Seelsorge im Gesundheitswesen

Eine professionelle Ressource im interprofessionellen Kontext

> **Ein Argumentarium mit evolutivem Charakter.** Dieses Argumentarium ist bewusst offen und unabgeschlossen angelegt. Es hält den gegenwärtigen Stand der Überlegungen fest und wird im Licht neuer Forschung, sich wandelnder Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen und der Erfahrungen aus der Praxis fortlaufend weiterentwickelt. Die vorliegende Fassung (Oktober 2026) ist deshalb als Zwischenstand zu verstehen, nicht als abschliessende Festlegung.

WORUM ES GEHT

Wer schwer krank ist, einen Unfall erleidet oder einen nahen Menschen verliert, hat nicht nur medizinische Fragen: Was trägt mich jetzt? Warum gerade ich? Was ist mir wichtig, wenn die Zeit knapp wird? Seelsorgerinnen und Seelsorger sind die Fachpersonen für diese Fragen. Sie arbeiten eng mit dem Behandlungsteam zusammen oder sind Teil davon, nehmen sich Zeit und begleiten Patientinnen und Patienten, Angehörige und Mitarbeitende – unabhängig davon, was diese glauben oder nicht glauben.

Zwei Dinge kommen bei ihnen zusammen: fachliche Professionalität und die Verankerung in einer spirituellen Tradition. Fachlich arbeiten sie nach den Massstäben des Gesundheitswesens: mit anerkannter Ausbildung, überprüfbarer Qualität und in enger Zusammenarbeit mit Medizin, Pflege und Therapie. Zugleich schöpfen sie aus einer Tradition, die über Jahrhunderte Erfahrungen im Umgang mit Krankheit, Sterben und Trauer gesammelt hat, und sind in der Regel von einer Religions- oder Glaubensgemeinschaft beauftragt. Erst beides zusammen macht ihren besonderen Beitrag aus (Brandt 2023; Peng-Keller et al. 2025).

Die Kontexte 1–5 zeigen, was Seelsorge zu aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen beiträgt und worauf sich dies stützt. Kontext 6 benennt, was sie von anderen Berufsgruppen unterscheidet, Kontext 7, wer sie trägt. Das Argumentarium ist kein verabschiedetes Dokument und beansprucht nicht, eine gemeinsame Position festzuschreiben. Es ist als Sammlung von Bausteinen gedacht: Die sieben Kontexte lassen sich einzeln oder kombiniert verwenden. Wer damit arbeitet, kann daraus nehmen, was im eigenen Umfeld trägt, Formulierungen anpassen und eigene Argumente oder Belege beifügen. Für seine Weiterentwicklung sind die Erfahrungen aus der Praxis zentral: Rückmeldungen dazu, was sich in der Praxis bewährt, was fehlt oder anders formuliert werden sollte, nehmen wir gerne entgegen.

Oktober 2026, Steuerungsausschuss und Geschäftsleitung KSiG

KONTEXT 1

Die WHO vertritt ein **ganzheitliches Gesundheitsverständnis**, das die biologischen, psychologischen, sozialen und spirituellen Aspekte des Menschseins in den Blick nimmt.

- Seelsorgerinnen und Seelsorger begleiten Menschen, die mit Krankheit, Unfall, Trauer oder Beschwernissen des Älterwerdens konfrontiert sind. Sie bieten professionelle Unterstützung bei spirituellen, existenziellen und religiösen Belastungen, fördern Orientierung und stärken vorhandene Ressourcen.
- Seelsorgerinnen und Seelsorger – selbst in einer spirituellen Tradition verankert – begegnen den Menschen in weltanschaulicher Offenheit und unterstützen sie darin, Zugang zu ihren je eigenen, individuellen spirituellen Ressourcen zu finden.
- Seelsorgerinnen und Seelsorger begleiten auf Wunsch Menschen in ihrer religiösen Praxis – mit Gebet, Segen, Ritualen und Sakramenten. Sie arbeiten vernetzt mit Vertreterinnen und Vertretern unterschiedlicher religiöser und spiritueller Traditionen.
- Das seelsorgliche Angebot steht Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Mitarbeitenden im Gesundheitswesen offen.

Evidenz und Literatur: Die Weltgesundheitsversammlung hat die spirituelle Dimension 1984 anerkannt (Resolution WHA37.13); die WHO-Definition von Palliative Care (2002) und die Nationalen Leitlinien Palliative Care von Bund und Kantonen (BAG/GDK 2010) schliessen spirituelle Aspekte ausdrücklich ein. Im Kanton Zürich wünscht sich knapp die Hälfte der Bevölkerung (49,3 %), dass bei einem Spitalaufenthalt wegen schwerer Krankheit oder Unfall spirituelle bzw. religiöse Aspekte einbezogen werden – bei den 16- bis 29-Jährigen sind es 57,0 %, bei Menschen ohne Religionszugehörigkeit 34,3 %. Als Ansprechpersonen werden Seelsorgende am häufigsten genannt (57,6 %), vor Psychologinnen und Psychologen (46,6 %), Pflegenden (28,7 %) sowie Ärztinnen und Ärzten (28,3 %) (Peng-Keller et al. 2026; n = 1011).

KONTEXT 2

Die **Sensibilisierung** für ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis in Pflege und Medizin hat sich in den letzten Jahrzehnten verstärkt.

- Forschung im Bereich Spiritual Care zeigt, dass die Berücksichtigung spiritueller und existenzieller Bedürfnisse das Wohlbefinden, die Krankheitsbewältigung und die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten positiv unterstützen kann. Seelsorge trägt so wesentlich zu einer ganzheitlichen Gesundheitsversorgung bei.

- Seelsorge leistet einen Beitrag dazu, dass spirituelle und existenzielle Dimensionen in Medizin und Pflege zunehmend berücksichtigt und fachlich weiterentwickelt werden. Durch ihre spezifische Expertise in Spiritual Care wirkt sie in Aus- und Weiterbildung sowie in interprofessionellen Lernprozessen mit.
- Seelsorge arbeitet interprofessionell vernetzt im Gesundheitswesen. Dabei bringt sie ihre spezifische Fachkompetenz als spezialisierte Spiritual Care ein und stärkt zugleich die gesundheitsberufliche Spiritual Care, also die Integration spiritueller und existenzieller Aspekte in die Praxis anderer Fachpersonen im Gesundheitswesen.
- Seelsorge arbeitet lokal, regional, kantonal und national an der Sicherung und Weiterentwicklung ihrer Qualität. Ziel ist es, ihr Handeln transparent zu machen und ihren spezifischen Beitrag im Gesundheitswesen für alle beteiligten Akteurinnen und Akteure klarer sichtbar und verständlich werden zu lassen. Dazu gehören gemeinsame Standards, eine sorgfältige Dokumentation und die Beteiligung an Forschung zur Wirkung seelsorglichen Handelns.

Evidenz und Literatur: Eine systematische Übersichtsarbeit im Fachjournal JAMA (371 Studien zu schwerer Erkrankung) hält fest: Spiritualität ist für die meisten schwer kranken Menschen wichtig (71–99 %); spirituelle Begleitung wird häufig gewünscht (50–96 %), aber oft nicht angeboten (49–91 % erhalten keine). Spirituelle Begleitung geht mit einer höheren Lebensqualität in der letzten Lebensphase einher, während unbeachtete spirituelle Bedürfnisse mit geringerer Lebensqualität verbunden sind. Das Expertengremium empfiehlt, Spiritual Care in die Versorgung zu integrieren, Behandlungsteams darin zu schulen und spezialisierte Fachpersonen – namentlich Seelsorgende – einzubeziehen (Balboni et al. 2022). Spiritual Care unterstützt Menschen zudem darin, Sinn und Lebensziele zu klären, was zu ihrem Wohlbefinden beiträgt (Hill/Allemand/Noth 2026). Wie sich Spiritualität in säkulare Spitäler integrieren lässt, ist in der Schweiz interdisziplinär und unter Beteiligung der Medizin bearbeitet worden (Brandt/Besson 2016). Für die Praxis liegen Leitlinien für die Seelsorge in der Palliative Care (palliative ch 2019) und ein Indikationen-Set vor, mit dem Gesundheitsfachpersonen die Seelsorge gezielt beiziehen können (Aebi et al. 2019). Wirkungsforschung zur Seelsorge gewinnt auch deshalb an Bedeutung, weil im Gesundheitswesen – gerade bei knappen finanziellen Mitteln – zunehmend Wirksamkeit, Effizienz und Nutzen ausgewiesen werden müssen. Eine quasi-experimentelle Studie in einem belgischen Universitätsspital (256 Patientinnen und Patienten) zeigt: Religiöse Patientinnen und Patienten, die von Seelsorgenden begleitet wurden, wiesen drei Wochen nach dem Gespräch ein stärkeres positives religiöses Coping auf als die Vergleichsgruppe; sie suchten also vermehrt Trost und Halt im Glauben (Buelens et al. 2026).

KONTEXT 3

In Medizinethik und -praxis stehen seit vielen Jahren **«mündige Patientinnen und Patienten»** im Fokus. Ein hoher Stellenwert kommt dabei der **Autonomie** aus dem Vierklang der bioethischen Prinzipien (Autonomie, Wohltätigkeit, Nichtschädigung und Gerechtigkeit) zu.

- Seelsorgerinnen und Seelsorger tragen im Prozess der Begleitung dazu bei, dass Patientinnen und Patienten ihre Werthaltungen und weltanschaulichen Überzeugungen, ihre Ängste und Hoffnungen identifizieren und diese in die Behandlungs- und Betreuungsplanung einbringen können.
- Spirituelle, religiöse und weltanschauliche Überzeugungen prägen medizinische Entscheidungen, etwa zu lebensverlängernden Massnahmen oder zum Lebensende. Seelsorgerinnen und Seelsorger können solche Überzeugungen fachkundig erschliessen, mit den Betroffenen klären und – mit deren Einverständnis – im Behandlungsteam verständlich machen.
- Seelsorgerinnen und Seelsorger unterstützen Patientinnen und Patienten bei Überlegungen zu Patientenverfügungen und zur gesundheitlichen Vorausplanung (Advance Care Planning). Dabei begleiten sie die Klärung individueller Vorstellungen von Leben, Sterben, Lebensbegrenzung sowie des Wunsches nach diagnostischen und therapeutischen Massnahmen resp. den Verzicht darauf.
- Seelsorgerinnen und Seelsorger begleiten auch Angehörige und tragen damit einem relationalen Verständnis von Autonomie Rechnung, demnach Entscheidungen von Patientinnen und Patienten auch ihre sozialen Bezüge betreffen.
- Wo Menschen ihre Anliegen nicht mehr selbst vertreten können, tritt Seelsorge anwaltschaftlich für ihre Autonomie und ihre unverlierbare Würde ein – transparent und mit Blick auf alle Beteiligten.

Evidenz und Literatur: Dass Spiritualität medizinische Entscheidungen bei schwerer Erkrankung beeinflussen kann, gilt als gut belegt (Balboni et al. 2022). In der Zürcher Befragung würden 66,1 % im Fall einer schweren Erkrankung eine Beratung in Entscheidungssituationen begrüssen (Peng-Keller et al. 2026). Das Indikationen-Set nennt ethische Konflikte – Therapiewahl, Behandlungsabbruch, Patientenverfügung, Advance Care Planning – ausdrücklich als Anlass, die Seelsorge beizuziehen (Aebi et al. 2019). Zur anwaltschaftlichen Seelsorge im Spital vgl. Noth (2023b).

KONTEXT 4

Medizinische und pflegerische Betreuung erlebt eine zunehmende **Spezialisierung und Ausdifferenzierung**.

- Seelsorgerinnen und Seelsorger bringen eine qualifizierte Grundausbildung in Seelsorge mit und vertiefen ihre Kompetenzen gezielt in spezialisierten Bereichen wie Palliative Care, mentale Gesundheit, Langzeitpflege, Demenz, Pädiatrie und Ethik. Dadurch sind sie befähigt, auch in hoch spezialisierten Versorgungskontexten fachlich versiert mitzuwirken.
- Zugleich gewährleistet Seelsorge eine kontinuierliche Begleitung über verschiedene Krankheits- und Lebensphasen hinweg und behält den Menschen in seiner biografischen, sozialen und existenziellen Ganzheit im Blick.

Evidenz und Literatur: Die internationale Fachliteratur geht von einem Generalisten-Spezialisten-Modell aus: Alle Mitglieder des Behandlungsteams verfügen über Grundkompetenzen in Spiritual Care; Seelsorgende übernehmen als Spezialistinnen und Spezialisten die vertiefte Abklärung und Begleitung (Balboni et al. 2022). Für die Palliative Care und die Langzeitpflege liegen in der Schweiz eigene Leitlinien und Empfehlungen vor (palliative ch 2019; palliative ch 2024). Wie seelsorgliche Qualitätsstandards in der Praxis aussehen, zeigen theologisch reflektierte Fallbeispiele aus Spital, Heim und Gefängnis (Noth/Faber 2023).

KONTEXT 5

Bei zunehmender Verkürzung der Dauer von stationären Behandlungen kommt der **ambulanten Versorgung** eine immer grössere Bedeutung zu.

- Seelsorge arbeitet im Sinne einer integrierten Versorgung eng mit lokalen Akteurinnen und Akteuren in Kirchgemeinden, Pfarreien, politischen Gemeinden und Pflegediensten zusammen. So trägt sie dazu bei, Kontinuität in Präsenz und Begleitung zwischen Aufenthalten in Gesundheitseinrichtungen, Tageskliniken und dem häuslichen Umfeld zu gewährleisten.
- Seelsorgerinnen und Seelsorger pflegen Kontakte zu religiösen und weltanschaulichen Gemeinschaften vor Ort und vermitteln bei Bedarf dorthin: zu Besuchsdiensten, Freiwilligen und Orten der Zugehörigkeit, die Menschen vor, während und nach einem Aufenthalt in einer Gesundheitseinrichtung tragen.
- Seelsorge trägt praktisch zur Verwirklichung von Caring Communities bei, in denen Berufspersonen und Freiwillige ein soziales Netzwerk der Unterstützung und der Sorge füreinander bilden.

- Seelsorge ergänzt dabei soziale, pflegerische und medizinische Unterstützungsangebote durch ihre spezifische Kompetenz in spiritueller und existenzieller Begleitung.

  Evidenz und Literatur: Eine Waadtländer Studie zum Altern zu Hause zeigt die Lücke im ambulanten Bereich: Vereinsamung ist verbreitet, Fachpersonen der Pflege und Medizin sind auf existenzielle und spirituelle Nöte wenig vorbereitet, und nach einem Spitalaufenthalt bleibt oft unklar, wer die spirituelle Begleitung weiterführt. Die Studie empfiehlt, Fachpersonen, Freiwillige und spirituelle Gemeinschaften besser zu koordinieren (Brandt et al. 2026).

KONTEXT 6

Je mehr Berufsgruppen spirituelle Aspekte aufnehmen und je vielfältiger die religiöse und weltanschauliche Landschaft wird, desto wichtiger wird ein **klares eigenes Profil**: Was bringt Seelsorge ein, was andere Berufsgruppen nicht einbringen?

- Seelsorgerinnen und Seelsorger sind die Fachpersonen für Spiritualität. Sie sind darin geschult, sich mit den grossen Fragen des Lebens auseinanderzusetzen – mit Sinn, Leid, Schuld, Hoffnung und Endlichkeit – und mit den Antworten, die Religionen und Weltanschauungen darauf geben. Grundlage dafür ist in der Regel eine akademische Ausbildung, ergänzt durch eine praktische Ausbildung in Gesprächsführung und Begleitung. So können sie spirituelle, religiöse und weltanschauliche Überzeugungen fachkundig aufnehmen und erkennen, wo diese einem Menschen Kraft geben und wo sie zur Last werden.
- Sie sind selbst in einer spirituellen Tradition verankert und in der Regel von einer Religions- oder Glaubensgemeinschaft beauftragt. Aus dieser Verankerung schöpfen sie Sprache, Texte, Gebete, Segen und Rituale, die Menschen an den Grenzen des Lebens tragen: bei Geburt und Sterben, bei Abschied, Schuld und Versöhnung. Woher sie kommen und in wessen Auftrag sie handeln, machen sie transparent, ohne dies in der Begegnung in den Vordergrund zu stellen; sie verfolgen keine missionarischen Absichten. Verankerung und Offenheit schliessen sich nicht aus: Wer einen festen Stand hat, kann anderen frei begegnen.
- Seelsorgerinnen und Seelsorger stehen nicht nur für sich selbst: Ihre Tradition und ihre Verbundenheit mit einer Glaubensgemeinschaft reichen über die einzelne Person und über den Aufenthalt in der Institution hinaus. So können sie einen Raum für das Vertrauen öffnen, dass das Leben sinnvoll ist, und zwischen

Patientinnen und Patienten, Angehörigen, Behandlungsteam und Gemeinschaften vermitteln.

- Seelsorge arbeitet eng mit dem Behandlungsteam zusammen oder ist Teil davon, stellt aber keine Diagnosen und bietet keine Therapie an. Sie begleitet ergebnisoffen, steht nicht unter Erfolgsdruck und bleibt auch dort, wo medizinisch nichts mehr zu machen ist. Was ihr anvertraut wird, steht unter dem Schutz des Seelsorgegeheimnisses. Gerade dieser freie Raum kann heilsam wirken: wenn Menschen zu Hoffnung, Klarheit, Vertrauen und Trost finden.
- Seelsorge erinnert daran, dass menschliches Leben verletzlich und begrenzt ist, und steht dafür ein, dass die Würde eines Menschen nicht von Fähigkeiten, Leistung oder Nutzen abhängt. Darin liegt auch ihr kritisches Potenzial gegenüber verkürzenden und entmenschlichenden Tendenzen – im Gesundheitswesen wie in den Religionsgemeinschaften selbst.

Evidenz und Literatur: Dass Seelsorgende ins interprofessionelle Team integriert sind, bedeutet nicht, dass sie nichts Eigenes mehr einbringen: Ihre spezifische Kompetenz ist die Expertise für Glaubensüberzeugungen, spirituelle Traditionen und Rituale (Brandt 2023). Christliche Seelsorge «speist sich aus Ressourcen, die ohne Kirche nicht verfügbar wären»; deshalb ist sichtbar zu machen, in wessen Auftrag sie handelt (Noth 2023a). Die Verankerung in einer spirituellen Gemeinschaft prägt Ziele, Qualität und Glaubwürdigkeit der Begleitung (Peng-Keller et al. 2025). Gebet und Ritual tragen auch empirisch zur Wirkung bei: In der Schweizer Bevölkerungsbefragung fühlten sich 60,3 % der Personen, deren seelsorgliche Begleitung im Gesundheitskontext auch Gebet oder Ritual umfasste, danach besser – gegenüber 36,1 % bei rein psychosozialer Unterstützung (Peng-Keller et al. 2024; n = 183).

KONTEXT 7

Seelsorge im Gesundheitswesen wird in der Schweiz – je nach Kanton in unterschiedlicher Form – von Kirchen und Religionsgemeinschaften, Kantonen und Gesundheitsinstitutionen **gemeinsam getragen**. Sie ist nicht nur ein Beitrag der Kirchen an das öffentliche Gesundheitswesen, sondern auch ein wichtiger **Ort kirchlicher Präsenz und Mitgestaltung** in gesellschaftlichen Transformationsprozessen.

- Kirchen und Religionsgemeinschaften tragen und finanzieren Seelsorgestellen und Ausbildungen mit. Sie nehmen damit ihren diakonischen, karitativen oder sozialen Auftrag wahr, aus dem einst auch Spitäler und die Hospizbewegung hervorgegangen sind, und leisten einen Beitrag an das öffentliche

Gesundheitswesen, der allen offensteht – unabhängig von Religionszugehörigkeit und Weltanschauung.

- Wer Seelsorge mitträgt, übernimmt Mitverantwortung für Ausbildung, Beauftragung und Qualität – in Kooperation mit Gesundheitsinstitutionen, Kantonen und Berufsverband. Fachliche Qualifikation und religiöse Beauftragung ergänzen sich dabei wechselseitig.
- Mit ihren Gemeinden, Besuchsdiensten und Freiwilligen stellen Kirchen und Religionsgemeinschaften ein Netz vor Ort bereit, an das die Seelsorge im Gesundheitswesen anknüpfen kann.
- Durch ihre Nähe zu Menschen in Krankheit, Verletzlichkeit und Krise ist Seelsorge ein Seismograph gesellschaftlicher Entwicklungen: Sie bringt Erfahrungen und existenzielle Fragestellungen aus dem Gesundheitswesen in die Kirchen und Religionsgemeinschaften zurück und fördert deren Auseinandersetzung mit den Herausforderungen der Gegenwart.

Evidenz und Literatur: Seelsorge im Gesundheitswesen steht im Schnittpunkt dreier institutioneller Rahmen: Staat, Religionsgemeinschaften und Gesundheitsinstitutionen (Brandt 2023). Damit die fortschreitende Professionalisierung nicht zu einer Entfremdung führt, sollen sich die Glaubensgemeinschaften aktiv an ihr beteiligen, besonders in der Aus- und Weiterbildung (Peng-Keller et al. 2025).

LITERATUR

Aebi, R. / Mösli, P. et al. (2019): Indikationen-Set für Spiritual Care und Seelsorge. Pflegezeitschrift 72(6). www.indikationenset.ch

BAG / GDK (2010): Nationale Leitlinien Palliative Care. Bern.

Balboni, T. A. et al. (2022): Spirituality in Serious Illness and Health. JAMA 328(2), 184–197.

Berufsverband Seelsorge im Gesundheitswesen BSG (2026): Berufsbild Seelsorgerin im Gesundheitswesen / Seelsorger im Gesundheitswesen. Arbeitspapier, verabschiedet am 1. September 2026.

Brandt, P.-Y. (2023): Roles and mandates of spiritual care providers in a context of religious diversity. Spiritual Care 12(4), 297–306.

Brandt, P.-Y. / Besson, J. (éd.) (2016): Spiritualité en milieu hospitalier. Genève: Labor et Fides.

Brandt, P.-Y. / Dandarova-Robert, Z. / Stauffer, L. / Dessart, G. / Rochat, É. (2026): Vieillir à domicile dans le canton de Vaud. Santé globale, spiritualité et bénévolat à l'ère de la (post)-COVID. Fribourg: Academic Press. https://doi.org/10.55132/vdcv157

Buelens, E. / Dezutter, J. / Dillen, A. (2026): Unraveling impact and processes in healthcare chaplaincy. A quasi-experimental study in Belgium. Journal of Health Care Chaplaincy (online 27.09.2026). https://doi.org/10.1080/08854726.2026.2732439

Hill, P. / Allemand, M. / Noth, I. (2026): Integrating Purpose Research into Spiritual Care Practices. Pastoral Psychology. https://doi.org/10.1007/s11089-026-01358-z

Noth, I. (2023a): Was ist (christliche) Seelsorge?! Ein Definitionsüberblick. Wege zum Menschen 75, 5–14.

Noth, I. (2023b): «Ich bin nicht dabei gewesen!» – Anwaltschaftliche Seelsorge im Spital. In: Noth/Faber 2023, 61–68.

Noth, I. / Faber, E.-M. (Hg.) (2023): Seelsorgebegegnungen. Praxisbeispiele theologisch reflektiert. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

palliative ch (2019): Seelsorge als spezialisierte Spiritual Care in Palliative Care. Leitlinien. 1. Auflage. Bern.

palliative ch (2024): Impulse für Spiritual Care in der Langzeitpflege. 1. Auflage. Bern.

Peng-Keller, S. / Schneider, J. / Winiger, F. / Neuhold, D. (2024): Empirische Grundlagen zur Weiterentwicklung klinischer Seelsorge. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage in der Schweiz. Spiritual Care 13(1), 2–13.

Peng-Keller, S. et al. (2025): Spiritual Care at the Crossroads. An Ecumenical White Paper on the Future of Christian Healthcare Chaplaincy. Journal of Religion and Health 64, 1031–1046.

Peng-Keller, S. / Schneider, J. / Winiger, F. (2026): Patient preferences for healthcare chaplaincy. Insights from a representative population survey in Switzerland. Journal of Health Care Chaplaincy. https://doi.org/10.1080/08854726.2026.2633973