

Prof. Dr. med. Joachim Volz

Schriftliches Statement

Deutscher Bundestag – Drucksache 21/3909, 21. Wahlperiode, 28.01.2026

Antrag: Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen sichern

Stellungnahme zu der vorliegenden Gesetzesinitiative aus der Perspektive eines Arztes, der die praktischen Konsequenzen der bestehenden Rechtslage unmittelbar erlebt und kennt.

Kernaussagen:

Die Versorgungssicherheit bei Schwangerschaftsabbrüchen ist in Deutschland nicht verlässlich gewährleistet.

Verfassungsrechtliche und gesetzliche Anforderungen für die Rechte betroffener Frauen werden unzureichend durchgesetzt und unterwandert, was rechtsstaatliche Konsequenzen hat.

Eine realistische Sicherstellung kann nur durch eine Verpflichtung oder durch relevante Anreize von Krankenhäusern des öffentlichen Gesundheitswesens erfolgen.

Definition von Versorgungssicherheit

Unter Versorgungssicherheit im Kontext des Schwangerschaftsabbruchs ist die tatsächliche, verlässliche und gleichberechtigte Erlangbarkeit dieser medizinischen Leistung für alle Patientinnen zu verstehen. Maßgeblich ist nicht die theoretische Verfügbarkeit an einzelnen Standorten, sondern die reale Möglichkeit der Inanspruchnahme unter den konkreten Lebensbedingungen der Betroffenen.

Versorgungssicherheit umfasst eine wohnortnahe und zeitgerechte Erreichbarkeit, die nicht von individueller Mobilität, finanziellen Ressourcen oder besonderen organisatorischen Fähigkeiten abhängt. Sie meint einen niedrighwelligen Zugang mit klaren Versorgungsstrukturen, verständlicher Information sowie der Berücksichtigung sprachlicher und sozialer Barrieren.

Ein weiterer Bestandteil ist die kontinuierliche und integrierte Versorgung, bei der Diagnostik und Therapie – insbesondere bei medizinischer Indikation – ohne vermeidbare Verzögerungen oder strukturelle Brüche erfolgen. Ebenso gehört die diskriminierungsfreie Inanspruchnahme der Leistung dazu, die unabhängig von institutionellen oder weltanschaulichen Vorgaben gewährleistet ist.

Versorgungssicherheit liegt zudem nur dann vor, wenn die Leistung systematisch und nicht lediglich zufällig verfügbar ist, also auf stabilen Versorgungsstrukturen und klaren Zuständigkeiten beruht.

Der Maßstab der Bewertung orientiert sich an den Bedingungen von Patientinnen mit erschwertem Zugang, insbesondere bei sozialen Belastungen, eingeschränkter Mobilität, familiären Verpflichtungen, Sprachbarrieren oder geringer Gesundheitskompetenz.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Versorgungssicherheit bezeichnet damit einen Zustand, in dem eine gesetzlich vorgesehene medizinische Leistung unter realen Bedingungen flächendeckend, rechtzeitig, ohne strukturelle Zugangshindernisse und unabhängig von individuellen oder institutionellen Zufälligkeiten in Anspruch genommen werden kann.

1. Systemisches Vollzugsdefizit

Die aktuelle Rechtslage ermöglicht es faktisch nahezu allen Trägern im Gesundheitswesen, sich der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zu entziehen.

Dies ergibt sich aus dem Zusammenspiel von gewerberechtl. Freiheit nach der Gewerbeordnung, kirchlichem Sonderrecht, sowie einer extensiven Auslegung des § 12 SchKG, hier insbesondere bzgl. der Gewissensfreiheit.

Meine eigenen Gerichtsverfahren in Lippstadt und Hamm waren Anlass, die gegenwärtige Rechtslage umfassend rechtsstaatlich zu prüfen. Sie zeigen:

Es besteht ein verfassungsrechtlicher Versorgungsauftrag zur Sicherstellung von Schwangerschaftsabbrüchen, dieser ist jedoch unter den derzeitigen rechtlichen Rahmenbedingungen faktisch nicht durchsetzbar.

Es liegt eine doppelte strukturelle Lücke vor:

- **Im stationären Bereich** können insbesondere konfessionelle Krankenhausträger die Leistung unter Berufung auf die Gewerbeordnung oder kirchliche Sonderrechte systematisch verweigern. Zudem können leitende Ärztinnen und Ärzte aller Frauenkliniken aus Gewissensgründen die Durchführung in ihrem Verantwortungsbereich unterbinden.
- **Im ambulanten Bereich** der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte, die überwiegend die Schwangerschaftsabbrüche nach § 218a Abs. 1 (Beratungsregel) durchführen, kann der Staat aufgrund der gesetzlich garantierten Gewissensfreiheit faktisch keine Versorgung anordnen oder sicherstellen.

Das Resultat ist eine nur zufällige Sicherstellung der Versorgungslage. Daraus folgt, dass eine gesetzlich vorgesehene und vom Bundesverfassungsgericht als Staatsaufgabe markierte medizinische Leistung nicht zuverlässig erreichbar ist.

Diese strukturelle Lücke ist keine abstrakte Annahme, sondern in zunehmendem Maße auch im ambulanten Bereich erfahrbare Realität. Ca. 85% aller Abbrüche nach §218a Abs 1 werden im ambulanten Bereich durchgeführt, nach Abs 2 fast ausschließlich im stationären Bereich.

In Städten wie Münster gibt es aktuell keinen einzigen niedergelassenen Gynäkologen, der Schwangerschaftsabbrüche im Rahmen der gesetzlichen Regelungen durchführt. In meiner eigenen Praxis, die ich neben meiner Tätigkeit als Chefarzt betreibe, suchen Frauen aus einem Umkreis von weit über 100 Kilometern Hilfe. Die Anzahl der Meldestellen (registrierte Ärzte, die Abbrüche vornehmen) hat sich in den letzten 20 Jahren halbiert.

2. Strukturelles Vollzugsdefizit durch konfessionelle Träger

Große Teile der stationären Krankenhausversorgung befinden sich in kirchlicher Trägerschaft. Rund drei Viertel aller freigemeinnützigen Krankenhäuser sind in kirchlicher Hand; dies entspricht etwa einem Drittel aller Krankenhäuser bundesweit. In einigen Regionen Deutschlands, etwa im Saarland

oder in Rheinland-Pfalz, ist der Anteil deutlich höher, teilweise ohne alternative Versorgungsangebote. In Nordrhein-Westfalen sind ca. 50% der Frauenkliniken in katholischer Trägerschaft. Der Betrieb all diese Krankenhäuser wird zu hundert Prozent durch öffentliche Gelder finanziert.

Die Folgen dieser Präsenz konfessioneller Krankenhausträger ist strukturell relevant und nehmen auf Grund der aktuellen Finanzsituation des deutschen Gesundheitssystems, mit vermehrten Fusionen von Krankenhäusern, zu. Katholische Träger, auch in geteilten Trägerschaften, untersagen grundsätzlich Schwangerschaftsabbrüche in ihren Einrichtungen. Ohne dieses Verbot stimmen katholische Träger keiner Fusion zu. Auch evangelische Träger verweigern diese vielfach, wenngleich die Evangelische Kirche in Deutschland im Jahr 2026 klargestellt hat, dass hierfür keine theologischen Gründe bestehen und institutionelle Verweigerungsentscheidungen abzulehnen sind.

Siehe: EKD, Schwangerschaftsabbruch – was können wir in der Kirche tun?, 2026, Seite 7: "Es gibt keine theologisch-ethischen Gründe, dass sich Evangelische Krankenhäuser Abbrüchen nach allen gesetzlichen Indikationen sowie im Rahmen der Beratungsregelung verweigern. Diese Position ist – auch bei Fusionen mit katholischen Trägern – konsequent zu vertreten. Einzelnen Fachkräften muss jedoch eine Ablehnung aus Gewissensgründen offenstehen.“ „Eine stellvertretend für andere getroffene Entscheidung gegen das Vornehmen von Abbrüchen, etwa durch den Krankenhausträger oder die Krankenhausleitung, ist dagegen aus evangelischer Sicht abzulehnen“ (EKD, S. 44).

Im Gegensatz zur evangelischen Kirche, die ihren Trägern in dieser Frage Spielraum für eine von der deutschen Rechtsordnung geprägten liberalen Haltung lässt, sind katholische Träger an die verbindlichen und in diesem Punkt ablehnenden Vorgaben des Vatikans gebunden. Für sie sind somit nicht die Beschlüsse des Deutschen Bundestags, sondern die Leitlinien des Papstes maßgeblich.

Nach deutschem Recht gilt, dass Religionsgemeinschaften ihre Angelegenheiten „innerhalb der Schranken des für alle geltenden Gesetzes“ ordnen dürfen. Eine strukturelle Einschränkung medizinischer Versorgung in Form eines vollständigen Verbots von rechtmäßigen Schwangerschaftsabbrüchen auf Grundlage katholischer Vorgaben steht hierzu in einem Spannungsverhältnis. Das kirchliche Verbot stellt sich hier über das staatliche Recht. Es verbietet der Ärztin, dem Arzt einen legalen Eingriff, den der Gesetzgeber ausdrücklich zugelassen und geregelt hat. Diese Haltung steht nicht nur im Widerspruch zur geltenden Rechtsordnung, sondern auch zu grundlegenden verfassungsrechtlichen Prinzipien. Denn sie betrachtet die Frau nicht als eigenständiges, moralisch urteilsfähiges Subjekt, sondern reduziert sie auf ihre biologische Rolle.

Damit werden Ärztinnen und Ärzte in ihrer professionellen Autonomie eingeschränkt und ihnen die verfassungsrechtlich geschützte Möglichkeit zu einer eigenen Gewissensentscheidung abgesprochen.

. Es handelt sich um einen kirchlichen Moralpaternalismus, der in der öffentlichen Gesundheitsversorgung im weltanschaulich neutralen Staat unangemessen ist.

Für betroffene Frauen bedeutet dies, dass eine begonnene Diagnostik und Behandlung in einem Krankenhaus mit einem katholischen Träger abgebrochen wird, wenn in ihrem Ergebnis ein Schwangerschaftsabbruch medizinisch indiziert ist. Es erfolgt ihre Entlassung aus einem geschlossenen Behandlungsvertrag, wodurch die Patientin mit ihrer Diagnose allein gelassen wird. Es obliegt dann in der Regel dem betreuenden Facharzt oder der Patientin selbst, eine entsprechend erreichbare Versorgung zu finden. Die Bedeutung eines solchen Vorgehens ist vielfältig und betrifft nicht nur Patientinnen, sondern den Staat als ganzes.

Der freiheitliche Rechtsstaat und das gesellschaftliche und ärztliche Ethos stellen die Gesundheit, das Wohlergehen sowie die Autonomie und Würde der Patientin in den Mittelpunkt. Die zunehmend in

Deutschland durch konfessionelle Träger praktizierte Versorgungspraxis führt zu einem Konflikt: Nicht individuelle Gewissensentscheidungen und ärztliche Expertise einzelner Ärztinnen und Ärzte stehen im Vordergrund bei einer Behandlung, sondern institutionelle Vorgaben, die eine Patientinnen orientierte Behandlung in diesem konkreten Fall verhindern.

Die Gewissensfreiheit des ärztlichen Berufs und der Gewissensvorbehalt des § 12 SchKG ist seinem Wesen nach auf natürliche Personen bezogen. Institutionelle Gewissenszuschreibungen sind systematisch nicht begründbar, zumal im Falle der katholischen Kirche die Gewissensentscheidung zentral vom Papst vorgegeben ist.

Das Bundesverwaltungsgericht sagt in seinem Urteil von 1967 (18.7.1967 Nr 71, IC 9/66) und das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil von September 2025 (Triage-Urteil) eindeutig, dass das persönliche Gewissen des Arztes im Zweifel Vorrang vor dem Willen der organisierten Ärzteschaft und vor staatlichen Verordnungen hat. Umso mehr muss gelten, dass das ärztliche Gewissen Vorrang vor dem Willen des medizinisch fachfremden kirchlichen Trägers einer Klinik besitzt.

Diese real existierende Praxis konfessioneller Träger gefährdet daher nicht nur eine sichere Versorgung unserer Bevölkerung mit rechtmäßigen Schwangerschaftsabbrüchen, sondern widerspricht in einem solchen Maße unserem rechtsstaatlichen Verständnis, dass seine Tolerierung die Grundfesten unseres Rechtsstaats tangieren. Dass dem tatsächlich so ist belegen über 2000 Lippstädter Bürgerinnen und Bürger, die sich zu einem Demonstrationzug gegen dieses katholische Abtreibungsverbot an einem Freitagmorgen um 10 Uhr zusammengefunden haben und über 350.000 Unterschriften unter eine Petition gleichen Inhalts geleistet haben. Diese Petition gehört damit zu den größten Deutschlands, unterzeichnet von Menschen, die diese Problematik nicht im Entferntesten persönlich betrifft. Alle größeren Medien Deutschlands berichteten dazu.

3. Klima der Abschreckung

Mehrere Faktoren führen aktuell zu einem gesellschaftlichen Klima, das die Versorgungssicherheit zusätzlich aushöhlt.

In seiner jetzigen Fassung stellt § 218 StGB den Schwangerschaftsabbruch in den ersten Monaten der Schwangerschaft pauschal unter Strafe, auch wenn er unter bestimmten Bedingungen straffrei bleibt. Diese Regelung betrifft nicht zuletzt die Ärztinnen und Ärzte. Denn wer einen Abbruch durchführt, bewegt sich im strafrechtlichen Verdachtsraum. Die Voraussetzungen für Strafflosigkeit müssen stets sorgfältig dokumentiert, die rechtliche Absicherung immer im Blick behalten werden.

Was das konkret bedeutet, zeigt sich im klinischen Alltag: Viele Ärztinnen und Ärzte verzichten heute ganz auf das Angebot von Schwangerschaftsabbrüchen, aus rechtlicher Unsicherheit, Angst vor Strafverfolgung oder schlicht aufgrund moralischer Überforderung in einem strafrechtlich aufgeladenen Umfeld. Ausbildungsplätze in der operativen Versorgung fehlen, das Wissen schwindet, spezialisierte Zentren ziehen sich zurück. Die medizinische Versorgungslage für ungewollt Schwangere wird dadurch kontinuierlich schlechter – und das nicht nur im ländlichen Raum. (Hahn D et al.: Zugangsbarrieren zur Schwangerschaftsabbruchsversorgung. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitssch 68 (2025) 28–37 (open access))

In Regionen, in denen zentrale medizinische Versorger, meist konfessionelle Krankenhausträger, Schwangerschaftsabbrüche öffentlich als moralisch verwerflich darstellen, als Sünde, Mord und Kampf gegen den Frieden (Zitate des aktuellen und vorherigen Papstes), beeinflusst dies das gesellschaftliche Klima und führt zu einer sinkenden Akzeptanz einer rechtlich zulässigen und medizinisch indizierten Behandlung, die vorzuhalten der Staat grundgesetzlich verpflichtet ist.

Die Fusion in Lippstadt verdeutlicht die strukturelle Problematik besonders klar: Durch die Zusammenlegung konfessioneller Träger wurde ein Versorgungsraum faktisch durch katholische Träger monopolisiert, mit der Folge, dass stationäre, medizinisch indizierte Schwangerschaftsabbrüche vor Ort nicht mehr durchgeführt werden. Im Umkreis von ca. 70 Kilometer gibt es kein Perinatalzentrum mehr, welches die Betreuung dieser Frauen übernimmt.

Aus ärztlicher Sicht ist die Situation bei dem medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbruch von zentraler ethischer Bedeutung. Hier geht es um konkrete Schicksale: Frauen, die eine ersehnte Schwangerschaft aufgrund schwerwiegender, meist fetaler Erkrankungen beenden müssen, weil z.B. ihr erwartetes Kind schwer krank ist, oft nicht lebensfähig, ohne Schädeldecke, ohne Bauchdecken, oder mit schwersten genetischen Störungen, treffen diese Entscheidung unter erheblicher emotionaler Belastung. Ein institutionell verordneter Bruch in der Behandlungskette belastet sie doppelt: Neben der stark belastenden medizinischen Situation treten strukturelle Hürden und eine implizite negative moralische Bewertung ihrer Entscheidung, die ähnlich grausam und zutiefst verletzend empfunden wird.

Eine Morallehre, die gesellschaftlich nur noch von einer Minderheit getragen wird und im Widerspruch zu wesentlichen Rechten unseres Grundgesetzes steht, entfaltet hier eine erhebliche strukturelle Wirkung.

Wenn der Staat eine Leistung erlaubt oder für erforderlich hält, ihre Inanspruchnahme jedoch nicht sicherstellt, sondern im Gegenteil Institutionen finanziert, die sich explizit diesem Auftrag verweigern, berührt dies die Funktionsfähigkeit des Rechtsstaates: Die Glaubwürdigkeit staatlichen Handelns wird beeinträchtigt, wenn zentrale Rechte, – insbesondere für Frauen, – faktisch unterlaufen werden und er dieses Verhalten toleriert. Zudem bleibt unberücksichtigt, dass gläubige Christen in Deutschland das Recht und auch die Pflicht haben, ihre Überzeugungen im Einklang mit den verfassungsmäßigen Werten und der pluralistischen Ordnung zu leben. Der Staat trägt hier eine Verantwortung, die Balance zwischen religiöser Freiheit und der Sicherstellung grundlegender Rechte für alle Bürgerinnen und Bürger zu wahren.

4. Schlussfolgerung

Die derzeitige Rechtslage führt zu einer unsicheren und zunehmend unzureichenden Versorgung mit rechtmäßigen Schwangerschaftsabbrüchen, zu einer erheblichen Belastung betroffener Frauen und zu einem Konflikt mit ärztlichen und rechtsstaatlichen Grundprinzipien.

Es ist Aufgabe des Gesetzgebers, eine verbindliche und verlässliche Versorgung sicherzustellen, entweder durch Verpflichtung der an der Regelversorgung beteiligten Einrichtungen oder durch den Aufbau alternativer Strukturen.