

Antrag

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

Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen sichern

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Im Jahr 2024 wurden in Deutschland insgesamt 106.455 Schwangerschaftsabbrüche verzeichnet, von denen etwa 96 Prozent im Einklang mit der gesetzlichen Beratungsregelung durchgeführt wurden (vgl. Statistisches Bundesamt [Destatis], 2025). Das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte Verbundprojekt „Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung“ (ELSA) hat umfassende wissenschaftliche Erkenntnisse zu zentralen Einflussfaktoren der Versorgungslage sowie zu den Unterstützungsbedarfen betroffener Frauen in Deutschland gewonnen (www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/ELSA_Abschlussbericht.pdf). Die Ergebnisse zeigen einen erheblichen Handlungsbedarf auf:

In mehreren Bundesländern wird der überwiegende Teil der Schwangerschaftsabbrüche von nur wenigen Ärzt*innen und Einrichtungen übernommen. Insgesamt berichtete jede fünfte der befragten Frauen, dass es ihr schwergefallen sei, eine Einrichtung für einen Schwangerschaftsabbruch zu finden. 4,5 Prozent gaben an, hierfür eine Entfernung von mehr als 100 Kilometern zurücklegen zu müssen. Insbesondere in ländlichen Regionen bestehen strukturelle Barrieren beim Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen: Hier gab weniger als ein Viertel der im Rahmen der ELSA-Studie Befragten an, innerhalb eines Radius von maximal zehn Kilometern eine Praxis oder Klinik erreicht zu haben.

Gleichzeitig verschlechtert sich die Versorgungslage seit Jahren kontinuierlich. Die Zahl der Kliniken und Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, nimmt demographisch bedingt ab.

Im Zuge der notwendigen und sinnvollen Krankenhausreform wird es zu Fusionen von Kliniken kommen. Diese bergen ein Risiko, die Versorgung mit medizinisch sicheren Schwangerschaftsabbrüchen weiter zu verschlechtern, wenn nicht rechtzeitig Vorkehrungen getroffen werden. Aktuelle Fälle aus Lippstadt und Flensburg verdeutlichen, dass Versorgungsangebote entfallen, wenn katholische Krankenhäuser ihren Beschäftigten nach Übernahme einer Klinik die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen untersagen (www.aerzteblatt.de/news/es-darf-nicht-mehr-moeglich-sein-dass-

ein-solches-verbot-ausgesprochen-wird-724df6a6-ba88-4352-b85d-a2e093ab5a1c;
www.ndr.de/nachrichten/schleswig-holstein/flensburg_nordfriesland_schleswig-
flensburg/katholiken-uebernehmen-diako-krankenhaus-in-flensburg,regionflens-
burgnews-1468.html).

Verzögerungen bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und der damit verbundene spätere Zeitpunkt eines Schwangerschaftsabbruchs können mit erhöhten psychischen Belastungen sowie größeren medizinischen Risiken einhergehen (Wasser et al., 2023; vgl. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/ELSA_Abschlussbericht.pdf, S. 36). Vor diesem Hintergrund wird seit geraumer Zeit diskutiert, wie dem entgegengewirkt werden kann.

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat bereits 1993 festgestellt, dass es erforderlich ist, „für ein ausreichendes Angebot an Abbrucheinrichtungen auch in der Fläche des Landes im Sinne einer Auswahlmöglichkeit zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen zu sorgen.“ (BVerfG, BVerfG, Urteil vom 28. Mai 1993 – 2 BvF 2/90, 4/92, 5/92 in: NJW 1993, S. 1751 (1771)).

Nach § 13 Absatz 2 SchKG sind die Länder verpflichtet, ein ausreichendes Angebot ambulanter und stationärer Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen sowie einen ungehinderten Zugang zu diesen sicherzustellen. Der Bundesgesetzgeber hat im Nachgang der Entscheidung des BVerfG 1993 von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, außerstrafrechtliche Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch zu treffen. Der Bundesgesetzgeber hat danach auch die Kompetenz, Regelungen zur umfassenden und flächendeckenden Versorgung mit ambulanten und stationären Einrichtungen vorzusehen. Die Verwirklichung des Schutzkonzeptes nach geltendem Recht setzt also voraus, dass die notwendigen infrastrukturellen Rahmenbedingungen – in Gestalt von Beratungsstellen und ärztlichen Einrichtungen – geschaffen werden bzw. vorhanden sind.

Die Ergebnisse der ELSA-Studie belegen, dass der Verpflichtung nach § 13 Absatz 2 SchKG insbesondere in bestimmten Regionen Deutschlands nicht in ausreichendem Maße nachgekommen wird (www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/ELSA_Abschlussbericht.pdf). Daraus ergibt sich eine Verpflichtung der Bundesregierung, eben diese Versorgungslage in den Blick zu nehmen und gegebenenfalls Maßnahmen der Länder zur Gewährleistung der Versorgungslage anzuregen, soweit mangels Bundeskompetenz nicht durch den Bund selbst die notwendigen Voraussetzungen geschaffen werden können.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. die Versorgungslage im Hinblick auf die notwendigen qualifizierten medizinischen Einrichtungen und Angebote im gesamten Bundesgebiet zu prüfen und zu verbessern, damit ein selbstbestimmter Abbruch gemäß der geltenden Rechtslage tatsächlich möglich ist;
2. dazu selbst Maßnahmen zu ergreifen und Länder dazu zu verpflichten, ihrem Versorgungsauftrag nach § 13 Absatz 2 SchKG nachzukommen;
3. einen Gesetzentwurf vorzulegen, um § 12 Absatz 2 SchKG durch folgenden Absatz zu ersetzen: „Absatz 1 gilt nicht 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.“;
4. sicherzustellen, dass eine Krankenhausfusion nicht zu einem Abbau von Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche jeglicher Indikation durchführen, und zu einer Verschlechterung der Versorgungslage führen darf;

5. sicherzustellen, dass Krankenhäuser genug ärztliches Personal einstellen bzw. eingestellt haben, das sich zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen bereiterklärt;
6. insbesondere für unterversorgte Bereiche telemedizinische Betreuung oder zumindest Beratung sicherzustellen;
7. Schwangerschaftsabbrüche in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung verpflichtend zu verankern.

Berlin, den 28. Januar 2026

**Katharina Dröge, Britta Haßelmann und Fraktion
Stefan Seidler**

Begründung

Zu den Nummern 1 und 2:

Nur wenn eine hinreichende Versorgungslage gesichert ist, besteht das Recht der Schwangeren auf einen selbstbestimmten Abbruch ihrer Schwangerschaft auch tatsächlich, denn die geltende Rechtslage setzt eine hinreichende Versorgungslage im Hinblick auf qualifizierte medizinische Einrichtungen und Angebote voraus. Bestehende Defizite im Hinblick auf die Versorgungslage sind bekannt und betreffen unmittelbar das Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren. Das BVerfG (1993) verlangt „[...] 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 (293)). Die Bundesländer haben diese Bedarfsplanung bisher nicht, jedenfalls nicht ausreichend umgesetzt. Nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG (i. V. m. Art. 72 Abs. 2 GG) kommt dem Bundesgesetzgeber die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für „die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze“ zu. Es soll in Erwägung gezogen werden, auf dieser Kompetenzgrundlage Regelungen zur Sicherstellung der Versorgung mit Angeboten zum Abbruch in Krankenhäusern zu erlassen. Die Kompetenz umfasst die finanzielle Seite des Krankenhauswesens, der Kompetenz unterfallen in erster Linie Finanzhilfen. Erfasst sind öffentliche und private Krankenhäuser.

Zu Nummer 3:

Ob sich auch Krankenhausleitungen bzw. Krankenhausträger als juristische Personen unter Hinweis auf § 12 Absatz 2 SchKG weigern können, ist aktuell umstritten (WD-9-087-19-pdf.pdf). Nach der Auffassung, dass „niemand“ sich nicht auf natürliche Personen beschränkt, bleibt ein Interpretationsspielraum, dass auch die Krankenhausleitung bzw. der Krankenhausträger die Zulassung von Abbrüchen in der Einrichtung verweigern können. Dagegen einzuwenden ist, dass es sich bei dieser Auffassung nur um die am Ende nicht mehrheitsfähige Gesetzesbegründung zur Vorgängervorschrift des § 218g StGB [1973] handelt (BT-Drs. 7/554, S. 8), während die Begründung für die Gesetz gewordene Regelung sich ausdrücklich auf die einzelne Person beschränkt, der die Beweislast für ihre Gewissensnot erspart werden soll (BT-Drs. 7/1981, S. 19). Die Gewissensfreiheit hat anders als die Glaubensfreiheit keine kollektive Dimension; sie ist individuelles Recht, das dem bzw. der Einzelnen Freiraum zum Handeln gibt. Ein Recht, andere Personen zur Befolgung einer eigenen Gewissensüberzeugung zu zwingen, ist nicht denkbar. Ein rein unternehmerisch zu begründendes Weigerungsrecht darüber hinaus ließe sich weder mit der Berufsfreiheit noch mit der allgemeinen Handlungsfreiheit aus Art. 2 Abs. 1 GG vereinbaren. Schließlich setzt ein etwaiges kollektives Weigerungsrecht aus religiösen Gründen voraus, dass es sich auf eine religiöse Glaubenslehre stützt, die als solche jedwede Mitwirkung an Schwangerschaftsabbrüchen, auch an

rechtmäßigen, untersagt; solchen Häusern dürften dann per se keine Versorgungsaufträge erteilt werden. Die Änderung des Absatzes 2 soll darauf abzielen, gesetzliche Klarheit darüber zu schaffen, dass ein Verweigerungsrecht für medizinisches Personal gilt, für Krankenhausleitungen und -träger aber nicht bestehen kann; eine ausnahmsweise Zulassung aus religiösen Gründen führt zum Ausschluss aus dem Versorgungsauftrag.

Zu Nummer 4:

Die Bundesregierung wird aufgefordert, der durch die Bundesregierung initiierten Rechtsentzug mögliche Auswirkungen auf die Versorgungslage zu erkennen und darauf angemessen zu reagieren: Im Zuge der sinnvollen und notwendigen Krankenhausreform droht sich die Versorgungslage für Schwangerschaftsabbrüche durch Krankenhausfusionen mit katholischen Trägern zu verschlechtern, wenn nicht Vorsorge getroffen wird. Das liegt u.a. daran, dass als rechtlich ungesichert gilt und darüber gestritten wird, ob die Versorgung mit medizinischen Einrichtungen zum Schwangerschaftsabbruch von der allgemeinen Krankenhausplanung (§ 6 KHG) umfasst ist. Das dürfte allerdings für die nach aktueller Rechtslage rechtmäßigen Schwangerschaftsabbrüche (nach § 218a Abs. 2 und 3 StGB) schon deshalb zu gelten haben, weil die aufgrund der Notlage der Schwangeren als Gesundheitsleistung einzuordnen sind. Doch auch darüber hinaus hat das BVerfG (1993) bereits darauf verwiesen, dass kommunale Krankenhäuser verpflichtet werden können Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. In einzelnen Bundesländern erfolgt die Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen über nur sehr wenige große Meldestellen, so dass mit dem Ausfall einer einzelnen Meldestelle unmittelbar eine Unterversorgung droht, der mangels vorliegender Bedarfsplanung nicht entgegnet werden kann. Krankenhausfusionen müssen daher so ausgestaltet werden, dass der Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen für Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch benötigen, erhalten bleibt. Dabei müssen sowohl Schwangerschaftsabbrüche bei ungewollten Schwangerschaften als auch medizinisch indizierte Schwangerschaftsabbrüche berücksichtigt werden.

Zu Nummer 5:

Reichen private Angebote nicht aus, um dem Versorgungsauftrag nachzukommen, müssen Länder eigene Einrichtungen schaffen und sind dabei auch auf Ärzt*innen angewiesen, die bereit sind, Abbrüche vorzunehmen. Diese Bereitschaft darf laut einer Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts von 1991 als Einstellungsvoraussetzung verlangt werden. Ziel ist es, dass auch öffentliche Krankenhäuser Schwangerschaftsabbrüche anbieten und Frauen nicht ausschließlich auf private Einrichtungen angewiesen sind. Um dieses Ziel zu erreichen, muss genug ärztliches Personal eingestellt werden, das sich zu einer Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen bereiterklärt. Das Recht der einzelnen Ärzt*innen, die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen abzulehnen, bleibt davon unberührt.

Zu Nummer 6:

In zahlreichen Regionen besteht bereits heute eine unzureichende Versorgung mit wohnortnahen Angeboten zur Beratung und Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen (www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/ELSA_Abschlussbericht.pdf). Insbesondere in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten führen lange Anfahrtswege zu erheblichen Zugangshürden für ungewollt Schwangere. Diese Versorgungslücken können kurzfristig nicht flächendeckend durch den Aufbau zusätzlicher stationärer oder ambulanter Strukturen geschlossen werden. Telemedizinische Betreuung oder zumindest telemedizinische Beratung kann hier als kurzfristig realisierbares Ziel einen wichtigen Beitrag leisten, um zeitnah, niedrigschwellig und rechtssicher Unterstützung anzubieten. Sie ermöglicht eine qualifizierte medizinische Information, psychosoziale Beratung sowie die Begleitung von Patientinnen unabhängig vom Wohnort und kann damit bestehende regionale Ungleichheiten abmildern.

Zu Nummer 7:

Der Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen ist auch deshalb eingeschränkt, weil viele Ärzt*innen im Rahmen ihrer Aus- und Weiterbildung keine ausreichenden theoretischen und praktischen Kenntnisse zu diesem Eingriff erwerben. Fehlende Ausbildungsmöglichkeiten führen dazu, dass Unsicherheiten bestehen, fachliche Kompetenz nicht aufgebaut wird und sich immer weniger Mediziner*innen bereit oder in der Lage sehen, Schwangerschaftsabbrüche anzubieten. Eine Verankerung von Schwangerschaftsabbrüchen in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung ist daher notwendig, um eine qualitätsgesicherte, rechtssichere und flächendeckende Versorgung zu gewährleisten.