

FORUMS-DISKUSSION „Subsidiarität im Wandel –Zwischen Grundgesetz und Krankenhausreform“

DEKV-Forum: „Subsidiarität im Wandel –Zwischen Grundgesetz und Krankenhausreform“

Berlin 18.11.2025

Impuls Prof. Dr. Annette Noller

1) Subsidiarität: Historische, sozialpolitische und konfessionelle Aspekte:

Der Soziologe Franz Xaver Kaufman hat in einem einschlägigen internationalen Vergleich von Wohlfahrtsstaaten 2003 festgestellt, dass Deutschland ein Staat mit einer hohen staatspolitischen Diskontinuität ist bei gleichzeitiger hoher sozialpolitischer Kontinuität (Kaufman 2003). Fünf Wechsel der Staatsform in 160 Jahren prägen die Deutsche Geschichte (seit 1871: Deutsches Kaiserreich; 1914 Weimarer Republik, 1933 Nationalsozialistisches Regime, 1945 Bundesrepublik Deutschland und Deutsche Demokratische Republik, 1989 Wiedervereinigung) . Die hohe sozialpolitische Kontinuität Deutschlands dagegen beruht auf einem subsidiären Sozialsystem. Das Engagement von freigemeinnützigem Träger reicht bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts, in der Zeit der Verarmung breiter Bevölkerungsschichten in der Industriellen Revolution zurück. Die freigemeinnützigen Vereine und Stiftungen wurden seit der Weimarer Republik (1922/24) in die Erbringung sozialer Dienste sozialpolitisch und sozialrechtlich eingebunden. Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege verfolgen laut ihren Satzungen bis heute gemeinnützige wertebasierte Ziele ohne Gewinnabschöpfungsabsicht. Sie sind auf Landes- und der Bundesebene als Verbände zusammengeschlossen (vgl. Olk 2018, 403-416). Allein in der Diakonie arbeiten derzeit ca 690.000 Menschen deutschlandweit und ca 700.000 Ehrenamtliche (vgl. Diakonie Deutschland 2025; BAGFW 2025a). Die Bedeutung der Freien Wohlfahrtspflege spiegelt sich noch heute exemplarisch in der Verfassung des Landes Baden-Württemberg wieder, wo es in Artikel 6 heißt: „Die Wohlfahrtspflege der Kirchen und der anerkannten Religions- und Weltanschauungsgemeinschaften wird gewährleistet.“ (Verfassung 1953, GBL 173).

Konfessionelle Perspektiven waren in der Entwicklung der Subsidiarität maßgeblich: Der bekennende Christ Bismarck bezog sich bei seiner Einbringung der Sozialgesetze auf den christlichen Auftrag zur Nächstenliebe (Schön 1998) und geriet gerade darin als Vertreter des protestantischen Preußens in einen Konflikt mit der katholischen

Kirche (Kulturkampf). Diese bestand darauf, dass die Erbringung sozialer Dienstleistungen als Teil der Religionsausübung (Nächstenliebe und Heilsrelevanz guter Werke) durch den Staat zu gewährleisten sei (Olk, ebd.). Auch von protestantischer Seite wurde seit der Reformation eine Aufgabenteilung zwischen öffentlicher Hand und Kirchen / freier Wohlfahrtspflege gefordert und umgesetzt (so z.B. Luther, Leisniger Kasernenordnung, Luther 1523, vgl. dazu Noller 2016, S. 253-259 und Wichern (1856), S. 130–184, vgl. Starnitzke 1996, S. 33-39; Noller 2026, S. 313-315). Leitend sind dabei immer drei Gedanken gewesen: Erstens wird der Auftrag zur Nächstenliebe als Teil der Religionsausübung gesehen, die Christen und Christinnen aufgetragen ist. Das soziale Engagement soll sich zweitens nicht auf Almosen beschränken, sondern die Wiedererlangung von Selbstbestimmung und Teilhabe von verarmten und ausgegrenzten Personen zum Ziel haben (Luther/ Wichern), daher war die Aktivität der konfessionellen Träger stets mit Bildungsangeboten, fachlichen Austauschprozessen und politischer Beratung (Lobbyarbeit) verbunden. Drittens wurde das Zusammenwirken von öffentlichen und freien Trägern, als wirtschaftlich geboten angesehen angesichts von Eigenanteilen und ehrenamtlichem Engagement (vgl. Noller 2007, 294-304, Olk ebd.). Inhaltlich wurde mit der Personennähe argumentiert, die schon in der Enzyklika *Quadragesima Anno* von Papst Pius XI formuliert wurde. Sie wird bis heute gerne - unter anderem auch vom heutigen Bundeskanzler Friedrich Merz – zitiert (Merz, 2000, zitiert in Meusch 2025): Der Staat und die öffentlichen Träger (Kommunen Land) sollen erst dann soziale Hilfen gewähren, wenn diese nicht durch die personennähren Instanzen: Familie, Kirchen, Verbände, Gemeinden etc. erbracht werden können (Schmitz-Elsen Sans 2002, S. 954). Die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege definiert Subsidiarität 2025 auf ihrer Homepage entsprechend:

„Was der Einzelne, die Familie oder Gruppen und Körperschaften aus eigener Kraft tun können, darf weder von einer übergeordneten Instanz noch vom Staat an sich gezogen werden. Es soll sichergestellt werden, dass Kompetenz und Verantwortung des jeweiligen Lebenskreises anerkannt und genutzt werden. Das schließt allerdings die staatliche Pflicht mit ein, die kleineren Einheiten falls nötig so zu stärken, dass sie entsprechend tätig werden können. Die im Subsidiaritätsprinzip zum Ausdruck kommende Anerkennung sozialer Initiativen ermöglicht dem hilfebedürftigen Bürger ein Wahlrecht. Dieses hat seine Wurzeln in den Verfassungsrechten: Achtung der Würde des Menschen, Freiheit der Person und ihrer Entfaltung, Freiheit des Bekenntnisses.“ (BAGFW 2025b)

Subsidiaritätsregelungen (1961 Jugendwohlfahrtsgesetz; Sozialhilfegesetz) wurden 1967 nach einer Klage von Kommunen und Bundesländern als verfassungskonform festgestellt (Olk, ebd.). Sie führten in der BRD zu einem Ausbau Sozialer Arbeit und der gesundheitlichen Versorgung auf einem hohen fachlichen Niveau. Für den öffentlichen Träger wurde eine Gewährleistungspflicht gegenüber den freigemeinnützigen Trägern und in der Vergabe von Dienstleistungen ein (bedingter) Vorrang für freigemeinnützige Träger formuliert (Olk ebd.).

2. Krankenhaus und Subsidiarität

Konfessionelle Krankenhäuser sind seit dem 19. Jahrhundert Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung Deutschlands. Wilhlem Löhe, Theodor Fliedner, Friedrich von Bodelschwingh und andere Gründer großer Pflegeheime und Krankenhäuser wollten insbesondere die arme Bevölkerung in gesundheitlichen Notlagen unterstützen. Die Ausbildung von Pflegefachkräften wurde im Milieu konfessioneller konservativer (Frauen-)beruflichkeit maßgeblich geprägt.

Seit mehreren Jahren findet in Deutschland ein politisch gewolltes Krankenhaussterben statt, das insbesondere freigemeinnützige Krankenhäuser trifft. Eine von Christian Heitmann (Curacon) erstellte Statistik weist 7% der eröffneten Krankenhausinsolvenzverfahren für öffentliche Krankenhäuser aus, 37% für private Träger und für 57% freigemeinnützige KH-Träger. Heitmann stellt fest: „Bisher sind vor allem freigemeinnützige und private Krankenhäuser von Insolvenz betroffen. Zurückzuführen ist dieser Effekt vermutlich auf einen häufig zu findenden Verlustausgleich der kommunalen Träger für ihre Einrichtungen“ (Heitmann 2024, unveröff. Folie, Nr. 14).

Die Traditionen konfessioneller Krankenhäuser sind in den verschiedenen Bundesländern unterschiedlich stark entwickelt. Sie prägt die Trägerpluralität in der Krankenhauslandschaft auch dort, wo freie Träger nicht flächendeckend vorhanden sind. Die besondere Situation der konfessionellen Krankenhäuser ist geregelt durch Gesetze von Bund und Land. Clemens Bold kommentiert 2012 zum LKHG Baden-Württemberg: „Der Bund hat nun in §1 Abs. 2 Satz 2 KHG seine Vorgabe der Gewährleistung ‚insbesondere‘ der wirtschaftlichen Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser der ‚Maßgabe‘ des Landesrechts überlassen. Eine Gesetzgebungskompetenz des Landes bestünde also in den Grenzen der Gewährleistung insbesondere der der wirtschaftlichen Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser.“ (Bold, in: Bold/ Sieper 2012, RN 29, S. 39). Das baden-württembergische LKHG hat keinen

Gebrauch von dieser Möglichkeit gemacht, verweist jedoch auf die Trägervielfalt. Bold ist der Auffassung, dass die bundesgesetzliche Regelung (§1 Abs 2 Satz 2 KHG)“in voller Tragweite zu beachten ist. Die Gewährleistung der wirtschaftlichen Sicherung ,insbesondere freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser‘ gilt damit auch für Baden-Württemberg, obgleich es das LKHG nicht explizit erwähnt.“ (ebd). In § 3 Abs. 1 LKHG BW, heißt es weiterhin, dass die Land- und Stadtkreise verpflichtet sind, die nach dem Krankenhausplan notwendigen Krankenhäuser und Krankenhauseinrichtungen zu betreiben, wenn die bedarfsgerechte Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern *nicht durch andere Träger* (kursiva A.N.) sichergestellt ist. Wenn dies der Fall ist, kann das Regierungspräsidium nach § 40 LKHG BW den Stadt- oder Landkreis verpflichten, der Pflichtträgerschaft nach § 3 LKHG BW nachzukommen. § 3 Abs. 1 LKHG BW enthält somit für Baden-Württemberg insoweit den Subsidiaritätsgrundsatz (Sieper in Bold/Sieper, LKHG BW, 2012, § 40 Rn. 2. Seite 231). Auch das nordrhein-westfälische Krankenhausgestaltungsgesetz enthält einen entsprechenden Hinweis auf die subsidiäre Organisation der Krankenhauslandschaft (§1 Abs. 3 Krankenhausgestaltungsgesetz Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW)) In der Formulierung, ...“Falls sich kein anderer geeigneter Träger findet...”(ebd.) reformuliert das nordrhein-westfälische Krankenhausgesetz, was allen subsidiären Regelungen gemeinsam ist: dass öffentliche Träger (Kommunen, Gemeinden) erst tätig werden sollen – und dann auch dazu verpflichtet sind – wenn kein freigemeinnütziger oder privater Träger in der Lage ist, das Angebot zu übernehmen. Trotz dieser Hinweise der Ländergesetze auf subsidiäre Regelungsmechanismen befinden sich die freigemeinnützigen und privaten Krankenhäuser derzeit in einer akuten Wettbewerbsbenachteiligung gegenüber öffentlichen Trägern, „die wiederum auf zusätzliche Betriebs- und Investitionszuschüsse aus deren öffentlichen Haushalten zurückgreifen können.“(Bold, in: Bold/ Sieper, ebd. RN 29, S. 40).

Das politische Vorgehen führt dazu, dass bei gleichen Qualitätsanforderungen ungleiche Wettbewerbsbedingungen herrschen und Krankenhäuser, die bislang ohne zusätzliche Zuschüsse aus den kommunalen Haushalten betrieben wurden, in die Insolvenz gehen oder von anderen Trägern übernommen werden. Die derzeitige politische Steuerung geht somit mit einer *Umkehrung des Subsidiaritätsprinzips* einher, das eine vorrangige Förderung von freigemeinnützigen Trägern intendiert. Die in den Landesgesetzen vorgesehene Trägervielfalt wird faktisch durch Wettbewerbsnachteile der freigemeinnützigen und privaten Träger verunmöglicht bzw. behindert wird. Effizienter

arbeitende Krankenhäuser können dadurch womöglich bei gleichen Qualitätsanforderungen nicht bestehen. Statt einer Benachteiligung sollten effizientere, innovative Strukturen belohnt werden und Vielfalt erhalten bleiben.

3. Schluss:

Bundestagsvizepräsident Bodo Ramelow (Linke) hat kürzlich eine höhere gesellschaftliche Wertschätzung der Wohlfahrtsverbände gefordert. "Christliche Wohlfahrtsverbände müssten als ein Teil eines großen gesamtgesellschaftlichen Raumes gesehen verstanden werden. Ohne diakonische Angebote würden es viele soziale Einrichtungen nicht geben." (Ramelow, 2025, S.3)

Um den Sinn von Trägerpluralität und Subsidiarität zu verstehen genügt, die juristische nicht. In der Historie der Subsidiarität waren es Fragen fachlicher Innovation, wirtschaftlich Erwägungen und wertebasierter religiöser Motivationen (Olk ebd., Wendt 2014), die die politisch Verantwortlichen zur Zusammenarbeit mit den Freien Trägern motivierte. Bis heute werden große, unternehmerisch geführte Krankenhäuser begleitet durch Ehrenamt, Stiftungen und Fundraising. Zu erinnern ist an die aus der freien Wohlfahrtspflege entwickelten fachlichen Ansätze für vulnerable Gruppen, an die Hospiz- und Palliativversorgung. Die evangelischen Häuser verfügen über zusätzliche Ressourcen aus den Landeskirchen (Klinikseelsorge), zudem sind sie gekennzeichnet durch eine hohe Identifikation mit ihren Krankenhäusern und ihren christlichen Werten, was sich niederschlägt im Erhalt der Krankenversorgung bei weniger attraktiver Vergütung, (Geburtshilfe, Altersmedizin), spezialisierten Angeboten für Menschen mit Mehrfachbehinderungen oder Demenz mit aufwendigen Versorgung, der Behandlung von Menschen ohne Krankenversicherung (Prostituierte, Wohnungslose). Erinnert sei an die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung, Qualifizierung und Weiterentwicklung des Pflegeberufes. Die Freie Wohlfahrtspflege ist Partner in der Bildung (Pflegeausbildung, evangelische Hochschulen) und Weiterbildung. Innovative, an den Notwendigkeiten von Patient:innen orientierte Ansätze werden auch in der Gestaltung von Versorgungsketten deutlich. Triebfeder dazu ist die fachliche Innovation, basierend auf der Hingabe und Leidenschaft für ein Menschenbild, das „den Menschen im Mittelpunkt“ (Leitbild) sieht.

3.1. Konfessionelle Krankenhäuser und Religion

Das christliche Menschenbild war und ist die Grundlage konfessioneller Wohlfahrts-
pflege und ihrer subsidiären Erbringung sozialer Dienstleistungen. Im Schöpfungsbe-
richt (Gen 1,27) wird die Gottebenbildlichkeit des Menschen und damit jedes Men-
schen unabhängig von seiner Leistungsfähigkeit, Gesundheit, Abstammung oder so-
zialem Status formuliert. Sie gilt als eine Wurzel abendländischer Würdeformulierun-
gen (Kirchhof 2001, S.156-173, Noller 2007, S. 29-53) und ist zugleich Aufruf zum En-
gagement für den Nächsten in existenziellen und gesundheitlichen Krisen. Das Gebot
der Nächstenliebe geht in der Bibel immer auch mit einer Kritik an ungerechten Ver-
hältnissen und dem Eintreten für die besonders Bedürftigen einher (Ps 146; Lk 2, Lk
4) und mit Sozialgesetzen zugunsten von Benachteiligten (Crüsemann 1998, S. 67–
93). In Jesu Handeln wird, insbesondere in den Heilungsgeschichten, exemplarisch
die Heilserwartung einer erlösten Welt verdeutlicht und zugleich die Teilhabe für Men-
schen, die aufgrund von Krankheit und Behinderung stigmatisiert und ausgegrenzt
sind. Der Psalter stellt in Gebet und Klage einen Raum der Gottesnähe und -erfahrung
bereit, der seit Jahrtausenden Menschen tröstet und in Krisen begleitet (Crüsemann
ebd.). Gottesdienste, Andachtsräume und Seelsorge sind bis heute Teil diakonischer
Krankenhauskultur.

In der Diakonie Württemberg wurden 2024 sieben Profilelemente im Rahmen eines
Kirchen- und Diakoniebildes in der Mitgliederversammlung 2024 verabschiedet: „Ver-
kündigung als ‚Kommunikation des Evangeliums (leiturgia)‘, Fest- und Gemeinschafts-
kultur (koinonia), Bildungsangebote (martyria), Seelsorge für Mitarbeitende, Klient:in-
nen und Angehörige (diaconia), Diakonische Werte, Haltungen und Menschenbild (di-
aconia), sichtbare Zeichen (martyria) und Leitungsverantwortung für Profil/ Gover-
nance (diaconia)“ (Diakonisches Werk 2024). Prägen die diakonische Kultur in den
1400 Mitgliedseinrichtungen, darunter die Evangelischen Krankenhäuser.

Diakonische Krankenhäuser sind in diesem Sinne noch heute Teil der Religionsaus-
übung, wie sie bereits in den erste Subsidiaritätsregelungen festgehalten wurden (Olk,
ebd.). Sie sind erzählte Religion der Nächstenliebe im Gemeinwesen und darin ein Teil
demokratischer Wertebildung in unserem Sozialstaat. Der Soziologe Hartmut Rosa
schreibt in einem Essay mit dem Titel ‚Demokratie braucht Religion:

*„Demokratie bedarf eines hörenden Herzens, sonst funktioniert sie nicht... Meine
heute zu vertretende These lautet, dass es insbesondere die Kirchen sind, die über*

Narrationen, über ein kognitives Reservoir verfügen, über Riten und Praktiken, über Räume, in denen ein hörendes Herz eingeübt und vielleicht auch erfahren werden kann....Wir müssen uns anrufen lassen... Wir haben eine Krise der Anrufbarkeit und die zeigt sich in der Glaubenskrisen und in der Demokratiekrisen gleichermaßen.“(Rosa, 2023, S. 55f.)

Zum Schluss: Konfessionelle Träger sind nicht an sich menschenfreundlicher und auch nicht an sich effizienter oder innovativer. Aber ihre verbandliche Einbindung in fachliche Austauschprozesse und verbandlich Werteorientierungen eröffnet einen Raum im Gemeinwesen, in dem der Diskurs um die fachlich beste, wirtschaftlich notwendige, an Bedarfen von Patient:innen orientierte Gesundheitsversorgung in der Vielfalt der Träger ausgetragen wird. Konfessionelle Krankenhäuser leben aus der Tradition eines Jahrhunderte alten Engagements tätiger Nächstenliebe und ihrer jeweiligen sozialstaatlicher Rahmenbedingungen. Trägervielfalt ist – so meine ich - ein fachlich und wirtschaftlich gebotenes Prinzip unseres Sozialstaates und unserer Demokratie und notwendig für zukünftige, innovative Entwicklungen.

Literatur:

- Bold, Clemens M. / Sieper, Marc (2012), Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg. Kohlhammer: Stuttgart.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) (2025a), Gesamtstatistik (Stichtag 2020): <https://www.bagfw.de/veroeffentlichungen/statistik/detailseiten-statistik-2020/detailseite-gesamtueberblick>, Zugriff am 13.11.25)
- Diakonie Deutschland, Mitarbeiterzahlen: <https://www.diakonie.de/informieren/infortheek/2025/oktober/zahl-der-diakonie-mitarbeitenden-und-einrichtungen-steigt>, Zugriff am 13.11.25)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW 2025b), Freie Wohlfahrtspflege – unabhängig und gemeinnützig: <https://www.bagfw.de/ueberuns/100-jahre-bagfw/subsidiaritaetsprinzip>, Zugriff am 5.11.2025).
- Crüsemann, Frank (1990/1998, 3. Aufl), Das Alte Testament als Grundlage der Diakonie, in: Schäfer/Strohm (Hg.), Diakonie – Biblische Grundlagen und Orientierungen. Ein Arbeitsbuch zur theologischen Verständigung über den diakonischen Auftrag (VDWI 2), Heidelberg, S. 67–93.
- Diakonisches Werk der Evangelischen Landeskirche in Württemberg (Hg.) (2024), Weil Diakonie Kirche ist. Beschlossen von der Mitgliederversammlung am 13.11.2024 https://www.diakonie-wuerttemberg.de/fileadmin/Diakonie_Website/Aktuelles/Publikationen/Broschuere_Diakoniebild_mit_Profilelementen_A5_11Punkt.pdf (Zugriff am 22.11.25).
- Heitmann, Christian (2024), Insolvenzrecht, unveröffentlichter Folienvortrag gehalten -am 3.Juni 2024 im Diakonischen Werk Württemberg, Folie 14)
- Kaufman, Franz Xaver (2003), Varianten des Wohlfahrtsstaats. Der deutsche Sozialstaat im internationalen Vergleich, Suhrkamp Verlag: Frankfurt a.M..
- Kirchof, Paul (2001), Die Wertgebundenheit des Rechts, ihr Fundament und die Rationalität der Rechtsfortbildung, in: Herms, Eilert (HG.), Menschenbild und Menschenwürde, Gütersloh: Kaiser/ Gütersloher Verlag, S.156-173.
- Luther, Martin (1523), Ordnung eines gemeinen Kastens, WA 12, 11–30 (Leisniger Kastenordnung).
- Meusch, Andreas, Subsidiaritätsprinzip 2.0, in:Observer Gesundheit, 09.09.2025 (<https://observer-gesundheit.de/subsidiaritaetsprinzip-2-0/>, Zugriff am 13.11.25)
- Noller, Annette (2016), Diakonat und Kirchenreform. Empirische, historische und ekklesiologische Dimensionen einer diakonischen Kirche, Stuttgart: Kohlhammer.

- Diess. (2007), Wicherns Bedeutung für die Soziale Arbeit. Eine diakoniewissenschaftliche Perspektive, in: Herrmann, Volker/ Gohde, Jürgen/ Schmidt, Heinz (Hg.), Johann Hinrich Wichern – Erbe und Auftrag. Stand und Perspektiven der Forschung (VDWI 30), Winter: Heidelberg, 294-304.
- Diess. Menschenwürde – Interpretationen einer Fundamentalnorm gegen Gewalt, in: Collmar, Norbert/ Noller, Annette (Hg.) (2007, 2. Aufl.), Menschenwürde und Gewalt. Friedenspädagogik und Gewaltprävention in Sozialer Arbeit, Diakonie und Religionspädagogik, Stuttgart: Verlag Evangelische Gesellschaft, S. 29-53.
- Olk, Thomas (2018), Freie Träger in der Sozialen Arbeit, in: Otto, Hans-Uwe u.a. (Hg.), Handbuch Soziale Arbeit, 6. überarb. Auflage, Ernst Reinhardt Verlag: München, 403-416.
- Ramelow, Bodo, zitiert in: Evangelisches Gemeindeblatt für Württemberg Nr. 38/ 120. Jg, 21. September 2025, S. 3
- Rosa, Hartmut (2023), Demokratie braucht Religion, Kösel: München, 6.Aufl.
- Schön, Ursula (1998), Subsidiarität. Bedeutung und Wandel des Begriffs in der katholischen Soziallehre und in der Sozialpolitik, Neukirchen: Neukirchen-Vluyn.
- Starnitzke, Dierk (1996), Diakonie als soziales System. Eine theologische Grundlegung diakonischer Praxis in Auseinandersetzung mit Niklas Luhmann, Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmitz-Elsen, Josef / Sans, Reiner (2002), Subsidiarität, in: Fachlexikon der Sozialen Arbeit, hg.v. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt a.M. 2002, 5. Aufl.
- Verfassung des Landes Baden-Württemberg (1953), GBL 173 (https://www.landesrecht-bw.de/perma?j=Verf_BW_Artikel_6, Zugriff am 22.11.25).
- Wendt, Wolf Rainer (2014), Die Evolution der Wohlfahrtspflege. Ihr Herkommen und ihre Institutionalisierung, in: Ders., sorgen für die Wohlfahrt. Moderne Wohlfahrtspflege in den Verbänden der Dienste am Menschen, Baden-Baden: Nomos, S. 37-78.
- Wichern, Johann Hinrich (1856) Gutachten über die Diakonie und den Diakonat, in: Ders., Sämtliche Werke Bd. III/1: Die Kirche und ihr soziales Handeln: Grundsätzliches, Allgemeines, Praktisches, hg. v. Meinhold, Peter, Berlin/Hamburg, 1968, S. 130–184).