

# Keine Ausnahmen vom Versorgungsauftrag: Gemischt-konfessionelle Kliniken müssen Schwangerschaftsabbrüche ermöglichen

23.01.2026



# Inhalt

1. Verfassungsrechtlicher Versorgungsauftrag .....	1
a. Sicherstellungs- und Planungspflichten der Länder .....	1
b. Tatsächliche Versorgungslage .....	3
c. Rechtsprechung des EGMR.....	4
2. Zum kollektiven Weigerungsrecht von Krankenhäusern .....	5
a. Weigerungsrecht aufgrund Gewissensfreiheit: individuelles Recht für Ärzt*innen.....	5
b. Kein Weigerungsrecht aufgrund „unternehmerischer Freiheit“ eines Krankenhauses.....	6
c. Weigerungsrecht aufgrund Religionsfreiheit: kollektives Recht für konfessionelle Krankenhäuser .....	6
d. Kein Weigerungsrecht für gemischt-konfessionelle Krankenhäuser .....	7
3. Konsequenzen .....	7

Katholische Krankenhäuser weigern sich nicht erst jetzt, sondern schon lange, unter Berufung auf die kollektive Religionsfreiheit Schwangerschaftsabbrüche vorzunehmen. Solche Häuser verbieten, wie u.a. im aktuellen, öffentlich weiträumig diskutierten Verfahren von Prof. Volz, auch jenen Ärzt\*innen die Vornahme von Abbrüchen, die dazu an sich bereit wären, und auch dann, wenn diese nicht katholisch sind. Dabei geht es um die umstrittenen religiösen Loyalitätspflichten von Arbeitnehmenden in christlichen Einrichtungen. Diese werfen schwierige Fragen des deutschen Verfassungsrechts, insbesondere des Religionsverfassungsrechts und des Unionsrechts auf, die gewissermaßen eine „Quadratur des Kreises“ erfordern.<sup>1</sup>

Der Deutsche Juristinnenbund e.V. (djb) sieht sich vor diesem Hintergrund anlässlich aktueller Klinikfusionen, bei denen sich evangelische und katholische Träger zusammenschließen, veranlasst, den Versorgungsauftrag von Kliniken bei Schwangerschaftsabbrüchen erneut<sup>2</sup> verfassungsrechtlich einzuordnen (1.). Der sichere Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen und die Versorgung mit ambulanten und stationären Möglichkeiten zum Schwangerschaftsabbruch ist Teil eines verfassungsrechtlich geforderten Schutzkonzeptes. Daher besteht kein gemischt-konfessionelles religiös begründetes kollektives Weigerungsrecht von Kliniken, Schwangerschaftsabbrüche vorzunehmen. Denn Sofern Kliniken ein solches Weigerungsrecht aktuell für sich in Anspruch nehmen, führt dies zu erheblichen, teils gravierenden Beeinträchtigungen der Versorgungslage (2.). Dies betrifft insbesondere auch Schwangerschaftsabbrüche aus medizinischen Gründen, die nach geltendem Recht als rechtmäßig eingeordnet werden. Gefordert ist eine grundsätzliche Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs.<sup>3</sup> Die prekäre Versorgungslage ist ein weiterer Grund, warum es einer Neuregelung bedarf.

## 1. Verfassungsrechtlicher Versorgungsauftrag

Die Länder sind gesetzlich verpflichtet, ein ausreichendes Angebot an ambulanten und stationären Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen sicherzustellen. Dieser Sicherstellungsauftrag umfasst verfassungsrechtlich zwingend eine entsprechende Planungspflicht (a). Dieser Planungspflicht sind die Länder bislang nicht nachgekommen. Die tatsächliche Versorgungslage entspricht zudem nicht den verfassungsrechtlichen und einfachgesetzlichen Anforderungen (b). Die dadurch nur eingeschränkte Zugänglichkeit und fehlende Nachvollziehbarkeit von Zugang und Versorgungslage setzen sich auch in Widerspruch zu internationalen Vorgaben und der Rechtsprechung des EGMR (c).

### a. Sicherstellungs- und Planungspflichten der Länder

Ob die Versorgung mit medizinischen Einrichtungen zum Schwangerschaftsabbruch von der allgemeinen Krankenhausplanung (§ 6 KHG) umfasst ist, ist rechtlich ungeklärt.<sup>4</sup> Jedenfalls für die nach geltendem Recht rechtmäßigen Abbrüche nach medizinischer oder kriminologischer Indikation (§ 218a Abs. 2 und 3 StGB) dürfte dies zu bejahen sein. Unabhängig davon besteht in § 13 Abs. 2 SchKG ein gesetzlicher Versorgungs- und Sicherstellungsanspruch, der ambulante und stationäre Einrichtungen umfasst und, richtig verstanden, staatliche Planung voraussetzt. Nach der bisherigen Rechtsprechung des BVerfG verlangt diese Sicherstellungsleistung nämlich

---

<sup>1</sup> Zuletzt BVerfG, Beschl. des Zweiten Senats v. 29.09.2025, Az. 2 BvR 934/19 – *Egenberger*; zum Feld *Anna Katharina Mangold*, Diskriminierungsschutz im kirchlichen Arbeitsrecht oder die Quadratur des Kreises, in: Isabelle Ley/Tine Stein/Georg Essen (Hrsg.), *Semper Reformanda. Das Verhältnis von Staat und Religionsgemeinschaften auf dem Prüfstand*, Herder: Freiburg, 2023, S. 219-235.

<sup>2</sup> Vgl. umfassend Deutscher Juristinnenbund, Policy Paper: Neues Regelungsmodell für den Schwangerschaftsabbruch, 08.12.2022, abrufbar unter: <https://www.djb.de/presse/stellungnahmen/detail/st22-26> (letzter Zugriff: 19.01.2026)

<sup>3</sup> Ebd.

<sup>4</sup> Zusammenführend W.D. 9 - 3000 - 087/19, S. 11 f. m.w.N.

Deutscher Juristinnenbund e.V. (djb) [Keine Ausnahmen vom Versorgungsauftrag](#):

„[...] 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.“<sup>5</sup>

Diese Planungspflicht ist nach der bisherigen Rechtsprechung des BVerfG verfassungsrechtlich relevant, weil der Gesetzgeber danach verpflichtet ist, die Regelung des Schwangerschaftsabbruchs auf ein umfassendes „Konzept zum Schutz des ungeborenen Lebens“ zu stützen.<sup>6</sup> Mit dem Beratungsmodell (§ 218a Abs. 1 StGB) ist der Gesetzgeber von einem rein strafrechtlichen Modell übergegangen zu einem Konzept, das auf „Ermutigung und Überzeugungsbildung durch Beratung und materielle Unterstützung“ setzt.<sup>7</sup> Ein solches Konzept setzt ausreichende infrastrukturelle Rahmenbedingungen in Form von Beratungsstellen sowie ambulanten und stationären Einrichtungen zum Schwangerschaftsabbruch voraus. Der Bund darf daher die Länder verpflichten, eine bedarfsgerechte Versorgung mit diesen Einrichtungen sicherzustellen. Dies hat er für die medizinischen Einrichtungen in § 13 Abs. 2 SchKG geregelt.

Zu beachten ist allerdings, dass die bisherige Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zum Schwangerschaftsabbruch die Grundrechte der Schwangeren nicht hinreichend berücksichtigt.<sup>8</sup> Sofern der Gesetzgeber sich aber auf die Vorgaben aus der Rechtsprechung des BVerfG beruft, wie es im geltenden Recht der Fall ist, muss er sie vollständig umsetzen, einschließlich der genannten Planungs- und Sicherstellungspflichten. Der Versorgungsauftrag in § 13 Abs. 2 SchKG dient – dies lässt sich der bisherigen Rechtsprechung des BVerfG entnehmen – dem Schutz des vorgeburtlichen menschlichen Lebens, aber auch der Hilfe für Schwangere in Notlagen.<sup>9</sup> Dies setzt im geltenden Beratungsmodell voraus, dass die notwendigen infrastrukturellen Rahmenbedingungen, insbesondere Beratungsstellen und Einrichtungen der ärztlichen Versorgung, vorhanden sind.<sup>10</sup>

Soweit ersichtlich sind die Länder dieser Pflicht zur Bedarfsplanung bislang nicht nachgekommen.<sup>11</sup> Auch nun fast 33 Jahre nach dem Urteil hat noch kein Bundesland das vom Bundesverfassungsgericht 1993 geforderte „umfassende Konzept für das ganze Land“ vorgelegt. Selbst das BVerfG betont in seiner bisherigen Rechtsprechung die Notwendigkeit, Schwangeren in Not- und Konfliktlagen nicht nur mit Missbilligung zu begegnen, sondern staatlicherseits für Rahmenbedingungen zu sorgen, die eine verantwortliche Entscheidung für oder gegen die Fortsetzung der Schwangerschaft ermöglichen, ohne sie in die eine oder andere Richtung zu drängen. Diese Dimension des gesetzlichen Schutzkonzepts wird

---

<sup>5</sup> BVerfGE 88, 203 (329), Hervorh. hier.

<sup>6</sup> BVerfGE 88, 203 (266, 286); BVerfGE 98, 265 (304).

<sup>7</sup> BVerfGE 98, 265 (304).

<sup>8</sup> Vgl. umfassend Deutscher Juristinnenbund, Policy Paper: Neues Regelungsmodell für den Schwangerschaftsabbruch, 08.12.2022, abrufbar unter: <https://www.djb.de/presse/stellungnahmen/detail/st22-26> (letzter Zugriff: 19.01.2026).

<sup>9</sup> BVerfGE 88, 203 (330).

<sup>10</sup> BVerfGE 98, 265 (304); s. auch die Begründung zu § 13 SchKG, BT-Drs. 13/1850, S. 22.

<sup>11</sup> Weder das Land Schleswig-Holstein noch das Land Nordrhein-Westfalen, in denen es bislang zu Fusionen von konfessionellen Krankenhäusern gekommen ist, sind dieser bundesrechtlich übertragenen, verfassungsrechtlichen Pflicht bislang nachgekommen. In Nordrhein-Westfalen enthielt § 2 Abs. 3 Krankenhausgestaltungsgesetz bis 2018 die Vorgabe, dass das Krankenhaus, soweit möglich, „auf ein Angebot nach § 13 Abs. 2 SchKG“ hinzuwirken habe. Krankenhäuser waren also gesetzlich verpflichtet, an einem „ausreichende[n] Angebot ambulanter und stationärer Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen und den ungehinderten Zugang zu diesen“ mitzuwirken. Diese Vorgabe wurde 2018 durch Art. 14 Nr. 3 b) des „Gesetzes zum Abbau unnötiger und belastender Vorschriften im Land Nordrhein-Westfalen – Entfesselungspaket I“ (GV. NRW 2018 Nr. 8 v. 29.3.2018, 171) ersatzlos gestrichen. Seither gibt es auch in Nordrhein-Westfalen überhaupt keine Bedarfsplanung mehr für die ausreichende Versorgung mit stationären und ambulanten Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten.

Deutscher Juristinnenbund e.V. (djb) [Keine Ausnahmen vom Versorgungsauftrag](#):

in der aktuellen Praxis notorisch vernachlässigt, unter anderem, weil die gesetzlichen Versorgungspflichten nicht hinreichend umgesetzt, ja ihre Umsetzung nicht einmal konzeptioniert wird.

## b. Tatsächliche Versorgungslage

In der damaligen Entscheidung des BVerfG wird vorausgesetzt, dass eine An- und Abreise innerhalb eines Tages zu gewährleisten ist, also von einem Fahrtweg von 100 Kilometern ausgegangen.<sup>12</sup> Diese Zielmarke kann jedoch derzeit von ungewollt schwangeren Personen aufgrund fehlender Einrichtungen nicht selten überschritten.

Die aktuelle Versorgungslage ist sowohl in der aktuellen Studie für Deutschland „Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung“ (ELSA)<sup>13</sup> als auch in dem Abschlussbericht der Kommission für reproduktive Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin (Arbeitsgruppe 1 Schwangerschaftsabbruch) (KOMrSF) gut dokumentiert.<sup>14</sup> In der ELSA-Studie wurden Strukturdaten ausgewertet, um die regionale Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, zu erfassen und diese mit den berichteten Erfahrungen der ungewollt Schwangeren zu vergleichen. Auf diese Weise können Aussagen über tatsächliche Erreichbarkeiten getroffen werden.<sup>15</sup> Auf der Basis von ermittelten Erreichbarkeitskriterien der Versorgungsforschung wurden statistisch die Gebiete außerhalb einer Erreichbarkeit von 40 PKW-Minuten zur nächsten Einrichtung mit öffentlich zugänglichen georeferenzierten Bevölkerungszahlen des Statistischen Bundesamtes verbunden. Danach erfüllen 85 von 400 Landkreisen in Deutschland nicht die Kriterien für eine ausreichende Erreichbarkeit (21 %). Von 85 Landkreisen liegen 43 in Bayern und jeweils acht in Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen.<sup>16</sup>

In einigen Bundesländern konzentriert sich die Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen also auf sehr wenige Meldestellen (Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche an das Bundesamt melden). Ausweislich der Studie führen für das Jahr 2020 7 % aller Meldestellen bundesweit mit je mehr als 250 Schwangerschaftsabbrüchen insgesamt 47 % aller Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland durch.<sup>17</sup> Dass sich nach dieser Datenlage ein Großteil der durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche auf wenige („große“) Einrichtungen konzentriert, deutet auf eine bestehende strukturelle Schieflage und – nach Region unterschiedlich – eingeschränkte Angebote der Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen hin. Das bedeutet wiederum, dass der Wegfall einer einzigen Meldestelle (durch Urlaub, Rente, Aussetzen von Abbrüchen im Wege einer Klinikfusion) besonders negative Auswirkungen auf die regionale Versorgungslage haben kann. Es muss zudem davon ausgegangen werden, dass eine hohe Konzentration von Abbrüchen auf wenige „große“ Einrichtungen insbesondere in Flächenländern zu längeren Fahrtwegen führt, was die räumliche Erreichbarkeit und somit eine möglichst frühzeitige Inanspruchnahme von Versorgung (weiter) erschwert.<sup>18</sup> Wird damit insbesondere in einem Bundesland, das überwiegend mit „großen“ Meldestellen arbeitet, die Versorgung durch eine Stelle ausgesetzt, ist nach der derzeit bestehenden Datenlage eine fortbestehende Versorgung

---

<sup>12</sup> Wissenschaftliche Dienste, WD 9 – 3000 – 087/19, S. 9 f. m.w.N.

<sup>13</sup> <https://elsa-studie.de/>. Die umfassenden Ergebnisse sind seit 8/2025 freigegeben. Vgl. dazu auch die Stellungnahme für den Rechtsausschuss des deutschen Bundestags vom 10.2.2025 von Rona Torenz, [https://www.bundestag.de/resource/blob/1049686/Stellungnahme-Torenz\\_ELSA.pdf](https://www.bundestag.de/resource/blob/1049686/Stellungnahme-Torenz_ELSA.pdf).

<sup>14</sup> Bericht der Kommission für reproduktive Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin (KOMrSF) vom 15.4.2024, BT-Drs. 20/11530, <https://dserver.bundestag.de/btd/20/115/2011530.pdf>.

<sup>15</sup> Deutlich Torenz, Stellungnahme Rechtsausschuss vom 10.2.2025, [https://www.bundestag.de/resource/blob/1049686/Stellungnahme-Torenz\\_ELSA.pdf](https://www.bundestag.de/resource/blob/1049686/Stellungnahme-Torenz_ELSA.pdf). Sie dazu auch gezielt: Torenz R, Vollmer H, et al. (2023): Data on regional availability and accessibility of abortion providers in Germany. Res Health Serv Reg. 2023 Dec 15;2(1):21.

<sup>16</sup> Siehe nur deutlich Torenz, Stellungnahme Rechtsausschuss vom 10.2.2025, [https://www.bundestag.de/resource/blob/1049686/Stellungnahme-Torenz\\_ELSA.pdf](https://www.bundestag.de/resource/blob/1049686/Stellungnahme-Torenz_ELSA.pdf).

<sup>17</sup> Nach Torenz (Fn. 9) decken „große Meldestellen“ in Bayern 77 %, in Hessen 62 % und in Nordrhein-Westfalen 60 % der Schwangerschaftsabbrüche ab. In Niedersachsen sind es nur 29 %, in Mecklenburg-Vorpommern gibt es keine „große Meldestelle“.

<sup>18</sup> ELSA Studie (Fn. 13).

nachweislich nicht weiter sichergestellt. Umgekehrt ist gerade in diesen Fällen davon auszugehen, dass jede an der Versorgung teilnehmende Einrichtung erforderlich ist, um die Mindestversorgung überhaupt sicherzustellen. Das gilt auch deshalb, weil eine darüberhinausgehende umfassende Erhebung der Versorgungssituation mit Schwangerschaftsabbrüchen gerade nicht erfolgt.

Das BVerfG wollte über die Versorgung mit nach dem Gesetz wegen erkannter Notlagen der Schwangeren ohnehin rechtmäßigen Schwangerschaftsabbrüchen nach § 218a Abs. 2 und 3 StGB hinaus zudem insbesondere die Versorgung mit – 1993 neu anzuerkennenden – Schwangerschaftsabbrüchen auf Verlangen nach § 218a Abs. 1 StGB sichergestellt wissen. Gerade hier ist die aktuelle Entwicklung um den weiteren Versorgungsausfall im Zuge der Fusion von gemischt konfessionellen Krankenhäusern besorgniserregend. Denn zu dem Abbau der Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen auf Verlangen und nach Beratung (§ 218a Abs. 1 StGB) tritt nun auch deutlich der Abbau der Versorgung mit rechtmäßigen Schwangerschaftsabbrüchen (§ 218a Abs. 2 und 3 StGB) hinzu.

Diese empirische Situation legt die Vermutung nahe, dass die Bundesländer ihrem Versorgungsauftrag derzeit nicht nachkommen.

### c. Menschenrechtliche Vorgaben

In seiner menschenrechtlichen Rechtsprechung konstatiert auch der EGMR eine Pflicht der Konventionsstaaten, angemessenen Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen sicherzustellen. Der Gerichtshof verortet den Zugang zum Schwangerschaftsabbruch im Schutzbereich des Privatlebens nach Art. 8 EMRK und betont immer wieder, dass es in den Konventionsstaaten zur geschützten Privatsphäre gehöre, selbst zu entscheiden, ob man Eltern werden will oder nicht.<sup>19</sup> Art. 8 EMRK werde verletzt, wenn der legale Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen aus gesundheitlichen Gründen und/oder Gründen des Wohlbefindens verwehrt oder erheblich beschränkt werde.<sup>20</sup> Der Schwangeren müsse grundsätzlich die Möglichkeit offenstehen, bei einer Gesundheitsgefährdung einen Abbruch durchführen zu lassen.<sup>21</sup> Die Konventionsstaaten seien verpflichtet, bei der Ausgestaltung der rechtlichen Regelungen über Schwangerschaftsabbrüche einen angemessenen Ausgleich zwischen privaten und öffentlichen Interessen und der körperlichen Integrität der schwangeren Person herzustellen.<sup>22</sup> Im Zusammenhang damit betont der EGMR, dass ein Konventionsstaat, wenn er Regelungen zur Zulassung von Schwangerschaftsabbrüchen trifft, dazu verpflichtet sei, das betreffende rechtliche System zugänglich und nachvollziehbar auszugestalten.<sup>23</sup>

Bezogen auf die Rechtslage in Deutschland hat der Frauenrechtsausschuss der Vereinten Nationen Deutschland gerügt, weil erhebliche Zugangshindernisse zum Schwangerschaftsabbruch bestünden.<sup>24</sup> Der deutsche Gesetzgeber könne sich demnach nicht darauf zurückziehen, mit der gesetzlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs allein schon alles getan und ein Verfahren zugänglich und nachvollziehbar ausgestaltet zu haben. Das treffe bereits für die frühen Schwangerschaftsabbrüche auf Verlangen nach Beratung nicht zu.<sup>25</sup> Insbesondere aber zeigt die aktuelle Entwicklung beim Rückzug

<sup>19</sup> 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.

<sup>20</sup> A, B and C v. Ireland, no. 25579/05, Urteil vom 16.12.2010, §§ 214, 245.

<sup>21</sup> A, B and C v. Ireland, no. 25579/05, Urteil vom 16.12.2010, §§ 214, 224.

<sup>22</sup> Tysi c v. Poland, no. 5410/03, Urteil vom 20.03.2007, § 107.

<sup>23</sup> Tysi c 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.

<sup>24</sup> UN Ausschuss für die Beseitigung der Diskriminierung der Frau, United Nations, Concluding Observations on the Ninth Periodic Report of Germany, CEDAW/C/DEU/CO/9 v. 31.05.2023, S. 13 Rn. 45. Ausführend Starski, KOMrSF-Bericht (Fn. 4), Kap. 6, S. 221 ff.

<sup>25</sup> Policypaper djb; ELSA Studie; KOMrSF Bericht; Weißer GA 2023, 541; Wörner StV 2026, 53; Wörner/Haug ad legendum 2026, ##.

[Deutscher Juristinnenbund e.V. \(djb\)   Keine Ausnahmen vom Versorgungsauftrag:](#)

von Kliniken aus der Versorgung mit nach § 218a Abs. 2 StGB rechtmäßigen, weil medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbrüchen, dass das rechtliche System gerade nicht zugänglich und nicht nachvollziehbar ausgestaltet ist.

## 2. Zum kollektiven Weigerungsrecht von Krankenhäusern

Die Kliniken berufen sich auf ein vermeintliches Weigerungsrecht nach § 12 Abs. 1 SchKG. Doch dieser Vorschrift kann kein kollektives Weigerungsrecht von Krankenhäusern entnommen werden, mit dem die Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen für die gesamte Institution – und im aktuell gerichtlich verhandelten Fall von Prof. Volz sogar für Tätigkeiten angestellter Ärzt\*innen außerhalb der Institution – unterbunden werden darf.

Das BVerfG hat 1993 zum Weigerungsrecht betont, dass Ärzt\*innen nicht gegen ihr Gewissen zur Mitwirkung an Schwangerschaftsabbrüchen verpflichtet werden dürfen.<sup>26</sup> Daraus folgt jedoch nicht, dass die Gesundheitsversorgung mit auch zuvor und dann nach § 218a Abs. 2 und 3 StGB legalen und rechtmäßigen Schwangerschaftsabbrüchen nach der Indikationsregelung beschränkt wird.<sup>27</sup>

Entscheidend ist hier auch die religionsverfassungsrechtliche Frage, wer aus welchen Gründen die Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen verweigern darf.<sup>28</sup> Auch damit hat sich das BVerfG befasst.<sup>29</sup> Danach müssen einzelne Ärzt\*innen an Schwangerschaftsabbrüchen mitwirken können, ohne Strafe fürchten zu müssen;<sup>30</sup> allerdings dürfen ihnen auch keine Nachteile erwachsen, wenn sie sich weigern, einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen.<sup>31</sup>

Dieser Grundsatz findet sich einfachgesetzlich normiert sowohl in dem derzeit geltenden [§ 12 Abs. 1 SchKG](#) wie auch in den Berufsordnungen der Ärztekammern.<sup>32</sup> Das Weigerungsrecht entfällt nach [§ 12 Abs. 2 SchKG](#) nur, wenn es gilt, „von der Frau eine anders nicht abwendbare Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung abzuwenden“. Ein allgemeines Weigerungsrecht, wie es einige Kliniken derzeit in Anspruch nehmen wollen, ergibt sich daraus nicht.

### a. Weigerungsrecht aufgrund von Gewissensfreiheit: individuelles Recht für Ärzt\*innen

Im Urteil des BVerfG von 1993 ist das Weigerungsrecht ersichtlich auf die einzelne an einem Abbruch mitwirkende Person bezogen. Konkret ist im Urteil von „dem Arzt“ die Rede. Auch [§ 12 Abs. 1 SchKG](#) besagt, dass „niemand verpflichtet [sei], an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken“. Insbesondere fand der Vorschlag zur Vorgängervorschrift des § 218g StGB von 1973<sup>33</sup> keine Mehrheit, das Weigerungsrecht „sowohl Ärzten, Schwestern und anderem Hilfspersonal als auch den

---

<sup>26</sup> Vgl. dazu aus den Gesetzgebungsverfahren zum Erlass der Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch im Anschluss an die Entscheidung des BVerfG 1993 in BT-Drs. 13/1850, 22 mit Verweis auf die Begründung des insoweit wortgleichen Art. 2 des 5. StrRG. Zu betonen ist, dass das 5. StrRG von 1974 die Konstruktion des rechtswidrigen, aber straflosen Schwangerschaftsabbruchs auf Verlangen und nach Beratung noch nicht kannte. Das Weigerungsrecht bezieht sich demnach auf alle Abbrüche, „unabhängig davon, ob innerhalb der Frist oder später im Rahmen einer Indikation vorgenommen“ (BT-Drs. 7/1981, S. 18 f.; S. 18).

<sup>27</sup> BVerfGE 88, 203 (330).

<sup>28</sup> Die Ausführungen in diesem Abschnitt beruhen auf *Anna Katharina Mangold*, Weigerung verweigert: Warum es kein gemischt-konfessionelles religiöses Weigerungsrecht bei Schwangerschaftsabbrüchen gibt, [VerfBlog, 6.8.2025](#).

<sup>29</sup> BVerfGE 88, 203 (289 ff., Rn. 245 ff.).

<sup>30</sup> BVerfGE 88, 203 (289).

<sup>31</sup> BVerfGE 88, 203 (294).

<sup>32</sup> In [Schleswig-Holstein](#) und [Nordrhein-Westfalen](#) jeweils § 14 Abs. 1 S. 3; in diesen Bundesländern kam es in Flensburg und Lippstadt zu Krankenhausfusionen, in deren Folge nun keine Schwangerschaftsabbrüche mehr durchgeführt werden sollen.

<sup>33</sup> Zur Gesetzgebungshistorie [Gutachten des Wissenschaftlichen Dienstes des Bundestages, Zum Weigerungsrecht von Krankenhäusern, Schwangerschaftsabbrüche vorzunehmen, 28. November 2019, WD 9 - 3000 - 087/19](#), S. 5 f. [Deutscher Juristinnenbund e.V. \(djbb\) o Keine Ausnahmen vom Versorgungsauftrag](#):

verantwortlichen Leitern der Krankenhäuser“ zuzusprechen,<sup>34</sup> ist in der anschließend konsolidierten Ausschussfassung nicht zu finden. Der vormalig umfassendere Begründungsansatz wurde vielmehr klar und deutlich auf ein individuelles Weigerungsrecht beschränkt, das der einzelnen „Person“ die Beweislast für ihre Gewissensnot ersparen sollte.<sup>35</sup> Das ist auch verfassungsrechtlich konsequent, denn die Gewissensfreiheit ist ein individuelles Recht, das Einzelnen einen Freiraum gibt, nicht zu Handlungen gezwungen zu werden, die gegen ihr Gewissen verstoßen. Die Gewissensfreiheit hat anders als die Glaubensfreiheit gerade keine kollektive Dimension, weil sie die „innere moralische Steuerung“ der Einzelnen schützt.<sup>36</sup>

Das Bundesverfassungsgericht hat das Weigerungsrecht neben der Gewissensfreiheit aus Art. 4 Abs. 1 GG auch aus dem ärztlichen Berufsbild abgeleitet, das nicht nur als Teil der Berufsfreiheit grundrechtlich geschützt ist (Art. 12 Abs. 1 GG), sondern für die Einzelnen konstitutiver Teil ihrer Persönlichkeit sein kann.<sup>37</sup> Auch dies ist ein rein individuelles Grundrecht.

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 hierbei handelt es sich um höchstpersönliche Entscheidungen.

## b. Kein Weigerungsrecht aufgrund „unternehmerischer Freiheit“ eines Krankenhauses

Fernliegend ist die Anerkennung eines rein unternehmerisch begründeten Weigerungsrechts. Weder die Berufsfreiheit aus Art. 12 Abs. 1 GG noch die allgemeine Handlungsfreiheit aus Art. 2 Abs. 1 GG können so verstanden werden, dass sie einem in die staatliche Versorgungsplanung einbezogenen Krankenhaus gestatten, nur jene Leistungen anzubieten, die es für moralisch gerechtfertigt hält. Es ist schon nicht ersichtlich, worin jeweils der Eingriff liegen sollte, denn das Krankenhaus kann frei entscheiden, ob es sich verpflichtet, den Versorgungsauftrag zu erfüllen. Entscheidet es sich aus moralischen oder anderen Gründen dagegen, dann kann es auch nicht in die Bedarfsplanung des betreffenden Bundeslandes einbezogen werden. In diese Bedarfsplanung einbezogene Krankenhäuser müssen Schwangerschaftsabbrüche vornehmen. Auf diese Weise genügen die Länder ihrem Versorgungsauftrag nach [§ 13 Abs. 2 SchKG](#). Könnten sich die Krankenhäuser einseitig diesem Versorgungsauftrag verweigern, wäre es den Bundesländern gänzlich unmöglich, eine verlässliche Bedarfsplanung vorzunehmen. Das liefe wiederum dem Versorgungsauftrag entgegen und gefährdete erneut die mit dem aktuellen Schutzkonzept verfolgte Gesamtregelung.

## c. Weigerungsrecht aufgrund von Religionsfreiheit: kollektives Recht für konfessionelle Krankenhäuser

Auch wenn die Gewissensfreiheit den Krankenhäusern als individuelles Recht kein Weigerungsrecht vermitteln kann, hat sie im Verhältnis zur Religionsfreiheit nur eine Auffangfunktion.<sup>38</sup> An sich denkbar ist deswegen, ein Weigerungsrecht aus der Religionsfreiheit abzuleiten. Sie hat eine kollektive Dimension; auf sie können sich also auch kirchliche Träger berufen. Die Inanspruchnahme der Religionsfreiheit setzt freilich eine religiöse Glaubenslehre voraus, aus der die Einzelnen wie die Glaubensgemeinschaft religiös verbindliche Handlungspflichten ableiten. Konsequenz einer solchen

---

<sup>34</sup> [BT-Drs. 7/554, S. 8](#), Hervorh. hier.

<sup>35</sup> BT-Drs. 7/1981, S. 19.

<sup>36</sup> *Morlok*, in: Dreier, GG, 3. Aufl. 2013, Art. 4 Rn. 93.

<sup>37</sup> [BVerfGE 88, 203](#) (294): Schutz des durch das ärztliche Berufsbild geprägten Persönlichkeitsrechts nach Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 12 Abs. 1 GG.

<sup>38</sup> *Morlok*, in: Dreier, GG, 3. Aufl. 2013, Art. 4 Rn. 97.

[Deutscher Juristinnenbund e.V. \(djb\) o Keine Ausnahmen vom Versorgungsauftrag:](#)

Anerkennung kollektiver Weigerungsrechte von religiösen Krankenhäusern ist dann aber auch, dass diese nicht in die verfassungsrechtlich geforderte Bedarfsplanung bei der Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen einbezogen werden können. Landesregierungen dürfen solchen Häusern dementsprechend keine Versorgungsaufträge erteilen und müssen alternativ Versorgungssicherheit gewährleisten.

#### d. Kein Weigerungsrecht für gemischt-konfessionelle Krankenhäuser

Gemischt-konfessionelle Krankenhäuser hingegen können sich danach nicht auf die Religionsfreiheit stützen, denn es liegt keine *gemeinsame* Glaubenslehre vor. Die katholische und die evangelische Glaubenslehre haben grundsätzlich unterschiedliche Haltungen zu Schwangerschaftsabbrüchen. Eine ökumenische Glaubenslehre, die Schwangerschaftsabbrüche grundsätzlich untersagt, gibt es nicht. Das zeigt bereits die Tatsache, dass die evangelischen Krankenhäuser in Flensburg und Lippstadt bis zu den jeweiligen Fusionsentscheidungen durchaus Abbrüche vorgenommen haben. Anderes anzunehmen implizierte, dass die Fusion des bisher evangelischen Trägers mit einem katholischen Träger insgesamt ein katholisches Krankenhaus hervorbrächte, sich also die restriktivere, strengere Religion durchsetzte. Das überzeugt aber weder aus der individuellen Perspektive der Mitarbeitenden, wie der [Protest des Lippstadter Chefarztes](#) Prof. Volz belegt, noch aus grundrechtsdogmatischer Sicht. Denn das aus der Religionsfreiheit abgeleitete Weigerungsrecht bedeutet eine Freistellung von den „für alle geltenden Gesetzen“, [Art. 140 GG i. V. m. Art. 137 Abs. 3 S. 1 WRV](#). Wenn sich ein Krankenhaus auf ein religiös begründetes kollektives Weigerungsrecht beruft, bewirkt die Anerkennung dieser Weigerung eine Ausnahme von der allgemeinen Gesetzesbindung, wonach Krankenhäuser die Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen sicherstellen bzw. sicherzustellen haben. Voraussetzung für eine solche ausnahmsweise Anerkennung ist, dass die Weigerung tatsächlich religiös begründet werden kann, indem eine kollektiv verbindliche Glaubenslehre plausibilisiert wird.

Dementsprechend kann es kein kollektives religiöses Weigerungsrecht für gemischt-konfessionelle Krankenhausgesellschaften geben, sondern nur für einzelne Personen, die diese Entscheidung je als höchstpersönliche für sich selbst zu treffen haben.

### 3. Konsequenzen

In seinem aktuellen Schutzkonzept setzt der Gesetzgeber umfassend Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch außerhalb des Strafgesetzbuchs um und verbindet dies mit einem Beratungskonzept. Das BVerfG hat 1993 dazu ein komplexes verfassungsrechtliches Modell entwickelt. In diesem Modell spielt der Versorgungsauftrag mit ambulanten und stationären Möglichkeiten zum Schwangerschaftsabbruch eine zentrale Rolle für den Schutz des ungeborenen Lebens und der Schwangeren in Not. Solange sich der Gesetzgeber weiterhin grundsätzlich für eine Kriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs entscheidet, muss die dem folgende Gesetzgebung des Bundes und der Länder und die daraus folgende Rechtsanwendung auch die weiteren verfassungsrechtlichen Vorgaben aus dem damaligen Urteil des BVerfG zum Versorgungsauftrag einhalten.

Die Ausgestaltung und Umsetzung des verfassungsrechtlichen Versorgungsauftrags durch die Länder ist jedoch bis heute defizitär; eine umfassende Bedarfsplanung fehlt. Die Versorgungssituation ist nachweislich problematisch. Der einfachgesetzliche, verbindliche Versorgungsauftrag wird aktuell durch die Weigerung konfessioneller und sogar gemischt-konfessioneller Einrichtungen weiter gefährdet. Nehmen solche Krankenhäuser an der Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen nicht teil, zieht dies ein weiteres Versorgungsdefizit nach sich. Denn solange eine umfassende Bedarfs- und Versorgungsplanung bei Schwangerschaften nicht stattfindet, ist davon auszugehen, dass jedes

Krankenhaus Teil der Bedarfsplanung eines Bundeslandes ist. Die verfassungsrechtlich geforderte Versorgung kann mit dem Rückzug auch nur einer Einrichtung nicht mehr sichergestellt werden. Die Landesregierungen dürfen deshalb von vornherein solche Krankenhäuser nicht in ihre Bedarfsplanung einbeziehen, die sich weigern, Schwangerschaftsabbrüche vorzunehmen. Werden sie einbezogen, haben sie dagegen – jenseits individueller, aber nicht kollektiver Ausnahmen - an der Versorgung teil.

# Impressum

Herausgeber: Deutsche Juristinnenbund e.V. (djb)

Präsidium: Prof. Dr. Susanne Baer, Professorin und Richterin des BVerfG a.D., Berlin (Präsidentin), Dr. Lucy Chebout, M.A., Richterin, RinVerfGH Berlin und Verena Haisch, Rechtsanwältin, Hamburg (Vizepräsidentinnen), Nadine Köster, LL.M., Referatsleiterin, Bonn (Schatzmeisterin), Anke Gimbal, Rechtsassessorin, Berlin (Geschäftsführerin)

Verantwortlich: Prof. Dr. Liane Wörner, LL.M. (UW Madison)

Bundesgeschäftsstelle  
Kronenstr. 73  
10117 Berlin

Telefon: +49 30 4432700

[https://www.djb.de/  
geschaeftsstelle@djb.de](https://www.djb.de/geschaeftsstelle@djb.de)

AG Dortmund, Vereinsreg.-Nr.: 1444

Berlin, 2025