

Berlin, 23.04.2026

## STELLUNGNAHME

Deutscher Juristinnenbund e.V.

Vereinigung der Juristinnen,  
Volkswirtinnen und Betriebswirtinnen

Geschäftsstelle / Office:

Kronenstr. 73 • D-10117 Berlin

Telefon: +49 30 4432700

[geschaeftsstelle@djb.de](mailto:geschaeftsstelle@djb.de) • <https://www.djb.de>

### Stellungnahme zu der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 15. April 2026

über den Antrag der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonthier, Ulle Schauws, Dr. Janosch Dahmen, Simone Fischer, Dr. Armin Grau, Linda Heitmann, Johannes Wagner, Dr. Lena Gumniör, Misbah Khan, Helge Limburg, Sylvia Rietenberg und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie des Abgeordneten Stefan Seidler

#### **Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen sichern**

**vom 28.1.2026, BT-Drs. 21/3909**

Der Deutsche Juristinnenbund e.V. (djb) bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum Antrag „Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen sichern“. Der Antrag zielt auf die seit 1993 erforderliche Sicherstellung des Versorgungsauftrags zum Schwangerschaftsabbruch. Dies entspricht aus Sicht des djb verfassungsrechtlich zwingenden Mindestanforderungen.

Die gesetzliche Reform der Regelungen über den Schwangerschaftsabbruch ist erforderlich. Das hat die Arbeitsgruppe 1 der von der Bundesregierung zum 31. März 2023 einberufenen Kommission für reproduktive Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin in ihrer Berichtsübergabe am 15.4.2024 ausdrücklich festgestellt und insbesondere die Rechtmäßigkeit des Schwangerschaftsabbruchs auf Verlangen nach Beratung gefordert ([Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin](#), 2024, S. 335 f.). Der Bericht lieferte zudem bereits in seinem Kapitel 4 Aussagen auch zur problematischen Versorgungslage beim Schwangerschaftsabbruch. Wie der hier vorgelegte Antrag zu Recht in seiner Eingangsbegründung betont, hat das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte Verbundprojekt „[Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung](#)“ (ELSA) umfassende wissenschaftliche Erkenntnisse zu zentralen Einflussfaktoren der Versorgungslage sowie zu den Unterstützungsbedarfen betroffener Frauen in Deutschland gewonnen und erheblichen Handlungsbedarf aufgezeigt.

Der Gesetzgeber hat bisher weder nach Vorlage des Kommissionsberichts vom 15.4.2024 noch nach Veröffentlichung der ELSA-Studie gesetzgeberische Maßnahmen noch sonst Maßnahmen ergriffen, um die Widersprüche in der aktuellen Rechtslage auszuräumen oder jedenfalls die Verfahrensdefizite abzubauen.

Ein am 14.11.2024 vorgelegter Antrag zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs ([BT-Drs. 20/13775](#)) zusammen mit dem Antrag zu Verhütung und Prävention ([BT-Drs. 20/13776](#)) scheiterte nach der öffentlichen Anhörung im Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages vom 10.2.2025 allein am Prinzip der Diskontinuität. Zwar entsprachen die darin vorgeschlagenen gesetzlichen Änderungen noch nicht den Vorschlägen, die kurz zuvor von einer Strategiearbeitsgruppe der Zivilgesellschaft unterbreitet und am 17.10.2024 in Berlin überreicht worden waren (Zivilgesell-

schaft/Wapler/Wersig/Wörner, [Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs](#), 2024). Die gesetzliche Änderung hätte aber entscheidend Zugangshürden zum Schwangerschaftsabbruch abgebaut und hätte es dadurch vermocht, die Abhängigkeit vom aktuell defizitären Versorgungsangebot zu durchbrechen (vgl. [Wörner, Stellungnahme 2025](#), S. 15 f.; [ELSA, Stellungnahme 2025](#), S. 4, 10; mit verfassungsrechtlicher Begründung [Brosius-Gersdorf, Stellungnahme 2025](#), S. 8 f.;).

Der Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen, derzeit geregelt in § 218a Abs. 1 StGB, ist nach aktueller Rechtslage keine Gesundheitsleistung, rechtswidrig, nur nach Pflichtberatung und Wartefrist und abhängig von der Versorgungslage innerhalb der Zwölfwochenfrist erreichbar und nur dann straffrei. Die damit einhergehenden Grundrechtseinschränkungen für Frauen und schwangere Personen sind nicht vertretbar und widersprechen internationalen Vorgaben (schon [Wörner, Stellungnahme 2025](#), S. 2).

Im Zuge der mit der Krankenhausreform erforderlich werdenden Fusionen klinischer Einrichtungen droht darüber hinaus, wie aktuelle Verfahren bereits aufzeigen, die auch der vorliegende Antrag benennt, eine weitere Verschlechterung der Versorgungslage auch bei nach dem Gesetz rechtmäßigen Schwangerschaftsabbrüchen nach § 218a Abs. 2 und 3 StGB. Das liegt daran, dass katholische Träger von Einrichtungen ihren Beschäftigten nach Fusion oder Übernahme die weitere Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen insgesamt untersagen.

Damit sind nicht zuletzt noch weitere Verzögerungen bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen verbunden. All dies veranlasst zu Recht eine erneute verfassungsrechtliche Einordnung des Versorgungsauftrags von Kliniken bei Schwangerschaftsabbrüchen sowie die Überprüfung der Maßgaben der Versorgung mit ambulanten und stationären Möglichkeiten. Im Ergebnis begrüßt der Deutsche Juristinnenbund den hier vorgelegten Antrag nachdrücklich und hält ein Tätigwerden der Bundesregierung selbst zur Ergreifung von Maßnahmen, mit welchen die Länder dazu verpflichtet werden, ihrem Versorgungsauftrag nach § 13 Abs. 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) nachzukommen, für rechtlich zwingend ([djb, Policy Paper: Neues Regelungsmodell für den Schwangerschaftsabbruch, 2022](#), S. 7 f.; [djb, Keine Ausnahmen vom Versorgungsauftrag: Gemischt-konfessionelle Kliniken müssen Schwangerschaftsabbrüche ermöglichen, 2026](#), S. 1 ff.).

Zur Begründung ist aus rechtlicher Sicht auszuführen, dass aktuell ohne weitere Maßnahmen der verfassungsrechtliche Versorgungsauftrag nicht sichergestellt ist (I.), daher menschenrechtliche Vorgaben nicht eingehalten sind (II.) und die derzeit in der Verfahrenspraxis auftretende Geltendmachung eines kollektiven Weigerungsrechts nicht auf § 12 Abs. 2 SchKG gestützt werden kann (III.). Nach allem bedarf es der Anerkennung der Lebenssituation Betroffener und des deshalb erforderlichen Zugangs zu einem rechtmäßigen Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen und nach Indikation als Teil der Gesundheitsversorgung.

Die Prävention von Schwangerschaftsabbrüchen gelingt nicht über strafrechtliche Mittel ([djb, Policy Paper: Neues Regelungsmodell für den Schwangerschaftsabbruch, 2022](#), S. 3). Am ehesten würde sie über eine Legalisierung gelingen. Wird an der Kriminalisierung festgehalten, stellt die vorgeschlagene Maßnahme jedenfalls einen Fortschritt dar, um mit einem Schwangerschaftsabbruch einhergehende Stigmata abzubauen und anzuerkennen, dass nicht von jeder Person gleichermaßen die Übernahme der Verantwortung, die mit Schwangerschaft, Geburt und Elternsein einhergehen, verlangt werden kann.

Die vorgeschlagene Maßnahme stellt einen sinnvollen Baustein innerhalb eines wirksamen Präventionskonzepts dar. Dieses müsste darüber hinaus die Bereitstellung kostenfreier Verhütung, die umfassende Sexualaufklärung, die Förderung einer kinderfreundlichen Gesellschaft, die Sicherstellung von Ansprüchen mit Betreuungsangeboten sowie umfassende Maßgaben zur Förderung von Kindern und Jugendlichen, zur Förderung inklusiver Familienkonzepte, der Sicherstellung umfassender Beratungsangebote und zum umfassenden Ausbau pränataler Versorgung, insbesondere auch mit der Erweiterung von Behandlungsmöglichkeiten von Feten im Schwangerschaftsverlauf erfassen.

Zur weiteren Begründung sei wie folgt ausgeführt:

## A. Verfassungsrechtlicher Versorgungsauftrag

Ausweislich § 13 Abs. 2 SchKG besteht zunächst nach aktueller Rechtslage ein gesetzlicher Versorgungs- und Sicherstellungsanspruch, der ambulante und stationäre Einrichtungen umfasst und, richtig verstanden, staatliche Planung voraussetzt. Denn nach der bisherigen Rechtsprechung des BVerfG verlangt diese Sicherstellungsleistung „[...] ein umfassendes Konzept jeweils für das ganze Land. Gefordert sein können flächenbezogene Erhebungen des voraussichtlichen Bedarfs und der bereits vorhandenen Einrichtungen sowie – ähnlich wie bei der Krankenhausplanung – eine landesweite infrastrukturelle Planung, in welche die Einrichtungen privater, freigemeinnütziger, kommunaler oder staatlicher Träger aufzunehmen und aufeinander abzustimmen sind. Sollen Einrichtungen zum Schwangerschaftsabbruch privaten oder kommunalen Krankenhausträgern zur Pflicht gemacht werden, so bedarf es hierzu gesetzlicher Regelungen, durch die in einer rechtsstaatlichen Anforderung genügenden Bestimmtheit Maßstäbe und Befugnisse für die erforderlichen behördlichen Anordnungen festgelegt werden“ (BVerfGE 88, 203, 329). Jene gesetzlichen Maßgaben hatte der Gesetzgeber also mit § 13 Abs. 2 SchKG für medizinische Einrichtungen geschaffen. Der darin zum Ausdruck kommenden – mit dem nunmehr vorliegenden Antrag ausdrücklich eingeforderten – Planungspflicht bedarf es, weil ausweislich der bisherigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts der Gesetzgeber verpflichtet ist, die Regelung zum Schwangerschaftsabbruch auf ein umfassendes „Konzept zum Schutz des ungeborenen Lebens“ zu stützen (BVerfGE 88, 203, 266, 286; BVerfGE 98, 265, 304). Denn mit dem nach aktueller Rechtslage geltenden sogenannten Beratungsmodell hat sich der Gesetzgeber für ein gesetzliches Konzept entschieden, das statt auf Strafe auf „Ermutigung und Überzeugungsbildung durch Beratung und materielle Unterstützung“ setzt (BVerfGE 98, 265, 304). Genau deshalb sind ausreichende infrastrukturelle Rahmenbedingungen in Form von Beratungsstellen sowie ambulanten und stationären Einrichtungen zum Schwangerschaftsabbruch erforderlich.

Wenn der Bundesgesetzgeber jenen Weg weiterhin gehen und den Zugang zum Schwangerschaftsabbruch nicht umfassend entkriminalisieren und in die Gesundheitsversorgung einstellen möchte, muss er mithin zwingend im Anschluss an die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ein solches Schutzkonzept nachweisen.

Zur Sicherstellung desselbigen darf der Bund freilich die Länder verpflichten, eine bedarfsgerechte Versorgung mit diesen Einrichtungen sicherzustellen, so wie also mit § 13 Abs. 2 SchKG geschehen. Kommen allerdings die Länder jener Pflicht zur entsprechenden Bedarfsplanung nicht – oder nur sehr unzureichend bis unterschiedlich – nach, bisher hat noch kein Bundesland eine umfassende Bedarfsplanung verabschiedet und verifiziert vorgelegt, so fehlt heute – 33 Jahre nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts 1993 (in 2026) das eingeforderte „umfassende Konzept für das ganze Land“.

Das BVerfG betonte so in seiner bisherigen Rechtsprechung die Notwendigkeit, Schwangeren in Not- und Konfliktlagen nicht nur mit Missbilligung zu begegnen, sondern staatlicherseits für die Rahmenbedingungen zu sorgen, die eine verantwortliche Entscheidung für oder gegen die Fortsetzung der Schwangerschaft ermöglichen, ohne die Schwangere in die eine oder andere Richtung zu drängen. Mit anderen Worten fehlt ohne entsprechend gesetzlich gesicherte Rahmenbedingungen dem Beratungsmodell jede Grundlage zur Entscheidungsfindung.

In der Wahl zwischen gesetzlichen Regelungsoptionen – Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs gekoppelt mit präventiven Maßnahmen zur Verhinderung von ungewollten Schwangerschaften oder Verpflichtung in eine Bedarfsplanung zur Fundierung des Beratungsschutzkonzepts – bleibt bei allem die Legalisierung, die hier nicht beantragt ist, vorzuzugswürdig. Wenn der Bundesgesetzgeber aber den Zugang zum Schwangerschaftsabbruch nicht – wie rechtlich geboten – legalisieren, in die Gesundheits-

versorgung einstellen und die erforderlichen Maßnahmen zur Prävention ungewollter Schwangerschaften setzen will, so muss er jedenfalls eine angemessene Bedarfsplanung gewährleisten. Die Option des Untätigbleibens besteht nicht.

## B. Verpflichtung zur Einhaltung menschenrechtlicher Vorgaben

Der Frauenrechtsausschuss der Vereinten Nationen hat Deutschland wegen der erheblichen Zugangshindernisse zum Schwangerschaftsabbruch auch bereits gerügt ([Concluding Observations on the Ninth Periodic Report of Germany, CEDAW/C/DEU/CO/9 v. 31.05.2023](#)). So konstatiert gerade auch der EGMR in seiner menschenrechtlichen Rechtsprechung die Pflicht der Konventionsstaaten, einen angemessenen Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen sicherzustellen. Der Zugang zum Schwangerschaftsabbruch ist vom Schutzbereich des Art. 8 EMRK (Privatleben) umfasst. Zur hiernach geschützten Privatsphäre in den Konventionsstaaten gehört es, selbst zu entscheiden, ob man Eltern sein will oder nicht ([Evans v. the United Kingdom, no. 6339/05, Urteil vom 10.04.2007](#), § 71; [R.R. v. Poland, no. 27617/04, Urteil vom 26.05.2011](#), § 180; [Dickson v. the United Kingdom, no. 44362/04, Urteil vom 4.12.2007](#), § 66; [Paradiso and Campanelli v. Italy, no. 25358, Urteil vom 24.01.2017](#), §§ 163 und 215; [A. B. and C. v. Ireland, no. 25579/05, Urteil vom 16.12.2010](#), § 212). Art. 8 EMRK ist demnach verletzt, wenn ein legaler – rechtmäßiger – Zugang zum Schwangerschaftsabbruch aus gesundheitlichen Gründen oder solchen gesundheitlichen Wohlbefindens verwehrt oder erheblich beschränkt wird ([A. B. and C. v. Ireland, no. 25579/05, Urteil vom 16.12.2010](#), §§ 214, 245). Daraus folgt die Pflicht für jeden Konventionsstaat in einem angemessenen Ausgleich zwischen privaten und öffentlichen Interessen und der körperlichen Integrität der schwangeren Person ([Tysiack v. Poland, no. 5410/03, Urteil vom 20.03.2007](#), § 107) Regelungen zur Zulassung von Schwangerschaftsabbrüchen zu schaffen, die nachvollziehbar ausgestaltet sind ([Tysiack v. Poland, no. 5410/03, Urteil vom 20.03.2007](#), § 116; [A. B. and C. v. Ireland, no. 25579/05, Urteil vom 16.12.2010](#), § 249; [R.R. v. Poland, no. 27617/04, Urteil vom 26.05.2011](#), § 187; [P. and S. v. Poland, no. 57375/08, Urteil vom 30.10.2012](#), § 99) und einen Abbruch bei Gesundheitsgefährdung verlässlich erlauben ([A. B. and C. v. Ireland, no. 25579/05, Urteil vom 16.12.2010](#), §§ 214, 224).

Nach Studien wie Frauenleben<sup>3</sup>, den interdisziplinär angestellten Überlegungen der Kommission für reproduktive Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin vom April 2024 und den im August 2025 veröffentlichten Ergebnissen der ELSA-Studie liegen evidenzbasierte empirische Ergebnisse vor, dass eine ungewollte Schwangerschaft eine erhebliche Gesundheitsgefährdung für die betroffene Person bedeutet. Die erzwungene Fortsetzung einer ungewollten Schwangerschaft erhöht die Gesundheitsgefährdung für die Betroffenen. Die Abortion Care Guidelines der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ordnen den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen aus diesen Gründen zwingend der erforderlichen Gesundheitsversorgung zu und fordern deren Legalisierung ohne kostensteigernde und zugangsbeschränkende Hürden, wie einer Pflichtberatung, und unabhängig vom Gestationsalter ([WHO, Abortion Care Guidelines, 2022](#), S. 24 ff.). Zuletzt haben auch die Internationale Hebammenvereinigung (ICM) und die Internationale Föderation für Gynäkologie und Geburtshilfe (FIGO) die zwingenden und unverzichtbaren Einordnung als Gesundheitsleistung und „Kernelement der allgemeinen Gesundheitsversorgung“ (Universal Health Coverage, UHC) in einem gemeinsam erarbeiteten Statement bekräftigt ([FIGO-ICM Joint Statement on Comprehensive Abortion Care](#) vom 26. März 2026).

Der deutsche Gesetzgeber ist nach allem in jedem Fall verpflichtet, eine nachvollziehbare Verfahrensausgestaltung gesetzlich sicherzustellen, in der Betroffene verlässlich Zugang zu einem Schwangerschaftsabbruch erhalten können. Die Einordnung als Gesundheitsleistung bedarf der (erneuten) Prüfung.

## C. Erfordernisse zur Ergänzung von § 12 Abs. 2 SchKG

Aufgrund der aktuellen Entwicklungen ist eine gesetzliche Nachsteuerung im Rahmen der Vorschriften zur Gewährleistung des Rechts, sich nicht an einem Schwangerschaftsabbruch beteiligen zu müssen, erforderlich. Im Zuge der durch die Krankenhausreform veranlassten Fusionen von klinischen Einrichtungen ist in Deutschland derzeit nicht mehr sichergestellt, dass ein wohnortnaher Zugang zu einem legalen Schwangerschaftsabbruch bei Gesundheitsgefährdung besteht.

Kliniken berufen sich auf ein vermeintliches Weigerungsrecht nach § 12 Abs. 1 SchKG. Ein kollektives Weigerungsrecht von Krankenhäusern kann dieser Vorschrift nicht entnommen werden. Eine Klinik darf ihren angestellten Ärzt\*innen eine Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen weder innerhalb der Institution noch in deren privaten Praxen untersagen.

Das Bundesverfassungsgericht hat 1993 lediglich betont, dass Ärzt\*innen nicht gegen ihr Gewissen zur Mitwirkung an Schwangerschaftsabbrüchen verpflichtet werden dürfen (BVerfGE 88, 203, 330). Jenes Weigerungsrecht bezieht sich nach dem Willen des Gesetzgebers auf alle Abbrüche, jene auf Verlangen sowie rechtmäßig indizierte Schwangerschaftsabbrüche ([BT-Drs. 13/1850](#), S. 22; [BT-Drs. 7/1981](#), S. 18 f.). Das bedeutet konkret, dass einzelne Ärzt\*innen an Schwangerschaftsabbrüchen mitwirken können müssen, ohne deshalb Strafe fürchten zu müssen (BVerfGE 88, 203, 289). Bedenklich mit Blick auf die Unschuldsvermutung ist es vor diesem Hintergrund, wenn Ärzt\*innen wegen der in § 218 Abs. 1 StGB grundsätzlich angeordneten Strafbarkeit dabei jeweils sicherstellen müssen, dass entsprechende Ausnahmen von der Strafbarkeit, nebst den in Deutschland den Ärzt\*innen zusätzlich strafbewehrt auferlegten Pflichten aus §§ 218b, 218c, 219, 219b StGB eingehalten sind.

Es dürfen aber eben umgekehrt Ärzt\*innen keine Nachteile daraus erwachsen, dass sie sich weigern, Schwangerschaftsabbrüche vorzunehmen (BVerfGE 88, 203, 294). Hierbei handelt es sich um individuelles gewissensgeleitetes Weigerungsrecht, das sich aus Art. 4 Abs. 1, Abs. 2 GG ergibt ([Anna Katharina Mangold, Weigerung verweigert: Warum es kein gemischtkonfessionelles religiöses Weigerungsrecht bei Schwangerschaftsabbrüchen gibt, VerfBlog, 6.8.2025](#)).

Bereits das Bundesverfassungsgericht hat das Weigerungsrecht in seinem Urteil aus 1993 alleine auf die einzelnen Ärzt\*innen bezogen und spricht von „dem Arzt“. Auch § 12 Abs. 1 SchKG besagt, dass niemand verpflichtet sei, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken. Das erklärt sich auch historisch: So fand ein Vorschlag zur Normierung eines erweiterten Weigerungsrechts, welches auch Hilfspersonal, „Schwestern“ und die verantwortliche Leitung von Krankenhäusern eingeschlossen sehen wollte, mit § 218g StGB-E (1973) gerade keine Mehrheit ([Gutachten des Wissenschaftlichen Dienstes des Bundestages, Zum Weigerungsrecht von Krankenhäusern, Schwangerschaftsabbrüche vorzunehmen, vom 28.11.2019, WD 9 - 3000 - 087/19](#), S. 5 f.; [BT-Drs. 7/554](#), S. 8). Das vielmehr gerade individuelle Weigerungsrecht will der einzelnen „Person“ die Beweislast für ihre Gewissensnot ersparen ([BT-Drs. 7/1981](#), S. 18 f.). Verfassungsrechtlich konsequent ist das deshalb, weil die Gewissensfreiheit ein individuelles Recht ist, das Einzelnen einen Freiraum gibt, nicht zu Handlungen gezwungen zu werden, die gegen ihr Gewissen verstoßen. Eine kollektive Dimension wohnt dem nicht inne. Geschützt ist vielmehr gerade die „innere moralische Steuerung“ der Einzelnen (Morlok, in: Dreier, GG, 3. Aufl. 2013, Art. 4 Rn. 93) sowie das ärztliche Berufsbild als konstitutiver Teil der Persönlichkeit (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 12 Abs. 1 GG, BVerfGE 88, 203, 294).

Keines dieser individualschützenden Rechte kann darüber hinaus ein Recht verleihen, andere Personen zur Befolgung der eigenen Gewissensüberzeugung oder des eigenen ärztlichen Berufsbildes zu zwingen, denn es handelt sich hier um höchstpersönliche Entscheidungen. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus der Hinzunahme der unternehmerischen Freiheit (ausführend und ausdrücklich bereits [djb, Keine Ausnahmen vom Versorgungsauftrag: Gemischt-konfessionelle Kliniken müssen Schwangerschaftsabbrüche ermöglichen, 2026](#), S. 5 ff.). Denn könnten sich Krankenhäuser selbständig unter Geltendmachung unternehmerischer Freiheit aus der staatlichen Versorgungsplanung entlassen und frei entscheiden, nur jene Leistungen anzubieten, die sie für moralisch richtig hielten, so wäre den Bun-

desländern die gemäß § 13 Abs. 2 SchKG verpflichtende verlässliche Bedarfsplanung schlechthin unmöglich. Das Schutzkonzept ist durch solcherart Geltendmachung insgesamt gefährdet. Der Bundesgesetzgeber sollte schon deshalb die Vorschrift des § 12 Abs. 2 SchKG, wie im vorliegenden Antrag unter Nr. 3 vorgeschlagen, um die klarstellende Angabe ergänzen, dass Absatz 1 nicht gilt „für juristische Personen und wenn die Mitwirkung notwendig ist, um von der Frau eine anders nicht abwendbare Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung abzuwenden“.

Richtig ist, dass der Religionsfreiheit aus Art. 4 Abs. 1, Abs. 2 GG dagegen auch eine kollektive Dimension zukommt. Auf sie können sich also auch kirchliche Träger berufen. Ihre Inanspruchnahme setzt aber eine religiöse Glaubenslehre voraus, aus der die Einzelnen und die Glaubensgemeinschaft religiös verbindliche Handlungspflichten ableiten. Daraus folgt zweierlei: Es bedeutet inhaltlich zunächst, dass sich zwar einzelne Glaubensrichtungen mit eben verbindlichen Handlungspflichten hierauf berufen können. Für gemischt-konfessionelle Krankenhäuser gilt das hingegen nicht. Denn es liegt hier keine gemeinsame Glaubenslehre vor. Vielmehr haben katholische und evangelische Glaubenslehren grundsätzlich unterschiedliche Haltungen zu Schwangerschaftsabbrüchen. Und eine ökumenische Glaubenslehre, die Schwangerschaftsabbrüche grundsätzlich untersagt, gibt es nicht. Zweitens bedeutet dies verfahrensmäßig, dass in der Konsequenz jener Anerkennung eines kollektiven Weigerungsrechts von religiösen Krankenhäusern, diese nicht in die verfassungsrechtlich geforderte Bedarfsplanung einbezogen werden können. Landesregierungen dürfen ihnen keine Versorgungsaufträge erteilen und müssen demnach aufgrund der Verpflichtung aus § 13 Abs. 2 SchKG die Versorgungssicherheit auf anderem Wege gewährleisten. Bundesländer, in denen Einrichtungen von solchen Weigerungsrechten Gebrauch machen, sind damit noch weitergehend in der Pflicht eine Bedarfsplanung vorzulegen ([djb, Policy Paper: Neues Regelungsmodell für den Schwangerschaftsabbruch, 2022](#), S. 7 f.; [djb, Keine Ausnahmen vom Versorgungsauftrag: Gemischt-konfessionelle Kliniken müssen Schwangerschaftsabbrüche ermöglichen, 2026](#), S. 7 f.).

## D. Fazit

Das bedeutet im Ergebnis, dass die Ausgestaltung und Umsetzung des verfassungsrechtlichen Versorgungsauftrags durch die Bundesländer i.V.m. § 13 Abs. 2 SchKG bis heute deshalb defizitär ist, weil eine umfassende Bedarfsplanung fehlt. Die Versorgungssituation ist dabei nachweislich problematisch und verschärft sich zusehends. Die Erfüllung des einfachgesetzlichen, verbindlichen Versorgungsauftrags wird aktuell durch die Weigerung konfessioneller und gemischt-konfessioneller Einrichtungen weiter gefährdet. Diese Gefährdung verschärft die ohnehin prekäre Meldestellenverteilung.

Hinzu tritt, dass Verwaltungsaufgaben für Ärzt\*innen hohe Hürden setzen, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen und dadurch faktisch prohibitiv wirken. Es bedarf der Zulassung zum Verfahren, zur Beschaffung der Medikamentierungen bzw. Gerätschaften, sowie diese vorzufinanzieren und vorzuhalten. Hier drohen weitere Versorgungsengpässe. Es gilt, dass mangels umfassender Bedarfsplanung bereits mit dem Rückzug auch nur einer Einrichtung die Versorgung gefährdet oder gar nicht mehr sichergestellt werden kann. Die Landesregierungen dürfen deshalb von vornherein solche Krankenhäuser nicht in ihre Bedarfsplanung einbeziehen, die sich weigern, Schwangerschaftsabbrüche vorzunehmen.

Grundlage für die nach aktueller Rechtslage einzufordernde umfassende Bedarfsplanung und die staatliche Verpflichtung hierzu ist dabei das vom Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung 1993 ausgearbeitete komplexe verfassungsrechtliche Modell fußend auf einer Beratung der Schwangeren, das der Gesetzgeber in das Gesetz in §§ 218 bis 219b StGB und §§ 12, 13, 5 bis 7 SchKG umgesetzt hat. Denn in diesem Modell kommt dem Versorgungsauftrag mit ambulanten und stationären Möglichkeiten zum Schwangerschaftsabbruch die zentrale Rolle zu.

Nach alledem zielt der Antrag auf die notwendigen Maßnahmen zur Erfüllung des vom Gesetzgeber gewählten Schutzkonzepts. Dies entspricht aus Sicht des djb den verfassungsrechtlich zwingenden Mindestanforderungen.