



Deutscher Caritasverband e.V.
Eva M. Welskop-Deffaa, Präsidentin

Dienstgeberseite der Arbeitsrechtli-
chen Kommission des Deutschen
Caritasverbandes (DGS)

Marcel Bieniek
Marcek.bieniek bir@caritas.de

Stellungnahme des Deutschen Caritasverbands e.V. zum Antrag “Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen sichern” (BT-Drucksache 21/3909)

— Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am
15. April 2026

— Der Antrag der GRÜNEN fordert vor dem Hintergrund der Krankenhausfusionen von weltlichen mit katholischen Trägern in Lippstadt und Flensburg, das Schwangerschaftskonfliktgesetz dahingehend zu ändern, dass juristische Träger zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen verpflichtet werden. Zu den im Antrag genannten Forderungen nimmt der Deutsche Caritasverband e.V. wie folgt Stellung:

Zu Nr. 1 und Nr. 2 Versorgungslage/Versorgungsauftrag

Für die Bewertung der Versorgungslage ist zunächst zwischen der ambulanten Regelversorgung und stationären Krankenhausleistungen zu unterscheiden. Laut Destatis¹ wurden im Jahr 2024 in Deutschland rund 106.000 Schwangerschaftsabbrüche gemeldet. Die Eingriffe wurden ganz überwiegend ambulant vorgenommen, davon rund 85 % in Arztpraxen beziehungsweise OP-Zentren und weitere 13 % ambulant im Krankenhaus². Vor diesem Hintergrund greift es zu kurz, die Frage der Versorgungslage vorrangig über Krankenhäuser zu definieren oder gar konfessionelle Krankenhausträger zum zentralen Bezugspunkt der Debatte zu machen.

Soweit der Antrag Krankenhausfusionen mit katholischen Trägern als besonderes Risiko für die Versorgungslage hervorhebt, überzeugt dies jedenfalls nicht als generelle Beschreibung der Versorgungssituation. Der Antrag selbst verweist zutreffend auf den Sicherstellungsauftrag der Länder nach § 13 Absatz 2 SchKG; auch die Bedarfsplanung ist staatliche Aufgabe. Laut Recherchen des Netzwerks CORRECTIV.Lokal nehmen nur 57% der öffentlichen Kliniken mit gynäkologischer Fachabteilung Schwangerschaftsabbrüche vor, nach der

¹ vgl. Destatis 2025

² vgl. Destatis 2025



Beratungsregelung sind es sogar nur 38%.³ Wo Versorgungslücken bestehen, müssen deshalb Länder und gegebenenfalls kommunale Träger durch Planung, Koordination und eigene Angebote Verantwortung übernehmen. Diese Verantwortung kann nicht sachgerecht auf einzelne freigemeinnützige oder konfessionelle Träger verlagert werden.

Hinzu kommt, dass die häufig angeführten ELSA-Ergebnisse differenziert gelesen werden müssen. Nach den im ELSA-Abschlussbericht wiedergegebenen Befragungsdaten bewerteten 64,8 % der Frauen die Erreichbarkeit der Einrichtung als „sehr gut“ und weitere 26,2 % als „gut“⁴; zudem gaben 80,1 % an, eine Einrichtung leicht oder eher leicht gefunden zu haben⁵. Zudem weisen die vorliegenden Auswertungen selbst auf methodische Grenzen hin, insbesondere auf nicht repräsentative Stichproben. Pauschale Schlussfolgerungen zu einer strukturellen Unterversorgung tragen daher nicht ohne Weiteres.

Katholische Krankenhäuser entziehen sich ihrer Verantwortung in medizinischen Notlagen nicht. Schwangerschaftsabbrüche bei medizinischer Indikation und insbesondere bei Gefahr für Leib und Leben der Schwangeren werden vorgenommen. Gerade deshalb ist es unzutreffend, konfessionelle Krankenhäuser pauschal als Teil eines Versorgungsproblems zu behandeln, dessen Lösung - sollte es bestehen - in Wahrheit in erster Linie staatliche Sicherstellung und ambulante Versorgungsstrukturen betrifft.

Zu Nr. 3: Änderung § 12 Absatz 2 SchKG

Die Forderung, § 12 SchKG insoweit einzuschränken, als dass die Freiheit eines jeden, nicht an einem Schwangerschaftsabbruch mitwirken zu müssen, nicht für juristische Personen gilt, begegnet erheblichen Bedenken. Nach herrschender Auffassung und der des Gesetzgebers gilt das Weigerungsrecht für Einzelpersonen und auch für die Träger von Krankenhäusern und Kliniken, also auch für private und kirchliche Träger von Krankenhäusern.

Nach § 12 Abs. 1 SchKG ist niemand verpflichtet, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken. Das gilt umfassend: "Das Weigerungsrecht besteht vor allem für Ärzte, aber auch für deren Assistenzpersonal, die Krankenhausleitung und den Krankenhausträger." Der Wissenschaftliche Dienst des Bundestags hat sich bereits vor sechs Jahren mit dieser Frage befasst. Er weist auf die Gesetzgebungsgeschichte hin. So erklärte die damalige für Familie zuständige Ministerin noch während der parlamentarischen Debatte im Rahmen der dritten Lesung: "Die Ärzte werden durch kein Gesetz gezwungen, Schwangerschaftsabbrüche

³ vgl. <https://correctiv.org/aktuelles/gesundheit/2022/03/03/keine-abtreibungen-in-vielen-oeffentlichen-kliniken/>

⁴ vgl. ELSA 2024, S. 292

⁵ vgl. ELSA 2024, S. 290



vorzunehmen. Ihre freie Entscheidung wie die aller Mitwirkenden - und auch der Krankenhausträger - ist gesetzlich garantiert. Auch der erste Bericht des Sonderausschusses für die Strafrechtsreform zu einem weiteren Gesetzesentwurf führte aus: "Entsprechendes gilt für die Träger von Krankenhäusern und Kliniken. Sie sollen grundsätzlich nicht gezwungen werden können, Patientinnen zum Zweck des Schwangerschaftsabbruchs aufzunehmen." Einige Jahre später, Anfang 1980, vertrat die Bundesregierung wiederum die Auffassung, dass "das im Gesetz geregelte Weigerungsrecht für Einzelpersonen, Ärzte und Krankenschwestern, aber auch für private und kirchliche Träger von Krankenhäusern gilt."

Die Forderung, § 12 SchKG wie beantragt zu verändern, steht zudem im Widerspruch zu den jüngsten arbeitsgerichtlichen Entscheidungen im Fall „Lippstadt“. Dabei wird auf das Direktionsrecht des Arbeitgebers aus § 106 Sätze 1 und 2 GewO abgehoben. Es wird ausgeführt, dass "auch ein Arbeitgeber, der sich möglicherweise nicht auf den besonderen Status mit bestehenden Rechten und Pflichten der katholischen Kirche aus Art. 137 WRV iVm § 140 GG berufen kann, selbstverständlich berechtigt (ist), zu entscheiden, dass im Betrieb Schwangerschaftsabbrüche nur eingeschränkt durchgeführt werden. Dies ergibt sich unmittelbar aus § 106 Sätze 1 und 2 GewO."

Im Übrigen werden erhebliche Bedenken im Hinblick auf das verfassungsrechtlich geschützte kirchliche Selbstbestimmungsrecht gesehen, soweit kirchliche Einrichtungen nicht ausgenommen werden. Das Recht eines katholischen Krankenhauses, sich zu weigern, Schwangerschaftsabbrüche, die nicht wegen einer medizinischen Notlage erforderlich sind, durchzuführen, ist kein unternehmerisch begründetes Weigerungsrecht. Es ist aus den Glaubenssätzen der katholischen Kirche und ihrem kirchlichen Selbstbestimmungsrecht (Artikel 140 GG i.V.m. Artikel 137 Absatz 3 WRV) begründet.

Der Forderung, kirchliche Krankenhäuser von dem Versorgungsauftrag auszuschließen, wenn sie keine Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, ist entgegenzuhalten, dass die kirchlichen Krankenhäuser mit der Erbringung der verschiedenen Heilbehandlungen einen wesentlichen Teil der lebensnotwendigen Versorgungsaufgaben übernehmen. Ohne die katholischen Krankenhäuser wäre eine ausreichende medizinische Versorgung nicht mehr gegeben. Kirchliche Einrichtungen stellen einen wichtigen Stützpfeiler der Gesellschaft dar, deren Hilfsangebot an und für die Bevölkerung von dieser benötigt wird. Der Versorgungsauftrag kirchlicher Krankenhäuser darf nicht von ihrer Bereitschaft zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen abhängig gemacht werden, denn der Schwangerschaftsabbruch stellt keine Heilbehandlung dar. Schwangerschaftsabbrüche sind somit nicht zwingend Teil der Krankenhausplanung. So auch Thüsing: „Stationäre Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen müssen nicht in die Krankenhausplanung aufgenommen werden, weil es keine Heilbehandlungen sind.“



Deswegen hat die Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen nicht notwendig im Wege der Krankenhausplanung zu erfolgen“.⁶

Zu Nr. 4 Krankenhausfusionen und Versorgungslage

Die Forderung, dass Krankenhausfusionen nicht zu einem Abbau von Einrichtungen führen dürfen, die Schwangerschaftsabbrüche jeglicher Indikation durchführen, lässt sich mit den Grundsätzen der Privatautonomie nicht vereinbaren. Die Frage, ob die in einem Krankenhaus beschäftigten Mitarbeitenden nach einer Fusion Schwangerschaftsabbrüche vornehmen dürfen bzw. müssen, ist arbeitsrechtlich durch die Vorschrift zum Betriebsübergang nach § 613a BGB geregelt.

Zu Nrn 5. und 6. Sicherstellung ärztlichen Personals und telemedizinischer Betreuung in unterversorgten Bereichen

Auch die Anträge Nr. 5 und 6 begegnen aus den vorstehend dargelegten Gründen erheblichen Bedenken.

Kontakt

Marcel Bieniek, Geschäftsführer Geschäftsstelle der Dienstgeberseite
der Arbeitsrechtlichen Kommission des Deutschen Caritasverbandes e. V.,
Dreisamstraße 15, 79098 Freiburg
Residenzstraße 90, 13409 Berlin
Tel. 0761 200 786
marcel.bieniek@caritas.de

⁶ Gregor Thüsing „Narrative im öffentlichen Diskurs zum Recht des Schwangerschaftsabbruchs“, Zeitschrift für Lebensrecht Nr. 34 (2025), Seite 295-308, 305