
Arzt/ Ärztin (Stempel)

An die
Bezirksregierung
- Dezernat 24 -

(PLZ, Ort)

**Antrag auf Staatliche Anerkennung nach § 9 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG)
für Ärztinnen und Ärzte als Beraterinnen und Berater**

Hiermit beantrage ich die staatliche Anerkennung als Berater/in gemäß § 9 SchKG mit Wirkung vom

- Ich bin approbierte/r Ärztin/ Arzt und verfüge über eine abgeschlossene Weiterbildung auf dem Gebiet
 - ☐ Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 - ☐ Innere Medizin und Allgemeinmedizin
- Ich habe an einem Seminar der Ärztekammern zu Inhalt, Form und Durchführung der Schwangerschaftskonfliktberatung teilgenommen.

Die Qualifikationsnachweise sind beigelegt.

Ich erkläre, dass

- mir die Bestimmungen des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, hier insb. §§ 5, 6, 7 und 9, sowie die in diesem Zusammenhang einschlägigen Bestimmungen des Strafgesetzbuches, die Bestimmungen über Verschwiegenheit und Zeugnisverweigerungsrecht vorliegen und beachtet werden,

- mit Einrichtungen, in denen Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen werden, keine organisatorische oder durch wirtschaftliche Interessen Verbundenheit besteht, die ein materielles Interesse an der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen nicht ausschließen würden,
- die Beratung nach diesen Vorschriften sichergestellt wird,
- mir die notwendigen Vordrucke für die Beratungsbescheinigung und die Berichtspflichten vorliegen.

Ebenso werden die folgenden Regelungen zu Kenntnis genommen und deren Einhaltung erklärt:

- In der Praxis arbeitet mind. 1 weitere/r Mitarbeiter/in.
- Die Praxis ist an mehreren Tagen der Woche geöffnet und von Montag bis Freitag fernmündlich erreichbar.
- Ratsuchende werden vor Beginn der Beratung ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sie sich anonym beraten lassen können. Wird die anonyme Beratung nach § 6 Abs. 2 SchKG gewünscht und die Schwangere will sich nach Abschluss der Beratung bescheinigen lassen, dass die Beratung in der vorgeschriebenen Weise stattgefunden hat, wird diese nicht von mir ausgestellt, sondern von einer anderen Mitarbeiterin oder einem anderen Mitarbeiter meiner Praxis.
- Einer Frau, die ihre Gründe aus denen sie den Schwangerschaftsabbruch erwägt nicht nennen möchte, wird die Beratungsbescheinigung nicht vorenthalten.
- Für die **Bescheinigung nach § 7 SchKG** wird das Muster - **Anlage 1** - verwendet. (Auf die näheren Einzelheiten des § 7 SchKG wird hingewiesen.)
- Die Bezirksregierung ist zur Überprüfung der Anerkennung berechtigt; diese erfolgt mindestens im Abstand von 3 Jahren.
- Mit der staatlichen Anerkennung ist die Verpflichtung verbunden, nach dem mir vorliegenden Muster - **Anlage 2** - den wesentlichen Inhalt des Beratungsgesprächs und die angebotenen Hilfen durch die beratende Person festzuhalten. Die Aufzeichnungen dürfen keine Rückschlüsse auf die Identität der Beratenen und der hinzugezogenen Personen erlauben. Die Aufzeichnungen sind so lange aufzubewahren, bis die Bezirksregierung rechtskräftig entschieden hat, ob die Voraussetzungen nach § 9 SchKG und der Richtlinien noch vorliegen. Anschließend sind die Aufzeichnungen zu vernichten.

- **Jährlich zum 31.3.** ist der Bezirksregierung über das vergangene Kalenderjahr ein **Erfahrungsbericht** (Grundlage sind die vorgenannten Aufzeichnungen) und die der Beratungstätigkeit zugrunde liegenden Grundsätze nach dem mir vorliegenden Muster - **Anlage 3 c**- vorzulegen.
- Die in der Praxis tätigen Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die dort Beschäftigten sind auf die Verschwiegenheit (§ 203 Abs. 1 Nr. 4 a StGB) und über die strafrechtlichen Folgen einer Verletzung der Verschwiegenheitspflicht hinzuweisen und über ihr Zeugnisverweigerungsrecht (§ 53 Abs. 1 Nr. 3 a StPO) zu informieren.

Die Angaben in diesem Antrag sind vollständig und richtig.

Bei einer Anerkennung bin ich damit einverstanden, dass die Anschrift der Praxis ggf. in Veröffentlichungen/Internet des Landes bekannt gegeben wird.

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift)