwicklungsschritte bezüglich dessen Trägerschaft. Innert recht kurzer Zeit nach der Fusion nahm der Verein gleich zwei Namensänderungen vor. So benannte er sich ab 1993 in «Ambulante Dienste Arlesheim (ADA)»¹³⁹ um, im Jahr 2003 wechselte er auf den mittlerweile gängigen Begriff «Spitex Arlesheim», dies insbesondere, «um Verwirrungen und Verwechslungen vorzubeugen».¹⁴⁰ Bis zu diesem Zeitpunkt stand dem konfessionell paritätischen Verein noch der Vertreter der katholischen Kirche als Vereinspräsident vor; seither übernahm erstmals eine Person das Präsidium, die nicht als Konfessionsvertretung im Vereinsvorstand Einsitz hatte.¹⁴¹

Die gestiegenen Anforderungen an die ambulante Pflege durch die neuen politischen Rahmenbedingungen führten dazu, dass der Vereinsvorstand ab 2006 erstmals mit dem Gedanken spielte, «gewisse Aufgaben der Spitexorganisation in Verbundlösungen zu überführen».¹⁴² Aufgrund der Entwicklungen rund um die neue Pflegefinanzierung wurden diese Bemühungen intensiviert, sodass ab 2010 mit den Spitexorganisationen der umliegenden Gemeinden Münchenstein und Reinach Gespräche geführt wurden über eine Kooperation bzw. über ein Zusammengehen – dies in der Haltung, dass angesichts der Anforderungen die Führung eines kleinen Vereins der ambulanten Pflege «nicht mehr finanzierbar»¹⁴³ sei und entsprechend Zusammenschlüsse geboten seien. Nach einer Machbarkeitsstudie einigten sich die Spitexvereine aus Arlesheim und Münchenstein zu einer Fusion zur «Spitex Birseck», die per

137 Dies betraf u.a. Fragen zur Einhaltung einer geforderten Leistungsqualität, zu Abrechnungsstandards oder zur Gewährleistung des Datenschutzes (vgl. hierzu bspw. AGA, Gemeinde Arlesheim, Amtsbericht 2001, 30).

138 ASD, Spitex Birseck, Jahresbericht 2013, 6; ähnlich auch in ASD, Spitex Birseck, Jahresbericht 2016, 6.

139 Vgl. AGA, Gemeinde Arlesheim, Amtsbericht 1993, 28.

140 AGA, Gemeinde Arlesheim, Amtsbericht 2003, 32.

141 Vgl. AGA, Gemeinde Arlesheim, Amtsbericht 2003, 33.

142 AGA, Gemeinde Arlesheim, Amtsbericht 2006, 42.

143 AGA, Gemeinde Arlesheim, Amtsbericht 2010, 34.

Anfang 2012 erfolgte.¹⁴⁴ Im fusionierten Verein hatten die beiden Konfessionen keinen Platz mehr; die Spitex Birseck verstand sich gemäss neuen Statuten explizit als «gemeinnütziger, konfessionell und politisch neutraler Verein».¹⁴⁵ Seine Leistungen bietet er seither im Dienst der «auftraggebenden Einwohnergemeinden»¹⁴⁶ den im Einzugsgebiet wohnhaften Bürgerinnen und Bürgern an. Die Änderung der Fokussierung weg von den Kirchgemeinden hin zu den beiden beteiligten politischen Gemeinden kam auch dadurch zum Ausdruck, dass nur noch den Gemeindevertretern ein Sitz im Vorstand zusteht,¹⁴⁷ und dass in den statutarischen Auflösungsbestimmungen allein die Einwohnergemeinden als Destinatäre genannt werden.¹⁴⁸ Diese Fokusverschiebung zeigt sich auch in den motivationalen Begründungen des Vereinswirkens. Während im überkonfessionellen, fusionierten Verein zu Ende der 1980er Jahre die Krankenpflege – zumindest im Sinn einer historischen Würdigung – noch als «gemeinsame christliche Aufgabe»¹⁴⁹ verstanden wurde, so beschreibt sich die heutige Spitex als eine «gut strukturierte, effiziente und wirtschaftliche Organisation mit einer eigenen, unverwechselbaren Identität»,¹⁵⁰ wobei diese Identität darin besteht, dass die Spitex den «Kunden fachlich und menschlich einwandfreie und befriedigende Dienste anzubieten»¹⁵¹ bzw. «bedarfsgerechte Einsätze zur Zufriedenheit der Leistungsempfänger» erbringt.¹⁵² Die Rede von der christlichen Aufgabe bzw. Tradition ist also – mit der Hervorhebung von Begrifflichkeiten der Fachlichkeit, Bedarfsgerechtigkeit und Kundenzufriedenheit – einer pflegfachlichen und betriebswirtschaftlichen Perspektive gewichen.

Die Entwicklungsschritte gehen aber auch in jüngster Vergangenheit nicht zu Ende. Die politischen Vorgaben sind für die Spitexorganisation sehr herausfordernd, sowohl für das Personal als auch für die ehrenamtlich tätigen Vorstandsmitglieder. Um den Anforderungen der Politik gerecht zu werden, hat die Spitex Birseck mit den Nachbarorganisationen aus Muttenz und Birsfelden im Rahmen eines Kooperationsvertrags für verschiedene Arbeitsberei-

144 ASB, Spitex Birseck, Jahresbericht 2012, 5.

145 ASB, Spitex Birseck, Statuten vom 16. April 2012, Art. 1.

146 Ebd., Art. 12.

147 Ebd., Art. 12.

148 Ebd., Art. 20.

149 AGA, Gemeinde Arlesheim, Amtsbericht 1988, 13; vgl. dazu auch den vorangehenden Berichtszeitraum.

150 ASD, Spitex Birseck, Geschäftsbericht 2014, 6.

151 AKGA, Ambulante Dienste Arlesheim, Jahresbericht 1996, 2.

152 AGA, Gemeinde Arlesheim, Amtsbericht 1997, 23.

che Zusammenarbeitsformen beschlossen.¹⁵³ Zudem bestehen in der Vereinsleitung Überlegungen dazu, in welcher Rechtsform die Spitex in die Zukunft geführt werden soll. Sie hat dabei den Vorschlag erarbeitet, den Verein in eine gemeinnützige Aktiengesellschaft umzuwandeln. Dieser Vorschlag ist aber bislang bei den auftraggebenden Gemeinden nicht auf Akzeptanz gestossen.¹⁵⁴ Der Vorschlag nimmt den Sachverhalt auf, dass die Vereinsmitgliedschaft zu wesentlichen Teilen die ursprüngliche Bedeutung des Zugangs zu den Pflegeleistungen verloren hat und entsprechend zahlenmässig abnimmt.¹⁵⁵

153 Dies betrifft insbesondere die Bereiche Ausbildung, Qualitätssicherung und Spezialdienste (vgl. ASB, Spitex Birseck, Geschäftsbericht 2018, 6).

154 Ebd.

155 Der Verein erreichte in der Mitte der 1990er Jahre über 1000 Mitglieder (AKGA, Ambulante Dienste Arlesheim, Jahresbericht 1995, 1), durch die Fusion im Jahr 2012 stieg diese Zahl nochmals deutlich an auf 1887 (ASB, Spitex Birseck, Geschäftsbericht 2012, 16); seither ist aber die Mitgliederzahl im Abnehmen begriffen und beläuft sich im Jahr 2019 auf noch 1361 Mitglieder (ASB, Spitex Birseck, Geschäftsbericht 2019, 19); damit ist der Spitexverein immer noch der «grösste Verein in Arlesheim» (AGA, Gemeinde Arlesheim, Amtsbericht 2009, 36).

II.4. Vom reformierten Krankenpflegeverein Wettingen zur Spitex Wettingen-Neuenhof

Zur Einführung: Sozialhistorische und konfessionelle Angaben zu Wettingen; verwendete Archivbestände

Die Gemeinde Wettingen im Kanton Aargau liegt zwischen dem Hügelszug Lägern und der Limmat, die zugleich ihre natürliche Begrenzung im Norden bzw. im Süden darstellen.¹

War Wettingen bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts ein kleines Bauerndorf mit katholischer Bevölkerung, so erlebte dieses u.a. durch die Gründung einer Baumwollspinnerei an der Limmat (1858), den Anschluss an die Strecke der Schweizerischen Nationalbahn (1877) sowie insbesondere durch die Gründung der Brown, Boveri & Cie (BBC) im benachbarten Baden (1895) eine markante Bevölkerungsentwicklung.²

Es war vorwiegend der Gründung des Lehrerseminars im Jahr 1847 geschuldet, dass die ersten Angehörigen der reformierten Konfession nach Wettingen zogen. Während diese in den ersten Jahrzehnten zumeist von Pfarrpersonen aus den umliegenden Gemeinden betreut wurden,³ konnte im Jahr 1877 eine Kirchenossenschaft gegründet werden. 1920 folgte dann deren Umwandlung in eine Kirchgemeinde, die rund 730 Mitglieder umfasste.⁴ Durch die industrielle Entwicklung im Limmattal zogen zahlreiche Reformierte in das Gemeindegebiet und die reformierte Kirchgemeinde wuchs stark an. 1939 konnte die Kirchgemeinde eine eigene Kirche in Betrieb nehmen.⁵ Gegen Ende der 1970er Jahre umfasste die reformierte Kirchgemeinde Wettingen-Neuenhof rund 8000 Mitglieder. Heute sind es noch gut 4000 Mitglieder, die in der mittlerweile rund 20 000 Einwohnerinnen und Einwohner umfassenden Stadt Wettingen knapp 20 % der Bevölkerung ausmachen,⁶ während rund 40 % der Bevölkerung der katholischen Konfession angehören.⁷

1 Brüscheiler u. a., Geschichte, 396.

2 Meier, Wettingen.

3 Vgl. dazu die Ausführungen in Fischer-Lamprecht, Ein steiniger Weg, 148 f.

4 Vgl. AKWN, Reformierte Kirchgemeinde Wettingen-Neuenhof, Protokollbuch der Kirchenpflege 1921–1938, Protokoll der Versammlung vom 12. Juni 1921, 4.

5 Vgl. Fischer-Lamprecht, Ein steiniger Weg, 150–153.

6 Statistik Aargau, Bevölkerung.

7 Ebd.

Die Unterlagen des Spitexvereins Wettingen-Neuenhof bzw. des Kranken- und Hauspflegevereins Wettingen sind im Archiv des Vereins (ASWN) aufbewahrt. Das Vereinsarchiv umfasst die Unterlagen seit der Vereinsgründung bzw. der Zusammenführung der beiden, bis dahin bestehenden, konfessionellen Vereine, d.h. ab dem Jahr 1994. Zum Bestand gehören Jahresberichte, Statuten, Protokolle von Vorstands- und Generalversammlungen sowie verschiedene Briefkorrespondenz; insbesondere die Protokolle und Jahresberichte sind jedoch nicht lückenlos vorhanden.

Im Archiv der Kirchgemeinde Wettingen-Neuenhof (AKWN) befinden sich die Unterlagen des vormaligen Reformierten Kranken- und Hauspflegevereins Wettingen-Neuenhof, die zurückgehen bis ins Jahr 1985. Nach der Vereinszusammenlegung sind noch vereinzelt Korrespondenzen zwischen Vereinsvorstand und Kirchenpflege vorhanden. Bestände aus dem früheren Vereinswirken vor 1985 waren weder beim Archiv der Kirchgemeinde und beim Spitexarchiv noch beim Archiv der Gemeinde Wettingen (AGW) vorhanden. Die nachfolgenden Ausführungen basieren entsprechend auf den genannten Archivbeständen der Kirchgemeinde und des Spitexvereins und behandeln den Zeitraum von 1985 bis zur Gegenwart.

Einzelne Vereinsunterlagen halten fest, dass der Krankenpflegeverein im Jahr 1921 gegründet worden sei.⁸ Aus damaligen Dokumenten der Kirchenpflege ist jedoch ersichtlich, dass zu diesem Zeitpunkt – d.h. unmittelbar nach der Gründung der Kirchgemeinde Wettingen – vorerst eine «im Werden begriffene Krankenpflegestation»⁹ unter der Leitung der «Frau Pfarrer» bestand. Die Kirchenpflege unterstützte die Institution von Anfang an mit namhaften finanziellen Zuschüssen.¹⁰ Sie hielt dabei fest, dass die Krankenpflege weiterhin eine «private Sache [...] bleiben»¹¹ solle, aber gleichzeitig «unter dem Protektorat der Kirchenpflege»¹² stehe.

8 Vgl. bspw. die Notiz «Gegründet 1921», in: AKWN, Spitex-Verein Wettingen, Statuten vom 9. März 1988, Titelblatt.

9 AKWN, Reformierte Kirchgemeinde Wettingen-Neuenhof, Protokollbuch der Kirchenpflege 1921–1938, Protokoll der Sitzung der Kirchenpflege vom 26. November 1921, 11.

10 Vgl. AKWN, Reformierte Kirchgemeinde Wettingen-Neuenhof, Protokollbuch der Kirchenpflege 1921–1938, Protokoll der Sitzung der Kirchenpflege vom 21. August 1922, 20.

11 Ebd.

12 AKWN, Reformierte Kirchgemeinde Wettingen-Neuenhof, Protokollbuch der Kirchenpflege 1921–1938, Protokoll der Sitzung der Kirchenpflege vom 1. April 1922, 18.

1. Von der reformierten Eigenständigkeit bis zum zivilgesellschaftlichen Zusammenschluss: Die Jahre 1985–1994

Zum Zeitpunkt des Jahres 1985 bot der reformierte Krankenpflegeverein sowohl Krankenpflege als auch Hauspflege an. In der Krankenpflege arbeiteten nicht mehr Diakonissenschwestern in Vollzeit, sondern fünf Krankenschwestern in Teilzeit; die Hauspflege umfasste drei vollamtliche Pflegerinnen sowie rund zehn sogenannte Hilfspflegerinnen.¹³ Zwei Einsatzleiterinnen koordinierten die Einsätze des Personals,¹⁴ die pro Jahr rund 8500 Einsatzstunden (Krankenpflege) bzw. rund 10 000 Einsatzstunden (Hauspflege) ausmachten.¹⁵ Der Vorstand, dem statutengemäss ein von der reformierten Kirchgemeinde bestimmtes Mitglied angehörte,¹⁶ beschäftigte sich in dieser Zeit insbesondere mit den zunehmenden Anforderungen, die sich aus den Anstellungen ergaben. Dazu gehörten etwa die Gewährung von sozialversicherungsrechtlichen Ansprüchen sowie die Ausrichtung von verschiedenen Gehaltsnebenleistungen (z. B. Wochenendzulagen, Weiterbildungsmöglichkeiten).¹⁷ Besonders gefordert war der Vorstand in diesem Zeitraum bei Unstimmigkeiten und Unruhen unter den Angestellten.¹⁸

Als reformierter Krankenpflegeverein war der Verein in dieser Phase eng mit der reformierten Kirchgemeinde verbunden und zwar in mehreren Hinsichten: Die Statuten des Krankenpflegevereins legten wie erwähnt fest, dass der Kirchgemeinde ein Sitz im Vorstand zusteht, und sie führten die reformierte Kirchgemeinde gewissermassen als Trägerinstanz auf, sodass das Vereinsvermögen im Falle einer Auflösung der reformierten Kirchgemeinde zuflösse bzw. dass diese über eine zukünftige Verwendung zu bestimmen habe.¹⁹ In personeller Perspektive war die Kirchgemeinde nicht bloss im Vorstand vertreten; der Kirchgemeindeverwalter engagierte sich zudem noch im Revisorenamt.²⁰ Die Kirchgemeinde unterstützte sodann den Krankenpflegeverein mit jährlichen Beiträgen im Umfang von CHF 44 000 bzw. ab 1987 von

13 AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Jahresbericht 1985, 1.

14 Ebd.

15 AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Arbeitsstatistik 1987, 1.

16 Vgl. AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Statuten vom 9. März 1988, § 7.

17 AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Jahresbericht 1989, 1.

18 AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Jahresbericht 1990, 1.

19 Vgl. AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Statuten vom 9. März 1988, § 7 und § 16.

20 Vgl. AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Protokoll der Generalversammlung vom 13. März 1985, 2.

CHF 50 000²¹ sowie mit einer jährlichen Weihnachtskollekte.²² Die wohlwollende und enge Verbindung zwischen Verein und reformierter Kirchenpflege kam schliesslich auch darin zum Ausdruck, dass die Kirchenpflege an den Generalversammlungen des Vereins mit zuweilen grossen Delegationen anwesend war und dem Vereinsvorstand für dessen Wirken dankte.²³

Gleichzeitig ist zu erwähnen, dass der Verein auch über die reformierte Kirchgemeinde hinaus gute und enge Kontakte pflegte, namentlich zur Einwohnergemeinde sowie zum katholischen Krankenpflegeverein Wettingen. Mit dem katholischen Pendant bestand gemäss Vereinsvorstand eine «vorzügliche Zusammenarbeit».²⁴ Die beiden Vereine arbeiteten etwa bei Anfragen der Gemeinde sowie auch bei operativen Fragen (Tarifgestaltung u. dgl.) meist eng zusammen.²⁵ Die Leitung des katholischen Vereins bezeugte ihre Verbundenheit mit dem reformierten Verein durch regelmässige Präsenz bei dessen Generalversammlungen und der Ausrichtung von Grussworten bei diesen Anlässen.²⁶ Die Verbindung mit der politischen Gemeinde und deren Bedeutung für den Krankenpflegeverein zeigte sich bereits an deren finanziellen Beiträgen an den Verein. In der vorliegenden Phase legten die Vereinsverantwortlichen offensichtlich Wert darauf, dass die Kirchgemeinde und die politische Gemeinde den Verein mit je gleich hohen Beiträgen unterstützen. Das heisst, bis 1986 lag die Unterstützungssumme der politischen Gemeinde auch bei CHF 44 000; ab 1987 erhöhte der Gemeinderat diese Summe – in Übereinstimmung mit der Kirchgemeinde – auf CHF 50 000.²⁷ Nicht zuletzt

21 AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Jahresrechnung 1987, 1. Dieser Betrag machte gut 10 % des Jahresumsatzes des Vereins aus.

22 Vgl. bspw. AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Jahresrechnung 1987, 1.

23 So bspw. im Jahr 1987: AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Protokoll der Generalversammlung vom 4. März 1987, 1.3.

24 AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Jahresbericht 1990, 1.

25 Vgl. AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Protokoll der Generalversammlung vom 13. März 1985, 2.

26 Vgl. bspw. AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Protokoll der Generalversammlung vom 4. März 1987, 3; AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Protokoll der Generalversammlung vom 8. März 1991, 3.

27 Vgl. AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Jahresrechnung 1987, 1. Die Berichte legen nahe, dass der Gemeinderat die Finanzierungssumme jeweils auf Basis des Beschlusses der Kirchenpflege festlegte (so gemäss: AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Protokoll der Generalversammlung vom 13. März 1985, 2).

zeugen die 1300 Vereinsmitglieder in der damaligen Phase von einer grossen Abstützung des Vereins auch in der lokalen Bevölkerung.²⁸

Gegen Ende der 1980er Jahre häuften sich schliesslich die Interventionen aus übergeordneten sozial- und gesundheitspolitischen Debatten gegenüber dem Verein, und zwar in mehreren Etappen:

- Im Jahr 1987 meldete sich der Gemeinderat bei den beiden Krankenpflegevereinen mit der Anfrage um eine Einschätzung, da die Gemeinde vom Kanton ersucht werde «zu prüfen, ob der spitalexterne Dienst weiter ausgebaut werden könnte».²⁹ In einer gemeinsamen Sitzung zwischen Gemeinderat und den beiden Krankenpflegevereinen wurde festgehalten, dass die beiden Vereine grundsätzliche Bereitschaft zum Ausbau zeigten, dass damit aber gleichzeitig grössere Herausforderungen koordinativer und finanzieller Natur verbunden seien.³⁰
- Um die Leistungsabrechnungen gegenüber den Krankenkassen auf eine rechtliche Grundlage zu stellen, wurden im Kanton Aargau im Jahr 1989 Branchenverträge mit dem kantonalen Krankenkassenverband ausgearbeitet. Diese Verträge waren nicht nach den Vorstellungen des Vereinsvorstands ausgestaltet worden, gleichwohl sah sich dieser – um der Sicherstellung der finanziellen Beiträge wegen – verpflichtet, die Verträge zu unterzeichnen. Der Vereinsvorstand bezeichnete diese Unterzeichnungen als «Entscheide, welche der Vorstand auf Druck von oben fällen musste»,³¹ bzw. als «erzwungenen Beitritt»³² zu den kantonalen Vereinbarungen.
- Im Jahr 1990 trübten sich die finanziellen Aussichten des Vereins derart, dass sich der Vorstand (insbesondere bei den Gemeindebehörden) auf die Suche nach neuen Unterstützungsbeiträgen begeben musste;³³ gleichzeitig erwiesen sich die Betriebslokalitäten angesichts der wachsenden Anzahl an Mitarbeitenden als zu klein, womit auch hierfür Alter-

28 AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Arbeitsstatistik 1987, 1.

29 AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Brief des Gemeinderats an den reformierten Krankenpflegeverein vom 24. Februar 1987, 1.

30 AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Protokoll der Sitzung betreffend Ausbau der spitalexternen Krankenpflege vom 9. Juni 1987, 1f.

31 AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Jahresbericht 1989, 1.

32 Ebd.

33 Das Budget 1991 kalkulierte mit einem grossen Ausgabenüberschuss von rund CHF 75 000 (vgl. AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Protokoll der Generalversammlung vom 8. März 1991, 2).

nativen gesucht waren.³⁴ Dies bildete den Anlass, dass die beiden Vereinsvorstände erstmals über einen «Gesamtverein» nachdachten, «der die Aufwendungen der jetzigen Organisationen rationeller und für Personal und Patienten noch besser einsetzen»³⁵ könne.

Die Bestrebungen zur Schaffung eines solchen Gesamtvereins gliederten sich in den Folgejahren in zwei Phasen:

- In einer ersten Phase liess sich der Vereinsvorstand an der Generalversammlung 1991 die Kompetenz zur Schaffung einer gemeinsamen Arbeitsgruppe erteilen, um darin vertiefte Abklärungen für einen Zusammenschluss der Vereine durchführen zu können. Das Anliegen fand die Zustimmung der Vereinsmitglieder; vonseiten der Kirchgemeinde, insbesondere eines Pfarrers, wurde bei dieser Gelegenheit auf den «geistigen Hintergrund der bestehenden Vereine hin[gewiesen], welche bis anhin den diakonischen Auftrag der Kirche erfüllt haben».³⁶ Zugleich drückte ebendieser Gemeindepfarrer seine Sorge darüber aus, dass dieser Hintergrund «durch einen Zusammenschluss verloren gehen»³⁷ könnte. In den nachfolgenden Planungen der eingesetzten Arbeitsgruppe fanden diese Überlegungen jedoch keine Aufnahme: Die Beteiligten planten einen neuen, fusionierten Verein als «politisch und konfessionell neutrale[n] Verein»³⁸ mit weitaus geringeren Mitwirkungsformen der Kirchgemeinden, als dies bislang der Fall war. Lediglich als Geldgeberinnen waren die beiden Kirchgemeinden weiterhin erwünscht.³⁹ Das zeitlich straffe Vorgehen fand jedoch an der folgenden Generalversammlung des Vereins nur wenig Unterstützung. Insbesondere auf Initiative des genannten Gemeindepfarrers wurde die eingesetzte Arbeitsgruppe – gegen den Willen des Vereinsvorstands – mit

34 Vgl. AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Sitzung der Arbeitsgruppe «Zusammenschluss beider Vereine» vom 28. Mai 1991, 2.

35 AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Jahresbericht 1990, 1.

36 AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Protokoll der Generalversammlung vom 8. März 1991, 3.

37 Ebd.

38 AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Statutenentwurf vom 30. Januar 1992, § 1.

39 «Beiträge aus den Kirchgemeinden wären ebenfalls sehr willkommen», formulierte die zuständige Arbeitsgruppe (AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Protokoll der AG Zusammenschluss beider Vereine vom 28. Mai 1991, 2).

zusätzlichen Abklärungen beauftragt, was den Vereinspräsidenten zum sofortigen Rücktritt bewog.⁴⁰

- Die darauffolgende zweite Phase startete bezüglich der kirchlichen Mitwirkung unter umgekehrten Vorzeichen. Nach der notwendig gewordenen Neukonstituierung des Vorstands begannen die Fusionsgespräche mit einem Austausch zwischen Delegationen der beiden Vereine und des Gemeinderats. In Kontrast zu den bisherigen Erörterungen wünschten und erwarteten diese Akteure auch zukünftig eine wichtige Rolle der Kirchgemeinden innerhalb eines neuen Krankenpflegevereins. Sie formulierten: «Es stellt sich die Frage, ob es sich die Kirchgemeinden leisten können, sich im Sektor Diakonie vollständig zurückzuziehen und die Spitex der Gemeinde allein zu überlassen. Die Kirchgemeinden sollten sich bei der Krankenpflege auch in Zukunft engagieren.»⁴¹ In der Weiterführung dieses Engagements sahen sie sogar allgemeine Vorteile für die Kirchen, wenn sie betonten: «Das Engagement der Kirchgemeinden bei der Spitex könnte auch für sie im Zeitpunkt der vielen Kirchenaustritte eine Stärkung sein.»⁴² Die anwesenden Vertreter der bisherigen Vereine sowie des Gemeinderats waren sogar bereit, auch zukünftig die konfessionelle Prägung des Vereins fortzuführen, etwa indem der «neue Verein sich Katholischer und Reformierter Krankenpflegeverein (Spitex) nennt».⁴³ In einer gemeinsamen Trägerschaft konnten sich die Gemeindevertreter «ein Dreiecksverhältnis mit der reformierten und der katholischen Kirchgemeinde vorstellen».⁴⁴ Es ist an dieser Stelle hervorzuheben, dass diese Vorschläge nicht von den Kirchgemeinden selber, sondern von den bisherigen Vereinen und dem Gemeinderat eingebracht wurden. Die Kirchenpflege der reformierten Kirchgemeinde wurde daraufhin auf den «dringende[n] Wunsch, dass sich die beiden Kirchgemeinden weiterhin im Sinne des diakonischen Auftrages auch am neuen Haus- und Krankenpflegeverein Wettingen beteiligen»,⁴⁵ angesprochen. Es sind keine direkten Reaktionen der Kirchenpflege dar-

40 AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Protokoll der Generalversammlung vom 31. März 1992, 2.

41 AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Aktennotiz der Sitzung «betreffend Organisation Spitex in Wettingen» vom 19. August 1993, 1.

42 Ebd.

43 Ebd.

44 Ebd.

45 AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Brief des reformierten Krankenpflegevereins an die reformierte Kirchenpflege vom 7. September 1993, 2.

auf ersichtlich; sie unterstützte zwar die Fusionsbestrebungen im Allgemeinen,⁴⁶ im Konkreten konzentrierte sich aber ihr Interesse auf die Fragen nach der finanziellen «Mitgift»;⁴⁷ d. h., da der Kirchenpflege ein statutarisch festgelegtes Beschlussrecht zur Verwendung der Mittel aus dem bisherigen Verein zustand (siehe oben), interessierte sie sich insbesondere für die Modalitäten des diesbezüglichen Vermögensübertrags an einen neuen Verein.⁴⁸ Im gesamten Verlauf der Debatten um den Zusammenschluss ist zu keinem Zeitpunkt die Möglichkeit einer ökumenischen Trägerschaft in Erwägung gezogen worden.

Es kann nur gemutmasst werden, ob die angesprochenen Formen der kirchlichen Beteiligung aufgrund der mangelnden Rückmeldungen seitens der Kirchgemeinden nicht weiterverfolgt wurden. Auf jeden Fall scheinen die Projektverantwortlichen eine kirchliche Mitwirkung nur wenig später wieder verworfen zu haben, wenn sie festhielten, «dass für das Vorgehen zur Neugründung die Kirchgemeinden nicht einbezogen werden müssten».⁴⁹ So wurden denn auch die neuen Vereinsstatuten so ausgestaltet, dass sie in mehreren Hinsichten eine Entflechtung von der kirchlichen Mitwirkung vorsahen. Der frühere Vorschlag, wonach der neue Verein als «politisch und konfessionell neutral»⁵⁰ deklariert werden sollte, wurde wieder aufgenommen; die bisherige zwingende Sitzvertretung der Kirchgemeinde wurde so abgeschwächt, dass nun die beiden Kirchgemeinden – wie neu auch der Gemeinderat – ein «Anrecht»⁵¹ auf eine Vertretung im Vorstand haben. Zudem hat die Kirchgemeinde ihre Bedeutung als Trägerinstanz verloren in dem Sinn, dass sie gemäss neuen Statuten nicht mehr als Auffanginstitution im Falle

46 Vgl. AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Brief der reformierten Kirchenpflege an den reformierten Krankenpflegeverein vom 28. September 1993, 1.

47 So die Benennung für den intendierten Vermögenstransfer von den bisherigen Vereinen zum neu geplanten Verein (siehe AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Protokoll der gemeinsamen Sitzung vom 26. Januar 1994, 2).

48 Siehe hierzu AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Brief der reformierten Kirchenpflege an den reformierten Krankenpflegeverein vom 28. September 1993, 1.

49 AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Protokoll der gemeinsamen Sitzung der beiden Vereinsvorstände vom 14. Dezember 1993, 2.

50 AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, 4. Entwurf der Statuten vom 19. Januar 1993, § 1.

51 Ebd., § 7.

einer Auflösung des Vereins fungierte (siehe oben).⁵² Schliesslich ist die eigenständige Nennung der Kirchgemeinden als Finanzquellen gänzlich gestrichen worden.⁵³

Es fällt auf, dass sich in dieser Phase die Gemeinde Wettingen stark für die Zusammenlegung der beiden Vereine einsetzte, sie brachte hierfür auch ein sehr wirkungsvolles Instrument zum Einsatz: Da die beiden Vereine mit Raum- bzw. Kapazitätsgrenzen zu kämpfen hatten, bot die Gemeinde von ihr nicht mehr gebrauchte Räumlichkeiten an, stellte die Nutzung jedoch unter die Bedingung bzw. die «Erwartung, dass bis zum Einzug [...] die beiden Vereine fusioniert haben».⁵⁴

Auf der Basis des genannten Statutenentwurfs erfolgte die einstimmige Zustimmung der Vereinsmitglieder zur Fusion anlässlich der Generalversammlung des reformierten Krankenpflegevereins vom 22. März 1994. Im Rahmen der mündlichen Erläuterungen durch den Vereinspräsidenten wurde neben vielen Vorteilen sodann «weniger Bindung zu den Kirchgemeinden»⁵⁵ als einer der Nachteile der Fusion benannt. Es folgten aber keine diesbezüglichen Positionsbezüge oder Wortmeldungen aus dem Kreis der Vereinsmitglieder.

Der neue «Haus- und Krankenpflegeverein Wettingen» nahm im Sommer 1994 seine Arbeit auf; der Vereinsvorstand tagte am 8. Juli 1994 zum ersten Mal.⁵⁶

52 Ebd., § 22. Neu wurde festgehalten, dass im Fall einer Vereinsauflösung «das Vereinsvermögen einer gemeinnützigen Organisation mit gleicher oder ähnlicher Zielsetzung zu übergeben» sei.

53 Ebd., § 13.

54 So die Erläuterungen des Vorstands des reformierten Krankenpflegevereins in einem Schreiben an die reformierte Kirchenpflege (AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Schreiben an die reformierte Kirchenpflege vom 7. September 1993, 1; siehe ebenso AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Jahresbericht 1993, 1).

55 AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Protokoll der Generalversammlung vom 22. März 1994, 5.

56 Vgl. ASWN, Haus- und Krankenpflegeverein Wettingen, Protokoll der konstituierenden Vorstandssitzung vom 8. Juli 1994.

2. Die Spitex Wettingen im Spannungsfeld von zivilgesellschaftlicher Trägerschaft und politischen Vorgaben: Ab 1994

Die Beziehungen zwischen dem neuen Krankenpflegeverein und den Kirchgemeinden erfuhr gleich in den ersten Vereinsjahren eine deutliche Abkühlung. Zwar intendierte der Vereinsvorstand mit einem Vernetzungsprojekt eine stärkere Zusammenarbeit mit den Kirchgemeinden und weiteren im Sozialbereich tätigen Institutionen,⁵⁷ allerdings hatten die beiden Kirchgemeinden Gegenteiliges im Sinn. Angesichts eines beträchtlichen Ertragsüberschusses im Vereinsjahr 1997 beschloss zuerst die katholische Kirchgemeinde, den Krankenpflegeverein fortan finanziell nicht mehr zu unterstützen. Sie begründete dies mit einer aus ihrer Sicht ungeklärten Rollenklärung zwischen Kirchen und Staat in der Finanzierung der ambulanten Krankenpflege und beschloss, ihre finanziellen Engagements zukünftig anders zu gewichten. Mit der Aussage «Geholfen wird aus unserer Sicht zuerst dort, wo es finanziell dringend erscheint»,⁵⁸ hielt die katholische Kirchgemeinde demnach fest, dass sie der Unterstützung des Krankenpflegevereins keine Priorität mehr beimass. Die reformierte Kirchgemeinde zog sogleich nach. Sie strich nicht nur den bisherigen Beitrag an den Krankenpflegeverein, sondern sistierte sogleich auch die bereits bewilligte Zahlung für das Jahr 1998 an den Verein.⁵⁹ Der Vereinsvorstand reagierte erzürnt darauf und drohte sogar an, die Angelegenheit vor den kantonalen Kirchenrat zu bringen.⁶⁰ Aufgrund der Aussage der reformierten Kirchenpflege, wonach diese bereit sei, allenfalls zukünftig einzelne Projekte des Vereins mitzufinanzieren, liess der Vereinsvorstand dann aber von diesem Ansinnen ab.⁶¹ Trotz dieses abrupten Abbruchs der finanziellen Unterstützung waren die Kirchgemeinden vorerst weiterhin mit je einer delegierten Person im Vereinsvorstand vertreten. Die reformierte Vertretung

57 ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Brief des Vereinsvorstands an die reformierte Kirchenpflege vom 12. Oktober 1998, 1.

58 ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Telefonnotiz des Vereinspräsidenten nach einem Gespräch mit dem Präsidenten der katholischen Kirchenpflege vom 28. August 1998, 1.

59 ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Brief der Kirchenpflege der reformierten Kirchgemeinde an den Vereinsvorstand vom 7. Dezember 1998, 1.

60 Vgl. ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 23. Februar 1999, 2.

61 Ebd. Aus den Vereinsunterlagen ist aber nur eine einzige Projektunterstützung durch die reformierte Kirchgemeinde aktenkundig: Im Jahr 2004 übernahm diese die Kosten für die Anschaffung eines Patientenlifts (vgl. ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 12. Januar 2005, 1).

blieb jedoch zeitweilig vakant.⁶² In der Mitte der 2000er Jahre löste sich dann aber auch dieser Bezug auf. Nachdem die Vertretungen der Kirchgemeinden für längere Zeit vakant waren, bestätigten die beiden Kirchgemeinden dem Vereinsvorstand, fortan auf den Einsitz im Vereinsvorstand zu verzichten.⁶³ Diese praktizierte Situation wurde einige Jahre später, d. h. im Jahr 2013, in der Statutenrevision aufgenommen und rechtlich umgesetzt. Der entsprechende Passus, der den Kirchgemeinden einen Anspruch auf Einsitz im Vereinsvorstand gewährte, wurde ersatzlos gestrichen.⁶⁴

Während die Dichte der Beziehungen des Vereins mit den Kirchgemeinden also merklich abnahm, richtete der Vereinsvorstand seinen Fokus vermehrt auf die lokalen, regionalen und kantonalen Behörden und deren wachsende Vorgaben in gesundheitspolitischer und finanzieller Hinsicht.⁶⁵ Aufgrund dieser neuen Orientierung an behördlichen Vorgaben reagierte er so, dass er sich intensiv an den Bestrebungen beteiligte, die zur Schaffung einer eigentlichen Spitex-Branche führte. So wirkte der Vorstand an den Treffen derjenigen Krankenpflege-Organisationen in der unmittelbaren Nachbarschaft mit, die sich unter dem Namen «BadenRegio» versammelten und sich über verschiedene innerbetriebliche Fragen austauschten.⁶⁶ Zudem amtierte die Vereinspräsidentin auch als Präsidentin des kantonalen Spitexverbands.⁶⁷

Die Vorgaben aus übergeordneten Stellen wirkten sich auch in vielfacher Weise auf den Betrieb des Vereins, der sich 1998 in «Spitex-Verein Wettingen» umbenannte,⁶⁸ aus. In der vorliegenden Phase wuchs die Anzahl an Vorgaben etwa in pflegefachlicher, tariflicher und statistischer Hinsicht, d. h.,

62 Vgl. dazu ASWN, Haus- und Krankenpflegeverein Wettingen, Brief der Kirchenpflege an den Vereinsvorstand vom 22. Januar 1997, 1 und ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Protokoll der Generalversammlung vom 29. März 1999, 6.

63 Siehe für die reformierte Kirchgemeinde: ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 31. Oktober 2006, 1; für die katholische Kirchgemeinde: ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 9. Januar 2007, 1.

64 Vgl. ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Statuten vom 13. Juni 2013, § 7.

65 Dazu gehörte etwa das Gesundheitsgesetz des Kantons Aargau, das die Versorgungspflicht im Bereich der ambulanten Pflege den Gemeinden zuschrieb (vgl. dazu bspw. die Debatten in: AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Protokoll der Generalversammlung vom 22. März 1994, 4).

66 Vgl. bspw. die Berichterstattung in: ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Protokoll der Vorstandssitzung 14. August 2006, 2; ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 14. Januar 2009, 3.

67 Vgl. den Hinweis in: ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 6. Mai 2013, 2.

68 ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Statuten vom 30. Juni 1998, § 1.

der Spitexverein hatte steigende Qualitätsanforderungen bei der Ausbildung des Personals sicherzustellen, die Pflegetarife den kantonalen Anforderungen anzupassen sowie finanzielle Kennzahlen zu liefern, die der Kanton zum gesamtkantonalen Benchmark-Vergleich unter den verschiedenen Organisationen nutzte.⁶⁹ Daneben beschäftigte den Vereinsvorstand insbesondere die zum Teil massiv anwachsende Leistungsnachfrage, zuweilen verzeichnete der Betrieb jährliche Wachstumsraten an Pflegestunden von über 20 %.⁷⁰ Damit verbunden waren die Herausforderungen, in einem ausgetrockneten Personalmarkt zusätzliches Pflegepersonal zu finden⁷¹ sowie für die zunehmende Zahl an Mitarbeitenden geeignete Betriebs- und Organisationsstrukturen zu schaffen.⁷² Neben der Bewältigung dieser Arbeiten war es der Vereinsleitung ein Anliegen, auch die Dienstleistungen des Vereins laufend zu erweitern; dazu gehörten etwa die Einführung von Wochenendeinsätzen,⁷³ eine Beteiligung an einer Kinderspitex,⁷⁴ die Bereitstellung von niederschweligen Zugangsmöglichkeiten für Migrantinnen und Migranten⁷⁵ sowie die Einrichtung eines Mahlzeitendienstes.⁷⁶

Das Aargauer Gesundheitsgesetz wies die Finanzierung dieser steigenden Leistungen den Gemeinden – im Sinne einer Defizitübernahme – zu.⁷⁷ Allerdings erfolgte diese Finanzierung nicht spannungsfrei. Die Spitex setzte auf das Verständnis, wonach die Übernahme des Betriebsdefizits durch die

69 Vgl. bspw. ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 10. November 2013, 2; ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Protokoll der Generalversammlung vom 30. Juni 2015, 2.

70 Vgl. ebd.

71 Siehe dazu die Hinweise in ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Jahresbericht 2002, 1; Protokoll der Vorstandssitzung vom 11. Dezember 2003, 1, sowie in ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Dokument «Die Zukunft des Spitexvereins Wettingen und der Spitex-Organisation Wettingen-Neuenhof» von 2015 (nicht genauer datiert).

72 Vgl. hierzu ASWN, Kranken- und Hauspflegeverein Wettingen, Jahresbericht 1997, 1; ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Jahresbericht 2004, 1.

73 Vgl. ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 18. Mai 1999, 2.

74 Vgl. ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Protokoll der Generalversammlung vom 14. Mai 2001, 1.

75 Vgl. ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 11. Dezember 2002, 1.

76 Vgl. ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 22. Juni 2005, 2.

77 Vgl. dazu die Ausführungen zum kantonalen Gesundheitsgesetz in AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Protokoll der Generalversammlung vom 22. März 1994, 4.

Gemeinde aufgrund der rechtlichen Bestimmungen de facto als «gebundene Ausgaben»⁷⁸ zu betrachten seien; die Gemeindebehörden ihrerseits waren bestrebt, die damit verbundenen Ausgaben bzw. das Ausgabenwachstum möglichst in Grenzen zu halten. Die diesbezüglichen Debatten hatten zwei Folgen:

Zum Ersten griffen die Gemeindebehörden – namentlich der Gemeinderat als Exekutive sowie auch der Einwohnerrat als Legislative – zuweilen über den Budgetierungsprozess der Gemeinde in das Budget des Spitexvereins ein.⁷⁹ In anderen Fällen waren sie bestrebt, ihre Interessen durch Kündigung und Neuausarbeitung des Leistungsvertrags mit der Spitex durchzusetzen. In dieser Hinsicht sah sich der Vereinsvorstand vielfach «Grundsatzdebatten»⁸⁰ über Finanzierungsfragen ausgesetzt, die mitunter zu Konflikten mit den Behörden führten.⁸¹

Zum Zweiten führte dies vor Augen, dass die Trägerschaftsform – namentlich die Ausführung des kantonal vorgeschriebenen Versorgungsauftrags durch einen zivilgesellschaftlich getragenen Verein im Auftrag der Gemeinde – fragil geworden war. Die unterschiedliche Lesart der Finanzierungspflicht durch die Gemeinde wies auf, dass die Entscheidungswege im Konfliktfall nicht klar geregelt waren. Die Gemeindebehörden lösten diesen Konflikt aus ihrer Warte über ihre Finanzierungsmacht und nahmen somit nicht mehr allein über die statutarisch vorgesehene Gemeindevertretung im Vorstand Einfluss auf die Vereinsgeschäfte (ab 2017 liess die Gemeinde ihre Vertretung sogar unbesetzt),⁸² sondern wirkten auch auf den anderen genannten Wegen darauf ein.

78 So die Argumentation der Spitex in ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Protokoll des Gemeinderats vom 29. August 2002, 2.

79 Vgl. bspw. die Debatte über den Budgetkürzungsantrag im Einwohnerrat in ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 21. November 2001, 2. Ein Antrag im Einwohnerrat ging sogar so weit, dass gefordert wurde, der Gemeinderat habe den Leistungsauftrag für die ambulante Pflege im Markt auszuschreiben (vgl. ASWN, Spitex Wettingen-Neuenhof, Protokoll der Vorstandssitzung vom 8. November 2017, 2).

80 Vgl. hierzu exemplarisch ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Jahresbericht 2003, 1.

81 Anlässlich der Vorstandssitzung vom 12. September 2016 wird direkt von einer allenfalls notwendigen «Mediation zur Lösung des Konflikts» gesprochen (ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 12. September 2016, 3).

82 Vgl. ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 8. November 2017, 2.

Es erstaunt daher nicht, dass daraufhin – innerhalb der Gemeindebehörden, aber auch innerhalb des Vereins – Fragen aufkamen, in welcher Trägerschaft der Versorgungsauftrag der ambulanten Pflege in der Gemeinde Wettingen zukünftig wahrgenommen werden sollte. Die Frage nach der richtigen Trägerschaft lässt sich in der vorliegenden Phase wie folgt nachzeichnen: In der ersten Hälfte stand nach wie vor eine breite Trägerschaft und die Rechtsform als Verein im Zentrum. Im Jahr 1998 formulierte der Vereinsvorstand – angesichts der angekündigten Zahlungseinstellung der Kirchgemeinden –, dass es in der Spitex wichtig sei, «dass das Engagement möglichst breit abgestützt sei, durch die Vereinsmitglieder einerseits, aber ebenso durch die Politische und die Kirchgemeinden. [...] Als solidarisches Werk soll sie weiterhin als Gemeinschaftswerk mit Gemischtrechnung zählen können.»⁸³ Diese Position und die Rechtsform als Verein wurde noch im Jahr 2007 vom Vereinsvorstand präferiert, als er nach erfolgter Abwägung empfahl, «vorerst die Idee als Gemeindebetrieb nicht weiterzuverfolgen».⁸⁴ Es waren dann die Auseinandersetzungen um die Finanzierung, die sich zu Beginn der 2010er Jahre intensivierten, die den Gemeinderat dazu bewogen, gemeinsam mit drei Nachbargemeinden eine Regionalisierung der Spitex sowie gleichzeitig die Übernahme der Trägerschaft durch die Gemeinden in Form einer Aktiengesellschaft prüfen zu lassen.⁸⁵ Der Spitexverein war aktiv an den Planungen beteiligt; für den eigenen Betrieb, der in dieser Zeit weiterlaufen musste, bedeuteten diese Arbeiten einige Planungsunsicherheiten. Angesichts der unsicheren Zukunft nahm der Vereinsvorstand trotz grösserem internem Anpassungsbedarf nur minimale Betriebsanpassungen vor.⁸⁶ Für den Fall der Einführung der Aktiengesellschaft erarbeitete der Vorstand das Szenario, wonach der Verein aufzulösen und das vorhandene Vereinsvermögen über die Gemeinde der Bevölkerung zurückzugeben sei.⁸⁷

83 ASWN, Haus- und Krankenpflegeverein Wettingen, Protokoll der 4. ordentlichen Generalversammlung vom 27. April 1998, 4.

84 ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 27. November 2007, 1.

85 Vgl. die Diskussion in: ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 20. August 2014, 2.

86 Vgl. ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Dokument «Die Zukunft des Spitexvereins Wettingen und der Spitex-Organisation Wettingen-Neuenhof» von 2015 (nicht genauer datiert), 2.

87 Vgl. ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 15. Juni 2015, 2.

So weit kam es aber nicht: An den Gemeindeversammlungen von zwei beteiligten Gemeinden wurde das Fusionsvorhaben im Dezember 2015 abgelehnt⁸⁸ und somit wurde das Zusammenlegungsprojekt nicht weiterverfolgt. Für den Spitexverein Wettingen bedeutete dies, dass er sich neu orientieren musste. Das geschah u. a. dadurch, dass er zwar die zukünftige Trägerschaftsform nach wie vor als offen bezeichnete, aber unterdessen an der Vereinsform festhielt⁸⁹ und ab 2016 die Versorgung der kleinen Nachbargemeinde Neuenhof übernahm, mit der er bereits ab 2013 eine Kooperation führte.⁹⁰ Angesichts dieser erfolgten Klärungen wurden im Vereinsvorstand neue Ressourcen frei, um einen deutlichen Ausbau der pflegerischen und betreuenden Dienstleistungen zu planen. In einer Strategieplanung von 2016 intendierte er, zahlreiche neue Arbeitsbereiche zu entwickeln; dazu gehörten etwa die Psychiatriepflege, die palliative Pflege, Hilfe bei Demenzerkrankungen, ein Express-Spitexdienst u. a. m.⁹¹ Angesichts der mittlerweile beträchtlichen Vereinsgrösse – der Umsatz belief sich im Jahr 2015 bereits auf CHF 3,4 Mio.⁹² – erachtete der Vereinsvorstand die Spitex Wettingen als regionales Spitexzentrum, das in der Lage und interessiert ist, anderen, namentlich kleineren Spitexorganisationen Dienstleistungen anzubieten.⁹³ Die Auseinandersetzungen mit den Gemeindebehörden dauern allerdings an. Noch im Jahr 2020 kündigte der Gemeinderat den bestehenden Leistungsauftrag mit dem Spitexverein mit dem Ziel, per 2021 einen neuen auszuarbeiten und zu unterzeichnen.⁹⁴

88 Es waren dies die Gemeindeversammlungen von Killwangen und Spreitenbach (vgl. ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Brief des Spitexvorstands an den Gemeinderat vom 13. April 2016, 1).

89 Vgl. ASWN, Spitex Wettingen-Neuenhof, Strategiepapier des Vorstands vom 11. Juli 2016, 1.

90 Vgl. ASWN, Spitex Wettingen-Neuenhof, Protokoll der Generalversammlung vom 30. Juni 2016, 3.

91 ASWN, Spitex Wettingen-Neuenhof, Dokument «Strategieentwicklung 2016» vom 12. September 2016, 11.

92 Vgl. ASWN, Spitex Wettingen-Neuenhof, Protokoll der Generalversammlung vom 30. Juni 2016, 2.

93 ASWN, Spitex Wettingen-Neuenhof, Dokument «Strategieentwicklung 2016» vom 12. September 2016, 11.

94 Vgl. Spitex-Verein Wettingen-Neuhof, Medienmitteilung.

II.5. Von der Krankenpflege der Evangelischen Kirchgemeinde Tablat zur Spitex AG St. Gallen

**Zur Einführung: Sozialhistorische und konfessionelle Angaben
zu St. Gallen-Tablat; verwendete Archivbestände**

St. Gallen-Tablat umfasst die östlichen, nördlichen und südlichen Teile der heutigen Stadt St. Gallen. Tablat, ehemals äbtisches Untertanengebiet, wurde 1803 nach Vereinigung mit Nachbarsgebieten zu einer eigenständigen politischen Gemeinde.¹

Bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts hatte die Gemeinde einen landwirtschaftlich geprägten Charakter. Durch das Aufkommen der Stickereiindustrie ab der zweiten Hälfte bzw. insbesondere ab dem letzten Drittel des 19. Jahrhunderts erfuhr die Gemeinde einen gewaltigen Wachstumsschub, sodass sie – durch die zahlreichen angesiedelten Betriebe für Fabrikation und Export von Stickereien sowie auch für Stickereiveredlung – «zum eigentlichen Industriegebiet»² wurde.

Das beachtliche Wachstum zeigte sich u. a. in den Bevölkerungszahlen. Um 1800 lebten noch rund 2700 Personen auf dem Gemeindegebiet, im Jahr 1850 waren es gut 4400 Personen. Anschliessend folgte im Gemeindegebiet ein «stürmische[s] [...] Wachstum»³ mit Zuwachsraten von gegen 10 % pro Jahr, sodass um 1910 bereits über 22 000 Personen in Tablat wohnhaft waren.⁴ In städtebaulicher Hinsicht hatte das Wachstum zur Folge, dass Tablat mit der bisherigen Stadt St. Gallen sowie auch dem westlichen Gebiet Straubenzell allmählich zu einer Agglomeration verschmolz. 1918 fusionierten diese drei Gemeinden zur politischen Gemeinde St. Gallen, die rund 70 000 Einwohnerinnen und Einwohner umfasste und deren Grenzziehungen bis heute bestehen geblieben sind.⁵

Zu Zeiten, als Tablat äbtisches Untertanengebiet bildete, d. h. bis 1798, war die Ausübung eines anderen Glaubensbekenntnisses als des katholischen verboten.⁶ Erst nach der Gründung der eigenständigen politischen Gemeinde zogen sukzessive reformierte Personen nach Tablat, die Pastoration dieser Mitglieder erfolgte ab den 1860er Jahren von einer Kirche der Stadt St. Gallen

1 Mayer, Tablat.

2 Ebd.

3 Mayer, Stadtgeschichte, 15.

4 Mayer, Tablat.

5 Mayer, Stadtgeschichte, 15.

6 Ehrenzeller, Geschichte, 488.

aus.⁷ In dieser Wachstumszeit in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wuchs die Zahl der reformierten Personen bis zum Jahr 1910 auf über 6000.⁸ In dieser Phase kam es zu ersten Schritten der Selbstorganisation unter den reformierten Bürgern. So gründeten sie 1901 den Protestantenverein Tablat sowie den Protestantischen Frauen-, Armen- und Krankenverein Tablat.⁹ Wenig später konnte eine eigene Kirchgemeinde gegründet (1906) sowie ein erster Gemeindepfarrer angestellt werden (1907).¹⁰ Während die politischen Gemeinden Straubenzell, St. Gallen und Tablat wie erwähnt 1918 fusionierten, blieben die kirchgemeindlichen Strukturen weitgehend unverändert. Die Kirchgemeinde Tablat existiert bis heute als eigenständige Kirchgemeinde, sie gilt sogar als «grösste evang[elische] Kirchgemeinde des Kantons St. Gallen».¹¹

Aus der Zeit, in der die Krankenpflege im Arbeitsbereich der Kirchgemeinde lag, bestehen heute lediglich wenige Unterlagen. Zum Beginn der Tätigkeit der kirchgemeindlichen Krankenpflege, d.h. rund um das Jahr 1922, sind die Beratungen der Kirchenvorsteherschaft in den entsprechenden Amtsbüchern einsehbar, die im Archiv der Kirchgemeinde Tablat (AKT) lagern. Weiterführende Nachweise sind nur in rudimentärer Form aktenkundig. Bis in die 1980er Jahre informierte die Kirchgemeinde jeweils lediglich summarisch in den Protokollbüchern der Kirchenvorsteherschaft über das Wirken der kirchgemeindlichen Krankenpflege.

Die Unterlagen des 1983 gegründeten Kranken- und Hauspflegevereins der Evangelischen Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, der die Krankenpflege von der Kirchgemeinde übernahm, sind ebenfalls im Archiv der Kirchgemeinde Tablat (AKT) vorhanden. Sie reichen bis ins Jahr 2001, als der Verein aufgelöst wurde.

Die Archivmaterialien des 1998 gegründeten Spitexvereins St. Gallen-Ost, der aus den beiden bisherigen konfessionellen Krankenpflegevereinen hervorging und bis Ende 2020 wirkte, wurde zugänglich gemacht durch das Privatarchiv des letzten Vereinspräsidenten, Dr. Rolf Weiss (ARW). Die Unterlagen über die Gründung der von der Stadt St. Gallen getragenen gemeinnützigen Aktiengesellschaft stammen ebenfalls – wo nicht anders angegeben – aus diesem Privatarchiv.

7 Ehrenzeller, Geschichte, 452.

8 Ehrenzeller, Geschichte, 453.

9 Evangelisch-reformierte Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Geschichtlicher Abriss.

10 Ehrenzeller, Geschichte, 453.

11 Evangelisch-reformierte Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Geschichtlicher Abriss.

1. Die Krankenpflege als Arbeitsbereich der evangelischen Kirchgemeinde Tablat: Die Jahre 1922–1983

Der Beginn der Krankenpflege im Gebiet der Kirchgemeinde Tablat unterscheidet sich von den meisten anderen im vorliegenden Band dargestellten Fallbeispielen dahingehend, dass die Krankenpflege nicht von einem rechtlich eigenständigen, aber mit der Kirchgemeinde verbundenen Verein getragen wurde. Vielmehr übernahm die evangelische Kirchgemeinde Tablat die Krankenpflege selbst und führte diese als eigenen Arbeitsbereich der Kirchgemeinde aus.

Den Beginn markierten Debatten innerhalb der Kirchenvorsteherschaft im Jahr 1922 unter dem Titel «Diakonatsfrage». Der seit 1901 bestehende Protestantische Frauen-, Armen- und Krankenverein führte offenbar bisher die Krankenpflege aus und erhielt hierfür von der Kirchgemeinde einen Unterstützungsbeitrag im Umfang von CHF 1000.¹² Aufgrund eines Gesuchs um Erhöhung dieses Unterstützungsbeitrags kam in der Kirchenvorsteherschaft die Debatte nach der zukünftigen Verortung der Krankenpflege auf. Nach geführter Diskussion beschloss die Kirchenvorsteherschaft, dem Protestantischen Verein die Übernahme der Krankenpflege vorzuschlagen. Die hierfür ins Feld gebrachten Argumente waren mitunter eigennütziger Natur. Es wurde festgestellt, «dass wir viele Bürger [haben], welche die Steuern bezahlen, nicht aber die Kirche besuchen. Wenn die Krankenpflege durch die Gemeinde übernommen [...] wird, werden sie der Kirche entschieden näher gebracht.»¹³ In die gleiche Richtung wies die Aussage, wonach «die Übernahme durch die Gemeinde [...] ein gutes Mittel [sei], die hiesige Bürgerschaft mehr an die Kirche zu fesseln».¹⁴ Eine Variante zum Anschluss der Krankenpflege an den bestehenden Hilfsverein St. Gallen-Ost wurde aus konfessionellen Gründen verworfen: Ein Anschluss schien «unmöglich zu sein, weil dieser Verein paritätisch ist».¹⁵

Nach der Zusage des «Komités» des Protestantischen Frauen-, Armen- und Krankenvereins ging es darum, in der Kirchgemeinde die organisatori-

12 AKT, Protokollbuch der Evang. Kirchgemeinde Tablat 1922–1924, Plenarsitzung [der Kirchenvorsteherschaft] vom 23. März 1922, 25.

13 AKT, Protokollbuch der Evang. Kirchgemeinde Tablat 1922–1924, Plenarsitzung [der Kirchenvorsteherschaft] vom 23. März 1922, 27.

14 AKT, Protokollbuch der Evang. Kirchgemeinde Tablat 1922–1924, Plenarsitzung [der Kirchenvorsteherschaft] vom 23. März 1922, 25.

15 AKT, Protokollbuch der Evang. Kirchgemeinde Tablat 1922–1924, Spezialsitzung mit dem Komité des Prot. Frauen-, Armen- und Krankenvereins vom 2. Mai 1922, 45.

schen Voraussetzungen für die Übernahme zu schaffen. Die Kirchgemeinde richtete eine eigene Krankenpflegekommission ein, die aus den fünf Mitgliedern des bisherigen Vereinskomitees, den beiden Gemeindepfarrern sowie einem Mitglied der Kirchenvorsteherschaft bestand, wobei letzteres das Präsidium übernahm.¹⁶

Die Kommission beschloss, nicht nur die Gemeindeschwester zu übernehmen, sondern gleich noch eine zweite Schwester anzustellen.¹⁷ Dass sie mit den Schwestern eigene Arbeitsverträge aushandelte, weist darauf hin, dass die Schwestern direkt von der Kirchgemeinde und nicht über einen Entsendungsvertrag mit einem Diakonissenmutterhaus angestellt wurden.¹⁸ Da die Kirchenvorsteherschaft entschied, weiterhin keine Mitgliederbeiträge oder Taxen zu erheben, entstanden der Kirchgemeinde dadurch zusätzliche Kosten, die sich neu auf insgesamt rund 7000 CHF pro Jahr beliefen.¹⁹ Die Rechnung für die Krankenpflege wurde dabei vollständig in die Rechnung der Kirchgemeinde integriert.²⁰ Ein entsprechendes Reglement für das «Gemeindediakonat»²¹ regelte die Organisation und die Verfahrensprinzipien der neu in die Kirchgemeinde integrierten Krankenpflege,²² deren Schwestern wenig später ihren Dienst aufnahmen.

Ab dem Moment der Integration erledigte die Kommission die Belange der Krankenpflege weitgehend selbstständig. In der Kirchenpflege wurde fortan nur noch sporadisch und in summarischer Form über die zahlenmässige Entwicklung der von den Schwestern geleisteten Besuche rapportiert.²³

16 AKT, Protokollbuch der Evang. Kirchgemeinde Tablat 1922–1924, Sitzung der Kirchenvorsteherschaft vom 22. Juni 1922, 67.

17 AKT, Protokollbuch der Evang. Kirchgemeinde Tablat 1922–1924, Sitzung der Kirchenvorsteherschaft vom 22. Juni 1922, 66.

18 Vgl. hierzu AKT, Protokollbuch der Evang. Kirchgemeinde Tablat 1922–1924, Spezialsitzung mit der Diakonatskommission vom 20. Juli 1922, 77.

19 AKT, Protokollbuch der Evang. Kirchgemeinde Tablat 1922–1924, Spezialsitzung mit dem Comité des Prot. Frauen-, Armen- und Krankenvereins vom 2. Mai 1922, 45.

20 Vgl. AKT, Protokollbuch der Evang. Kirchgemeinde Tablat 1922–1924, Plenarsitzung [der Kirchenvorsteherschaft] vom 23. März 1922, 25.

21 So der für die Krankenpflege verwendete Begriff (vgl. AKT, Protokollbuch der Evang. Kirchgemeinde Tablat 1922–1924, Spezialsitzung mit der Diakonatskommission vom 20. Juli 1922, 77).

22 Vgl. zum Reglement: AKT, Protokollbuch der Evang. Kirchgemeinde Tablat 1922–1924, Spezialsitzung mit der Diakonatskommission vom 20. Juli 1922, 77.

23 Vgl. hierzu bspw. AKT, Protokollbuch der Evang. Kirchgemeinde Tablat 1922–1924, Plenarsitzung der Kirchenvorsteherschaft vom 19. März 1923, 131; AKT, Protokollbuch der Evang. Kirchgemeinde Tablat 1922–1924, Plenarsitzung der

Das Wirken der kirchgemeindlichen Krankenpflege blieb bis zum Ende der 1950er Jahre stabil. Bis dahin waren immer noch zwei Gemeindeschwestern angestellt, die ungefähr dasselbe Pensum an Besuchen absolvierten wie ihre Vorgängerinnen in den 1920er Jahren.²⁴ Neu war lediglich, dass die Kirchgemeinde nun auch sogenannte «Heimpflegerinnen» anstellte, die vorwiegend hauswirtschaftliche Unterstützung verrichteten.²⁵ Aufgrund der Tatsache, dass ausserhalb der summarischen Zusammenfassung der Tätigkeiten im jährlichen Amtsbericht keine weitere Berichterstattung zur kirchgemeindlichen Krankenpflege erfolgte, lässt sich schliessen, dass die Krankenpflege bis dahin in ruhigen Bahnen verlief.

Das änderte sich ab den 1960er Jahren, als die Krankenpflege deutlich mehr in Anspruch genommen wurde und die Kirchgemeinde sich veranlasst sah, das Angebot sukzessive auszubauen, sodass zu Beginn der 1980er Jahre bereits sechs Gemeindeschwestern für die Krankenpflege und acht Hauspflegerinnen arbeiteten.²⁶ Die hierfür notwendigen Ressourcen belasteten das Budget der evangelischen Kirchgemeinde schwer, hatte sie hierfür nun rund 250 000 CHF pro Jahr aufzuwenden.²⁷ Aufgrund dieser hohen finanziellen Belastung suchte die Kirchgemeinde nach Unterstützungsbeiträgen durch die öffentliche Hand. Sie erfuhr jedoch, dass Unterstützungsbeiträge von Gemeinden und Bund nicht direkt an öffentlich-rechtliche Institutionen wie eine Kirchgemeinde, sondern nur an selbstständige Vereine entrichtet werden können.²⁸

Kirchenvorsteherschaft vom 4. September 1924, 273. Es wird deutlich, dass die – von der Kirchenvorsteherschaft durch die Übernahme der Krankenpflege intendierte – engere Bindung der Gemeindemitglieder an das kirchliche Leben womöglich nicht ganz aufgegangen ist. Der Präsident der Kirchenvorsteherschaft liess anlässlich der Berichterstattung über die Krankenpflege verlauten, er fände, «dass die Bevölkerung wenig Dankbarkeit für die Gemeindehilfe bezeuge» und wünsche, «dass im Gemeindeblatt ein zarter Wink nach dieser Richtung gegeben werde» (AKT, Protokollbuch der Evang. Kirchgemeinde Tablat 1922–1924, Plenarsitzung der Kirchenvorsteherschaft vom, 4. März 1924, 219).

24 Vgl. AKT, Amtsbericht der Kirchgemeinde Tablat 1958, 22; AKT, Amtsbericht der Kirchgemeinde Tablat 1959, 36.

25 Ebd.

26 AKT, Protokoll der Arbeitsgruppe «Soziale Dienste» der evangelischen Kirchgemeinde Tablat, 1983 (ohne genauere Datierung), 2 f.

27 AKT, Protokoll der Arbeitsgruppe «Soziale Dienste» der evangelischen Kirchgemeinde Tablat, 1983 (ohne genauere Datierung), 4.

28 Vgl. hierzu AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Protokoll der Gründungsversammlung vom 12. Dezember 1983, 2.

2. Die Ausgliederung der Krankenpflege in den Kranken- und Hauspflegeverein der evangelischen Kirchgemeinde: Die Jahre 1983–1998

Aufgrund der genannten Ausgangslage liess sich die Kirchenvorsteherschaft von Vertretern der im Westen der Stadt St. Gallen gelegenen Kirchgemeinde Straubenzell beraten,²⁹ die für die Haus- und Krankenpflege zu diesem Zeitpunkt bereits einen eigenständigen Verein gegründet hatten, und beschloss daraufhin, dass «der bestehende Kranken- und Hauspflegedienst [...] aus der Organisation der Evang. Kirchgemeinde Tablat herausgenommen und in einem selbständigen Verein zusammengefasst werden [soll]»,³⁰ dessen Gründung Ende 1983 erfolgte. Durchgehend wurde kommuniziert, dass dieser Verein zu einer wesentlichen finanziellen Entlastung der Kirchgemeinde beitragen solle. Mit der Vereinsgründung wurde also de facto ein Vehikel geschaffen, um Beiträge der öffentlichen Hand erhalten zu können, während es in der eigentlichen Haus- und Krankenpflege sowie auch in der Verbindung zur Kirchgemeinde «kaum Veränderungen»³¹ geben sollte. Die Kirchgemeinde hob sogar hervor, dass die entsprechenden Aufgaben zwar an den neuen Verein übergingen, sie sich aber damit «nicht von diesen Diensten dispensieren»³² wollte. Die in den ersten Jahren des Vereinsbestehens weiterhin konstitutive Verbindung mit der Kirchgemeinde zeigte sich in zahlreichen Aspekten. Die neuen Vereinsstatuten übernahmen die bisherige konfessionsspezifische Praxis, wonach die Leistungen lediglich den «evangelischen Einwohnern auf dem Gebiet der Kirchgemeinde»³³ zugänglich waren. Gleichermassen blieben die personellen Verbindungen bestehen. So schrieben die Statuten zwar keine personellen Vorgaben zur Besetzung des Vorstands fest, dennoch zeigte sich in der Praxis, dass die Mitgliedschaft eines Gemeindepfarrers im Vorstand

29 Vgl. AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Schreiben des Präsidenten der evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Straubenzell vom 22. November 1983, 1 f.

30 AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Protokoll der Gründungsversammlung vom 12. Dezember 1983, 2.

31 AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Jahresbericht 1984, 1.

32 Ebd.

33 AKT, Statuten des Kranken- und Hauspflegevereins der Evang.-ref. Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen vom 12. Dezember 1983, Art. 2.

erwartet wurde.³⁴ Ebenso stand bspw. der Kassier der Kirchgemeinde, der bislang die Finanzen des kirchgemeindlichen Kranken- und Hauspflegediensts verwaltete, auch dem Verein in selbiger Funktion zur Verfügung.³⁵ Zudem erfolgte ein wesentlicher Teil der Vereinskommunikation mit einer gewissen Selbstverständlichkeit über die Kanäle der Kirchgemeinde.³⁶

Die beabsichtigte finanzielle Entlastung trat denn auch ein. Bereits in den ersten Jahren des Vereinsbestehens leisteten das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV), die Stadt St. Gallen sowie die benachbarte politische Gemeinde Wittenbach, die auch zum Wirkungsgebiet des Kranken- und Hauspflegevereins gehörte, beträchtliche Beiträge im Umfang von insgesamt rund CHF 200 000 pro Jahr,³⁷ wodurch die Kirchgemeinde ihre Beiträge an den Verein entsprechend senken konnte. Aufgrund dieser neuen Beiträge gestalteten sich die finanziellen Jahresabschlüsse des Vereins in der Regel ausgeglichen, sodass vorerst keine grösseren Finanzierungssorgen mehr bestanden. Der Vereinsvorstand beschäftigte sich in den ersten Jahren seines Bestehens mit den Angelegenheiten einer sachte wachsenden zivilgesellschaftlichen Organisation. Für die zunehmende Zahl an Mitarbeiterinnen galt es, passende Arbeitsbedingungen (Mobilität, Stellvertretungen, Ferienregelungen, Anstellungsbedingungen)³⁸ zu schaffen und für den damit ver-

34 Vgl. hierzu die Diskussionen beim altersbedingten Rücktritt des Pfarrvertreters im Vorstand in AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 6. Februar 1991, 5. Interessanterweise hielt der Verein jedoch in den Statuten fest, dass die drei Mitglieder der Rechnungsprüfungskommission vollständig aus der Geschäftsprüfungskommission der Kirchgemeinde stammen müssten (AKT, Statuten des Kranken- und Hauspflegevereins der Evang.-ref. Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen vom 12. Dezember 1983, Art. 6).

35 Vgl. AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Protokoll der Gründungsversammlung vom 12. Dezember 1983, 2.

36 Vgl. AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Protokoll der Gründungsversammlung vom 12. Dezember 1983, 3.

37 Die Jahresrechnung 1985 weist Beiträge im Umfang von CHF 97 000 (BSV), CHF 75 000 (Stadt St. Gallen) sowie CHF 20 000 (Wittenbach) aus (AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Jahresbericht 1985, 1).

38 Vgl. hierzu bspw. AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Protokoll der Vorstandssitzungen vom 24. Januar 1986, 1, und vom 26. April 1985, 2.

bundenen grösseren Platzbedarf geeignete Büroräumlichkeiten zu finden.³⁹ Zudem erweiterte der Verein das Leistungsangebot schrittweise über die im engen Sinn verstandene Haus- und Krankenpflege hinaus.⁴⁰ Nicht zuletzt war es notwendig, trotz stabiler Finanzierungssituation laufend die Tarife für die angebotenen Leistungen zu überprüfen und ggf. anzupassen.⁴¹

Nach den ersten Vereinsjahren kam es jedoch zu Veränderungen, sodass nicht mehr die Kirchgemeinde der primäre Referenzrahmen war, an dem sich der Verein orientierte und mit dem er in Austausch stand. Neben die Kirchgemeinde bzw. sogar an die Stelle der Kirchgemeinde rückten sukzessive erstens diejenigen Institutionen, die sich mit der Zeit als Spitex-Branche organisierten, sowie zweitens die Sozial- und Gesundheitsbehörden auf städtischer, kantonaler und in vereinzelter Form auf nationaler Ebene. Diese Bedeutungsverschiebungen lassen sich im Einzelnen wie folgt nachzeichnen:

- Wie erwähnt entlasteten die Beiträge von Bund und Gemeinden die Kirchgemeinde in den Anfangsjahren in finanzieller Hinsicht deutlich. Die Entwicklung zunehmender Beiträge der öffentlichen Hand bei abnehmenden Beiträgen durch die Kirchgemeinde setzte sich in den Folgejahren fort: Der Verein konnte seinen zusätzlichen Finanzierungsbedarf u. a. durch stark steigende Beiträge des Bundesamts für Sozialversicherungen (BSV) decken, das im Jahr 1998 bereits CHF 170 000 beisteuerte.⁴² Gleichzeitig sah sich die Kirchgemeinde Tablat veranlasst, aufgrund von Sparmassnahmen auch den Beitrag an den Kranken- und Hauspflegeverein noch weiter zu senken, sodass sie im Jahr 1998 noch CHF 65 000 beisteuern konnte.⁴³
- Die Anstrengungen zur Gewinnung der für den Betrieb notwendigen finanziellen Ressourcen hatten sich dieser Entwicklung entsprechend

39 Vgl. AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 25. März 1987, 1, sowie vom 21. September 1995, 2.

40 Vgl. hierzu AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 15. Februar 1989, 1.

41 Anlass zu Anpassungen boten – insbesondere auch aufgrund übergeordneter Vorgaben – die Kosten für Wegzeiten sowie allfällige Vorgaben der Krankenkassen für Leistungsbegrenzungen (vgl. hierzu AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Informationsschreiben an Klientinnen und Klienten vom Januar 1995, 1).

42 AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Jahresrechnung 1998, 1.

43 Ebd.

auf die Verhandlungen mit den Behörden fokussiert, die sowohl Beiträge sprachen (Bund und Gemeinden) als auch die Rahmenbedingungen für die neu über die Krankenkassen abrechenbaren Leistungen festlegten (Kanton). Der Vereinsvorstand wirkte in den neu entstehenden bzw. fusionierten Verbandsstrukturen von Haus- und Krankenpflege sowohl auf kantonaler als auch auf nationaler Ebene mit, die erstmals eigene Branchenstrukturen erkennbar werden liessen und die für eine möglichst effektive Interessenvertretung aller lokalen Vereine bei den entsprechenden Behörden eintraten.⁴⁴

- Ein besonderer Einfluss auf die Vereinsaktivitäten kam den Behörden der Stadt St. Gallen zu. Dies erstens aus dem Grund, dass die Stadt ihre Mitfinanzierung an die Bedingung knüpfte, dass ihr die Kompetenz zukommt, einen Sitz im Vereinsvorstand zu besetzen.⁴⁵ Zweitens aufgrund dessen, dass im Gebiet der Stadt St. Gallen nicht weniger als acht Kranken- und/oder Hauspflegeorganisationen tätig waren, was angesichts der übergeordneten politischen Regulierungen für zunehmenden Absprachebedarf sorgte. So trafen sich die Vertretungen der Vereine in einer von den Stadtbehörden moderierten Konferenz, an denen Fragen von gemeinsamem Interesse diskutiert wurden – seien es Absprachen zur Tarifgestaltung,⁴⁶ zu engeren Zusammenarbeitsformen⁴⁷ oder sogar zu einheitlichen Arbeitsbedingungen für die Mitarbeitenden.⁴⁸ Diese städtische Konferenz erlangte für den Vereinsvorstand zuweilen eine derartige

44 Vgl. zur Berichterstattung über die jeweiligen Verbandsaktivitäten bspw. AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 26. Oktober 1987, 1; AKT, St. Gallische Vereinigung der Hauspflege- und Haushilfeorganisationen (SGVHO), Protokoll der 1. ordentlichen Delegiertenversammlung vom 18. Mai 1994, 1, und AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 20. Oktober 1994, 1.

45 Was der Verein der Stadt diskussionslos zugestand, vgl. AKT, Brief des Stadtrats an den Vorstand des Kranken- und Hauspflegevereins der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen vom 16. September 1986, 1.

46 AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 19. Februar 1986, 2.

47 AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Protokoll der Hauptversammlung vom 22. April 1994, 2.

48 AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 11. Juni 1992, 1.

Bedeutung, dass er eigene Entscheidungen zu spezifischen Fragen aussetzte, um Entscheidungen im Rahmen der Konferenz abzuwarten.⁴⁹

- Dass die Kirchgemeinde nicht mehr die primäre Referenzgrösse für den Verein ist, zeigte sich auch an der vom Vorstand zu Beginn der 1990er Jahre initiierten Statutenrevision, deren Änderungen fast ausschliesslich eine Lockerung der Verbindung zur Kirchgemeinde bzw. zu deren Mitgliedern zum Inhalt hatte. So weitete der Verein die Leistungsberechtigung sowie die Möglichkeit zur Vereinsmitgliedschaft aus auf alle (nicht nur die evangelisch-reformierten) Bewohnerinnen und Bewohner im Gemeindegebiet. Zudem wurden weitere personelle Verbindungen mit der Kirchgemeinde gelockert⁵⁰ – dies mit der schlichten Begründung, dass eine «Anpassung an neue Gegebenheiten»⁵¹ notwendig sei.

Aus einer Begebenheit Mitte der 1990er Jahre lässt sich feststellen, dass die im Verein, bzw. im gesamten Bereich der ambulanten Pflege erfolgte Fokusverschiebung hin zu den politischen Behörden auch in der Kirchenvorsteherschaft wahrgenommen wurde. Anlässlich der Verselbstständigung des Spitexvereins der bis anhin mitbetreuten Gemeinde Wittenbach gelangte die Frage an die Kirchenvorsteherschaft Tablat, ob sie auch diesem neuen und konfessionell neutralen Verein Unterstützungsbeiträge zukommen lassen würde, was diese ablehnte. Der Präsident der Kirchenvorsteherschaft begründete dies in erster Linie mit der fehlenden konfessionellen Basis des neuen Vereins: «Auf die Geschäftsführung eines konfessionell neutralen Vereins, wie sich der neue Spitex-Verein bezeichnet, hätten wir absolut keinen Einfluss mehr. Die Kranken- und Hauspflege, die von der Kirchgemeinde Tablat schon seit Jahrzehnten wahrgenommen wird, ist Teil des diakonischen Auftrags der Kirche. Diese Aufgabe kann aber sicher nicht mehr im gleichen Sinn und Geist weitergeführt werden, wenn dies durch einen konfessionell neutral

49 Vgl. hierzu die gemeinsam anvisierte Schaffung von Pflichtenheften für Mitarbeitende in: AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 28. Oktober 1997, 2.

50 Namentlich wurde die zwingende Verbindung zwischen Rechnungsprüfungskommission des Vereins und Geschäftsprüfungskommission der Kirchgemeinde gelockert (vgl. AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 19. September 1990, 3).

51 AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 24. April 1991, 2.

geführten Verein übernommen wird.»⁵² Gleichzeitig gab er zu erkennen, dass er die Aufgabe der Krankenpflege längst als Aufgabe der öffentlichen Hand erachtete, wenn er formulierte: «Wenn diese Aufgabe während Jahrzehnten durch die Kirche übernommen wurde, so doch nur, weil sich die politischen Behörden mit der Erteilung einer Subvention leicht von ihrer Pflicht freikaufen.»⁵³

Diese Entwicklung erfuhr ab der Mitte der 1990er Jahre einen Kulminationspunkt, als die Stadtbehörden das Zepter zur Reorganisation der städtischen Landschaft der Kranken- und Hauspflege in die Hand nahmen. Mit der Überzeugung, dass «auf dem Gebiet der Stadt St. Gallen [...] zu viele Anbieter»⁵⁴ existierten, lancierten sie im Jahr 1995 die Reorganisation mit einer Projektstudie, und bereits zwei Jahre später beschloss das Gemeindeparlament, das Modell «3+1» umzusetzen, wonach in jedem der drei Stadtteile Straubenzell / West, Zentrum und Tablat / Ost nur noch eine Organisation subventioniert werden soll,⁵⁵ was im Gebiet Tablat (sowie auch in den anderen Stadtteilen) ein Zusammengehen mit dem katholischen Pendant bedingte. Der Vereinsvorstand unterstützte die Vorstellung zwar grundsätzlich,⁵⁶ allerdings waren weder der evangelisch-reformierte noch der katholische Verein auf dieses Modell angemessen vorbereitet. Bislang bestanden zwischen den Vereinen lediglich vereinzelte Kontakte auf operativer Ebene zwischen den Schwestern, eine Kontaktaufnahme auf Vorstandsebene erfolgte erst, als das städtische

52 AKT, Brief der Kirchenvorsteherschaft der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen an die Projektgruppe Spitexverein «Untere Gemeinden» vom 23. Juni 1995, 2.

53 Ebd.

54 Zitierung des zuständigen Stadtrats in AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 2. Oktober 1997, 1.

55 Vgl. AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Informationsschreiben an die Mitarbeitenden vom 2. Dezember 1997, 1. Das «+1» kam zustande, da der Pro Senectute eine Sonderrolle über das gesamte Stadtgebiet zugestanden wurde und sie darin Hauspflegeleistungen anbieten konnte. Die Sonderrolle der Pro Senectute war bei den bisherigen Kranken- und Hauspflegeorganisationen sehr umstritten, zumal der städtische Sozialvorsteher im Vorstand der Pro Senectute einsass und womöglich die entscheidende Rolle spielte, um dieser Organisation einen Sonderstatus zuzugestehen (vgl. AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 20. August 1999, 3).

56 Vgl. AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 2. Oktober 1997, 2.

Reorganisationsmodell bereits entscheidungsreif war.⁵⁷ Zudem nahm der Vereinsvorstand keine eigenen Positionierungen vor und beschränkte sich darauf, den Entscheid des Gemeindeparlaments abzuwarten.⁵⁸

Da die im Herbst 1997 gefällte Entscheidung rasch umgesetzt werden musste, sahen sich die Vereine unter erheblichem Zeitdruck.⁵⁹ Nach Prüfung von Varianten entschieden sie sich dafür, einen neuen Verein zu gründen, der Aufgaben und Personal von den beiden bisherigen Vereinen übernimmt.⁶⁰ Angesichts dieses Zeitdrucks blieb den Vereinen nichts anderes übrig, als ihre Mitglieder lediglich darüber zu orientieren, dass die Arbeit zukünftig von einem neuen Verein geleistet und der Zweck des bestehenden Vereins entfallen werde.⁶¹

Absprachen über die Neugründung waren jedoch mit der evangelisch-reformierten Kirchgemeinde notwendig, da diese unterdessen die Beteiligung der Kirchgemeinde am bisherigen Verein als diakonischen Dienst in den eigenen Rechtsgrundlagen verankert hatte.⁶² Die Diskussionen deuten jedoch darauf hin, dass eine Weiterführung der Beteiligung der Kirchgemeinde auch im neuen Verein von keiner Seite her angedacht war und es nun lediglich darum ging, wie die Trennung zu gestalten sei.⁶³ Seitens der Kirchgemeinde war geplant, als Ersatz für das bisherige, langjährige Engagement in der Krankenpflege den diakonischen Auftrag anderweitig auszugestalten und dafür

57 Vgl. AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 16. September 1997, 2.

58 Vgl. AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 18. November 1997, 2.

59 AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Protokoll der Sitzung der «AG Zukunft» vom 29. Oktober 1997, 1.

60 Eine diskutierte Variante bestand darin, dass die beiden Vereine eine gemeinsame Betriebsgesellschaft – allenfalls in Form einer Aktiengesellschaft – gründeten (vgl. AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 2. Oktober 1997, 2).

61 So besonders auffällig im Titel des betreffenden Traktandums an der Hauptversammlung 1998: «Orientierung Zusammenschluss» (AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Protokoll der Hauptversammlung vom 31. März 1998, 2).

62 Vgl. AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 2. Juni 1998, 2.

63 Vgl. ebd.

mit einem Projekt in der diakonischen Nachbarschaftshilfe⁶⁴ «Lücken im Angebot bestehender Dienstleistungen zu schliessen».⁶⁵

Die beiden konfessionellen Vereine bestanden vorderhand auch nach der Gründung des neuen Vereins und dessen Übernahme der Aufgaben ab 1. Januar 1999 weiter und unterstützten den neuen Verein «befristet [...] finanziell».⁶⁶ Zwei Jahre später, als das bestehende Vermögen vollständig an den neuen Verein übertragen wurde, erfolgten schliesslich die Vereinsauflösungen.⁶⁷

3. Die Politik beschliesst den stadtteilbezogenen Zusammenschluss zur Spitex St. Gallen-Ost: Die Jahre 1999–2020

Eine mit Vertretungen beider involvierter Vereine besetzte Arbeitsgruppe machte sich ab dem Jahr 1998 daran, die notwendigen Vorbereitungen für die neuen Vereinsstrukturen zu treffen. Dazu gehörten etwa Name und Signet, die Besetzung des Vorstands, die Suche geeigneter Räumlichkeiten sowie diverse betriebliche und organisatorische Fragen.⁶⁸ Die Arbeitsgruppe konstatierte: «Damit die Spitexvereine die vom Gemeinderat der Stadt St. Gallen beschlossenen Leistungsvereinbarungen längerfristig abschliessen können, sind sie gezwungen, die dort aufgeführten Bedingungen zu erfüllen.»⁶⁹ Nach geleisteten Vorarbeiten konnte Ende August 1998 die Gründung des neuen Vereins «Spitex St. Gallen-Ost» erfolgen; das Vereinspräsidium übernahm eine Vertreterin der evangelisch-reformierten Seite, ein katholischer Vertre-

64 Vgl. AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Protokoll der Hauptversammlung vom 24. April 1999, 2.

65 AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 5. März 1999, 2.

66 ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Protokoll der Gründungsversammlung vom 31. August 1998, 1.

67 Vgl. AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Protokoll der Hauptversammlung vom 5. April 2001, 1.

68 Vgl. AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Protokoll der Sitzung der «AG Zukunft» vom 16. März 1998, 1.

69 AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Protokoll der Sitzung der «AG Zukunft» vom 14. Januar 1998, 1.

ter wurde als Vizepräsident gewählt. Unter den insgesamt fünf Vorstandsmitgliedern befand sich auch ein Pfarrer der katholischen Kirchgemeinde.⁷⁰

Die neuen Vereinsstatuten benannten zwar noch die Gründungsmitglieder (namentlich die bisherigen konfessionellen Vereine und deren Vorstandsmitglieder),⁷¹ sie hielten aber gleichzeitig fest, dass der Spitexverein «politisch unabhängig und konfessionell neutral»⁷² sei. Die Statuten enthielten darüber hinaus keinerlei weitere Verbindungen zu den beiden bisherigen Vereinen oder den Kirchgemeinden bis auf die Bestimmung, dass die bisherigen Vereine temporär je zwei Vorstandsmitglieder bestimmen könnten, «solange die beiden Gründervereine bestehen».⁷³ Die vorliegenden Unterlagen weisen auf, dass weder eine (Mit-)Trägerschaft der bisherigen Vereine oder der Kirchgemeinden noch eine ökumenische Ausrichtung des Vereins je in Betracht gezogen wurde.

Der neue Verein konnte seine Arbeit pünktlich zu Beginn des Jahres 1999 aufnehmen. Mit 14 Mitarbeitenden waren die Vereinsstrukturen nun deutlich grösser als in den bisherigen Vereinen, entsprechend bestanden anfangs zahlreiche Unsicherheiten und Absprachebedarfe bezüglich Aufgaben und Kompetenzen sowohl unter den Mitarbeiterinnen als auch zwischen den Mitarbeiterinnen und dem Vorstand.⁷⁴ Letzterer hatte sich in der Folgezeit nicht nur mit dem ständigen Nachfragewachstum und dem damit einhergehenden Personalzuwachs zu beschäftigen, sondern auch mit zahlreichen weiteren Aufgaben, die laufend dazukamen, wie dem Ausbau des Leistungsangebots, der Erschliessung neuer Finanzierungsquellen über Firmensponsoring sowie in zunehmendem Masse auch mit der Implementierung neuer EDV-Lösungen für den Betrieb.⁷⁵ Die wachsende Aufgabenfülle führte im Vorstand zu intensiven Debatten über die Trag- und Leistungsfähigkeit des bestehenden Milizsystems. Aus den diesbezüglichen Debatten resultierten eine Neustrukturierung der Vorstandstätigkeit und die Einführung von Ressorts, die durch die einzelnen Vorstandsmitglieder geleitet wurden.⁷⁶

70 Vgl. ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Brief vom 30. September 1998 an externe Institutionen, 1.

71 Vgl. ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Statuten vom 31. August 1998, Art. 3.

72 Ebd., Art. 1.

73 Ebd., Art. 6. Angesichts der Auflösung des bisherigen Vereins im Jahr 2001 bestand dieses Ernennungsrecht gerade einmal während zwei Jahren.

74 ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Protokoll der Vorstandssitzung vom 26. März 1999, 1.

75 Vgl. dazu bspw. ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Jahresbericht 2003, 1, sowie ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Protokoll der Vorstandssitzung vom 10. März 2010, 2.

76 Vgl. ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Protokoll der Vorstandssitzung vom 11. Juni 2003, 1.

Das laufende Nachfragewachstum zeigt sich einerseits in der Zunahme der Mitarbeitenden; zum 10-Jahre-Jubiläum hatte sich der Personalbestand bereits mehr als verdoppelt.⁷⁷ Andererseits wurde dies in den finanziellen Kennzahlen des Vereins ersichtlich, der Umsatz stieg jährlich stark an.⁷⁸ Verantwortlich für dieses Wachstum war nicht allein die steigende Anzahl an Mitarbeitenden, sondern auch die durch den Kanton vorgegebenen und zuweilen beträchtlichen individuellen Gehaltsanstiege.⁷⁹ Der steigende Finanzierungsbedarf führte insbesondere in den Anfangsjahren zu besonderen Herausforderungen, da die Kapitalbasis des jungen Vereins noch zu niedrig war – zumal die bisherigen Vereine ihr Vermögen nicht von Anfang an dem neuen Verein vermachten. Entsprechend intervenierte das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) gegenüber dem Verein mit der Forderung, dass «das Vermögen auf den Nachfolgeverein übergehen»⁸⁰ solle, zumal im Vermögen der bisherigen Vereine noch nationale Subventionsgelder gemäss AHV-Gesetz steckten. Die beiden bisherigen Vereine reagierten in einem ersten Schritt mit Vermögensübertragungen sowie Darlehensverzichten,⁸¹ in einem zweiten Schritt dann folgten wie erwähnt die Vereinsauflösungen mit dem damit verbundenen vollständigen Vermögensübertrag an den neuen Verein.

Die finanzielle Basis des neuen Vereins verbesserte sich mit diesem Vermögensübertrag zwar umgehend, doch blieb die Finanzierungssituation auch

-
- 77 Von 22 auf 46 Mitarbeitende, vgl. ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Jahresbericht 2008, 1.
- 78 Im Jahr 2013 belief sich dieser bereits auf 2,6 Mio. CHF (vgl. ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Jahresbericht 2013, 1); im Jahr 2017 waren es bereits knapp 4 Mio. CHF (vgl. ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Jahresrechnung 2017, 1).
- 79 Vgl. hierzu bspw. der vom Kantonsrat vorgegebene Gehaltsanstieg im Umfang von 7,2 % im Jahr 2002 (vgl. ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Protokoll der Vorstandssitzung vom 28. November 2001, 2).
- 80 ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Schreiben des Bundesamts für Sozialversicherungen (BSV) an den Verein Spitex St. Gallen-Ost vom 20. August 1998, 1. Das BSV erwähnte, dass in solchen Fällen üblicherweise gleich zu Beginn der Vereinsgründung die Vorgängerinstitutionen liquidiert und das Vermögen übertragen würde; im vorliegenden Fall konzidierte das BSV jedoch: «Aufgrund der besonderen Verhältnisse, d. h. wegen dem konfessionellen Charakter der beiden Gründervereine, können wir uns für die nächsten Jahre mit der von Ihnen eingeschlagenen Lösung [d. h. mit der nachträglich erfolgenden Liquidierung der bisherigen Vereine, S. H.] einverstanden erklären» (ebd.).
- 81 Vgl. ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Protokoll der Hauptversammlung vom 9. Mai 2000, 2. Seitens des katholischen Vereins gingen noch einzelne Beträge an die im Stadtteil gelegenen katholischen Pfarreien mit der Zweckbindung «für diakonische Aufgaben» (ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Protokoll der Vorstandssitzung vom 26. März 2003, 2).

in den Folgejahren herausfordernd. Dies war insbesondere dem Umstand geschuldet, dass die Stadt St. Gallen, der gemäss geltendem Recht die sogenannte Restfinanzierung der nicht anderweitig gedeckten Spitexkosten oblag, wiederholt Sparanstrengungen unternahm sowie neue Subventionsmodelle suchte, um ihren Beitrag reduzieren zu können.⁸² Der Spitexverein kritisierte daran insbesondere, dass die Stadt ihre Beiträge überhaupt erst dadurch reduzieren konnte, dass der Verein zusätzliche Eigenleistungen (u. a. durch Mitgliederbeiträge) erbrachte. Aus diesem Grund führte der Spitexverein ein strukturelles Manöver durch, um hier Entlastung zu schaffen. Er gründete einen Gönnerverein und führte die Regelung ein, dass die Beiträge der Vereinsmitglieder fortan direkt an diesen Gönnerverein gingen. Dies diente dem Ziel, «dass das Geld [der Mitgliederbeiträge, erg. SH] nicht einfach in der Spitex-Betriebsrechnung verschwindet und die Stadt ihre Subventionen mit der Begründung kürzen kann, dass ja noch genügend eigene Mittel vorhanden seien».⁸³ Dadurch, dass die Mitgliederbeiträge nun nicht mehr in die Gesamtrechnung einfließen und in der Subventionsrechnung nicht mehr berücksichtigt wurden, war es dem Verein möglich, zusätzliche Dienstleistungen zu finanzieren, die von der Stadt nicht subventioniert wurden.⁸⁴

Um das Jahr 2010 stellte das personelle Wachstum den Vereinsvorstand vor die Herausforderung, dass die Räumlichkeiten des Spitexzentrums zu klein wurden. So setzte er sich unter anderem mit der katholischen Kirchgemeinde, in deren Räumlichkeiten der Verein nach wie vor eingemietet war und die dort einen Umbau plante, in Verbindung. Die Anfrage stiess bei der Kirchgemeinde insofern auf Anklang, als dass diese eine intensivere Zusammenarbeit mit der Spitex vorschlug, die «mehr als ein nachbarschaftliches Liegenschaftsverhältnis»⁸⁵ mit günstigen Mietkonditionen sein, sondern auch Synergien in institutioneller und personeller Hinsicht umfassen sollte.⁸⁶ So war intendiert, dass die katholische, aber auch die evangelische Kirchgemeinde einen Sitz im Vorstand zugestanden erhalten, dass die Kirchgemeinden die Spitex (wieder) unterstützen, dass sich aber gleichzeitig die Spitex als

82 Die Restfinanzierung durch die Stadt St. Gallen begann im Jahr 2002 (vgl. ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Protokoll der Vorstandssitzung vom 26. März 2003, 2). Siehe zu den städtischen Sparanstrengungen ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Jahresbericht 2004, 1, sowie ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Jahresbericht 2008, 1.

83 ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Protokoll der Hauptversammlung vom 28. April 2015, 3.

84 Vgl. ebd.

85 ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Protokoll der Hauptversammlung vom 15. April 2010, 4.

86 Vgl. ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Protokoll der Vorstandssitzung vom 23. Juni 2010, 2.

eine auf einer christlichen Basis stehende Organisation definiert.⁸⁷ Nach Zustimmung durch die evangelisch-reformierte Kirchgemeinde erfolgte eine entsprechende Statutenänderung, in der neu festgehalten wurde, dass der Verein «sich an der christlichen Diakonie»⁸⁸ orientiere und dass die beiden Kirchgemeinden als Kollektivmitglieder aufgenommen wurden, denen je ein Vorschlagsrecht für ein Vorstandsmitglied zustand.⁸⁹

Im weiteren Verlauf zeigte sich jedoch, dass die Zusammenarbeit zwischen Kirchgemeinde und Spitexverein just in dem Bereich, der den Anlass für die vertiefte Verbindung bildete – namentlich in der Einmietung der Spitex bei den neuen Räumlichkeiten der Kirchgemeinde – doch nicht in der geplanten partnerschaftlichen Weise funktionierte. Nach umfangreichen Planungsarbeiten seitens der katholischen Kirchgemeinde wurde klar, dass die Kirchgemeinde nun doch nicht bereit war, der Spitex die gesuchten Räumlichkeiten zu Vorzugskonditionen zu überlassen, sondern sogar derart teure Konditionen forderte, die die Stadt ihrerseits aufgrund ihrer Restfinanzierungspflicht nicht zu zahlen bereit war.⁹⁰

Der gesamte vorliegende Zeitraum war geprägt von der Intention seitens der Stadtbehörden, weitere strukturelle Bereinigungen in der städtischen Spitexlandschaft zu erwirken. Bereits wenige Jahre nach der Einführung des Modells «3+1», d. h. im Jahr 2005, gab die Stadtregierung einen Bericht über die Zukunft der Spitexversorgung im Stadtgebiet in Auftrag.⁹¹ Einzelne der städtischen Spitexorganisationen versuchten daraufhin, ein proaktives Vorgehen der Spitexorganisationen zu initiieren mit dem Ziel, dass sie damit «der

87 Vgl. ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Protokoll der Vorstandssitzung vom 10. März 2010, 2.

88 ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Statuten vom 25. April 2017, Art. 1.2.

89 Vgl. ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Statuten vom 25. April 2017, Art. 3.1. und 6.1. In den vorbereitenden Debatten wurde sogar noch darüber diskutiert, ob die Statuten ergänzt werden sollten mit einer Formulierung, die ein gewisses «diakonisches Plus» (ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Jahresbericht 2010, 3) einer christlich geprägten Spitextätigkeit beinhaltete.

90 Vgl. hierzu bspw. ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Protokoll der Vorstandssitzung vom 25. Juni 2016, 1. Die katholische Kirchgemeinde hielt nun fest: «Es sollen alle Drittnutzer gleich behandelt werden; dem diakonischen Aspekt könne nicht via Mietzins Rechnung getragen werden.» (ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Protokoll der Vorstandssitzung vom 10. November 2015, 1).

91 Vgl. ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Protokoll der Vorstandssitzung vom 8. Dezember 2005, 1.

Entwicklung ein Stück vorausgehen und diese vor allem selbst bestimmen»⁹² könnten. Die hierzu geführten «unverbindliche[n] Gespräche»⁹³ zeitigten jedoch keine Ergebnisse.

Ebenso ergebnislos blieben die Verhandlungen mit der Stadt, die aufgrund des in Auftrag gegebenen Berichts einen weiterführenden Zusammenschluss aller bestehenden Spitexorganisationen vorsah. Aufgrund des Widerstands der Spitexorganisationen, die allesamt dagegen waren,⁹⁴ wurde dieses Modell vorerst nicht weitergeführt. Den Spitexorganisationen war aber bereits bewusst, dass die Stadt bereit war, zukünftig einen stärkeren Einfluss auf die Spitexstrukturen auszuüben. So betonten sie, dass sich die Spitexorganisationen «einigen [müssten], sonst macht die Stadt, was sie will».⁹⁵

Grössere Bewegung kam dann in das Thema der Spitexstrukturen durch ein Postulat, das im Jahr 2014 im Stadtparlament eingereicht wurde und das die Stadtregierung beauftragte, neue Spitexstrukturen zu prüfen.⁹⁶ Rasch zeigte sich, dass die Stadtregierung diesmal gewillt war, die Leitung in der Frage zu übernehmen.⁹⁷ So schlug sie dem Stadtparlament im Postulatsbericht vor, die Spitex im Stadtgebiet zukünftig in einer «Einheitsorganisation»⁹⁸ zusammenzuschliessen. Verschiedene Spitexorganisationen, darunter auch die Spitex St. Gallen-Ost, wehrten sich gegen diesen Zusammenschluss und kontaktierten hierfür die Mitglieder des Stadtparlaments.⁹⁹ Aus ihrer Sicht gab es «keine überzeugenden Gründe» für ein solches «zentralistisch-dirigisti-

92 ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Konzept der Spitex Centrum «Motivation für einen Zusammenschluss mit Spitex St. Gallen-Ost» vom 14. Dezember 2004, 1.

93 Vgl. ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Protokoll der Vorstandssitzung vom 5. Januar 2005, 1.

94 Vgl. ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Protokoll der Vorstandssitzung vom 31. Oktober 2007, 1.

95 Ebd.

96 Die erstmalige Kenntnisnahme und Behandlung des entsprechenden Postulats erfolgte im Frühling 2014 (vgl. ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Protokoll der Vorstandssitzung vom 2. April 2014, 2).

97 Die Stadtregierung formulierte: «In der Verantwortung steht letztlich die politische Gemeinde, denn ihr weist das Gesetz die Verpflichtung zu, für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu sorgen.» (ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Stadtrat St. Gallen, Postulatsbericht vom 24. Oktober 2017, 2).

98 ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Stadtrat St. Gallen, Postulatsbericht vom 24. Oktober 2017, 3.

99 Vgl. ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Protokoll der Vorstandssitzung vom 24. Januar 2018, 1.

sches Eingreifen in funktionierende, bewährte Strukturen». ¹⁰⁰ Die Stadtregierung hatte jedoch kein Verständnis für die Abwehrhaltung der Vereine und kritisierte ihrerseits, dass in den bestehenden Vereinen «kaum Innovationen» sowie «mangelnde Anpassung an die sich verändernde Umwelt» ¹⁰¹ bestünden. Da die Vereine die «zahlreichen Anstösse der Stadt in Richtung einer selbst gesteuerten Strukturbereinigung zurückgewiesen» hätten, werde «die Stadt nun selbst aktiv und übernimmt den Lead im Strukturprozess». ¹⁰² Das Stadtparlament folgte der Stadtregierung in dieser Haltung und stimmte dem neuen Strukturmodell einer Einheitsorganisation auf dem Stadtgebiet zu. ¹⁰³

Der Vereinsvorstand konstatierte: «Und nun sind es erneut politische Vorgaben, die zur Beendigung unseres Spitex-Auftrages geführt haben.» ¹⁰⁴

4. Die Stadt St. Gallen als Eigentümerin der Spitex St. Gallen AG: Ab 2021

Die Stadtregierung leitete folglich die Reorganisationsarbeiten an, die zum Zusammenschluss der bisherigen Spitexorganisationen unter dem Dach der neuen Einheitsorganisation führten. Zu deren Organisationsform hielt die Stadtregierung fest: «Im Einklang mit der liberalen Tradition steht für den Stadtrat die Neugründung einer verwaltungsexternen Organisation im Vordergrund.» ¹⁰⁵ Das heisst, die Stadt gründete am 14. August 2020 eine Aktiengesellschaft, an der sie sich als Mehrheitsaktionärin beteiligte und deren Verwaltungsrat sie stellte. ¹⁰⁶ Nach rund zweijährigen Planungsarbeiten konnte die neue Einheitsorganisation per 1. Januar 2021 ihren Betrieb aufnehmen.

Aus der bisherigen Spitex St. Gallen-Ost haben fast alle Mitarbeitenden den neuen Anstellungsvertrag mit der neuen Arbeitgeberin unterzeichnet.

100 ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Stellungnahme an die Mitglieder des Stadtparlaments vom 30. September 2017, 1.

101 ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Vortrag der zuständigen Stadträtin vom 13. Dezember 2019, 9.

102 ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Vortrag der zuständigen Stadträtin vom 13. Dezember 2019, 11.

103 Vgl. hierzu die Diskussion im Vereinsvorstand in: ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Protokoll der Vorstandssitzung vom 28. November 2018, 1.

104 ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Jahresbericht 2020, 1.

105 ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Postulatsbericht vom 24. Oktober 2017, 3.

106 Vgl. Spitex Stadt St. Gallen, Portrait.

Zudem übergab der bisherige Verein die gesamte Betriebsinfrastruktur sowie die Einsatzfahrzeuge unentgeltlich der neuen Einheitsorganisation.¹⁰⁷

Der Start der neuen Einheitsorganisation erschien in den ersten Monaten jedoch sehr turbulent. Innerhalb der ersten Jahreshälfte kündigten 36 Mitarbeitende und damit rund ein Drittel der Belegschaft, darunter viele ehemalige Mitarbeitende der Spitex St. Gallen-Ost, im Sommer erfolgte dann noch die Kündigung des Geschäftsführers.¹⁰⁸ Dieser Betriebsstart warf sowohl in der lokalen Politik¹⁰⁹ als auch in der Medienlandschaft bis auf nationale Ebene¹¹⁰ hohe Wellen.

107 ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Jahresbericht 2020, 1.

108 Vgl. Nehmiz, Verantwortung.

109 Vgl. hierzu bspw. die Interpellation von Maja Dörig mit dem Titel «Wie steht es um die neue Spitex St. Gallen?» im St. Galler Stadtrat vom 23. März 2021.

110 Vgl. hierzu bspw. die Berichterstattung in: Blick online, «Bei der Spitex St. Gallen kommts zum grossen Knall» vom 10. März 2021.

II.6. Vom reformierten Krankenpflegeverein Reiden (LU) zur Spitex Wiggertal

**Zur Einführung: Sozialhistorische und konfessionelle Angaben zu Reiden;
verwendete Archivbestände**

Die Gemeinde Reiden liegt im sogenannten «unteren Wiggertal»¹ im Nordwesten des Kantons Luzern. Sie umfasst die Dörfer Langnau, Reiden und Richtenthal und grenzt an die Kantone Aargau und Bern.

Noch bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts lebten die Einwohnerinnen und Einwohner im Wesentlichen von der Landwirtschaft. Durch die Nähe zur 1856 eröffneten «Centralbahn» siedelten einige Industriebetriebe auf dem Gemeindegebiet an, wodurch eine «Entwicklung zum Gewerbe- und Industriedorf»² begann. Die Angehörigen der reformierten Konfession bestanden hauptsächlich aus Arbeitskräften für die lokalen Gewerbe- und Industriebetriebe, die aus reformierten Gebieten zugewandert waren. Ihre konfessionelle Betreuung wurde vorerst noch von den Pfarrern aus den reformierten Kirchgemeinden der angrenzenden Kantone übernommen.³

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts begannen sich die reformierten Konfessionsangehörigen der Gemeinde Reiden zu organisieren. Nachdem 1899 vor Ort ein erster Gottesdienst gefeiert wurde und 1901 die Sonntagsschule ihren Betrieb aufnahm, gründeten die Beteiligten im Jahr 1914 den Protestantenverein Reiden und Umgebung, der kurze Zeit später – im Jahr 1918 – in die Protestantische Genossenschaft umgewandelt wurde.⁴ Ermöglicht wurden die gemeindlichen Arbeiten vom protestantisch-kirchlichen Hilfsverein aus Basel, der die Genossenschaft sowohl finanziell als auch mit der Entsendung eines Seelsorgers unterstützte.⁵ Die formelle Gründung der evangelisch-reformierten Kirchgemeinde und deren öffentlich-rechtliche Anerkennung folgte kurze Zeit später, d. h. in den Jahren 1926 und 1927,⁶ wodurch die Kirchgemeinde – angesichts des Rechts zur Erhebung von Kirchensteuern – weitgehend finanziell unabhängig wurde.

1 Gemeinde Reiden, Zahlen.

2 Gemeinde Reiden, Geschichte.

3 Kägi, 100 Jahre, 25.

4 Diese Umwandlung gilt vor Ort als eigentliche Geburtsstunde der evangelisch-reformierten Kirchgemeinde, vgl. Kägi, 100 Jahre, 27 f.

5 Vgl. Kägi, 100 Jahre, 28.

6 Vgl. Kägi, 100 Jahre, 34.

Zum Zeitpunkt der Gründung des reformierten Krankenpflegevereins in den 1940er Jahren umfasste das Gebiet der Kirchgemeinde rund 8800 Einwohnerinnen und Einwohner, gut 18% davon gehörten der evangelisch-reformierten Konfession an.⁷ Bis ins Jahr 2016 stieg die Bevölkerung im Gemeindegebiet auf gut 11 800 Personen an; der Anteil der reformierten Konfessionsangehörigen blieb im gesamten betrachteten Zeitraum recht stabil und machte im Jahr 2016 16,6% aus.⁸

Für die vorliegenden Arbeiten konnten zwei relevante Archivbestände ausgemacht werden: Zum reformierten Krankenpflegeverein Reiden bestehen digitalisierte Unterlagen im Archiv der evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Reiden (AKGR). Sie umfassen Jahresberichte, Statuten, Protokolle der Vereinsorgane aus der Zeit ab der Gründung bis zur Vereinsauflösung im Jahr 1997. Allerdings fehlen Unterlagen aus den 1950er Jahren weitgehend. Aus den nachfolgenden Ausführungen wird ersichtlich, dass im Zeitraum von 1977 bis zur Auflösung des reformierten Krankenpflegevereins im Jahr 1997 u. a. durch die Schaffung des Ambulanten Krankendienstes (AKD) eine Parallelität von Krankenpflegeinstitutionen bestand. Da die Unterlagen vom AKD nur lückenhaft vorhanden sind, muss gelegentlich auf die Berichterstattung darüber innerhalb des reformierten Krankenpflegevereins zurückgegriffen werden.

Sodann sind in einem Archiv der Spitex Wiggertal (ASW) Unterlagen vorhanden, die bis ins Jahr 1997 (in Einzelfällen auch weiter) zurückreichen. Sie enthalten Jahresberichte, Protokolle der Vereinsorgane sowie verschiedene Korrespondenzen des Vereinsvorstands aus der genannten Zeit.

1. Die Gründungsphase: Die Jahre 1943–1950

Die Arbeiten zur Errichtung eines lokalen Krankenpflegevereins begannen im Jahr 1943 und wurden von einer Gruppe um den damaligen Gemeindepfarrer Pfr. Ernst geleitet. Ein zentraler Aspekt der Vorarbeiten betraf die Suche nach einer Diakonisse, die im Auftrag des Vereins die konkrete Krankenpflege vor Ort durchführen sollte. Noch während der Vorarbeiten nahm die Gruppe Kontakt auf mit verschiedenen Diakonissenmutterhäusern in der Deutschschweiz und wurde schliesslich beim Diakonissenhaus «Ländli» in Oberägeri fündig, dessen Leitung der Entsendung einer Diakonisse als «Gemeindeschwester» zustimmte. Der entsprechende Vertrag zwischen dem

7 Vgl. Kägi, 100 Jahre, 103.

8 Vgl. Kägi, 100 Jahre, 104.

Ländli und dem Krankenpflegeverein enthielt Bestimmungen sowohl über die Anstellungs- und Entschädigungsmodalitäten (Entschädigung an das Diakonissenhaus, Haushaltungsgeld an die Schwester, Anforderungen an die Wohnung der Schwester, u. a. m.) als auch über disziplinarrechtliche Fragen (Unterstellung, Weisungsbefugnisse).⁹ Sodann standen die Schaffung der rechtlichen und betrieblichen Grundlagen der Pfl egetätigkeit (Vereinsstatuten, Pflegeordnung)¹⁰ sowie die Regelung durchaus praktischer Fragen an, so etwa die Suche, Bereitstellung und Möblierung der Diakonissenwohnung, die Beschaffung eines Fahrrads sowie die Bereitstellung eines Grundbestands an Pflegeutensilien.¹¹

Nach der Gründung des Vereins, die innerhalb weniger Monate nach Beginn der Vorarbeiten erfolgen konnte,¹² richtete sich das Engagement des Vereinsvorstands stark auf die Suche nach neuen Mitgliedern bzw. auf die Mitgliederwerbung aus, zumal die Aufwendungen des Vereinsbetriebs nicht allein durch die Pfl egetaxen gedeckt werden konnten, sondern wesentlich auch das Mittragen zahlreicher Mitglieder und deren Jahresbeiträge benötigten.¹³

Im Blick auf die Trägerschaftsstruktur des Krankenpflegevereins bzw. dessen konfessionelle Prägung ist von Anfang an ein gewisser Doppelcharakter feststellbar: Mit der institutionellen Verortung kam der «Wunsch [...], in unserer Gemeinde einen eigenen Krankenpflegeverein zu besitzen»,¹⁴ zum Ausdruck. Der Krankenpflegeverein wurde ohne Vorbehalte als «Kind der Gemeinde, das aus ihrem Schosse geboren wurde»,¹⁵ verstanden; eine institutionelle Öffnung gegenüber der katholischen Kirchgemeinde bzw. eine Mit-

9 AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Vertrag zwischen dem protestantischen Krankenpflegeverein im Gebiete der Kirchgemeinden Reiden und Dagmersellen vom 1. September 1943, § 2.3. Ebenso wurde vertraglich festgehalten, dass der Diakonisse «sonntäglich der Besuch des Gottesdiensts ermöglicht» werden solle (§ 6).

10 Vgl. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der konstituierenden Generalversammlung vom 23. Mai 1943, 3.

11 Vgl. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der Vorstandssitzung vom 2. September 1943, 2 f.

12 Vgl. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der konstituierenden Generalversammlung vom 23. Mai 1943.

13 Bis zum Jahresende 1943 waren bereits rund 170 der 250 reformierten Gemeindeglieder Mitglied im Verein (AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der Vorstandssitzung vom 11. Januar 1944, 2).

14 AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der 1. Vorbereitungs-sitzung vom 10. März 1943, 1.

15 AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1945 des Krankenpflegevereins, 2.

trägerschaft derselben war bereits zu Beginn verworfen worden.¹⁶ Zwar war der Krankenpflegeverein in rechtlicher Hinsicht eine eigenständige Organisation, doch wurden im Sinne der genannten Verortung innerhalb der reformierten Gemeinde verschiedene Rückbindungen an die Kirchgemeinde verankert. So räumten die Vereinsstatuten den beiden örtlichen Kirchgemeinden Reiden und Dagmersellen bei Statutenrevisionen ein Einspruchsrecht ein.¹⁷ Zudem war festgehalten, dass das Vereinsvermögen bei einer allfälligen Vereinsauflösung an die Kirchgemeinde Reiden zur Verwaltung zu übergeben sei.¹⁸ Dass die meisten Vereinsveranstaltungen (Vorstandssitzungen, Generalversammlungen) in den Lokalitäten der Kirchgemeinden und zeitlich angelehnt an deren Veranstaltungen stattfanden, unterstreicht die institutionelle Verbindung zwischen Verein und reformierter Kirchgemeinde.¹⁹ Trotz der engen institutionellen Bindung zwischen Verein und reformierter Kirchgemeinde herrschte in Bezug auf die Pflegetätigkeit sowie auch auf die Mitgliedschaft eine grundsätzliche Offenheit. Wenn der «philanthropische und konfessionell-neutrale Charakter»²⁰ des Vereins hervorgehoben wurde, so bezieht sich das auf das Faktum, dass die «Mitgliedschaft [...] ohne Unterschied der Konfession [...] erworben werden»²¹ konnte und demzufolge auch die Pflegeleistungen allen Mitgliedern offenstanden.²² So sah sich der Krankenpflegeverein – im Wissen um seine strukturelle Verortung bei der

16 Argumentiert wurde damit, dass «das Gründungsmotiv verwischt und die ganze Einrichtung automatisch unter das Patronat der katholischen Kirche bzw. des Pfarrers geraten würde» (AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der 1. Vorbereitungssitzung vom 10. März 1943, 2).

17 Vgl. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Gründungsstatuten vom 23. Mai 1943, § 18.

18 Vgl. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Gründungsstatuten vom 23. Mai 1943, § 19.

19 Vgl. hierzu beispielsweise die Durchführung der Generalversammlung in der reformierten Kirche (AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der 1. Generalversammlung vom 23. April 1944, 1).

20 AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der Generalversammlung vom 21. Januar 1945, 1.

21 AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Gründungsstatuten vom 23. Mai 1943, § 3. Bereits der erste Jahresbericht 1943 betont, dass unter den knapp 200 Mitgliedern «erfreulicherweise auch einige Katholiken» seien (1).

22 Es wurde sogar als «Selbstverständlichkeit» bezeichnet, dass die Diakonisse «über die nötige Anpassungsfähigkeit und den gebührenden Takt im Umgang mit Andersgläubigen» verfüge (AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Einladung zur konstituierenden Generalversammlung vom 23. Mai 1943).

reformierten Gemeinde – in gewisser Weise auch als «Bindeglied zwischen der reformierten und der katholischen Gemeinde».²³

Eine besondere Bedeutung in der Verbindung zwischen Kirchgemeinde und Verein kam der jeweiligen Pfarrperson zu. Pfr. Ernst initiierte die Gründung des Vereins, leitete die Vorarbeiten und wurde von der Gründungsversammlung als erster Präsident des Vereins gewählt.²⁴ Nach seinem baldigen Stellenwechsel nach Reinach übernahm sein Nachfolger im Pfarramt, Pfr. Müller, das Vereinspräsidium.²⁵ Wenn auch die Vereinsstatuten keine direkten Vorgaben zur Besetzung des Vereinsvorstands machten bzw. die personelle Beteiligung der Kirchgemeinde nicht explizit festhielten,²⁶ so erschien es doch als gegeben, dass die jeweilige Pfarrperson mit der Leitung der Vereinsgeschicke zu betrauen sei und so gewissermassen als Garant für die Verbindung zwischen Kirchgemeinde und Verein fungierte.²⁷ In Bezug auf die personellen Verbindungen zwischen Kirchgemeinde und Vereinstätigkeiten ist auch das Wirken der ersten Gemeindeschwester, Sr. Ida Weber, zu berücksichtigen. Der Vertrag zwischen Verein und dem Diakonissenhaus Ländli hielt zwar nichts von einer kirchgemeindlichen Tätigkeit fest, doch erwies sich die Gemeindeschwester als aktive Mitwirkende in der Gemeinde. Sie

23 AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1943 des Krankenpflegevereins, 2.

24 Vgl. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der konstituierenden Generalversammlung vom 23. Mai 1943, 3.

25 Vgl. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1943, 2.

26 Die Vereinsstatuten hielten lediglich fest, dass «nach Möglichkeit alle Vereinsgebiete vertreten» und «dem weiblichen Geschlecht mindestens die Hälfte der Mandate eingeräumt werden» sollen (AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Gründungsstatuten vom 23. Mai 1943, § 12).

27 Dass diese Funktion als Bindeglied bzw. diese Doppelrolle mitunter auch konfliktanfällig war, zeigt eine Anekdote aus den ersten Vereinsjahren. Die Kirchgemeinde sagte dem Krankenpflegeverein u. a. dahingehend Unterstützung zu, dass dem Verein sowohl die Organisation als auch die Erträge aus dem kirchgemeindlichen Erntedankfest zugesprochen wurden. In einer Vorstandssitzung nach erfolgtem Erntedankfest entwickelte sich eine lebhafte Kontroverse über den Sachverhalt, dass der Pfarrer und Vereinspräsident ohne Konsultation der Vorstandsmitglieder einen Teilbetrag des Reinerlöses für die pfarramtliche Armenkasse verwendete. Während dieser Sachverhalt aus Vereinssicht als «willkürliche ... Abzweigung» bezeichnet wurde, so erfolgte der Schritt aus pfarramtlicher Sicht aufgrund des «freien Verfügungsrechts über das Erträgnis» (AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der Vorstandssitzung vom 16. Januar 1945, 1 f.). Die Kontroverse zeigt eine gewisse Fragilität der im Pfarramt zugespitzten, engen Verbindung zwischen Kirchgemeinde und Verein.

betreute die Sonntagsschule sowie die Jungmädchen-Vereinigung und leitete verschiedene Frauenzusammenkünfte der Gemeinde und trug so «zur Entlastung der pfarramtlichen Obliegenheiten»²⁸ bei. Auch umgekehrt, d.h. vonseiten der Kirchgemeinde, bestand ein vitales Interesse am Wirken des Krankenpflegevereins. So gab der damalige Kirchenratspräsident bei der Gründungsversammlung zu Protokoll, den Verein «moralisch und finanziell nach Kräften unterstützen»²⁹ zu wollen.

Diese finanzielle Unterstützung war denn auch vonnöten, zumal der Krankenpflegeverein zu Beginn seines Wirkens die eigenen Aufwendungen nicht ohne Beiträge der Kirchgemeinden zu decken vermochte. Gemäss dem ersten, an der konstituierenden Generalversammlung vorgelegten Betriebsbudget, das mit einem Umsatz von CHF 3000 rechnete, konnte der Verein über die Erhebung von Pflegetaxen rund CHF 1000 als Eigenleistungen zum Ertrag beisteuern. Einkünfte in gleicher Höhe generierten die jährlichen Mitgliederbeiträge; daneben waren es die Beiträge der reformierten Kirchgemeinden (sowie zu Beginn auch der reformierten Frauenvereine Reiden und Dagmersellen), die dazu beitrugen, Ausgaben und Einnahmen im Gleichgewicht zu halten.³⁰ Die Beiträge der Kirchgemeinden bestanden aus zwei Teilen: Neben einem eher geringen Grundbeitrag überliessen die beiden Kirchgemeinden dem Krankenpflegeverein den Erlös ihrer Erntedankfeste,³¹ was in den ersten Jahren rund CHF 650 Reinerlös erbrachte und damit eine wesentliche Einnahmequelle darstellte.³² Bereits innert weniger Jahre nach der Vereinsgründung musste die finanzielle Abstützung des Vereinswirkens – bislang auf den drei Säulen basierend: Pflegetaxen, Mitgliederbeiträge, Kirchgemeindebeiträge – erweitert werden. Seit dem Jahr 1949 fand das Vereinswirken neben den bisherigen Beiträgen Unterstützung durch Spenden in Form von Kranzablösungen, aber auch durch finanzielle Beiträge der drei

28 AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der Generalversammlung vom 23. April 1944, 1.

29 AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der konstituierenden Generalversammlung vom 23. Mai 1943, 5.

30 Vgl. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der konstituierenden Generalversammlung vom 23. Mai 1943, 4.

31 Dies jedoch «unter der Bedingung, dass die Durchführung vom Krankenpflegeverein besorgt werde» (AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der Vorstandssitzung vom 14. September 1943, 1).

32 Vgl. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der Vorstandssitzung vom 16. Januar 1945, 1.

betroffenen politischen Gemeinden (Reiden, Langnau, Dagmersellen).³³ Dass die finanzielle Lage des Vereins angesichts des Wachstums seiner Tätigkeiten und trotz der neuen finanziellen Quellen angespannt blieb, zeigt die Tatsache, dass die Vereinsleitung verschiedentlich die Frage nach einer Erhöhung der Pflögetaxen erörtern musste.³⁴

Es wurde bereits erwähnt, dass die Beteiligten den Krankenpflegeverein als «Kind der Gemeinde, das aus ihrem Schosse geboren wurde»³⁵ verstanden. In den Vereinszusammenkünften sowie den entsprechenden schriftlichen Unterlagen aus den ersten Vereinsjahren kommt diese Rückbindung des Krankenpflegevereins an die Kirchgemeinde und damit an die diakonische Prägung der Kirchgemeinde in vielfacher Weise zur Sprache: Der Verein galt als «Frucht des christlichen Glaubens»,³⁶ in dem sich «praktisch die christliche Nächstenliebe [...] verwirklicht». ³⁷ Diese Orientierung am Bedarf der Nächsten wurde insbesondere gegenüber den zahlreichen Vereinen hervorgehoben, die vorwiegend «aus Selbstzweck»³⁸ bestünden – nicht so der Krankenpflegeverein: «Es geht uns einzig und allein ums Helfen. Etwas anderes dürfen wir nicht ins Auge fassen.»³⁹ Die in der Tätigkeit des Krankenpflegevereins praktizierte Nächstenliebe erfolgte aus der Deutung der Vereinsleitung heraus aufgrund «einer höheren Verpflichtung», um vor Ort die der Gemeinde «anvertraute Sendung [zu] erfüllen». ⁴⁰ Bei verschiedenen Gelegenheiten wird der Dank an Gott für das gedeihliche Wirken des Krankenpflegevereins formuliert, das wiederum als Ausdruck der göttlichen Gnade

33 Die Beiträge der politischen Gemeinden überstiegen mit zusammen CHF 370 bereits jetzt die direkten Beiträge der Kirchgemeinden mit CHF 250 (ohne Erträge aus den Erntedankfesten) (vgl. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Betriebsrechnung für das Jahr 1949 vom 31. Dezember 1949).

34 Vgl. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der Generalversammlung vom 21. Januar 1945, 1.

35 AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1945 des Krankenpflegevereins, 2.

36 AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1944 des Krankenpflegevereins, 1.

37 Ebd.

38 AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1946 des Krankenpflegevereins, 1.

39 AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1945 des Krankenpflegevereins, 1.

40 AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1943 des Krankenpflegevereins, 2.

verstanden wurde.⁴¹ Dass der Verein Hilfe und Unterstützung von den Mitgliedern und aus dem Umfeld erfahre, interpretierte die Vereinsleitung als «göttliche Vorsehung».⁴² Diese Unterstützung durch die Mitglieder verstand die Vereinsleitung nicht allein als rein monetäre Mitträgerschaft der Vereinszwecke, sondern darüber hinaus auch als Verbreitung der «christliche[n] Idee der Krankenhilfe, des barmherzigen Samariters».⁴³

2. Von der Konsolidierung bis zum Umbruch: Die Jahre 1950–1977

Nach den Jahren der Gründung und des Aufbaus des reformierten Krankenpflegevereins erfolgte ab den 1950er Jahren eine Phase der Konsolidierung. Das Organisations- und Arbeitsmodell hatte sich weitestgehend eingespielt, d. h., die Diakonisse führte in operativer Hinsicht die anfallenden Krankenpflegetätigkeiten aus, der Vorstand war zuständig für die Sicherstellung des Betriebs in personeller, rechtlicher und finanzieller Hinsicht. Bis weit in die 1960er Jahre funktionierte diese Aufteilung derart stabil, dass der Vorstand in der Regel nur wenige Sitzungen pro Jahr abhielt und seinen Mitgliedern zuweilen von einem «wirklich ruhigen Jahr»⁴⁴ berichten konnte. Der Vorstand beschäftigte sich etwa mit dem Aufbau und Unterhalt der Betriebsinfrastruktur;⁴⁵ intensiv gefordert war er jeweils, wenn ein Schwesternwechsel anstand.

Seit den 1950er Jahren und insbesondere in den 1960er Jahren ging die Zahl der Diakonissenschwestern derart zurück, dass deren Mutterhäuser je länger desto weniger in der Lage waren, Personal in die Aussenstationen der

41 Vgl. bspw. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der konstituierenden Generalversammlung vom 23. Mai 1943, 1; AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1945 des Krankenpflegevereins, 1.

42 AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1943 des Krankenpflegevereins, 3.

43 AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1944 des Krankenpflegevereins, 2.

44 AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1967, 1; in ähnlicher Weise auch in AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1966, 1, sowie AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1970, 1.

45 So bspw. mit der Anschaffung und dem Unterhalt eines Betriebsautos, mit welchem die Schwester die Pflegebedürftigen erreichen sowie zu Arztterminen oder Spitalkonsultationen fahren konnte (vgl. hierzu die besonderen Hinweise in AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1971, 1).

Gemeindepflege zu entsenden.⁴⁶ So bedurfte es auch beim Vorstand des Krankenpflegevereins Reiden zahlreicher Kontaktaufnahmen, Anfragen und Inserate, um neues Personal zu finden.⁴⁷ 1964 beendete die letzte Diakonisse im Krankenpflegeverein ihren Dienst. Deren Nachfolgerinnen waren sodann sogenannte «freie Schwestern», die nicht von Diakonissenhäusern ausgebildet und entsendet wurden, sondern an säkularen Pflegerinnenschulen ihre Ausbildung absolvierten, auf dem Arbeitsmarkt eine Anstellung suchten und dann direkt vom Krankenpflegeverein angestellt wurden. Basis hierfür bildeten Anstellungsverträge gemäss den Vorgaben des Schweizerischen Verbands diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger,⁴⁸ mit denen sich die Arbeitgeber neu auch für die Einhaltung von Ruhezeiten und Versicherungsleistungen bei Krankheit und Unfall sowie für Altersvorsorgeleistungen gegenüber den Arbeitnehmerinnen verpflichteten.

In finanzieller Hinsicht erwies sich der Vereinsbetrieb in einer ersten Zeit der Konsolidierung als äusserst stabil. Wenn auch durch den Personalwechsel hin zu einer «freien Schwester» die finanziellen Verpflichtungen stiegen und hierfür die Mitgliederbeiträge und Pfl egetaxen erhöht werden mussten,⁴⁹ so erwirtschaftete der Verein doch – v. a. dank den Erträgen der Erntedankfeste und umfangreicher Kranzspenden – gelegentlich beträchtliche Einnahmenüberschüsse, durch welche der Verein bis zu Beginn der 1970er Jahre ein stattliches Vermögen von rund CHF 30 000 aufbauen konnte.⁵⁰ Ab diesem Zeitpunkt jedoch machte die allgemeine Teuerung dem Krankenpflegeverein zu schaffen. Die Gehälter mussten erhöht werden, Mieten und Kosten für die weitere Infrastruktur stiegen, sodass die Jahresrechnungen bald deutliche Ausgabenüberschüsse auswiesen und sich der Verein veranlasst sah, zusätzliche Einnahmen zu generieren. Da das Potenzial zur Gewinnung neuer Mitglieder weitgehend ausgeschöpft war, mussten erneut die Mitgliederbeiträge und die Pfl egetaxen erhöht werden.⁵¹ Zudem wurde der Verein innert weniger Jahre

46 AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1968, 1.

47 So im Berichtszeitraum insbesondere in den Jahren 1964 und 1968.

48 Vgl. hierzu den ersten Anstellungsvertrag des Vereins AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Anstellungsvertrag mit Schwester Rosette Siegenthaler vom 4. August 1965.

49 Vgl. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Informationsschreiben des Vorstands an die Vereinsmitglieder vom Mai 1964, 1.

50 Vgl. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Vermögensabrechnung des Krankenpflegevereins per 31. Dezember 1973 (CHF 30 751.45).

51 Vgl. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1973, 1 (Mitgliederbeitrag: Erhöhung auf 15 CHF; Erhöhung der Pfl egetaxen um rund 50 %).

gleich mehrmals bei den beiden reformierten Kirchgemeinden und den politischen Gemeinden vorstellig mit der Bitte, die Gemeindebeiträge zu erhöhen.⁵² Mehr und mehr verpflichteten sich dadurch die politischen Gemeinden zum finanziellen Mittragen der örtlichen Krankenpflege; bis Mitte der 70er Jahre beteiligten sie sich in ungefähr gleichem Ausmass wie die Kirchgemeinden an den Vereinsaufwendungen.⁵³ Nach wie vor aber basierten die Gemeindebeiträge auf Freiwilligkeit und dem Goodwill der involvierten Gemeinden, denen der Krankenpflegeverein als Bittstellerin gegenübertrat.

Die Verbindung des Vereins zur reformierten Kirchgemeinde erwies sich in der vorliegenden Phase als stark und andauernd und konnte vorläufig noch vertieft werden. Die im Gebiet des Krankenpflegevereins liegende Gemeinde Dagmersellen verfügte ab Mitte der 1960er Jahre über einen eigenen Pfarrer, der sogleich im Vorstand des Krankenpflegevereins mitwirkte und dort die pfarramtliche Vertretung noch verstärkte.⁵⁴ Diese pfarramtliche Doppelvertretung war mit ein Anlass für den Vereinsvorstand, die Statuten aus dem Gründungsjahr 1943 zu revidieren und den neuen Gegebenheiten anzupassen. Neben sprachlichen Überarbeitungen sowie einzelnen inhaltlichen Neuerungen zur Mitgliedschaft und zur Mittelherkunft wurde insbesondere festgehalten, dass «die beiden Pfarrer [...] von Amtes wegen Mitglieder des Vorstandes»⁵⁵ sind. Somit zeugt die Statutenrevision von einer anhaltend engen Rückbindung des Krankenpflegevereins an die reformierte Kirchgemeinde; weitere Vereinsaktivitäten und Korrespondenzen bringen die bleibend enge Verbindung ebenfalls zum Ausdruck: Zwar beteiligte sich die freie Schwester nicht mehr – wie ehemals die Diakonissenschwestern – aktiv am Leben der Kirchgemeinde, dennoch wurde ihre Pflgetätigkeit vom Verein als «Pflege an Leib und Seele» bzw. als «wichtiger seelsorgerlicher Dienst»⁵⁶ bezeichnet. Zudem betonte der Pfarrer und Vereinspräsident in

52 Vgl. hierzu exemplarisch: AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Schreiben des Krankenpflegevereins an den Gemeinderat Langnau vom 29. Oktober 1974.

53 Die politischen Gemeinden steuerten CHF 3070 bei, die reformierten Kirchgemeinden CHF 3600 (AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresrechnung 1975, 2).

54 Vgl. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1966, 2.

55 AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Statuten vom 26. Januar 1975, § 13. Die enge Verbindung zur reformierten Kirchgemeinde ist sodann ersichtlich durch die Beibehaltung der Auflösungsklauseln: Bei einer allfälligen Vereinsauflösung würde das Vermögen anteilig an die beiden reformierten Kirchgemeinden zurückfliessen (§ 20).

56 Vgl. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1971, 1.

seiner Korrespondenz gegenüber den Mitgliedern (Mitgliederschreiben, Jahresberichte) nach wie vor die Bedeutung des Krankenpflegevereins als «Dienst [...] der christlichen Gemeinde»⁵⁷ und umrahmte seine Berichterstattung über die Vereinsaktivitäten konsequent mit Worten des Dankes an Gott, mit Gotteslob und Segenbitten.⁵⁸

Die beschriebene Stabilität zerfiel dann jedoch in der Mitte der 1970er Jahre innert recht kurzer Zeit. Im Jahr 1973 lud der Gemeinderat Reiden die beiden konfessionellen Krankenpflegevereine sowie weitere Unterstützungsorganisationen ein mit dem Anliegen einer intensiveren Koordination der jeweiligen Leistungen.⁵⁹ In den unmittelbaren Folgejahren erörterte der Vorstand des reformierten Krankenpflegevereins sodann erstmals die Frage einer Kooperation mit dem katholischen Krankenpflegeverein, zumal dieser zum damaligen Zeitpunkt über keine Pflegerin verfügte.⁶⁰ Als sehr ereignis- und folgenreich erwies sich das Jahr 1977, in welchem aus Sicht des Krankenpflegevereins verschiedene grössere Einschnitte in personeller, finanzieller und institutioneller Hinsicht zu verzeichnen waren:

- Personell: Im genannten Jahr 1977 kündigte die langjährig vor Ort wirkende Schwester ihre Tätigkeit in der Gemeindepflege, wodurch die ressourcenaufwendige Suche nach einer Nachfolge notwendig wurde.⁶¹ Fast gleichzeitig wechselte der dem Verein vorsitzende Pfarrer seine Arbeitsstelle, was ebenfalls die Neubesetzung des Vereinspräsidiums erforderlich machte.⁶²
- Finanziell: Neben diesen personellen Wechseln fand sich der Verein in einer finanziellen Krisensituation wieder. Wegen des grossen Ausgabenüberschusses waren einige ausserordentliche Vorstandssitzungen vonnöten.⁶³

57 AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Spendendankesbrief des Vereinspräsidenten vom 28. Juni 1968.

58 Vgl. exemplarisch: AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1965, 2; Jahresbericht 1966, 1; Jahresbericht 1967, 2.

59 Vgl. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der Sitzung betreffend Kranken- und Fürsorgewesen in der Gemeinde Reiden vom 14. März 1973.

60 Vgl. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1975, 1.

61 Vgl. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der Vorstandssitzung vom 17. Juni 1977, 2.

62 Vgl. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der Vorstandssitzung vom 17. Juni 1977, 1.

63 Vgl. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der Vorstandssitzung vom 24. September 1976, 1.

- Institutionell: Sodann nahmen die Gemeindebehörden einen neuen Anlauf zur Schaffung einer besseren Koordination unter den Unterstützungsdiensten der Gemeinde und luden zu neuerlichen Besprechungen mit allen Institutionen ein.⁶⁴

Angesichts der mehrfachen und gleichzeitig auftretenden Herausforderungen war der Vereinsvorstand rasch bereit, an Kooperationsmodellen mitzuwirken.⁶⁵ Innert weniger Monate entstand das Modell des «Ambulanten Krankendiensts Reiden (AKD)», der per 1. Juli 1977 seinen Dienst aufnahm.⁶⁶ Der Ambulante Krankendienst war ein gemeinsamer Arbeitsausschuss in der Trägerschaft des reformierten und des katholischen Krankenpflegevereins, der die Organisation der Pflege in operativer Hinsicht von den bisherigen Krankenpflegevereinen übernahm. Der Vorsitz des Ambulanten Krankendiensts sollte im Jahresturnus zwischen den Vereinen wechseln; die Aufgabe der Pflegevermittlung wurde jedoch durch Ressourcen der Gemeindeverwaltung (Fürsorgerin der Gemeinde Reiden) besetzt.⁶⁷ In betrieblicher Hinsicht hatten die beiden Trägervereine sodann verschiedene betriebliche und finanzielle Fragen zu klären;⁶⁸ die grösste betriebliche Veränderung betraf jedoch das Pflegepersonal. Angesichts des Personalmangels sahen sich die Verantwortlichen genötigt, nach neuen Einsatzmodellen Ausschau zu halten. So entwickelten sie die Idee, sich «nach verheirateten ehemaligen Krankenschwestern um[zu]sehen, [...] die auch als Hausfrauen gerne wieder stundenweise auf ihrem gelernten Beruf arbeiten möchten»⁶⁹ – und wurden fündig: Bereits zu Beginn des Wirkens des Ambulanten Krankendiensts waren drei Frauen in Teilzeit im Einsatz.⁷⁰

Die für den reformierten Krankenpflegeverein damit einhergehenden einschneidenden Veränderungen seien an dieser Stelle nochmals rekapitu-

64 Vgl. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Schreiben der Armenpflegerin an die beiden Krankenpflegevereine der Gemeinde Reiden vom 26. Mai 1977.

65 Vgl. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Schreiben des Krankenpflegevereins an die Gemeinde Reiden vom 18. Juni 1977.

66 Vgl. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1977, 1.

67 Vgl. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1977, 2.

68 Dazu gehörten u. a. die Frage nach dem Einschiessen von Betriebskapital in Relation zur Grösse der beiden Vereine sowie die Festlegung der (bis anhin differierenden und neu) einheitlichen Pflēgetarife, vgl. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1977, 2.

69 AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1977, 1.

70 Vgl. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Brief der Gemeinde Reiden an die beiden Krankenpflegevereine vom 26. Mai 1977.

liert. Zwar war die rechtliche Eigenständigkeit der beiden konfessionellen Krankenpflegevereine nicht tangiert, die ursprünglichen Kerntätigkeiten traten die Vereine aber ab – mit Ausnahme der Mittelbeschaffung bei den Mitgliedern und Gemeinden, die je bei den Vereinen verblieb,⁷¹ – und gliederten sie an den Ambulanten Krankendienst aus. Wenn zudem beachtet wird, dass die operative Arbeit personell neu ausgestaltet wurde (Aufteilung auf mehrere Personen in Teilzeit), so war die Erscheinung des Krankenpflegevereins nach der Einsetzung des Ambulanten Krankendienstes eine komplett neue.

Während der reformierte Krankenpflegeverein in den ersten drei Jahrzehnten seines Bestehens weitgehend autonom agierte und lediglich wenige Kooperationen mit zivilgesellschaftlichen und öffentlichen Partnern unterhielt, änderte sich dies ab den frühen 1970er Jahren schlagartig. Angesichts der finanziellen Herausforderungen erhöhte sich die Zahl der Interaktionen des Vereins mit den Gemeindebehörden rasch, und schliesslich übernahmen die Gemeindebehörden – mit der Suche nach Kooperationen unter den Unterstützungsorganisationen – das Zepter für die Planung der zukünftigen Struktur der ambulanten Pflege in der Gemeinde, wodurch sich der reformierte Krankenpflegeverein innert weniger Monate in einer neuen Trägerschaft mit dem katholischen Pendant und unter operativer Beteiligung durch die Gemeindebehörden integriert sah.

3. Die Übergangsphase: Die Jahre 1977–1997

Die Phase ab dem Jahr 1977 bis zur Jahrtausendwende ist als Übergangsphase zu bezeichnen. Mehrfach waren die Strukturen der Krankenpflege in der Gemeinde Reiden grösseren morphologischen Veränderungen unterworfen. Die Parallelität bzw. das Ineinandergreifen der unterschiedlichen Strukturen wird in der Folge vorgestellt:

1. Ambulanter Krankendienst (AKD): Der «Ambulante Krankendienst (AKD)», als dessen Träger die beiden konfessionellen Krankenpflegevereine Reidens fungierten, entstand in verhältnismässig kurzer Zeit und nahm noch im Jahr 1977 seinen Betrieb auf (vgl. oben). In den jährlichen Berichterstattungen wurde der neuen Betriebsform attestiert, dass sich diese «bewährt»⁷² habe. Im Wesentlichen führte der Ambulante Krankendienst

71 Vgl. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Schreiben des Krankenpflegevereins an die Gemeinde Reiden vom 18. Juni 1977.

72 AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1978, 1.

weitgehend genau diejenigen Tätigkeiten unter neuem Dach weiter, die die beiden Krankenpflegevereine auch vorher leisteten: Die Mitarbeiterinnen wurden übernommen,⁷³ die Vereinsstrukturen blieben einfach und überschaubar und Vertretungen der beiden Krankenpflegevereine bestellten auch weiterhin gemeinsam den geschäftsführenden Ausschuss des Ambulanten Krankendienstes.

Wenn auch beiderseits die «bewährte» Zusammenarbeit der Krankenpflegevereine im Ambulanten Krankendienst hervorgehoben wurde, so ist doch beachtenswert, dass der Ambulante Krankendienst in finanzieller Hinsicht implizit als eigene, von den Trägervereinen unabhängige Gesellschaft organisiert wurde. Die folgenden beiden Aspekte mögen dies illustrieren:

- Zwar führte der AKD neu vollumfänglich die operative Pflege Tätigkeit aus, jedoch verblieben in den ersten Betriebsjahren die – grundsätzlich für die Pflege Tätigkeit gestifteten – Beiträge der Mitglieder, der politischen Gemeinde, der Kirchgemeinde und aus dem kirchlichen Leben (Erntedankfeste usw.) in der Kasse des reformierten Krankenpflegevereins. Dass dem AKD dadurch wesentliche Einnahmequellen fehlten, erstaunt daher kaum. In mehreren Betriebsjahren schrieb er zuweilen grosse Defizite.⁷⁴ Dass dann (doch wieder) die beiden Krankenpflegevereine zu Hilfe kamen, aber die Defizite nicht im Sinne von ordentlichen Beitragsdeckungen übernahmen, sondern durch Darlehen⁷⁵ lediglich überbrücken halfen, verweist bereits auf eine gewisse Separierung der Strukturen hin.
- Ab dem Jahr 1979 erfolgte für den AKD in finanzieller Hinsicht eine grosse Erleichterung. Aufgrund der neuen Gesetzeslage im Rahmen des revidierten AHV-Gesetzes übernahm fortan das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) einen Teil der Leistungen der ambulanten Krankenvereine, die die Vereine für pflegebedürftige Menschen im Rentenalter leisteten. Rasch wurde dieser jährliche BSV-Beitrag zu einer

73 Im Jahr 1986 standen vier Frauen im Pflegedienst des AKD (AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der Vorstandssitzung vom 24. Februar 1986, 1).

74 So machte er bspw. im Jahr 1986 CHF 18 416 Verlust (ASW, Ambulanter Krankendienst Reiden, Jahresrechnung 1986 vom 31. Dezember 1986); ein ähnlich hoher Fehlbetrag (CHF 16 146) ergab sich im Jahr 1990 (ASW, Ambulanter Krankendienst Reiden, Jahresrechnung 1990 vom 31. Dezember 1990).

75 In den Jahren 1983 und 1992 mussten die beiden Krankenpflegevereine zur Sicherung der Betriebsfähigkeit und der Liquidität je mit einem Darlehen einspringen (vgl. dazu AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der Vorstandssitzung vom 2. März 1992, 1).

zentralen Stütze in der Finanzierung der Pflgetätigkeiten.⁷⁶ Dass sich der AKD fortan stärker auf die Erlangung der BSV-Beiträge konzentrierte und damit weniger auf die Beiträge der Kirchgemeinden und der Krankenpflegevereine, ist angesichts der Grössenordnungen nachvollziehbar. Zugleich aber beschleunigte die Umorientierung den Abkopplungsprozess zwischen AKD und (im vorliegenden Fall) dem reformierten Krankenpflegeverein bzw. der Kirchgemeinde.

2. Durch die Delegation der Pflgetätigkeit im engeren Sinne an den AKD verlor der reformierte Krankenpflegeverein seine ursprüngliche Kernaufgabe. Zwar verwaltete eine vom Krankenpflegeverein mandatierte Person noch für einige Jahre das Krankenmobilenlager,⁷⁷ jedoch musste auch die Vereinsführung feststellen, dass der reformierten Krankenpflegeverein seine «Arbeit weitgehend eingestellt»⁷⁸ habe.

Ohne Aufgabenportfolio erschien den Beteiligten die Mitwirkung im Krankenpflegeverein nicht mehr attraktiv. Während mehrerer Etappen in den 1980er Jahren fehlte dem Verein eine Präsidentin bzw. ein Präsident.⁷⁹ Trotz fehlender Aufgaben wurden (zumindest in den ersten Jahren nach der Gründung des AKD) dennoch jährlich die bisherigen Beiträge der Mitglieder und der Gemeinden erhoben, was dazu führte, dass der Verein ein beachtliches Vermögen erreichte.⁸⁰ Dieses hohe Vermögen wiederum wurde nun selber als «Problem»⁸¹ erachtet, ja zuweilen bezeichnete die Vereinsleitung das Vermögen als «für einen sozialen Verein eine unmoralische Summe»,⁸² was zwei unterschiedliche Konsequenzen nach sich zog: Im Bestreben, das Vermögen zu reduzieren, suchte die Vereinsleitung angemessene Unterstützungsprojekte

76 Im Jahr 1984 entfielen auf einen Umsatz von CHF 81 611 ungefähr ein Drittel der Einnahmen auf den BSV-Beitrag (CHF 25 950) (vgl. ASW, Ambulanter Krankendienst Reiden, Jahresrechnung 1984 vom 31. Dezember 1984).

77 Vgl. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1979, 1.

78 AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1978, 1.

79 So in den Jahren 1980 und 1985 (siehe AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Schreiben an alle Vorstandsmitglieder vom 10. August 1980; AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der Generalversammlung vom 7. Juni 1986, 2).

80 Per Ende 1979 verfügte der reformierte Krankenpflegeverein über ein Vereinsvermögen von CHF 76 760 (AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der ordentlichen Generalversammlung vom 24. August 1980, 3).

81 AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1979, 1.

82 AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der Vorstandssitzung vom 12. August 1980, 1.

und fand diese in verschiedenen kirchlichen und sozialen Bauprojekten in der Gemeinde.⁸³ Gleichzeitig hielt sie – angesichts der bestehenden Vermögenswerte – die Unterstützung durch die Kirchgemeinde für nicht mehr notwendig und informierte die Kirchgemeinde über den Wegfall des Bedarfs.⁸⁴

3. Das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) zeichnete auch für die nächste grössere Wendung in der Organisation der Krankenpflege in der Gemeinde Reiden verantwortlich. Mit Schreiben vom 28. April 1992 informierte es die beiden Krankenpflegevereine, dass aufgrund des revidierten AHV-Gesetzes Art. 101bis zukünftig nur noch ein Verein pro Gemeinde subventioniert werde.⁸⁵ Die beiden Vereine prüften daraufhin verschiedene Reorganisationsmodelle, um den Anforderungen des BSV gerecht zu werden, wobei eine Auflösung des eigenen Vereins für beide Seiten noch nicht infrage kam.⁸⁶ So entschieden sich die Verantwortlichen beider Vereine für ein durchaus komplexes Konstrukt, wonach der (in Bezug auf die Mitgliederzahl grössere) katholische Krankenpflegeverein Reiden (KKV) ab 1994 neu als alleiniger Träger der örtlichen Krankenpflege fungierte; der reformierte Krankenpflegeverein seinerseits wurde als juristische Person in corpore in den katholischen Krankenpflegeverein aufgenommen und erhielt dort dank einer eigens hierfür durchgeführten Statutenrevision mit zwei Sitzen einen direkten Zugang in den Vereinsvorstand.⁸⁷

Die neue Vereinsleitung nahm ein umfassendes Arbeitsprogramm in Angriff⁸⁸ und schuf die modernen Vereinsstrukturen (Vorstand, Betriebs-

83 Beitrag an die Gestaltung einer Kapelle im Pflegeheim-Neubau im Umfang von CHF 16 000 im Jahr 1990 (AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der Generalversammlung vom 24. März 1990, 2), behindertengerechter Umbau des Kircheneingangs im Umfang von CHF 10 000 im Jahr 1991 (AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der Generalversammlung vom 5. Mai 1991, 2).

84 AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Schreiben des Vereinsvorstands an die Gemeinden vom 26. August 1978.

85 Nach erfolgten Abklärungen wurde klar, dass der Ambulante Krankendienst – juristisch im Status einer einfachen Gesellschaft nach Obligationenrecht Art. 530 – nicht mehr direkt Subventionsempfänger sein könne (vgl. ASW, Ambulanter Krankendienst Reiden, Schreiben des BSV vom 28. April 1992).

86 Vgl. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der Vorstandssitzung vom 21. Dezember 1992, 1.

87 Vgl. ASW, Katholischer Krankenpflegeverein Reiden, Revidierte Statuten vom 29. März 1993, Art. 9.

88 Zu nennen sind zahlreiche Anstrengungen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit, der Digitalisierung der Verwaltung, der Tarifierungsanpassung sowie mannigfacher Regelungen im Bereich des stark angewachsenen Personalwesens (vgl. hierzu bspw.

kommission, Arbeitsgruppen, Verwaltung), wie sie im Wesentlichen heute noch Bestand haben.⁸⁹

Wenn auch der neu strukturierte katholische Krankenpflegeverein als eigenständige zivilgesellschaftliche Organisation in Erscheinung trat, so waren die beiden Kirchgemeinden immer noch mit je ihren beiden Pfarrpersonen im Vorstand vertreten und stellten immerhin vier der neun Vorstandsmitgliedern. Dieser Personalsituation ist es wohl geschuldet, dass der Verein nach wie vor die Verbindung zu den Kirchgemeinden suchte. In finanzieller Hinsicht kam dies etwa im Bestreben zum Ausdruck, dass nicht allein die politische Gemeinde, sondern auch die beiden Kirchgemeinden um ein finanzielles Commitment im Sinne einer Beteiligung an einer Defizitgarantie angefragt wurden.⁹⁰

4. Die neue Konstellation führte bei den Verantwortlichen des reformierten Krankenpflegevereins zur Überzeugung, dass der Verein in dieser Form keine Zukunft mehr habe, zumal er «nur noch Vermögensverwaltung»⁹¹ betreibe. Nach Prüfung verschiedener Optionen in Zusammenarbeit mit dem katholischen Krankenpflegeverein wurde ein zweistufiges Vorgehen festgelegt: Erstens beantragte und erwirkte der Vereinsvorstand bei den Mitgliedern im Rahmen einer schriftlichen Urabstimmung die Auflösung des Vereins, wobei das Vereinsvermögen an die reformierte Kirchgemeinde in Form eines Fonds zur Hilfe für sozial Schwache und Kranke übergeben wurde.⁹² Zweitens führte der katholische Krankenpflegeverein erneut eine Statutenrevision durch, in der er per Anfang 1997 eine Namensänderung vornahm («Hilfe und Pflege zu Hause in Reiden – Spitex-Verein») und sich als «ökumenische[n] Verein»⁹³ bezeichnete, der «auf dem Gedankengut christlicher Diakonie»⁹⁴ gründe. Innerhalb eines sechs bis acht Mitglieder umfassenden Vorstands wurden der katholischen Kirchgemeinden drei Sitze und der refor-

ASW, Katholischer Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der Vorstandssitzung vom 16. September 1994).

89 Vgl. hierzu bspw. Katholischer Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der Vorstandssitzung vom 9. Dezember 1994.

90 Vgl. ASW, Katholischer Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der Vorstandssitzung vom 17. März 1995, 3.

91 AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der Generalversammlung vom 7. Mai 1995, 2.

92 Vgl. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Unterlagen zur schriftlichen Abstimmung über die Auflösung des Vereins vom 23. August 1996.

93 ASW, Hilfe und Pflege zu Hause in Reiden, Statuten vom 2. Mai 1996, Art. 1.

94 ASW, Hilfe und Pflege zu Hause in Reiden, Statuten vom 2. Mai 1996, Art. 2.

mierten Kirchgemeinde ein Sitz zugestanden.⁹⁵ Weggefallen ist allerdings die in den Auflösungsbestimmungen festgehaltene Trägerschaft der Kirchgemeinden. Neu wurde nur noch formuliert, dass das verbleibende Vermögen im Falle einer Vereinsauflösung einem «neuzugründenden Fonds mit gleichem Zweck»⁹⁶ zufallen solle.

Von Interesse sind die in diesem zweistufigen Vorgehen in Erscheinung getretenen Handlungsmotivationen. Aufseiten des reformierten Krankenpflegevereins wurde lediglich festgestellt, dass die Funktionen von konfessionellen Krankenpflegevereinen heute durch «andere konfessionell und politisch neutrale Spitex-Vereine übernommen»⁹⁷ werden. Zugleich wurde die Deutung nachgeliefert, wonach es «heute nicht mehr die Kirchen, sondern die *politischen* Gemeinden [seien], welche die Spitex-Dienste organisieren».⁹⁸ Weniger defensiv erschien die Rolle der Kirchen hingegen in den Debatten des katholischen Krankenpflegevereins bzw. des neuen Vereins «Hilfe und Pflege zu Hause in Reiden – Spitex-Verein». Dass die ökumenische Ausrichtung, die diakonische Grundlage sowie die kirchliche Einsitznahme in den Statuten genannt wurden, war Gegenstand von Debatten; es setzte sich jedoch die Ansicht durch, dass es «in der heutigen Zeit sehr wichtig [sei], wenn die Kirchen mittragen»⁹⁹ und dass «mit dem Einbezug der beiden Kirchen [...] die Verantwortung breiter ab[ge]stützt[t]»¹⁰⁰ werden könne.

Mit dem Start des Vereins «Hilfe und Pflege zu Hause in Reiden – Spitex-Verein» wird deutlich, wie stark sich die normativen Referenzsysteme gegenüber früheren Vereinstätigkeiten verschoben haben. Zwar gab der Verein nach wie vor seine christlich-kirchliche Prägung zu erkennen, jedoch war die kirchliche Trägerschaft in mehreren Hinsichten eingebrochen. Zum Ausdruck kommt dies paradigmatisch im Schlusswort des Jahresberichts 1997 der Vereinspräsidentin, in welchem sie formulierte: «Mein Dank gilt [...] der politischen Gemeinde und den beiden Kirchgemeinden, dem Kanton und dem Bund für ihre Subventionen.»¹⁰¹ Die Kirchgemeinden erschienen nicht

95 ASW, Hilfe und Pflege zu Hause in Reiden, Statuten vom 2. Mai 1996, Art. 9.

96 ASW, Hilfe und Pflege zu Hause in Reiden, Statuten vom 2. Mai 1996, Art. 17.

97 AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Unterlagen zur schriftlichen Abstimmung über die Auflösung des Vereins vom 23. August 1996.

98 AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Unterlagen zur schriftlichen Abstimmung über die Auflösung des Vereins vom 23. August 1996 (Hervorhebung im Original).

99 ASW, Katholischer Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der Vorstandssitzung vom 23. April 1996, 3.

100 ASW, Katholischer Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1996, 1.

101 ASW, Katholischer Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1997, 6.

mehr als Trägerinnen und Mitverantwortliche, sondern als – bestens verdankte – Gegenüber und Subventionsleistende. Die Referenzsysteme des nationalen Krankenversicherungsrechts, der Finanzierungspartner (v. a. BSV und Krankenkassen) sowie der fachlich-verbandlichen Interessenvertretung (kantonaler Spitexverband, Altenpflegeverband, u. a. m.)¹⁰² hatten in ihrer Bedeutung die Kirchgemeinden abgelöst.

4. Die Spitex Reiden in zivilgesellschaftlicher Trägerschaft: Ab 1997

Die vergangenen zwanzig Jahre (ab 1997) sind erneut gekennzeichnet durch ein massives Wachstum sowie eine Ausweitung der Tätigkeitsbereiche des Vereins. Die Spitexorganisation übernahm und integrierte den bislang vom Frauenverein geführten Haushilfedienst aus der Nachbargemeinde Wikon,¹⁰³ den örtlichen Entlastungsdienst sowie den Fahrdienst¹⁰⁴ und nannte sich ab 2001 fortan «Spitex Reiden und Umgebung».¹⁰⁵ Einzelne finanzielle Kennwerte mögen das institutionelle Wachstum beschreiben: Während der Betriebsumsatz im Jahr 1998 noch bei CHF 263 000¹⁰⁶ lag, wuchs dieser bis im Jahr 2008 auf CHF 776 000¹⁰⁷ und explodierte bis im Jahr 2014 auf CHF 1,71 Mio.¹⁰⁸ Die für dieses Wachstum notwendigen institutionellen Anpassungen führten zu einer ständigen Weiterentwicklung der Organisationsform und der Strukturen der Spitex Reiden, die sich im Jahr 2009 als «moderne Nonprofitorganisation»¹⁰⁹ bezeichnete und sich dabei als zivilgesellschaftlich getragene Organisation verstand, in der sowohl die reformierte

102 Beispiele zur Vernetzung im Alters- und Pflegebereich finden sich in ASW, Katholischer Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der Vorstandssitzung vom 29. Juni 1994, 3.

103 Die Integration erfolgte per 1. Januar 1999, vgl. ASW, Hilfe und Pflege zu Hause in Reiden, Protokoll der Vorstandssitzung vom 26. Januar 1999, 2.

104 Vgl. ASW, Hilfe und Pflege zu Hause in Reiden, Protokoll der Vorstandssitzung vom 28. Oktober 1998, 3.

105 ASW, Spitex Reiden und Umgebung, Statuten vom 2. April 2001, Art. 1.

106 ASW, Hilfe und Pflege zu Hause in Reiden, Protokoll der Vorstandssitzung vom 3. März 1998, 3.

107 Vgl. ASW, Spitex Reiden und Umgebung, Protokoll der Generalversammlung vom 8. April 2009, 4.

108 ASW, Spitex Reiden und Umgebung, Protokoll der Generalversammlung vom 22. Mai 2014, 2.

109 ASW, Spitex Reiden und Umgebung, Protokoll der Generalversammlung vom 8. April 2009, 3.

als auch die katholische Kirchgemeinde nur noch eine geringe Bedeutung besaßen. Für diese Entwicklung einer weiteren Erosion kirchgemeindlicher Trägerschaft können drei unterschiedliche, aber parallel verlaufende Stränge nachgezeichnet werden:

1. *Erosion auf der Ebene der Mitarbeiterinnen – das Pflegeleitbild:* Im Jahr 1998 erarbeiteten die Mitarbeiterinnen unter Anleitung einer externen Supervisorin ein Pflegeleitbild.¹¹⁰ Darin hielten die Beteiligten in normativer Hinsicht «Unser Menschenbild» sowie «Unser Verständnis von Gesundheit und Krankheit» fest, bevor sie verschiedene fachliche («Unsere Ziele in Gesundheits- und Krankenpflege») sowie organisationale Zielsetzungen («Grundsätze zur Führung und Zusammenarbeit») benannten. An verschiedenen Stellen liessen die Mitarbeiterinnen kritische Positionen gegenüber der konfessionellen Trägerschaft bzw. Ausrichtung der Pfl egetätigkeit erkennen. So nahm bspw. das Vorwort in kritischer Weise Bezug auf die statutarische Bestimmung, wonach sich der Verein nach wie vor der «christlichen Diakonie verpflichtet» sehe. Diese Grundlage wurde knapp als nicht «ausreichend» und einer «echte[n] Professionalisierung» entgegengesetzt betrachtet.¹¹¹

Das Pflegeleitbild ist im Vorstand u. a. aufgrund der genannten Stellen kritisch aufgenommen worden; die kritischen Voten kamen massgeblich von den im Vorstand einsitzenden Pfarrpersonen.¹¹² Dieser Sachverhalt verweist bereits auf eine zunehmende Spannung zwischen der weitgehenden Distanzierung der Mitarbeiterinnen von der konfessionellen Prägung des Spitexvereins einerseits und der Bejahung der konfessionellen Prägung durch die Leitungsebene im Vorstand andererseits.

2. *Erosion auf der Leitungsebene:* Zu diesem Zeitpunkt wirkten noch je die zwei Pfarrpersonen beider Konfessionen im Vorstand mit und stellten damit eine – zumindest in personeller Hinsicht – enge institutionelle Bindung zu den Kirchgemeinden her. Nach dem Wegzug und Ausscheiden des reformierten Pfarrers und Vereinsvizepräsidenten¹¹³ konzentrierte sich die Suche nach

110 ASW, Hilfe und Pflege zu Hause in Reiden, Pflegeleitbild vom Oktober 1998.

111 ASW, Hilfe und Pflege zu Hause in Reiden, Pflegeleitbild vom Oktober 1998, 3. Darüber hinaus ist bspw. auf Formulierungen im Abschnitt «Unser Menschenbild» (ASW, Hilfe und Pflege zu Hause in Reiden, Pflegeleitbild vom Oktober 1998, 7) zu verweisen, wo ein Ansatz der Menschenrechte und -würde ausgeführt wird, in welchem aber zugleich jegliche Verweise auf die diakonische Tradition fehlen.

112 Vgl. ASW, Hilfe und Pflege zu Hause in Reiden, Protokoll der Vorstandssitzung vom 24. November 1998, 2f.

113 Vgl. ASW, Hilfe und Pflege zu Hause in Reiden, Demissionsschreiben von Daniel Hubacher an den Vereinsvorstand vom 24. Februar 1999.

einem neuen Vorstandsmitglied aus der reformierten Kirchgemeinde mit einer gewissen Selbstverständlichkeit gar nicht mehr auf dessen Amtsnachfolger, sondern auf weitere Engagierte aus dem Kreis der Kirchgemeinde.¹¹⁴ Bereits wenige Jahre später waren sämtliche bisher im Vorstand einsitzende Pfarrpersonen zurückgetreten,¹¹⁵ ohne dass sie durch ihre Nachfolgerinnen und Nachfolger ersetzt wurden, womit keine Pfarrperson mehr im Vorstand Einsitz nahm. Die oben noch vorhandene bewusste konfessionelle Prägung im Vereinsvorstand hatte sich nun deutlich gelockert.

3. *Erosion auf der institutionellen Ebene:* Es ist mitunter als Folge der genannten personellen Entwicklung zu sehen, dass der Vereinsvorstand eine Statutenrevision in Angriff nahm, in welcher der Sitzanspruch der beiden Kirchgemeinden gestrichen und durch einen Sitzanspruch für die beiden betreffenden politischen Gemeinden Reiden und Wikon ersetzt wurde¹¹⁶ – dies in der Haltung, wonach der kirchliche Sitzanspruch «veraltet» sei und entsprechend angepasst werden müsste.¹¹⁷ Dass neu ein Sitzanspruch für die politischen Gemeinden entstand, war jedoch in direkter Weise den neuen gesundheitspolitischen Umständen geschuldet. Während in den vergangenen Jahren die Bundesebene (BSV) massgeblich die Spitextätigkeiten mitfinanzierte, wurde diese nationale Mitfinanzierung auf der Basis des revidierten Krankenversicherungsgesetzes (KVG) sowie aufgrund einer Neugestaltung der Finanzierungsordnung deutlich reduziert und durch zu leistende Defizitgarantien durch die politischen Gemeinden ersetzt.¹¹⁸ Auf die Gemeinden kamen damit neue, beträchtliche Kosten zu (2009: CHF 261 000 Defizitdeckung), sodass in Reiden die Rolle der Gemeinden als Finanzierungspartnerinnen der Spitextätigkeit markant an Bedeutung gewann, während die Kirchgemeinden nur noch kleine, als Betriebsspenden verstandene Beiträge leisteten.¹¹⁹

114 Vgl. ASW, Hilfe und Pflege zu Hause in Reiden, Protokoll der Vorstandssitzung vom 9. März 1999, 2.

115 Vgl. bspw. ASW, Spitex Reiden und Umgebung, Protokoll der Vorstandssitzung vom 28. Mai 2008, 1.

116 Vgl. ASW, Spitex Reiden und Umgebung, Protokoll der Generalversammlung vom 8. April 2009, 4.

117 Vgl. ASW, Spitex Reiden und Umgebung, Protokoll der Vorstandssitzung vom 28. Mai 2008, 3.

118 So in Reiden festgehalten im per 1. August 2009 geltenden Leistungsvertrag der Gemeinde Reiden mit dem Spitex-Verein Reiden.

119 Neben zahlreichen anderen Organisationen leisteten die Kirchgemeinden weiterhin Spenden im Umfang von CHF 2 pro Mitglied, was im Jahr 2003 zu einem Beitrag von CHF 2874 gereichte (vgl. ASW, Spitex Reiden und Umgebung,

Innert weniger Jahre gerieten Erinnerung und Bedeutung der konfessionellen Tradition der Spitextätigkeit derart in den Hintergrund, dass bei einer neuerlichen Statutenrevision im Jahr 2014, bei der eine regionale Zusammenlegung zur «Spitex Wiggertal» erfolgte,¹²⁰ nun auch sämtliche konfessionellen Bezüge aus den Statuten gestrichen wurden. Auf der Basis eines Referenztexts aus einer anderen Spitexorganisation beschrieb sich der Verein fortan als «gemeinnütziger, politisch und konfessionell neutraler Verein»¹²¹ (ehemals: «ökumenischer Verein»); der Verweis, wonach der Verein auf den Grundsätzen einer «christlichen Diakonie» basiere, wurde ersatzlos gestrichen.

An den Rändern des Vereinsgeschehens traten die Kirchgemeinden nach wie vor in Erscheinung. Ihre Vertretungen wurden – neben anderen Institutionen – an den Vereinsversammlungen begrüsst,¹²² ihre Spenden bestens verdankt.¹²³ Eine aktive Rolle spielten sie im Vereinsleben jedoch nicht mehr.

Gleichzeitig mit der Bedeutungserosion der Kirchgemeinden im Vereinsleben der Spitex ereignete sich in den vergangenen Jahren jedoch eine gewisse Art von Transformation in der Deutung des personellen Engagements durch die Kirchgemeinde. Vor wenigen Jahren fragte der Vorstand doch wieder Personen aus den beiden Kirchgemeinden für die Mitwirkung im Vorstand an, worauf die reformierte Pfarrerin und eine Vertreterin der katholischen Kirchgemeindeleitung zusagten.¹²⁴ Die Vertretungen der Kirchgemeinden wurden jedoch nicht so sehr aufgrund der historischen Verbundenheit ihrer Institutionen mit dem heutigen Spitexverein angefragt, sondern vielmehr aufgrund der Tatsache, dass die Kirchgemeinden innerhalb des zivilgesellschaftlich positionierten Spitexvereins als Quelle für Leitungsressourcen im sozialen Bereich (wieder)entdeckt wurden.¹²⁵

Schreiben des Spitexvereins an die Evangelisch-reformierte Kirchgemeinde Reiden vom 19. August 2003).

120 Vgl. ASW, Spitex Wiggertal, Statuten vom 22. Mai 2014, Art. 1.

121 ASW, Spitex Wiggertal, Protokoll der Generalversammlung vom 22. Mai 2014, 3.

122 Vgl. ASW, Spitex Reiden und Umgebung, Protokoll der Generalversammlung vom 8. April 2009, 2.

123 Vgl. ASW, Spitex Reiden und Umgebung, Protokoll der Generalversammlung vom 8. April 2009, 3.

124 Vgl. ASW, Spitex Reiden und Umgebung, Protokoll der Generalversammlung vom 8. April 2009, 5.

125 Ebd.

III. Ertrag

III.1. «Vom reformierten Krankenpflegeverein zur Spitex AG» – Phasen des Wandels

In der Einleitung wurde das Ziel der vorliegenden Arbeit so beschrieben, dass es darum geht «in den untersuchten Krankenpflegevereinen nach gemeinsamen und zeitlich übereinstimmenden Veränderungen zu suchen, die es erlauben, den Wandel von den reformiert geprägten Krankenpflegevereinen zu den zivilgesellschaftlich bzw. öffentlich-rechtlich getragenen Spitexorganisationen so zu strukturieren, dass möglichst klar konturierbare Phasen bzw. Etappen dieses Wandels beschrieben werden können».¹

Mit den in Kapitel II. vorliegenden Fallbeispielen liegt nun das notwendige Material vor, um die intendierte Strukturierung des Wandels von den reformiert geprägten Krankenpflegevereinen zu den zivilgesellschaftlich bzw. öffentlich-rechtlich getragenen Spitexorganisationen vornehmen zu können. So erfolgt in diesem Kapitel III.1. ein Syntheseschritt, in dem die Erträge der einzelnen Fallbeispiele zusammengetragen und in vier Phasen unterteilt werden. Die Phasenbildung ist zum Ersten aufgrund zeitlicher Kriterien erfolgt; zum Zweiten entstand sie aufgrund inhaltlich-fachlicher Ereignisse, namentlich aufgrund übereinstimmender Entwicklungen in den untersuchten juristischen, personellen, finanziellen oder motivationalen Aspekten bzw. aufgrund prägender Entwicklungen in den untersuchten Umfeldbedingungen. Dabei ist klar, dass eine Phasenbildung notwendigerweise idealtypisch daherkommt und somit eine «Simplifizierung und gleichzeitig theoretische Überzeichnung begriffsrelevanter Aspekte der sozialen Realität»² darstellt. Dieser Einteilung entsprechend bestehen in einzelnen Fällen aus inhaltlichen Gründen leichte zeitliche Überlagerungen. Die jeweiligen Begründungen für die Phasenbildung und diesbezügliche Abgrenzungen liegen in den Phasenabschnitten vor.

1 Vgl. Kapitel I.2. im vorliegenden Band.

2 Ohlendorf / Rebenstorf, Überraschend offen, 229.

Die Darstellung der nachfolgenden Phasenabschnitte ist jeweils in drei Schritte gegliedert. In einem ersten Schritt werden unter dem Titel «Sozial-historisches Umfeld» die Umfeldbedingungen der jeweiligen Phase beschrieben. Dazu gehören insbesondere relevante sozial- und gesundheitspolitische, gesellschaftliche sowie kirchliche Ereignisse und Entwicklungen, die in gebotener Kürze aus der Forschungsliteratur zusammengetragen werden und die als Grundlage und historische Einbettung des nächsten Schrittes dienen. In einem zweiten Schritt und unter dem Titel «Allgemeiner Vereinsbetrieb und kirchliche Mitwirkung am Vereinsgeschehen» erfolgt mit der Beschreibung der genannten «zeitlich übereinstimmenden Veränderungen»³ die eigentliche Synthesebildung aus den dargestellten Fallbeispielen aus Kap. I, die den beobachteten Wandel anhand der Phasenbildung besser unterteilbar und somit greifbar macht. Das Augenmerk liegt dabei nicht so sehr auf der Schilderung der Arbeiten des laufenden Betriebs der Vereine, sondern auf der Schaffung einer Übersicht zur Frage nach den kirchlichen Beteiligungsformen (in juristischer, personeller, finanzieller und motivationaler Hinsicht). Im dritten und letzten Schritt werden unter dem Titel «Wohlfahrtspluralistische Einordnung der Krankenpflegevereine und der kirchlichen Mitwirkung» die Erkenntnisse der jeweiligen Phasen mithilfe des Konzepts des Wohlfahrtspluralismus analysiert und gedeutet. Die wohlfahrtspluralistische Einordnung dient insbesondere dazu, die kirchliche Mitwirkung anhand der untersuchten vier Aspekte analytisch klar zu fassen und im Rahmen der übergeordneten wohlfahrtsstaatlichen Entwicklungen zu verstehen.

Dabei erfolgen regelmässig Seitenblicke auf die Situation des diakonischen Wirkens in Deutschland. Diese Seitenblicke dienen dazu, die Konturen des deutschschweizerischen kirchlichen Engagements in der ambulanten Krankenpflege herauszuarbeiten und damit die Eigenheiten möglichst klar zur Geltung zu bringen. Besonders hinzuweisen ist darauf, dass die Seitenblicke nicht darauf abzielen, eine eigenständige Betrachtungsweise des diakonischen Wirkens in Deutschland zu leisten.

III.1.1. Phase 1: Gründung und Etablierung der reformierten Krankenpflegevereine

Die hier zu beschreibende Phase 1 bezieht sich auf den Zeitraum ab den Vereinsgründungen zu Ende des 19. Jahrhunderts bis in die unmittelbare Nachkriegszeit zur Mitte des 20. Jahrhunderts.

3 Ebd.

1. Sozialhistorisches Umfeld

Die in der vorliegenden Studie untersuchten Krankenpflegevereine wurden mehrheitlich in der Zeit des ausgehenden «langen 19. Jahrhunderts»,⁴ d. h. in der Zeit zwischen den Jahren 1880 und 1910, gegründet.⁵ Dies betraf einen Zeitraum, in dem die Gesellschaft insbesondere durch die Industrialisierung und das Bevölkerungswachstum einen markanten Transformationsprozess erlebte, der dazu führte, dass erstmals breite Bevölkerungsschichten in Armut und existenzielle Notlagen gerieten. Wenn auch die Zunahme der Armut ein «regional differenziertes Phänomen mit unterschiedlichen Ursachen und Verlaufsformen»⁶ war, so stellte sie doch die Gemeinwesen vor Herausforderungen in bislang nicht bekanntem Ausmass. Unter dem Stichwort der «sozialen Frage» diskutierte die gesellschaftliche Öffentlichkeit «vorrangig die konkreten Folgeprobleme der Industrialisierung wie u. a. Themen der gewerkschaftlichen Interessenvertretung, der Lohn- und Einkommenspolitik und vor allem die der sozialen Sicherung».⁷ Ausgangspunkt der Debatte bildet die «Erkenntnis, dass die Arbeiterschaft unter menschenunwürdigen wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen am Rande des Existenzminimums lebte»,⁸ wobei diese soziale Not nicht mehr als individuelles Schicksal oder selbstverschuldete Situation erschien, sondern «als Folge der wirtschaftlichen und politischen Ordnung [...], was eine gesellschaftliche Verantwortung für die Bewältigung oder zumindest die Linderung der Not nahelegte».⁹

Die für die praktische Armenfürsorge zuständigen Gemeinden verfügten nicht über ausreichende finanzielle Mittel zur Unterstützung der Armutsbetroffenen. Zudem waren ihre Strukturen angesichts der vergleichsweise «schwache[n] und wenig professionalisierte[n] Verwaltung»¹⁰ nicht darauf ausgerichtet, um die grosse Zahl von Armutsbetroffenen angemessen versorgen oder betreuen zu können. Erschwerend kam für die zuständigen Gemeinden hinzu, dass die übergeordneten politischen Instanzen (Kantone

4 Mit dem Begriff wird die sich über zwei Jahrhundertwenden erstreckende Epoche zwischen der Französischen Revolution und dem Ersten Weltkrieg bezeichnet; vgl. zum Begriff Bauer, *Das «lange» 19. Jahrhundert*, 7–16.

5 Die Ausnahme bildet der Reformierte Krankenpflegeverein Reiden (LU). Dessen vergleichsweise späte Gründung im Jahr 1943 ist mit der spezifischen Diasporasituation und der damit verbundenen späten Entstehung der reformierten Kirchgemeinde begründbar (vgl. oben Kapitel II.6.1.).

6 Hauschild, *Lehrbuch*, 776.

7 Jähnichen, *Protestantismus*, 137.

8 Degen, *Soziale Frage*.

9 Ebd.

10 Jost, *Geschichte*, 476.

und Bund) nicht in der Lage waren, substanzielle Unterstützung beizutragen. Dementsprechend begegneten die Gemeinden der verbreiteten Armutsproblematik u. a. «mit der Auflösung von Familien und der Fremdplatzierung von Kindern und Jugendlichen, aber auch von Erwachsenen».¹¹

Ähnlich gestaltete sich die Lage bei den institutionell verfassten Kirchen; sie konnten aus verschiedenen Gründen nur in beschränktem Ausmass konkrete Beiträge zur Unterstützung der Armutsbetroffenen bzw. der Gemeinden beisteuern. Zunächst fehlten den Kirchen und Kirchengemeinden angesichts der engen Abhängigkeit vom Staat noch weitgehend die Handlungsmöglichkeiten zum Aufbau eigener Unterstützungsstrukturen.¹² Sodann besaßen auch sie nicht ausreichend finanzielle und personelle Ressourcen, um die Folgen der Verelendung breiter Schichten aufzufangen, zumal sie selbst angesichts der gesellschaftlichen Strukturveränderungen mit der Bewältigung der Anforderungen an ihr eigenes gemeindliches Leben mehr als gefordert waren, d. h., durch die Explosion der Mitgliederzahlen in den Stadtgemeinden und angesichts fehlender Pfarrstellen und Kirchengebäude kamen sie selbst kaum damit nach, «eine angemessene Betreuung durch Gottesdienst, Seelsorge und Unterweisung»¹³ sicherzustellen.

In diesem «strukturellen Vakuum»¹⁴ entstanden auf der Basis privater Initiativen und gerade auch im kirchlichen Bereich zahlreiche gemeinnützige und karitative Vereine, die sich u. a. in den Bereichen der Kinder- und Jugendbetreuung sowie in der Krankenpflege engagierten.¹⁵

11 Seglias, *Protestantische Akteure*, 63. Dass bei diesen Fremdplatzierungen nicht nur finanzielle Aspekte ausschlaggebend waren, sondern in starkem Ausmass auch sozialdisziplinierende Motive bestanden, wurde in der mittlerweile breit aufgearbeiteten Geschichte des Heim- bzw. Verdingkinderwesens nachgewiesen. Vgl. hierzu die Involvierung von Akteuren der reformierten Kirchen in Hofstetter/Gaillard (Hg.), *Heim- und Verdingkinder*.

12 Kaiser, *Evangelische Kirche*, 19.

13 Hauschild, *Lehrbuch*, 797.

14 Hauschild, *Lehrbuch*, 776.

15 Vgl. zur Entstehung und Entwicklung des Vereinswesens das Kapitel I.3. der vorliegenden Arbeit.

2. *Allgemeiner Vereinsbetrieb und kirchliche Mitwirkung am Vereinsgeschehen*

2.a. Gründungsarbeiten und erste Betriebsjahre

Der Gründungsimpuls zur Schaffung der jeweiligen lokalen Krankenpflegevereine ging von Vertretern der örtlichen reformierten Kirchgemeinde aus bzw. erfolgte unter deren leitender Mitwirkung. In der Regel setzten die Initianten eigene «Kommissionen» oder «Komitees» ein, um die Gründungsarbeiten voranzubringen. Dazu gehörten insbesondere die Ausarbeitung der Vereinsstatuten sowie die Kontaktaufnahme mit Diakonissenmutterhäusern zwecks Entsendung einer Diakonisse in den Dienst als Gemeindeschwester.¹⁶ Während sich einige Vereine in den statutarisch festgehaltenen Zielsetzungen auf die Krankenpflege im engeren Sinn beschränkten, hatten andere neben dem Pflegebedarf auch Armut und Bedürftigkeit im Blick.¹⁷

Um die mit dem Einsatz der Gemeindeschwester verbundenen Kosten zu decken, war der Vereinsbetrieb auf eine ausreichend grosse Zahl an Mitgliedern und deren Beiträge angewiesen. Entsprechend gehörte auch die Mitgliederwerbung zu den notwendigen Initialarbeiten.

Dabei stellten die Vereine die Gemeindeschwester nicht direkt an, sondern die Tätigkeit der Gemeindeschwester am Wirkungsort erfolgte über einen Entsendungsvertrag, den der Verein und das Diakonissenmutterhaus miteinander abschlossen. Darin waren die finanziellen Verpflichtungen des Vereins (erstens das sogenannte Stationsgeld als Beitrag des Vereins an das Diakonissenmutterhaus sowie zweitens die Aufwendungen für Kost, Logis und Taschengeld für die Diakonisse) sowie die Rechte und Pflichten der Gemeindeschwester, des Vereins und des Diakonissenmutterhauses festge-

16 Interessanterweise erfolgten die Kontaktaufnahmen der untersuchten Vereine nicht immer mit den geografisch nächstliegenden Diakonissenmutterhäusern. Vielmehr bestanden Kontakte und anschliessend Entsendungsverträge quer durch die Deutschschweiz (vgl. für den Krankenpflegeverein Egnach: AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Festschrift 50 Jahre Krankenpflegeverein Egnach, Egnach 1941, 1). Eine Ausnahme hierzu bildete die Kirchgemeinde St. Gallen-Tablat, die die Anstellung der Schwestern vermutlich direkt vornahm; vgl. AKT, Protokollbuch der Evang. Kirchgemeinde Tablat 1922–1924, Spezialsitzung mit der Diakonatskommission vom 20. Juli 1922, 77.

17 In der konkreten Arbeit kam diese erweiterte Ausrichtung dahingehend zum Tragen, dass der Verein Unterstützungsleistungen für bedürftige Personen sprach; wobei die Bedürftigkeit der betreffenden Personen meist von der Gemeindeschwester im Rahmen ihrer Pflegetätigkeit aufgedeckt wurde (vgl. für den freiwilligen Krankenverein Burgdorf: Linder, Krankenverein Burgdorf, 4).

halten.¹⁸ Durch diesen Entsendungsvertrag unterstanden die Gemeindeschwestern weiterhin den weitreichenden Weisungsbefugnissen der Mutterhausleitung.¹⁹

Die ersten Jahre und Jahrzehnte der untersuchten Vereinstätigkeiten zeigen auf, dass der Einsatz einer Gemeindeschwester und damit die in den Vereinsstatuten festgelegten Zielsetzungen auf ein echtes Bedürfnis in den Gemeinden stiessen; bereits in den ersten Vereinsjahren wiesen die Gemeindeschwestern eine beachtliche Auslastung auf.²⁰ Wenn auch die konkrete Tätigkeit der Diakonissen als Gemeindeschwestern nicht Gegenstand dieser Untersuchung ist,²¹ so soll an dieser Stelle doch in aller Kürze auf einzelne Aspekte ihres Wirkens hingewiesen werden: Als Mitglied der Lebens-, Dienst- und Glaubensgemeinschaft ihrer jeweiligen Schwesternschaft brachten die Diakonissen ein Arbeits- und Pflegeverständnis mit, in dem sie ihr Wirken als Sendung im Auftrag Jesu Christi zum Dienst an den Kranken verstanden. Ihre Tätigkeit war nicht im engeren Sinn auf verrichtungsbezogene Pflegetätigkeiten beschränkt, sondern umfasste mit Unterstützungen im Haushalt, sozialfürsorgerischen Arbeiten, aber auch seelsorglichem Beistand ein breites Aufgabenspektrum.²² Hinter diesem breiten Wirkungsspektrum stand ein Pflegeverständnis, das Kreutzer als «Einheit von Leibes- und Seelenpflege»²³ beschrieb, nach welchem «körperliche, seelische und soziale Betreuung als gleichwertige Aspekte» ihrer Tätigkeit erachtet wurden.²⁴ In

18 Vgl. bspw. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Vertrag zwischen dem protestantischen Krankenpflegeverein im Gebiete der Kirchgemeinden Reiden und Dagmersellen vom 1. September 1943, § 2.3.

19 So behielten sich die Diakonissenhausleitungen in den Entsendungsverträgen das Recht vor, aus betrieblichen Gründen oder anderweitigen Notwendigkeiten Gemeindeschwestern an andere Arbeitsstellen zu versetzen (vgl. ebd., § 2). Vgl. zu den Entsendungsverträgen auch Schär, Diakonissen, 114–116, sowie Fritschi, Schwesterntum. Fritschi spricht von «Gestellungsverträgen» (Schwesterntum, 49).

20 Vgl. AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1927–1932, Protokoll der Vorstandssitzung vom 11. Dezember 1930, 138; Linder, Krankenverein Burgdorf, 5.

21 Es bestehen bereits zahlreiche Untersuchungen zum Lebensalltag von Diakonissen, die sowohl den stationären Kontext (vorwiegend Spitäler) als auch Aussenstationen (Gemeindekrankenpflege, aber auch Kindergärten u. a.) umfassen. Für den schweizerischen Kontext sind zu nennen: Schär, Diakonissen; Fritschi, Schwesterntum; Braunschweig (Hg.), Pflege; als Studien aus Deutschland ist zu verweisen auf Kreutzer, Arbeits- und Lebensalltag; Karen Nolte, «Eine heilige Schar einheimischer Missionarinnen»; Kreutzer, Liebesdienst; Weyandt / Braselmann, Diakonissen.

22 Vgl. Weyandt / Braselmann, Diakonissen, 104.

23 Kreutzer, Fragmentierung, 111.

24 Ebd.

einzelnen der untersuchten Vereine wirkten die Gemeindeschwestern sogar in kirchgemeindlichen Funktionen mit und dienten dort «zur Entlastung der pfarramtlichen Obliegenheiten».²⁵

In organisatorischer Hinsicht war ihre Arbeit geprägt von einem hohen Mass an Autonomie und einem grossen Handlungsspielraum, in dem ökonomische Überlegungen noch kaum eine Rolle spielten.²⁶ Die Kehrseite dieser organisationalen Freiheiten bestand darin, dass zumindest in den ersten Jahrzehnten noch kaum gesetzliche oder anderweitige reglementarische Schutzmechanismen bestanden und die Schwestern oftmals mit beträchtlicher Arbeitsbelastung zu kämpfen hatten.²⁷ Besondere Belastungen für die Gemeindeschwestern bestanden in der Zeit des Ersten Weltkriegs sowie in der Zeit der Grippepandemie von 1918, in denen sie zeitweilig in hierfür aufgestellten Notspitälern mitwirkten.²⁸

Die Tätigkeit des jeweiligen Vereinsvorstands konzentrierte sich auf die Bereitstellung der für den Betrieb notwendigen Ressourcen und der erforderlichen Infrastruktur. So waren die Vorstandsmitglieder bestrebt, über die Mitgliederwerbung sowie über weitere Finanzierungskanäle die notwendigen finanziellen Mittel aufzutreiben. Sie waren weiter verantwortlich für die Bereitstellung einer Wohnung für die Schwester sowie die Sicherstellung derer Mobilität (in der Regel durch ein Fahrrad); nicht zuletzt oblag den Vorständen die Einrichtung und der Unterhalt für die Krankenmobilenlager. Wo es der Vereinszweck festhielt, war der Vorstand auch zuständig für die Zuspache von Unterstützungsleistungen für bedürftige Kranke, die ihm von der Gemeindeschwester gemeldet wurden. In der Regel kam der Vorstand hierfür zu wenigen Sitzungen pro Jahr zusammen;²⁹ aufwändiger und zeitintensiver wurde die Tätigkeit in denjenigen Zeiten, in denen personelle Wechsel (Wechsel der Gemeindeschwester, Stellenausbau) und entsprechende Verhandlungen mit dem Diakonissenmutterhaus anstanden.³⁰

25 AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Protokoll der Generalversammlung vom 23. April 1944, 1.

26 Vgl. Krisch, Verräumlichung, 163.

27 Vgl. Kreutzer, Arbeits- und Lebensalltag, 201.

28 Vgl. hierzu Blust, Geschichte, 17.

29 Die Ausnahme bildete der Vorstand des reformierten Krankenvereins Arlesheim, der die Pflgetätigkeit der Gemeindeschwester mit vierzehntäglich stattfindenden Sitzungen eng begleitete (vgl. hierzu exemplarisch AKGA, Reformierter Krankenverein Arlesheim, Protokollbuch 1933–1939, Protokoll der Vorstandssitzung vom 9. November 1933, 21).

30 Vgl. hierzu die Situation in Egnach: AKGE, Festschrift 50 Jahre Krankenpflegeverein Egnach 1941, 2.

2.b. Kirchliche Beteiligung und Mitwirkung am Vereinsgeschehen

Ein prägendes Merkmal in der personellen Situation der Vereinsvorstände bestand darin, dass die Gemeindepfarrer überall in leitender Stellung beteiligt waren. Sie initiierten häufig die Vereinsgründung, waren an den Gründungsvorbereitungen beteiligt und standen zumeist über den gesamten Berichtszeitraum dem Vereinsvorstand als Präsidenten vor. Wo mehrere Pfarrer in der jeweiligen reformierten Gemeinde tätig waren, wirkten diese weiteren Personen in der Regel im Vereinsvorstand mit. Wenn aufgrund von Stellenwechseln³¹ oder Todesfällen³² der Präsidenten Vakanzen entstanden, übernahmen die jeweiligen Nachfolger im Pfarramt gleich auch den Vereinsvorsitz. Auch wenn nur selten zwingende statutarische Vorgaben dazu bestanden, so erschien es den Beteiligten als gegeben, die neue Pfarrperson mit der Leitung der Vereinsgeschicke zu betrauen, da diese als Garant für die Verbindung zwischen Kirchgemeinde und Krankenpflegeverein erschien. In der Praxis zeigten sich denn auch mannigfache Gelegenheiten für die enge Verbindung zwischen den beiden Institutionen.³³

Über die Pfarrpersonen hinaus wirkten zuweilen noch weitere Vertretungen der Kirchgemeinde im Vereinsvorstand mit.³⁴ Zudem fällt auf, dass an den Vereinsgründungen sowie auch in den ersten Vorstandsbesetzungen zahlreiche weitere namhafte Persönlichkeiten aus dem Gemeindeleben mit-

31 Vgl. in Reiden: AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1943, 2.

32 Vgl. mehrmals innert kurzer Zeit in Burgdorf: ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1935, 5.

33 So erfolgten bspw. Absprachen über seelsorgerliche Bedarfe bei Pflegebedürftigen, gemeinsame Suchen nach geeignetem Pflegepersonal sowie Austausche über beidseitige Unterstützungsmöglichkeiten in Fällen von finanziellen Notlagen bei Pflegebedürftigen (vgl. hierzu exemplarisch zur Situation in Arlesheim: AKGA, Reformierter Krankenverein Arlesheim, Protokollbuch 1939–1946, Protokoll der Vorstandssitzung vom 15. Mai 1941, 54; AKGA, Reformierter Krankenverein Arlesheim, Protokollbuch 1933–1939, Protokoll der Vorstandssitzung vom 7. Januar 1937, 101). Es versteht sich von selbst, dass auch in der Situation von St. Gallen-Tablat, wo die Krankenpflege direkt in die Kirchgemeinde integriert war, die zuständigen Personen der Kirchgemeinden in der entsprechenden Kommission mitwirkten (Kirchenvorsteherschaft, Pfarrpersonen; vgl. AKT, Protokollbuch der Evang. Kirchgemeinde Tablat 1922–1924, Sitzung der Kirchenvorsteherschaft vom 22. Juni 1922, 67).

34 So in Egnach z. B. ein Mitglied der reformierten Kirchenvorsteherschaft (vgl. AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Jahresbericht 1950, 2).

wirkten,³⁵ was darauf schliessen lässt, dass die Vereinsgründung und der Betrieb in dieser Zeit mit einem gewissen gesellschaftlichen Renommee verbunden waren.

Diese engen Verbindungen zur Kirchgemeinde bildeten sich zuweilen auch in rechtlicher Hinsicht ab. So bestanden in verschiedenen Vereinsstatuten Bestimmungen über die ex officio-Einsitznahme der Ortspfarrer im Vereinsvorstand sowie über Verantwortlichkeiten der reformierten Kirchgemeinde im Falle der Auflösung des Vereins.³⁶

Trotz diesen engen Verflechtungen zwischen Krankenpflegevereinen und den jeweiligen Kirchgemeinden in personeller, betrieblicher und rechtlicher Hinsicht fällt auf, dass die Vereine bei verschiedenen Gelegenheiten ihre institutionelle Unabhängigkeit herausstrichen, die u. a. in den Statuten an den Aspekten der Privatwohltätigkeit bzw. der Freiwilligkeit festgemacht wurde.³⁷ Das Herausstreichen der Unabhängigkeit erfolgte jedoch nicht zum Zweck der Abgrenzung von der Kirchgemeinde, sondern vielmehr zur Abgrenzung gegenüber den staatlichen Institutionen und möglichen Einwirkungen der öffentlichen Hand auf das Wirken der Krankenpflegevereine, was in verschiedenen Positionsbezügen zum Ausdruck kommt. So hielt der damalige Vereinspräsident des Burgdorfer Krankenvereins fest: «Wohl wird aus weiten Kreisen des Volkes immer wieder die Forderung erhoben, dass die vielen Nöte unserer Zeit auf rein staatlichem Wege gehoben werden sollen.»³⁸ Dieser Forderung der Aufgabenübertragung an staatliche Behörden entgegnete er: «Die Nöte des Volkes sind viel zu gross und zu vielgestaltig, als dass sie auf rein staatlichem Wege gehoben werden könnten. Wir können die christliche Nächstenliebe nicht entbehren. Ja, danken wir Gott, dass wir auch heute der christlichen Nächstenliebe nicht entbehren können, denn in der christlichen Nächstenliebe liegt ein grosser Segen.»³⁹ Sein Kollege im Krankenpflegeverein Egnach wies mögliche staatliche Einwirkungen zurück mit den Worten: «Schön ist bei dieser Lebensarbeit [d. h. der Tätigkeit des Kran-

35 Genannt werden bspw. ein Dorfarzt, ein Notar, ein Hauptmann des Militärs, ein Friedensrichter, ein Gemeinderat (vgl. in Egnach: AKGE, Festschrift 50 Jahre Krankenpflegeverein Egnach 1941, 1; in Arlesheim: AKGA, Reformierter Krankenverein Arlesheim, Protokollbuch 1904–1914, Protokoll der 1. Sitzung der Kommission vom 8. März 1905, 1).

36 Vgl. hierzu exemplarisch: AKGA, Reformierter Krankenverein Arlesheim, Statuten vom 23. Oktober 1927, § 11.

37 Vgl. hierzu für Burgdorf: ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Statuten vom 1. Januar 1881, § 1.

38 ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1922, 2.

39 ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1922, 2 f.

kenpflegevereins, S. H.] vor allem die Tatsache, dass nicht um des Lohnes willen, sondern um der Liebe und aus innerem Bedürfnis den Leidenden gedient wird. Möge die eigentümliche Geistesart in der Politik unserer Zeit es unterlassen, den Segen, der in solch persönlicher Hingabe liegt, zu verderben.»⁴⁰

In den Vereinen, die in konfessionell gemischten Gebieten lagen, bestanden unterschiedliche Positionierungen in Bezug auf die interkonfessionelle Offenheit. Während in Arlesheim zuweilen konfessionelle Reibungen entstanden und der Verein bewusst seine reformierte Prägung betonte,⁴¹ so hob der Krankenpflegeverein Reiden trotz sehr enger Anbindung an die reformierte Kirchgemeinde seine Offenheit auch gegenüber katholischen Mitgliedern hervor und sah den Krankenpflegeverein sogar als «Bindeglied zwischen der reformierten und der katholischen Gemeinde».⁴²

Mit anderen karitativen Institutionen pflegten die Krankenpflegevereine meist einen regen Austausch. Bei verschiedenen Gelegenheiten betätigten sich die Vereine sogar als deren Förderer, so etwa wenn sie bei Neugründungen oder Betriebsjubiläen finanzielle Unterstützungsbeiträge sprachen oder personelle Delegationen entsandten; zuweilen waren sie sogar an deren Neugründungen direkt beteiligt und wirkten so als Mitträger neuer karitativer Initiativen.⁴³ Trotz der oben genannten Ablehnung direkter politischer Einmischung in den Vereinsbetrieb bestanden auch Beziehungen zu den politischen Behörden auf lokaler Ebene. Bei diesen Beziehungen kam zum Ausdruck, dass seitens der Behörden noch kaum Ressourcen und Kompetenzen im Bereich der Krankenpflege (bzw. auch in weiteren Bereichen des Sozialen) bestanden. So gelangten die lokalen Behörden bei verschiedenen Gelegenheiten mit Anfragen an die Krankenpflegevereine, sei es mit Hinweisen zu konkreten Pflegefällen⁴⁴ oder aber, wie im Fall von Burgdorf, mit der Anfrage zur Übernahme der Funktion als offizielle «Fürsorgestelle für Tuberkulose».⁴⁵ Dass die Behörden die mit der Übernahme dieser offiziellen Funktion anfallenden Kosten des Krankenpflegevereins nur in sehr geringem Umfang

40 AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Jahresbericht 1946, 1.

41 Vgl. AKGA, Reformierter Krankenverein Arlesheim, Protokollbuch 1939–1946, Protokoll der Generalversammlung vom 28. April 1940, 27.

42 AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1943, 2.

43 Vgl. hierzu für Burgdorf: ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1914, 4; für Arlesheim: AKGA, Reformierter Krankenverein Arlesheim, Protokollbuch 1939–1946, Protokoll der Vorstandssitzung vom 4. Mai 1939, 3.

44 Siehe hierzu für Arlesheim: AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1933–1939, Protokoll der Vorstandssitzung vom 15. August 1935, 64.

45 Lindner, Krankenverein, 8.

finanzieren konnten,⁴⁶ zeigt auf, dass sie zur Ausübung sozialer Aufgaben auf Akteure der Zivilgesellschaft angewiesen waren.

Im Blick auf die Finanzierungsstruktur der untersuchten Krankenpflegevereine fällt auf, dass die Vereinsfinanzen zumindest in den ersten Jahrzehnten weitgehend auf den Beiträgen der Mitglieder basierten.⁴⁷ Wenn auch die Vereine in unterschiedlichem Umfang Beiträge und Zuwendungen aus anderen Quellen erhielten, so fusste das Finanzierungsprinzip anfänglich doch darauf, dass der Verein genügend Mitglieder umfassen musste, um mit deren Jahresmitgliedschaftsbeiträgen das Vereinswirken zu tragen. Dies kam gerade dann zum Ausdruck, wenn die Finanzlage des Vereins angespannt war und der Vorstand daher primär danach strebte, entweder über Mitgliederwerbung die Vereinsbasis zu erweitern und dadurch mehr Beiträge zu generieren oder die Mitgliederbeiträge zu erhöhen. Um dieses Mitgliedschaftsprinzip zu stützen, wurden sogar Schutzmechanismen getroffen: Damit Interessierte nicht erst im Falle der eigenen Pflegebedürftigkeit dem Verein beitraten (und sich für die vorangehende Zeit den Vereinsbeitrag sparen konnten), führten einzelne Vereine für solche Fälle in präventiver Hinsicht Zusatzgebühren ein.⁴⁸ Begleitet und verstärkt wurde diese Mitgliederorientierung durch Appelle an die Mitglieder der reformierten Kirchgemeinden, in welchen die Vereinsleitung eine Mitgliedschaft als «selbstverständliche Christenpflicht» bezeichnete, «um so gemeinsam die Lasten und Opfer zu tragen in der Hilfe an die Kranken».⁴⁹

Die hier nachgezeichnete Mitgliedschaftsorientierung ist dermassen prägend, dass sie zu Anfragen an die eingangs angeführte Typologisierung der Krankenpflegevereine als Unterstützungsvereine bzw. als gemeinnützige Vereine führt.⁵⁰ Zwar steht die gemeinnützige Ausrichtung und der Unterstützungscharakter der dargestellten Krankenpflegevereine nicht infrage, doch ist zu beachten, dass in solchen Unterstützungsvereinen die Leistungen üblicherweise aussenstehenden Dritten zugutekamen – was jedoch im Fall der Krankenpflegevereine gerade nicht der Fall war. In dieser Hinsicht stehen sie in grosser Nähe zum Typus der «gegenseitigen Hilfsgesellschaften», die als

46 Vgl. ABGB, Freiwilliger Krankenverein, Jahresbericht 1922, 3.

47 Weyandt/Brasermann berichten dieses auch von den Krankenpflegevereinen in Deutschland (vgl. Diakonissen, 102); siehe dazu auch Boltenhagen, Gemeindegewerkschaft.

48 Vgl. hierzu bspw. für die Situation in Arlesheim: AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1946–1951, Protokoll der Vorstandssitzung vom 21. Juni 1949, 91.

49 AKGA, Reformierter Krankenverein, Protokollbuch 1946–1951, Protokoll der Generalversammlung vom 24. April 1948, 56.

50 Vgl. dazu oben und Jost, Geschichte, 479.

Organisationen zu definieren sind, «deren Mitglieder sich Unterstützung boten in Notlagen, die als Folge von Krankheit, Unfall oder Tod eines Mitglieds [...] eintraten»,⁵¹ die auf dem «Prinzip der Gegenseitigkeit»⁵² basierten und «in der Regel relativ homogene Gruppen [vereinigten]». ⁵³ Damit kommt das oben formulierte Bestreben der Vereine nach Autonomie bzw. nach Unabhängigkeit auch in finanzieller Hinsicht zur Geltung.

Diese mitgliederorientierte Finanzierungsstruktur veränderte sich, als es insbesondere ab der Zwischenkriegszeit aufgrund der Teuerung und des personellen Ausbaus nicht mehr möglich war, die zusätzlich erforderlichen Mittel über die Mitglieder einzutreiben, und die Vereine daher auf weitere Finanzierungssäulen angewiesen waren. Namentlich beteiligten sich die reformierten Kirchgemeinden mit eigenen Beiträgen an den Aufwendungen; zudem gelang es den Vereinen, beträchtlich hohe Spenden und Zuwendungen aus privaten Kreisen zu gewinnen. Wenn das nicht reichte, waren die Vereine in der Regel gezwungen, Pflögetaxen einzuföhren bzw. zu erhöhen und die politischen Gemeinden um Unterstützungsbeiträge anzufragen. Diese Entwicklung führte dazu, dass zum Ende des vorliegenden Zeitraums hinsichtlich der Vereinsfinanzierung in allen untersuchten Vereinen ein Mischfinanzierungssystem mit Beiträgen aus mehreren Quellen vorlag.

Gemeinsam mit den vom jeweiligen Mutterhaus entsandten Diakonissen als Gemeindeschwestern bildete der von Akteuren der reformierten Kirchgemeinde geprägte Vereinsvorstand gewissermassen ein einstimmiges Duett, das die Krankenpflege im oben genannten Sinn als Sendung im Auftrag Jesu Christi zum Dienst an den Kranken verstand. Dass in der Krankenpflege nicht allein die Pflögetätigkeit im engeren Sinne im Zentrum stand, sondern es gleichermassen um seelische und soziale Betreuung ging, betonten beide Akteure mit der gemeinsamen Vorstellung der bereits genannten «Einheit von Leibes- und Seelenpflege». ⁵⁴ Während die Gemeindeschwester diese Vorstellung in ihre alltägliche Pflögetätigkeit einfliessen liess, brachte der Vereinsvorstand bei den eigenen Auftrittsformaten explizit diakonische Deutungen des Vereinswirkens zum Ausdruck. Namentlich waren es die schriftlichen Jahresberichte, die Vereinsversammlungen oder in einzelnen Fällen auch spezifische Vortragsanlässe, an denen insbesondere die Vereinspräsi-

51 Degen, Geschichte, 70; zu den gegenseitigen Hilfsgesellschaften gehörten bspw. private Krankenkassen.

52 Degen, Geschichte, 71, wobei Degen die Gegenseitigkeit so beschreibt, dass «die Beiträge der Mitglieder [...] die Risiken decken [mussten]» (ebd.).

53 Ebd.

54 Kreutzer, Fragmentierung, 111; vgl. auch oben Kapitel III.1.1.2.a.

dentem die Tätigkeit des Krankenpflegevereins im Horizont der biblischen «Grosstexten der Diakonie»⁵⁵ deuteten und in dessen Wirken sie diakonische Aspekte der christlichen Sendung in die Welt verwirklicht sahen.⁵⁶ Anzu-merken ist dabei, dass diese Äusserungen nur in elementar ausgearbeiteter Form erfolgten. Wenn sie auch mehrfach vorzufinden sind, so ergeben sie in ihrer Summe lediglich rudimentäre Ansätze einer diakonischen Konzeption der Gemeindekrankenpflege.

In Vereinen aus konfessionell gemischten Gemeinden wurden solche diakonischen Äusserungen gelegentlich sekundiert von konfessionell geprägten Positionsbezügen; so etwa, wenn die Leitung den Verein als «bewusst protestantische[n] Verein»⁵⁷ bezeichnete, bei dem die Pflicht bestehe – nicht zuletzt im Gegenüber zum katholischen Pendant –, «das Protestantische in den Vordergrund zu rücken».⁵⁸

3. *Wohlfahrtspluralistische Einordnung der Krankenpflegevereine und der kirchlichen Mitwirkung*

Die Entstehung und das frühe Wirken der untersuchten Krankenpflegevereine im vorliegenden Zeitraum erscheint angesichts der oben formulierten Zusammenstellung als treffliches Beispiel innerhalb der Vielfalt an Vereinstätigkeiten, die oben in Kap. I.3.2. als neues «Strukturprinzip der bürgerlichen Gesellschaft»⁵⁹ bezeichnet wurden, zumal ihre Gründungszeit just in die Kulminationsphase der Vereinsgründungen um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert fällt und sie mit der gemeinnützigen Ausrichtung der zahlenmässig grössten Vereinskategorie angehören.⁶⁰ Die Krankenpflegevereine sind damit Ausdruck der umfangreichen gesellschaftlichen Initiativen, die «angesichts der äusserst begrenzten staatlichen Ressourcen Bereiche wie die

55 Rüeegger/Sigrist, Diakonie, 68. Bezüge bestanden insbesondere zum Gleichnis vom Barmherzigen Samaritaner (vgl. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1944, 2; ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1918, 5) sowie zur Rede vom Weltengericht (vgl. ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1919, 5).

56 Etwa dadurch, dass sie im Vereinswirken die «praktische christliche Nächstenliebe verwirklicht» (AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1944, 1) sahen oder dieses als «Frucht des christlichen Glaubens» (ebd.) deuteten.

57 AKGA, Reformierter Krankenverein Arlesheim, Protokollbuch 1939–1946, Protokoll der Generalversammlung vom 28. April 1940, 27.

58 AKGA, Reformierter Krankenverein Arlesheim, Protokollbuch 1939–1946, Protokoll der Generalversammlung vom 30. April 1942, 79.

59 Häusler, Vereine, 956.

60 Vgl. Jost, Geschichte, 479.

soziale Sicherheit [...] auf privater Ebene abdeckten».⁶¹ Die Krankenpflegevereine haben so Teil an einer damaligen gesellschaftlichen Bewegung, die sich als «institutionelle Antwort einer sich selbst organisierenden Gesellschaft»⁶² verstehen lässt, wobei der Aspekt der Selbstorganisation nicht allein in der eigenständigen vereinsrechtlichen Struktur, sondern auch in den zahlreichen aufgeführten Vernetzungen der Krankenpflegevereine zu anderen gemeinnützigen Initiativen sowie in der bewussten Distanz zu den Behörden zum Ausdruck kommt.

Es ist an dieser Stelle nicht der Ort, um ausführlich auf die beginnenden sozialpolitischen Ansätze seitens der Politik einzugehen. Zu verweisen ist lediglich in gebotener Kürze auf den prägenden Einfluss des Liberalismus als führender politischer Ausrichtung der Zeit: Die Anhänger des Liberalismus vertrauten noch für längere Zeit der «wohlstandssteigernde[n] Kraft der Industrialisierung»,⁶³ mit deren Ausbreitung die sozialen Probleme zu lösen seien. Entsprechend postulierten sie, dass die «sozialen Probleme getrennt vom Staat [zu] lösen»⁶⁴ seien. Erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts erkannten sie angesichts verschärfter Notlagen die Notwendigkeit für erste staatliche Massnahmen, insbesondere im Bereich der Armenpflege, in dem «der zukünftige Wohlfahrts- und Sozialstaat seine ersten Gehversuche»⁶⁵ anstellte.

Anders als bei der Armenpflege, in deren konkreter Ausgestaltung «sich die vereinsrechtliche, private Form und die öffentliche, gesetzlich vorgeschriebene Form [vermischten]»,⁶⁶ war der Bereich der Krankenpflege jedoch nicht Gegenstand behördlicher Regulierung und blieb somit weitgehend frei von behördlicher Einwirkung. Die Krankenpflegevereine füllten damit «Lücken, die die staatliche Fürsorge offenliess».⁶⁷

Aus den gemachten Ausführungen ist ersichtlich, dass sich die Pfarrpersonen und mit ihnen die reformierten Kirchgemeinden im vorliegenden Zeitraum hochgradig mit dem Feld der Krankenpflege identifizierten und sie zuweilen als ihr eigenes Handlungsfeld betrachteten. Die Gründungsimpulse

61 Degen, Geschichte, 77.

62 Ebd.

63 Baumer, Armenfürsorge, 51.

64 Baumer, Armenfürsorge, 52.

65 Ludi, Armengesetzgebung, 333. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass diese «ersten Gehversuche» – im Sinne von politischen Ansätzen zur sozialen Sicherung in der Schweiz – insbesondere auf nationaler Ebene eher spät entstanden (vgl. Matter, Entwicklungen, 435).

66 Sallmann, Diakonie, 133.

67 Baumer, Armenfürsorge, 220.

der Vereine aus den kirchlichen Reihen, das grosse und leitende personelle Engagement darin (leitende Mitwirkung der Gemeindepfarrer und weiterer Beteiligter), die mannigfachen strukturellen Verbindungen⁶⁸ sowie die vorhandene (wenn auch eher rudimentär ausgearbeitete) diakonische Deutungsperspektive der Krankenpflege – all diese Faktoren verweisen auf die enge Verbindung zwischen den Kirchgemeinden und den Krankenpflegevereinen. Aus dem Umstand, dass die Vereine in aller Regel nicht von den Kirchen als institutionell verfassten Grössen, sondern von einzelnen ihrer Mitglieder gegründet wurden, ergibt sich ein konstitutiver Doppelcharakter der kirchlich geprägten Vereine, der darin besteht, dass die Vereine «institutionell voll in der Gesellschaft stehen, sich zugleich aber von ihren Zielen und ihrem inneren Leben als Teil der Kirche definieren».⁶⁹ Angesichts der engen Bindung zwischen den beiden Institutionen und den mannigfachen Verbindungen lassen sich die reformierten Krankenpflegevereine in damaliger Konstitution als das verstehen, was Heusler «eine weitere Erscheinungsform kirchlichen Lebens neben der verfassten Kirche»⁷⁰ bezeichnete.

Zu fragen ist schliesslich, ob sich aus dem vorliegenden Material Rückschlüsse ziehen lassen auf Positionierungen innerhalb der kirchlich geprägten Krankenpflegevereine zur «Sozialen Frage» bzw. im weiteren Sinn zu damaligen wohlfahrtsstaatlichen Vorstellungen in der Schweiz.

In den genannten Äusserungen wurde damit argumentiert, dass die Krankenpflegevereine bestrebt waren, die institutionelle Unabhängigkeit zu wahren, wobei die Betonung der Unabhängigkeit vorwiegend als Rückweisung eines staatlichen Einflusses zu verstehen war, wohingegen gleichzeitig aus diakonischen Argumentationen eine aktive Rolle von Kirche und Zivilgesellschaft in der Bekämpfung sozialer Herausforderungen propagiert wurde. Die Rückweisung des staatlichen Einflusses basierte einerseits auf der – wohl zutreffenden – Einschätzung, wonach die staatlichen Behörden nicht über die Ressourcen verfügten, um die Aufgabe der Krankenpflege in eigener Regie zu übernehmen.⁷¹ Andererseits bestand die Befürchtung, eine staatliche Mitwir-

68 Siehe zu verschiedenen ähnlichen Beispielen aus protestantischen Kirchgemeinden in Deutschland bei Hauschild, Lehrbuch, 797.

69 Häusler, Vereinswesen, 641.

70 Ebd.

71 Vgl. hierzu die oben in III.1.1.2.b. angeführte Argumentation: «Die Nöte des Volkes sind viel zu gross und zu vielgestaltig, als dass sie auf rein staatlichem Wege gehoben werden könnten [...]» (ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1922, 2 f.).

kung könnte das bestehende, von den Kirchen mitgetragene gemeinnützige Engagement gefährden oder sogar «verderben».⁷²

Wie ist eine solche Positionierung der Krankenpflegevereine innerhalb der damaligen sozialpolitischen Positionierungen der Kirchen oder kirchennaher Vereinigungen zu verorten? Köppli weist darauf hin, dass im Schweizer Protestantismus angesichts einer «organisatorischen, theologischen und personellen Vielfalt»⁷³ sehr vielschichtige und uneinheitliche Positionsbezüge bestanden. Die Spannbreite der Positionierungen reichte von den sogenannten Reformern, die sich grundsätzlich für eine aktive Rolle des Staates zur Bekämpfung der sozialen Probleme aussprachen⁷⁴ und für ein «planmässiges sozialstaatliches Handeln»⁷⁵ einstanden, bis zu den Bekenntnistreuen, die sich «gegen eine Intervention des Staates zur Lösung der sozialen Frage [wehrten]».⁷⁶

Im Bewusstsein um wesentliche Unterschiede zwischen der damaligen Situation in Deutschland und in der Schweiz sowohl im Blick auf das jeweilige politische Gefüge als auch in Bezug auf die kirchlichen Lagerbildungen soll an dieser Stelle doch eine Systematisierung herangezogen werden, die von Traugott Jähnichen mit Bezug auf die Situation im deutschen Protestantismus des 19. Jahrhunderts entwickelt worden ist.⁷⁷ Jähnichen unterscheidet das «sozialdiakonische Handlungskonzept der Inneren Mission»⁷⁸ vom «sozialkonservativen Protestantismus»⁷⁹ und vom «sozialliberalen Protestantismus».⁸⁰ Beim von Johann Hinrich Wichern ausgehenden sozialdiakonischen Handlungskonzept der Inneren Mission sieht Jähnichen ein ausgeprägt volksmissionarisches Anliegen mit bedeutsamen Ansätzen praktischer Sozialarbeit sowie sozialreformerischen Anliegen verbunden,⁸¹ wobei Wichern das Vereinswesen als «zeitgemässe Handlungsform zur Reform der Gesell-

72 Vgl. zur Formulierung: AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Jahresbericht 1946, 1.

73 Köppli, Unternehmer, 32.

74 Vgl. Vischer u. a. (Hg.), Kirchengeschichte, 259.

75 Köppli, Unternehmer, 51.

76 Köppli, Unternehmer, 54.

77 Vgl. hierzu Jähnichen / Friedrich, Geschichte; Jähnichen, Protestantismus.

78 Jähnichen, Protestantismus, 139.

79 Jähnichen, Protestantismus, 141.

80 Jähnichen, Protestantismus, 145. Die sogenannte «sozialpatriarchale» Positionierung, die vorwiegend in frühen Phasen der Industrialisierung vorherrschend war, wird an dieser Stelle nicht eigens berücksichtigt, da sie «im Verlauf der Entwicklung des 19. Jahrhunderts immer mehr an den Rand gedrängt worden ist» (Jähnichen, Protestantismus, 139) und zum Berichtszeitraum kaum mehr eine Rolle spielte.

81 Ebd.

schaft»⁸² betrachtete. Die sozialkonservative Position setzte sich für «planmässiges sozialstaatliches Handeln» ein und vertrat die Position, «den Staat als Verkörperung des Gemeinwohls in die Pflicht zu nehmen».⁸³ Die sozialliberale Position schliesslich war gegenüber sozialstaatlichen Eingriffen deutlich zurückhaltender eingestellt, wehrte sich «gegen einseitig staatszentrierte [...] Gesellschaftskonzeptionen»⁸⁴ und sah die Rolle des Staates nicht so sehr in der unmittelbaren Übernahme sozialer Funktionen, sondern vielmehr «in der Entwicklung einer rechtlich gesicherten Rahmenordnung».⁸⁵

Für die angeführten Situationen der untersuchten Krankenpflegevereine legt sich eine besondere Verbindung zum sozialdiakonischen Handlungskonzept der Inneren Mission nahe, da darin sowohl die Strukturform des Vereins als auch die diakonischen Deutungsformen weitgehend übereinstimmend vorliegen. Zu beachten ist allerdings auch, dass ebenfalls Bezüge zur sozialliberalen Positionierung hergestellt werden können, zumal in einer genannten Äusserung ein expliziter Bezug zu Friedrich Naumann als dem prägenden Exponenten der Sozialliberalen hergestellt wurde⁸⁶ und beide Seiten in der Kritik gegenüber sozialstaatlichen Eingriffen des Staates übereinstimmen. Das bedeutet wiederum, dass angesichts der sehr unterschiedlichen Vorstellungen bezüglich der Frage nach sozialstaatlichen Eingriffen kaum Anknüpfungspunkte zur sozialkonservativen Positionierung und deren Position der Inpflichtnahme des Staates für ein planmässiges sozialstaatliches Handeln bestanden.

III.1.2. Phase 2: Erste Bedeutungsverschiebungen und kirchliche Prägungsverluste

Die hier zu beschreibende Phase 2 bezieht sich auf den Zeitraum ab der unmittelbaren Nachkriegszeit bis in die Mitte der 1960er Jahre.

1. Sozialhistorisches Umfeld

In der Nachkriegszeit durchlebte die schweizerische Gesellschaft weitreichende Veränderungen. Die meisten davon basierten auf einem Wachstum in mehreren Hinsichten:

82 Ebd.

83 Jähnicen, Protestantismus, 141.

84 Jähnicen, Protestantismus, 145.

85 Ebd.

86 Vgl. hierzu ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1922, 2 f.

Zum Ersten begann ab den 1950er Jahren ein markantes wirtschaftliches Wachstum. Das Bruttoinlandprodukt stieg in der Nachkriegszeit von Jahr zu Jahr mit beträchtlichen Zuwachsraten;⁸⁷ es brachte allerdings auch eine erhebliche Teuerung mit sich. Dieses wirtschaftliche Wachstum führte dazu, dass der durchschnittliche Wohlstand der Schweizer Bevölkerung merklich zunahm und die Lebensgewohnheiten der Bürgerinnen und Bürger sich zu ändern begannen. «Die Schweiz war zur modernen Konsumgesellschaft geworden.»⁸⁸

Zum Zweiten war das wirtschaftliche Wachstum in dieser Zeit begleitet von einem starken Anstieg der ständigen Wohnbevölkerung in der Schweiz. Während 1945 knapp 4,4 Mio. Menschen in der Schweiz lebten, waren es 1965 bereits gut 5,8 Mio. Menschen,⁸⁹ wobei die Schweiz in den 1960er Jahren über die höchste Wachstumsrate ganz Westeuropas verfügte.⁹⁰ Nicht eingerechnet in diese Zahlen sind die zahlreichen Arbeitskräfte aus südeuropäischen Ländern, die in dieser Zeit in der Schweiz als sogenannte Fremdarbeiter ihr Auskommen suchten.⁹¹

Zum Dritten erfolgte in der Nachkriegszeit ein schrittweiser Ausbau des Sozialstaats. Während sich der schweizerische Sozialstaat bis zum Zweiten Weltkrieg «schwach und fragmentiert»⁹² gestaltete, markierte der Zweite Weltkrieg diesbezüglich einen Einschnitt: Nach den Erfahrungen des Krieges hatte sich in zahlreichen Ländern «das Bewusstsein durchgesetzt, dass den sozialen und wirtschaftlichen Verhältnissen grössere Bedeutung zugemessen werden müsse».⁹³ Diese Dynamik brachte auch in der Schweiz – vor dem Hintergrund der Hochkonjunktur, die von «steigenden Löhnen, Vollbeschäftigung und einer Erweiterung der Staatstätigkeit geprägt war»⁹⁴ – neue Zweige an Sozialversicherungen bzw. neue Versicherungsobligatorien hervor. Die 1947 vom Schweizer Stimmvolk gutgeheissene Einführung der obligatorischen Alters- und Hinterbliebenenversicherung (AHV) wurde «rasch zum Symbol für den schweizerischen Sozialstaat schlechthin».⁹⁵ 1960 kam die

87 Für den Zeitraum von 1950 bis 1973 ist ein jährliches Wachstum von 4,4 % ausgewiesen (vgl. Zürcher, Wachstum, 10).

88 Vischer u. a. (Hg.), Kirchengeschichte, 285.

89 Bundesamt für Statistik (BFS), Bilanz.

90 Head-König, Bevölkerung.

91 Vgl. Vischer u. a. (Hg.), Kirchengeschichte, 285.

92 Germann u. a., Geschichte, 25.

93 Matter, Entwicklungen, 439.

94 Germann u. a., Geschichte, 26.

95 Germann u. a., Geschichte, 24.

Invalidenversicherung (IV) dazu.⁹⁶ Für die Mutterschaftsversicherung und die Familienzulagen wurden 1945 bereits die Verfassungsgrundlagen geschaffen, deren Umsetzung erfolgte allerdings erst Jahrzehnte später.⁹⁷ Die Krankenversicherung, die im vorliegenden Fall von besonderem Interesse ist, erfuhr hingegen eine umständliche und verzögerte Entwicklung: In der Nachkriegszeit basierten die gesetzlichen Vorgaben noch auf dem Stand des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes (KUVG) von 1911, das für die Bürgerinnen und Bürger nicht obligatorisch, sondern freiwillig war.⁹⁸ Mehrere Revisionsversuche in den 1940er und 1950er Jahren, die bspw. eine Versicherungspflicht für Minderbemittelte vorsahen,⁹⁹ scheiterten; erst eine Teilrevision von 1964, die die nationalen Beiträge an die Krankenkassen neu regelte und erhöhte,¹⁰⁰ brachte gewisse materielle Veränderungen.

Die mit den neuen Sozialversicherungszweigen eingeführten Leistungen fielen im internationalen Vergleich allerdings noch recht bescheiden aus;¹⁰¹ zudem blieb das System der sozialen Sicherheit in der Schweiz ein heterogenes, das auf föderalen und dezentralen Strukturen aufbaute und in dem nicht nur der Staat, sondern weiterhin auch viele private Akteure und karitative bzw. gemeinnützige Organisationen wichtige Funktionen übernahmen.¹⁰²

Von den rasanten gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Veränderungen waren auch die Kirchen und kirchlichen Institutionen betroffen. Wenn auch dort die Transformationen «nicht sofort zur vollen Auswirkung»¹⁰³ gelangten, so waren sie doch «im Verborgenen nicht weniger wirksam».¹⁰⁴ Dabei soll in der Folge exemplarisch die Situation der Diakonissenmutterhäuser betrachtet werden: Unmittelbar nach der Kriegszeit standen sie am Punkt ihrer grössten personellen Besetzung und zahlenmässigen Ausdehnung. Das Diakonissenhaus Bern beispielsweise umfasste dannzumal über 1000 Diakonissen, die u. a. auf 164 Aussenstationen tätig waren.¹⁰⁵ Beim Diakonissenhaus Neumünster waren es deren 570 Schwestern und 155

96 Ebd.

97 Germann u. a., Geschichte, 21.

98 Degen, Krankenversicherung.

99 Vgl. Alber / Bernardi-Schenkluhn, Gesundheitssysteme, 187.

100 Vgl. Degen, Krankenversicherung; Alber / Bernardi-Schenkluhn, Gesundheitssysteme, 188.

101 Vgl. Matter, Entwicklungen, 440.

102 Vgl. Germann u. a., Geschichte, 7 f.

103 Vischer u. a. (Hg.), Kirchengeschichte, 286.

104 Ebd.

105 Schär, Diakonissen, 65.

Aussenstationen.¹⁰⁶ Man kann sich die logistische Komplexität vorstellen, um die Einsätze aller Schwestern am richtigen Ort zu gewährleisten und dabei auch Ausbildungssituationen, Ferienablösungen oder krankheitsbedingte Ausfälle mitzubersichtigen.¹⁰⁷

Während die Pfl egetätigkeit in den Krankenhäusern in der Folgezeit weitgehend neu ausgestaltet wurde im Sinne von Verberuflichungs- und Professionalisierungstendenzen,¹⁰⁸ blieb die Tätigkeit der Gemeindeschwestern in den Krankenpflegevereinen noch über längere Zeit weitgehend davon unberührt.¹⁰⁹ In ihrem Wirken vor Ort hatten die Gemeindeschwestern meist teil an den neueren Mobilitätserrungen und konnten für ihre Dienste bald auf Motorfahräder oder Autos zurückgreifen, zudem standen ihnen zunehmend bessere Wohnverhältnisse zur Verfügung. Darüber hinaus aber blieben die Rahmenbedingungen ihrer Gemeindepfl egetätigkeit weitgehend unverändert.

Ab 1945 verzeichneten jedoch die Diakonissenmutterhäuser einen deutlichen Rückgang an Eintritten.¹¹⁰ Der Rückgang erfolgte auch aufseiten der katholischen Ordensschwestern ungefähr zur gleichen Zeit und im gleichen Umfang;¹¹¹ selbiges gilt für die Diakonissen in Deutschland.¹¹² Dieser Rückgang führte seitens der Diakonissenmutterhäuser zu massiven Ressourcenschwierigkeiten, da der gesellschaftliche Pfl egebedarf und das Pfl egepotenzial durch die Diakonissenschwestern stark auseinanderzudriften begannen: Einerseits wurden durch die demografische Alterung der Gesellschaft mehr ältere Personen pfl egebedürftig, zudem verringerte sich das innerfamiliäre Betreuungspotenzial durch den sprunghaften Anstieg der erwerbstätigen Frauen; andererseits wurde es immer schwieriger, alters- oder krankheitsbedingte personelle Wechsel zu ersetzen. So sahen sich die Mutterhäuser gezwungen, vermehrt Aussenposten aufzuheben.¹¹³ Der massive Rückgang der Personalressourcen wirkte sich erst mit zeitlicher Verzögerung auf die Krankenpflegevereine aus:¹¹⁴ Solange die Vereine noch auf die Dienste von Schwestern zählen konnten, blieb ihre Situation in der Regel stabil; sobald zu einem späteren Zeitpunkt aber Rücktritte bzw. Wechsel anstanden, waren die

106 Heim, *Leben für andere*, 160.

107 Vgl. Schär, *Diakonissen*, 65.

108 Vgl. hierzu ausführlich: Kreutzer, *Arbeits- und Lebensalltag*, 194 f.

109 Kreutzer, *Arbeits- und Lebensalltag*, 194.

110 Vgl. dazu Heim, *Leben für andere*, 145.160.

111 Vgl. Urs Heim, *Leben für andere*, 283.

112 Vgl. Kreutzer, *Arbeits- und Lebensalltag*, 206.

113 Vgl. Schär, *Diakonissen*, 212.

114 Vgl. Heim, *Leben für andere*, 283.

Zentralen kaum mehr in der Lage, Ersatz zu entsenden, was meist zur Auflösung der Entsendungsverträge führte.

Innerhalb der evangelisch-reformierten Kirchen war der Schwesternmangel vielfach Gegenstand von Debatten. Innerhalb der Abgeordnetenversammlung des Schweizerischen Evangelischen Kirchenbundes (SEK) wurde das Thema im Zeitraum von der Mitte der 1940er bis zur Mitte der 1960er Jahre mehrmals behandelt. Während in frühen Jahren auf die anspruchsvollen Arbeitsbedingungen hingewiesen¹¹⁵ und Vorschläge erarbeitet wurden, um bessere Arbeitsbedingungen zu schaffen,¹¹⁶ setzte die Abgeordnetenversammlung später nach einer nationalen «Schwesternkonferenz» eine neue «Kommission für Schwesternfragen» ein (später: «Kommission für die Rekrutierung von Pflegepersonal»), die Massnahmenvorschläge entwickelte für die Gewinnung von Pflegepersonal.¹¹⁷

Die Delegierten führten den Rückgang an Schwestern zuerst in innerkirchlicher Perspektive vor allem auf familienstrukturelle Ursachen zurück; d. h., der Geburtenrückgang in den vorangehenden 25 Jahren wurde als wesentliche Ursache für den zurückgehenden Nachwuchs vermutet.¹¹⁸ Das darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Gründe hierfür tiefer lagen und im Wandel der Geschlechterrollen und damit verbunden in den neuen beruflichen Möglichkeiten für ledige Frauen ausserhalb der konfessionellen Krankenpflege zu suchen sind.¹¹⁹ Das Modell der weiblichen Diakonie «verlor seine Anerkennung und Bedeutung im Zuge der nach dem 2. Weltkrieg erfolgten Säkularisierung sowie der Änderung des Frauenleitbildes, das ab den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts auch berufstätige und alleinlebende Frauen vorsah».¹²⁰

115 Die Rede ist von Arbeitszeiten der Schwestern im Umfang von «72 bis 82 Stunden pro Woche» (AEKS, Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund, Protokoll der Abgeordnetenversammlung vom 12./13. Juni 1944 in Liestal, 11).

116 Angesprochen werden bspw. Massnahmen in Bezug auf Löhne, Versicherungen und invalide Schwestern (vgl. AEKS, Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund, Protokoll der Abgeordnetenversammlung vom 28. November 1955 in Bern, 14).

117 Vgl. hierzu AEKS, Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund, Protokoll der Abgeordnetenversammlung vom 15./16. Juni 1964 in Neuenburg, 24; AEKS, Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund, Protokoll der Abgeordnetenversammlung vom 14./15. Juni 1965 in Winterthur, 7.

118 Vgl. hierzu die Debatten innerhalb der Sommer-Abgeordnetenversammlung des SEK von 1944 (AEKS, Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund, Protokoll der Abgeordnetenversammlung vom 12./13. Juni 1944 in Liestal, 11).

119 Vgl. Kaiser/Scheepers, Einführung, 13–16.

120 Gause, Kirchengeschichte, 211.

Seitens der Kirchen bestanden noch weitere Herausforderungen bezüglich personeller Ressourcen, und zwar hinsichtlich des sich abzeichnenden Pfarrermangels. Zu Beginn der 1950er Jahre entstanden bei verschiedenen Kirchgemeinden Überlastungssituationen dadurch, dass die Gemeinden durch das Bevölkerungswachstum stark anwuchsen und die betreffenden Pfarrer sehr grosse Gemeinden zu betreuen hatten. In Diskussionen innerhalb des Berner Synodalarats traten solche Situationen mit «viel zu gross[en Pfarrbezirken]»¹²¹ zuerst insbesondere im urbanen Raum auf; bei der Suche nach Entlastung für diese Einzelsituationen wurde jedoch damals noch betont, von einem Pfarrermangel in genereller Hinsicht könne «heute nicht gesprochen werden».¹²²

Doch bereits wenig später, im Jahr 1957, setzten die evangelisch-reformierten Kirchen auf nationaler Ebene innerhalb der Abgeordnetenversammlung des Schweizerischen Evangelischen Kirchenbunds (SEK) eine Kommission zur Prüfung der Frage des Pfarrnachwuchses ein.¹²³ Leitend für die Einsetzung der Kommission war die Beobachtung, dass die Anzahl der Pfarrpersonen zwar ungefähr gleich gross blieb wie zwei Jahrzehnte zuvor, dass aber gleichzeitig durch das Bevölkerungswachstum und das damit verbundene Wachstum der Gemeinden ein erhöhter Bedarf an Pfarrpersonen bestehe, der mit den aktuellen Personalressourcen nicht mehr gedeckt werden konnte.¹²⁴ In der Folge unterbreitete die eingesetzte Kommission nicht weniger als elf Vorschläge, die an unterschiedlichen Stellen ansetzten: Zum Ersten war eine Reihe von Massnahmenvorschlägen enthalten, um die Werbung und Personalrekrutierung (insbesondere an Mittelschulen) zu verbessern.¹²⁵ Zum Zweiten ging es um Massnahmen, die die Pfarrausbildung selber – namentlich deren Rahmenbedingungen und die finanzielle Unterstützung der Studieren-

121 SAKB, Archiv des evangelisch-reformierten Synodalarates des Kantons Bern, Protokolle des Synodalarates 1950–1954, Protokoll der Synodalaratssitzung vom 19. Februar 1951, 417.

122 SAKB, Archiv des evangelisch-reformierten Synodalarates des Kantons Bern, Protokolle des Synodalarates 1950–1954, Protokoll der Synodalaratssitzung vom 27. Dezember 1954, 9.

123 AEKS, Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund, Protokoll der Abgeordnetenversammlung vom 17./18. Juni 1957 in Genf, 9.

124 Ebd.

125 Dazu gehörten etwa Vorschläge zum Ausbau des Religionsunterrichts an Gymnasien sowie zu einer engeren Zusammenarbeit mit den entsprechenden Schulleitungen (AEKS, Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund, Protokoll der Abgeordnetenversammlung vom 17./18. Juni 1957 in Genf, 10).

den – betrafen.¹²⁶ Zum Dritten beinhalteten weitere Vorschläge Anregungen zur Schaffung neuer bzw. ergänzender Berufsfelder neben dem bisherigen Pfarramt. Zur Diskussion standen etwa Gemeindeglieder, Vikare, Katecheten, aber auch Pfarrhelferinnen.¹²⁷ Folglich richtete der SEK einen Wettbewerb aus zur Gestaltung einer Broschüre, die zur Ergreifung des Pfarrberufs anregen sollte, und vergab hierzu Preise für die ausgewählten Broschürenkonzepte.¹²⁸

Die Notwendigkeit der Nachwuchsförderung zeigte sich schliesslich darin, dass einzelne Kantonalkirchen spezielle Lehrgänge schufen, um Personal nachzuqualifizieren, so etwa die Kirche Basel-Stadt mit der Errichtung einer kirchlich-theologischen Schule¹²⁹ sowie die Berner Kirche mit der Schaffung eines Sonderkurses zur Ausbildung von Pfarrern, für den sich 140 Personen interessierten und den im Jahr 1960 ausgewählte 28 Kandidaten in Angriff nahmen.¹³⁰

Trotz diesen ergriffenen Massnahmen blieb die Personalsituation der Pfarrer «unstabil».¹³¹ Zuweilen konnten die Personallücken nur gedeckt werden durch Anwerbung von Pfarrpersonen aus dem umliegenden Ausland.¹³²

126 U. a. mit der Förderung von Stipendien, vgl. AEKS, Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund, Protokoll der Abgeordnetenversammlung vom 9./10. Juni 1958 in Thusis, 23.

127 Vgl. dazu AEKS, Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund, Protokoll der Abgeordnetenversammlung vom 17./18. Juni 1957 in Genf, 11; AEKS, Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund, Protokoll der Abgeordnetenversammlung vom 9./10. Juni 1958 in Thusis, 23. Im Berner Synodalarat folgten ähnliche Debatten, die zum Inhalt hatten, wie die bisherigen Funktionen von Pfarrern, Hilfspfarrern und Vikaren voneinander abzugrenzen seien (vgl. SAKB, Archiv des evangelisch-reformierten Synodalrates des Kantons Bern, Protokolle des Synodalrates 1950–1954, Protokoll der Synodalratssitzung vom 27. Dezember 1954, 18; SAKB, Archiv des evangelisch-reformierten Synodalrates des Kantons Bern, Protokolle des Synodalrates 1954–1957, Protokoll der Synodalratssitzung vom 25. April 1955, 55).

128 Mobbs, Die Evangelischen Kirchen, 83. Siehe dazu auch: AEKS, Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund, Protokoll der Abgeordnetenversammlung vom 13./14. Juni 1960 in Sitten, 7.

129 Vgl. SAKB, Archiv des evangelisch-reformierten Synodalrates des Kantons Bern, Protokolle des Synodalrates 1960–1962, Protokoll der Synodalratssitzung vom 11. Januar 1960, 455.

130 Moser/Moine, Bericht, 91.

131 Moser/Moine, Bericht, 87.

132 Vgl. die Übersicht in: Pfister/Leuschner, Pfarrer, 72.

2. *Allgemeiner Vereinsbetrieb und kirchliche Mitwirkung am Vereinsgeschehen*

Die Vereinstätigkeit erfolgte in den ersten Jahren der Nachkriegszeit weitgehend unter tradierten Bedingungen: Die Gemeindeschwestern verrichteten die ambulante Pflegearbeit, der Vereinsvorstand war dafür verantwortlich, die notwendigen Ressourcen und die notwendige Infrastruktur zu organisieren, um den Betrieb sicherzustellen. In Ergänzung der bisherigen Aufgaben kam neu die Motorisierung der Schwestern hinzu; der Kauf und Unterhalt der Motorfahräder oder Autos stand fortan häufig auf der Traktandenliste der Vereinsvorstände.¹³³ Darüber hinaus blieb das strukturelle und personelle Setting der Krankenpflegevereine vorerst unverändert.

In ihrer Berichterstattung sprachen die Vereinsvorstände mehrfach von «wirklich ruhige[n]»¹³⁴ Jahren, in denen der Verein «weitgehend im Stillen»¹³⁵ und ausserhalb öffentlicher Debatten wirkte. Diesem gemächlichen Fortgang entsprechend trafen sich die Vereinsvorstände in der Regel lediglich zu wenigen Sitzungen pro Jahr.¹³⁶ Mit der genannten Gemächlichkeit war aber auch der Sachverhalt verbunden, dass sich das Vereinswirken in der Regel stark auf die Pflegetätigkeit im engeren Sinne konzentrierte. Anders als noch in der ersten Phase gingen neue soziale Initiativen kaum mehr von den Krankenpflegevereinen aus; sie unterstützten den Start neuer Projekte gelegentlich noch mit finanziellen Beiträgen.¹³⁷

In einer gewissen Spannung zu diesen berichteten «ruhigen Jahren» stand der Umstand, dass die Vereinsleitungen vor beträchtlichen neuen Herausforderungen standen, namentlich zum Ersten vor dem Schwesternmangel und zum Zweiten vor erheblichen Finanzierungsschwierigkeiten:

- Das oben angeführte Bevölkerungswachstum sowie wohl auch veränderte Familienstrukturen schlugen sich auch in der Beanspruchung der ambulanten Pflegedienste nieder. Durch den Umstand, dass es mehr Einwohnerinnen und Einwohner gab, insbesondere in höherem Alter,

133 Vgl. bspw. die Ausführungen zum Krankenpflegeverein Egnach aus: AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Jahresbericht 1957, 1.

134 AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1967, 1.

135 AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Protokoll der Jahresversammlung vom 27. Februar 1972, 1.

136 Vgl. bspw. die Ausführungen in II.2. zum Krankenpflegeverein Egnach bzw. II.1. zum freiwilligen Krankenverein Burgdorf.

137 Vgl. hierzu bspw. die Ausführungen in II.1. zum freiwilligen Krankenverein Burgdorf.

berichteten die Krankenpflegevereine allesamt von einer steigenden bis stark steigenden Inanspruchnahme der Pflegeleistungen.¹³⁸

Aufgrund dieser gestiegenen Beanspruchung sahen sich die Vereinsleitungen veranlasst, weitere Gemeindeschwestern zu suchen, um diese ergänzend zum bisherigen Personal anzustellen oder aber um den bisher tätigen Schwestern Entlastungsmöglichkeiten zu bieten. Die Verfügbarkeit von Gemeindeschwestern stand dem gestiegenen Bedarf im genannten Zeitraum jedoch diametral entgegen. Es wurde bereits oben berichtet, dass die Zahl der Diakonissen in den Mutterhäusern in der Nachkriegszeit insbesondere aufgrund von Rekrutierungsschwierigkeiten merklich abnahm und somit deutlich weniger Schwestern für die weitverzweigten Einsatznetze und Aussenstationen der Diakonissenhäuser zur Verfügung standen. Während also die Nachfrage nach Gemeindeschwestern kontinuierlich stieg, sank gleichzeitig die Zahl der verfügbaren Schwestern. Die Vereinsunterlagen berichten aus der genannten Zeit von vielfachen Kontakten mit den Leitungen der Diakonissenhäuser; die Diakonissenhäuser waren aber kaum mehr in der Lage, den Vereinen Schwestern zu schicken, um bei Ferienablösungen oder krankheitsbedingten Ausfällen auszuweichen, geschweige denn, um deren Personalbestand dauerhaft zu erweitern.¹³⁹

Die Vereinsleitungen sahen sich dadurch genötigt, neue Instrumente der Personalsuche anzuwenden. Da sie den Personalbedarf neu nicht mehr ausschliesslich über die Diakonissenmutterhäuser decken konnten, begannen sie, sogenannte «freie Schwestern» aus anderen Ausbildungsinstitutionen zu suchen. Wo auch dies keinen Erfolg zeitigte, suchten die Vereinsleitungen über Inserate im breiten Rahmen des jeweiligen lokalen Umfelds nach interessierten Frauen.¹⁴⁰ Gleichzeitig war es notwendig, neue Einsatzmodelle zu entwickeln, um den gesamten Arbeitsaufwand abdecken zu können. Neben einer oftmals hauptzuständigen Gemeindeschwester, die vollamtlich und zeitlich umfassend Einsatz leistete, fanden immer mehr weitere Arbeitsmodelle Eingang in den Pflegealltag – so etwa verheiratete Frauen und Mütter, die in Teilzeit Aushilfsdienste und Ferienablösungen leisteten. Deren Einsatzleistungen wurden mit

138 Vgl. hierzu exemplarisch die Situation in II.2. zum Krankenpflegeverein Egnach.

139 Vgl. hierzu die Situation in II.3. zum reformierten Krankenverein Arlesheim.

140 Vgl. hierzu bspw. die Darstellung in ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1935–1954, Protokoll der Hauptversammlung vom 16. März 1954, 150.

der Zeit dermassen bedeutend, dass der Betrieb bald ohne sie kaum mehr denkbar war.¹⁴¹

Die Personalnot der Diakonissenhäuser kulminierte in der Mitte der 1960er Jahre, als diese sich gezwungen sahen, die Entsendungsverträge mit einigen der untersuchten Krankenpflegevereine zu kündigen und die Gemeindeschwestern zurückzurufen,¹⁴² was dem seit Anbeginn der Krankenpflegevereine konstituierenden Dual von Verein und Personalentsendung durch das Diakonissenmutterhaus ein Ende setzte.

Festzustellen ist hierzu, dass die oben genannten Bestrebungen der Vereine zur Bekämpfung des Schwesternmangels auf nationaler Ebene, d. h. innerhalb des Schweizerischen Evangelischen Kirchenbundes (SEK), nur geringen Widerhall fanden. Zwar engagierten sich auch verschiedene Kantonalkirchen aktiv in dieser Sache;¹⁴³ offensichtlich scheinen diese Aktivitäten jedoch in den Krankenpflegevereinen nicht rezipiert worden zu sein.¹⁴⁴

- Eine Erweiterung des Personalbestands bereitete den Krankenpflegevereinen im vorliegenden Zeitraum auch aus finanziellen Gründen Schwierigkeiten. Aufgrund der oben dargestellten markanten jährlichen Teuerung stiegen die Personal- und weiteren Kosten der Krankenpflegevereine merklich an, sodass alle untersuchten Vereine in eine angespannte finanzielle Lage gerieten und mit beträchtlichen Finanzierungsschwierigkeiten zu kämpfen hatten.¹⁴⁵ Verstärkt wurde die finanzielle Schieflage dadurch, dass die Mitgliederzahl der Vereine in dieser Zeit tendenziell sank, womit die bislang prägende Finanzierungssäule immer weniger

141 Vgl. AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Protokoll der Jahresversammlung vom 31. Januar 1971, 2.

142 So bspw. in Burgdorf (vgl. ABGB, Freiwilliger Krankenverein, Protokollbuch 1955–1970, Protokoll der Hauptversammlung vom 4. März 1964, 1).

143 Vgl. die «Kommission zur Gewinnung von vermehrtem Krankenpflegepersonal» des Kirchenrats Thurgau (vgl. AKGE, Kommission zur Gewinnung von vermehrtem Krankenpflegepersonal, Schreiben an die Evangelischen Pfarrämter und Kirchenvorsteherschaften im Kanton Thurgau vom 27. Januar 1965, 1).

144 Diese Aussage ist dadurch zu begründen, dass in den untersuchten Unterlagen keinerlei Anhaltspunkte aufzufinden sind, die darauf hinweisen, dass die genannten Aktionen von den Vereinen unterstützt worden wären.

145 Vgl. hierzu bspw. die Situation in Burgdorf (ABGB, Krankenpflegeverein Burgdorf, Jahresbericht 1973, 2) und in Reiden (AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1973, 1).

tragfähig wurde.¹⁴⁶ Die Vereine konnten die damit verbundenen Mindererträge zumindest teilweise durch wachsende Beiträge aus privaten Spenden und Vergabungen auffangen.¹⁴⁷ Um die bleibenden Finanzierungslücken zu schliessen, mussten alle untersuchten Krankenpflegevereine mehrfach die politischen Gemeinden um die Erhöhung ihrer Beiträge bitten. Auf diese Weise verschob sich das Finanzierungsgefüge in der Hinsicht, dass die Finanzierung des Vereinswirkens neu auf mehreren Säulen stand – namentlich zu unterschiedlichen Anteilen: Mitgliederbeiträge, Eigenleistungen / Taxen, freiwillige Spenden sowie die institutionellen Beiträge der Kirchgemeinden und der öffentlichen Hand –, wobei der Anteil der öffentlichen Hand in allen untersuchten Fällen stetig wuchs. Gleichzeitig blieb der absolute Beitrag seitens der Kirchgemeinden in der Regel stabil, was dazu führte, dass dessen relativer Anteil am gesamten Finanzierungsvolumen geringer wurde.¹⁴⁸ So erfolgte in der Finanzierung der Krankenpflegevereine eine Transformation von der ehemals hauptsächlich genossenschaftlich-mitgliederbasierten Finanzierungsstruktur hin zu einer ausgeprägten Mischfinanzierung, in der die Subventionsfinanzierung durch die öffentliche Hand mehr und mehr eine prägende Rolle einnahm.

Angesichts der beträchtlichen finanziellen Abhängigkeit der Vereine von den staatlichen Beiträgen gerieten die Vereinsleitungen in Sorge um einen steigenden Einfluss der Behörden auf die Vereinstätigkeiten insgesamt. Während es in der ersten Phase gerade die hohen Mitgliederzahlen waren, die den Vereinen die Eigenständigkeit in finanzieller Hinsicht garantierten, wurde diese Eigenständigkeit sowohl durch die gestiegene finanzielle Abhängigkeit als auch durch den stetigen Rückgang der Mitgliederzahlen erstmals infrage gestellt.

Diese steigende Bedeutung der staatlichen Behörden für das Wirken der Krankenpflegevereine löste in der Folge gewisse Abwehrreaktionen aus. So hoben die Vereinsleitungen nun bei verschiedenen Gelegenheiten ihre Bestrebungen um die Selbstständigkeit der Vereine und deren zivilgesell-

146 Vgl. dazu bspw. ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1955–1970, 1.

147 Vgl. AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Rechnung über das Vermögen des Krankenpflegevereins Egnach für das Jahr 1958, 3.

148 Vgl. dazu ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1955–1970, Protokoll der Vorstandssitzung vom 26. April 1955, 1 und AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Jahresrechnung 1976, 2.

schaftliche Verankerung hervor.¹⁴⁹ In Arlesheim war die Furcht vor einem wachsenden staatlichen Einfluss sogar ein zentraler Treiber für ökumenische Annäherungen zwischen den bestehenden konfessionellen Krankenpflegevereinen, was in der Aussage kulminierte, der Verein sei «am Weiterbestehen des kath[olischen] Vereins mehr interessiert als an einer Staatshilfe»¹⁵⁰ – dies in der Absicht, sich auf dem Weg ökumenischer Kooperationen dem staatlichen Einfluss besser entziehen zu können.¹⁵¹ In allen untersuchten Vereinen blieb jedoch trotz Sorgen und Befürchtungen die zivilgesellschaftliche Ausrichtung stabil; es erfolgten keine statutarisch festgelegten Änderungen der Trägerschaftssituation.

Wenn auch in dieser Zeit die Abwehrhaltung gegenüber dem staatlichen Einfluss hervorgehoben und die zivilgesellschaftlich organisierte Eigenständigkeit betont wurde, so erfolgte die Hervorhebung und Betonung der bisherigen kirchlichen Identität und Trägerschaft nicht mit derselben Konsequenz bzw. sie erfolgte je nach untersuchtem Verein sehr unterschiedlich. Zwar bestanden in Reiden und Arlesheim immer noch enge Beziehungen zwischen dem Krankenpflegeverein und der Kirchgemeinde, wobei letztere mit verschiedenen Interventionen mehrfach danach trachtete, die kirchliche Mitwirkung in der Krankenpflege sicherzustellen.¹⁵² In Burgdorf bestanden hingegen kaum mehr institutionalisierte Beziehungen mit der Kirchgemeinde; in Egnach zeigten sich Trennlinien dadurch, dass die Neugründung der fachlich mit der Krankenpflege verwandten Hauspflege vollständig durch die Kirchgemeinde und ohne Einbezug des Krankenpflegevereins vorgenommen wurde.¹⁵³

Dass die kirchlichen Prägungen in der vorliegenden Zeit nachliessen, lässt sich auch an weiteren Merkmalen aufweisen:

149 Vgl. bspw. die revidierten Statuten des Krankenpflegevereins Egnach von 1973 (AKGE, Krankenpflegeverein Egnach, Statuten vom 25. März 1973, Art. 1) sowie die Diskussion in Burgdorf (ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1955–1970, Protokoll der Vorstandssitzung vom 7. Februar 1961, 1).

150 AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokollbuch 1957–1966, Protokoll der Vorstandssitzung vom 25. September 1957, 5.

151 Vgl. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Protokollbuch 1957–1966, Protokoll der Sitzung mit dem Kirchenvorstand vom 23. November 1965, 2.

152 Vgl. ebd.

153 Vgl. AKGE, Protokollbuch der Kirchenvorsteherschaft Egnach, Protokoll der Sitzung des Büros der Kirchenvorsteherschaft vom 5. März 1963, 332. Als Ausnahme davon ist die Situation in St. Gallen–Tablat anzuführen, in der die Krankenpflege vollständig in das Wirken der Kirchgemeinde integriert war.

Zum Ersten endete in verschiedenen Vereinen die lange Ära der Vereinspräsidentschaft durch den Gemeindepfarrer. Die Rücktritte der entsprechenden Pfarrpersonen wurden – entsprechend dem oben aufgeführten Pfarrermangel – mit der bestehenden Arbeitslast im Pfarramt und zuweilen in deren Folge aufgrund ärztlichen Rates begründet. Dass ihnen im Amt des Vereinspräsidiums nicht mehr andere Gemeindepfarrer nachfolgten, verweist darauf, dass die Notwendigkeit bzw. die Selbstverständlichkeit der Besetzung durch das Gemeindepfarramt – anders als in der vorangehenden Phase – nicht mehr zwingend gegeben war. Der Vereinsvorstand in Burgdorf verzichtete in den 1960er Jahren nach einer nächsten Präsidiumsvakanz sogar darauf, einen Gemeindepfarrer für das Amt des Vereinspräsidenten vorzuschlagen mit derselben Begründung, wonach «die Pfarrherren schon allgemein überlastet»¹⁵⁴ seien.

Zum Zweiten ist auffallend, dass in der vorliegenden Zeit kaum mehr schriftlich vorhandene Nachweise der kirchlich-diakonischen Prägung des Vereinswirkens auffindbar sind. Während noch in der ersten Berichtsphase die Krankenpflege als «Einheit von Leibes- und Seelenpflege»¹⁵⁵ verstanden wurde und die Vereinsleitungen in den ihnen eigenen Publikationsformaten (Jahresberichte, Vorträge an Vereinsversammlungen u. dgl.) das Verständnis der Krankenpflege als Sendung im Auftrag Jesu Christi zum Dienst an den Kranken zum Ausdruck brachten, so liegen entsprechende Prägungen im vorliegenden Zeitabschnitt nur noch sehr selten vor.¹⁵⁶ Insofern ist zumindest unklar, wie stark ein konfessionelles Bewusstsein bzw. eine konfessionelle Prägung des Vereinswirkens noch vorhanden war. Angesichts der fehlenden schriftlichen Verweise ist zu vermuten, dass sich im vorliegenden Zeitabschnitt in gewissem Ausmass ein langsamer und schleichender Verlust kirchlich-diakonischer Prägung der Krankenpflegevereine ereignete. Dabei ist anzunehmen, dass dieser Prägungsverlust durch den, gegen Ende des vorliegenden Zeitabschnitts erfolgten, vollständigen Rückzug der Diakonissen als Gemeindeschwestern sowie den teilweisen Rückzug der Pfarrpersonen aus den Vereinsleitungen weiter verstärkt wurde.

154 ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1955–1970, Protokoll der Hauptversammlung vom 4. März 1964, 1.

155 Vgl. dazu die Ausführungen in III.1.1.1. des vorliegenden Bandes.

156 Namentlich sind im Krankenpflegeverein Reiden in den 1950er Jahren noch einzelne Bezüge zur Pflegetätigkeit zu finden, die als «Pflege an Leib und Seele» sowie als «wichtiger seelsorgerlicher Dienst» bezeichnet werden (vgl. AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Jahresbericht 1971, 1).

3. *Wohlfahrtspluralistische Einordnung der Krankenpflegevereine und der kirchlichen Mitwirkung*

Die Ausführungen in Kap. III.1.2.1 haben dargelegt, wie die sozialstaatlichen Strukturen und Leistungen in der vorliegenden Phase an Konturen gewonnen haben bzw. gewachsen sind. Für die wohlfahrtspluralistische Einordnung ist jedoch daran zu erinnern, dass die neuen sozialstaatlichen Gesetzgebungen in aller Regel auf lokalen, regionalen und privaten Institutionen und Organisationen aufbauten, die im 19. oder anfangs des 20. Jahrhunderts entstanden sind.¹⁵⁷ Viele private Akteure und Versicherungsgesellschaften aber auch karitative und gemeinnützige Organisationen behielten ihre wichtigen Rollen bei; so blieb das System der sozialen Sicherheit in der Schweiz «bis weit nach dem Zweiten Weltkrieg ein hybrides und heterogenes System».¹⁵⁸ Für die ambulante Krankenpflege ist insofern eine Differenzierung anzubringen, als dass hierfür weiterhin keine gesetzlichen Bestimmungen vorlagen – weder auf nationaler noch auf kantonaler Ebene –; die öffentliche Hand war aber wie oben erwähnt über die lokale Ebene der politischen Gemeinden in stark steigendem Ausmass in die Mitfinanzierung der örtlichen Krankenpflege involviert. Diese finanzielle Mitverantwortung der Gemeinden basierte angesichts des Fehlens übergeordneter Bestimmungen allerdings immer noch auf dem Prinzip der Freiwilligkeit und war denn auch je nach lokalen Gegebenheiten unterschiedlich bemessen.

Die ambulante Krankenpflege lag gemäss damaliger Situation nach wie vor in der Verantwortung der Krankenpflegevereine und ist somit im Blick auf das wohlfahrtspluralistische Dreieck hauptsächlich im Bereich der Zivilgesellschaft zu verorten. Diese Verortung ist nun aber durch die finanzielle Mitträgerschaft zu ergänzen durch eine Mitverantwortung der staatlichen Seite. Erstmals waren beide Pole – Zivilgesellschaft und Staat – so wichtig, dass die ambulante Krankenpflege ohne deren beider Beiträge kaum mehr zu bewerkstelligen gewesen wäre.

Wenn in der beschriebenen Hinsicht auf die steigende Bedeutung des «staatlichen Pols» im vorliegenden Zeitraum verwiesen wird, so sind gleichzeitig auch gewisse Phänomene der Saturiertheit bzw. der Stagnation im zivilgesellschaftlich getragenen Vereinswirken hervorzuheben. Dies bezieht sich erstens auf die Beobachtung, wonach sich die Krankenpflegevereine weitgehend auf die Tätigkeit der Krankenpflege im engeren Sinn konzentriert haben und kaum mehr an der Gründung und Förderung weiterer sozialer Initiativen beteiligt waren. Zweitens sind die stagnierenden bzw. sinkenden Mitglieder-

¹⁵⁷ Vgl. Engler, Träger, 218, Fussnote 3.

¹⁵⁸ Germann u. a., Geschichte, 7 f.

zahlen als Ausdruck davon zu deuten, dass das Modell der genossenschaftlich organisierten gegenseitigen Hilfe an Bedeutung und Anziehungskraft verlor. Beide Phänomene deuten darauf hin, dass die Krankenpflegevereine etwas von ihrer bisherigen gesellschaftlichen Prägekraft eingebüsst haben.

Schliesslich haben die Schilderungen im obigen Kap. III.1.2.2 vor Augen geführt, dass insbesondere auch die kirchliche Mitwirkung an den Krankenpflegevereinen gegenüber der vorangehenden Phase einige bedeutungsvolle Veränderungen erfahren hat. Dabei ist unschwer zu erkennen, dass die Tendenz deutlich in Richtung Abnahme der kirchlichen Mitwirkung zeigt. Um das Ausmass dieser Veränderungen in verdichteter Weise sichtbar zu machen, werden die wichtigsten daraus an dieser Stelle nochmals zusammengetragen:

- Durch den zunehmenden Wegfall der Diakonissen als Gemeindegewertern und die nicht mehr gegebene Selbstverständlichkeit der leitenden Beteiligung der Pfarrpersonen in den Vereinsvorständen haben die personellen Verbindungen deutlich abgenommen;
- die finanziellen Zuwendungen der Kirchgemeinden an die Krankenpflegevereine haben in relativer Hinsicht an Bedeutung verloren;
- diakonische Deutungsperspektiven über das Wirken der Krankenpflegevereine sind nur noch vereinzelt aufzufinden;
- damit zusammenhängend ist der Sachverhalt zu nennen, dass die Absicht sowohl der Vereine als auch der involvierten Kirchgemeinden, die kirchlichen Prägungen der Vereine zu betonen, zuweilen nicht mehr gegeben war.

Wenn in Phase 1, d. h. ab der Gründungszeit der Vereine bis zur Mitte der 1940er Jahre, davon die Rede war, dass sich die Kirchgemeinden hochgradig mit dem Feld der Krankenpflege identifizierten und dass die Kirchgemeinden grosses Interesse am leitenden Engagement in den Vereinen hatten, so ist das in der vorliegenden Phase 2, d. h. im Zeitraum ab der Mitte der 1940er bis zur Mitte der 1960er Jahre, augenfällig nicht mehr in gleichem Masse der Fall. Der bisherige «konstitutive Doppelcharakter»¹⁵⁹ der Krankenpflegevereine zwischen zivilgesellschaftlicher und kirchlicher Verankerung hatte deutlich an Selbstverständlichkeit verloren.

Die zunehmende Bedeutung der staatlichen Mitfinanzierung der Krankenpflegevereine hat die Vereine wie oben beschrieben herausgefordert, sich erstmals mit den werdenden sozialstaatlichen Strukturen auseinanderzusetzen. Die jeweiligen Schilderungen haben aufgezeigt, dass die Reaktionen der Vereine weder einheitlich waren noch das ausmachten, was eine eigenstän-

159 Vgl. dazu Häusler, Vereinswesen, 641.

dige kirchliche Positionierung genannt werden könnte. Die mehrfach formulierten Äusserungen im Sinne einer Sorge vor dem zunehmenden Gewicht der staatlichen Institutionen in der ambulanten Krankenpflege sind daher oben als «Abwehrreaktionen» gegenüber dem wachsenden staatlichen Einfluss gedeutet worden. Solche Abwehrreaktionen scheinen damaligen kirchlichen Positionierungen auf übergeordneter Ebene entsprochen zu haben. So fand in der Abgeordnetenversammlung des SEK vom 17./18. Juni 1946 in Spiez die anstehende Abstimmung über die Einführung der AHV in einem Votum Beachtung: Der Präsident des Verbandes der Inneren Mission, Pfr. Wilhelm Bernoulli, drückte seine Besorgnis über die neue staatliche Sozialversicherung wie folgt aus: «Die Gefahr, dass der Staat zum Grossunternehmer auf dem Gebiet der Sozialversicherung wird und eine monopolartige Stellung bezieht, ist mit der Vorlage gegeben. Wir müssen einer Ausführung durch Kantone, Gemeinden, Verbände und Private den Vorzug geben, wenn diese möglich wäre. Die Kirche hat Grund, darüber zu wachen, dass nicht auf mancherlei Umwegen auch bei uns der Staat einen totalitären Charakter annimmt.»¹⁶⁰ Mit diesem Votum werden die kirchlicherseits erfolgten Abwehrreaktionen in den Kontext der Erfahrungen mit den totalitären Staaten aus der jüngsten Vergangenheit gestellt; ein Erstarken staatlicher Strukturen wurde demnach mit einer Anfälligkeit für totalitäres Verhalten assoziiert.

Offen bleibt, ob die Abwehrreaktionen der Krankenvereine aus ähnlichen Motiven erfolgten oder ob sie Ausdruck davon waren, im Blick auf die Ressourcen, mit den Möglichkeiten der öffentlichen Hand nicht mehr mithalten zu können.

Abschliessend erfolgen einzelne Seitenblicke auf die Entwicklung des diakonischen Wirkens in Deutschland in der entsprechenden Phase. Es kann an dieser Stelle nicht der Ort sein, um ausführlich auf den Werdegang der Diakonie im genannten Zeitabschnitt sowie insbesondere auf ihre wohlfahrtspluralistische Verortung einzugehen. Vielmehr geht es darum, skizzenartig auf wesentliche Gemeinsamkeiten und Unterschiedlichkeiten zwischen der Situation in Deutschland und in der Schweiz hinzuweisen:

Die diakonischen Werke in Deutschland waren und sind – als einer der Träger der freien Wohlfahrtspflege – Teil des sogenannten «dualen Systems»¹⁶¹ der sozialen Daseinsfürsorge Deutschlands und somit in einem «korporatistische[n] Beziehungsmuster»¹⁶² eingebettet in die staatliche Auf-

160 AEKS, Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund, Protokoll der Abgeordnetenversammlung vom 17./18. Juni 1946 in Spiez, 10.

161 Vgl. hierzu bspw. Kaiser, Wohlfahrtspflege, 64.

162 Schroeder, Wohlfahrtsverbände, 510.

gabenerfüllung. Die Geburtsstunde dieses dualen Systems war zur Zeit der Weimarer Republik, als in den 1920er Jahren mit dem Reichswohlfahrtsgesetz und der Fürsorgepflichtverordnung die Einbettung der freien Wohlfahrtspflege in die staatliche Aufgabenerfüllung und zugleich deren Vorrangstellung und Privilegierung kodifiziert wurde.¹⁶³ In der Nachkriegszeit knüpfte die neu gegründete Bundesrepublik an diese sozialstaatlichen Strukturen an, sodass die Diakonie (sowie katholischerseits die Caritas) ihre «ideenpolitischen und organisatorischen Startvorteile»¹⁶⁴ nutzen konnte.¹⁶⁵ Die zahlreichen Neugründungen diakonischer Initiativen in der Nachkriegszeit konnten diese Vorrangstellung nutzen, sodass sich diese durch den wirtschaftlichen Aufschwung und den Ausbau der sozialstaatlichen Strukturen in einem «goldene[n] Zeitalter»¹⁶⁶ wiederfanden, das ihnen selbst grosses Wachstum bescherte.

Freilich, auch die diakonischen Werke in Deutschland waren gerade durch die enge Einbindung in die staatlichen Aufgaben stark abhängig von den Geldflüssen der öffentlichen Hand; und gerade auch die Krankenpflegevereine erlebten in Bezug auf die Versorgung durch Diakonissenschwestern ein ähnliches Schicksal wie ihre Schweizer Pendanten. Gleichwohl verweist gerade die sehr unterschiedliche rechtliche Stellung der Diakonie auf die divergenten Entwicklungen in den beiden Ländern: Während die kirchlichen Krankenpflegevereine in der Schweiz angesichts des erstarkenden sozialen Wirkens des Staats in die Defensive geraten sind und zunehmend ihren Platz im Wohlfahrtsgefüge suchten, stand ihren deutschen Pendanten angesichts der rechtlichen Vorrangstellung ein gemachtes Nest¹⁶⁷ bereit, in dem der Staat ihnen eine besonders geschützte und privilegierte Rolle zuwies.

163 Vgl. hierzu Haslinger, Diakonie, 125.131.

164 Schroeder, Wohlfahrtsverbände, 506.

165 Die Privilegierung der konfessionellen Wohlfahrtsverbände wurde ab den 1950er Jahren durch die Schaffung des sogenannten «Dritten Wegs», der «eine eigene Regulierung der Arbeitsbeziehungen in den konfessionellen Einrichtungen jenseits der staatlichen Vorgaben» (Schroeder, Wohlfahrtsverbände, 506) beinhaltete, noch verstärkt.

166 Vgl. hierzu grundlegend: Jähnichen u. a. (Hg.), Caritas und Diakonie.

167 Siehe zur rechtlichen Entwicklung insbesondere Hammer, Geschichte, 297 f.

III.1.3. Phase 3: Staatliche Steuerungseingriffe und Transformationen der Trägerschaft

Die hier zu beschreibende Phase 3 bezieht sich auf den Zeitraum ab der Mitte der 1960er Jahre bis zur Mitte der 1990er Jahre.

1. Sozialhistorisches Umfeld

Während die ersten Jahrzehnte der Nachkriegszeit von einem markanten Wirtschaftswachstum und damit einhergehend von einem Ausbau der sozialstaatlichen Leistungen geprägt waren, geriet dieser Gleichklang des Wachstums in der Mitte der 1970er Jahre ins Stocken: 1974/1975 erlebte die Schweiz erstmals wieder eine Phase der wirtschaftlichen Rezession, in deren Folge die Wirtschaftsleistung um mehrere Prozentpunkte zurückging. Die Rezession führte seitens der Arbeitnehmenden zu Einkommenseinbussen sowie zu unsicherer gewordenen Arbeitsverhältnissen¹⁶⁸ und liess ein gesellschaftliches Krisenbewusstsein entstehen, das eine zwiespältige Situation mit sich brachte: Auf der einen Seite erhöhte sich angesichts der wirtschaftlichen Lage der Bedarf unmittelbarer sozialstaatlicher Interventionen (u. a. bei der Arbeitslosenversicherung), zudem bestanden noch einige Lücken in den verschiedenen Sozialversicherungszweigen.¹⁶⁹ Auf der anderen Seite begannen neuerdings Debatten über Sparmassnahmen bei den Sozialversicherungen, die sich nicht nur kurzfristig auf die Jahre der Rezession bezogen, sondern in grundsätzlicher Weise den weiteren Ausbau der sozialen Sicherungssysteme infrage stellten.¹⁷⁰ Bedingt durch diese divergenten Interessenlagen erfolgten im Berichtszeitraum kaum grössere Würfe, sondern punktuelle Reformen;¹⁷¹ die sozialen Sicherungssysteme blieben weitgehend fragmentiert.¹⁷² Beide Entwicklungen – sowohl der schrittweise Ausbau der einzelnen Zweige der sozialen Sicherung als auch die Kritik daran – werden in der Folge kurz dargestellt:

Für den weiteren Ausbau des sozialen Sicherungssystems ist auf die Arbeitslosenversicherung, das Drei-Säulen-Modell der Alterssicherung sowie die Kranken- und Unfallversicherung einzugehen:

Während wie erwähnt im Jahr 1976 – als Antwort auf die Wirtschaftskrise – die Arbeitslosenversicherung obligatorisch für alle Arbeitnehmenden wurde, erfuhr das Modell der Alterssicherung bereits etwas früher und in

¹⁶⁸ Germann u. a., Geschichte, 35.

¹⁶⁹ Vgl. hierzu Matter, Entwicklungen, 441.

¹⁷⁰ Vgl. Germann u. a., Geschichte, 35.

¹⁷¹ Vgl. Germann u. a., Geschichte, 25.

¹⁷² Vgl. Leimgruber, Etat fédéral, 221.

mehreren Schritten einen Ausbau. In einer Volksabstimmung sprachen sich 1972 die Stimmberechtigten für das Obligatorium in der beruflichen Vorsorge (2. Säule) aus und verankerten damit gleichzeitig das Drei-Säulen-Modell der schweizerischen Alterssicherung, dessen Grundzüge noch heute Gültigkeit haben. Durch die damit verbundene grosse Bedeutung der 2. und der 3. Säule ist festzuhalten, dass diese Lösung «auf einer minimalen staatlichen Altersvorsorge [beruhte] und der privaten Vorsorge grossen Raum ein[räumte]». ¹⁷³ Ergänzt wurden die noch sehr geringen und deutlich unter dem Existenzminimum liegenden AHV- und IV-Renten von den neu eingeführten Ergänzungsleistungen ¹⁷⁴ sowie der Hilfslosenentschädigung. ¹⁷⁵

Die Entwicklung der für die ambulante Pflege besonders relevanten Kranken- und Unfallversicherung (KUVG) war auch in der vorliegenden Phase sehr umstritten. Nach der oben dargestellten Teilrevision von 1964 stand bei den nachfolgenden Reformvorschlägen die Versicherungspflicht in unterschiedlichen Varianten zur Debatte, um die sogenannten «grossen Risiken» wie langfristige Krankenhausbehandlungen und Alterskrankheit zu decken. ¹⁷⁶ Allerdings blieb die konkrete Ausgestaltung durch die divergenten Interessen der unterschiedlichen Anspruchsgruppen sehr kontrovers; ¹⁷⁷ gleichzeitig wuchsen die Gesundheitsausgaben durch die medizinisch-technische Entwicklung und den Ausbau der Spitalversorgung rapide und deutlich stärker als die Löhne und die Konsumentenpreise. ¹⁷⁸ Nicht zuletzt durch den damit verbundenen Eindruck der «Kostenexplosion» lehnten die Stimmberechtigten in den 1970er und den 1980er Jahren in Volksabstimmungen mehrere Reformvorhaben ab, sodass zu Beginn der 1990er Jahre immer noch das KUVG von 1964 galt. Erst 1994 gelang eine Revision zum neuen Krankenversicherungsgesetz, das nun das Obligatorium für alle Bürgerinnen und Bürger mit sich brachte. Angesichts der Kostensteigerungen waren darin neu Vorgaben zu Kostendämmungen als durchgängiges Prinzip integriert, etwa durch höhere Selbstbeteiligung von Versicherten sowie durch Vorgaben zur Wirtschaftlichkeit in der medizinischen Versorgung. ¹⁷⁹ Für die ambulante

173 Germann u. a., Geschichte, 33.

174 Germann u. a., Geschichte, 32.

175 Vgl. dazu und zur entsprechenden Bezugsberechtigung: Landolt, Pflegefinanzierungssystem, 501.

176 Vgl. Alber / Bernardi-Schenkluhn, Gesundheitssysteme, 189.

177 Germann u. a. nennen als wesentliche Akteure insbesondere die Krankenkasse, die Ärzte, die chemische Industrie, aber auch neue Gesundheitsberufe (z. B. Chiropraktiker; Geschichte, 32).

178 Vgl. Alber / Bernardi-Schenkluhn, Gesundheitssysteme, 177 f.

179 Vgl. Frey, Gesundheitspolitik, 507 f.

Pflege bedeutete das neue KVG, dass erstmals auf nationaler Ebene die Pflegeleistungen in den Pflichtleistungskatalog aufgenommen wurden.¹⁸⁰ Damit verbunden war ein erheblicher Schub der Offizialisierung der ambulanten Pflege insgesamt. Für die betreffenden Vereine führte dies nicht allein zu einer umfassenderen Finanzierung durch die öffentliche Hand, sondern auch zu einer markanten Steigerung der Vorgaben in zahlreichen betrieblichen Belangen (nationale Vereinheitlichung des Leistungskatalogs, der Tarife, der Qualitäts- und Ausbildungsvorgaben usw.).¹⁸¹

Gegenüber dem weiteren Ausbau der sozialstaatlichen Leistungen erwuchs auch erhebliche Kritik.¹⁸² Die Kritiker setzten sich gegen den Ausbau ein, da dieser das Wirtschaftswachstum bremsen, die öffentlichen Finanzen belasten und zugleich die Menschen von ihrer Eigenverantwortung entbinden würde.¹⁸³ Angesichts der zunehmend knapper werdenden öffentlichen Finanzen und der wachsenden demografischen Alterung fragten sie neu nach den «Grenzen» bzw. «Limiten» des Sozialstaats.¹⁸⁴ Unter dem Begriff des «aktivierenden Sozialstaats» vertraten sie eine Auffassung, nach der der Staat nicht so sehr eine weitgehende materielle Grundsicherung gewährleistete, sondern die vielmehr auf dem Prinzip der Eigenverantwortung basierte.¹⁸⁵ Diese Kritik war äusserst wirkmächtig; sie hatte nicht nur zur Folge, dass neue Sozialversicherungszweige nicht oder mit Verspätung errichtet wurden, sondern hatte auch Auswirkungen auf die konkrete Ausgestaltung des jeweiligen Leistungsmechanismus.¹⁸⁶

Für zivilgesellschaftliche Organisationen – gerade auch solche mit karitativer Zielsetzung – hatten diese sozialstaatlichen Entwicklungen in direkter Weise ambivalente Auswirkungen. Auf der einen Seite entstanden mit der Zunahme und Ausweitung der sozialstaatlichen Aktivitäten auch für die zivilgesellschaftlichen Organisationen neue Betätigungsfelder bzw. gewannen bisherige Betätigungsfelder an Bedeutung, zumal die Aktivitäten zwar staatlich finanziert, aber deren konkrete Ausführung oftmals in den Händen der zivil-

180 Vgl. hierzu Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994, Art. 25a (Pflegeleistungen bei Krankheit).

181 Vgl. dazu exemplarisch die Tarifvorgaben im KVG: Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994, Art. 44 (Tarifschutz).

182 Leimgruber verortet die Kritiken in sogenannten «neoliberalen» Kreisen (Etat fédéral, 221).

183 Vgl. ebd.

184 Leimgruber, Etat fédéral, 222.

185 Vgl. Matter, Entwicklungen, 441.

186 Vgl. dazu den hohen Anteil an marktwirtschaftlichen oder privaten Anteilen im Drei-Säulen-Modell der Alterssicherung (siehe dazu: Germann u. a., Geschichte, 33).

gesellschaftlichen Organisationen lag.¹⁸⁷ Auf der anderen Seite erfolgten diese neuen Leistungen – unter dem Eindruck der genannten Kritik am Leistungsausbau – unter stärkeren Vorschriften und Kontrollmechanismen als dies bisher der Fall war.

Darüber hinaus waren die zivilgesellschaftlichen Organisationen neuerdings auch von Entwicklungen betroffen, die sich ab den 1960er Jahren einstellten und mit gesellschaftlichen Umbrüchen einhergingen;¹⁸⁸ Degen identifiziert diese Umbrüche mit einem «deutlich spürbare[n] Wertewandel»,¹⁸⁹ der sich in «tiefgreifenden Veränderungen des sozialen Verhaltens»¹⁹⁰ manifestierte: Soziale Bindungen büssten an Bedeutung ein und damit verloren auch herkömmliche Organisationen an Bindungskraft. Die Wichtigkeit des Genossenschaftsgedankens innerhalb einer einigermaßen homogenen Gruppe bzw. eines Milieus nahm stark ab, was bei den meisten Organisationen zu mangelndem Interesse und weiter abnehmenden Mitgliederzahlen führte.¹⁹¹ Neu standen nicht mehr die sozialen Bindungen im Zentrum, sondern vielmehr Nutzenüberlegungen, d. h., man verstand sich nicht mehr so sehr als Mitglied, sondern als Kundin oder Kunde.¹⁹² Wo bislang noch für denselben Angebotsbereich mehrere getrennte und milieuspezifische Organisationen bestanden, bot «nicht selten die Fusion unter Beilegung der alten Differenzen die letzte Rettung».¹⁹³

Die genannten Entwicklungen führten für protestantische diakonische Institutionen zu eigenen Herausforderungen, was sich in zweifacher Hinsicht ausführen lässt:

- Konfessionelle Vereine und Institutionen bildeten ihre Identität bislang zuweilen stark auf der Trennung bzw. Abgrenzung gegenüber der anderen Konfession; auf protestantischer Seite standen die Institutionen bisweilen in der Versuchung, ihre eigene Identität nicht so sehr aufgrund eigener Merkmale zu bestimmen, sondern «durch die Negation römisch-katholischer Lehre und Praxis zu definieren».¹⁹⁴ Durch das II. Vatikanum von 1962 bis 1965 und die damit verbundenen Entwicklungen seitens der römisch-katholischen Kirche entstand für die evangelisch-reformierten

187 Degen, Geschichte, 89.

188 Vgl. dazu aus zivilgesellschaftlicher Perspektive: Degen, Geschichte, 87. Siehe dazu aus kirchlicher Warte: Greschat, Zeitgeschichte, 343.

189 Degen, Geschichte, 87; siehe dazu auch Schroeder, Wohlfahrtsverbände, 510.

190 Ebd.

191 Vgl. dazu Degen, Geschichte, 87.

192 Vgl. ebd.

193 Ebd.

194 Vischer u. a. (Hg.), Kirchengeschichte, 296.

Kirchen dahingehend eine neue Situation, dass die Identitätsdefinition weniger denn je durch die Abgrenzung vom Gegenüber funktionieren konnte und daher stärker als bisher eigene Identitätsmerkmale gesucht werden mussten. Gleichzeitig öffnete diese Entwicklung die Türen für Begegnung und Zusammenarbeit, sowohl unter den Kirchen als auch deren karitativen Institutionen.¹⁹⁵ Die oben dargestellte Entwicklung der abnehmenden Milieubindung wurde in konfessioneller Hinsicht also ergänzt durch die verstärkte und wachsende ökumenische Offenheit, die sich bis auf die Gemeindeebene auswirkte.¹⁹⁶

- Das massive Wachstum und die zunehmenden Steuerungseingriffe durch staatliche Behörden führten bei den konfessionell geführten Institutionen zu wachsenden unternehmerischen Belastungen, auf die sie sowohl in ökonomischer als auch in personeller und struktureller Hinsicht nur schlecht vorbereitet waren. So ist es bezeichnend, dass sich auf protestantischer Seite verschiedene Diakonissenhäuser und auf katholischer Seite verschiedene Kongregationen von den von ihnen langjährig geführten Spitälern trennten, indem sie diese entweder an öffentliche oder private Trägerschaften verkauften oder aber indem sie sich weitgehend von den Leitungsaufgaben zurückzogen und nur noch die kleineren Betriebe behielten, die sie nicht ohne Weiteres abgeben konnten.¹⁹⁷

2. *Allgemeiner Vereinsbetrieb und kirchliche Mitwirkung am Vereinsgeschehen*

Der Bedarf an Leistungen der ambulanten Krankenpflege ist im Zeitraum der vorliegenden Phase nochmals deutlich angestiegen. Die Gründe für die massiv steigende Inanspruchnahme der Leistungen sind unterschiedlicher Natur. Zum Ersten fällt das anhaltende Bevölkerungswachstum und damit die Zunahme der Anzahl älterer Menschen ins Gewicht.¹⁹⁸ Das verstärkte sich zum Zweiten durch die demografische Entwicklung, d. h. das zunehmende Älterwerden der Bevölkerung.¹⁹⁹ Nicht zuletzt werden, zum Dritten, aber auch soziostrukturelle Faktoren eine Bedeutung gespielt haben; dazu gehören Veränderungen des innerfamiliären Pflegepotenzials aufgrund der Zunahme

195 Vgl. ebd.

196 Vgl. dazu Besier, Kirche, 43.

197 So z. B. die Altersheime, in denen auch ältere Schwestern gepflegt wurden (siehe zur Entwicklung: Heim, Leben für andere, 284).

198 Vgl. dazu die beträchtliche jährliche Bevölkerungszunahme (mit Ausnahme der Zeit in der Mitte der 1970er Jahre) (Bundesamt für Statistik [BFS], Bilanz).

199 Vgl. dazu Höpflinger, Altern, 31.

der Erwerbstätigkeit von Frauen sowie der zunehmenden räumlichen Trennung der Generationen.²⁰⁰

Der zunehmende Bedarf hat bei den Krankenpflegevereinen zu markanten Entwicklungsschritten geführt. So hat sich aufgrund der zunehmenden Leistungen der Betriebsumsatz massiv gesteigert, und zwar deutlich stärker, als dies in der volkswirtschaftlichen Entwicklung der Fall war.²⁰¹ Mit dem zunehmenden Pflegeaufwand verbunden war die Notwendigkeit, den Personalbestand deutlich auszubauen und zwar sowohl in der Kranken- wie insbesondere auch in der Hauspflege.²⁰² Schliesslich haben die Vereine aber auch ihr Leistungsangebot sukzessive ausgebaut und Angebote eingeführt, die über die Kranken- und Hauspflege im engeren Sinn hinausgingen.²⁰³

Die Vereinsvorstände waren in ihrer Tätigkeit weiterhin in operative Belange eingebunden und übernahmen Arbeiten, die in organisatorischer Hinsicht den sogenannten «Zentralen Diensten» zuzuordnen sind, d. h., sie waren mehr und mehr beschäftigt mit der Sicherstellung der passenden Arbeitsbedingungen für die Krankenschwestern und Hauspflegerinnen; neu ging es dabei auch um die Einrichtung der passenden Kommunikationsinfrastruktur²⁰⁴ sowie die Anpassung der Anstellungsbedingungen.²⁰⁵ Mit dem Ausbau erwiesen sich auch erste Neustrukturierungen der betrieblichen Abläufe als notwendig. Während bislang sämtliche im Zusammenhang mit der Pflegetätigkeit anfallenden Arbeiten direkt von den Schwestern ausgeführt wurden, kam mit der zunehmenden Zahl der angestellten Personen der Bedarf

200 Vgl. hierzu Kesselring, Angehörige, 13.

201 Durch die volkswirtschaftlichen Verwerfungen in den 1970er Jahren kühlte sich das allgemeine Wirtschaftswachstum gegenüber der vorangehenden Phase etwas ab (vgl. Zürcher, Wachstum, 11, berichtet für den Zeitraum von 1973–2008 von einem durchschnittlichen jährlichen BIP-Wachstum von 1,5 %); die Krankenpflegevereine verzeichneten jedoch in den betreffenden 30 Jahren zuweilen eine Verzehnfachung des Betriebsumsatzes (vgl. hierzu den Vergleich der Umsatzzahlen des reformierten Krankenvereins Arlesheim in II.3.3.), was einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate von ca. 8 % entspricht.

202 Vgl. hierzu bspw. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Jahresbericht 1972, 1; ABGB, Krankenpflege-Verein Burgdorf, Jahresbericht 1973, 2.

203 Dazu gehörten etwa Fusspflegeangebote, Pflegekurse, u. a. m. (vgl. ABGB, Krankenpflege-Verein Burgdorf, Jahresbericht 1982, 1).

204 Vgl. bspw. ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch 1955–1970, Protokoll der Vorstandssitzung vom 6. Februar 1967, 1.

205 Dazu gehören Stellvertretungs- und Ferienregelungen sowie die Anpassung von Anstellungsbedingungen, vgl. dazu AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 25. März 1987, 1.

an arbeitsteiligen Abläufen auf. Verschiedene Vereine führten neue Stellen für die Administration bzw. Vermittlung ein;²⁰⁶ damit verbunden war auch die Schaffung von Büroräumlichkeiten bzw. Betriebszentralen, in denen nicht nur die Verwaltung untergebracht war, sondern die auch Raum für Teamtreffen boten und die Erbringung der neuen Leistungen ermöglichten.²⁰⁷

Die starke Zunahme der Leistungen hatte deutliche Mehrkosten bei den Krankenpflegevereinen zur Folge. Ihnen gelang es aber nicht, diese mit Eigenleistungen (Mitgliederbeiträge Pflögetaxen u. dgl.) zu decken; vielmehr waren sie zum erneuten Male darauf angewiesen, dass sich auch weitere Mittragende an den Kosten beteiligten. Dabei waren insbesondere die verschiedenen Instanzen der öffentlichen Hand angesprochen. Waren es in der vorangehenden Phase ausschliesslich die lokalen Behörden, die die Krankenpflegevereine mit Beiträgen alimentierten, so erfolgte in der vorliegenden Phase eine Diversifizierung der Beiträge der öffentlichen Hand, die zur Folge hatte, dass sich mitunter alle föderalen Ebenen an den Kosten der ambulanten Pflege beteiligten. Die Gemeinden steuerten weiterhin substanzielle Beiträge an die Vereine bei.²⁰⁸ Daneben aber erfolgten in verschiedenen Kantonen erste kantonale Subventionen.²⁰⁹ Eine wesentliche finanzielle Entlastung boten schliesslich die ab den 1980er Jahren eingeföhrten Beiträge des Bundesamts für Sozialversicherungen (BSV), das aufgrund des revidierten AHV-Gesetzes Beiträge an pflegebedürftige Personen im AHV-Alter gewährte. Die Beiträge der öffentlichen Hand auf den unterschiedlichen föderalen Ebenen machten gegen Ende des vorliegenden Zeitraums in der Regel die Hälfte des Umsatzes der Krankenpflegevereine oder sogar mehr aus.²¹⁰ Wenn zusätzlich beröck-

206 Vgl. hierzu bspw. ASW, Ambulanter Krankendienst Reiden, Jahresbericht 1977, 2.

207 Vgl. hierzu die Errichtung des Gesundheitszentrums 1981 in Burgdorf (ABGB, Krankenpflege-Verein Burgdorf, Jahresbericht 1980, 1) sowie der grössere Raumbedarf in St. Gallen-Tablat (AKT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 25. März 1987, 2).

208 Zuweilen erfolgten die Beiträge der kommunalen Behörden sogar aus unterschiedlichen Finanzierungsquellen: So erhielt der Krankenpflegeverein Arlesheim neben dem Gemeindebeitrag zusätzlich noch einen Beitrag der Fürsorgebehörde Arlesheim (vgl. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein Arlesheim, Protokoll der Vorstandssitzung vom 1. Dezember 1966, 2).

209 So bspw. in Baselland (vgl. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Schreiben an die Kirchgemeinde Arlesheim vom 15. März 1977, 1), wobei diese nur geringfügig ausfielen.

210 So z. B. in Burgdorf (vgl. ABGB, Krankenpflege-Verein Burgdorf, Jahresbericht 1982, 4).

sichtigt wird, dass aufgrund neuer Krankenkassentarifverträge auch ein beträchtlicher Anteil der Pflgetaxen über Sozialversicherungen gedeckt werden konnte, so ist festzuhalten, dass sich ab der vorliegenden Phase die öffentliche Finanzierung der ambulanten Pflege zum mit Abstand wichtigsten Finanzierungsstandbein entwickelte.

Beachtenswert ist ein Blick auf die Entwicklung der Mitgliederzahlen. Noch in der vorangehenden Phase 2 war die Rede von merklich sinkenden Mitgliederzahlen, die nicht nur auf die nachlassende Bindung der Vereine zur jeweiligen Bevölkerung hinwiesen, sondern auch darauf hindeuteten, dass das genossenschaftliche Vereinsverständnis an Bedeutung verlor, da die Vereinsmitgliedschaft als zwingende Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Leistungen entfiel. Obwohl die meisten Vereine aus unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern auch in der vorliegenden Phase aufgrund der gesellschaftlichen Grosswetterlage wiederum Mitglieder verloren (siehe oben), gelang es einzelnen Krankenpflegevereinen in der vorliegenden Phase, sich u. a. dank intensiven Mitgliederwerbaktionen gegen diesen Trend zu stemmen und die Mitgliederzahlen massiv zu steigern. In Arlesheim stieg deren Zahl auf über 1000,²¹¹ der Verein in Wettingen berichtete von bis zu 1300 Mitgliedern und der damit verbundenen «grossen Abstützung des Vereins auch in der gesamten lokalen Bevölkerung»;²¹² der Burgdorfer Krankenpflegeverein seinerseits rühmte sich, mit bis zu 2250 Mitgliedern der grösste Verein der Gemeinde zu sein.²¹³ Da die Mitgliedschaft nicht mehr notwendig war für die Inanspruchnahme der Leistungen, müssen sich das Verständnis der Vereinsmitgliedschaft und die Motivationen hierzu unterdessen weitreichend verändert haben. Es liegt die Vermutung nahe, dass neu viele Gemeindebürgerinnen und -bürger zu einem ideellen Mittragen der Tätigkeit der Krankenpflegevereine gewonnen werden konnten, wohlwissend dass sie selbst die Leistungen womöglich noch kaum selbst beanspruchen würden.

Mit den oben dargestellten kantonalen und nationalen Beiträgen an die Krankenpflegevereine war neu der Umstand verbunden, dass die Finanzierung der ambulanten Pflege zu wesentlichen Teilen als Rechtsanspruch aus-

211 Vgl. AKGA, Ambulante Dienste Arlesheim (ADA), Jahresbericht 1995, 1.

212 Vgl. AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Arbeitsstatistik 1987, 1.

213 Vgl. ABGB, Krankenpflege-Verein Burgdorf, Jahresbericht 1982, 1. Der Krankenpflegeverein Burgdorf öffnete die Mitgliedschaft sogar für lokale Unternehmen und gewann eine stattliche Anzahl ebendieser als Mitglieder hinzu (im Jahr 1967 waren 62 Unternehmen als Mitglied eingetragen, vgl. ABGB, Krankenpflege-Verein Burgdorf, Protokollbuch 1955–1970, Protokoll der Vorstandssitzung vom 6. Februar 1967, 1).

gestaltet war. Während bislang die kommunalen Beiträge auf freiwilliger Basis geleistet wurden und entsprechend je nach örtlichen Gegebenheiten unterschiedlich ausfielen, schafften die kantonalen und nationalen gesetzlichen Bestimmungen die Grundlagen für die verbindlich und nach einheitlichen Kriterien bemessene Finanzierungsverpflichtung. Gleichzeitig ist festzuhalten, dass diese neu verpflichtenden Leistungen zunächst nur in geringem Ausmass an Bedingungen geknüpft waren;²¹⁴ die öffentliche Hand hatte also umfangreiche Finanzierungsverpflichtungen, ohne dass sie dabei bislang über wesentliche Steuerungs- und Einflussmöglichkeiten besass. Das begann sich aber zu ändern: Angesichts zunehmend angespannter öffentlicher Finanzen²¹⁵ beanspruchten daher die involvierten Behörden in steigendem Ausmass Mitsprachemöglichkeit in den Krankenpflegevereinen bzw. sie nahmen in zunehmendem Umfang Steuerungseingriffe gegenüber der Tätigkeit und in der Finanzierung der Vereine vor. Diese Steuerungseingriffe lassen sich wie folgt strukturieren:

- In einem ersten Stadium beanspruchten verschiedentlich die Gemeindebehörden *Einsitz* in den Vereinsvorstand. Angesichts der beträchtlichen Unterstützungsbeiträge, die von dieser Seite geleistet wurden, erschien diese Einbindung und Mitsprache als wichtig und opportun; die Einsitznahme erfolgte entweder auf dem Weg des freiwilligen Einbezugs einer Gemeindevertretung²¹⁶ oder aber über einen neu statutarisch festgelegten Sitzanspruch.²¹⁷ Die Gemeindevertretungen stellten auf diesem Weg auch die direkten Kommunikationswege gegenüber den Behörden (insbesondere zur Beantragung und Klärung von Finanzierungsfragen) sicher.
- Im Berichtszeitraum ist die ambulante Krankenpflege auch als politischer Regelungsgegenstand in den Fokus der Behörden geraten. Auf den

214 Dazu gehörte etwa die bereits erwähnte Vorgabe, wonach die Beiträge des BSV nur für Leistungen zugunsten von Personen im AHV-Alter ausgerichtet werden dürfen (vgl. hierzu ASW, Ambulanter Krankendienst Reiden, Schreiben des Bundesamts für Sozialversicherungen [BSV] vom 28. April 1992, 1).

215 Siehe dazu die einleitenden Ausführungen zur entstehenden Kritik am Wachstum der sozialstaatlichen Ausgaben.

216 So in Arlesheim (vgl. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein Arlesheim, Protokoll der Generalversammlung vom 11. März 1970, 1) und Egnach (AKGE, Kranken- und Hauspflegeverein Egnach, Statuten vom 13. März 1988, Art. 4).

217 So z. B. in Burgdorf (vgl. ABGB, Krankenpflege-Verein Burgdorf, Statuten vom 27. Februar 1967, Art. 14) und St. Gallen-Tablat (AKT, Brief des Stadtrats an den Vorstand des Kranken- und Hauspflegevereins der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen vom 16. September 1986, 1).

verschiedenen föderalen Ebenen sind entsprechende *fachliche Zuständigkeiten* festgeschrieben worden. Auf lokaler Ebene betraf dies etwa die Festlegung von Ressortzuständigkeiten im Gemeinderat, die die ambulante Krankenpflege beinhalteten²¹⁸ und die zu intensivierten Absprachen zwischen Vereinen und Behörden führten.²¹⁹ Auf kantonaler Ebene begannen Kantonsregierungen mit Berichten, sich eine Übersicht über die Situation der ambulanten Krankenpflege zu verschaffen.²²⁰

- Die Übernahme von Zuständigkeiten betraf neue Bestimmungen auf kantonaler und nationaler Ebene zur Festlegung von *Finanzierungszuständigkeiten*. Dazu gehörten insbesondere die nationale Mitfinanzierung der ambulanten Krankenpflege durch das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) aufgrund des revidierten AHV-Gesetzes, aber bspw. auch eine kantonale Kompetenzdelegation, die die Gemeinden zur Finanzierung der ambulanten Krankenpflege verpflichtete.²²¹ Nicht zuletzt ist in diesem Zusammenhang auch die Aufnahme der ambulanten Pflege in den Leistungskatalog der Krankenversicherung zu erwähnen. Durch den Einbezug der Krankenkassen waren neu umfangreiche vertragliche Bestimmungen mit denselben notwendig, wobei gerade die Festlegung der Pflegetarife rasch zum Gegenstand intensiver politischer Auseinandersetzungen wurde. So erscheint bspw. die Reaktion des Vorstands des Kranken- und Hauspflegevereins Wettingen verständlich, der die erfolgten Verhandlungen und die damit verbundenen Tarifvorgaben durch die neuen Tarifverträge als ungebührlichen «Druck von oben»²²² empfand; damit ging nicht zuletzt die Hoheit über die vereins-eigene Tarifgestaltung innert kurzer Zeit verloren.

218 Vgl. hierzu AGA, Gemeinderat Arlesheim, Amtsbericht 1979, 31.

219 Vgl. hierzu AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Protokoll der Sitzung betreffend Ausbau der spitalexternen Krankenpflege vom 9. Juni 1987, 1 f. (wobei die Gemeindebehörden mit einer Anfrage um Ausbau der Leistungen an den Verein gelangten) sowie AKGT, Kranken- und Hauspflegeverein der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 28. Oktober 1997, 2 (mit der Anfrage um Beteiligung und Austausch in der gemeinsamen städtischen Konferenz der Krankenpflegeorganisationen).

220 Vgl. hierzu bspw. die Kantone Thurgau (AKGE, Kanton Thurgau, Spitalexterne Krankenpflege [Spitex], Bericht vom Juni 1989) und Bern (ASBO, Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern [GEF], Kreisschreiben Nr. 87 über die Hilfe und Pflege zu Hause [Spitex], vom 7. Dezember 1993, 1).

221 Vgl. hierzu die Auswirkungen des 1985 eingeführten Gesundheitsgesetzes im Kanton Thurgau für den Krankenpflegeverein Egnach (siehe dazu Blust, Geschichte, 71).

222 AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Jahresbericht 1989, 1.

- Schliesslich gingen die behördlichen Steuerungseingriffe so weit, dass sie in direkter oder indirekter Weise bei den Krankenpflegevereinen zu weitreichenden Transformationen in deren *Trägerschaft* führten. Der Übersicht und Vollständigkeit halber werden die in Kapitel II. ausgeführten Transformationsschritte an dieser Stelle in gebotener Kürze rekapituliert:

Der Reformierte Krankenpflegeverein *Reiden* erlebte mehrere Veränderungen in seiner Trägerschaft. Gegen Ende der 1970er Jahre drängten ihn die Gemeindebehörden aufgrund des schlechten Zustands zur Umwandlung in den «Ambulanten Krankendienst (AKD)», zu Beginn der 90er Jahre sah er sich dann aufgrund der nationalen Vorgaben zur Fusion mit dem katholischen Pendant gezwungen, da das BSV bekanntgab, nur noch einen Verein pro Gemeinde zu unterstützen.

Ebenfalls die Vorgaben des BSV waren es, die die Kirchgemeinde *St. Gallen-Tablat* dazu veranlassten, die Krankenpflege aus der Kirchgemeinde auszugliedern und in einen selbstständigen Verein zu überführen, da die Bundessubventionen fortan nur noch an privatrechtlich organisierte Vereine ausbezahlt wurden. Nach nur 15-jähriger Existenz beschlossen die St. Galler Stadtbehörden über finanzielle Steuerung den Zusammenschluss der bisherigen konfessionell getragenen Krankenpflegevereine.

Auch beim Reformierten Krankenpflegeverein *Wettingen* waren es die Gemeindebehörden, die die Fusionsabsichten entscheidend vorantrieben, indem sie das Raumproblem der Vereine zu lösen bereit waren, aber nur unter der Bedingung, dass die von der Gemeinde zur Verfügung gestellten Räumlichkeiten von einem fusionierten Verein genutzt würden.

Bei anderen Vereinen waren Steuerungseingriffe auf kantonaler Ebene leitend für die Transformationen. So bestand in den 1990er Jahren im Kanton Bern die Vorgabe, dass pro Gemeinde alle sogenannten Kerndienste in einem Verein zusammengeschlossen sein müssten. Entsprechend sah sich der Krankenpflege-Verein *Burgdorf* gezwungen, sich mit den anderen bestehenden Vereinen, die die weiteren Kerndienste ausserhalb der Krankenpflege abdeckten, zusammenzuschliessen.

Ähnliches erfolgte im Kanton Thurgau, wo das kantonale Gesundheitsgesetz in der Mitte der 1980er Jahre vorgab, dass die Gemeinden die Haus- und Krankenpflege für alle Einwohnerinnen und Einwohner sicherzustellen hätten – was dazu führte, dass die Kirchgemeinde *Egnach* die von ihr geführte und bislang nur eigenen Konfessionsangehörigen zugängliche Hauspflege an den Krankenpflegeverein abgeben musste.

Allein die Fusion des Krankenpflegevereins *Arlesheim* mit dem katholischen Verein in den 1990er Jahren erfolgte nicht auf direkte Einwirkung der Gemeindebehörden hin.

In der Summe erfolgten die weitreichenden Veränderungen in der Trägerschaft nicht bzw. nicht allein aus eigenem Antrieb, vielmehr wurden sie angestossen oder aber eingefordert von den politischen Behörden, die im vorliegenden Zeitraum mehr und mehr das Zepter der Steuerung über die Angebote der ambulanten Krankenpflege übernommen haben.

Von besonderem Interesse ist nun, wie sich in diesen Transformationen die kirchliche Beteiligung und Mitwirkung gestaltete. Hilfreich erscheint es hierfür, wenn die Frage der kirchlichen Beteiligung und Mitwirkung betrachtet wird 1. hinsichtlich der Situation vor den erfolgten Transformationen, 2. in den Transformationsschritten selbst und sodann 3. hinsichtlich der Situation, wie sie sich nach den erfolgten Transformationen darstellte. Dabei ist vorauszuschicken, dass sich die spezifischen lokalen Vereinssituationen je unterschiedlich gestalteten, dennoch aber lassen sich übereinstimmende Eigenheiten erkennen.

1. Vor den ausgeführten Transformationen bestanden mit wenigen Ausnahmen²²³ enge Verbindungen zwischen Kranken- bzw. Hauspflege und der Kirchgemeinde; in St. Gallen-Tablat und in Egnach erfolgte die Krankenpflege bzw. die Hauspflege sogar unter dem Dach der Kirchgemeinde.²²⁴ Die engen Beziehungen zeigten sich in unterschiedlichen Aspekten: So waren die Kirchgemeinden statutarisch als Mitträgerinnen der Vereine festgehalten; auf Leitungsebene bestand ein personelles Engagement der Kirchgemeinde in den Vorständen, und auf operativer Ebene erfolgten verschiedene Formen des Austauschs und der Absprache. Schliesslich beteiligten sich die Kirchgemeinden immer noch mit beträchtlichen Unterstützungsbeiträgen an den Krankenpflegevereinen (bzw. an der eigenen Kranken- oder Hauspflege).

223 Zu den Ausnahmen zählt insbesondere der Krankenpflegeverein Burgdorf, bei dem schon damals nur noch lockere Beziehungen zur Kirchgemeinde bestanden (vgl. dazu die Diskussion in ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Protokollbuch freiwilliger Krankenverein 1955–1970, Protokoll der Vorstandssitzung vom 15. Dezember 1965, 1).

224 Vgl. für die Situation in St. Gallen-Tablat unter II.5.1. sowie für Egnach: AKGE, Kirchenvorsteherschaft Egnach, Protokollbuch, Protokoll der Sitzung des Büros des Kirchenvorsteherschaft vom 5. März 1963, 332.

2. Die von den Behörden initiierten Transformationen trafen die Krankenpflegevereine sowie die Kirchgemeinden zumeist weitgehend unvorbereitet. Zwar gab es vereinzelt vorsorgliche Absprachen zur Abwehr behördlicher Eingriffe,²²⁵ diese blieben aber die Ausnahme. So standen die Krankenpflegevereine unter erheblichem Zeitdruck bei der Ausführung der verlangten Umstrukturierungen, wodurch oftmals kaum mehr Zeit blieb zur Erörterung der Frage nach der zukünftigen kirchlichen Mitträgerschaft. Einzig beim Krankenpflegeverein Wettingen wurden aus dem Kreis der Kirchgemeinde Anliegen zur Beibehaltung der kirchlich-diakonischen Prägung formuliert, die jedoch in der Umsetzung keine Berücksichtigung fanden.²²⁶

3. Das hatte zur Folge, dass die Kirchgemeinden innert kurzer Zeit durch die erfolgten Transformationsschritte weitgehend als Trägerinnen und rechtlich mitverantwortliche Institutionen ausschieden. Gerade wo bislang konfessionsverschiedene Vereine bestanden, fusionierten diese zu einem «politisch und konfessionell neutralen» Verein.²²⁷ Das heisst eine ökumenische Trägerschaft in dem Sinn, dass sich die beiden Konfessionen zur Trägerschaft eines neuen Vereins zusammenschlossen, wurde zumeist nicht einmal in Erwägung gezogen. Eine Ausnahme hierzu bildet der Krankenpflegeverein Reiden, der sich ab der Mitte der 1990er Jahre explizit als «ökumenischer Verein»²²⁸ verstand, wobei auch hier die Kirchgemeinden nicht mehr als Trägerinnen fungierten.

225 Vgl. hierzu die Debatten im Kranken- und Hauspflegeverein Arlesheim, die darauf abzielten, über eine ökumenische Kooperation den staatlichen Einfluss abzumindern (vgl. dazu bspw. AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein, Brief des Präsidenten des Kranken- und Hauspflegevereins Arlesheim vom 25. April 1966, 2).

226 Einen Sonderfall bildete ebendieser Krankenpflegeverein Wettingen in der Hinsicht, dass die Vereinsleitung und die Gemeindebehörden zu einem frühen Zeitpunkt sehr wohl über eine aktive Rolle der Kirchgemeinden in einem fusionierten Verein nachgedacht hatten; allerdings schienen die Verantwortlichen der Kirchgemeinden nicht darauf eingegangen zu sein (vgl. zur Debatte: AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Aktennotiz der Sitzung betreffend Organisation Spitex in Wettingen vom 19. August 1993, 1).

227 So bei den Vereinen in St. Gallen-Tablat und Wettingen; der fusionierte Verein in Arlesheim sprach in einem «Vorwort» zwar von der Krankenpflege als «christliche[m] Auftrag» (AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein Arlesheim, Statuten vom 1. Juli 1988, Vorwort).

228 ASW, Hilfe und Pflege zu Hause in Reiden – Spitex-Verein, Statuten vom 2. Mai 1996, Art. 1.

Der einzige Aspekt aus den früheren Verbindungen, der den Kirchgemeinden in verschiedenen Fällen erhalten blieb, waren Sitzansprüche in den Vereinsvorständen.²²⁹

Vor diesem Hintergrund mag es wenig erstaunen, wenn die explizit formulierten kirchlich-diakonischen Deutungen der ambulanten Krankenpflege sowohl innerhalb der Vereine als auch vonseiten der Kirchgemeinden nochmals deutlich seltener wurden und sich im Wesentlichen auf einzelne Schlagworte konzentrierten. Zwar formulierten einzelne Exponentinnen und Exponenten nach wie vor ein Bewusstsein, wonach die ambulante Krankenpflege «ein christlicher Auftrag»²³⁰ sei bzw. einen «Teil des diakonischen Auftrags der Kirche»²³¹ darstelle; gleichzeitig hatten sie zur Kenntnis zu nehmen, dass es im Angesicht der erfolgten Transformationen «heute nicht mehr die Kirchen, sondern die politischen Gemeinden [sind], welche die Spitex-Dienste organisieren».²³² Die kirchlich-diakonischen Deutungen erfolgten denn auch eher im Sinne einer historischen Reminiszenz, da diakonische Prägungen der Vereine unter den gegebenen Umständen nach Ansicht der Verantwortlichen «nicht mehr im gleichen Sinn und Geist weitergeführt werden»²³³ könnten.

3. *Wohlfahrtspluralistische Einordnung der Krankenpflegevereine und der kirchlichen Mitwirkung*

Die dargestellten politischen Debatten um die Weiterentwicklung der sozialen Sicherung in der Schweiz zeigen auf, dass seit den 1970er Jahren intensiv die Frage zur Disposition stand, «welche Institutionen und Akteure in der «mixed

229 Für Reiden vgl. ASW, Hilfe und Pflege zu Hause in Reiden – Spitex-Verein, Statuten vom 2. Mai 1996, Art. 9; für Wettingen vgl. AKWN, Haus- und Krankenpflegeverein Wettingen, 4. Entwurf der Statuten vom 19. Januar 1993, § 1, wobei darin nur noch ein «Anrecht» auf einen Vorstandssitz festgehalten war.

230 AKGA, Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein Arlesheim, Statuten vom 1. Juli 1988, Vorwort.

231 AKGT, Brief der Kirchenvorsteherschaft der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen an die Projektgruppe Spitexverein «Untere Gemeinden» vom 23. Juni 1995, 2.

232 AKGR, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Unterlagen zur schriftlichen Abstimmung über die Auflösung des Vereins vom 23. August 1996.

233 AKGT, Brief der Kirchenvorsteherschaft der Evangelisch-reformierten Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen an die Projektgruppe Spitexverein «Untere Gemeinden» vom 23. Juni 1995, 2.

economy of welfare» welche Kosten schultern sollen». ²³⁴ Bei der Finanzierung von neu eingeführten oder revidierten Absicherungszweigen stand somit immer auch die Frage im Zentrum, nach welchem Grundverständnis die soziale Sicherung in der Schweiz die gesamtgesellschaftlichen Transferflüsse und Umverteilungsmechanismen ausgestaltet. ²³⁵ Die konkrete Form der einzelnen sozialen Sicherungssysteme in der vorliegenden Phase verweist bereits auf prägende Gestaltungsprinzipien, die für den schweizerischen Sozialstaat konstitutiv geworden sind. Dazu gehört der Sachverhalt, dass es umfassende Lösungen in der Regel schwer hatten und dass die einzelnen Absicherungszweige stattdessen eher schrittweise und in Teillösungen entwickelt wurden. Die Lösungen basierten weiter zumeist auf einem hohen Beitrag der Eigenverantwortung der Bürgerinnen und Bürger bzw. auf dem Subsidiaritätsprinzip. Zudem waren die Kompetenzen auf Bundesebene in der Regel schwach ausgestattet, dafür behielten die unteren föderalen Ebenen sowie private und zivilgesellschaftliche Akteure einen beachtlichen Mitgestaltungsspielraum. ²³⁶ Leimgruber führt diese Gestaltungsprinzipien auf den Einfluss verschiedener Aspekte zurück, namentlich auf die Wirkmächtigkeit der genannten liberalen Kritik am Ausbau der sozialen Sicherung im Generellen, auf die Mechanismen der direkten Demokratie, durch die zahlreiche Vorlagen im Widerstreit der unterschiedlichen Interessen vom Stimmvolk abgelehnt wurden, sowie auf den für die Schweiz prägenden Föderalismus, durch den zahlreiche Kompetenzen auf kantonaler Ebene verblieben bzw. aufgrund dessen zahlreiche Aufgaben in einem komplexen Miteinander unterschiedlicher föderaler Ebenen wahrgenommen wurden (Vollzugsföderalismus). ²³⁷

Im Blick auf die Relevanz der Sozialversicherungsleistungen für die ambulante Pflege lässt sich formulieren: Wenn in der vorangehenden Phase davon die Rede war, dass in der wohlfahrtspluralistischen Ausgestaltung der ambulanten Pflege erstmals zwei Pole – die Zivilgesellschaft sowie auch der Staat – gleichsam von Bedeutung waren, so hat sich diese Zweipoligkeit in der vorliegenden Phase nochmals dahingehend konturiert und weiterentwickelt, dass der Staat neu die Steuerung sowie die hauptsächliche Finanzierung der Pflegeleistungen, die zivilgesellschaftlich getragenen Vereine ihrerseits die operative Ausführung der Krankenpflege übernehmen. Damit hat sich im

²³⁴ Matter, *Entwicklungen*, 442.

²³⁵ Vgl. ebd.

²³⁶ Vgl. Leimgruber, *Etat fédéral*, 222, und Matter, *Entwicklungen*, 442.

²³⁷ Leimgruber, *Etat fédéral*, 223; vgl. zum letzten Punkt des Vollzugsföderalismus: Schmid, *Besonderheiten*, 460.

wohlfahrtspluralistischen Arrangement die Gewichtsverschiebung hin zum Staat nochmals akzentuiert.

Wie oben ausführlich dargestellt wurde, nahm die kirchliche Beteiligung und Mitwirkung in der ambulanten Krankenpflege einen gegenteiligen Verlauf zu derjenigen der öffentlichen Hand. Zum Ende des hier besprochenen Zeitraums waren die Kirchgemeinden als mittragende Institutionen der Krankenpflegevereine in der Regel ausgeschieden. In der Zusammenstellung der Fallbeispiele wurde sichtbar, dass die Umstände für diese Entwicklung wesentlich auf die Vorgaben und Interventionen seitens der Behörden zurückzuführen sind. Um diese Einwirkungsmechanismen genauer zu verstehen, sollen jedoch an dieser Stelle einige Differenzierungen erfolgen:

- Innerhalb der Darstellung der Fallbeispiele ist aufgefallen, dass unterschiedliche Vorgaben seitens der Behörden entscheidende Auswirkungen hatten auf die Existenz der konfessionell geprägten Krankenpflege. Die Vorgaben waren ganz unterschiedlicher Natur: Zum Ersten bestanden juristische Anforderungen, die die Weiterführung der Krankenpflege innerhalb der Kirchgemeinde verunmöglichten und zur Ausgliederung in die privatrechtliche Form des Vereins zwangen.²³⁸ Zum Zweiten lagen fiskalpolitische Bestimmungen vor, wonach nur ein Verein pro Gemeinde gefördert werden durfte, was die Existenz zweier konfessionsverschiedener Vereine nebeneinander verunmöglichte.²³⁹ Zum Dritten waren es schlicht praktische Anforderungen, die dieselbe Wirkung zeitigten.²⁴⁰

Es lässt sich an keiner Stelle bewusst festmachen, dass die genannten Vorgaben explizit in konfessionskritischer Absicht getroffen worden wären. Dennoch ist zu konstatieren, dass diese in ihren Wirkungen eminent folgenreich für das konfessionelle Gefüge der Krankenpflege waren. Mit einem Seitenblick nach Deutschland – wo die konfessionellen Träger nicht nur in einer geschützten Stellung standen, sondern auch über weitreichende Privilegien in der Ausführung staatlicher Aufträge verfügten²⁴¹ – wird die grosse Diskrepanz zwischen der Situation der beiden Länder deutlich: Während die konfessionellen Träger in Deutsch-

238 Vgl. dazu die Entwicklung in Kapitel II.5.2.

239 Vgl. dazu ASW, Ambulanter Krankendienst Reiden, Schreiben des Bundesamts für Sozialversicherungen (BSV) vom 28. April 1992, 1.

240 Vgl. dazu die Vorgaben der Gemeinde Wettingen, einen verfügbaren Raum nur einer fusionierten Spitexorganisation zur Verfügung stellen zu wollen (AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Schreiben an die reformierte Kirchenpflege vom 7. September 1993, 1).

241 Siehe dazu die Ausführungen oben in Kap. III.1.3.1.

land u. a. in der Krankenpflege über einen ausgeprägten staatlichen Schutz verfügen, nehmen die Behörden in der Schweiz durch juristische, fiskalpolitische und praktische Anforderungen umfangreichen Einfluss auf die konfessionellen Trägerschaften.

- Nun ist ebenso festzuhalten: Der staatliche Einfluss führte nicht direkt dazu, dass die Mitwirkung der Kirchen in der ambulanten Krankenpflege verunmöglicht worden wäre. Im Rahmen einer ökumenischen Trägerschaft wäre den Kirchen nach wie vor ein aktives Engagement offen gestanden. Das wurde in einem Fall sogar von den Behörden diskutiert,²⁴² aber nur in einem anderen Fall auch umgesetzt.²⁴³ Unter Berücksichtigung des unter III.1.2. dargestellten Klimas der sich intensivierten ökumenischen Offenheit wären wichtige Weichen gestellt gewesen für ein solches Zusammengehen.
- Über die Gründe, weshalb das ökumenische Zusammengehen kaum zur Anwendung kam, lassen sich lediglich Mutmassungen anstellen. Die Fallbeispiele verweisen auf dreierlei mögliche Argumentationen: Erstens ist bereits über die Situation des Zeitdrucks berichtet worden, unter denen die Vereinsvorstände und mit ihnen die mittragenden Kirchgemeinden angesichts der behördlichen Vorgaben standen. So ist es denkbar, dass darin nicht ausreichend Ressourcen vorhanden waren, um eine Weiterführung der Trägerschaft in anderer Form vertieft zu bedenken. Zweitens ist mit Verweis auf die oben dargestellten Entwicklungen der Diakonissenhäuser auf die unternehmerischen Belastungen einzugehen. Angesichts der massiv steigenden Aufgaben und Umsätze erschien den Kirchgemeinden die Funktion der ambulanten Krankenpflege zuweilen mehr als Last denn als Mission, deren Abgabe in der konkreten Situation auch als eine gewisse Befreiung gedeutet wurde.²⁴⁴ Schliesslich, drittens, ist aber auch zu berücksichtigen, dass die Selbstverständlichkeit der kirchlichen Trägerschaft überhaupt bereits in der vorangehenden Zeit²⁴⁵ brüchig geworden ist und daher die Perspektive des Rückzugs näher stand als diejenige des Investierens in eine neue, ökumenische Trägerschaft.

242 Vgl. die Debatte in: AKWN, Reformierter Krankenpflegeverein Wettingen, Aktennotiz der Sitzung betreffend Organisation Spitex in Wettingen vom 19. August 1993, 1.

243 So in Reiden, vgl. ASW, Hilfe und Pflege zu Hause in Reiden – Spitex-Verein, Statuten vom 2. Mai 1996, Art. 1.

244 Vgl. hierzu die Situation in Egnach: AKGE, Kirchgemeinde Egnach, Protokollbuch, Protokoll der Sitzung der Kirchenvorsteherschaft vom 4. Dezember 1986, 48 / § 412.

245 Siehe dazu die Ausführungen zu Phase 2 in Kapitel III.1.2.

Ab der Mitte der 1990er Jahre entwickelten sich sehr rasch Verbände der ambulanten Krankenpflege bzw. neu der Spitex, die erstmals so etwas wie eine fachliche Spitex-Branche darstellten. Die Notwendigkeit zur Gründung der Verbände auf kantonaler sowie auch auf nationaler Ebene ergab sich dadurch, dass die Behörden auf den jeweiligen Ebenen deutlich mehr Steuerungsfunktionen in der ambulanten Pflege übernahmen und die Krankenpflege- bzw. Spitexvereine sich aufgefordert sahen, sich verbandlich zusammenzuschliessen, um ihre Interessen auf den jeweiligen Ebenen zu vertreten. Diese rasche Entstehung einer eigenen Spitex-Branche erfolgte allerdings ohne nennenswerte Beteiligung von Vertretungen der evangelisch-reformierten Kirchgemeinden.

Als Vergleichsgrösse sind auch an dieser Stelle wiederum die Situation und Entwicklung der ambulanten Krankenpflege in Deutschland heranzuziehen: Die personellen Rahmenbedingungen gestalteten sich sehr ähnlich wie in der Schweiz, d.h., die konfessionell getragene ambulante Krankenpflege konnte auch in Deutschland nur noch in sehr geringem Masse auf Diakonissen bzw. Ordensschwestern zurückgreifen.²⁴⁶ Ebenso verringerten sich im vorliegenden Zeitraum die Kontakte zu den lokalen Kirchgemeinden,²⁴⁷ was insgesamt eine Neukonzeption der konfessionellen Krankenpflegevereine notwendig machte. Im Unterschied zur Schweiz erfolgte nun aber ab den 1970er Jahren die Gründung ökumenisch getragener Diakonie- bzw. Sozialstationen aus Fusionen unter den bisherigen konfessionell getragenen Institutionen. Über deren Entstehung wird berichtet, dass hierfür «der Caritasverband, das Diakonische Werk sowie die Landesregierung pragmatisch zusammen[arbeiteten], vereint durch das gemeinsame Ziel, weiterhin die Kranken- und Altenpflege in den Gemeinden zu gewährleisten».²⁴⁸ So erschien die Formierung der ökumenischen Stationen als «geordneter Übergang der einzelnen konfessionell geprägten Stationen in ein System, das nunmehr in gemeinsamer Verantwortung getragen und durch gesetzliche Bestimmungen geregelt wurde».²⁴⁹

Durch diese Umwandlungen hatte die ambulante Krankenpflege teil am stetigen Wachstum des diakonischen Wirkens in Deutschland. Das heisst, ab den 1960er Jahren war ein Rückgang der institutionell gebundenen Kirchlichkeit bei der Bevölkerung feststellbar, gleichzeitig wuchsen die konfessionellen Träger (Diakonie bzw. Caritas) in personeller und ökonomischer Hinsicht.

246 Boltenhagen, Gemeindeschwester, 127.

247 Krisch, Verräumlichung, 166.

248 Weyandt / Braselmann, Diakonissen, 117.

249 Weyandt / Braselmann, Diakonissen, 122.

Diese Expansion der konfessionellen Wohlfahrtsaktivitäten bei gleichzeitiger Erosion der Kirchenmitgliedschaft wird denn auch als «konfessionelles Paradox»²⁵⁰ bezeichnet.

III.1.4. Phase 4: Spitexorganisationen im Spannungsfeld von Professionsanspruch, staatlicher Regulierung und Pflegemarkt

Die hier zu beschreibende Phase 4 bezieht sich auf den Zeitraum ab der Mitte der 1990er Jahre bis zur Gegenwart.

1. Sozialhistorisches Umfeld

Die sozialpolitischen Auseinandersetzungen, die sich seit der vorangehenden Phase auf der politischen Bühne ereigneten, haben in der vorliegenden Phase nochmals an Intensität gewonnen, zumal die Spannungen zwischen Weiterentwicklung und Ausbau der Leistungen einerseits und die Kritik an ebendiesem Ausbau bzw. die Forderung nach einem Ab- bzw. Umbau sozialer Leistungen andererseits zunahmen. Die schiere Grösse und ökonomische Bedeutung, die das Sozial- bzw. Gesundheitswesen mittlerweile aufweist, lässt sich anhand einzelner Kennzahlen nachzeichnen: Bereits um das Jahr 2010 beliefen sich die mit dem Sozial- und Gesundheitswesen in Zusammenhang stehenden Ausgaben der öffentlichen Hand auf rund ein Drittel des Bruttoinlandsprodukts (BIP) und rund jede bzw. jeder sechste Beschäftigte arbeitete hierzulande im Gesundheitssektor.²⁵¹ Angesichts dieser Grösse und Bedeutung – und der damit verbundenen Interessen der unterschiedlichen Anspruchsgruppen – wird nachvollziehbar, dass die Sozial- und Gesundheitspolitik zum «hart umkämpften Politikfeld»²⁵² und Gegenstand zahlreicher grosser politischer Kontroversen wurde. Seit 1990 betrafen nicht weniger als ein Drittel aller nationalen Volksabstimmungen zentrale Inhalte der Sozial- und Gesundheitspolitik.²⁵³ Die soziale Sicherheit wurde daher zu einer der «grandes questions de société du 21e siècle».²⁵⁴

Nach der Einführung des Obligatoriums in der Krankenversicherung von 1995²⁵⁵ erfolgten mit der Mutterschaftsversicherung (2005) und der

250 Vgl. zum Begriff: Schroeder, Wohlfahrtsverbände, 510.

251 Siehe zu den Zahlen: Leimgruber, Etat fédéral, 217.

252 Germann u. a., Geschichte, 42.

253 Vgl. Leimgruber, Etat fédéral, 217.

254 Ebd.

255 Vgl. dazu die Ausführungen in der vorangehenden Phase 3.

nationalen Regelung der Familienzulagen (2007) weitere grössere Ausbauschritte, die insgesamt zu einer «Konsolidierung des Schweizer Sozialstaats»²⁵⁶ führten. Auch im Bereich der Pflegefinanzierung entstanden verschiedene gesetzliche Neuerungen; von Bedeutung für die ambulante Pflege sind insbesondere der neue Finanzausgleich, der am 1. Januar 2008 in Kraft trat,²⁵⁷ sowie die Neuordnung der Pflegefinanzierung von 2011,²⁵⁸ in der die Finanzierung der Pflegekosten in der Krankenversicherung neu geregelt wurde. Die Neuregelung verteilte die Finanzierung der in der ambulanten Pflege anfallenden Kosten auf drei Träger, namentlich erstens auf die Krankenversicherung, die allerdings neu einen fixen Beitrag pro Pflegeleistungen beisteuerte und entsprechend nicht mehr für die Übernahme aller angefallenen Kosten zuständig war; zweitens auf eine Beteiligung der Patientinnen und Patienten sowie drittens auf die Restfinanzierung, deren Regelung den Kantonen überlassen wurde.²⁵⁹ Für die Spitexorganisationen war diese Neuregelung in zweierlei Hinsichten folgenreich:

- Bislang waren die Krankenversicherungen zur Übernahme aller anfallenden Kosten verpflichtet, was für die Spitexorganisationen de facto eine Finanzierungsgarantie darstellte. Die Neuregelung, wonach die Beiträge der Krankenversicherung auf fixe Gutsprachen pro Leistungseinheit begrenzt wurden, stellte einen Wechsel von der sogenannten input- (bedarfsabhängigen) zur outputorientierten (leistungsorientierten) Finanzierung dar. Sie führte die Spitexorganisationen ein Stück näher an eine Marktsituation heran, und zwar dadurch, dass sich die finanziellen Unwägbarkeiten sowie damit verbunden die finanzielle Selbstverantwortung deutlich erhöhten.
- Dass es der Gesetzgeber offenliess, wie die Kantone die Restfinanzierung umsetzten – namentlich, welchem zuständigen Gemeinwesen (Kanton und/oder Gemeinden) sie die Restfinanzierungspflicht auferlegten²⁶⁰ – führte, wie anschliessend zu zeigen ist, zu je unterschiedlichen Entwicklungen im Verhältnis zwischen Spitexorganisationen und lokalen bzw. kantonalen Behörden insbesondere in der Frage der Trägerschaft.

256 Trampusch, Wohlfahrtsstaat, 70.

257 Vgl. Eidg. Finanzdepartement (EFD), Neugestaltung, 22.

258 Vgl. INFRAS/Landolt Rechtsanwälte/Careum Forschung, Evaluation, 10.

259 Vgl. dazu ebd.

260 Die Übersicht bei INFRAS/Landolt Rechtsanwälte/Careum Forschung (Evaluation, 21) zeigt auf, dass die Kantone die Restfinanzierung sehr unterschiedlich gelöst haben – von der vollständigen kantonalen Zuständigkeit (9 Kantone) über eine Mischlösung (6 Kantone) bis zur vollständigen gemeindlichen Zuständigkeit (10 Kantone).

Neben der genannten neuen outputorientierten Finanzierungsstruktur war es aber auch der Umstand, dass die neue Pflegefinanzierung den Wirkungsbe-
reich der ambulanten Pflege grundsätzlich auch für privatwirtschaftlich aus-
gerichtete Spitexorganisationen öffnete und zugänglich machte,²⁶¹ der einen
Markt im Bereich der ambulanten Pflege entstehen liess.

Bezeichnend hierfür ist, dass die Zahl der privatwirtschaftlich orientier-
ten Spitexorganisationen in den vergangenen Jahren stark zugenommen hat:
Während die Zahl der gemeinnützigen oder öffentlich-rechtlichen Spitexor-
ganisationen – insbesondere aufgrund von Fusionen – in den vergangenen
zehn Jahren schweizweit von 627 auf 580 gesunken ist,²⁶² so ist diejenige der
privatwirtschaftlichen Unternehmungen deutlich gestiegen.²⁶³ Zu beachten
dabei ist, dass die privatwirtschaftlichen Spitex-Unternehmungen deutlich
vom guten Renommee der zivilgesellschaftlich organisierten Spitex profitie-
ren können.²⁶⁴ Da der «Brand» Spitex nicht geschützt ist, beginnen die zivil-
gesellschaftlichen Spitexorganisationen zunehmend, sich als «NPO-Spitex»
zu bezeichnen und sich somit von den privatwirtschaftlichen Organisatio-
nen abzugrenzen.²⁶⁵

Die dargestellte Entwicklung der finanziellen Steuerungsinstrumente
sowie die Öffnung der ambulanten Pflege in Richtung eines Pflegemarkts
führen vor Augen, dass der Bereich der ambulanten Pflege in wesentlichen
Teilen davon erfasst wurde, was mit der sogenannten «Ökonomisierung des
Sozialen» beschrieben wird. Von der Ökonomisierung gesellschaftlicher Teil-

261 Die Kantone, die mit der Regelung der Restfinanzierung betraut wurden, unter-
schieden in ihren Leistungsaufträgen zuweilen noch zwischen Aufträgen «mit Ver-
sorgungspflicht», die in der Regel an die gemeinnützigen Spitexorganisationen
erteilt wurden, und «ohne Versorgungspflicht», für die sich in der Regel die privat-
wirtschaftlichen Spitexorganisationen interessierten (vgl. INFRAS / Landolt Rechts-
anwälte / Careum Forschung, Evaluation, 26).

262 Vgl. Bundesamt für Statistik (BFS), Spitex.

263 Die Spitexstatistik weist – nach 226 Betrieben im Jahr 2011 – für das Jahr 2020 351
Organisationen aus, die zuweilen in mehreren Kantonen tätig sind (vgl. Bundes-
amt für Statistik [BFS], Spitex). Daneben ist darauf hinzuweisen, dass auch selbst-
ständige Pflegefachpersonen ihre Leistungen über die Krankenversicherung
abrechnen können; schweizweit sind im Jahr 2020 1410 selbstständige Pflegefach-
personen registriert (ebd.).

264 Siehe dazu die Ergebnisse aus dem «Business Reflector» des Marktforschungsinsti-
tuts GfK, das im Bereich der Nonprofitorganisationen der Spitex eine beachtlich
hohe Reputation in der Bevölkerung attestiert (vgl. Growth from Knowledge GfK,
Business Reflector).

265 Siehe dazu bspw. die Angaben beim nationalen Spitexverband: Spitex Schweiz, Spi-
tex Schweiz.

bereiche wird dann gesprochen, wenn in Bereichen, in denen ökonomische Überlegungen bislang eine eher untergeordnete Rolle gespielt haben, eine «Aufwertung ökonomischer Handlungsprinzipien»²⁶⁶ erfolgt und zwar in dem Sinn, dass darin ökonomische Kriterien ein gewisses Mass an Deutungshoheit erlangen. Nach Schimank / Volkmann hat eine Ökonomisierung eines gesellschaftlichen Teilbereichs zur Folge, dass der «teilsystemische Code [...] infiziert» und «dann dem wirtschaftlichen Code untergeordnet [wird], mit allen Konsequenzen für die Identität der teilsystemischen Leistungsrollenträger».²⁶⁷ Fortan stehen dann ökonomische Begriffe und Denkweisen sowie die Konzentration auf ökonomische Ziele im Vordergrund.²⁶⁸

Im Bereich des Sozialen erhielt die Ökonomisierung zusätzlichen Schub durch die bereits erwähnte Kritik am Ausgabenwachstum des Sozialstaats. Mit dem Ziel, das Kostenwachstum einzudämmen, erfolgte in den Handlungsfeldern des Sozialen eine weitgehende Umorganisation der Finanzierung und Steuerung, die danach trachtete, unter marktwirtschaftlichen Bedingungen vermutete oder manifeste Fehlanreize zu eliminieren, die Wirksamkeit zu erhöhen und schliesslich die Leistungserbringung insgesamt effizienter und kostengünstiger zu gestalten.²⁶⁹ Der Diskurs hatte somit weitreichenden Einfluss auf die Eigenheiten und -logiken der jeweiligen sozialen Disziplinen dadurch, dass sich darin der Fokus von professionseigenen Diskussionen über Ziele und Methoden verschob hin zu einer ökonomisch bestimmten Diskussion über deren Kosten und Finanzierung.²⁷⁰ In dieser Situation veränderte sich auch das Wirken der öffentlichen Hand: Mit dem Instrument des «New Public Managements (NPM)» schufen diese «Quasimärkte»,²⁷¹ in denen ein Wettbewerb zwischen den unterschiedlichen Anbietern herrscht und in denen die Akteure der öffentlichen Hand nicht als Akteure in der Produktion sozialer Leistungen, sondern als Steuerungs- und Finanzierungsinstanz fungieren.

Mit dieser Entwicklung steht das Schweizer Sozial- und Gesundheitswesen aber nicht allein da. Gerade in Deutschland erfuhr das Gesundheitswesen im Jahr 1995 mit der Einführung der Pflegeversicherung eine «staatlich initiierte Vermarktlichung sozialer Dienstleistungen».²⁷² Auch die

266 Schimank / Volkmann, Ökonomisierung, 593.

267 Schimank / Volkmann, Ökonomisierung, 596.

268 Vgl. Hofstetter, Leistungserhebungen, 360–367.

269 Vgl. dazu Seithe, Schwarzbuch, 122.

270 Vgl. dazu Birgmeier, Szenarien, 68.

271 So der Begriff bei Schimank / Volkmann, Ökonomisierung, 602.

272 Schroeder, Wohlfahrtsverbände, 512.

deutsche Pflegefinanzierung führte eine outputorientierte Finanzierung ein, d. h. stellte die Entschädigung um vom Prinzip der Kostendeckung zum Prinzip der Leistungsvergütung und öffnete den Bereich der Altenpflege auch für private Anbieter. Damit richtete der Staat einen «Pflegemarkt [ein], der die einst privilegierten Verbände in Konkurrenz zu privaten Anbietern sozialer Dienstleistungen treten liess».²⁷³ Seitens der Diakonie- bzw. Sozialstationen ergab sich dadurch mannigfacher Anpassungsbedarf, um auf dem neuen Markt neben den privatwirtschaftlichen Anbietern bestehen zu können.

Im Blick auf deren Verhältnis gegenüber den Kirchgemeinden kann festgestellt werden, dass sich durch die zunehmende Ökonomisierung des Pflegegeschehens in der Tendenz die organisatorische und räumliche Distanz zu den lokalen Kirchgemeinden vergrösserte²⁷⁴ und sich die Leitungen – durch Professionalisierungs- und Restrukturierungsmassnahmen – dahingehend «entkirchlichte[n]»,²⁷⁵ dass fortan weniger kirchliches Leitungspersonal eingesetzt wurde.

2. *Allgemeiner Vereinsbetrieb und kirchliche Mitwirkung am Vereinsgeschehen*

Wenn in der vorangehenden Phase festgehalten wurde, dass die Krankenpflegevereine in verschiedenen Facetten der betrieblichen Entwicklung markante Schritte durchlaufen haben, so lässt sich das auch für die vorliegende Phase fortschreiben. Allerdings haben sich das Tempo und das Ausmass der Veränderungen, insbesondere des jeweiligen Wachstums, nochmals deutlich gesteigert. Im Einzelnen lässt sich das wie folgt darstellen:

Alle behandelten Krankenpflegevereine – die sich in der Regel um die Jahrhundertwende neu mit dem Namen «Spitex» bezeichneten – weisen in der vorliegenden Phase ein starkes Wachstum der Nachfrage an Pflegeleistungen auf; die jährlichen Wachstumsraten lagen meist deutlich im zweistelligen Prozentbereich.²⁷⁶ Die Gründe sind ähnlicher Natur wie die in der vorangehenden Phase genannten (Bevölkerungswachstum, demografische Alterung, soziostrukturelle Veränderungen), wobei auch hier nochmals auf das steigende Tempo der diesbezüglichen Entwicklungen hinzuweisen ist. So wuchs beispielsweise die Bevölkerungsgruppe der 65-jährigen und älteren Personen im vorliegenden Zeitraum von ehemals 20 % pro Jahr auf über 30 % pro Jahr –

²⁷³ Ebd.

²⁷⁴ Vgl. dazu Krisch, Verräumlichung, 174.

²⁷⁵ Schroeder, Wohlfahrtsverbände, 516.

²⁷⁶ Siehe dazu etwa die markanten jährlichen Wachstumsraten bspw. in St. Gallen-Ost (ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Jahresbericht 2013, 1).

und damit einhergehend auch der entsprechende Pflegebedarf.²⁷⁷ Das anhaltende Wachstum der Nachfrage nach Leistungen war freilich auch der zentrale Treiber für die markante Entwicklung des Umsatzes der Krankenpflegevereine. Im Berichtszeitraum nahmen die Betriebsumsätze um die Faktoren vier bis acht zu;²⁷⁸ unterdessen weisen alle untersuchten Organisationen einen Betriebsumsatz von deutlich über einer Million Franken pro Jahr aus.

Dem starken Wachstum entsprechend waren die Spitexorganisationen herausgefordert, das für die Leistungsnachfrage notwendige Personal zu rekrutieren, anzustellen und in die eigenen Strukturen einzugliedern. Den Schwierigkeiten des knappen Arbeitskräfteangebots begegneten sie mit eigenen Ausbildungsinitiativen und dem Ausbau der Lehrstellen in den eigenen Betrieben.²⁷⁹ Die Betriebe waren mittlerweile so gross, dass institutionelle Anpassungen notwendig wurden. Das betraf die Schaffung neuer funktionaler Differenzierungen (geografische oder fachliche Betriebszweige bzw. -abteilungen, Verwaltungseinheiten und Spezialdienste), die Einrichtung von zusätzlichen Leistungsstrukturen und -ebenen sowie die damit verbundene Neuverteilung von Aufgaben und Kompetenzen. Angesichts des stetigen Ausbaus und Wachstums der Organisationen stellten die organisatorischen Anpassungen und Restrukturierungen gewissermassen ein Kontinuum in der Entwicklung der Spitexorganisationen dar und banden für die Vorstände und die Betriebsleitungen mitunter wesentliche Ressourcen.

Neben der institutionellen Weiterentwicklung erfolgten in den Spitexorganisationen auch beträchtliche inhaltlich-fachliche Entwicklungsschritte: Über die Pflege Tätigkeit im engeren Sinn hinaus nahmen sämtliche der untersuchten Spitexorganisationen neue Angebote in ihr Leistungsprogramm auf, die im weiteren Umfeld der Pflege Tätigkeit anzusiedeln sind und den Klientinnen und Klienten hilfreiche Dienste leisten sollen. Dazu gehören etwa

²⁷⁷ Vgl. Spitex Schweiz, Finanzierung.

²⁷⁸ Siehe dazu die Entwicklung des Umsatzes in Reiden: von 263 000 CHF im Jahr 1998 auf 1,7 Mio. CHF im Jahr 2014 (vgl. ASW, Hilfe und Pflege zu Hause in Reiden, Protokoll der Vorstandssitzung vom 3. März 1998, 3; ASW, Spitex Wiggertal, Protokoll der Generalversammlung vom 22. Mai 2014, 2) bzw. von 1 Mio. CHF im Jahr 1994 auf 4 Mio. CHF (u. a. bedingt durch die Fusion) im Jahr 2019 in Arlesheim / Birseck (vgl. AKGA, Ambulante Dienste Arlesheim [ADA], Jahresrechnung 1994, 1; ASB, Spitex Birseck, Jahresbericht 2019, 22).

²⁷⁹ Vgl. dazu exemplarisch in Egnach: AGE, Spitex-Dienste Egnach, Protokoll der Jahresversammlung vom 7. März 2006, 1.

Mahlzeiten- und Fahrdienste,²⁸⁰ spezifische Angebote für Angehörige,²⁸¹ Demenzerkrankte,²⁸² Kinder bzw. Familien²⁸³ und für Migrantinnen und Migranten²⁸⁴ sowie auch Möglichkeiten der palliativen Begleitung.²⁸⁵ Mit diesen Ergänzungen haben sich die Spitexorganisationen zu breit abgestützten Gesundheitsdienstleisterinnen im ambulanten Bereich entwickelt.

Angesichts der obigen Ausführungen ist offensichtlich, dass auch die behördlichen Steuerungseingriffe gegenüber den Spitexorganisationen nochmals zugenommen und eine nächste Stufe der Intensität erreicht haben. Neu ist allerdings, dass sich die behördlichen Vorgaben nicht mehr so sehr über die unterschiedlichen föderalen Ebenen erstrecken, sondern dass nun die wesentlichen Steuerungsinstrumente – insbesondere über das Krankenversicherungsgesetz (KVG), der Neugestaltung des Finanzausgleichs (NFA) sowie die Neuordnung der Pflegefinanzierung – auf nationaler Ebene angesiedelt sind und zu schweizweit einheitlichen Vorgaben und Standards in der ambulanten Krankenpflege führen. Allein dieser Umstand verweist auf die hohe Bedeutung, die der Steuerung der Krankenpflege im schweizerischen Gesundheitswesen mittlerweile zukommt. Diese Vorgaben haben seitens der Spitexorganisationen zu nochmals intensivierten Anforderungen in unterschiedlichen Bereichen geführt; sowohl pflegfachliche (Qualitätssicherung), administrative (Prozessmanagement, Dokumentation) als auch personelle (Mindestanforderungen bezüglich Ausbildungsqualifikationen) und statistische Aspekte (Vergleichszahlen, Benchmarks) sind davon betroffen.

Die finanzielle Neuregelung der ambulanten Krankenpflege ging allerdings nicht ohne Konflikte vonstatten. Diese Konflikte, namentlich zwischen den Spitexorganisationen bzw. deren Verbänden und den betroffenen Akteuren der öffentlichen Hand, betrafen insbesondere die beiden folgenden Aspekte:

280 Vgl. für Wettingen: ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 22. Juni 2005, 2; für Reiden: ASW, Hilfe und Pflege zu Hause in Reiden, Protokoll der Vorstandssitzung vom 28. Oktober 1998, 3.

281 Vgl. für Arlesheim bzw. Birseck: ASB, Spitex Birseck, Geschäftsbericht 2014, 6.

282 Vgl. für Egnach: AGE, Spitex-Dienste Egnach, Protokoll der Vorstandssitzung vom 3. Dezember 2009, 2.

283 Vgl. für Wettingen: ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Protokoll der Generalversammlung vom 14. Mai 2001, 1.

284 Vgl. ebenfalls für Wettingen: ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Protokoll der Vorstandssitzung vom 11. Dezember 2002, 1.

285 Vgl. für Egnach: AGE, Spitex-Dienste Egnach, Protokoll der Vorstandssitzung vom 3. Dezember 2009, 2; sowie für Burgdorf: ASBO, Spitex Burgdorf-Oberburg, Jahresbericht 2012, 7f.

Zum einen betraf dies die Aushandlung und Festlegung der (von den Krankenkassen zu vergütenden) Pflégetarife, die bis zur Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung im Jahr 2011 noch kantonale Regelungsgegenstände bildeten. Aufgrund der hohen Bedeutung der Tarife für die Spitexorganisationen erfolgte ein heftiges Ringen zwischen den beteiligten Akteuren, insbesondere den Spitex- und den Krankenkassenverbänden, um die Tariffhöhe. Da sich die Tarifpartner verschiedentlich nicht zu einigen vermochten, mussten die Behörden auf kantonaler, in Einzelfällen sogar auf nationaler Ebene eingreifen und die Tarife festlegen.²⁸⁶

Der andere Konflikt betraf die Mitfinanzierung der Kosten der ambulanten Pflege durch die öffentliche Hand. Sowohl vor als auch nach der Einführung der Neuordnung der Pflegefinanzierung oblag der öffentlichen Hand die Pflicht zur Übernahme der sogenannten Restkostenfinanzierung, d.h. der nach den Pflégetarifen und den Eigenleistungen der Klientinnen und Klienten ungedeckten Kosten. In Kantonen, in denen die kantonale Ebene die Restkostenfinanzierung selbst übernahm, waren die Spitexorganisationen den kantonalen Behörden weitgehend ausgeliefert dadurch, dass diese fixe Gutsprachen pro Leistungseinheit festlegten und somit die finanzielle Selbstverantwortung der Spitexorganisationen beförderten. Wenn Regierung oder Parlament Sparbeschlüsse fällten, so hatten die Spitexorganisationen kantonsweit zuweilen beträchtliche finanzielle Einbussen entgegenzunehmen.²⁸⁷ In anderen Kantonen hingegen wurde die Pflicht zur Restkostenfinanzierung den Gemeinden zugewiesen. Dabei kam es zu gewichtigen Spannungen zwischen den Spitexorganisationen einerseits und den Gemeindebehörden andererseits. Während die Spitexorganisationen die Restkosten gemäss ihren Budgets grundsätzlich als «gebundene Ausgaben» für die Gemeinden betrachteten,²⁸⁸ versuchten die Gemeindebehörden das Ausgabenwachstum der ihnen obliegenden Restkostenfinanzierung in Grenzen zu halten und griffen in die Budgetvorgaben der Spitexorganisationen ein, indem sie eigenhändig Sparbeschlüsse für die Spitexorganisationen fällten oder aber die zugrunde liegenden Leistungsverträge kündigten und neu

286 Vgl. hierzu exemplarisch die Auseinandersetzungen um die Tariffestlegung im Kanton Thurgau: AGE, Spitex-Dienste Egnach, Jahresbericht 2002, 1.

287 Vgl. hierzu bspw. die Situation im Kanton Bern: ASBO, Spitex Burgdorf-Oberburg, Protokoll der Vorstandssitzung vom 30. August 2011, 2; ASBO, Spitex Burgdorf-Oberburg, Protokoll der Vorstandssitzung vom 18. Dezember 2013, 1.

288 Siehe dazu die Auseinandersetzungen in Wettingen: ASWN, Spitex Wettingen-Neuenhof, Protokollauszug der Gemeinderatssitzung vom 29. August 2002, 2.

ausarbeiten wollten.²⁸⁹ Gerade diese Differenzen zwischen lokalen politischen Behörden und den Spitexorganisationen zeigen auf, dass aufgrund der unterschiedlichen Interessen und der unklaren Regelung der Entscheidungswege im Konfliktfall die Trägerschaftsstruktur fragil geworden ist: Die duale Struktur einer zivilgesellschaftlichen Spitexorganisation neben den lokalen Behörden, die ohne grössere Möglichkeiten der Einflussnahme verpflichtet sind, die ihnen kommunizierten Kosten zu übernehmen, bot Anlass für anhaltende Konflikte.

Wie die beiden betreffenden Institutionen – zum einen die Spitexorganisationen, zum anderen die lokalen Behörden – auf diese Konflikte reagiert haben, lässt sich wie folgt zusammenfassen:

Die Finanzierungsstruktur der Spitexorganisationen basierte nach wie vor auf verschiedenen Säulen. Im Blick auf die Restfinanzierungspflicht der öffentlichen Hand bedeutete dies, dass alle Vereinseinkünfte – namentlich etwa Mitgliederbeiträge oder Erträge aus nicht tariflich gebundenen Bereichen – dazu beitrugen, die Restfinanzierung der öffentlichen Hand zu verkleinern. Um sich selbst etwas mehr finanziellen Handlungsspielraum zu ermöglichen, unternahmen nun einzelne Spitexorganisationen – durchaus mit einiger zivilgesellschaftlicher Raffinesse – strukturelle Anpassungen, etwa indem sie erstens die Mitglieder und deren Beiträge in einen externen Gönnerverein ausgliederten²⁹⁰ oder indem sie zweitens die Erträge aus den nicht tariflich gebundenen Geschäften in separate Unternehmensteile überführten (bspw. in eine GmbH).²⁹¹ Beide Manöver hatten zur Folge, dass die Vereine in der Folge frei über die Mittel aus den ausgegliederten Bereichen verfügen konnten und gleichzeitig, dass die zuständigen Behörden die weggefallenen Mittel über die Restkostenfinanzierungspflicht decken mussten.

Die Auseinandersetzungen mit den ökonomischen Herausforderungen wurden in der Folge noch dringlicher, als sie es bisher schon waren. Das Spannungsfeld, trotz hoher finanzieller und fachlicher Anforderungen eine qualitativ hochstehende Pflege und Betreuung leisten zu können, trat seither noch stärker als Eigenheit der zivilgesellschaftlich getragenen Spitexorganisationen hervor. In Grundlagendokumenten wie etwa Jahresberichten brachten die Spitexorganisationen diese Spannung zum Ausdruck, wenn etwas das

289 Vgl. hierzu die Debatten in Wettingen (ASWN, Spitex Wettingen-Neuenhof, Jahresbericht 2003, 1) sowie in St. Gallen-Tablat (ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Jahresbericht 2004, 1 sowie Jahresbericht 2008, 1).

290 Vgl. hierzu ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Protokoll der Hauptversammlung vom 15. April 2010, 4.

291 Vgl. hierzu ASBO, Spitex Burgdorf-Oberburg, Jahresbericht 2014, 4.

Bemühen formuliert wurde, einen «qualitativ hoch stehenden, noch bezahlbaren und dennoch mitmenschlich und solidarisch handelnden Gesundheitsbetreuungsdienst»²⁹² bereitstellen zu wollen.

Aufseiten der lokalen Behörden bestand angesichts der genannten Konflikte vielfach das Anliegen, die Zügel der Spitexorganisationen selber stärker in die Hand zu nehmen. Hierfür gab es in verschiedenen Gemeinden Bestrebungen, die Spitexorganisationen zu übernehmen und sie hierfür in gemeinnützige Aktiengesellschaften im Besitz der Gemeinden umzuwandeln. Dabei ginge die Steuerung vollständig von den Gemeinden aus, indem sie die Leitung der Aktiengesellschaft besetzen und dadurch – im Rahmen der übergeordneten Vorgaben – die finanziellen Vorgaben direkter (mit)zusteuern vermögen. Entsprechende Bestrebungen gab es in Arlesheim,²⁹³ in Wettingen und benachbarten Gemeinden, wo das Anliegen aber an Gemeindeversammlungen abgelehnt wurde,²⁹⁴ sowie in St. Gallen, wo die Stadtbehörden die Gründung einer gesamtstädtischen Spitex-AG gegen den Willen der bisherigen Spitexorganisationen durchsetzten, nachdem letztere der Aufforderung zur effizienteren Selbstorganisation nicht (bzw. nicht im Sinne der Stadtbehörden) nachgekommen waren.²⁹⁵

Hand in Hand mit den strukturellen Umwandlungen gingen die Bestrebungen zur Schaffung von übergemeindlichen Kooperationen, sei es als Verbundlösungen²⁹⁶ oder aber in Form von Betriebsfusionen.²⁹⁷ Anlass für diese Bestrebungen bildete die Überzeugung bei den Vereinsleitungen und Gemeindebehörden, wonach kleinere Vereine den hohen fachlichen Anforderungen nicht mehr gewachsen seien bzw. angesichts dieser Anforderungen «nicht mehr finanzierbar»²⁹⁸ wären. Gleichermassen gaben die Situationen

292 AGE, Spitex-Dienste Egnach, Jahresbericht 2004, 5.

293 Vgl. ASB, Spitex Birseck, Geschäftsbericht 2018, 6.

294 Vgl. ASWN, Spitex Wettingen-Neuenhof, Brief des Spitexvorstands an den Gemeinderat vom 13. April 2016, 1.

295 Vgl. ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Protokoll der Vorstandssitzung vom 28. November 2018, 1.

296 Vgl. hierzu bspw. die Situation in Arlesheim / Birseck (ASB, Spitex Birseck, Geschäftsbericht 2018, 6) oder mit dem Projekt «BadenRegio» in Wettingen (ASWN, Spitex Wettingen-Neuenhof, Protokoll der Vorstandssitzung vom 14. August 2006, 2).

297 Vgl. hierzu bspw. die Zusammenschlüsse in Egnach (AGE, Spitex-Dienste Egnach, Zusammenschlussvertrag vom 1. Januar 2012), Burgdorf (ASBO, Spitex Burgdorf-Oberburg, Protokoll der 1. Ordentlichen Hauptversammlung des Spitex-Vereins Burgdorf-Oberburg vom 30. Mai 2006) und Arlesheim (ASB, Spitex Birseck, Jahresbericht 2012, 5).

298 AGA, Gemeinde Arlesheim, Amtsbericht 2010, 34.

in den Vereinsvorständen Anlass für diesbezügliche Überlegungen, zumal die Vorstände feststellten, dass ihre Mitglieder «zeitlich und fachlich an Grenzen»²⁹⁹ gelangten und auf diesem Weg – im Sinne einer Anfrage an die Tragfähigkeit des Milizsystems – auch eine Professionalisierung der Vorstandsarbeit ins Auge fassten.³⁰⁰

Mit all diesen Veränderungen in der Trägerschaftssituation, die sich vorwiegend in der zweiten Hälfte der vorliegenden Phase ereigneten, hatten die ehemals involvierten Kirchgemeinden nichts mehr zu tun. Spätestens bis zur Mitte der vorliegenden Phase waren alle relevanten rechtlichen, personellen und finanziellen Beteiligungsformen,³⁰¹ die bis dahin noch bestanden, entfallen. Wo den Kirchgemeinden Sitzansprüche zustanden, blieben diese oftmals über eine gewisse Zeitdauer unbesetzt, bis der Sitzanspruch – der vorfindlichen Situation entsprechend – statutarisch gestrichen wurde.³⁰² Wo grössere finanzielle Beteiligungen durch die Kirchgemeinden bestanden, zogen sich diese aus eigenem Antrieb zurück mit der Begründung, bei anderen Projekten investieren zu wollen, wo es «finanziell dringend»³⁰³ sei. Auf dieselbe Weise entfielen auch letzte Überbleibsel der früheren kirchgemeindlichen Trägerschaft in den jeweiligen Vereinsstatuten. Neben den Sitzansprüchen und den finanziellen Beteiligungen wurden nun auch letzte diakonische Grundlagen der Vereine aus den Statuten gestrichen mit der Begründung, dass diese «veraltet»³⁰⁴ seien. So bezeichneten sich alle Vereine fortan als «politisch unabhängig und konfessionell neutral».³⁰⁵

299 ASRA, Spitex RegioArbon, Jahresbericht 2016, 2.

300 Vgl. hierzu die ähnlich lautenden Debatten in St. Gallen-Ost (ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Protokoll der Vorstandssitzung vom 11. Juni 2003, 1) und Burgdorf (ASBO, Spitex Burgdorf-Oberburg, Protokoll der Vorstandssitzung vom 1. Mai 2019, 2).

301 Bei den finanziellen Beteiligungsformen sind diejenigen gemeint, die über das Ausmass von Kleinspenden hinausgehen.

302 Vgl. hierzu bspw. ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Statuten vom 13. Juni 2013, § 7; ähnlich auch in ASW, Spitex Reiden und Umgebung, Protokoll der Vorstandssitzung vom 28. Mai 2008, 3.

303 ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Telefonnotiz des Vereinspräsidenten nach einem Gespräch mit dem Präsidenten der katholischen Kirchenpflege vom 28. August 1998, 1.

304 Vgl. hierzu in ASW, Spitex Reiden und Umgebung, Protokoll der Vorstandssitzung vom 28. Mai 2008, 3.

305 So die Formulierung in ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Statuten vom 31. August 1998, Art. 1.

Interessanterweise ergab sich – notabene nach diesen Ereignissen – in verschiedenen Spitexorganisationen ein erneutes Engagement aus kirchgemeindlichen Kreisen. So engagierten sich in Reiden und in Burgdorf auf Anfrage des Vereins hin wieder Pfarrpersonen im Vereinsvorstand;³⁰⁶ in Burgdorf erfolgte ebenso eine Kooperation zwischen Verein und Kirchgemeinde auf Projektebene.³⁰⁷ In St. Gallen-Tablat initiierten der Verein und die katholische Kirchgemeinde eine Kooperation, um Synergien in den bestehenden bzw. in den geplanten Räumlichkeiten zu nutzen.³⁰⁸ Bemerkenswert an diesen neuen Kooperationen zwischen Spitex und Kirchgemeinden ist, dass sie nicht so sehr aufgrund der historischen Verbindung zwischen den beiden Institutionen zustande gekommen sind, sondern aufgrund des Sachverhalts, dass sich die Spitexorganisationen einen Mehrwert aufgrund der in den Kirchgemeinden vorfindlichen Ressourcen versprachen; seien dies die vorhandenen Räumlichkeiten, die für den sozialen Bereich affinen personellen Ressourcen oder aber die fachlichen Kompetenzen, um auftretende ethische Orientierungs- und Sinndeutungsfragen gemeinsam zu erörtern.

3. *Wohlfahrtspluralistische Einordnung der Spitexvereine und der kirchlichen Mitwirkung*

In den beiden vorangehenden Abschnitten ist bereits erwähnt worden, in welchem prägenden Umfang sich die staatlichen Steuerungseingriffe im vorliegenden Zeitraum weiterentwickelt haben. Es wurde dargelegt, dass die Steuerung der ambulanten Pflege auf der Ebene der nationalen Behörden verfestigt worden ist. Dabei führte die nationale Politik deutlich veränderte Rahmenbedingungen für die ambulante Pflege ein, die für die Pflegeanbieter «marktähnliche Situationen» bzw. einen «Quasi-Markt»³⁰⁹ schufen. Die marktähnlichen Situationen ergaben sich neu erstens in Bezug auf die finanzielle Steuerung: Durch die veränderten Finanzierungsinstrumente forcierte der Gesetzgeber die finanzielle Selbstverantwortung und marktorientierte Führung der Spitexorganisationen. Zweitens entstanden sie durch die bewusst gewählte Öffnung der Leistungserbringung für privatwirtschaftlich orien-

306 Vgl. ASW, Spitex Reiden und Umgebung, Protokoll der Generalversammlung vom 8. April 2009, 5; ASBO, Spitex Burgdorf-Oberburg, Protokoll der Vorstandssitzung vom 26. November 2016, 1.

307 Vgl. ASBO, Spitex Burgdorf-Oberburg, Protokoll der Vorstandssitzung vom 18. Juni 2019, 2.

308 Namentlich durch Einmietung der Spitexzentrale in das geplante neue Kirchgemeindehaus; die Kooperation kam aber schlussendlich nicht zustande (vgl. ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Protokoll der Vorstandssitzung vom 23. Juni 2010, 2).

309 Siehe zu den Begrifflichkeiten Engler, Träger, 220.224.

tierte Anbieter und die damit herbeigeführte Konkurrenzsituation unter den Anbietern.

In dieser Hinsicht ergibt sich in Bezug auf das wohlfahrtspluralistische Modell gegenüber der vorangehenden Phase eine entscheidende Erweiterung: Noch in der Phase 3 war von einer akzentuierten Zweipoligkeit die Rede, die sich dadurch auszeichnete, dass die staatlichen Behörden mehr und mehr die Steuerung und Finanzierung der ambulanten Pflege übernommen haben, währenddessen den Krankenpflege- bzw. Spitexorganisationen lediglich noch die operative Ausführung der Krankenpflege zugewiesen wurde. In der vorliegenden Phase muss diese Zweipoligkeit des wohlfahrtspluralistischen Arrangements nun erweitert werden zu einer Dreipoligkeit, in der neu auch Akteure und Mechanismen des Marktes aktiv sind.

Mit dieser Dreipoligkeit ist die dieser Studie zugrunde liegende Konzeption des Wohlfahrtspluralismus aufgenommen, wonach Wohlfahrt unter heutigen Gegebenheiten gemeinschaftlich, aber zu unterschiedlichen Anteilen und auf unterschiedliche Weise durch Beiträge der gesellschaftlichen «Basisinstitutionen»³¹⁰ Zivilgesellschaft, Staat und Markt produziert wird. Innerhalb dieser Grundkonzeption entstanden seit Beginn des 21. Jahrhunderts verschiedene Theoriekonzepte, die die zivilgesellschaftlichen Organisationen, wie sie etwa mit den Krankenpflege- bzw. Spitexorganisationen vorliegen, neu neben den drei bisherigen Basisinstitutionen als einen «eigenständige[n] Baustein von Wohlfahrtskonzepten»³¹¹ verstanden und diese als Dritter-Sektor-Organisationen beschrieben haben.³¹² Dargestellt wurde dies etwa in Form eines Kreises mit einem neu den Dritter-Sektor-Organisationen zugeordneten Quadranten, dessen Organisationen nach eigenen und eigenständigen Prinzipien (namentlich der Solidarität, Verständigung und Interessenaushandlung)³¹³ funktionierten.

Im Blick auf zivilgesellschaftlich orientierte, aber ins Sozial- und Gesundheitswesen eingebundene Organisationen bestehen nun aber umfangreiche Anfragen an eine solche Konzeption eines abgegrenzten Bereichs von Dritter-Sektor-Organisationen. Die Anfragen führen denn auch zu neuen Konzeptionen, die vielmehr von «durchlässigeren, weniger starre[n] Grenzen»³¹⁴ zwischen den Sektoren ausgehen und die postulieren, dass in den entsprechenden

310 Vgl. zum Begriff: Eurich, *Theologie*, 229; vgl. dazu auch Evers/Ewert, *Organisationen*, 113.

311 Evers/Ewert, *Organisationen*, 104.

312 Vgl. dazu Eurich, *Theologie*, 228.

313 Vgl. dazu und zur Darstellung Klie, *Diakonik*, 587.

314 Evers/Ewert, *Organisationen*, 109.

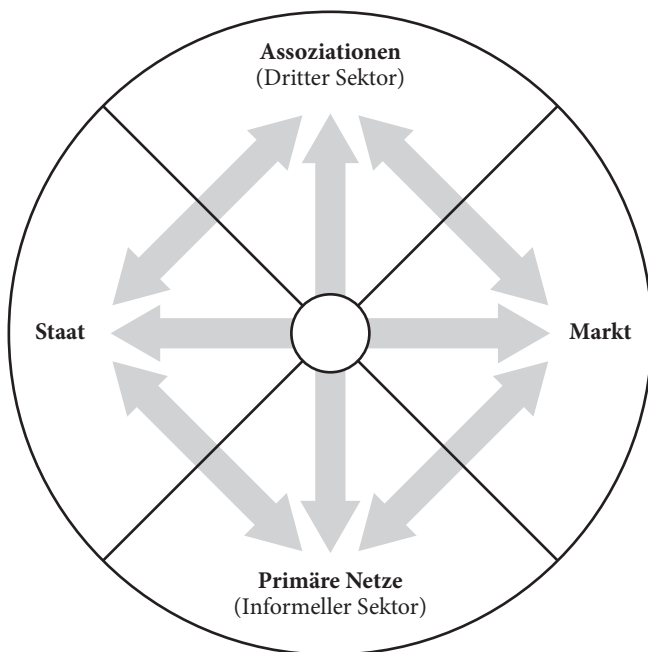


Abbildung 3: «Welfare-mix» nach Thomas Klie³¹⁵

Organisationen «graduelle Einflüsse der Basisinstitutionen»³¹⁶ Staat, Markt und Zivilgesellschaft nebeneinander bestehen und sich zuweilen überlagern.³¹⁷ Diese Vermischung und Koexistenz der unterschiedlichen Einflüsse kann etwa wie folgt illustriert werden: Die betreffenden Institutionen – als Nonprofit-Organisationen (NPO) – sind üblicherweise als Vereine oder Stiftungen organisiert,³¹⁸ d. h., bereits das Rechtskleid verweist auf deren nicht gewinnorientierte Ausrichtung. Diese *zivilgesellschaftliche* Ausrichtung kommt in der Regel ebenso in der Zielorientierung der entsprechenden Organisationen zur Geltung, die meist auf Prinzipien der Gemeinwohlorientierung sowie der «Solidarität und wechselseitigen Unterstützung»³¹⁹ ausgerichtet ist. Gleichzeitig wird offensichtlich, dass die betreffenden Organisationen

315 Abbildung nach Evers / Ewert, Organisationen, 109.

316 Evers / Ewert, Organisationen, 105.

317 Vgl. dazu Evers / Rauch / Stitz, Einrichtungen, 20.

318 Vgl. Engler, Träger, 223.

319 Evers / Rauch / Stitz, Einrichtungen, 21.

durch den hohen Regulierungsgrad nicht vollends frei sind in ihrem Handeln und Wirken, sondern sich an die in den Leistungsverträgen festgehaltenen *staatlichen* Vorgaben zu halten haben. Nicht zuletzt ist bereits beschrieben worden, dass sich die Organisationen in mehrfacher Hinsicht auch in *marktähnlichen* Situationen befinden. Dabei ist ihre Existenz keinesfalls selbstverständlich gewährleistet, falls sie sich gegenüber Mitbewerbern bzw. Konkurrenten nicht behaupten können. Gemäss dieser Konzeption wird daher «häufig auch eher von einem *intermediären Bereich* als von einem Dritten Sektor gesprochen».³²⁰ In dieser Konzeption des intermediären Bereichs bzw. der intermediären Sphäre³²¹ komme demnach besser zur Geltung, dass darin mannigfache Verflechtungen und Verschränkungen der Einflüsse aus den unterschiedlichen Basisinstitutionen bestehen, sodass kaum mehr von einem trennscharf abgegrenzten Sektor gesprochen werden kann.³²² Es versteht sich freilich von selbst, dass diese unterschiedlichen Einflüsse kaum in Harmonie nebeneinander bestehen; vielmehr erleben die betreffenden Organisationen die unterschiedlichen Einflüsse als Spannungsverhältnisse und Zielkonflikte zwischen unterschiedlichen Anforderungen.³²³ Dargestellt wird diese Konzeption in einem Dreiecksbild mit den drei Basisinstitutionen in den Ecken und dem intermediären Bereich in der Mitte des Dreiecks, wodurch die Nähe und Verbindung dieses Bereichs mit allen Basisinstitutionen zum Ausdruck kommt.³²⁴

Die Vorstellung der wechselseitigen Beeinflussung der gesellschaftlichen Basisinstitutionen im intermediären Bereich bzw. deren Koexistenz im entsprechenden Raum kann nun auf die Ebene der jeweiligen Organisationen übertragen werden. Soziale Dienste und Einrichtungen erscheinen in heutiger Gestalt «vielfach als gemischte Strukturen, in denen sich staatliche Mitverantwortung, Engagement aus der Bürgergesellschaft und die Nutzung von Marktelementen miteinander verknüpfen».³²⁵ Ist dies der Fall, so weisen die Organisationen einen «hybriden Charakter» auf,³²⁶ der freilich fallbezogen je unterschiedlich ausgeformt ist.³²⁷ Das heisst, von Organisationen mit hybridem Charakter oder sogar von hybriden Organisationen kann dann gespro-

320 Ebd. (Hervorhebung S. H.).

321 So der Begriff bei Eurich, Theologie, 229.

322 Vgl. Eurich, Organisationsformen, 47.

323 Vgl. dazu Evers/Ewert, Organisationen, 105.

324 Vgl. Haslinger, Diakonie, 132.

325 Evers/Rauch/Stitz, Einrichtungen, 12.

326 Ebd.

327 Vgl. ebd.

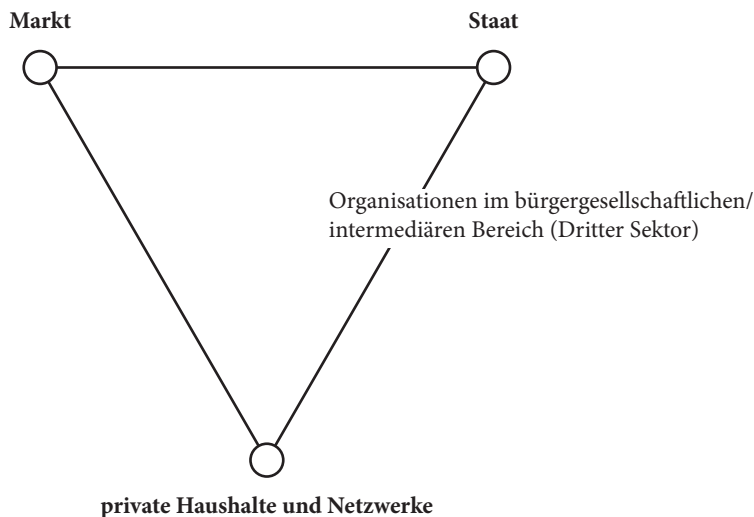


Abbildung 4: Das Wohlfahrtsdreieck nach Evers³²⁸

chen werden, wenn «die unterschiedlichen Rationalitäten und darin enthaltenen Logiken der gesellschaftlichen Sektoren Staat, Markt und Gemeinschaft, zwischen denen sich diakonische Einrichtungen in der intermediären Sphäre bewegen, erfasst»³²⁹ worden und gewissermassen schon in die Identität und das Steuerungsverhalten der Organisation eingeflossen sind. Erläutern lässt sich dies beispielsweise anhand der Ressourcensituation der entsprechenden Organisationen: Im Rahmen der sozialpolitischen Vorgaben stellen zumeist die staatlichen Ressourcen die dominierende Finanzquelle dar,³³⁰ allerdings werden diese ergänzt durch weitere Finanzierungssäulen wie etwa marktorientiert erbrachte Leistungen, Vereinsbeiträge und Spenden unterschiedlicher Art. In dieser Hinsicht ergänzen sich «Ressourcen verschiedener Art»³³¹ zu einem «plurale[n] Ressourcenbündel»,³³² wobei die diakonischen Institutionen aufgefordert sind, die unterschiedlichen Anforderungen, die die einzelnen Logiken mit sich bringen, im Rahmen eines «multirationale[n] Management[s]»³³³ zu kongruieren.

328 Abbildung nach Evers / Rauch / Stitz, Einrichtungen, 20.

329 Eurich, Theologie, 229.

330 Vgl. dazu Evers / Rauch / Stitz, Einrichtungen, 26.

331 Evers / Rauch / Stitz, Einrichtungen, 13.

332 Evers / Ewert, Organisationen, 113.

333 Vgl. dazu Simon Haas, Multirationales Management.

Interessant ist dabei, dass der Unterschied zwischen privatwirtschaftlichen und den betreffenden zivilgesellschaftlichen Organisationen in Ressourcenhinsicht nicht darin bestehen muss, dass bei Letzteren keine Erwartung einer Gewinnmaximierung besteht. Vielmehr geht es bei diesen darum, dass «es einer bewussten Entscheidung bedarf, welches Gewicht die Festlegung auf eine Gewinnerwartung gegenüber der jeweiligen sozialen Aufgabenstellung haben soll».³³⁴ Insofern besteht bei ihnen stets eine Abwägung zwischen Gewinnerzielung und sozialer, ggf. nicht profitabler Aktivität.³³⁵

Mit Blick auf die vorangehenden Ausführungen zeigt sich, dass die Konzeption der hybriden Organisationen in der intermediären Sphäre hochgradig anschlussfähig ist an die geschilderte Situation der Spitexorganisationen unter heutigen Rahmenbedingungen, was sich exemplarisch an verschiedenen Aspekten veranschaulichen lässt:

- Der hybride Charakter der Organisationen kommt in erster Linie dadurch zum Vorschein, dass sämtliche der drei genannten «Basisinstitutionen» gemäss obigen Ausführungen wesentliche Einflüsse auf die Spitexorganisationen ausüben, dass aber gleichzeitig mannigfache Spannungsfelder und Zielkonflikte zwischen den jeweiligen, die Spitextätigkeit beeinflussenden Logiken vorhanden sind. Die Spitexorganisationen haben bei verschiedenen Gelegenheiten zum Ausdruck gebracht, dass sie ihre Tätigkeit in einem prägenden Spannungsfeld zwischen Professionsanspruch, staatlicher Regulierung und den Anforderungen des Pflegemarkts ausüben.³³⁶
- Die oben dargestellte Situation des pluralen Ressourcenbündels trifft auch auf die Situation der Spitexorganisationen zu. Zwar stellt die staatliche Finanzierung die zentrale Einnahmequelle dar, gleichzeitig bestehen daneben mehrere andere Mitfinanzierungsformen, die je den unterschiedlichen Basisinstitutionen zuzuordnen sind.
- Dass die Spitexorganisationen auch eigene und differenzierte Umgangsformen gefunden haben in der Spannung zwischen Gewinnerzielung und sozialer, ggf. nicht profitabler Aktivität, ist anhand verschiedener Beispiele³³⁷ nachgezeichnet worden. Die Spitexorganisationen haben

334 Evers / Rauch / Stitz, Einrichtungen, 29.

335 Vgl. ebd.

336 Vgl. dazu AGE, Spitex-Dienste Egnach, Jahresbericht 2004, 5: Die Spitex bemühe sich, einen «qualitativ hoch stehenden, noch bezahlbaren und dennoch mitmenschlich und solidarisch handelnden Gesundheitsbetreuungsdienst» bereitzustellen.

337 Siehe dazu die oben genannten Beispiele aus den Vereinen St.Gallen-Ost und Burgdorf.

darin bewusst Finanzierungsformen geschaffen, die weder profitabel sind, noch refinanziert werden können, die aber aus ihrer Sicht dennoch wichtig und notwendig sind und somit «Raum für der Situation angepasste »Extraleistungen«³³⁸ bieten.

Es ist vorangehend bereits dargestellt worden, dass politische Reformen ab den 1990er Jahren in Deutschland die privilegierte Vorrangstellung der Wohlfahrtsverbände weitgehend infrage gestellt haben, dadurch dass eine «Gleichstellung privater Anbieter mit den Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände»³³⁹ initiiert wurde. Dennoch ist festzuhalten, dass die Wohlfahrtsverbände – gerade auch die konfessionellen – «ein deutliches Wachstum an Präsenz und Aktivitäten»³⁴⁰ verzeichnen konnten, sodass die betreffenden Institutionen zwar herausfordernden Konkurrenzsituationen ausgesetzt sind, sie aber gleichwohl über eine prägende Position verfügen und gesetzte Akteurinnen des deutschen Sozial- und Gesundheitswesens darstellen. Im Schweizerischen Kontext hat sich hingegen gezeigt, dass das Arrangement der intermediären Sphäre und die Rolle der Spitexorganisationen darin von staatlicher Seite her durchaus umstritten ist: Gerade Behörden auf Gemeindeebene haben bereits mehrfach Anläufe unternommen, um das bestehende Arrangement zu verändern, indem sie die Leistungserbringung der Spitexorganisationen aus der intermediären Sphäre herausziehen und – über gemeinnützige Aktiengesellschaften in der Trägerschaft der Behörden – direkt an die Behörden anbinden wollten. Sobald eine solche Trägerschaftsform der behördlich kontrollierten Aktiengesellschaft besteht, wie es etwa in der Stadt St. Gallen der Fall ist, ist die Spitexorganisation folglich weitgehend der intermediären Sphäre entzogen, zumal die zivilgesellschaftlichen Einflüsse (etwa in Bezug auf die Rechtsform als auch auf die Zielorientierung) nunmehr marginal sind; ebenso kann angesichts der monopolartigen Stellung durch die quasi-staatlichen Spitex-Anbieter kaum mehr von einer marktwirtschaftlichen Situation gesprochen werden.

Da hierzulande keine Wohlfahrtsverbände nach deutschem Modell bestehen, sind die entsprechenden sozial engagierten Organisationen in der intermediären Sphäre also deutlich stärker den Einflüssen bzw. Eingriffen durch die politischen Instanzen ausgesetzt.

Abschliessend verdient gewiss das kirchliche Engagement in der vorliegenden Phase eine eigenständige Betrachtung, wobei für die erste Hälfte ja im Wesentlichen von einem Nicht-Engagement gesprochen werden muss. Dafür,

338 Evers / Rauch / Stitz, Einrichtungen, 29.

339 Schroeder, Wohlfahrtsverbände, 503.

340 Schroeder, Wohlfahrtsverbände, 502.

dass sich die Kirchgemeinden und die kirchlichen Leitungspersonen in der ambulanten Krankenpflege nicht mehr nachhaltig engagieren, sind die entsprechenden Weichen bereits in der vorangehenden Phase gestellt worden. Dass dennoch einzelne Elemente des kirchlichen Engagements für wenige Jahre erhalten blieben – namentlich die oben dargestellten einzelnen Beteiligungsformen rechtlicher, personeller und finanzieller Art –, konnte nicht darüber hinwegtäuschen, dass diese Elemente sukzessive (aus kirchlicher Warte) zurückgezogen bzw. (aus der Warte der Spitexorganisationen) gestrichen wurden. Grundlage dafür bildete die offensichtlich beidseits getragene Auffassung, wonach ein kirchliches Engagement in der ambulanten Krankenpflege angesichts des vorherrschenden wohlfahrtspluralistischen Arrangements nicht mehr zeitgemäss sei.³⁴¹ Genauere Begründungen und Vorstellungen kirchlicherseits dazu lassen sich kaum ausmachen; bloss in einem einzelnen Fall wurde der (finanzielle) Rückzug begründet mit einer Umorientierung der kirchlichen Ressourcen hin zu «finanziell dringend[en]»³⁴² diakonischen Projekten. Aus diesen einzelnen Äusserungen lässt sich noch keine wohlfahrtspluralistische Konzeption des diakonischen Engagements festmachen; sie lassen aber in Ansätzen schliessen auf die Vorstellung einer gewissen Rollenaufteilung, die besagt, dass sich das kirchliche Engagement zurückzieht, sobald ein Handlungsfeld – wie im vorliegenden Fall die ambulante Krankenpflege – im umfassenden Sinne zum Regelungsgegenstand staatlicher Sozial- bzw. Gesundheitspolitik wird und sich die Kirchen dann in der Folge auf andere Handlungsbereiche konzentrieren, in denen – aufgrund des Fehlens staatlichen Handelns – eine «Dringlichkeit» im oben genannten Sinne besteht.

Durch diesen umfassenden Rückzug liegt ungefähr zum Zeitpunkt der Mitte der vorliegenden Phase ein vollständiger Traditionsabbruch des kirchlichen Engagements in der ambulanten Krankenpflege vor.

Dass sich in den vergangenen Jahren ein erneutes kirchlich-diakonisches Engagement der Kirchen in der ambulanten Krankenpflege entwickelte, lässt auf eine kirchliche Mitwirkung zweiter Art schliessen: «Zweiter

341 Vgl. hierzu die Formulierung aus dem Verein in Reiden, in der eine Fusion begründet wurde mit dem Argument, dass es «heute nicht mehr die Kirchen, sondern die *politischen* Gemeinden [seien], welche die Spitex-Dienste organisieren» (ASW, Reformierter Krankenpflegeverein Reiden, Unterlagen zur schriftlichen Abstimmung über die Auflösung des Vereins vom 23. August 1996 [Hervorhebung im Original]).

342 Vgl. dazu ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Telefonnotiz des Vereinspräsidenten nach einem Gespräch mit dem Präsidenten der katholischen Kirchenpflege vom 28. August 1998, 1.

Art» ist die Mitwirkung erstens deshalb, weil die Aktivierung der neuen kirchlichen Mitwirkung wie oben beschrieben vor allem auf die in den Kirchgemeinden vorhandenen Ressourcen abzielt (Räumlichkeiten, personelle Ressourcen, fachliche Kompetenzen). Aus Sicht der Spitexorganisationen scheinen diese Ressourcen einen Mehrwert bzw. eine eigene Qualität zu bieten, wovon die Organisationen meinen, profitieren zu können. Zweitens wird die neue Mitwirkung der Kirchen auch deshalb «zweiter Art» bezeichnet, da keine Anzeichen dafür bestehen, dass die involvierten kirchlichen Verantwortlichen ihr neues Engagement in den jeweiligen Spitexorganisationen im Bewusstsein und im expliziten Verweis auf die kirchliche Tradition in der ambulanten Krankenpflege leisten. Daher ist davon auszugehen, dass die Beteiligten vielfach gar nicht wussten, dass ihr neues Spitex-Engagement ein erst kürzlich zu Ende gegangenes, Jahrzehnte andauerndes Engagement in Ansätzen wiederaufleben lässt.

III.2. Diskussion

Zum Schluss der vorliegenden Studie erfolgt eine Diskussion der Ergebnisse anhand von drei unterschiedlichen Beobachtungsformaten. Die Beobachtungen im ersten Schritt beziehen sich auf die Frage, wie sich die ambulante Krankenpflege mit bzw. innerhalb des schweizerischen wohlfahrtspluralistischen Systems entwickelte. Im Zentrum der Beobachtungen steht die Transformation der früheren Krankenpflegevereine in Spitexorganisationen, die sich in einer intermediären Sphäre zu bewähren und darin in verschiedenen Rationalitäten zu agieren haben.

Die Beobachtungen im zweiten Schritt fokussieren auf die Entwicklungen der Spitexorganisationen in betrieblicher Hinsicht. Die Transformationen vom eigenständigen Wirken zu einer Tätigkeit unter Bedingungen weitgehender staatlicher Kontrolle wird dabei spezifisch unter der Perspektive der Theorie des sogenannten «institutionellen Isomorphismus» analysiert.

Die Beobachtungen im dritten Schritt fassen nochmals den Wandel der Beteiligung und der Mitwirkung von evangelisch-reformierten Akteurinnen und Akteuren an den Krankenpflege- bzw. Spitexorganisationen zusammen. Dabei werden die grossen Linien des erfolgten Wandels durch eine spezifische Lesart ergänzt, die die wohlfahrtspluralistischen Konzeptionen hervorheben, die dem jeweiligen kirchlichen Handeln zugrunde liegen.

Im abschliessenden vierten Schritt sind schliesslich weiterführende dia-koniewissenschaftliche Fragestellungen und Beobachtungen formuliert.

III.2.1. Beobachtungen zur Entwicklung des schweizerischen wohlfahrtspluralistischen Systems im Bereich der ambulanten Krankenpflege

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung stehen nicht allein das Wirken der Krankenpflege- bzw. Spitexvereine und die darin vorfindliche Mitwirkung kirchlicher Akteurinnen und Akteure im Fokus. Die Untersuchung intendiert zugleich auch, wesentliche Erkenntnisse zu liefern für die Entwicklung des wohlfahrtsstaatlichen Arrangements und der sogenannten «Sozialstaatswerdung»¹ für den Bereich der ambulanten Krankenpflege. An vorliegender Stelle werden daher die wichtigsten Beobachtungen in diachroner Hinsicht zusammengefasst und gebündelt:

1 Vgl. zur Verwendung des Begriffs: Tennstedt / Winter, Staat.

Die Entwicklung der ambulanten Krankenpflege im Zeitraum der vergangenen gut hundert Jahre ist ein Beispiel dafür, wie sich im Bereich der sozialen Sicherung eine «Selbsthilfeaktivität hin zu einem standardisierten öffentlichen Angebot»² wandelte. Dass soziale Aktivitäten zuerst aus lokalen und privaten Institutionen entstanden sind, deren Regelungsgegenstand erst deutlich später – namentlich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts – in die nationale Gesetzgebung aufgenommen wurde, ist laut Engler «bezeichnend»³ für die meisten Sparten der sozialen Sicherung in der Schweiz. Der Wandel vom lokalen Krankenpflegeangebot zur Aufnahme des Pflegerisikos in den «Katalog zentralstaatlich abgesicherte[r] Lebensrisiken»⁴ erfolgte jedoch nicht in einem Schritt und auch nicht geradlinig; vielmehr haben die obigen Ausführungen in Bezug auf die Verantwortungsübernahme des Sozialstaats in der ambulanten Krankenpflege verschiedene Phasen sichtbar werden lassen:

Während die Krankenpflegevereine in der *ersten* Phase der Gründungszeit als mitgliedschaftlich-genossenschaftliche Systeme organisiert waren, die weitgehend ohne sozialstaatliche Unterstützung auskamen bzw. sich bewusst davon abgrenzten, beteiligten sich die Gemeinden in der *zweiten* Phase bereits mit namhaften Beiträgen am jeweiligen Vereinsbetrieb. Nachdem diese Beiträge bislang auf freiwilliger Basis und ohne Elemente einer behördlichen Mitsprache gesprochen wurden, änderte sich dies in der *dritten* Phase in doppelter Hinsicht: Zum einen änderte sich der Charakter der ambulanten Pflegeleistungen durch die Aufnahme in den Leistungskatalog des Krankenversicherungsgesetzes fundamental, da die ambulante Krankenpflege damit nicht mehr Gegenstand freiwilliger Entschädigungen war, sondern einen Rechtsanspruch darstellte. Zum anderen erfolgten angesichts der gesellschaftlichen Krisenerfahrungen und der darauf entstandenen Kritik am sozialstaatlichen Ausbau erstmals bedeutende behördliche Steuerungseingriffe auf unterschiedlichen föderalen Ebenen, die danach strebten, das Kostenwachstum einzudämmen und die Leistungserbringung der ambulanten Krankenpflege in Teilen zu regulieren. Die *vierte*, bis in die Gegenwart reichende Phase ist sodann gekennzeichnet von einer Verschärfung bzw. Intensivierung der beiden vorgenannten Entwicklungen: Durch neue gesetzliche Regelungen (bspw. Neuordnung der Pflegefinanzierung) ist die ambulante Krankenpflege auch auf nationaler Ebene zum intensiv debattierten «Geschäft» geworden; gleichzeitig haben sich durch die neusten Entwicklungen die Vorgaben und

2 Evers, Gegenstand, 19.

3 Engler, Träger, 218.

4 Evers, Gegenstand, 41.

Steuerungseingriffe gegenüber den Spitexorganisationen nochmals deutlich erhöht und diese dadurch in eine intermediäre Sphäre gestossen. Das Wirken in dieser intermediären Sphäre bedingt von den betreffenden Organisationen ein Agieren auf unterschiedlichen Klaviaturen und erstreckt sich von einer zivilgesellschaftlichen Rationalität (im Blick auf die Rechtsform und die gemeinwohlorientierte Zwecksetzung) über eine sozialstaatliche Rationalität (im Blick auf die umfangreichen staatlichen Finanzierungs- und Steuerungsvorgaben) bis zu einer marktwirtschaftlichen Rationalität (im Blick auf die ökonomische Selbstverantwortung und Behauptung auf dem Sozialmarkt).

Gleichzeitig markiert aber die aktuelle Phase auch Brüche gegenüber bisherigen Entwicklungen: Während bislang das staatliche Handeln gekennzeichnet war von einer ständig fortschreitenden Verantwortungszunahme in der Finanzierung und Steuerung der ambulanten Pflege, signalisieren die in den Fallbeispielen dargestellten aktuellen Entwicklungen ein Auseinanderdriften des staatlichen Handelns in zwei widersprüchliche bzw. sich diametral entgegengesetzte Richtungen. Die Entwicklung hin zur Schaffung von gemeinnützigen Aktiengesellschaften unter behördlicher Kontrolle steht nicht nur für eine fortschreitende staatliche Verantwortungszunahme in der ambulanten Pflege, sondern sogar für eine vollständige Verantwortungsübernahme. In die gegenteilige Richtung geht die zweite Entwicklung, nach welcher sich die Spitexorganisationen zunehmend in eine Marktsituation gedrängt sehen, wobei sich die Behörden neu ein Stück weit von ihrer bisherigen (finanziellen Gewährleistungs-)Verantwortung zurückziehen und die Spitexorganisationen in grösserem Masse der Selbstverantwortung aussetzen. Die derart unterschiedliche Entwicklung ist insbesondere den kantonal unterschiedlichen Ausprägungen in den Finanzierungsmechanismen geschuldet.⁵ Zukünftige Etappen in der Organisationsentwicklung der Spitexorganisationen, aber auch in der Weiterentwicklung der sozialstaatlichen Steuerungsinstrumente werden zeigen, welche der beiden Stränge zukünftig mehrheitlich weiterverfolgt werden.

Bei allem Wandel der wohlfahrtspluralistischen Konfiguration, die oben vorgestellt wurde, ist zu betonen, dass das Grundprinzip der Subsidiarität in der Organisation der ambulanten Krankenpflege weitgehend erhalten geblieben ist. Zwar erfolgte im dargestellten Zeitraum eine beträchtliche Verantwortungszunahme durch staatliche Behörden, insbesondere in den Bereichen der Mitfinanzierung und Steuerung der ambulanten Pflege, gleichzeitig ist

5 Vgl. hierzu die Ausführungen in III.1.4. zum Umgang der Kantone mit der Zuweisung der sogenannten «Restfinanzierung» an die Kantone selbst oder aber an die Gemeinden.

festzuhalten, dass die Ausführungszuständigkeiten sowie die institutionelle Landschaft der ambulanten Krankenpflege stark funktional ausdifferenziert sind. Das bezieht sich erstens darauf, dass sowohl staatliche als auch zivilgesellschaftliche und neu auch privatwirtschaftliche Institutionen beteiligt sind, sowie zweitens auf den Umstand, dass auch alle föderalen Verwaltungsebenen auf unterschiedliche Art und Weise mitwirken. Diese «fragmentiert[e] und segmentiert[e]»⁶ Situation verweist auf den institutionellen Pluralismus in der Schweiz, der nach Engler geradezu als «Musterbeispiel für die Umsetzung des Subsidiaritätsprinzips»⁷ gesehen werden kann.

Studer hält fest, dass «die gesamte Sozialstaatskonfiguration in der Schweiz [...] noch wenig erforscht»⁸ ist, insbesondere fehlen ihrer Ansicht nach Erkenntnisse in der «Struktur des Wohlfahrtsstaates [...] über die Rolle und die Vernetzung von intermediären Instanzen und Fürsorgeeinrichtungen».⁹ Die vorliegende Studie, die mitunter darauf abzielt, mit dem wohlfahrtspluralistischen Zugang die «Leistungen der jeweiligen gesellschaftlichen Bereiche in einem konkreten Fall, allfällige gesellschaftliche Erwartungszuschreibungen sowie auch diesbezüglich Veränderungen darzustellen»,¹⁰ soll einen Beitrag leisten können, um diese Forschungslücke zumindest für den Bereich der ambulanten Krankenpflege zu verkleinern.

III.2.2. Beobachtungen zur Entwicklung der Krankenpflege- bzw. Spitexorganisationen aus betrieblicher Perspektive

Nach der Betrachtung der Entwicklung des wohlfahrtsstaatlichen Arrangements für den Bereich der ambulanten Krankenpflege sollen nun auch einzelne Beobachtungen zur Entwicklung der Krankenpflege- bzw. Spitexorganisationen aus betrieblicher Perspektive folgen. Wenn auch festzuhalten ist, dass diese Perspektive in der vorliegenden Untersuchung nicht im Vordergrund steht, so lassen sich darin dennoch ertragreiche Aspekte für die untersuchte «Trägerschaftsgeschichte» extrahieren:

- Die konkrete Tätigkeit der ambulanten Krankenpflege erscheint im Lichte der dargestellten Fallbeispiele als Entwicklung von einer Tätigkeit unter weitestgehender Autonomie hin zu einer Tätigkeit unter Bedin-

6 Schmid, Besonderheiten, 463.

7 Engler, Träger, 218, Fussnote 3.

8 Studer, Prägung, 3.

9 Ebd.

10 Vgl. dazu die in Kapitel I.2. formulierte Zielsetzung der Arbeit.

gungen weitgehender staatlicher Steuerung. Während die Diakonissen zu Beginn des Wirkens der Krankenpflegevereine ihre Tätigkeit unter vollständigem Gestaltungsfreiraum ausübten, nahmen seither die staatlichen Steuerungseinflüsse ständig zu, sodass die Leistungen heute stark standardisiert erfolgen.¹¹ Diese Entwicklung ist für die Vereine freilich mit einer beträchtlichen Ambivalenz verbunden, zumal die stärkere Kontrolle auch eine deutlich umfangreichere finanzielle Absicherung bzw. Mitfinanzierung durch die Behörden mit sich gebracht hat, sodass sich die Vereine heute im beschriebenen Spannungsfeld zwischen fachprofessionellen Ansprüchen und ökonomischen Anforderungen bzw. Zwängen befinden.¹²

- Durch alle Transformationen hindurch, wie sie die Krankenpflegevereine durch Trägerschaftsanpassungen oder Fusionen erlebt haben, ist in juristischer Hinsicht deren zivilgesellschaftliche Trägerschaft meistens erhalten geblieben.¹³ Dabei fällt auf, dass sie in mehreren Schritten Entwicklungen vollzogen haben, die sie zu Nonprofitorganisationen modernen Zuschnitts haben werden lassen. Prägende Merkmale hierfür sind die Professionalisierung und funktionale Differenzierung auf der operativen Ebene (Schaffung von Team- und Leitungsstrukturen sowie fachspezifischen Abteilungen), während die Leitungsebene weiterhin im Ehrenamt engagiert ist. Dies hat zum einen viele Vereinsvorstände angesichts der massiv angestiegenen Aufgaben und der gesteigerten Anforderungen an die Grenzen der Belastbarkeit gebracht.¹⁴ Zum anderen entstanden dadurch Schnittstellenprobleme in der Führung der Spitexorganisationen, wie sie für zahlreiche moderne Nonprofitorganisationen kennzeichnend sind.¹⁵
- Ein Aspekt, der sich durch annähernd den gesamten Untersuchungszeitraum erstreckt, ist das andauernde Wachstum der Betriebstätigkeit – das Wachstum erwies sich insbesondere ab der Nachkriegszeit als prägende

11 Vgl. zu den konkreten Erfahrungen von Diakonissen Weyandt/Brasermann, Diakonissen, 122 f.

12 Vgl. hierzu die obigen Ausführungen in Kapitel III.2.1.

13 Davon ausgenommen sind diejenigen Spitexorganisationen, die in gemeinnützige Aktiengesellschaften in behördlicher Hand umgewandelt wurden; vgl. hierzu die Ausführungen zum Modell von St. Gallen-Tablat in Kap. II.5.

14 Vgl. hierzu die Debatten in St. Gallen-Ost (ARW, Spitex St. Gallen-Ost, Protokoll der Vorstandssitzung vom 11. Juni 2003, 1) und Burgdorf (ASBO, Spitex Burgdorf-Oberburg, Protokoll der Vorstandssitzung vom 1. Mai 2019, 2).

15 Vgl. die Darstellung in Lichtsteiner u. a., Freiburger Management-Modell, 237–244.

Konstante im Vereinswirken:¹⁶ Durch die steigende Nachfrage erhöhten sich der Betriebsumsatz, der Finanz- und Personalbedarf, die Notwendigkeit zu strukturellen Anpassungen usw.

Auffallend ist dabei, dass die Entwicklungen sowie auch die Herausforderungen in diesem Grösser-Werden der Krankenpflegevereine bzw. Spitexorganisationen in den meisten Fällen von jeweils ähnlicher Gestalt waren. Neben dem Umstand, dass alle Vereine von einem markanten Wachstum geprägt waren, reagierten sie meist ähnlich auf die Herausforderungen der Personalsuche und der strukturellen Anpassungen; sie erweiterten in ähnlicher Art und Weise das Leistungsspektrum über die ambulante Pflege im engeren Sinne hinaus und sie beteiligten sich in ähnlicher Weise am Aufbau branchenspezifischer Verbandsarbeiten u. a. m.¹⁷ Die auffällige Gleichgerichtetheit der Entwicklungen unter den untersuchten Organisationen kontrastiert gewissermassen mit der intuitiven Erwartung. Gemäss einer intuitiven Erwartung würden Institutionen, die sich einer Marktsituation ausgesetzt sehen, Wert auf innovative Schritte legen, die dazu führen, dass sie sich im Marktumfeld von anderen Anbietern abgrenzen können – was divergente Organisationsentwicklungen zur Folge hätte. Das ist aber offensichtlich nicht der Fall. Wie ist dies zu deuten?

An dieser Stelle kann die Theorie des «institutionellen Isomorphismus» hinzugezogen werden, die in den 1980er Jahren von DiMaggio / Powell erarbeitet wurde¹⁸ und gemäss Krüger zu den bedeutendsten wirtschaftssoziologischen Theorien der vergangenen Jahrzehnte gehört.¹⁹ DiMaggio / Powell haben dabei grundlegende Angleichungsprozesse zwischen einzelnen, in einem jeweiligen Feld tätigen Organisationen beobachtet und festgestellt, dass die Angleichung mit zunehmender gesellschaftlicher Etabliertheit eines Bereichs laufend zu- und nicht etwa abnimmt: «Once a field becomes well established, however, there is an inexorable push towards homogenization»,²⁰

16 Vgl. hierzu exemplarisch die Situation in II.2. zum Krankenpflegeverein Egnach.

17 Schroeder konstatiert auch für den deutschen Kontext denselben Sachverhalt, wenn er beobachtet, dass die konfessionellen Wohlfahrtsverbände «in ähnlicher Weise auf den Wandel der veränderten Rahmenbedingungen [...] reagiert [haben] – und zwar in organisatorischer, programmatischer und operativer Hinsicht» (Wohlfahrtsverbände, 517). Durch diese «enorme Gleichgerichtetheit der programmatischen Debatten und operativen Umsetzungen» (ebd.) seien «die Gemeinsamkeiten zwischen den konfessionellen Verbänden weiter gestärkt» (516) worden.

18 Vgl. DiMaggio / Powell, *The Iron Cage Revisited*.

19 Vgl. Krücken, DiMaggio, 195.

20 DiMaggio / Powell, *The Iron Cage Revisited*, 148.

wobei sie diesen Prozess der Angleichung als «isomorphism»²¹ bezeichnen. Gemäss dem Konzept entstehen die Angleichungsprozesse durch drei unterschiedliche Mechanismen: Zum Ersten aufgrund von Zwang («coercive isomorphism»²²), der sich insbesondere durch staatliche Vorgaben und Rechtsvorschriften ausdrückt. Zweitens durch Imitation und Nachahmung («mimetic isomorphism»²³); diese Nachahmung entsteht insbesondere in einem unsicheren betrieblichen Umfeld, in dem noch keine etablierten Problemlösungsstrategien bestehen und «als besonders erfolgreich [...] wahrgenommene Modelle [...] rasch über Organisationsgrenzen hinweg [diffundieren]».²⁴ Schliesslich entstehen die Angleichungsprozesse drittens durch normativen Druck («normative isomorphism»²⁵), worunter die Entwicklung von Professionsstandards zu verstehen sind, die etwa durch Fach- oder Branchenverbände rasche Verbreitung finden.²⁶

Die Entwicklung der Krankenpflege- bzw. Spitexorganisationen scheint angesichts der gemachten Ausführungen exemplarisch einen solchen Prozess der institutionellen Angleichung abzubilden. Dabei leisten alle drei erwähnten Mechanismen je ihre Beiträge: Unter Kap. III.1.3. und III.1.4. ist bereits grundlegend auf die prägenden vorstrukturierenden Wirkungen der staatlichen Vorgaben auf die Spitexorganisationen hingewiesen worden (Zwang). Dass die Organisationen dabei angesichts der unsicheren Entwicklungsperspektiven besonders erfolgreiche Organisationsmodelle nachgeahmt haben (Imitation), erscheint angesichts der stark zunehmenden Branchenorganisation (normativer Druck) als sehr wahrscheinlich und nachvollziehbar.

III.2.3. Beobachtungen zu den Transformationen kirchlicher Beteiligung und Mitwirkung

In der vorliegenden Untersuchung richtet sich das besondere Interesse auf den Wandel der Beteiligung und Mitwirkung von evangelisch-reformierten Akteurinnen und Akteuren an den Krankenpflege- bzw. Spitexorganisationen. Bereits in Kap. II ist anhand von Fallbeispielen dargestellt worden, wie dieser Wandel unter den lokalen Bedingungen und Eigenheiten der jeweili-

21 Ebd.

22 DiMaggio / Powell, *The Iron Cage Revisited*, 150.

23 DiMaggio / Powell, *The Iron Cage Revisited*, 151.

24 Vgl. Krücken, Paul J. DiMaggio, 196.

25 DiMaggio / Powell, *The Iron Cage Revisited*, 152.

26 Vgl. ebd.

gen Vereine vonstattengegangen ist, wobei der Wandel der reformierten Beteiligung in vierfacher Hinsicht untersucht wurde – namentlich hinsichtlich des rechtlichen Rahmens, der personellen Verbindungen, der finanziellen Unterstützung sowie der zugrunde liegenden Deutungsstrukturen. Die zusammenfassende Darstellung in Kap. III.1. hat sodann erlaubt, aufgrund von gemeinsamen und zeitlich übereinstimmenden Veränderungen gewisse Abschnitte und Phasen zu bilden.

Wenn nun an dieser Stelle nochmals der Wandel der kirchlichen Beteiligung und Mitwirkung zur Diskussion steht, so dient dies dazu, die grossen Linien des erfolgten Wandels hervorzuheben und besondere Spezifika in den vier untersuchten Aspekten zu betonen.

Ergänzt wird diese Darstellung der grossen Linien des erfolgten Wandels durch eine spezifische Lesart, die hervorheben soll, welche wohlfahrtspluralistischen Konzeptionen dem jeweiligen kirchlichen Handeln zugrunde liegen. Dabei wird auf ein spezifisches Deutungsmuster zurückgegriffen, wie es Gabriel / Reuter²⁷ für den bundesdeutschen Kontext angewendet haben. Gabriel / Reuter versuchen, aus konfessionellen Diskursen und Tätigkeiten im Zeitraum der neueren Sozialstaatsgeschichte Semantiken zu entdecken, die bei den konfessionellen Akteuren erstens auf Vorstellungen und Leitbegriffe wohlfahrtsstaatlicher Konzeptionen²⁸ und zweitens auf entsprechende «signifikante Bedeutungsverschiebungen»²⁹ im Zeitverlauf schliessen lassen. Für die bundesdeutschen Diskurse der beiden grossen Konfessionen machen Gabriel / Reuter zwei prägende Diskurse aus, die sie «Gravitationszentren»³⁰ nennen. Es ist dies zum Ersten die Zuschreibung der Wohlfahrtsaufgabe an den Staat. Dabei geht es insbesondere um die Frage, inwiefern und (ab) wann die jeweiligen Konfessionen eine «Legitimation des ordnenden staatlichen Eingriffs»³¹ in soziale Belange bejahen. Zum Zweiten geht es um die Konzeption der Subsidiarität, die ihren Ausdruck findet in einer «Pluralität von Trägern und Akteuren sozialer Dienste»³² und konkret in der jeweils vorfindlichen Form des Korporatismus zur Geltung kommt. Diese beiden «Gravitationszentren» erscheinen auch in der vorliegenden Studie als äusserst hilfreiche Instrumente, um nicht allein die konkreten Handlungen und Beiträge der kirchlichen Akteure innerhalb eines wohlfahrtspluralistischen Systems,

27 Vgl. Gabriel / Reuter, Tiefengrammatik.

28 Gabriel / Reuter, Tiefengrammatik, 487.

29 Gabriel / Reuter, Tiefengrammatik, 488.

30 Gabriel / Reuter, Tiefengrammatik, 480.

31 Ebd.

32 Gabriel / Reuter, Tiefengrammatik, 481.

sondern auch deren damit verbundene Vorstellungen und Semantiken zu untersuchen. Entsprechend wird die nachfolgende Darstellung der grossen Linien einer jeden Phase ergänzt durch darin manifest gewordene Vorstellungen der in den Krankenpflegevereinen engagierten kirchlichen Akteure zu den beiden «Gravitationszentren».

Das Wirken der Krankenpflegevereine in der *Phase 1* war geprägt von einer beträchtlichen Homogenität der kirchlichen Mitwirkung hinsichtlich der vier untersuchten Beteiligungsaspekte: Bereits in Bezug auf die Trägerschaftssituation, so ist oben herausgearbeitet worden, bestanden umfangreiche rechtlich gesicherte Verbindungen zwischen den Kirchgemeinden und den Vereinen. Zwar zeigte sich durch die Wahl der Vereinsform, dass die Kirchgemeinden allein nicht immer als genügend flexibel³³ zur Durchführung und Organisation der Krankenpflege erachtet wurden. Dennoch erwiesen sich die kirchlich geprägten Vereine als «weitere Erscheinungsform des kirchlichen Lebens neben der verfassten Kirche»³⁴ und verwiesen auf den sogenannten konstitutiven Doppelcharakter der Vereine als zwar rechtlich eigenständigen, aber doch sich als Teil des kirchlichen Lebens definierenden Organisationen.³⁵ Diese Nähe und Verbindung kam in gleichem Masse auch bei den anderen Aspekten zum Ausdruck, namentlich erstens durch die in der Regel umfangreiche und vielgestaltige finanzielle Unterstützung der Vereine durch die Kirchgemeinden und zweitens durch die personellen Verbindungen. Insbesondere die zuständigen Pfarrpersonen im Vereinsvorstand sowie die Diakonissen als ausführende Krankenpflegerinnen standen für ein Pflegeverständnis, das sich einer «Einheit von Leibes- und Seelenpflege»³⁶ verschrieb und das das gesamte Vereinswirken als Auftrag Jesu Christi zum Dienst an den Kranken verstand.

Die Betonung der Unabhängigkeit der Vereine hatte demnach nicht die Kirchgemeinden zum Abgrenzungsgegenstand, vielmehr ging es darum, die bewusste Distanz gegenüber den Behörden zu betonen. Verschiedene Zitate zeigten auf, dass die Verantwortlichen der Krankenpflegevereine weit davon entfernt waren, sich für eine *Zuschreibung von Wohlfahrtsaufgaben an den Staat* in der Krankenpflege auszusprechen. Es wurde bereits erwähnt, dass die Vereinsleitungen damals vielmehr geprägt waren von den Vorstellungen des sozialdiakonischen Handlungskonzepts³⁷ bzw. einer sozialliberalen Posi-

33 Vgl. dazu Kaiser, Vereine, 958.

34 Hauschild, Lehrbuch, 797.

35 Vgl. dazu Häusler, Vereinswesen, 641.

36 Vgl. zum Begriff Kreutzer, Fragmentierung, 111.

37 Vgl. die Ausführungen in Kap. III.1.3.

tionierung,³⁸ die beide einer solchen Zuschreibung ebenfalls ablehnend gegenüberstanden.

Zu beachten ist dabei allerdings, dass diese ablehnende Haltung nicht einher ging mit der Vorstellung eines «fürsorglichen Paternalismus»,³⁹ nach welchem – im Sinne des Gegensatzes von Barmherzigkeit und Gerechtigkeit⁴⁰ – das karitative Engagement der Krankenpflege vorwiegend in Form eines religiös-missionarischen Engagements zugunsten Betroffener zum Ausdruck kommen sollte. Vielmehr ging es bei den Vereinen von Anfang an darum, in partizipativer Hinsicht ein Mittragen und Mitverantworten vieler Einzelpersonen zu erreichen, die sich im Sinne einer Versicherung⁴¹ an den kollektiven Lasten und Aufgaben der Krankenpflege beteiligten. Entsprechend bestand die *Subsidiaritäts*vorstellung der damaligen kirchlichen Vereinsleitenden in einer mitgliedschaftlich-genossenschaftlichen Organisationsform ohne Einwirkung staatlicher Behörden.

In *Phase 2* traten bereits deutliche Brüche in der bislang homogenen Situation der kirchlichen Beteiligung und Mitwirkung auf. Es zeigten sich in verschiedenen Aspekten nachlassende kirchliche Prägungen: Zum Ersten ist auf den massiven Personalmangel zu verweisen, der sowohl die Pfarrpersonen betraf und sich auf die Besetzung der Vereinsvorstände auswirkte, der aber auch die Zahl der verfügbaren Diakonissen drastisch reduzierte und so in den meisten Vereinen rasch zur Auflösung des ehemals «einstimmigen Duetts»⁴² zwischen Gemeindepfarrer als Vereinspräsident und Diakonisse als Krankenpflegerin führte. Die nachfolgenden Personen übernahmen die diakonischen Deutungsperspektiven des Pflegehandelns ihrer Vorgängerinnen und Vorgänger nicht mehr bzw. nur noch in beschränktem Ausmass, sodass für den vorliegenden Zeitraum ein langsamer und schleichender Verlust der kirchlich-diakonischen Prägungen ausgemacht werden kann. In juristischer Hinsicht verblieben die Krankenpflegevereine zwar noch in Verbindung mit den Kirchgemeinden; die bislang prägende mitgliedschaftlich-genossenschaftliche Grundlage der Vereine wurde jedoch aufgrund sinkender Mitgliederzahlen zunehmend fragiler. Die Vereinsleitungen waren in der Folge nolens volens darauf angewiesen, die Kommunen um (grössere) finan-

38 Ebd.

39 Vgl. zum Begriff: Maaser, Barmherzigkeit, 178.

40 Vgl. ebd.

41 Vgl. hierzu die Ausführungen zur Bedeutung der Versicherungen, die nach Bonss eine «entscheidende Chiffre für die Vergesellschaftungsform der Moderne überhaupt» darstellt. Siehe dazu auch Maaser, Sicherheit, 447.

42 Vgl. zum Begriff III.1.1.2.b.

zielle Beiträge an die Krankenpflege zu bitten. Die Äusserungen aus den damaligen Vereinsleitungen bringen die Spannung dieser Situation zum Ausdruck, wenn sie zwar um die Notwendigkeit der Beiträge der öffentlichen Hand wussten, gleichzeitig aber die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit betonten und sich gegen staatliche Einflüsse wehrten.⁴³

Dass solche Meinungen gegen staatliche Einflussnahme selbst auf nationaler Ebene, namentlich im Rahmen von Abgeordnetenversammlungen des SEK, geäussert wurden,⁴⁴ verweist auf die Verbreitung dieser Haltung im damaligen Zeitraum. Solche Abwehrreaktionen zeigen auf, dass die Vereinsleitungen weiterhin einer *Zuschreibung von Wohlfahrtsaufgaben an den Staat* im Bereich der Krankenpflege kritisch gegenüberstanden; sie führen jedoch gleichermassen die wachsende sozialstaatliche Bedeutung ebendieser staatlichen Behörden vor Augen. Maaser beobachtete für die bundesdeutschen Diskurse in der Nachkriegszeit ähnlich lautende Äusserungen, die er einer «konservativ-liberale[n] Traditionslinie»⁴⁵ zuordnet. Entsprechende Stimmen wehrten sich gegen den wachsenden Wohlfahrtsstaat, der «eine Art All-Vater»⁴⁶ werde und dem eine «Dynamik zur Selbstverabsolutierung und zum totalitären Staat eingestiftet»⁴⁷ sei. Die Vorstellung von *Subsidiarität* in den Vereinsleitungen bewegte sich daher notgedrungen im Spannungsfeld zwischen gewünschter Eigenständigkeit und Unabhängigkeit der Vereine bei gleichzeitigem Wissen darum, dass die Entwicklung in die andere Richtung führt.

Dass die betrachteten Gesellschaften ab *Phase 3*, d. h. ab den 1960er Jahren prägende Umbrüche erlebten, ist oben in III.1. bereits eingehend beschrieben worden. Die Umbrüche wurden darin u. a. mit einem «deutlich spürbare[n] Wertewandel»⁴⁸ sowie mit «tiefgreifenden Veränderungen des sozialen

43 Vgl. hierzu bspw. die Argumentation in ABGB, Freiwilliger Krankenverein Burgdorf, Jahresbericht 1922, 2 f.

44 Vgl. dazu die Ausführungen in III.1.2.3.

45 Maaser, Barmherzigkeit, 184.

46 Ebd.

47 Ebd. Festzuhalten ist an dieser Stelle allerdings auch, dass Maaser für den entsprechenden Zeitraum auch wichtige Stimmen ausmacht, die eine «konsequente Ausgestaltung des Sozialstaats [bejahen]» (Barmherzigkeit, 184). Für die Diakonie ist an dieser Stelle insbesondere auch auf die Positionierungen Heinz-Dietrich Wendlands hinzuweisen, der mit seinen sozialetischen Positionen deutlich für die Legitimität des wohlfahrtsstaatlichen Handelns einsetzte (vgl. Maaser, Sicherheit, 460). Entsprechende Positionierungen sind im Rahmen der hier untersuchten Krankenpflegevereine (noch) nicht aufzufinden.

48 Degen, Geschichte, 87.

Verhaltens»⁴⁹ in der Bevölkerung in Verbindung gebracht, was dazu führte, dass herkömmliche Organisationen zuweilen deutlich an Bindungskraft verloren. Genährt wurden diese Entwicklungen mitunter von den «technischen und sozialen Revolutionen»⁵⁰ der damaligen Zeit sowie der sicherheitspolitischen Weltlage.

In den evangelisch-reformierten Kirchen der Schweiz entstand aufgrund dieser Veränderungen ein «Aufbruch»,⁵¹ der auf der Überzeugung baute, «dass die Kirche die Herausforderungen durch die grossen Fragen der Gesellschaft anzunehmen habe».⁵² Angeregt insbesondere durch die Weltkonferenz für Kirche und Gesellschaft von 1966 in Genf⁵³ wuchs in den Kirchen das Bewusstsein, wonach «die grossen gesellschaftlichen Problemstellungen unserer Zeit das ganze Leben und ganz besonders die Zukunft auch des einzelnen Menschen beeinflussen»⁵⁴ und dass die Kirche «neue Mittel und Wege finden»⁵⁵ müsse, «wenn sie ihrem Auftrag in der veränderten Situation treu bleiben will».⁵⁶ Gerade auf nationaler Ebene führte dieses neue Bewusstsein zu einem «breiteren Sich-Einlassen auf gesellschaftliche Probleme und zur vertieften Auseinandersetzung»⁵⁷ mit den damals aktuellen Themenstellungen, was nicht zuletzt seinen Niederschlag fand in der Gründung des Instituts für Sozialethik durch die nationale Abgeordnetenversammlung des Schweizerischen Evangelischen Kirchenbundes (SEK).⁵⁸

Mit diesem Aufbruch ging folglich aus evangelisch-reformierter Warte auch ein entscheidender Paradigmenwechsel vonstatten, der fortan eine weitreichende Bejahung der *Zuschreibung wohlfahrtsstaatlicher Aufgaben* an den Staat mit sich brachte. Der Sozialethiker Hans Ruh begründete diese neue Bejahung der wohlfahrtsstaatlichen Funktionen ausgesprochen nüchtern mit Verweis auf veränderte gesellschaftliche Rahmenbedingungen. Für den Bereich der Altersvorsorge verwies er etwa auf die gestiegene Lebenserwartung und folgerte daraus, dass dadurch die Funktion der sozialen Sicherung

49 Ebd.

50 Peter nennt hierfür etwa die «Eroberung des Weltalls mit dem Ost-West-Wettbewerb um die erste Mondlandung» sowie den «Kalten Krieg und Vietnam-Krieg ab Mitte der 60er Jahre» (Aperçu, 5).

51 Peter, Aperçu, 4.

52 Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund (SEK), Bericht, 1.

53 Vgl. zur Konferenz: Peter, Aperçu, 4 f.

54 Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund (SEK), Bericht, 1.

55 Ebd.

56 Ebd.

57 Peter, Aperçu, 6.

58 Vgl. hierzu Peter, Aperçu, 7.

«den Rahmen einer rationalen Selbstvorsorge im Bereich des Individuums oder der Kleingruppe [übersteigt]»⁵⁹ – entsprechend müsse die Altersvorsorge «als Teil der gesamtgesellschaftlichen und insbesondere sozialstaatlichen Aufgabe begriffen»⁶⁰ werden. Ruh ging davon aus, dass eine solche Zuschreibung nun «in unserer Gesellschaft auf Akzeptanz»⁶¹ stosse. Es ist anzunehmen, dass ein ähnlicher Sinneswandel auch bei den Leitungen der Krankenpflegevereine stattgefunden hat, zumal für den vorliegenden Zeitraum keinerlei Abwehrhaltungen gegenüber dem wachsenden sozialstaatlichen Engagement, wie sie für die vorangehende Phase prägend waren, mehr aufzufinden sind.

Eine besondere Entwicklung erfolgte in der vorliegenden Phase allerdings in Bezug auf die *Subsidiarität* in der Aufgabenerfüllung der ambulanten Krankenpflege: Die kirchlichen Vertretungen haben sich nicht nur in personeller und finanzieller Hinsicht noch weiter aus den Vereinen zurückgezogen, sondern die Kirchgemeinden sind darüber hinaus in der vorliegenden Phase auch als Trägerinnen und rechtlich mitverantwortliche Institutionen der Krankenpflegevereine ausgeschieden. Während also bislang die juristische Beteiligung der Kirchgemeinden an den Krankenpflegevereinen noch einigermassen stabil blieb, haben die obigen Ausführungen vor Augen geführt, dass die weitreichenden Transformationen in der Trägerschaft der Vereine, die insbesondere in den 1980er und 1990er Jahren erfolgten, nun auch zu einer umfangreichen Erosion der juristischen Beteiligung der Kirchgemeinden an den Krankenpflegevereinen führten. Über die Gründe und Motive für die rasch erfolgten juristischen Transformationen konnten oben nur Vermutungen angestellt werden. Es wurde verwiesen auf die unternehmerischen Belastungen, denen sich die Kirchgemeinden mit der Führung der Krankenpflegevereine ausgesetzt sahen, auf den Zeitdruck, unter den sie von staatlichen Behörden gesetzt wurden, sowie auf den Sachverhalt, dass die Selbstverständlichkeit der kirchlichen Trägerschaft überhaupt brüchig gewor-

59 Ruh, Rentenversicherung, 50.

60 Ebd.

61 Ruh, Rentenversicherung, 51. Dass der Paradigmenwechsel auch im bundesdeutschen Kontext erfolgt ist, zeigt beispielsweise die Denkschrift der EKD «Soziale Sicherung im Industriezeitalter» von 1973 (Rat der EKD, Sicherung) deutlich auf. Sie hält fest: «Die Grundsätze der Liebe, der Barmherzigkeit und Menschlichkeit sowie der Gerechtigkeit, wie sie sich aus dem christlichen Glauben ergeben, bedürfen [...] in einer hoch industrialisierten Wirtschaftsgesellschaft neuer Formen und Massnahmen» (121). Entsprechend stelle das staatliche System der sozialen Sicherung «nichts anderes als die Antwort auf diese grundlegende Veränderung der wirtschaftlichen Verhältnisse» (ebd.) dar. Vgl. dazu auch Maaser, Sicherheit, 445.

den war, sodass ein Sich-Einsetzen für eine fortdauernde kirchliche Mitwirkung nicht mehr zwingend gegeben erschien.⁶²

Werden nun die Entwicklungen in den beiden «Gravitationszentren» nach Gabriel/Reuter einander gegenübergestellt, so fallen die gegenläufigen Bewegungen auf: Auf der einen Seite zeigt sich auf evangelischer-reformierter Seite ein Paradigmenwechsel, wonach die Zuschreibung wohlfahrtsstaatlicher Aufgaben an den Staat – damit auch die Wahrnehmung staatlicher Aufgaben im Bereich der ambulanten Krankenpflege – bejaht wird. Auf der anderen Seite haben sich die Kirchgemeinden aus dem bisherigen Arrangement der subsidiären Aufgabenerfüllung weitgehend zurückgezogen.

Als gegenläufig werden die Bewegungen insbesondere dadurch sichtbar, dass die Kirchgemeinden früher bewusst aktiv sein wollten in der ambulanten Krankenpflege, aber sich darin gegen eine aktive Rolle des Staates wehrten; seither aber bejahen die Kirchen eine aktive Rolle des Staates bei wohlfahrtsstaatlichen Aufgaben, wollen aber gleichzeitig darin keine operativen Aufgaben mehr ausführen.

Die gegenläufigen Bewegungen werden insbesondere augenfällig, wenn sie in aller Kürze mit den bundesdeutschen Entwicklungen kontrastiert werden: Die personellen Rahmenbedingungen gestalteten sich dort durch den Rückgang der Diakonissenschwesternschaften ähnlich wie in der Schweiz.⁶³ Zentral ist jedoch, dass sich die konfessionellen Verbände – mitunter durch den rechtlich gestärkten Status der freien Wohlfahrtsverbände⁶⁴ – nicht aus der subsidiären Aufgabenerfüllung in der Krankenpflege zurückzogen, sondern in gewandelter Form, namentlich oftmals als ökumenische Diakonie- bzw. Sozialstationen, stark engagiert blieben und so teilhatten an der «immensen Expansion des Diakonischen Werks»⁶⁵ in Deutschland.

Die sozialpolitischen Debatten, die im Zeitraum von *Phase 4* innerhalb der Kirchen geführt wurden, zeigen auf, dass darin eine Zuschreibung wohlfahrtsstaatlicher Aufgaben an den Staat längst gegeben und vorausgesetzt ist. In der ökumenischen Stellungnahme mit dem Titel «Ökumenische Konsultation zur sozialen und wirtschaftlichen Zukunft der Schweiz», die der

62 Vgl. dazu die Ausführungen in III.1.3.3.

63 Vgl. dazu Boltenhagen, Gemeindeschwester, 127.

64 Maaser (Barmherzigkeit, 185) verweist etwa auf die Bedeutung des Bundessozialhilfegesetzes von 1961, das – auf der Basis der bestehenden subsidiären Aufgabenerfüllung – den Hilfesuchenden einen Rechtsanspruch einräumte und so eine grundlegende Stütze zum stetigen Wachstum der Träger der freien Wohlfahrtspflege bildete.

65 Ebd.

Schweizerische Evangelische Kirchenbund (SEK) gemeinsam mit der Schweizer Bischofskonferenz (SBK) nach der Jahrhundertwende veröffentlicht, wird diese Zuschreibung direkt adressiert, wenn festgehalten wird, dass es «heute mehr denn je [...] Aufgabe des Staates [ist], für das *Gemeinwohl* zu wirken».⁶⁶ Darüber hinaus kommt diese längst vorausgesetzte Zuschreibung in zwei weiteren Hinsichten deutlich zur Geltung: Zum Ersten äussert sich die Stellungnahme skeptisch gegenüber den Kritiken gegenüber sozialstaatlichen Handlungen und entsprechenden Initiativen, die danach trachten, das Ausmass staatlicher Verantwortung etwa durch Privatisierungsprogramme einzudämmen.⁶⁷ Zum Zweiten bringt die Stellungnahme in zahlreichen Einzelaspekten das Anliegen zum Ausdruck, die wohlfahrtsstaatliche Verantwortung nicht nur partiell weiterzuentwickeln, sondern in grundsätzlicher Art und Weise eine «Neukonzeption des Systems sozialer Sicherung»⁶⁸ zu erreichen, die auf eine umfassende soziale Absicherung der Bürgerinnen und Bürger abzielt.⁶⁹

Diese verfestigte *Zuschreibung von Wohlfahrtsaufgaben* an den Staat deckt sich mit den Erfahrungen aus den Spitexvereinen bzw. den kirchlichen Äusserungen zu ihren Vorstellungen über die Verantwortungsteilung in der ambulanten Krankenpflege. Wenn auch – wie bereits oben festgehalten

66 Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund (SEK) / Schweizer Bischofskonferenz (SBK), Konsultation, 61 (Hervorhebung im Original).

67 Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund (SEK) / Schweizer Bischofskonferenz (SBK), Konsultation, 62.

68 Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund (SEK) / Schweizer Bischofskonferenz (SBK), 124.

69 Dazu gehören bspw. Massnahmen zur ökonomischen Existenzsicherung für Familien und Kinder (vgl. Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund [SEK] / Schweizer Bischofskonferenz [SBK], Konsultation 1, 32), für eine grundsätzliche Entkopplung von Erwerbsarbeit und materieller Existenzsicherung (vgl. Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund [SEK] / Schweizer Bischofskonferenz [SBK], Konsultation, 46) sowie zu einer ökologischen Regulierung der Wirtschaft (vgl. Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund [SEK] / Schweizer Bischofskonferenz [SBK], Konsultation, 53).

In ähnlicher Weise äussert sich in Deutschland das von den beiden Konfessionen verantwortete «Gemeinsame Wort zur wirtschaftlichen und sozialen Lage in Deutschland» (Kirchenamt der Evangelischen Kirchen in Deutschland / Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Zukunft) von 1997, in dem zwar im Blick auf die gesellschaftliche Verantwortungsteilung auch die Eigenverantwortung des Einzelnen aufscheint, in dem aber insgesamt doch «die präventiven und grundsichernden Aufgaben des Sozialstaats interpretationsleitend» (Maaser, Barmherzigkeit, 186) bleiben.

wurde – in den vorfindlichen kirchgemeindlichen Positionierungen keine eigenständige wohlfahrtspluralistische Konzeption aufgefunden werden konnte, so lassen die einzelnen Äusserungen doch auf implizite Vorstellungen einer Rollenaufteilung schliessen, die das sozialstaatliche Engagement und die kirchliche Mitwirkung in der ambulanten Krankenpflege in eine Relation setzen, die zueinander entgegengesetzt sind. Das heisst, es wurde formuliert, dass das kirchliche bzw. spezifisch das kirchgemeindliche Engagement zurückgezogen wird, sobald ein soziales Handlungsfeld in umfassender Art und Weise zum staatlich verantworteten Regelungsgegenstand geworden ist – und sich das kirchliche Engagement in der Folge auf andere, als «dringlicher» erachtete Felder konzentriert, in denen (noch) keine derartige staatliche Steuerungsfunktion besteht.⁷⁰

Mit diesen Ausführungen ist auch bereits die Vorstellung der *Subsidiarität* in der Aufgabenerfüllung deutlich vorgezeichnet: Dadurch dass mit den erwähnten Positionierungen die beiden «Gravitationszentren», d.h. die Zuschreibung sozialer Aufgaben an den Staat einerseits und die kirchliche Mitwirkung an der subsidiären Aufgabenerfüllung andererseits, in eine zueinander jeweils entgegengesetzte Relation gebracht wurden, besteht kirchlicherseits das Verständnis einer Rollenaufteilung, die für die Kirchen keine Aufgabe in einem sozialen Handlungsfeld mehr vorsehen, sobald der Staat umfassend regulierend darin einwirkt.

Die kirchliche Mitwirkung im Bereich der ambulanten Krankenpflege ist in dieser Hinsicht im Blick auf die Beteiligung an der subsidiären Aufgabenerfüllung durchwegs passiv bestimmt, da sie sich offensichtlich orientiert am jeweiligen Ausmass des staatlichen Engagements im entsprechenden sozialen Handlungsfeld.

70 Vgl. dazu die Ausführungen unter III.1.4.3. mit Verweis auf ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Telefonnotiz des Vereinspräsidenten nach einem Gespräch mit dem Präsidenten der katholischen Kirchenpflege vom 28. August 1998, 1.

III.3. Diakoniewissenschaftliche Erträge

III.3.1. Zum Wegfall einer «diakonischen Parallelstruktur» in der Schweiz

Im Verlauf der vorliegenden Studie ist in mehreren knappen Seitenblicken das für die bundesdeutsche Situation prägende Neben- und Miteinander von institutionell verfasster Kirche und verbandlich organisierter Diakonie beleuchtet worden. Mit Schweizer Augen betrachtet verfügt die Diakonie in Deutschland mit ihren über 30 000 Betrieben und über 600 000 Mitarbeitenden¹ über eine gewaltige Reichweite und eine starke Verankerung im bundesdeutschen Gesundheits- und Sozialwesen. Die Situation, dass die evangelischen Kirchen in Deutschland über ihre diakonischen Einrichtungen «einen relevanten Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge [erbringen], die vom deutschen Sozialstaat geleistet wird»,² wird auch als «kirchlich verbandliche Zweitstruktur»³ der Diakonie neben der «kirchlich-pastoralen Erststruktur»⁴ der institutionell verfassten Kirchen bezeichnet. Das genannte Mit- und Nebeneinander von kirchlicher Erst- und diakonischer Zweitstruktur stellt somit einen «für Deutschland typischen, historisch kontingenten, aber persistenten Sachverhalt»⁵ dar.

Dabei hat die Diakonie in Deutschland in Bezug auf ihr Verhältnis gegenüber dem Sozialstaat in den letzten drei Jahrzehnten eine beträchtliche Entwicklung durchlaufen: Während die Diakonie als ein Verband der sogenannten «freien Wohlfahrtsträger»⁶ durch die subsidiäre Auftragsvergabe während Jahrzehnten in einer privilegierten Position stand, erfolgte seit den 1990er Jahren eine weitgehende «Neuordnung des Verhältnisses von Sozialstaat und Verbänden»,⁷ und zwar derart, dass sich die Wohlfahrtsverbände heute «in einer zunehmend wettbewerblichen Rahmenordnung»⁸ wiederfinden. In dieser neuen Ordnung sind sie weitgehend den privatrechtlich und gewinnorientierten Leistungserbringern gleichgestellt, was auch in Deutsch-

1 Diakonie Deutschland, Diakonie, o. S.

2 Möhring-Hesse, Caritas und Diakonie, 79.

3 Behrendt-Raith / Schäfer, Diakonie, 384. Siehe dazu auch Schmidt, Diakonie, 264. Hoburg spricht seinerseits von einer «eigenständige[n] zweite[n] Säule» der Diakonie neben den kirchlichen Strukturen (Gemeinwesen, 344).

4 Ebd.

5 Möhring-Hesse, Caritas und Diakonie, 79.

6 Siehe zum Begriff: Haslinger, Diakonie, 120 ff.

7 Maaser, Diakonie im Spagat, 166.

8 Maaser, Diakonie im Spagat, 167.

land eine «verschärfte[n] Konkurrenz»⁹ und einen «Wettbewerb zwischen den Anbieter:innen»¹⁰ in Gang gesetzt hat.

In dieser Situation ist zunächst die «hohe faktische Abhängigkeit von der öffentlichen Hand»¹¹ zu konstatieren, und zwar in einem Ausmass, dass nun weitgehend «der Sozialstaat zu wesentlichen Teilen die Arbeitsbedingungen und Handlungsmöglichkeiten der Diakonie [definiert]».¹² Diakonie ist somit «nicht nur Teil der Kirche, sondern zugleich Teil des Sozialstaats»¹³ und daher «genauso von dessen [...] Grundsätzen und Politiken bestimmt wie von theologischen Ansätzen».¹⁴ Darüber hinaus sehen sich die diakonischen Institutionen herausgefordert, sich als effiziente Leistungserbringerinnen zu positionieren in einer intermediären Sphäre, in der «über die Sektorengrenzen hinweg weitere Werte und Logiken aus anderen Sektoren Einfluss auf die Organisation entfalten».¹⁵ Angesichts dieser zahlreichen Einflussfaktoren kann festgehalten werden: «Diakonie ist Organisation, Rechtsform, Ökonomie, Sozialpolitik, Marke sowie vieles mehr und unterliegt darin jeweils spezifischen Logiken.»¹⁶

Das führt für die diakonischen Institutionen zu zwei spezifischen Herausforderungen, die die Identität der Institutionen betreffen und im vorliegenden Kontext besonders hervorgehoben werden sollen:

- Zum Ersten besteht für die diakonischen Institutionen die Notwendigkeit, die «komplexen Handlungszusammenhänge mit theologischen Grundlagen so zusammenzudenken, dass diakonische Einrichtungen konzeptionell als christliche Unternehmen verstanden und geführt werden können».¹⁷ Hierzu gehören die Aufgaben zur Entwicklung eines evangelischen Führungsverständnisses sowie einer diakonischen Unternehmenskultur, in denen eine «Vermittlung unterschiedlicher Steuerungsimpulse aus Ökonomie, christlicher Wertebindung und Fachlichkeit»¹⁸ erfolgt.

9 Möhring-Hesse, Caritas und Diakonie, 87.

10 Ebd.

11 Schmidt, Diakonie, 246.

12 Ebd.

13 Eurich/Eidt, Grundfragen, 359; siehe dazu auch Moos, Kirche bei Bedarf, 42.

14 Ebd.

15 Eurich, Organisationsformen, 53. Siehe dazu auch Möhring-Hesse, Caritas und Diakonie, 82.

16 Moos, Kirche bei Bedarf, 42.

17 Eurich, Theologie, 228.

18 Ebd.

- Zum Zweiten wird es unter diesen Bedingungen besonders herausfordernd, das Verhältnis zwischen Kirchen und Diakonie bzw. zwischen kirchlicher Erst- und diakonischer Zweitstruktur näher zu beschreiben. Die evangelischen Kirchen bezeichnen das Wirken der diakonischen Werke nach wie vor als «Wesens- und Lebensäusserung» der Kirche.¹⁹ Zudem basiert die gesellschaftliche Akzeptanz der Kirchen wie auch der Diakonie wesentlich auf der gewissermassen symbiotisch funktionierenden Wirkung, nach welcher die Diakonie «sich in ihren Aktivitäten den Kirchen und [...] sich wiederum die Kirchen «ihre» Wohlfahrtsverbände und deren Einrichtungen zuschreiben».²⁰ Gleichwohl kann nicht darüber hinweggesehen werden, dass unter diesen beiden Grössen zuweilen eine «Entfremdung»²¹ erfolgte und zwar im Sinne einer Schwächung der Gemeindegliederung der diakonischen Institutionen,²² sodass zuweilen «Ortsgemeinden und die formal organisierte Diakonie [...] gleichsam in verschiedenen Welten leben».²³ Die oben beschriebene «strukturelle Asymmetrie zwischen schrumpfender Volkskirche und expandierender Diakonie»²⁴ verschärft diese Entwicklung noch weiter.

In der Schweiz zeigt sich – zumindest im Blick auf die ambulante Krankenpflege – eine gänzlich andere Erscheinungsform der Diakonie, die hierzu eine differenzierte Betrachtung der Rede von einer «Zweitstruktur» notwendig macht. Die vorliegende Studie hat am Beispiel der ambulanten Krankenpflege aufgezeigt, dass es bei den evangelisch-reformierten Kirchen der Schweiz sehr wohl Ansätze gegeben hat, das diakonische Wirken in einer eigenständigen Parallelstruktur neben den institutionell verfassten Kirchgemeinden zu organisieren. Die Kirchgemeinden wurden oft als nicht flexibel genug²⁵ für die Aufgabenerfüllung in der ambulanten Krankenpflege erachtet, sodass sich die meisten der in Kap. II vorgestellten Krankenpflegevereine

19 So die Grundordnung der Evangelischen Kirche in Deutschland von 1948, Art. 15 Abs. 1.

20 Möhring-Hesse, Caritas und Diakonie, 81.

21 Behrendt-Raith / Schäfer, Diakonie, 375.

22 Vgl. ebd.

23 Ebd.

24 Becker, Perspektiven, 111 f. Siehe dazu auch oben in Kap. III.1.3.3.

25 Vgl. dazu Kaiser, Vereine, 958. Eine Erfüllung der Aufgabe der Krankenpflege erfolgte nur in einzelnen der untersuchten Gemeinden bzw. nur zu spezifischen Phasen (vgl. hierzu die Durchführung der Krankenpflege in der Kirchgemeinde St. Gallen-Tablat gemäss Ausführungen in Kapitel II.5. sowie die Hauspflege in der evangelischen Kirchgemeinde Egnach gemäss Ausführungen in Kap. II.2.).

als eigenständige Vereine ausserhalb der jeweiligen Kirchgemeinde organisiert hatten. Dabei fallen folgende Eigenheiten auf:

- Diese eigenständigen Vereine bestanden trotz rechtlicher Eigenständigkeit dennoch in enger Anbindung an die Kirchgemeinden. Kennzeichnend hierfür waren etwa die engen personellen Verbindungen zwischen den beiden Institutionen.
- Diese enge Verbindung kam auch darin zur Geltung, dass das Wirken der Krankenpflegevereine in räumlicher Hinsicht in der Regel den Grenzen der örtlichen Kirchgemeinde entsprach und kaum je über diesen Rahmen der eigenen Gemeinde hinaustrat.²⁶
- Angesichts dieser Fokussierung auf den Rahmen der eigenen Gemeinde bestanden auch keine Bestrebungen zur Schaffung übergemeindlicher Verbandsstrukturen,²⁷ d. h., es bestanden keine Absichten einer gemeinsamen Identitätsstiftung und Willensbildung unter kirchlichen Krankenpflegevereinen auf übergeordneter Ebene.
- Die obigen Ausführungen haben aufgezeigt, dass die öffentliche Hand in zunehmendem Masse die Arbeit der Krankenpflegevereine alimentierte; es bestand jedoch zu keiner Zeit eine rechtlich privilegierte Stellung für die Krankenpflegevereine, wie dies in Deutschland unter dem Dach der Träger der freien Wohlfahrtspflege während langer Zeit Bestand hatte.

Aus den dargelegten Entwicklungen ist ersichtlich, dass sich diese Parallelstrukturen über einen Zeitraum von bis zu einem ganzen Jahrhundert erstreckten²⁸ und – insbesondere in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts – von den entsprechenden Leitungspersonen mit Vehemenz verteidigt wurden.²⁹ Angesichts der vergleichsweise geringen Ausbreitung und der nicht vorhandenen verbandlichen Strukturierung erscheint es jedoch im Schweizerischen Kontext als unpassend, von einer eigenständigen «Zweitstruktur» der Krankenpflegevereine im Gegenüber zu den Kirchgemeinden zu sprechen, vielmehr ist dem Sachverhalt mit der Benennung von gewissen «Parallelstrukturen» wohl Genüge getan.

26 Zur parochialen Gebundenheit siehe weiter unten Kap. III.3.3.

27 Im Moment der Schaffung kantonaler bzw. nationaler Verbände ab den 1990er Jahren waren die Kirchgemeinden bereits nicht mehr zentral in die Führung der jeweiligen Vereine involviert; vgl. hierzu die Ausführungen in Kap. III.1.3.

28 So z. B. bei den Vereinen, die Ende des 19. Jahrhunderts gegründet wurden und gegen Ende des 20. Jahrhunderts in zivilgesellschaftliche Strukturen überführt wurden (so z. B. der Verein in Egnach gemäss Darstellung in Kap. II.2.).

29 Vgl. die zitierten Beispiele in Kap. II.1.1.

Im Umkehrschluss bedeutet dies aber gleichzeitig, dass sich das diakonische Wirken in der Deutschschweiz aktuell schwerpunktmässig auf die Kirchen und Kirchgemeinden bezieht.³⁰

Augenfällig wird eine differierende Entwicklung gegenüber der Situation in Deutschland insbesondere im Zeitraum der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Während sich die diakonischen Institutionen – nicht zuletzt angesichts der rechtlich privilegierten Stellung und des massiven Wachstums wohlfahrtsstaatlicher Auf- und Ausgaben – in einem «goldenen Zeitalter»³¹ befanden, wurden im vorliegenden Band die Etappen der Transformation der Beteiligung reformierter Akteure an der ambulanten Krankenpflege dargestellt, die dazu geführt hat, dass die Beteiligung an den beschriebenen Parallelstrukturen mittlerweile vollständig entfallen ist.³² Dass mit dieser Entwicklung auch die für den bundesdeutschen Kontext notwendige andauernde Verhältnisbestimmung zwischen «Kirche und Diakonie» als zweier separater und doch zueinander in Beziehung stehender Entitäten weitgehend obsolet wird, versteht sich von selbst.

In dieser Hinsicht mag es wenig erstaunen, dass diese Entwicklung aus bundesdeutscher Perspektive als «Verlust»³³ mit beträchtlichen «Folgen für das soziale Engagement der Kirchen»³⁴ interpretiert wird.

Diese Transformation hin zum Wegfall der diakonischen Zweitstruktur ist im Folgenden anhand mehrerer Aspekte zu konturieren:

III.3.1.1. Multifaktorielle Begründung für den Wegfall der diakonischen Parallelstruktur

Die bisherigen Ausführungen haben aufgezeigt, dass die Transformation von der dezidiert gewählten Selbstständigkeit der kirchlichen Mitwirkung in den Krankenpflegevereinen hin zum Rückzug kirchlicher Beteiligung aus dem staatlich regulierten Wohlfahrtswesen multifaktoriell begründet werden muss. Die beschriebene Transformation lässt sich nicht auf einen einzigen Begründungsstrang reduzieren; weder in inhaltlicher Hinsicht (namentlich in Bezug auf die vier untersuchten Faktoren) noch in zeitlicher Hinsicht kann die Transformation auf einen zentralen Aspekt bzw. eine zentrale Phase

30 Vgl. hierzu die Übersicht in Konferenz Diakonie Schweiz der EKS, Erhebung.

31 Jähnichen u. a. (Hg.), Caritas und Diakonie.

32 Vgl. dazu die Ausführungen und das Fazit in Kap. III.1.4.

33 So die Deutung von Eurich (Akteurin, 126) mit Blick auf die Entwicklung in den Niederlanden, die eine grosse Parallelität mit der schweizerischen Situation aufweist.

34 Ebd.

zurückgeführt werden. Vielmehr verweisen die Untersuchungen auf einen inhaltlich mehrschichtigen und zeitlich andauernden und sich sukzessive fortsetzenden Distanzierungsprozess. Freilich ist dieser nicht geradlinig verlaufen, sondern es lassen sich im diachronen Verlauf verschiedene Akzentuierungen ausmachen – dazu gehören etwa der bereits in Phase 2 einsetzende *Personalmangel*, der zur Folge hatte, dass das «einstimmige Duett» von Pfarrperson als Vereinspräsident und Diakonissenschwester als Krankenpflegerin ihre leitenden Positionen aufgeben mussten und von Personen ersetzt wurden, die der kirchlich-diakonischen Prägung der Krankenpflegevereine weniger Bedeutung zumassen. Dazu gehören aber auch die *unternehmerischen Belastungen*, denen sich die Kirchgemeinden insbesondere ab den 1970er Jahren mit der Unterstützung der Krankenpflegevereine ausgesetzt sahen. Die zunehmende staatliche Beteiligung in der ambulanten Krankenpflege nahmen sie in der Folge dankbar auf, um die eigenen Beiträge und damit die finanzielle Belastung der Kirchgemeinde reduzieren zu können. Nicht zuletzt ist aber auch der Umstand anzuführen, dass die kirchgemeindlichen Akteure zuweilen den *Anforderungen staatlicher Behörden* an die Weiterentwicklung der Krankenpflegevereine (u. a. in zeitlicher Hinsicht) nicht gerecht zu werden vermochten. Dabei spielten der zeitliche Druck, aber auch Anforderungen an Umstrukturierungen über die Grenzen der Parochie hinaus eine wichtige Rolle.³⁵

III.3.1.2. Rückzug aus der subsidiären Aufgabenerfüllung zwischen Freiwilligkeit und Zwang

Mit den genannten multifaktoriellen Begründungen für den Wegfall der diakonischen Zweitstruktur stellt sich die Frage, ob der Rückzug kirchgemeindlicher Akteure aus der ambulanten Krankenpflege aufgrund von externem Zwang oder aber eigenständig und bewusst gewählt und somit freiwillig erfolgt ist. Die angeführten Faktoren legen den Schluss nahe, dass der Rückzug weder allein durch externe Faktoren bedingt ist noch allein bewusst und selbstgewählt erfolgte. Vielmehr muss er als in bedeutendem Masse fremdreferentiell motiviert bezeichnet werden in dem Sinn, dass der Rückzug der kirchlichen Akteure stark durch Entwicklungen des Gesundheitswesens angestossen, aber von den kirchlichen Akteuren dann zu weiten Teilen eigenständig vollzogen worden ist.

Zu dieser Beobachtung passt die oben angesprochene Passivität in der subsidiären Aufgabenerfüllung unter Bedingungen heutiger wohlfahrtspluralistischer Arrangements. Entsprechend ist festzuhalten: Dass die Kirchen

35 Vgl. hierzu insbesondere die Situation in St. Gallen-Ost (Kap. II.5.).

und Kirchgemeinden heute in der ambulanten Krankenpflege kaum mehr eine Rolle spielen, ist nicht so sehr Gegenstand einer bewussten, eigenverantwortlichen Entscheidung, vielmehr haben die genannten Umstände die Kirchen und Kirchgemeinden in diese Position gedrängt.

III.3.1.3. *Schwächung der sozialanwaltschaftlichen Aufmerksamkeit*

Es herrscht in der Diakoniewissenschaft Konsens darüber, dass zum diakonischen Wirken auch diejenigen Praxisformen konstitutiv dazugehören, «in denen Menschen, die unter Not leiden, durch Solidarität, durch Notminderung oder Notüberwindung und durch Bekämpfung der Ursachen ihrer Not Hilfe erfahren».³⁶ Diakonisches Handeln beschränkt sich demnach nicht allein auf das konkrete Hilfehandeln, sondern umfasst auch die «Interessenvertretung Benachteiligter».³⁷ Moser formuliert aus österreichischer Warte: «Zur Diakonie gehören sowohl das konkrete Hilfshandeln als auch öffentliche Stellungnahmen zu sozial- und gesellschaftspolitischen Fragen, welche die Klientinnen der Diakonie betreffen.»³⁸ Die Interessenvertretung von benachteiligten Menschen gilt nach Klie als «eine vornehme Aufgabe einer menschenfreundlichen und menschenrechtsorientierten Diakonie».³⁹

Im Fokus steht dabei insbesondere die «advokatorische Vertretung der Interessen derer, die – in besonderer Notlage – ihre Interessen nicht selbst wirksam vertreten können».⁴⁰ Ihre eigenen Interessen nicht selber wirksam vertreten können alle diejenigen Menschen und Gruppen, die sich in marginalisierten Lebenssituationen befinden und gemäss den Gesetzmässigkeiten einer gesellschaftlichen «Ökonomie der Aufmerksamkeit»⁴¹ nicht über ausreichend Ressourcen verfügen, um im Kampf um die öffentliche Aufmerksamkeit wirksam auf ihre Anliegen hinzuweisen. Für diese Menschen und Gruppen strebt die Diakonie danach, «Benachteiligungen durch Exklusion aus der allgemeinen kognitiven Ordnung entgegenzuwirken»⁴² und in

36 Haslinger, Diakonie, 21.

37 Maaser, Diakonie im Spagat, 177. Zu dieser Funktion gehört die heftig debattierte Ambivalenz, wonach die Diakonie damit nicht bloss eine anwaltschaftliche Rolle einnimmt, sondern sich zugleich mit gewissem Eigeninteresse für die «Sicherstellung der eigenen Arbeitsgrundlagen» (Moos, Kirche bei Bedarf, 56) einsetzt.

38 Moser, Diakonie, 136.

39 Klie, Diakonik, 584.

40 Welskop-Deffaa, Spitzenverbände, 421.

41 Vgl. dazu die grundlegenden Werke: Franck, Ökonomie; Franck, Währung.

42 Zeindler, Erzählungen, 295. Siehe zur diakonischen Funktion innerhalb einer Ökonomie der Aufmerksamkeit auch: Hofstetter, Das Unsichtbare, 255–259.

der gesellschaftlichen Öffentlichkeit demnach als «Stimme der Stummen»⁴³ zu fungieren.

Unter Kap. III.1.2. wurde berichtet, dass sich die evangelisch-reformierten Kirchen der Schweiz bis in die Mitte der 1960er Jahren intensiv mit der Situation der Krankenpflegevereine auseinandersetzten und zu deren Situation auch sozialpolitische Forderungen und Anliegen formulierten. Die Thematik der ambulanten Pflege erhielt gerade innerhalb der Abgeordnetenversammlung des damaligen Schweizerischen Evangelischen Kirchenbunds (SEK) erhebliche Beachtung. Neben der Diskussion der Rahmenbedingungen der Diakonissenschwestern wurden sogar eigene Strukturen zur Erörterung der mit der ambulanten Pflege verbundenen Fragestellungen eingerichtet.⁴⁴

Seit dem genannten Zeitraum sind aber keine eigenständigen Debatten rund um die ambulante Krankenpflege mehr feststellbar – und zwar weder innerhalb der nationalen Abgeordnetenversammlungen noch in sozialetischen Stellungnahmen der Kirchen.

Diese Entwicklung erfolgt ungefähr synchron mit dem nachgezeichneten Bedeutungsverlust, den die ambulante Krankenpflege seither innerhalb der evangelisch-reformierten Kirchen erfahren hat; die Gründe und Etappen hierfür wurden oben beschrieben.

Insofern muss – nach dem Motto «aus den Augen, aus dem Sinn» – konstatiert werden, dass mit dem sukzessiven Erodieren des Handlungsfelds der ambulanten Krankenpflege aus dem Tätigkeitsbereich der Kirchgemeinden auch die sozialpolitische Aufmerksamkeit für die Themen und Anliegen der ambulanten Krankenpflege insgesamt aus dem Blickfeld verschwunden sind. Zu fragen ist an dieser Stelle in übergeordneter Perspektive, ob den Vorgängen ein Mechanismus zugrunde liegt, wonach innerhalb der evangelisch-reformierten Kirchen nur dort eine sozialpolitische Aufmerksamkeit vorliegt, wo sie selbst auch aktiv tätig sind – und umgekehrt.

43 Ebd.

44 Im Zentrum stand dabei die Sorge um die ausreichende Personalrekrutierung, vgl. dazu die Ausführungen in Kap. III.1.2.

III.3.2. Folgerungen für die Verhältnisbestimmung zwischen kirchlicher Diakonie und wohlfahrtsstaatlichem Handeln

III.3.2.1. Von der «Wettbewerbsstrategie» zur «Sozialwohlstrategie»?

Im bundesdeutschen Kontext besteht die Auffassung, dass sich die Diakonie als Teil der freien Wohlfahrtspflege nicht auf einzelne Arbeitsbereiche des Sozial- und Gesundheitswesens beschränken soll, sondern dass sich die einzelnen Institutionen in ihrer Gesamtheit «räumlich und fachlich umfassend auf dem gesamten Gebiet der Wohlfahrtspflege betätigen» sollen.⁴⁵ Dabei ist zu beachten, dass nicht alle Bereiche des Sozial- und Gesundheitswesens gleichermaßen von der öffentlichen Hand refinanziert werden und somit zumeist unter marktförmigen Bedingungen funktionieren. Daneben bestehen auch Arbeitsfelder, die die diakonischen Institutionen als wichtig erachten, für die jedoch kein staatlicher Leistungsauftrag bereitsteht und in denen sie sich demnach selbstverantwortet engagieren. Für die diakonischen Verbände in übergeordneter Perspektive stellt sich damit die Frage, wie sie ihr Engagement in diesen unterschiedlichen Bereichen gewichten. Nach Maaser müssen sie sich fragen, «ob sie sich auf die marktfähigen sozialen Dienstleistungen [...] begrenzen, die nicht-marktfähigen mit einbeziehen [...] oder sich ausschliesslich auf letztere konzentrieren wollen»,⁴⁶ wobei er die erstere Position als «Wettbewerbsstrategie», die letztere als «Sozialwohlstrategie»⁴⁷ bezeichnet. Auf die Virulenz solcher Positionierungen verweisen auch Eurich / Eidt, wenn sie die «Frage nach dem sozialetisch verantwortbaren Mass der Refinanzierungs- und/oder Marktorientierung»⁴⁸ aufwerfen bzw. sogar einen «(Teil-) Rückzug»⁴⁹ daraus zur Diskussion stellen.

In der vorliegenden Arbeit wurde dargestellt, dass und wie sich die Diakonie in der Schweiz – exemplarisch am Beispiel der ambulanten Krankenpflege ausgeführt – aus der Wettbewerbsstrategie eines spezifischen Bereichs zurückgezogen hat. Dabei ist es durchaus möglich, dass dieser Rückzug aus der Wettbewerbsstrategie auch bei vielen weiteren Bereichen nachgezeichnet werden könnte, etwa im Bereich der stationären Pflege, der sozialfachlichen Schulen sowie der Drogenprävention, um nur einige Beispiele zu nennen.⁵⁰

45 Welskop-Deffaa, Spitzenverbände, 421.

46 Maaser, Diakonie im Spagat, 174.

47 Ebd.

48 Eurich / Eidt, Grundfragen, 352.

49 Ebd. Siehe dazu auch Maaser, Diakonie im Spagat, 178.

50 Die Anzahl an Beispielen, die nicht diesem Trend entsprechen, erscheint insgesamt überschaubar. Dazu gehören etwa einzelne sozialpädagogische Einrichtungen, die

Ein erster Blick in die hauptsächlichen Betätigungsfelder der «Sozialdiakonie» als kirchgemeindlich getragener Diakonie in der Schweiz bestätigt denn auch vorerst, dass sich das diakonische Engagement kaum in marktförmigen Bereichen abspielt. Die Betätigungsfelder sind zwar sehr wohl vielfältig, sind jedoch kaum je in staatlich refinanzierten Projekten angesiedelt.⁵¹

Zu fragen ist nun, ob dieser Rückzug aus der Wettbewerbsstrategie in bewusster Art und Weise als Übergang zu einem Handeln in der Sozialwohlstrategie erfolgte. Zur Beantwortung dieser Frage erscheint ein erneuter Blick auf die oben dargestellte Verhältnisbestimmung zwischen Diakonie und Wohlfahrtsstaat anhand der «Gravitationszentren» von Reuter / Gabriel hilfreich. In Kap. III.2.3. sind die gegenläufigen Bewegungen herausgearbeitet worden, wonach die Kirchen im Verlaufe der Zeit zwar die Zuschreibung wohlfahrtsstaatlicher Aufgaben an den Staat bejaht, sich aber gleichzeitig aus dem Arrangement subsidiärer Aufgabenerfüllung zurückgezogen haben. Bis hierhin mag das diakonische Engagement in der Tat als Form der Sozialwohlstrategie erscheinen. Dazu ist aber eine Differenzierung notwendig: Die Transformation hin zu einer Sozialwohlstrategie erfolgte gemäss obiger Darstellung nicht aktiv aufgrund einer bewussten Richtungsentscheidung, vielmehr gilt:

- Mit dem Moment, ab dem die Kirchen eine aktive Rolle des Staates befürworten, wollen sie selbst nicht mehr aktiv darin mitwirken und richten ihr eigenes Wirken in passiver Hinsicht am jeweiligen Ausmass des staatlichen Engagements aus.
- Auf dieser Basis ist oben ein Verständnis einer Rollenaufteilung zwischen kirchlicher Diakonie und Staat formuliert worden, wonach die Kirchen für sich keine Aufgabe in einem sozialen Handlungsfeld mehr sehen, sobald der Staat erstens weitgehend regulierend darin einwirkt und zweitens marktförmige Bedingungen für ein Engagement darin schafft.⁵²
- Damit ist gleichzeitig ausgesagt, dass an keiner Stelle Vorstellungen oder Denkfiguren aufgefunden werden konnten, die ein aktives kirchliches Mitwirken unter Bedingungen weitreichender staatlicher Steuerungs-

als Stiftungen mit längerer Tradition immer noch zur Reformierten Kirche des Kantons Aargau gehören (vgl. dazu Schär, Herausforderungen; Weber-Berg, Diakonie). Als jüngstes Beispiel hierfür ist auf die Reformierte Landeskirche des Kantons Zürich zu verweisen, die im Rahmen einer öffentlichen Ausschreibung in ökumenischer Trägerschaft mit der Caritas ein Mandat zur Begleitung von Geflüchteten durch die lokale Bevölkerung erhalten haben (vgl. Evangelisch-reformierte Landeskirche des Kantons Zürich, Zäme da, o.S.).

51 Vgl. Konferenz Diakonie Schweiz, Erhebung, 13–15.

52 Vgl. oben Kap. III.2.3.

funktionen im Feld der ambulanten Krankenpflege überhaupt mitbedenken würden.

- Das heisst, das diakonische Engagement erfolgt somit sehr wohl weitgehend unter den Prämissen des «Sozialwohls»; dabei von einer expliziten «Strategie» im Sinne einer aktiven, bewussten Richtungsentscheidung zu sprechen, erscheint allerdings nicht als gegeben.

III.3.2.2. Die Rolle der Diakonie als «Pionierin»?

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie führen sodann dazu, einen kritischen Blick zu werfen auf Rollenzuschreibungen der Diakonie im Wohlfahrtsstaat, wie sie in diakonischen Diskursen in der Schweiz vorzufinden sind – das bezieht sich erstens auf die Beschreibung der Diakonie als «Pionierin». In verschiedenen Diakoniekonzepten von evangelisch-reformierten Landeskirchen wird die Pionierfunktion der Diakonie betont;⁵³ ebendiese Rede hat unterdessen auch in kirchgemeindliche Konzeptionen Eingang gefunden.⁵⁴ Diese Rolle wird durch historische Evidenz begründet, indem zahlreiche Beispiele angeführt werden, in denen protestantische Akteurinnen und Akteure neue soziale Initiativen gestartet haben, die in der Folge zum Grundauftrag wohlfahrtsstaatlichen Handelns geworden sind (neben der ambulanten Krankenpflege etwa die Suchthilfe, soziale Ausbildungen u. a. m.). Der Wirkmechanismus dieser diakonischen Pionierrolle wird in der Folge in zwei Teile untergliedert: Der erste Teil besteht in der Darstellung der damaligen pionierhaften sozialen Initiativen; für den zweiten Teil wird argumentiert, dass die Diakonie die geschaffenen Initiativen bewusst an andere Träger übergibt, um frei zu werden für neue pionierhafte Initiativen. Das Zürcher Diakoniekonzept formuliert: «Wo sich die Neuerungen bewähren, gibt die Kirche sie weiter an Private oder den Staat. Sie selbst wird frei für neue Pioniertaten.»⁵⁵

Aufgrund der in der vorliegenden Studie gemachten Erfahrungen legt sich eine differenzierte Sicht auf diese postulierte Pionierrolle der Diakonie nahe: Der erste Teil des formulierten Wirkmechanismus, d. h. die pionierhafte Begründung neuer sozialer Initiativen, lässt sich mit Blick auf die ambulante Krankenpflege bestens begründen. Es waren in der Tat zu grossen Teilen kirchliche Akteurinnen und Akteure, die am Beginn der institutionell verfassten ambulanten Krankenpflege standen. Schwieriger wird die Argumen-

53 So bspw. in Reformierte Kirche Zürich, Diakoniekonzept, 35 (weitere Funktionen bestehen in der Diakonie als «Stellvertreterin» sowie als «ergänzende Kraft», ebd.); Reformierte Kirche Baselland, Diakoniekonzept, 7.

54 Vgl. dazu bspw. Reformierte Kirche Zollikon, Diakonie.

55 Reformierte Kirche Zürich, Diakoniekonzept, 35.

tationslage jedoch beim zweiten Teil des Wirkmechanismus, d.h. bei der Rede von der bewussten und expliziten Übergabe der Initiativen zwecks Investierens in neue soziale Initiativen. Zwar ist eine entsprechende Argumentation in einem Fall ansatzweise aufgefunden worden,⁵⁶ gleichzeitig lässt sich die These der bewussten Übergabe zwecks Neugründung anderer Initiativen in den anderen Fallbeispielen so nicht bestätigen: Zum einen liegt mit der Kirchgemeinde Egnach ein Beispiel vor, in dem die Kirchgemeinde die durch den Rückzug aus der Hauspflege frei gewordenen Mittel explizit nicht für neue soziale Initiativen, sondern für die Konsolidierung des eigenen Budgets verwendet hatte.⁵⁷ Zum anderen ist der Rückzug der Kirchgemeinden in weiteren Fällen gerade nicht mit der Umorientierung des diakonischen Engagements in andere soziale Initiativen, sondern mit der neuen Rollenaufteilung im Wohlfahrtsstaat bzw. mit der entfallenden Rolle der Diakonie im betreffenden Handlungsfeld begründet worden.

Folglich ist zu resümieren, dass die Rede von der Diakonie als «Pionierin» zwar in historischer Perspektive durchaus als zutreffend zu beurteilen ist, im zeitgeschichtlichen Kontext kann der beschriebene Wirkmechanismus des Zurückziehens bei gleichzeitigem Neuengagieren in Bezug auf das Engagement in der ambulanten Krankenpflege so nicht generell bestätigt werden. Zu fragen ist daher, ob der Rede von der Diakonie als Pionierin eine retrospektive Rechtfertigungsstruktur innewohnt und sie die historischen Entwicklungen zu unkritisch oder gar falsch wiedergibt.

III.3.2.3. Reformationshistorische Rollenzuschreibungen

Die zweite Rollenzuschreibung bezieht sich auf Diskurse zu reformationshistorischen Neukonfigurationen in der Wahrnehmung sozialer Aufgaben zwischen Kirchen und Staat.

Der Zürcher Reformationshistoriker Emidio Campi bezeichnet die Einführung der Armenordnung im Jahr 1525 im Rahmen der Zürcher Reformation als «epochale soziale Reform»,⁵⁸ in der der Rat «die sozialen Aufgaben, die vorher der Kirche oblagen, in den eigenen Kompetenzbereich auf[nahm]».⁵⁹

56 Vgl. die Situation in Wettingen-Neuenhof, wo sich die Kirchgemeinde im Jahr 1998 von der Mitfinanzierung der Spitex zurückzog, um «finanziell dringendere» Anliegen zu unterstützen (ASWN, Spitex-Verein Wettingen, Telefonnotiz des Vereinspräsidenten nach einem Gespräch mit dem Präsidenten der katholischen Kirchenpflege vom 28. August 1998, 1).

57 Vgl. AKGE, Kirchenvorsteherschaft Egnach, Protokollbuch, Protokoll der Sitzung der Kirchenvorsteherschaft vom 4. Dezember 1986, 48 / § 412.

58 Campi, *Erbe und Wirkung*, 44.

59 Ebd.

Zu diesen Aufgaben gehörten etwa die Einrichtung des sogenannten «Mushafens», die finanzielle Unterstützung von kinderreichen Familien, Alten und Pflegebedürftigen, bei gleichzeitigem Verbot des Bettelns.⁶⁰ Damit ist bereits angezeichnet, dass es sowohl in Zürich aber auch an anderen Orten der Reformation zu einer «gewisse[n] Verschiebung auf der Akteursebene»⁶¹ kam, in denen sich die Tendenz verstärkte, wonach «die städtischen Kommunen [...] zu wichtigen Akteuren der Bewältigung sozialer Probleme, vor allem der Armut»⁶² wurden. Angesichts dieser neuen «Erfordernisse einer übergeordneten Steuerung der Bewältigung sozialer Fragen»⁶³ lassen sich erste «Präfigurationen erkennen»,⁶⁴ die «*im weitesten Sinn* als Vorläufer des Wohlfahrtsstaats betrachtet werden können».⁶⁵

Von besonderem Interesse ist an vorliegender Stelle nun die kirchliche und mediale Berichterstattung anlässlich der Feierlichkeiten zum 500-Jahre-Jubiläum der Reformation von vor einigen Jahren. In der Berichterstattung wurde zuweilen versucht, die Wirkungen und Prägungen der Reformation auf die heutige Gesellschaft in ihren unterschiedlichen Dimensionen zu fassen und zu benennen – so etwa die Auswirkungen auf das Bildungswesen, die Staatsform, das Wirtschaften, aber gerade auch auf das Sozialwesen. Dabei sind mitunter Berichte und Positionierungen entstanden, die es nicht dabei belassen, dass in der Zürcher Reformation die genannten ersten Präfigurationen heutiger wohlfahrtsstaatlicher Aufgabenteilung entstanden sind, sondern die den damaligen Vorgang einer Übertragung sozialer Aufgaben von der Kirche an den Staat geradezu als «typisch schweizerisches Phänomen»⁶⁶ bzw. als Eigenart wohlfahrtsstaatlicher Aufgabenteilung in der Schweiz bezeichnen, die bis heute anhalte.⁶⁷ Mit diesem Postulat wird somit das heutige wohlfahrtspluralistische Arrangement direkt in der Reformationszeit verankert.

Abgesehen davon, dass es aus hermeneutischer Sicht grundsätzlich problematisch ist, die Reformation «als Teil einer Genealogie der Moderne»⁶⁸

60 Vgl. ebd.

61 Maaser, Barmherzigkeit, 175.

62 Ebd.

63 Maaser, Barmherzigkeit, 176.

64 Ebd.

65 Campi, Erbe und Wirkung, 45 (Hervorhebung S. H.).

66 Sigris, Diakonie, 189.

67 Siehe hierzu bspw. die Berichterstattung in der Neuen Zürcher Zeitung (NZZ): Simon Hehli, 500 Jahre nach Zwingli.

68 Zeindler, 500 Jahre Reformation, 7. Zeindler führt dazu aus: Den genannten Ansätzen, die die Reformation als «Wegbereiterin der Gegenwart» (ebd.) sehen, liege das Selbstverständnis zugrunde, «die Moderne in ihrem Selbstverständnis,

zu sehen, bestehen gerade aus der Perspektive der hier untersuchten ambulanten Krankenpflege manifeste Anfragen an eine derartige Deutung, die einen direkten und geradlinigen Bezug zwischen den Ereignissen der Reformation und den heutigen wohlfahrtspluralistischen Arrangements herstellt. Die Fallbeispiele der hier untersuchten Krankenpflegevereine haben vielmehr vor Augen geführt, dass die kirchlichen Akteure bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts an der eigenen Verantwortlichkeit in diesem Feld sozialer Aufgaben festgehalten und sich teilweise vehement gegen eine Aufgabenübernahme durch staatliche Akteure gewehrt haben. Bereits diese Hinweise führen vor Augen, dass ein direkter und unmittelbarer Rückgriff vom heutigen wohlfahrtspluralistischen Arrangement auf die reformatorischen Ereignisse des 16. Jahrhunderts zu kurz greift und viel komplexer gedacht werden muss.⁶⁹

III.3.3. Die parochiale Gebundenheit diakonischen Wirkens

In der gesamten Zeitspanne, in der die Parallelstrukturen zwischen der Kirchgemeinde und dem mit ihr verbundenen ambulanten Krankenpflegeverein Bestand hatten, bezog sich der Aktionsradius dieses diakonischen Handelns auf den Rahmen der jeweiligen Parochie: Das heisst, wenn auch die evangelisch-reformierten Kirchen zuweilen auf kantonaler⁷⁰ oder sogar auf nationaler Ebene⁷¹ Debatten über die ambulante Pflege geführt hatten, so waren die zentralen kirchlichen Akteure, die mit der ambulanten Pflege in Verbindung standen – namentlich insbesondere Kirchgemeindeleitungen und Pfarrpersonen – in der jeweiligen Kirchgemeinde verortet. Die Grenzen der Parochie übersteigende Engagements der kirchgemeindlichen Verantwortli-

der bisherige Höhepunkte der Geschichte zu sein, einmal mehr zu bestätigen» (ebd.). Demgegenüber spricht sich Zeindler dafür aus, dass auch die «moderne-kritischen Aspekte der Reformation geltend gemacht werden» (ebd., Hervorhebung im Original).

69 Gleiches gilt für den bundesdeutschen Kontext, zu dem Maaser eindringlich darauf hinweist: Es wäre ein «Irrtum» zu glauben, dass die sich hier andeutende Aufteilung «von staatlicher und ergänzender gesellschaftlicher Verantwortung bereits die Arbeitsteilung des korporatistischen Wohlfahrtsstaats in Grundzügen vorwegnimmt und am Ende konfliktlos in sie einmündet» (Maaser, Barmherzigkeit, 176). Vielmehr bildete sich in Deutschland das vorfindliche wohlfahrtsstaatliche Paradigma erst in der Weimarer Republik heraus (vgl. ebd.).

70 Vgl. hierzu die Debatten in der Evangelischen Kirche des Kantons Thurgau in Kapitel II.2.

71 Vgl. die Ausführungen in Kapitel III.1.2.1.

chen sind in der vorliegenden Studie nicht auffindbar.⁷² Besonders augenfällig wird dieser parochiale Orientierungsrahmen angesichts der in den 1980er bzw. 1990er Jahren oftmals von den politischen Behörden forcierten Transformationen der lokalen Krankenpflegevereine in die übergemeindlichen Zusammenschlüsse zu Spitexorganisationen. Der Umstand, dass sich die kirchlichen Vertretungen aus den entstehenden übergemeindlichen Zusammenschlüssen zurückzogen, hing mitunter damit zusammen, dass diese keine eigene Zuständigkeit bzw. keine ihnen entsprechende Rolle in den neuen übergemeindlichen Strukturen sahen.

Auch an dieser Stelle ist – wie auch bereits in einem früheren Zusammenhang – zu formulieren: Eine Weiterführung des kirchlichen Engagements wurde in den übergemeindlichen Strukturen weder verboten noch gänzlich verhindert, sondern wäre darin auch weiterhin vollständig möglich gewesen. Für ein tieferes Verständnis der Beendigung des kirchlichen Engagements an den Grenzen der eigenen Parochie mag womöglich erneut das bereits angeführte Konzept des «institutional isomorphism» hilfreich sein: Das Konzept wurde oben eingeführt als Begründungsrahmen für den Umstand, dass zahlreiche heutige Spitexorganisationen – trotz der Absicht, sich voneinander zu differenzieren – doch jeweils von ähnlicher Gestalt sind. Das Konzept legte hierfür drei verschiedene Begründungsstränge vor.⁷³ Im vorliegenden Fall erscheint der zweite Begründungsstrang der Imitation bzw. Nachahmung («mimetic isomorphism») von Relevanz zu sein. Im Gegensatz zur Situation in Deutschland fehlten den kirchlichen Akteuren in der Schweiz jegliche Orientierungsbilder, die beschreiben würden, wie ein stimmiges kirchgemeindliches Engagement in der ambulanten Krankenpflege über die Gemeindegrenzen hinweg aussehen könnte. Das Konzept des «institutional isomorphism» beschreibt die Funktion der Imitation bzw. Nachahmung⁷⁴ als Situation in einem unsicheren betrieblichen Umfeld, in dem noch keine etablierten Problemlösungsstrategien bestehen und «als besonders erfolgreich wahrgenommene Modelle [rasch] über Organisationsgrenzen hinweg [diffundierten]»⁷⁵ – entsprechend ist hier ex negativo zu formulieren: In den involvierten Kirchgemeinden bestanden keinerlei eingeübte und erprobte Erfahrungen und Handlungsmuster, um über parochiale Grenzen hinweg ein zugleich zivil-

72 Eine Ausnahme bilden die übergemeindlichen Absprachen in der Gemeinde Arlesheim angesichts der sich verändernden Kirchgemeindegrenzen; vgl. die Debatten in Kapitel II.3.2.

73 Vgl. nochmals grundsätzlich DiMaggio/Powell, *The Iron Cage Revisited*.

74 DiMaggio/Powell, *The Iron Cage Revisited*, 151.

75 Vgl. Krücken, Paul J. DiMaggio, 196.

gesellschaftliches wie diakonisches Engagement mitzutragen; und weil entsprechende Vorbilder und Orientierungsmuster fehlten, zogen sich die Kirchgemeinden – wie alle anderen Kirchgemeinden auch – im Sinne einer negativen Form der Nachahmung aus der ambulanten Krankenpflege zurück. Auch die Einbettung der Gemeinden in die kantonalkirchlichen Strukturen bot demnach nicht einen Handlungsrahmen, der für das diakonische Wirken hätte genutzt werden können.

Für den schweizerischen Kontext gilt also: Sowohl in der Phase der aktiven Mitwirkung in der Krankenpflege als auch in der Phase danach bezog sich der Aktionsradius des diakonischen Handelns im Wesentlichen auf den Radius der Parochie. Wie sehr diese Einschränkung des diakonischen Handelns auf die «Sozialform Gemeinde» in Kontrast steht mit der Situation in Deutschland, wird etwa anhand einer Positionierung von Haslinger deutlich, der den Aktionsrahmen für diakonisches Handeln – mit nicht unerheblichem Allgemeingültigkeitsanspruch – gerade ausserhalb der Sozialform Gemeinde positioniert: Er postuliert, dass bereits nach den ersten Jahrhunderten der Christentumsgeschichte «die Gemeinde eigentlich nicht mehr als vornehmer, signifikanter und bewusst darauf ausgerichteter Träger der Diakonie in Erscheinung [trat]. [...] Die Gemeinde firmierte eben, abgesehen von der genannten Anfangszeit, nie als Ort der Diakonie schlechthin oder als der Teil der Kirche, der sich speziell zur Hilfe für Notleidende beauftragt sieht. Vielmehr muss an mehreren Stellen der geschichtlichen Entwicklung christlicher Diakonie der Sozialform Gemeinde eine «diakonische Insuffizienz», ein Ungenügen, bisweilen sogar Versagen vor diakonischen Herausforderungen, attestiert werden.»⁷⁶

III.3.4. Ausblick und Perspektiven

In der vorliegenden Studie wurde in den vorangehenden Kapiteln das Fazit gezogen, dass die evangelisch-reformierten Kirchen in den Spitexorganisationen heutigen Zuschnitts als Mitträgerinnen sukzessive ausgeschieden sind und heute über keine aktive Mitwirkung mehr verfügen. Das heisst, nachdem die damaligen Krankenpflegevereine vor ungefähr 100 Jahren im Wesentlichen von kirchlichen Akteuren gegründet wurden, erfolgte seither die oben nachgezeichnete Transformation hin zu den heutigen Spitexorganisationen in zivilgesellschaftlicher oder öffentlich-rechtlicher Trägerschaft.

76 Haslinger, Diakonie, 71.

Das Fazit des weitgehenden Ausscheidens kirchlicher Akteurinnen und Akteure ist weder mit einer Heuristik des Verlusts verbunden noch von einer Bedauernsrhetorik begleitet. Gleichermassen eignet sich die Darstellung kaum dazu, als Motivation oder Anregung zu «Wiedererlangung alter Stärke» eingesetzt zu werden in dem Sinne, dass das Ausmass der früheren kirchlichen Beteiligung wiedergewonnen werden sollte. Vielmehr will die Studie in erster Linie in diakoniegeschichtlicher Hinsicht die erfolgten Transformationen nachzeichnen und dementsprechend die Gründe für die heute vorfindliche Situation eruieren.

Dies schliesst jedoch nicht aus, sondern ein, dass dennoch gefragt werden kann nach Perspektiven für ein zukünftiges diakonisches Wirken von Kirchen und Kirchgemeinden innerhalb der ambulanten Krankenpflege bzw. in einem weiteren Horizont innerhalb des breit gefächerten zivilgesellschaftlichen Netzwerks von sozialfachlichen Wirkungsfeldern, in denen kirchlich-diakonische Akteurinnen und Akteure nicht mehr als Mitträgerinnen und Mitträger fungieren, sondern in anderer Art und Weise mitwirken.

Als Ansatzpunkt hierfür bieten sich diejenigen diakonischen Wirkungsweisen an, die oben als «kirchliche Mitwirkung zweiter Art»⁷⁷ bezeichnet wurden. Unter «kirchlicher Mitwirkung zweiter Art» wurden diejenigen Formen verstanden, in denen innerhalb der jüngsten Phase neue Verbindungen zwischen den Spitexorganisationen und der kirchlichen Diakonie entstanden sind. Als «zweiter Art» wurden diese Verbindungen daher bezeichnet, da sie nicht mehr aufgrund der historischen Verbundenheit der kirchlichen Diakonie mit der ambulanten Krankenpflege entstanden sind, sondern weil die gegenseitigen Ressourcen gewinnbringend verbunden werden können, sei es aufgrund der für den sozialen Bereich affinen personellen Ressourcen, die gemeinsam nutzbaren Räumlichkeiten oder aber die fachlichen Kompetenzen, um auftretende ethische Orientierungs- und Sinndeutungsfragen gemeinsam zu erörtern.⁷⁸

In welche Richtung sich ein derartiges «kirchliches Engagement zweiter Art» weiterentwickeln könnte sowie welche Potenziale und Herausforderungen dabei bestehen, soll abschliessend mit einzelnen groben Pinselfstrichen skizziert werden:

- Die Entwicklung der Mitgliederzahlen der evangelisch-reformierten Kirchen hat längst dazu geführt, dass sich die Kirchgemeinden fast überall in Minoritätssituationen wiederfinden – womit auch die oben diskutierte Orientierung des diakonischen Wirkens an der Parochialstruktur

⁷⁷ Vgl. die entsprechenden Ausführungen in Kap. III.1.4.3.

⁷⁸ Vgl. ebd.

brüchig geworden ist und hinterfragt werden muss. Frey hält fest, dass sich das diakonische Handeln von Gemeinden an ein Gemeinwesen zu richten hat, das «längst grösser [ist] als die Zahl der reformierten Kirchensteuerzahlenden im betreffenden Einzugsgebiet und viel grösser als die der darin lebenden praktizierenden Reformierten».⁷⁹ Es ist nicht zuletzt diese Entwicklung, die zur Überzeugung geführt hat, dass «die Identifikation der Ortsgemeinden mit dem sozialen Nahraum neu dekliniert werden muss».⁸⁰ Darüber hinaus sind es aber auch die Differenzierungen innerhalb der Sozialräume selber, die eine Neubestimmung von Parochialstrukturen und sozialem Nahraum erfordern, zumal sich auch diese mittlerweile so ausdifferenziert haben, dass darin «längst kein zentrales Prinzip mehr»⁸¹ geltend gemacht werden kann. Daher ist zu konstatieren, dass die Verbindung zwischen territorialer Struktur der Gemeinde und dem Nahraum nicht nur aufgrund der Mitgliederentwicklung einer Neudefinition bedarf, sondern auch, «weil eben die sozialen Räume um die Kirchgemeinden herum längst so heterogen sind, dass die räumliche Struktur nicht mehr adäquat auf ihren sozialen Kontext bezogen werden kann».⁸²

- Die zukünftige «Gestaltung des Sozialen»⁸³ fokussiert mehr und mehr auf den Sozialraum und die Idee einer nahräumlichen «Gemeinschaft, die durch die sorgende Verantwortung der in ihr lebenden Bürger:innen Gestalt gewinnt und für die Bürger:innen Sorge trägt».⁸⁴ Darin agieren nicht so sehr unterschiedliche, voneinander getrennte Entitäten und Institutionen; vielmehr stehen diese nahräumlichen Gemeinschaften im Zeichen der Schaffung von «Verbundsysteme[n]»⁸⁵ bzw. Netzwerken «zwischen Ehrenamtlichen und Hauptamtlichen, Ortsgemeinden, diakonischen Einrichtungen und zivilgesellschaftlichen Gruppen, in denen

79 Frey, Chancenfelder, 213.

80 Behrendt-Raith / Schäfer, Diakonie, 384.

81 Eurich, Akteurin, 118.

82 Eurich, Akteurin, 119.

83 So der programmatische Begriff bei Behrendt-Raith / Schäfer, Diakonie, 384.

84 Ebd. Behrendt-Raith / Schäfer (Diakonie, 384) nennen selber die Nähe einer solchen Konzeption zur Leitvorstellung der Caring communities, bei denen entscheidend ist, dass «die unterschiedlichen Akteure, die im sozialen Nahraum präsent sind, beteiligt sind und sich zu einem klugen Miteinander netzwerkartig verbinden – Angehörige, Vereine, Einzelpersonen, Kirchgemeinden, professionelle Hilfsorganisationen, staatliche Behörden u. v. m.» (Konferenz Diakonie Schweiz der EKS, Sorgende Gemeinschaft, 10).

85 Behrendt-Raith / Schäfer, Diakonie, 391.

es in neuen Verknüpfungen von Kompetenzen und Hilfeformen darum geht, Hilfe in lebensräumlichen Kontexten zur Verfügung zu stellen und Sozialräume inklusiver und solidarischer zu gestalten».⁸⁶

Diese Netzwerkorientierung hat sich auch die kirchliche Diakonie auf die Fahne zu schreiben: Sie bedeutet für die Diakonie denn auch, sich weniger «als staatsnahe Betreuungsinstitutionen [...], sondern als zivilgesellschaftliche Akteure»⁸⁷ zu verstehen, die ihre Ressourcen eigens aktiv in den zivilgesellschaftlichen «Mix unterschiedlicher Akteure, Kompetenzen und Arbeitsformen»⁸⁸ einbringen. Dabei ist klar, dass sich die kirchliche Diakonie gerade auch in einem «Netz von Kooperationspartnern»⁸⁹ unterschiedlicher Prägungen engagiert und somit auch kooperiert mit Partnerorganisationen, die «oftmals keinen expliziten Bezug zu religiösen Themen widerspiegeln».⁹⁰ In dieser Hinsicht zeigt sich, dass die oben angeführte «kirchliche Einbindung zweiter Art» eine stärkere Loslösung diakonischen Wirkens vom parochialen Rahmen bedeuten kann und verstärkte Investitionen in die Netzbildung mit kirchlichen, zivilgesellschaftlichen und öffentlichen Institutionen und Personen impliziert. Kirchlich-diakonisches Wirken, das abrückt von der zentralen Orientierung an der Parochie, wird demnach ein «plurales Gebilde von Verknüpfungen»,⁹¹ das «polyzentrisch»⁹² funktioniert und dessen «Ränder unscharf»⁹³ sind.

Die Spitexorganisationen wurden in dieser Arbeit als intermediäre Institutionen beschrieben,⁹⁴ wobei das Konzept des intermediären Raums auf die mannigfachen Verflechtungen und Verschränkungen von Einflüssen aus unterschiedlichen gesellschaftlichen Sphären verweist. Zwar versuchen die Spitexorganisationen, ihre *zivilgesellschaftliche* Zielorientierung hochzuhalten, zu gleichen Zeiten sehen sie sich jedoch herausgefordert, die Vorschriften der *staatlichen* Behörden einzuhalten sowie gegenüber den ökonomischen Anforderungen des Marktes zu bestehen – was in aller Regel zu vielfachen Spannungsverhältnissen und Zielkonflikten führt. In kritischer Lesart können die Auswirkungen des intermediären Raums auch so zusammengefasst werden,

86 Ebd.

87 Schmidt, Diakonie, 256.

88 Behrendt-Raith / Schäfer, Diakonie, 385.

89 Eurich, Akteurin, 117.

90 Ebd. Siehe dazu auch Schmidt, Diakonie, 268.

91 Weyel, Gemeinde, 80.

92 Weyel, Gemeinde, 79.

93 Weyel, Gemeinde, 80.

94 Vgl. oben in Kap. III.1.4.3.

dass sich die Spitexorganisationen angesichts der multiplen Anforderungen kaum mehr flexibel und basierend auf freien Überzeugungen und Entscheidungen weiterentwickeln können, sondern dass sie fest eingespannt sind in bestehende Vorgaben und darin schlicht einen relativ starren und eng umschriebenen Platz im Gefüge zwischen zivilgesellschaftlichen, staatlichen und ökonomischen Einflüssen zugewiesen erhalten. Das zur Illustration herbeigezogene Konzept des «institutional isomorphism»⁹⁵ besagt denn auch, dass die Summe der organisationalen Vorgaben dazu führen, dass alle betreffenden Institutionen ungefähr gleich organisiert sind, gleich geführt werden und Gleiches leisten. Nur unwesentlich anders sieht die Lage für diakonische Institutionen in Deutschland aus, wo das Konzept des «intermediären Raums» zur Beschreibung deren Lage ebenfalls verbreitete Anwendung findet.⁹⁶

Ein Potenzial einer «Einbindung zweiter Art» der kirchlichen Diakonie besteht in diesem Aspekt darin, dass die kirchliche Diakonie mit einem Engagement bei Spitexorganisationen bzw. im weiteren zivilgesellschaftlichen Kontext als «intermediäre Institutionen *sui generis*» wirken können und zwar in zweierlei Hinsichten: Zum Ersten besteht das zentrale Potenzial kirchgemeindlichen Engagements darin, dass ihr Wirken gerade nicht derart stark von staatlichen und marktwirtschaftlichen Vorgaben geprägt ist, sondern vielmehr noch über wesentliche «Spielräume»⁹⁷ verfügt, die es über weite Strecken ermöglichen, den eigenen Ressourceneinsatz «menschlich, lebendig, agil und flexibel»⁹⁸ auszugestalten. Zwar ist zu beachten, dass auch kirchliche Verwaltungen «nicht frei von Erstarrungstendenzen und Überregulierung»⁹⁹ sind; dennoch können eigene Ressourcen sowie auch Tätigkeitsschwerpunkte so eingesetzt werden, wie es aus diakonischer Warte für richtig und wichtig befunden wird, und müssen nicht fremdreferentiellen Vorgaben entsprechen.¹⁰⁰ Aufgrund dieser spezifischen Funktion als «professionell Flexible»¹⁰¹ wird das Potenzial der kirchgemeindlichen Diakonie insbesondere in einem Raum des «Dazwischen»¹⁰² gesehen, der sich durch eine Ortsbestimmung

95 Vgl. DiMaggio / Powell, The Iron Cage Revisited.

96 Vgl. oben in Kap. III.1.4.3.

97 Frey, Chancenfelder, 211.

98 Ebd.

99 Frey, Chancenfelder 212.

100 Zu berücksichtigen sind in diesem Zusammenhang allerdings die zunehmenden staatlichen Steuerungsimpulse über die öffentlichen Finanzierungsinstrumente; siehe hierzu bspw. die Problematisierung in Hofstetter, Einführung, 5–7; Konferenz Diakonie Schweiz der EKS, Öffentliche Finanzierung.

101 Frey, Brennpunkte, 13.

102 Eurich, Akteurin, 120.

«zwischen den unterschiedlichen Funktionen und Interessen anderer gesellschaftlicher Player und Institutionen»¹⁰³ auszeichnet. Kirchen und Kirchgemeinden können sich daher im oben beschriebenen zivilgesellschaftlichen Netzwerk aufgrund der eigenen Handlungsfreiheiten als Vermittlerinnen und Vermittler zwischen verschiedenen Institutionen und Akteurinnen und Akteuren einsetzen.

Eine «intermediäre Institution *sui generis*» ist die kirchliche Diakonie im vorliegenden Zusammenhang zum Zweiten in der Hinsicht, wenn sie sich dafür einsetzt, im zivilgesellschaftlichen Kontext «das Orientierungs- und Vergewisserungspotenzial des christlichen Glaubens anlassbezogen zu entfalten».¹⁰⁴ Auf der Basis der Konzeption einer «öffentlichen Kirche»¹⁰⁵ postuliert Schlag, dass sich Kirche und Diakonie so in den zivilgesellschaftlichen Raum einbringen, dass «entscheidende Bruchlinien und Gefährdungen des individuellen und gesellschaftlichen Lebens überhaupt erst einmal thematisiert werden können. Dies geschieht von der Grundfrage aus, was dem Leben selbst dient und was zu seiner elementaren Gefährdung führt.»¹⁰⁶ Diese Thematisierung des christlichen Glaubens hat aber nicht im Modus der Belehrung, sondern vielmehr «im Modus prägnanten Fragens und der substanziell grundierten Offenheit»¹⁰⁷ zu erfolgen.

Diese Komponente führt zum Bewusstsein, dass beim Engagement der kirchlichen Diakonie in zivilgesellschaftlichen Kreisen nicht allein die karitative Mitwirkung im Zentrum steht, sondern dass dabei insbesondere auch die pastoral-seelsorglichen Funktionen wieder an Bedeutung gewinnen.¹⁰⁸ Daraus ergibt sich das Forschungsdesiderat, neu zu bestimmen, wie der diakonische Auftrag gegenüber dem öffentlichen Raum im Rahmen einer «öffentlichen Diakonie»¹⁰⁹ neu zu bestimmen ist.

103 Ebd.

104 Eurich, Akteurin, 122.

105 Es ist hier nicht der Ort, um ausführlich auf die Konzeption einer «öffentlichen Kirche» bzw. deren Derivate einzugehen. Für eine umsichtige Differenzierung des Feldes und der Begrifflichkeiten siehe Moos, Öffentliche Diakonie.

106 Schlag, Reimagining, 97.

107 Ebd.

108 Vgl. dazu Maaser, Diakonie im Spagat, 185. Siehe dazu auch die oben beschriebenen und bereits angewandten Funktionen in einzelnen Spitexorganisationen, wonach die kirchlichen Ressourcen gezielt aufgrund dieser Kompetenzen angefragt wurden (vgl. oben in Kap. III.1.4.3.).

109 Vgl. dazu Moos, Öffentliche Diakonie.

Bibliografie

Quellenkorpora

Burgdorf

- ASBO Archiv Spitex Burgdorf-Oberburg
 Ordner «Spitex-Vorstand»
 Ordner «Ab 2005 Vorstand»
- ABGB Archiv Burgergemeinde Burgdorf
 BAB Org Kr Freiwilliger Krankenverein Burgdorf
- AKGB Archiv reformierte Kirchgemeinde Burgdorf
 KG 24 Protokolle des Kirchgemeinderates

Egnach

- AKGE Archiv evangelische Kirchgemeinde Egnach
 11. Kranken- und Hauspflege
 14.3. Kranken- und Hauspflegeverein (Spitex)
- AGE Archiv Gemeinde Egnach
 A 04.03/012.01 Spitex-Dienste Egnach
- ASRA Archiv Spitex RegioArbon
 Elektronische Daten

Arlesheim

- AKGA Archiv der reformierten Kirchgemeinde Arlesheim
 19 Kranken- und Hauspflegeverein / Ambulante Dienste
- AGA Archiv der politischen Gemeinde Arlesheim
 24.2. Berichte über die Geschäftsführung
- ASB Spitex Arlesheim bzw. Birseck
 Elektronische Daten

Wettingen

- ASWN Archiv Spitex Wettingen-Neuenhof
(Unterlagen ohne Signatur)
- AKWN Archiv evangelisch-reformierte Kirchgemeinde Wettingen-Neuenhof
1.1.01. Protokollbuch der Kirchenpflege 1897–1921
1.1.02. Protokollbuch der Kirchenpflege 1921–1938
10.5.7. Reformierter Kranken- und Hauspflegeverein Wettingen 1984–1994
10.5.8. Haus- und Krankenpflegeverein Wettingen 1994–2004

St. Gallen-Tablat

- AKGT Archiv evangelisch-reformierte Kirchgemeinde Tablat
Ordner «Vereinsprotokolle 1983–1992»
Ordner «Vereinsprotokolle ab 1993»
Amtsberichte 1961–1970
Ältere Protokollbücher / Unterlagen ohne Signatur
- ARW Privataarchiv Rolf Weiss
Ordner «Spitex bis 2010»
Ordner «SPITEX Vorstand und Betrieb ab 1.1.2011»

Reiden

- ASW Archiv Spitex Wiggertal
(Unterlagen ohne Signatur)
Elektronische Daten
- AKGR Archiv evangelisch-reformierte Kirchgemeinde Reiden
Elektronische Daten

Weitere Archive

- AEKS Archiv der Evangelisch-reformierten Kirche Schweiz (EKS)
Elektronische Daten
- SAKB Staatsarchiv des Kantons Bern
Archiv des evangelisch-reformierten Synodrates des Kantons Bern / der Reformierten Kirchen Bern-Jura-Solothurn (1871–2011), Reihe K: Protokolle des Synodrates 1950–2011), K1–K4

Literaturverzeichnis

Das nachfolgende Literaturverzeichnis enthält Verweise auf Sekundärliteratur, Zeitungsartikel, Berichte und Webseiten von Behörden, Kirchgemeinden und zivilgesellschaftlichen Organisationen, digitale Publikationen und Nachschlagewerke.

Alber, Jens/Bernardi-Schenkluhn, Brigitte, Westeuropäische *Gesundheitssysteme* im Vergleich, Frankfurt a.M. 1992, 187.

Bauer, Franz J., *Das «lange» 19. Jahrhundert (1789–1917)*. Profil einer Epoche, Stuttgart 2004.

Baumer, Matthias, Private und nichtstaatliche *Armenfürsorge* in der Berner Landgemeinde Worb im 19. Jahrhundert (Berner Forschungen zur Regionalgeschichte 4), Nordhausen 2004.

Becker, Uwe (Hg.), Perspektiven der Diakonie im gesellschaftlichen Wandel, Neukirchen-Vluyn 2011.

Behrendt-Raith, Nina/Schäfer, Gerhard K., *Diakonie* in der Ortsgemeinde, in: Lob-Hüdepohl, Andreas/Schäfer, Gerhard K. (Hg.), *Ökumenisches Compendium Caritas und Diakonie*, Göttingen 2022, 375–394.

Benedict, Hans-Jürgen, Art. Vereinswesen/Kirchliche Vereine. II. Praktisch-theologisch, TRE 34 (2002), 654–656.

Besier, Gerhard, *Kirche, Politik und Gesellschaft im 20. Jahrhundert* (Enzyklopädie Deutscher Geschichte Bd. 56), München 2000.

Birgmeier, Bernd, Wissenschaftstheoretische und philosophisch-anthropologische Szenarien des «Ökonomischen» im Kontext sozialpädagogischer Denk- und Handlungslogiken, in: Müller, Carsten u. a. (Hg.), *Soziale Arbeit in der Ökonomisierungsfalle?*, Wiesbaden 2016, 65–78.

Blick online, «Bei der Spitex St. Gallen kommts zum grossen Knall», in: Blick online vom 10. März 2021, URL: <https://www.blick.ch/wirtschaft/22-kuendigungen-in-kurzerzeit-bei-der-spitex-in-st-gallen-kommts-zum-grossen-knall-id16392307.html> (abgerufen am 12. August 2021).

Blinkert, Baldo/Klie, Thomas, *Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel*, Hannover 2004.

Blust, Rolf, *Die Geschichte des Krankenpflegevereins Egnach seit der Gründung 1891 bis zum Verein Spitex-Dienste Egnach 2011*, Egnach 2012.

- Boltenhagen, Ursula, Von der *Gemeindeschwester* zur Sozialstation. Zeitzeuginnen berichten, in: Götzelmann, Arnd u. a. (Hg.), *Frauendiakonie und Krankenpflege*. Im Gespräch mit Diakonissen in Speyer (VDWI 37), Heidelberg 2009, 124–147.
- Borchardt, Andreas / Göthlich, Stephan E., *Erkenntnisgewinnung* durch Fallstudien, in: Albers, Sönke u. a. (Hg.), *Methodik der empirischen Forschung*, Wiesbaden ³2009, 33–48.
- Braunschweig, Sabine (Hg.), *Pflege – Räume, Macht und Alltag*. Beiträge zur Geschichte der Pflege, Zürich 2006.
- Brüschweiler, Roman u. a., *Geschichte der Gemeinde Wettingen*, Wettingen 1978.
- Buff, Christoph, *Ordination zum Diakonat – in der Diakonenschaft Greifensee*. Entwicklung seit 1923, Geschichtliches und Würdigung, Stein am Rhein 2009.
- Bundesamt für Statistik (BFS), *Bilanz der ständigen Wohnbevölkerung 1861–2020*, URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/stand-entwicklung/bevoelkerung.assetdetail.18344355.html> (abgerufen am 2. Juni 2022).
- Bundesamt für Statistik (BFS), *Historischer Atlas der Eidgenössischen Volkszählungen, Religionslandschaft, Reformierte Bevölkerung*, URL: https://www.atlas.bfs.admin.ch/maps/193/de/14549_14536_14498/23118.html (abgerufen am 10. März 2022).
- Bundesamt für Statistik (BFS), *Spitex: Synthese nach Leistungserbringertyp*, URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitswesen/hilfe-pflege-hause.assetdetail.19504027.html> (abgerufen am 10. März 2022).
- Bundesamt für Statistik (BFS), *Die Betreuung im Alters- und Pflegeheim nimmt 2020 ab, die Spitex-Versorgung kontinuierlich zu*, Medienmitteilung vom 9. November 2021.
- Campi, Emidio, *Erbe und Wirkung der Zürcher Reformation*, in: Koller, Erwin / Fischer, Johannes (Hg.), *Der wirtschaftliche Erfolg und der gnädige Gott. Christliche Arbeitsmoral, Sozialstaat und Globalisierung*, Zürich 2007, 39–50.
- Corti, Francesca, Art. *Tuberkulose*, in: *Historisches Lexikon der Schweiz (HLS)*, Version vom 07.12.2023, URL: <https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/007982/2012-12-07/> (abgerufen am 10. März 2020).
- Diakonie Deutschland, *Die Diakonie stellt sich vor*, URL: <https://www.diakonie.de/auf-einen-blick> (abgefragt am 10. Oktober 2023).
- DiMaggio, Paul J. / Powell, Walter W., *The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields*, *American Sociological Review* 48 (1983), 147–160.
- Degen, Bernard, Art. *Soziale Frage*, in: *Historisches Lexikon der Schweiz (HLS)*, Version vom 04.01.2012, URL: <https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/016092/2012-01-04/> (abgerufen am 15. Februar 2021).
- Degen, Bernard, Art. *Krankenversicherung*, in: *Historisches Lexikon der Schweiz (HLS)*, Version vom 30.10.2008, URL: <https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/016608/2008-10-30/> (abgerufen am 03. März 2022).
- Degen, Bernard, *Geschichte der NPO in der Schweiz*, in: Bernd Helmig u. a. (Hg.), *Der Dritte Sektor der Schweiz. Die Schweizer Länderstudie im Rahmen des Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project (CNP)*, Bern 2010, 59–98.

- Dörig, Maja, *Interpellation* «Wie steht es um die neue Spitex St. Gallen?» im St. Galler Stadtrat vom 23. März 2021, URL: <https://www.stadt.sg.ch/home/verwaltung-politik/demokratie-politik/stadtparlament/geschaefte.geschaefteDetail.html?geschaefteGUID=5bc80ce18a84495a9c405e7d41a5981a> (abgerufen am 12. August 2021).
- Dubler, Anne-Marie/Schibler, Heinz, Art. *Burgdorf*, in: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS), Version vom 07.11.2011, URL: <https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/000241/2011-11-17/> (abgerufen am 09. Juni 2022).
- Ehrenzeller, Ernst, *Geschichte der Stadt St. Gallen*, St. Gallen 1988.
- Eidg. Finanzdepartement (EFD), *Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen* (NFA), Bern 2007.
- Engler, Pascal, Staatliche und private *Träger* im schweizerischen Sozialwesen, in: Riedi, Anna Maria u. a. (Hg.), *Handbuch Sozialwesen Schweiz*, Bern 2015, 217–228.
- Erne, Emil/Gull, Thomas, Art. *Vereine*, Historisches-Lexikon der Schweiz (HLS), Version vom 03.10.2014, URL: www.hls-dhs-dss.ch/textes/d/D25745.php (abgerufen am 2. April 2019).
- Eurich, Johannes, Diakonie als *Akteurin* Öffentlicher Theologie im sozialen Nahraum, in: Körtner, Ulrich u. a. (Hg.), *Konzepte und Räume öffentlicher Theologie*, Leipzig 2020, 117–134.
- Eurich, Johannes, Zwischen *Theologie* und Sozialwissenschaft. Zu aktuellen Entwicklungen in der Diakoniewissenschaft, *Praktische Theologie* 4/50 (2015), 226–232.
- Eurich, Johannes, *Hybride Organisationsformen* und multiple Identitäten im Dritten Sektor, in: Schmidt, Heinz/Hildemann, Klaus D. (Hg.), *Nächstenliebe und Organisation. Zur Zukunft einer polyhybriden Diakonie in zivilgesellschaftlicher Perspektive* (Veröffentlichungen der wissenschaftlichen Gesellschaft für Theologie (VWGTh), Leipzig 2012, 43–60.
- Eurich, Johannes/Eidt, Ellen, *Theoretische Grundfragen* und aktuelle Entwicklungen in der Diakoniewissenschaft, in: Eurich, Johannes/Schmidt, Heinz (Hg.), *Diakonie. Grundlagen – Konzeptionen – Diskurse*, Göttingen 2016, 347–362.
- Evangelisch-reformierte Landeskirche des Kantons Zürich, *Zäme da*, URL: <https://zaeme-da.ch/> (abgerufen am 23. Oktober 2023).
- Evangelisch-reformierte Kirchgemeinde Burgdorf, *Kirchgemeinde*, URL: <https://www.ref-kirche-burgdorf.ch/kirchgemeinde/> (abgerufen am 5. März 2022).
- Evangelisch-reformierte Kirchgemeinde Tablat-St. Gallen, *Geschichtlicher Abriss* unserer Kirchgemeinde, URL: <https://www.tablat.ch/portrait> (abgerufen am 20. Juli 2021).
- Evers, Adalbert, *Gegenstand*, analytisches Konzept und Methodik der Studie, in: ders./Rauch, Ulrich/Stitz, Uta, *Von öffentlichen Einrichtungen zu sozialen Unternehmen. Hybride Organisationsformen im Bereich sozialer Dienstleistungen*, Berlin 2002, 11–44.
- Evers, Adalbert/Rauch, Ulrich/Stitz, Uta, *Von öffentlichen Einrichtungen zu sozialen Unternehmen. Hybride Organisationsformen im Bereich sozialer Dienstleistungen* (Modernisierungen des öffentlichen Sektors 16), Berlin 2002.
- Evers, Adalbert/Olk, Thomas, *Wohlfahrtspluralismus* – Analytische und normativ-politische Dimensionen eines Leitbegriffs, in: dies. (Hg.), *Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft*, Opladen 1996, 9–60.

- Evers, Adalbert/Olk, Thomas, Von der pflegerischen *Versorgung* zu hilfreichen Arrangements. Strategien der Herstellung optimaler Beziehungen zwischen formellem und informellem Hilfesystem im Bereich der Pflege älterer Menschen, in: dies. (Hg.), *Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft*, Opladen 1996, 347–372.
- Evers, Adalbert/Ewert, Benjamin, *Hybride Organisationen* im Bereich sozialer Dienste. Ein Konzept, sein Hintergrund und seine Implikationen, in: Klatetzki, Thomas (Hg.), *Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen. Soziologische Perspektiven*, Wiesbaden 2010, 103–128.
- Fischer-Lamprecht, Lutz, *Ein steiniger Weg*. Zum Bau der reformierten Kirche Wettingen 1838/1839 bis zur Einweihung der Orgel 1941, *Badener Neujaarsblätter* 2015, 148–153.
- Franck, Georg, *Ökonomie* der Aufmerksamkeit, in: *Merkur* 534/535 (1993), 748–761.
- Franck, Georg, Die neue *Währung*: Aufmerksamkeit. Zum Einfluss der Hochtechnik auf Zeit und Geld, in: *Merkur* 486 (1989), 688–701.
- Frey, Urs, *Chancenfelder* einer profilierten Diakonie, *Jahrbuch Diakonie Schweiz* 4 (2020/2021), 209–217.
- Frey, Urs, Für die Diakonie relevante soziale *Brennpunkte*, Manuskript des Vortrags gehalten am 17. Mai 2018 in Zürich.
- Frey, Walter, *Gesundheitspolitik*, in: Sonderegger, Christian/Stampfli, Marc (Hg.), *Aktuelle Schweiz. Lexikon für Politik, Recht, Wirtschaft, Gesellschaft*, Oberentfelden 1996, 495–510.
- Friedrich, Markus, *Die Geburt* des Archivs. Eine Wissensgeschichte, München 2013.
- Friedrich, Norbert, Überforderte *Engel*? Diakonissen als Gemeindeschwestern im 19. und 20. Jahrhundert, in: Braunschweig, Sabine (Hg.), *Pflege – Räume, Macht und Alltag*. Beiträge zur Geschichte der Pflege, Zürich 2006, 85–94.
- Fritschi, Alfred, *Schwesterntum*. Zur Sozialgeschichte der weiblichen Berufskrankenpflege in der Schweiz 1850–1930, Zürich 1990.
- Gabriel, Karl/Reuter, Hans-Richard, Die religiöse *Tiefengrammatik* des deutschen Wohlfahrtsstaats. Begriffs- und diskursgeschichtliche Befunde, in: dies. (Hg.), *Religion und Wohlfahrtsstaatlichkeit in Deutschland. Konfessionen – Semantiken – Diskurse*, Tübingen 2017, 467–489.
- Gause, Ute, *Kirchengeschichte* und Genderforschung, Tübingen 2006.
- Gemeinde Reiden, *Geschichte*, URL: <https://www.reiden.ch/portraet/geschichte.html/17> (abgerufen am 2. April 2022).
- Gemeinde Reiden, *Zahlen* und Fakten, URL: <https://www.reiden.ch/portraet/zahlen-und-fakten.html/18> (abgerufen am 2. April 2022).
- Germann, Urs u. a., *Geschichte* der Sozialen Sicherheit in der Schweiz. Synthese, Bern 2017.
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF), *Allgemeine Vertragsbestimmungen* zum Leistungsvertrag 2020 betreffend Pflegeleistungen in der Hilfe und Pflege zu Hause vom 1.10.2019.

- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, *Bericht zur Alterspolitik im Kanton Bern* 2011, Bern 2011.
- Göthlich, Stephan E., *Fallstudien* als Forschungsmethode. Plädoyer für einen Methodenpluralismus in der deutschen betriebswirtschaftlichen Forschung (Manuskripte aus den Instituten für Betriebswirtschaftslehre der Universität Kiel 578), Kiel 2003.
- Greschat, Martin, *Kirchliche Zeitgeschichte*. Anfragen und Aufgaben, *Theologische Zeitschrift* 4/61 (2005), 334–345.
- Growth from Knowledge (GfK), *Business Reflector*. Resultate 2021 der branchenübergreifenden Studie zur Reputation von Non-Profit-Organisationen in der Schweiz, URL: https://www.gfk.com/hubfs/website/editorial_ui_pdfs/GfK%20Business%20Reflector%202021%20Rangliste%20NPO.pdf (abgerufen am 10. März 2022).
- Haas, Simon, *Multirationales Management*. Diakonische Unternehmen in pluralen Umwelten gestalten (Veröffentlichungen des Diakoniewissenschaftlichen Instituts an der Universität Heidelberg VDWI 67), Leipzig 2023.
- Häusler, Michael, Art. *Vereinswesen* / Kirchliche Vereine. I. Kirchengeschichtlich, TRE 34 (2002), 639–654.
- Häusler, Michael, Art. *Vereine* / Vereinswesen. I. Historisch. 1. Zum Begriff, RGG⁴ 8 (2005), 955 f.
- Hackmann, Mathilde, «*Also früher war man als Schwester selbständig ...*» Veränderungen in der westdeutschen Gemeindekrankenpflege von 1950 bis in die 1980er Jahre, in: Thiekötter, Andrea u. a. (Hg.), *Alltag in der Pflege – Wie machten sich Pflegendе bemerkbar?* Beiträge des 8. Internationalen Kongresses zur Geschichte der Pflege 2008, Frankfurt a. M. 2009, 191–207.
- Hammer, Georg-Hinrich, *Geschichte der Diakonie in Deutschland*, Stuttgart, 2013.
- Haslinger, Herbert, *Diakonie*. Grundlagen für die soziale Arbeit der Kirche, Paderborn 2009.
- Hauschild, Wolf-Dieter, *Lehrbuch der Kirchen- und Dogmengeschichte*. Bd. 2: Reformation und Neuzeit, Gütersloh ³2005.
- Head-König, Anne-Lise, Art. *Bevölkerung*, in: *Historisches Lexikon der Schweiz* (HLS), Version vom 30.03.2012, URL: <https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/007946/2012-03-30/> (abgerufen am 27. April 2021).
- Hehli, Simon, *500 Jahre nach Zwingli – so reformiert ist die Schweiz heute noch*, in: NZZ-online vom 24. Dezember 2019, URL: <https://www.nzz.ch/schweiz/500-jahre-nach-zwingli-so-reformiert-ist-die-schweiz-heute-noch-ld.1530477> (abgerufen am 10. Juni 2022).
- Heim, Urs, *Leben für andere*. Die Krankenpflege der Diakonissen und Ordensschwwestern in der Schweiz, Basel 1998.
- Helmig, Bernd u. a., VI. *Statistik des Dritten Sektors in der Schweiz*, in: ders. / Lichtsteiner, Hans / Gmür, Markus (Hg.), *Der Dritte Sektor der Schweiz. Die Schweizer Länderstudie im Rahmen des Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project* (CNP), Bern 2010, 173–205.
- Herrmann, Volker, *Johann-Hinrich Wichern – Martin Gerhardt – Jochen-Christoph Kaiser*. Eine Skizze der Diakoniegeschichtsforschung, in: ders. (Hg.), Jochen-

- Christoph Kaiser, Evangelische Kirche und sozialer Staat. Diakonie im 19. und 20. Jahrhundert, Stuttgart 2008, 11–17.
- Hoburg, Ralf, *Gemeinwesen – Sozialraum*, in: Lob-Hüdepohl, Andreas / Schäfer, Gerhard K. (Hg.), *Ökumenisches Kompendium Caritas und Diakonie*, Göttingen 2022, 339–352.
- Höpflinger, François, *Altern in der Schweiz – demografische, gesundheitliche und gesellschaftliche Entwicklungen*, in: Perrig-Chiello, Pasqualina / Höpflinger, François (Hg.), *Pflegende Angehörige älterer Menschen. Probleme, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege*, Bern 2012, 29–62.
- Hofstetter, Simon, *Zur Einführung*, Jahrbuch Diakonie Schweiz 5 (2022/2023), 5–10.
- Hofstetter, Simon, *Ordinations- und Beauftragungsverständnisse der Sozialdiakoninnen und Sozialdiakone in den Deutschschweizer Kirchen*, in: SJKR 24 (2019), 29–42.
- Hofstetter, Simon, *Kirchliche Leistungserhebungen als Schritt in Richtung einer «Ökonomisierung des Helfens»*, in: Frettlöh, Magdalene L. / Mathwig, Frank (Hg.), *Kirche als Passion. Festschrift für Matthias Zeindler zum 60. Geburtstag*, Zürich 2018, 353–377.
- Hofstetter, Simon, *Die Rolle der reformierten Kirchen in der damaligen Heim- und Verdingkinderpraxis. Zur Einführung*, in: ders. / Gaillard, Esther (Hg.), *Heim- und Verdingkinder. Die Rolle der reformierten Kirchen im 19. und 20. Jahrhundert*, Zürich 2017, 11–28.
- Hofstetter, Simon, *Das Unsichtbare sichtbar machen. Pflegende Angehörige und der diakonische Auftrag der Kirchen*, Zürich 2016.
- Hofstetter, Simon / Gaillard, Esther (Hg.), *Heim- und Verdingkinder. Die Rolle der reformierten Kirchen im 19. und 20. Jahrhundert*, Zürich 2017.
- INFRAS / Landolt Rechtsanwälte / Careum Forschung, *Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit*, Bern 2018.
- Jähnichen, Traugott, *Protestantismus und soziale Frage im 19. Jahrhundert*, in: Gräb, Wilhelm / Weyel, Birgit (Hg.), *Praktische Theologie und protestantische Kultur (PThK 9)*, Gütersloh 2002, 135–150.
- Jähnichen, Traugott u. a. (Hg.), *Caritas und Diakonie im «goldenen Zeitalter» des bundesdeutschen Sozialstaats. Transformationen der konfessionellen Wohlfahrtsverbände in den 1960er Jahren*, Stuttgart 2010.
- Jähnichen, Traugott / Friedrich, Norbert, *Geschichte der sozialen Ideen im deutschen Protestantismus*, in: Euchner, Walter u. a. (Hg.), *Geschichte der sozialen Ideen in Deutschland*, Berlin ²2005, 878–981.
- Jost, Hans Ulrich, *Zur Geschichte des Vereinswesens in der Schweiz*, in: Hugger, Paul (Hg.), *Handbuch der schweizerischen Volkskultur. Band I*, Zürich 1992, 467–484.
- Kägi, Heinz, *100 Jahre Reformierte Kirche Reiden und Umgebung*, Zofingen 2018.
- Kaiser, Jochen-Christoph, Art. *Vereine / Vereinswesen*, II. Kirchliche Vereine. 1. Deutschland a. Evangelisch, RGG⁴ 8 (2005), 958–961.

- Kaiser, Jochen-Christoph, *Evangelische Kirche und sozialer Staat. Diakonie im 19. Und 20. Jahrhundert*, Stuttgart 2008.
- Kaiser, Jochen-Christoph, *Freie Wohlfahrtspflege im Kaiserreich und in der Weimarer Republik*, in: ders., *Evangelische Kirche und sozialer Staat. Diakonie im 19. und 20. Jahrhundert*, hg. von Volker Herrmann, Stuttgart 2008, 58–86.
- Kaiser, Jochen-Christoph / Scheepers, Rajah, *Einführung*, in: dies. (Hg.), *Dienerinnen des Herrn. Beiträge zur weiblichen Diakonie im 19. und 20. Jahrhundert*, Leipzig 2010, 13–16.
- Kesselring, Annemarie, *Angehörige pflegen: Herausforderung für die Zukunft? Antrittsvorlesung vom 13. Mai 2001 in Basel*.
- Ketelaar, Eric, *Records out and archives in early modern cities as creators of records and as communities of archives*, *Archival Science* 10/3 (2010), 201–210.
- Ketelaar, Eric, *Cultivating archives: meanings and identities*, *Archival Science* 12/1 (2012), 19–33.
- Kirchenamt der Evangelischen Kirchen in Deutschland / Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, *Für eine Zukunft in Solidarität und Gerechtigkeit. Gemeinsames Wort zur wirtschaftlichen und sozialen Lage in Deutschland*, Hannover / Bonn 1997.
- Klie, Thomas, *Diakonik: Für(s) Alte(r) sorgen. Zwischen Betreuung und Altersmanagement*, in: ders. / Kumlehn, Martina / Kunz, Ralph (Hg.), *Praktische Theologie des Alterns (Praktische Theologie im Wissenschaftsdiskurs 4)*, Berlin / New York 2009, 575–595.
- Knellwolf, Ulrich, *Lebenshäuser. Vom Krankenasyll zum Sozialunternehmen. 150 Jahre Diakoniewerk Neumünster*, Zürich 2007.
- Knoch-Mund, Gaby, *Privatarchive im Weiterbildungsprogramm MAS ALIS der Universitäten Bern und Lausanne*, *Arbido* 28/1 (2013), 50–53.
- Köppli, Marcel, *Protestantische Unternehmer in der Schweiz des 19. Jahrhunderts. Christlicher Patriarchalismus im Zeitalter der Industrialisierung (Basler und Berner Studien zur historischen Theologie Bd. 74)*, Zürich 2012.
- Konferenz Diakonie Schweiz der EKS, *Öffentliche Finanzierung der Diakonie. Eine Orientierungshilfe*, Bern 2022.
- Konferenz Diakonie Schweiz der EKS, *Sorgende Gemeinschaft. Ein Grundlagenpapier der Konferenz Diakonie Schweiz der EKS*, Bern 2021.
- Konferenz Diakonie Schweiz der EKS, *Erhebung Diakonie und Diakonat in den Kantonalkirchen*, Bern 2018.
- Kreutzer, Susanne, *Arbeits- und Lebensalltag evangelischer Krankenpflege. Organisation, soziale Praxis und biografische Erfahrungen 1945–1980*, Göttingen 2014.
- Kreutzer, Susanne, *Vom Liebesdienst zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945*, Frankfurt a. M. 2005.
- Kreutzer, Susanne, *Fragmentierung der Pflege. Umbrüche pflegerischen Handelns in den 1960er Jahren*, in: dies. (Hg.), *Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis ins 21. Jahrhundert*, Göttingen 2010, 109–130.
- Krisch, Michael, *Die Verräumlichung des Evangeliums im Geist des Kapitalismus*, Berlin 2018.

- Krücken, Georg, *Paul J. DiMaggio* und Walter W. Powell: The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism an Collective Rationality in Organizational Fields, in: Kraemer, Klaus/Brugger, Florian (Hg.), *Schlüsselwerke der Wirtschaftssoziologie*, Wiesbaden 2017, 195–200.
- Kuhlemann, Frank-Michael, Art. *Vereine / Vereinswesen*. I. Historisch. 3. Mittelalter bis Neuzeit, RGG⁴ 8 (2005), 957 f.
- Landolt, Hardy, Schweizerisches *Pflegefinanzierungssystem* – eine kritische Standortbestimmung, *Zeitschrift für Schweizerisches Recht (ZSR)* II 2016, 493–548.
- Leimgruber, Matthieu, *Etat fédéral, Etat social? L'historiographie de la protection sociale en Suisse*, *Traverse – Zeitschrift für Geschichte* 18 (2011), 217–237.
- Leuthardt, Olga, Die politische *Gemeinde*. Soziale Wohlfahrt, in: Oscar Studer u. a. (Hg.), *Heimatkunde Arlesheim*, Arlesheim 1993, 212–216, 214.
- Lichtsteiner, Hans u. a., Das Freiburger *Management-Modell* für Nonprofit-Organisationen, Bern ⁸2015.
- Linder, Gottfried, Der freiwillige *Krankenverein* Burgdorf 1881–1931, Burgdorf 1931.
- Ludi, Niklaus, Die *Armengesetzgebung* des Kantons Bern im 19. Jahrhundert. Vom Armengesetz von 1847 zum Armen- und Niederlassungsgesetz von 1897, Bern 1975.
- Maaser, Wolfgang, *Barmherzigkeit* – Gerechtigkeit – Gemeinschaft. Wohlfahrtsstaatliche Paradigmen in der theologischen Reflexion, in: Lob-Hüdepohl, Andreas / Schäfer, Gerhard K. (Hg.), *Ökumenisches Kompendium Caritas und Diakonie*, Göttingen 2022, 175–190.
- Maaser, Wolfgang, *Diakonie im Spagat*. Gemeinnützige Wohlfahrtsverbände zwischen Solidarität und marktförmigen Modernisierungsstrategien, in: Eurich, Johannes/Schmidt, Heinz (Hg.), *Diakonik. Grundlagen – Konzeptionen – Diskurse*, Göttingen 2016, 163–187.
- Maaser, Wolfgang, Soziale *Sicherheit* in protestantischer Perspektive, in: Gabriel, Karl/Reuter, Hans-Richard (Hg.), *Religion und Wohlfahrtsstaatlichkeit in Deutschland. Konfessionen – Semantiken – Diskurse*, Tübingen 2017, 445–466.
- Martens, Helge, *Mittwochsgesellschaft*, URL: www.humboldtgesellschaft.de/inhalt.php?name=mittwoch (abgerufen am 8. September 2020).
- Matter, Sonja, Historische *Entwicklungen* im Wohlfahrtswesen der modernen Schweiz, in: Riedi, Anna Maria u. a. (Hg.), *Handbuch Sozialwesen Schweiz*, Bern ²2015, 435–445.
- Mayer, Marcel, Art. *Tablat*, in: *Historisches Lexikon der Schweiz (HLS)*, Version vom 13.10.2017, URL: <https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/003345/2017-10-13/> (abgerufen am 15. Juli 2021).
- Mayring, Philipp, Qualitative *Inhaltsanalyse*, in: Mey, Günter/Mruck, Katja (Hg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*, Wiesbaden 2010, 601–613.
- Mayring, Philipp, Qualitative Inhaltsanalyse – *Abgrenzungen*, Spielarten, Weiterentwicklungen, *Forum Qualitative Sozialforschung* 20 (3), Art. 16, 2019, URL: <http://dx.doi.org/10.17169/fqs-20.3.3343> (abgerufen am 10. Mai 2023).

- Meier, Bruno, Art. *Wettingen*, in: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS), Version vom 11. November 2014, URL: <https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/001656/2014-11-11/> (abgerufen am 6. November 2021).
- Mehlhausen, Joachim, Zur *Methode* kirchlicher Zeitgeschichtsforschung, EvTh 48 (1988), 508–521.
- Mobbs, Arnold, *Die Evangelischen Kirchen* der Schweiz im Zeitalter der Ökumene und der zwischenmenschlichen Hilfe: 50 Jahre Kirchenbund 1920–1970, Bern 1970.
- Möhring-Hesse, Matthias, *Caritas und Diakonie* unter dem Veränderungsdruck staatlicher Gewährleistungsverantwortung, in: Lob-Hüdepohl, Andreas/Schäfer, Gerhard K. (Hg.), *Ökumenisches Kompendium Caritas und Diakonie*, Göttingen 2022, 79–92.
- Moos, Thorsten, *Kirche bei Bedarf*. Zum Verhältnis von Diakonie und Kirche, in: ders. (Hg.), *Diakonische Ethik. Systematisch-theologische Beiträge (DIAKONIE. Bildung – Gestaltung – Organisation Bd. 26)*, Stuttgart 2023, 37–62.
- Moos, Thorsten, *Öffentliche Diakonie*. Ein praxistheoretischer Zugang, in: ders. (Hg.), *Diakonische Ethik. Systematisch-theologische Beiträge (Diakonie. Bildung – Gestaltung – Organisation Bd. 26)*, Stuttgart 2023, 165–180.
- Moser, Fritz/Moine, Virgile, *Bericht* über die Staatsverwaltung des Kantons Bern. Verwaltungsbericht der Direktion des Kirchenwesens des Kantons Bern 1960, Bern 1961.
- Moser, Maria Katharina, Diakonie als Öffentliche Theologie. Einblicke und Reflexionen zur Praxis in Österreich, in: Körtner, Ulrich H. J. u. a. (Hg.), *Konzepte und Räume Öffentlicher Theologie. Wissenschaft – Kirche – Diakonie (Öffentliche Theologie Bd. 39)*, Leipzig 2020, 135–150.
- Naef, Christof/Sr. Schranz, Lydia/Vogler, Martin (Hg.), *150 Jahre Diakonissenhaus Bern 1844–1994*, Bern 1994.
- Nehmiz, Julia, «Er übernimmt keine Verantwortung für das, was er hinterlässt»: Der Geschäftsführer verlässt die Spitex St. Gallen AG per sofort, in: St. Galler Tagblatt vom 3. Juni 2021, URL: <https://www.tagblatt.ch/ostschweiz/stgallen/spitex-er-uebernimmt-keine-verantwortung-fuer-das-was-er-hinterlaesst-der-geschaefsfuehrer-verlaesst-die-spitex-stgallen-ag-per-sofort-ld.2145902> (abgerufen am 12. August 2021).
- Nolte, Karen, «Eine heilige Schar einheimischer Missionarinnen» – *Diakonissen* in der Gemeindepflege im 19. Jahrhundert, in: Thiekötter, Andrea u. a. (Hg.), *Alltag in der Pflege. Wie mach(t)en sich Pflegende bemerkbar?* Frankfurt a. M. 2009, 139–160.
- Ohlendorf, David/Rebenstorf, Hilke, *Überraschend offen. Kirchgemeinden in der Zivilgesellschaft*, hg. vom Sozialwissenschaftlichen Institut der EKD, Leipzig 2019.
- Peter, Hans-Balz, *Ein Aperçu*: Sozialethik in 100 Jahren SEK (par-texte 44), Hinterkapelen/Bern 2020.
- Pfister, Willy/Leuschner, Immanuel, *Die reformierten Pfarrer im Aargau seit der Reformation 1528–1985* (Argovia – Jahresschrift der Historischen Gesellschaft des Kantons Aargau Bd. 97), Aarau 1985.

- Rat der EKD, *Die soziale Sicherung* im Industriezeitalter, Gütersloh 1973.
- Reformierte Kirche Baselland, *Diakoniekonzept* der Evangelisch-reformierten Kirche des Kantons Basel-Landschaft, Liestal 2019.
- Reformierte Kirche Zollikon, *Diakonie* im Wandel, URL: <https://www.ref-zollikon.ch/diakonie-verbindet> (abgerufen am 10. Juni 2022).
- Reformierte Kirche Zürich, *Diakoniekonzept*, Zürich 2012.
- Röber, Michaela, *Wohlfahrtspluralismus* und häusliche Pflegearrangements, Frankfurt a. M. 2005.
- Rothenbühler, Verena, Art. *Egnach*, in: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS), Version vom 17.11.2011, URL: <https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/001855/2011-11-17/> (abgerufen am 10. März 2022).
- Rüegger, Heinz / Sigrist, Christoph, *Diakonie* – eine Einführung, Zürich 2011.
- Ruh, Hans, *Rentenversicherung* – Altersvorsorge, in: Hans-Balz Peter (Hg.), *Zur sozial-ethischen Verpflichtung der Kirche*. Festschrift für Felix Tschudi, Bern 1973, 50–51.
- Salathé, André u. a., Art. *Thurgau*, in: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS), Version vom 22.05.2017, URL: <https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/007393/2017-05-22/> (abgerufen am 10. März 2022).
- Sallmann, Martin, *Diakonie* in der Schweiz des 19. Jahrhunderts. Die Vielgestaltigkeit diakonischen Handelns an den Beispielen der Kanton Bern und Genf, in: Freudenberg, Matthias / Lange van Ravenswaay, J. Marius J. (Hg.), *Diakonie im reformierten Protestantismus* (Emder Beiträge zum reformierten Protestantismus Bd. 17), Göttingen 2018, 125–139.
- Schär, Regula, *Diakonissen* in der Ostschweiz im 20. Jahrhundert, Zürich 2018.
- Schibler, Heinz, *Geschichte* Burgdorfs vom Untergang der Alten Eidgenossenschaft bis zur Gegenwart, in: Winzenried, Max (Hg.), *Burgdorf. Geschichte und Gegenwart*, Burgdorf, 1972, 39–68.
- Schimank, Uwe / Volkmann, Ute, *Ökonomisierung* der Gesellschaft, in: Andrea Maurer (Hg.), *Handbuch der Wirtschaftssoziologie*, Wiesbaden 2008, 593–609.
- Schlag, Thomas, *Reimagining* «Öffentliche Kirche». Zum Innovationspotenzial eines klärungsbedürftigen Begriffs, in: Körtner, Ulrich H. J. u. a. (Hg.), *Konzepte und Räume Öffentlicher Theologie* (Öffentliche Theologie Bd. 39), Leipzig 2020, 83–102.
- Schlag, Thomas, *Werk und Wirkungen Ernst Siebers* (1927–2018) als Beispiel Öffentlicher Theologie in der Schweiz in diakoniewissenschaftlicher Perspektive. Forschungsplan, Zürich 2020.
- Schlatter, Georg H., *Privatarchive*. Überlegungen zu Begriff und Charakteristikum, in: Informationswissenschaft: Theorie, Methode und Praxis 2014, URL: <http://dx.doi.org/10.18755/iw.2014.19>, 311–328 (abgerufen am 5. Februar 2023).
- Schmid, Josef, *Der Welfare-Mix* in der vergleichenden Politikforschung: Der Weg vom Etatismus über den Korporatismus zum Pluralismus – und einige methodische Stolpersteine, in: Evers, Adalbert / Olk, Thomas (Hg.), *Wohlfahrtspluralismus*. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft, Opladen 1996, 186–207.

- Schmid, Walter, *Besonderheiten* der Schweizer Sozialpolitik, in: Anna Maria Riedi u. a. (Hg.), *Handbuch Sozialwesen Schweiz*, Bern 2015, 458–466.
- Schmidt, Heinz, *Diakonie* und verfasste Kirche, in: Eurich, Johannes/ ders. (Hg.), *Diakonie. Grundlagen – Konzeptionen – Diskurse*, Göttingen 2016, 244–276.
- Scholder, Klaus, *Die Mittwochs-Gesellschaft*. Protokolle aus dem geistigen Deutschland 1932 bis 1944, Berlin 1982.
- Schroeder, Wolfgang, Konfessionelle *Wohlfahrtsverbände* unter Druck – Fortführung des deutschen Sonderwegs?, *Sozialer Fortschritt* 67/6 (2018), 501–523.
- Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund (SEK)/Schweizer Bischofskonferenz (SBK), *Ökumenische Konsultation* zur sozialen und wirtschaftlichen Zukunft der Schweiz, Bern 2001.
- Schweizerischer Evangelischer Kirchenbund (SEK), *Bericht* über die Tätigkeit des Instituts für Sozialethik des Schweizerischen Evangelischen Kirchenbundes 1971 bis 1975, Bern 1976.
- Seglias, Loretta, Protestantische *Akteure* der Fremdplatzierungspraxis in der Deutschschweiz – eine erste Annäherung, in: Hofstetter, Simon/Gaillard, Esther (Hg.), *Heim- und Verdingkinder. Die Rolle der reformierten Kirchen im 19. und 20. Jahrhundert*, Zürich 2017, 61–72.
- Seithe, Mechthild, *Schwarzbuch Soziale Arbeit*, Wiesbaden 2012.
- Sigrist, Christoph, *Diakonie* und 500 Jahre Reformation in Zürich, *Jahrbuch Diakonie Schweiz* 2 (2018), 169–194.
- Spitex Schweiz, *Spitex Schweiz*, URL: <https://www.spitex.ch/Verband/Pr7H1/> (abgerufen am 10. März 2022).
- Spitex Schweiz, Eine gesicherte *Finanzierung* für eine nachhaltige Pflege, URL: <https://www.spitex.ch/Politik/Fokus/Pl6kU/> (abgerufen am 24. Februar 2022).
- Spitex Stadt St. Gallen, *Portrait*, URL: <https://www.spitex-stgallen.ch/Ueber-uns/PnsEv/> (abgerufen am 12. August 2021).
- Spitex-Verein Wettingen-Neuenhof, *Medienmitteilung* vom 30. Januar 2020, URL: <https://www.spitex-wettingen.ch/Aktuelles/Medienmitteilung-der-Gemeinde-Wettingen-Spitex-Wettingen-Neuenhof-auch-in-Zukunft-Partnerin-der-Gemeinde-Wettingen/oo7tnFTC/PcJop/> (abgerufen am 20. März 2021).
- Stadt Burgdorf, *Kennzahlen*, URL: https://www.burgdorf.ch/de/leben-wohnen/stadtportrait/kennzahlen.php?navid=676856676856#anchor_4f213684_Accordion-Entwicklung-der-Wohnbevoelkerung-in-der-Gemeinde-Burgdorf (abgerufen am 5. März 2022).
- Statistik Aargau, *Bevölkerung* und Haushalte, Gemeindetabellen 2015. Wohnbevölkerung nach Religionszugehörigkeit 2015, URL: https://www.ag.ch/media/kanton_aargau/dfr/dokumente_3/statistik/volkszaehlung_strukturserhebung_1/vz_2010/STATPOP2015_Bevoelkerung_Haushalte.xlsx (abgerufen am 7. November 2021).
- Statistisches Amt des Kantons Baselland, 1 *Bevölkerung*, Historische Tabellen bis 1980, URL: https://www.statistik.bl.ch/web_portal/1_9_2_4 (abgerufen am 22. Dezember 2020).

- Statistisches Amt des Kantons Baselland, *Wohnbevölkerung* nach Nationalität und Konfession per 30. September 2020, URL: https://www.statistik.bl.ch/web_portal/1_1 (abgerufen am 20. Dezember 2020).
- Statistisches Amt Kanton Basel-Stadt, *City Statistics* Basel, Basel 2019.
- Strub, Brigitta, *Zeittafel* – ein historischer Überblick, in: Studer, Oscar u. a. (Hg.), *Heimatkunde Arlesheim*, Arlesheim 1993, 61–68.
- Strub, Brigitta, *Arlesheim*. 2. Römische Zeit bis heute, in: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS), Version vom 06.10.2010, URL: <https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/001191/2010-10-06/> (abgerufen am 20. Dezember 2020).
- Strub, Brigitta, Die Evangelisch-reformierte *Kirchgemeinde*, in: Oscar Studer u. a. (Hg.), *Heimatkunde Arlesheim*, Arlesheim 1993, 333–342.
- Studer, Brigitte, Die strukturelle *Prägung* der Sozialpolitik durch die Geschichte, NFP 51 Bulletin 3 (2006), 1–5.
- Tennstedt, Florian / Winter, Heidi, «Der Staat hat wenig Liebe – activ wie passiv». Die Anfänge des Sozialstaats im Deutschen Reich von 1871, in: Zeitschrift für Sozialreform 39 (1993), 362–392.
- Thurgauer Themenatlas, *Bevölkerungsstand* und -struktur, Wohnbevölkerung nach Konfession, URL: <https://themenatlas-tg.ch/#c=report&chapter=dv014&report=r01&selgeo1=gde.4411&selgeo2=kt.tg> (abgerufen am 10. März 2022).
- Trampusch, Christine, Von einem liberalen zu einem post-liberalen *Wohlfahrtsstaat*. Der Wandel der gewerkschaftlichen Sozialpolitik in der Schweiz, Swiss Political Science Review 14/1 (2008), 49–84.
- Uhlhorn, Gerhard, Die Christliche *Liebesthätigkeit*, Stuttgart ²1896.
- Vischer, Lukas u. a. (Hg.), *Ökumenische Kirchengeschichte* der Schweiz, Freiburg / Basel 1994.
- Vögeli, Alfred, *Evangelisch Egnach 1727–1977*, Kradolf 1977.
- Weber-Berg, Christoph, Von der *Diakonie* zum Sozialunternehmen, Jahrbuch Diakonie Schweiz 2 (2018), 209–222.
- Wegmüller, Jürg, *Geschichte Burgdorfs* von den Anfängen bis zum Untergang der Alten Eidgenossenschaft, in: Winzenried, Max (Hg.), *Burgdorf. Geschichte und Gegenwart*, Burgdorf 1972, 9–38.
- Welskop-Deffaa, Eva, *Spitzenverbände* als politische Akteure: Grundlagen und Herausforderungen der politischen Arbeit der (konfessionellen) Wohlfahrtsverbände, in: Lob-Hüdepohl, Andreas / Schäfer, Gerhard K. (Hg.), *Ökumenisches Kompendium Caritas und Diakonie*, Göttingen 2022, 420–434.
- Weyandt, Elke / Braselmann, Jochen, *Diakonissen* in der Gemeindekrankenpflege. Ein Beitrag zur Geschichte der christlichen Krankenpflege, in: Götzelmann, Arnd u. a. (Hg.), *Frauendiakonie und Krankenpflege*. Im Gespräch mit Diakonissen in Speyer (VDWI 37), Heidelberg 2009, 97–123.

Weyel, Birgit, *Gemeinde als Netzwerk*. Perspektiven der Netzwerktheorie für eine Kirche bei Gelegenheit, in: Bubmann, Peter u. a. (Hg.), «Gemeinde auf Zeit». Gelebte Kirchlichkeit wahrnehmen, Stuttgart u. a. 2018, 73–83.

Yin, Robert K., *Case Study Research*. Design and Methods, Thousand Oaks ³2003.

Zeindler, Matthias, *500 Jahre Reformation*. Worum es geht – was wir feiern, Bern 2016.

Zeindler, Matthias, Auf *Erzählungen* hören. Zur Ethik der Aufmerksamkeit, in: Hofheinz, Marco / Mathwig, Frank / ders. (Hg.), *Ethik und Erzählung*. Theologische und philosophische Beiträge zur narrativen Ethik, Zürich 2009, 275–301.

Zürcher, Boris, Das *Wachstum* der Schweizer Volkswirtschaft seit 1920, in: *Die Volkswirtschaft* 1/2 (2010), 9–13.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Bezugsrahmen zur Einordnung von Fallstudien in den Methodenkontext	30
Abbildung 2:	Die zentralen Anspruchsgruppen des Spitex-Vereins in einem Schaubild aus dem Jahr 1997 – die Kirchen fehlen gänzlich.	64
Abbildung 3:	«Welfare-mix» nach Thomas Klie	237
Abbildung 4:	Das Wohlfahrtsdreieck nach Evers	238

