Landesamt für Gesundheit und Soziales M-V

Abteilung 2

Dezernat Zuwendungen Jugend und Familie

Neustrelitzer Straße 120

17033 Neubrandenburg

Erfassungsbogen zur Prüfung der Voraussetzungen für die Anerkennung als Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Angaben zum Träger** | | |
| Name des Trägers der Beratungsstelle: |  | |
| Name der vertretungsberechtigten Person: |  | |
| Funktion der vertretungsberechtigten Person: |  | |
| Ansprechperson für die Schwangerschaftsberatungsstelle: |  | |
| Straße: |  | |
| PLZ Ort: |  | |
| Telefon: |  | |
| E-Mail-Adresse: |  | |
| Internetseite: |  | |
| **Angaben zur Beratungsstelle (Hauptsitz)** | | |
| Name der Beratungsstelle: |  | |
| Leitung der Beratungsstelle: |  | |
| Straße: |  | |
| PLZ Ort: |  | |
| Telefon: |  | |
| E-Mail-Adresse: |  | |
| Öffnungszeiten: | Mo:  Di:  Mi:  Do:  Fr: |  |

**Angaben zur Außenstelle (sofern vorhanden)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name: |  | |
| Leitung der Außenstelle: |  | |
| Straße: |  | |
| PLZ Ort: |  | |
| Telefon: |  | |
| E-Mail-Adresse: |  | |
| Öffnungszeiten: | Mo:  Di:  Mi:  Do:  Fr: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Beratungsfachkräfte in der Schwangerschaftskonfliktberatung (SKB)  Name, Qualifikation und wöchentliche Arbeitszeit (in h) | | | | |
|  | **Name** | **Grundqualifikation** | **Zusatzqualifikation SKB** | **h/wtl.** |
| 1. |  |  | abgeschlossen  in Ausbildung (mit Mentoring) |  |
| 2. |  |  | abgeschlossen  in Ausbildung (mit Mentoring) |  |
| 3. |  |  | abgeschlossen  in Ausbildung (mit Mentoring) |  |
| 4. |  |  | abgeschlossen  in Ausbildung (mit Mentoring) |  |
| 5. |  |  | abgeschlossen  in Ausbildung (mit Mentoring) |  |
|  | Der Vordruck „Detaillierte Angaben zu den Beratungsfachkräften“ ist für alle aufgeführten Personen beigefügt | | | |
| Beratungsfachkräfte in der allgemeinen Schwangerschaftsberatung ohne Einsatz in der Konfliktberatung  Name, Qualifikation und wöchentliche Arbeitszeit (in h) | | | | |
|  | **Name** | **Grundqualifikation** | **Einsatz in der SKB wird angestrebt?** | **h/wtl.** |
| 1. |  |  | ja  aktuell nicht |  |
| 2. |  |  | ja  aktuell nicht |  |
| 3. |  |  | ja  aktuell nicht |  |
| 4. |  |  | ja  aktuell nicht |  |
| 5. |  |  | ja  aktuell nicht |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Verwaltungskraft - Name und wöchentliche Arbeitszeit (in h) | |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr. der Richtlinie (RL) bzw.**  **§ des SchKG** | Erläuternde Angaben zu den Anforderungen des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) vom 27. Juli 1992, das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 11. Juli 2022 (BGBl. I S. 1082) geändert worden ist sowie zu den Anforderungen der „Richtlinie für das Verfahren zur staatlichen Anerkennung von Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen“ vom 14. Mai 2024 (Amtsblatt 2024 Nr. 24 S. 678 ff.) |
| § 5 Abs. 1 SchKG | Wie wird die Ergebnisoffenheit der Beratung gewährleistet? |
| § 5 Abs. 1 SchKG | Wie erfolgt die Beratung zum Schutz des ungeborenen Lebens?  Wie wird die Schwangere zur Fortsetzung der Schwangerschaft ermutigt, ohne sie dabei zu belehren oder zu bevormunden? |
| § 5 Abs. 2 Nr. 1 SchKG | Wie wird erreicht, dass die Schwangere möglichst die Gründe für den erwogenen Abbruch mitteilt? |
| § 5 Abs. 2 Nr. 2 SchKG | Welche Informationen über Rechtsansprüche und Hilfen werden bei Bedarf erteilt? |
| § 5 Abs. 2 Nr. 3 SchKG | Welche weiteren Unterstützungsangebote werden vorgehalten? |
| § 5 Abs. 2 SchKG | Wie wird zu Möglichkeiten der Vermeidung ungewollter Schwangerschaften beraten? |
| § 6 Abs. 1 SchKG | Wie wird die Unverzüglichkeit der Beratung gewährleistet?  (ggf. Angaben zu Wartezeiten) |
| § 6 Abs. 2 SchKG | Wie wird in der Beratung die Anonymität der Schwangeren gewährleistet? |
| § 6 Abs. 3 SchKG | Wie wird die Hinzuziehung weiterer Personen gewährleistet?  (Bitte Kooperationsverträge vorlegen, sofern vorhanden) |
| § 6 Abs. 4 SchKG | Wie wird über die Unentgeltlichkeit der Beratung informiert? |
| § 7 Abs. 1 SchKG | Wie läuft die Ausgabe der Beratungsbescheinigung ab? Wie ändert sich der Ablauf, wenn die Schwangere gegenüber der Beraterin anonym bleiben möchte? |
| § 7 Abs. 2 SchKG | Wie ist der Ablauf, wenn eine Fortsetzung des Beratungsgesprächs für notwendig gehalten wird? |
| § 9 Nr. 2 und 3 SchKG | Wie erfolgt die Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften und hilfegewährenden Institutionen? |
| § 9 Nr. 4 SchKG | Bestehen Verbindungen bzw. Rechtsbeziehungen zu Einrichtungen, in denen Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen werden?  (Ärzte, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, sind als Berater ausgeschlossen) |
| § 10 Abs. 1 SchKG | Werden die aus der Beratungstätigkeit gesammelten Erfahrungen jährlich in einem schriftlichen Bericht festgehalten und der zuständigen Behörde vorgelegt? |
| § 10 Abs. 2 SchKG | Werden die Beratungsgespräche in der Schwangerschaftskonfliktberatung ohne Rückschlüsse auf die Identität der Schwangeren protokolliert?  (Bitte mindestens zwei anonymisierte Beratungsprotokolle beilegen) |
| RL Nr. 3.2.1 Buchstabe b) und c) | Haben die Beratungsfachkräfte an Fortbildungen und Supervisionen teilgenommen?  (mindestens drei Fortbildungen im Kontext der Schwangerschafts(konflikt)beratung in einem Zyklus von drei Jahren sowie mindestens einmal jährlich Supervision, bitte Nachweise vorlegen) |
| RL Nr. 3.2.2 | Wie gewährleistet die Einrichtung die Vertraulichkeit der Beratung und die Verschwiegenheit der Beratungsfachkräfte? |
| RL Nr. 3.5.1 | Wie ist die Schwangerschaftsberatungsstelle räumlich ausgestaltet?  (Bitte Mietvertrag beifügen und ggf. kenntlich machen, welche Bereiche der Schwangerschaftsberatung zuzuordnen sind, sofern nicht bereits vorliegend) |
| RL Nr. 3.5.2 | Mit welchen Maßnahmen wird auf die Barrierefreiheit der Beratungsstelle hingewirkt?  (Bei Umzug oder Neueröffnung der Beratungsstelle soll zumindest der rollstuhlgerechte Zugang zur Beratungsstelle sowie eine behindertengerechte Toilette sichergestellt sein) |
| RL Nr. 3.5.3 | Gibt es von den Öffnungszeiten abweichende Sprechzeiten? |
| RL Nr. 3.5.3 | Wie ist die telefonische Erreichbarkeit gewährleistet?  (Von Montag bis Freitag, per Telefon, Anrufbeantworter, E-Mail-Adresse, besteht eine  telefonische Direktverbindung zur Beratungsstelle?) |
| RL Nr. 3.5.3 | Wie erfolgt die öffentliche Bekanntgabe zur Erreichbarkeit der Beratungsstelle?  (Bitte Kopie der Veröffentlichung beifügen) |
| RL Nr. 3.5.4 | Wie ist die Beratungsstelle gelegen? Ist die Beratungsstelle mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar? |
| RL Nr. 7.1 | Mit welchen Maßnahmen wird der Datenschutz gewährleistet? |

Hiermit versichere ich, dass die Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle auf Dauer angelegt ist.

Ich verpflichte mich, zu gewährleisten, dass

* die Beratung gesetzeskonform auf der Grundlage des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) erfolgt und
* die Beratungsfachkräfte in einem Zyklus von drei Jahren insgesamt mindestens an drei fachspezifischen Fortbildungen im Kontext der Schwangerschaftsberatung teilnehmen und die Nachweise über die durchgeführten Fortbildungen dem LAGuS spätestens zur nächsten turnusmäßigen Überprüfung der Anerkennungsvoraussetzungen vorgelegt werden.

Des Weiteren verpflichte ich mich, der Anerkennungsbehörde

1. Änderungen der obigen Angaben unverzüglich mitzuteilen,
2. bei geplanten personellen Veränderungen die Änderung der Anerkennung rechtzeitig zu beantragen und
3. im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen regelmäßig statistische Daten im Zusammenhang mit der Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung zur Verfügung zu stellen.

Ich erkläre, dass die Angaben in diesem Antrag und den dazugehörigen Anlagen der Wahrheit entsprechen.

Mir ist bekannt, dass die Anerkennung widerruflich ist, unter Auflagen erteilt werden kann und durch sie kein Anspruch auf Förderung begründet wird.

**Im Anerkennungsverfahren werden personenbezogene Daten der in der Beratungsstelle tätigen Personen durch das Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGuS) verarbeitet, um die Voraussetzungen für die Anerkennung zu überprüfen.**

**Ich erkläre, dass den im Antrag namentlich benannten Personen die Datenschutzerklärung des LAGuS über die Verarbeitung dieser Daten zur Kenntnis gegeben worden ist. Diese Informationspflicht gilt auch für Personen, deren personenbezogene Daten im weiteren Verfahren an die Anerkennungsbehörde übermittelt werden.**

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum | Stempel/rechtsverbindliche Unterschrift des Trägers der Beratungsstelle |

**Anlagen:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Trägerunterlagen: |
|  | Anlage zum Antrag – „Informationen zum Antragsteller“  Aktueller Registerauszug aus dem Vereins- oder Handelsregister  Aktuelle Satzung oder Gesellschaftervertrag |
|  | Detaillierte Angaben zu den Beratungskräften  Anzahl: |
|  | Erklärungen der Beratungskräfte zur gesetzeskonformen Durchführung der Schwangerschaftskonfliktberatung nach Nr. 3.4 der Anerkennungsrichtlinie  Anzahl: |
|  | Nachweise zur Ausbildung bzw. Zusatzqualifikation der Beraterinnen  (soweit diese nicht bereits vorliegen)  Anzahl: |
|  | Fortbildungs- und Supervisionsnachweise der Beratungsfachkräfte für die letzten drei Jahre  (nur bei turnusmäßiger Überprüfung der Anerkennungsvoraussetzungen nach § 10 Abs. 3 SchKG einzureichen) |
|  | Erklärung des Trägers zur Belehrung über Verschwiegenheitspflicht und zum Zeugnisverweigerungsrecht nach Nr. 3.2.2 der Anerkennungsrichtlinie |
|  | Aktuell gültige Konzeption |
|  | Aktuelles Muster der Beratungsbescheinigung |
|  | Zwei anonymisierte Beratungsprotokolle des laufenden Kalenderjahres |
|  | Aktueller Mietvertrag mit Raumskizze  (soweit dieser nicht bereits vorliegt) |
|  | Veröffentlichungen (z.B. Öffnungszeiten, Flyer, Presseartikel) |

**Detaillierte Angaben zu den Beratungsfachkräften**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| a) | Name, Vorname, Geburtsdatum: | | | |
| b) | Tätig als Beraterin/Berater in der Schwangerschaftsberatungsstelle seit: | |  | |
| c) | Regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit/VZE: | |  | |
| d) | Abgeschlossene Berufsausbildung (en):  (Nachweise bitte beifügen, soweit noch nicht vorhanden) | | | |
| e) | Abgeschlossene Zusatzqualifikation auf dem Gebiet Schwangerschaftskonfliktberatung mit Angabe der Stundenanzahl:  (Nachweise bitte beifügen, soweit noch nicht vorhanden) | | | Stunden, gesamt: |
| f) | Darstellung der Fortbildungsmaßnahmen einschließlich der Teilnahme an Supervision (Nachweise bitte beifügen) | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ort, Datum | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Stempel/rechtsverbindliche Unterschrift  des Trägers der Beratungsstelle | | |

Erklärung der Beratungsfachkräfte zur gesetzeskonformen Durchführung der

Schwangerschaftskonfliktberatung

Träger:

Beratungsstelle:

Hiermit erkläre ich,      , als Beraterin der Schwangerschaftskonfliktberatung in der Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle      , die Beratung gesetzeskonform auf der Grundlage des § 219 Strafgesetzbuch (StGB) in Verbindung mit den §§ 5 bis 11 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) und auf der Grundlage der Richtlinien für das Verfahren zur staatlichen Anerkennung von Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen vom 14. Mai 2024 (Amtsblatt M-V 2024 Nr. 24 S. 678 ff.) durchzuführen.

...................................................... ................................................

Ort, Datum Unterschrift