



Die Opferberatung Rheinland

Wir, die Opferberatung Rheinland (OBR), beraten und unterstützen Betroffene rechter, rassistischer, antisemitischer und anderer menschenfeindlicher Gewalt im Rheinland (Regierungsbezirke Köln und Düsseldorf) nach einem Angriff, ihr soziales Umfeld sowie Zeug*innen.

Wir unterstützen Sie, wenn Sie oder Menschen in Ihrem Umfeld aus rechten, rassistischen, antisemitischen und anderen menschenfeindlichen Motiven bedroht oder angegriffen werden: Wir bieten Ihnen einen sicheren Raum, um über das Erlebte zu sprechen, und helfen dabei, die Folgen rechter, rassistischer, antisemitischer und anderer menschenfeindlicher Gewalt zu bewältigen und neue Handlungsspielräume zu gewinnen.

Wir unterstützen bei juristischen Fragen (auch ohne strafrechtliche Anzeige bei der Polizei), begleiten Sie bei Bedarf zur Polizei oder zu anderen Behörden, organisieren ärztliche oder therapeutische Hilfe, rechtlichen Beistand oder Sprachmittler*innen und setzen uns - wenn Sie es wünschen - für öffentliche Solidarisierung ein. Wir orientieren uns an Ihren Bedürfnissen. Sie entscheiden, welche Schritte Sie in der Beratung gehen wollen.

hinsehen.

Das Online-Magazin der Opferberatung Rheinland erscheint halbjährlich im digitalen Format.

Sie können unser Online-Magazin jederzeit abonnieren. Schreiben Sie dazu bitte eine Mail an: bildung@opferberatung-rheinland.de

Vergangene Ausgabe können Sie auf der Website der OBR kostenlos herunterladen und lesen: [Magazin 'hinsehen'](#)

Was ist hinsehen?

'hinsehen' ist das Online-Magazin der Opferberatung Rheinland, das sich intensiv mit den Herausforderungen und Erfahrungen von Menschen auseinandersetzt, die Opfer rechter, rassistischer und antisemitischer Gewalt geworden sind. Unser Magazin dient als Plattform für Aufklärung, Information und Unterstützung, indem es auf die vielfältigen Probleme und Bedürfnisse der Betroffenen aufmerksam macht.

Mit 'hinsehen' möchten wir eine Brücke zwischen den Betroffenen, der Gesellschaft und den Institutionen schlagen. Wir bieten fundierte Artikel, Expert*inneninterviews, Erfahrungsberichte und Berichte über aktuelle Entwicklungen im Bereich der Opferhilfe. Unser Ziel ist es, das Bewusstsein für die Bedeutung von Solidarität und Unterstützung zu schärfen und konkrete Hilfsangebote sichtbar zu machen.

Das Magazin richtet sich an Betroffene, Angehörige, Fachleute und alle, die sich für eine gerechtere und sicherere Gesellschaft einsetzen möchten. 'hinsehen' steht für genau das: genauer hinsehen, die Realität erkennen und aktiv gegen Ungerechtigkeit und Gewalt vorgehen.

Inhaltsverzeichnis

<u>Editorial</u>	05
<u>Die unsichtbaren Wunden: Rassistische Gewalt und ihre Auswirkungen auf die medizinische Versorgung von Betroffenen</u> <i>Sabrina Hosono und das Beratungsteam der OBR</i>	06
<u>Traumata erkennen und heilen: Ein Gespräch über die Herausforderungen und Chancen in der Betreuung von Gewaltbetroffenen</u> <i>Jan-Robert Hildebrandt und Sabrina Hosono</i>	12
<u>Die Angst queerer Menschen beim Praxisbesuch</u> <i>Sara Grzybek</i>	25
<u>Gesundheit in der Krise: Wie Armut und Prekarität die medizinische Versorgung beeinflussen</u> <i>Dr. med. Sebastian Schink und Sabrina Hosono</i>	29
<u>Zugang zu Schutz, Recht und Hilfe für Menschen mit Behinderung: Lektionen aus unserem Kampf gegen sexualisierte Gewalt</u> <i>Dr. Monika Rosenbaum</i>	41
<u>Opferentschädigung im Wandel: Ein Gespräch über das OEG und SGB XIV</u> <i>Katherina Savchenka und Derya Kiraz</i>	46
<u>So unterstützt die OBR</u>	54
<u>OBR-Opferhilfefonds</u>	55
<u>VBRG-Opferhilfefonds</u>	56
<u>Glossar</u>	57

Editorial

Liebe Leser*innen,

Wir von der Opferberatung Rheinland (OBR) haben es uns gemeinsam mit bundesweiten Beratungsstellen im Verband der Beratungsstellen gegen rechte Gewalt zur Aufgabe gemacht, Betroffene rechter, rassistischer und antisemitischer Gewalt zu unterstützen. Dabei geht es nicht nur um materielle, sondern auch immaterielle Hilfe sowie darum, die Handlungsfähigkeit der Betroffenen zu stärken.

In dieser Ausgabe richten wir unseren Blick auf die medizinische Versorgung der Betroffenen. Rechte Gewalt verursacht nicht nur körperliche Verletzungen, sondern hinterlässt auch tiefe seelische Wunden. Eine umfassende medizinische und psychologische Betreuung ist daher unerlässlich.

Leider ist die Versorgungslage in Deutschland noch immer unzureichend. Viele Betroffene müssen die Erfahrung machen, dass ihnen nicht mit der notwendigen Sensibilität und Unterstützung begegnet wird. Oft fehlt die Anerkennung der erlittenen Gewalt, was zu weiterer Stigmatisierung und sekundärer Viktimisierung führen kann.

Eine effektive Bewältigung der Gewalterfahrungen erfordert daher nicht nur individuelle Unterstützung, sondern auch einen gesellschaftlichen Umgang, der die Gewalterfahrung anerkennt und die Betroffenen nicht weiter belastet, sondern stärkt.

Es ist essenziell, den Zugang zu einer umfassenden medizinischen Versorgung für Betroffene rechter, rassistischer und antisemitischer Gewalt sicherzustellen. Das erfordert u. a. eine bessere Vernetzung von medizinischen Einrichtungen und Beratungsstellen sowie eine gesteigerte Sensibilität der Fachkräfte für die spezifischen Bedürfnisse Betroffener.

Auf den folgenden Seiten teilen wir Perspektiven von Expert*innen. Unser Ziel ist es, das Bewusstsein für die Notwendigkeit einer umfassenden medizinischen Versorgung zu schärfen und die Unterstützung für Betroffene zu verbessern.

Wir hoffen, diese Ausgabe regt zum Nachdenken und Handeln an. Für Rückmeldungen und Anmerkungen sind wir wie immer offen!

Ihr Team der OBR

Die unsichtbaren Wunden: Rassistische Gewalt und ihre Auswirkungen auf die medizinische Versorgung von Betroffenen

Sabrina Hosono und das Beratungsteam der OBR

Die unsichtbaren Wunden: Rassistische Gewalt und ihre Auswirkungen auf die medizinische Versorgung von Betroffenen

hinsehen.

Rassistische Gewalt hat tiefgreifende Auswirkungen auf die gesundheitliche und medizinische Versorgung der Betroffenen. Oftmals erkennen medizinische Fachkräfte die spezifischen Bedürfnisse und die Komplexität der Situation nicht, was zu einer unzureichenden oder unangemessenen Behandlung führen kann. Dies beginnt bei der Erkennung von Verletzungen und reicht bis zur Langzeitbetreuung. Die körperlichen und psychischen Folgen von rassistischer Gewalt können langwierig und komplex sein und erfordern daher eine umfassende und sensible medizinische Versorgung, die leider nicht immer gewährleistet ist.

Verletzungen werden nicht richtig erkannt

Ein zentrales Problem ist die falsche Einschätzung und Behandlung von Verletzungen, die durch rassistische Übergriffe verursacht werden.

Basierend auf Vorurteilen oder auch Missverständnissen kommt es im polizeilichen Erstkontakt leider häufiger zu einer vorschnellen Interpretation der Umstände der Verletzungen. Solche fehlerhaften Berichte können, verlassen sich medizinische

Fachkräfte unkritisch auf diese, schwerwiegende Auswirkungen auf die weitere medizinische Behandlung und die rechtliche Anerkennung der Gewaltvorfälle haben. Oft werden Verletzungen und Traumata in diesem Zuge als 'normal' klassifiziert, ohne die tieferliegende rassistische Motivation und deren tiefgreifenden Folgen für Betroffene zu berücksichtigen. Dies kann zu einer Bagatellisierung der Gewalttat führen und die Unterstützung, die Betroffene durch das Gesundheitssystem erhalten, beeinträchtigen.

Konsequenzen einer mangelnden Dokumentation für Strafverfahren

Eine unzureichende Dokumentation ärztlicher Befunde und Umstände rassistischer Übergriffe hat weitreichende Konsequenzen für die Betroffenen. Ohne eine detaillierte Aufzeichnung der Verletzungen und des rassistischen Kontexts können rechtliche Verfahren jedoch erheblich erschwert werden. Eine unzureichende Dokumentation untergräbt die Glaubwürdigkeit der Betroffenen und schwächt ihre Position im Rechtsprozess erheblich. Dies kann verunmöglichen, dass Täter*innen

zur Rechenschaft gezogen und verurteilt werden sowie Betroffene Gerechtigkeit erfahren. Eine gründliche Dokumentation ist daher nicht nur im Interesse der direkt Betroffenen, sondern auch für eine gerechte und transparente Rechtsprechung unerlässlich.

Konsequenzen für die Beantragung von Entschädigungsleistungen

Die Dokumentation durch medizinisches Personal ist auch für Entschädigungsanträge nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) oder SGB XIV von großer Bedeutung. Der Grad der Schädigung und die Einstufung beeinflussen die Bewilligung von Leistungen wie Grundrente und psychotherapeutischen Maßnahmen.

Schwierigkeiten beim Zugang zu adäquater medizinischer Versorgung

Ein weiteres schwerwiegendes Problem liegt im eingeschränkten Zugang zu adäquater medizinischer Versorgung für Betroffene rassistischer Gewalt. Dies umfasst eine Vielzahl von Barrieren wie mangelnde transkulturelle Sensibilität der medizinischen Fachkräfte, Sprachbarrieren und direkte Diskriminierungserfahrungen der Betroffenen im Gesundheitswesen.

Studien, wie etwa die des Deutschen Zentrums für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM), zeigen deutlich auf, dass diese strukturellen Barrieren die Gesundheitsversorgung beeinträchtigen und die Gesundheitschancen der Betroffenen negativ beeinflussen können. Diese Schwierigkeiten erschweren nicht nur den Zugang zu notwendigen Behandlungen, sondern können auch das Vertrauen der Betroffenen in das Gesundheitssystem nachhaltig erschüttern. Viele Mediziner*innen sind nicht ausreichend geschult, um die besonderen Bedürfnisse von Menschen zu verstehen, die Opfer rassistischer Gewalt geworden sind, und angemessen auf diese zu reagieren.

Die Bedeutung von Sprachmittlung

Eine entscheidende Rolle spielt die qualifizierte Sprachmittlung, um Missverständnisse und Fehlbehandlungen zu vermeiden. Ein Mangel an Sprachmittlung kann das Gefühl der Isolation und Hilflosigkeit zusätzlich verstärken. Dies wiederum erhöht die psychischen Belastungen der Betroffenen weiter. Eine effektive Sprachmittlung ist daher nicht nur eine Frage der Kommunikation, sondern auch der Gerechtigkeit und des Zugangs zu angemessener medizinischer Versorgung für alle.

Therapeutische Unterstützung für Betroffene

Therapeutische Unterstützung, insbesondere langfristige psychotherapeutische Betreuung, ist oft schwer zugänglich. Sprachliche Barrieren, lange Wartezeiten und begrenzte Kapazitäten in spezialisierten Einrichtungen stellen große Hürden dar. Diskriminierungssensible Therapieangebote sind unerlässlich, um den individuellen Bedürfnissen gerecht zu werden. Alternative Therapien wie Kunst- oder Musiktherapie werden derzeit noch nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen, könnten jedoch einen entscheidenden Beitrag leisten, die psychotherapeutische Betreuung zu diversifizieren und besser zugänglich zu machen.

Fehlende Kostenübernahme durch die Krankenkassen

Viele Therapieformen oder Behandlungen, die für rassifizierte Betroffene rechter Gewalt besonders hilfreich sein könnten, werden nicht von den Krankenkassen übernommen. Dies stellt eine erhebliche Hürde dar und verschärft die ohnehin schon schwierige Situation der Betroffenen. Betroffene, die auf alternative Therapieformen angewiesen sind, müssen diese oft aus eigener Tasche bezahlen, da sie nicht von den Krank-

enkassen abgedeckt werden. Dies stellt für viele eine finanzielle Belastung dar und führt dazu, dass sie keinen Zugang zu den für sie am besten geeigneten Behandlungsmethoden haben. Insbesondere für Betroffene rechter Gewalt, die oft bereits marginalisiert und finanziell belastet sind, bedeutet dies eine weitere Hürde auf dem Weg zur Genesung. Die Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung wird somit verstärkt, da nicht jede*r die gleichen Möglichkeiten zur Behandlung seiner Verletzungen hat.

Ohne die Übernahme der Kosten für spezialisierte Therapien können die psychischen Folgen der erlittenen Gewalt nicht angemessen behandelt werden. Dies hat zur Folge, dass Traumafolgen nicht ausreichend bearbeitet werden können und die Betroffenen in ihrem Genesungsprozess behindert werden. Die psychische Gesundheit der Betroffenen kann sich verschlechtern, was wiederum ihre allgemeine Lebensqualität und ihre Fähigkeit, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, beeinträchtigt.

Schulung der medizinischen Fachkräfte

Eine verbesserte Schulung für medizinisches Personal ist von zentraler Bedeutung, um die besonderen

Bedürfnisse und Herausforderungen von Betroffenen rassistischer Gewalt zu erkennen und angemessen zu behandeln. Dazu sollten spezielle Schulungsprogramme entwickelt werden, die praxisnahe Anleitungen bieten und die medizinischen, psychologischen und rechtlichen Aspekte umfassen. Transkulturelle und rassistuskritische Kompetenz sollte integraler Bestandteil der medizinischen Ausbildung werden, unterstützt durch regelmäßige Fortbildungen und den Austausch über Best-Practice-Beispiele.

Zusammenarbeit und Netzwerke

Die Zusammenarbeit mit anderen Organisationen und Institutionen ist unerlässlich, um eine effektive Unterstützung und den Schutz der Betroffenen sicherzustellen. Durch Netzwerke und Kooperationen können Ressourcen gebündelt und Synergien genutzt werden, um eine koordinierte Hilfe anzubieten. Dies ist insbesondere in komplexen Fällen wichtig, um eine ganzheitliche Unterstützung zu gewährleisten und strukturelle Veränderungen anzustoßen.

Auf politischer Ebene sollte sichergestellt werden, dass die Stimmen der Betroffenen gehört werden und dass politische Maßnahmen zur

Bekämpfung rassistischer Gewalt und zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung umgesetzt werden.

Maßnahmen zur Verbesserung und Forderungen

Die medizinische Versorgung von rassifizierten Betroffenen rechter Gewalt erfordert umfassende Schulungen und Sensibilisierungsmaßnahmen für das medizinische Personal. Dies umfasst die Wachsamkeit gegenüber den Auswirkungen, wenn relevante Informationen übersehen werden und die Sensibilität für den Bedarf professioneller Sprachmittlung, um die Versorgungsqualität zu verbessern und die Heilungschancen zu erhöhen. Versorgungstellen und Krankenkassen müssen stärker für die spezifischen Bedürfnisse dieser Patient*innengruppe sensibilisiert werden.

Notfall- und Erstversorgungsdienste

Für eine verbesserte Erstversorgung und Notfallbehandlung ist es entscheidend, dass Notfall- und Erstversorgungsdienste besser auf die Bedürfnisse nicht-deutschsprachiger Betroffener vorbereitet sind. Dies kann durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

- Einsatz von Sprachmittler*innen: Professionelle Sprachmittler*innen sollten in Notfallsituationen verfügbar sein, um die Kommunikation zwischen Betroffenen und medizinischem Personal sicherzustellen.
- Schulung des Personals: Ersthelfer*innen und Polizist*innen sollten im Umgang mit Sprachbarrieren und im Hinblick auf transkultureller Kompetenz geschult werden. Diese Schulungen sollten einfache Kommunikationsmittel und rassistuskritische Ansätze beinhalten, um Barrieren zu überwinden.
- Nutzung technischer Hilfsmittel: Übersetzungs-Apps und andere technische Hilfsmittel können in Notfallsituationen eine schnelle und effektive Kommunikation unterstützen.

Institutionelle Veränderungen

Um die medizinische Versorgung gerechter zu gestalten, sind institutionelle Veränderungen notwendig:

- Klare Richtlinien gegen Diskriminierung: Gesundheitseinrichtungen sollten klare Richtlinien zur Bekämpfung von Diskriminierung und rassistischer Gewalt einführen.
- Beschwerdemechanismen: Die Einrichtung von Beschwerde-

mechanismen kann dazu beitragen, dass sich rassifizierte Patient*innen sicherer und besser betreut fühlen.

- Förderung von Vielfalt in der Belegschaft: Eine vielfältige Belegschaft kann die Qualität der Betreuung verbessern und ein sicheres Umfeld für alle Patient*innen schaffen.
- Überwindung von sprach- und kulturspezifischen Barrieren: Gesundheitseinrichtungen müssen sicherstellen, dass sie über ausreichende Ressourcen verfügen, um diese Barrieren zu überwinden und eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten.

Langfristige Maßnahmen

Langfristig sollten folgende Maßnahmen ergriffen werden:

- Bedarfsorientierte Bereitstellung von Dolmetscher*innen und Informationsmaterialien.
- Einstellung mehrsprachiger und interkulturell kompetenter Fachkräfte: Die Vielfalt innerhalb der Gesundheitseinrichtungen sollte durch die verstärkte Einstellung solcher Fachkräfte widerspiegelt werden.
- Zusammenarbeit mit zivilgesellschaftlichen Organisationen.

Psychosoziale Unterstützung

Psychosoziale Unterstützung spielt eine entscheidende Rolle für die Genesung und das Wohlbefinden der Betroffenen. Therapeutische Angebote müssen kultursensitiv gestaltet sein und die spezifischen Bedürfnisse rassifizierter Menschen berücksichtigen. Dazu gehören:

- Zugang zu Psychotherapie, Trauma- und Krisenintervention: Diese Angebote sollten leicht zugänglich sein, um die psychischen Folgen der erlittenen Gewalt angemessen behandeln zu können.
- Abbau finanzieller Barrieren: Um sicherzustellen, dass alle Betroffenen die notwendige Unterstützung erhalten, müssen finanzielle Barrieren für den Zugang zu diesen Diensten abgebaut werden.

Bedeutung der Dokumentation und Information

Ein genauer erster Bericht der Betroffenen selbst ist entscheidend, um Missverständnisse und Fehlinterpretationen zu vermeiden. Sensibilität und Solidarität sind bei der Weitergabe von Informationen an medizinisches Personal erforderlich. Eine gründliche Dokumentation und angemessene Überweisungen an Fachärzt*innen sind unerlässlich für

eine umfassende und heilungsfördernde Behandlung. Nur so kann gewährleistet werden, dass die Betroffenen die bestmögliche medizinische und psychologische Unterstützung erhalten.

Die medizinische Versorgung rassifizierter Betroffener rechter Gewalt erfordert ein koordiniertes und sensibles Vorgehen, das die vielfältigen Barrieren berücksichtigt und gezielt abbaut. Nur so kann eine adäquate und heilungsfördernde Behandlung gewährleistet werden. Durch u. a. gezielte Schulungen, bessere Dokumentation und den Einsatz von Sprachmittler*innen kann das Gesundheitssystem gerechter und inklusiver gestaltet werden, um den Bedürfnissen aller Betroffenen gerecht zu werden.

Sabrina Hosono ist Referentin für Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit bei der Opferberatung Rheinland.

Traumata erkennen und heilen: Ein Gespräch über die Herausforderungen und Chancen in der Betreuung von Gewaltbetroffenen

Jan-Robert Hildebrandt und Sabrina Hosono

Traumata erkennen und heilen: Ein Gespräch über die Herausforderungen und Chancen in der Betreuung von Gewaltbetroffenen

hinsehen.

SH: Guten Tag, vielen Dank, dass Du Dir die Zeit für dieses Interview nimmst. Könntest Du Dich kurz vorstellen und Deinen Hintergrund in der Beratung von Betroffenen rechter Gewalt erläutern?

JH: Mein Name ist Jan-Robert Hildebrandt, ich wohne derzeit im beschaulichen Duisburg und habe einen Großteil meiner Zeit vorher in Köln verbracht. Ich bin seitdem ich etwa 18 Jahre alt bin im Kontext Flucht und Rassismus aktiv - zunächst vor allem ehrenamtlich, bevor ich dann vor sechs Jahren bei der OBR als Berater angefangen habe. Ab diesem Zeitpunkt habe ich mit der Beratung und Unterstützung von Betroffenen rechter Gewalt auch mein Arbeitsleben gestaltet. In diesem Rahmen ist mir aufgefallen, dass ich insbesondere wenn es darum ging, welche Symptomatiken treten infolge einer Gewalterfahrung auf, ein großes Interesse daran hatte, an der Bewältigung und Unterstützung dessen mitzuarbeiten. Ich habe mich sehr viel informiert

nach den jeweiligen Beratungsgesprächen und es war ein Kontext, in dem ich ein starkes Gefühl von Selbstwirksamkeit erleben konnte. Wir hatten damals auch eine Kollegin im Team, die traumazentrierte Fachberaterin war, und so hat es sich entwickelt, dass ich diese Ausbildung auch begonnen habe. Ich habe dort direkt gemerkt, dass dies ein Bereich ist, an dem ich sehr großes Interesse habe und in dem ich auch sehr viele Möglichkeiten sehe - sowohl Möglichkeiten für Betroffene, aber auch für gesellschaftliche Prozesse, ausgehend von einer traumasensiblen Haltung als Grundhaltung.

Ich glaube, dass wir viel in Gesellschaft verändern können, wenn sich mehr Menschen damit (Trauma und Traumafolgen) beschäftigen.

SH: Was macht traumazentrierte Beratung in Deinen Augen da aus und inwiefern unterscheidet sich dieser Ansatz von anderen Beratungsansätzen?

JH: Die traumazentrierte Beratung ist strikt ressourcenorientiert und erkennt an, dass Menschen etwas Krasses erlebt haben. Das bedeutet nun nicht, dass sie immer eine Traumafolgestörung entwickeln. Aber es ist etwas Grenzüberschreitendes passiert. Vielen Menschen passiert dies einmal, manchen mehrfach im Leben. Ein großer Fokus der traumazentrierten Beratung liegt nun darin, einen bestmöglichen Gegenpol zu so stark belastenden Situationen aufzubauen. Darin orientieren wir uns an drei Grundprinzipien: Information, Transparenz und Kontrolle. Diese bilden die Basis jedes traumasensiblen Ansatzes. Information und Transparenz beinhaltet z. B., dass von Anfang an deutlich gemacht wird, welche Möglichkeiten in der Beratung bestehen. Auch die eigene Haltung im Beratungsprozess wird kundgetan.

Aus meiner Sicht das Entscheidendste ist, dass von Anfang an die Kontrolle über alle Schritte, die in der Beratung erfolgen, bei den Betroffenen, d. h. bei den Beratungnehmenden liegen.

Eine traumatische Situation ist immer eine Situation von enormem Kontrollverlust. Und genau da liegt sozusagen der Hebel: Genau das Gegenteil sollte in der Beratung der Fall sein, damit ein Gefühl von Sicherheit wiederhergestellt werden kann oder zumindest ermöglicht wird. Es gibt einen Punkt in der traumazentrierten Beratung, bzw. allgemein im gesamten Bereich der Psychotraumatologie der nennt sich das 'Prinzip des guten Grundes'. Dieses Prinzip besagt, dass jegliche Verhaltensweisen, die Betroffene zeigen eben dies - einen guten Grund - haben. Und das ist so einfach wie genial, denn wir Menschen sind einfach so aufgebaut:

Wenn wir die Möglichkeit hätten, eine belastende Situation anders zu bewältigen, dann würden wir sie ergreifen.

Und daher muss es auch dafür, dass wir Möglichkeiten nicht ergreifen, einen guten Grund geben. Das ermöglicht für mich als Beratender einen Blick auf Betroffene, der davon geprägt ist, dass es nicht meine Rolle ist, etwas zu kritisieren, sondern herauszufinden, warum werden

diese Verhaltensweisen gezeigt - und welche Möglichkeiten gibt diese Verhaltensweisen für die Betroffenen z. B. gesünder oder pragmatischer zu gestalten. Entsprechend nicht vorzugeben: Es gibt A, B, C, diese Möglichkeiten - macht das mal und es geht euch besser. Sondern gemeinsam mit den Betroffenen zu schauen, warum sich diese Verhaltensweisen zeigen, die ja auch für die Betroffenen selbst teilweise irritierend oder sogar toxisch sein können. Es geht darum, nicht belehrend an Betroffene heranzutreten, sondern sie mit ihren Fähigkeiten und Ressourcen wahrzunehmen - und diese auch gemeinsam mit ihnen zu finden und gemeinsam zu überlegen, wie sie genutzt werden können. Für diese Arbeit ist das 'Prinzip des guten Grundes' Gold wert. Das ist erst einmal nichts, was irritiert - wir denken: Ja klar, natürlich hat alles einen guten Grund. Aber tatsächlich hat es viel in meiner Arbeit und in meiner Haltung in Beratung verändert und mir einen neuen Blick ermöglicht.

SH: Gibt es neben dem 'Prinzip des guten Grundes' noch Erlebnisse oder Erfahrungen, die dich besonders in Deiner Tätigkeit

geprägt haben?

JH: Ich sehe meine Arbeit im traumazentrierten Bereich als einen unfassbar wertvollen, ständigen Reifeprozess. Ich glaube, es gibt kaum etwas, das mich so geprägt hat, wie die Arbeit mit Trauma-Betroffenen. Ich empfinde die traumazentrierte Beratung als so ziemlich den persönlichsten Einblick in Lebensrealitäten, den ich haben kann, ohne mit der Person befreundet zu sein. Und ich finde es unfassbar wertschätzend mir gegenüber, mich soweit mit in die eigene Lebensrealität mitzunehmen, mich da rein zu lassen, in die tiefsten Abgründe. Natürlich, ehrlicherweise, nicht ganz freiwillig, sondern leider mit Anlass.

Das ist auf jeden Fall etwas, für das ich sehr viel Dankbarkeit empfinde, weil ich dadurch Perspektiven kennenlernen darf, die mir sonst wahrscheinlich ziemlich verborgen bleiben würden. Ich als weiße Person in der Beratung habe natürlich nicht die gleichen Erfahrungen gemacht wie eine von Rassismus betroffene Person. Dass mir in dem Prozess trotzdem das Vertrauen entgegen gebracht

wird und ich mitgenommen werde, empfinde ich als enorm wertvoll. Das prägt mich definitiv in meiner Haltung, aber auch in meinem Alltag, wie ich die Welt sehe.

SH: Du hast nun auch schon mit Betroffenen rechter Gewalt gearbeitet - sowohl in deiner Tätigkeit bei der OBR, als auch im Rahmen deiner selbstständigen Arbeit. Wo liegen aus deiner Perspektive besondere Herausforderungen in der Arbeit mit dieser Betroffenenengruppe? Was sollte deiner Ansicht nach besonders beachtet werden?

JH: Was es definitiv zu beachten gilt, ist, dass rechte Gewalttaten immer auch Botschaftstaten sind.

Gerade in der Beratung von Betroffenen rechter Gewalt ist es enorm wichtig, nicht nur die betroffenen Person selbst zu sehen, sondern auch ihr Umfeld - was macht es, dass nicht nur das Individuum selbst angegriffen wurde, sondern ein Teil seiner Identität?

Man ist sozusagen 'nicht nur' körperlich angegriffen worden, sondern die Tat hat einen Bezug zur eigenen Identität, zur Identität von Freund*innen, Familie, Angehörigen etc. Daher finde ich es enorm wichtig, mit einem sehr breiten Ansatz zu arbeiten, z. B. wenn es um die Trigger-Identifikation geht, also zu schauen: Was führt zu Intrusionen, Flashbacks etc.? Auch in Hinsicht auf Ressourcen ist es elementar, sich möglichst breit aufzustellen und zu schauen: Wo liegen im sozialen Umfeld Ressourcen, aber auch Risiken? Diese müssen dann transparent angesprochen und besprochen werden.

SH: Es geht also darum, Ressourcen freizulegen oder auch überhaupt zu entdecken, sichtbar zu machen. Gibt es dabei bestimmte Strategien oder Methoden, die Du verwendest und die Dir in Deiner Arbeit helfen?

JH: Es gibt drei unterschiedliche Ressourcenebenen. Auf der einen Ebene haben wir die Möglichkeit, körperbasiert zu arbeiten. Unser Körper bietet uns ganz viele Möglichkeiten, unsere Psyche zu unterstützen. Das fängt bei so

einfachen Dingen wie Ernährung und Sport an, die Klassiker. Es gibt aber auch gezielte Körperübungen, die beispielsweise gewisse Gehirnregionen aktivieren oder vor allem die Zusammenarbeit von rechter und linker Gehirnhälfte verbessern. Das ist ein enorm wichtiger Aspekt in der Traumabearbeitung, da diese Zusammenarbeit infolge des traumatischen Erlebnisses gestört wurde und es Betroffenen aufgrund dessen zum Beispiel häufig schwer fällt, ihre Erfahrungen und ihre Emotionen in Worte zu fassen.

Auf einer anderen Ebene ist es enorm wichtig, soziale Ressourcen zu finden. Damit ist nicht nur gemeint, dass Menschen um einen herum sind, die einen unterstützen, sondern z. B. auch, dass man finanziell abgesichert ist, damit nicht zusätzliche Stressoren hinzukommen oder bestehen bleiben, sondern eher abgebaut werden.

Und dann gibt es natürlich ganz 'klassisch' auch die psychische Ebene, auf der auch gezielt nach Ressourcen gesucht werden kann. Der Großteil der Beratung findet klassischerweise auf dieser

Ebene statt. Doch auch hier gibt es oftmals schon zu Beginn ziemlich große Hürden, die einer erfolgreichen Stabilisierung im Wege stehen können. Ein Beispiel: Nehmen wir an, die Täter*innen sind die Nachbarn der betroffenen Person. Es besteht also noch konstant Täter*innen-kontakt. In diesem Fall können wir auf der psychischen Ebene kaum stabilisierend arbeiten, solange nicht auf der sozialen Ebene dieses Problem des dauerhaften Täter*innenkontakts gelöst ist. Das merkt man auch in der Beratung: Wir kommen dann nicht wirklich weiter. Man kann vielleicht einen Status Quo erhalten, aber ein wirklicher Stabilisierungsprozess ist eigentlich nicht möglich.

Deswegen: Bevor wir psychisch intervenieren, ist es erst einmal wichtig, für Sicherheit zu sorgen. Sicherheit ist das A und O.

Zum Beispiel durch Körperübungen können wir dann den ganzen Organismus soweit beruhigen, dass überhaupt eine Besprechung von Traumasymptomen möglich ist - und nicht dazu führt, dass Betroffenen in Dissoziationen rutschen oder überlasten.

Auf der psychischen Ebene gibt es natürlich einen ganzen Strauß an Möglichkeiten: Es fängt an mit der Anerkennung des Erlebten, Imaginationsübungen um sich zum Beispiel einen sicheren Ort zu schaffen, das Benennen von belastenden oder traumatischen Situationen, die sich bspw. imaginär in einen Tresor sperren lassen oder auf einen Bildschirm projizieren, um Abstand zu gewinnen. Um aber überhaupt in solche Bereiche zu gehen, in denen wir ggf. sogar mit dem traumatischen Ereignis selbst arbeiten, ist aber zunächst Beziehungsarbeit und auch Stabilisierungsarbeit notwendig. Denn dies passiert im Vorfeld wenig und darin unterscheidet sich die traumazentrierte Beratung vielleicht auch von manchen anderen Beratungsansätzen:

Das traumatische Ereignis selbst steht gar nicht so sehr im Fokus oder zumindest wird versucht, es nicht so sehr im Fokus stehen zu lassen.

SH: Du nutzt aktuell keine eigenen Beratungsräume und auch die Opferberatung Rheinland verfügt aktuell (noch) über keine eigenen Beratungsräume, sondern ist primär aufsuchend aktiv. Was

würdest du sagen ist wichtig, wenn du externe Räume nutzt, um diese möglichst trauma-sensibel zu gestalten?

JH: Es ist selten der Fall, dass ich Räume vorfinde, die wirklich gut geeignet sind. Aber es gibt ein paar Dinge, auf die geachtet werden sollte, z. B. dass die Lichtverhältnisse warm und nicht kalt sind. Auch wie sich zueinander positioniert wird. Oftmals wird davon ausgegangen, dass man sich so starr gegenüber sitzt, aber genau das ist gerade nicht der Fall. Im Prinzip setzt man sich etwas schräg zueinander, damit die Betroffenen auch die Möglichkeit haben, sich im Raum umzugucken und ich als beratende Person nicht die ganze Zeit alle Aufmerksamkeit auf mich ziehe.

Der Raum sollte auch nicht zu groß, nicht zu ausufernd sein. Es ist schön, wenn die Wände etwas gestaltet sind. Hall ist ganz furchtbar für Beratungssituationen. Gerade in der Beratung mit von Rassismus betroffenen Personen, insbesondere geflüchteten Menschen sollte man immer im Hinterkopf behalten, dass z. B. Folter ein potentieller trauma-

tischer Hintergrund sein könnte. Allein darauf zu achten, ist schon anspruchsvoll:

Licht sollte nicht von oben kommen, Räume sollten nicht kalt sein, es darf nicht hallen.

Es gibt ganz viele mögliche Triggerfaktoren, die man sicher auch nicht alle vorher antizipieren kann. Man kann sich Gedanken machen und das Bestmögliche versuchen. Aber man muss es auch während der Beratung im Hinterkopf behalten. Hat man das Gefühl, jemand fühlt sich unsicher? Das muss gar nicht an einem selbst als beratende Person liegen - es kann auch einfach sein, dass sich jemand im Raum unwohl fühlt. Es ist wahnsinnig wertvoll, genau an diesen Stellen nachzufragen, es anzusprechen, es zu besprechen. Dadurch verändert sich nicht nur vielleicht die Situation im Raum, da sich die Möglichkeit ergibt, ihn traumasensibler zu gestalten, die betroffene Person fühlt sich auch gesehen. Das sind diese ganzen kleinen Aspekte einer traumasensiblen Grundhaltung: Dass eine Person ganzheitlich betrachtet werden muss.

SH: Wo liegen die Grenzen der Unter-

stützung, die Du in Deiner Tätigkeit als Traumaberater leisten kannst?

JH: Ich bin kein Therapeut, sondern traumazentrierter Berater. Allein dadurch entsteht bereits eine Grenze: Ich wende keine dezidiert therapeutischen Methoden an. Das heißt auch, dass der Prozess der Traumabearbeitung für die Betroffenen bei mir potentiell gar nicht zu Ende geführt werden kann. Allgemein sagt man: Am Anfang steht der Beziehungsaufbau, dann folgt Stabilisierung, Stabilisierung, Stabilisierung und erst danach, wenn die Person wirklich stabil genug ist, dann gibt es die Traumaexposition; also dann wird sich das Trauma wirklich angeguckt. Und genau dieser letzte Punkt liegt nicht in meinem Bereich. Es wird allerdings auch immer wieder deutlich, dass in vielen Konstellationen eine Traumaexposition gar nicht zwingend notwendig ist.

Es kann durchaus sein, dass es gelingt, Betroffenen in der Stabilisierung so viele Ressourcen mit an die Hand zu geben, dass sie das Trauma - nicht vergessen, das ist häufig der Wunsch, aber das funktioniert

nicht - soweit integrieren, dass sie zumindest damit leben können. Und so überraschend es auch klingt, manche Betroffenen gehen sogar gestärkter aus dem Prozess heraus, auch im Vergleich zu ihrer Situation vor dem traumatischen Ereignis. Aber dadurch, dass ich nicht therapeutisch arbeite, sind mir auf jeden Fall Grenzen gesetzt, die mir auch wichtig sind, und die ich auch von Beginn an transparent mache.

Weitere Grenzen sind bedingt durch - wie wahrscheinlich in so ziemlich allen Bereichen - zeitliche Ressourcen. Auf der einen Seite ist es gar nicht klug zu sagen, wir treffen uns für unabgesteckte Zeit ab jetzt für vielleicht immer - das ist kein Rahmen und gibt damit keine Sicherheit. Gleichzeitig: Um wirklich breit ressourcenbasiert zu arbeiten, ist oft zu wenig Zeit und es ist notwendig, zu priorisieren. Das findet im Normalfall eng mit den Betroffenen abgestimmt statt. Es gibt eine Auftragsklärung, in der abgeprochen wird, auf was sich zunächst fokussiert werden soll und welche Möglichkeiten in der uns zur Verfügung stehenden

Zeit bestehen.

SH: Ohne Menschen ermutigen zu wollen, dies allein durchzustehen - bitte holen Sie sich immer die Hilfe, die Sie brauchen - gibt es bestimmte Strategien, die Du ganz grundsätzlich empfehlen würdest?

JH: Wir sprechen in der Psycho-traumatologie von einer akuten Traumatisierung und von einer chronifizierten. Von chronifiziert spricht man in der Regel ab einem halben Jahr. Wenn sich die Traumasymptomatik bis dahin nicht verbessert hat, ist davon auszugehen, dass sich eine Traumafolgestörung entwickelt hat. Gerade in den ersten Wochen und Monaten handelt es sich hingegen um eine akute Traumatisierung, die sich in einigen Fällen tatsächlich bereits dadurch bewältigen lässt, dass man sich auf vorhandene Ressourcen beruft. Der absolut wichtigste Bereich ist dabei immer noch das soziale Umfeld. Da geht es nicht nur darum, Gesprächsangebote zu machen etc., sondern vor allem um die Anerkennung des Leidensdrucks. Die größte Problematik dabei bleiben Polizei und Gericht, da

bestimmte Strukturen schlicht nicht dafür geschaffen sind, traumasensibel zu agieren. Der Umstand, dass die Polizei aus ihrer Sicht so schnell wie möglich mit den Betroffenen sprechen muss, schafft eine erneute Belastungssituation. Die Situation vor Gericht ist leider auch keine andere. Die Situation ist für Betroffene ohnehin schon belastend.

Wenn ihnen dann von Institutionen noch das eigene Leiden abgesprochen wird, oder ihnen vermittelt wird, sie sollen sich nicht so anstellen - was leider zu Hauf passiert - dann stelle ich in der Beratung immer wieder fest, dass diese Ablehnung von Polizei oder Gerichten einen größeren Leidensdruck im späteren Hier und Jetzt bei den Betroffenen auslösen, als das traumatische Erlebnis selbst.

Sie können vielleicht noch verstehen: 'Nazis machen das. Ich verstehe, dass ich davon betroffen sein kann.' Aber dass die Polizei sie nicht ernst nimmt, das wirft viele völlig aus der Bahn. Das sind leider keine Einzelfälle. Deswegen ist es umso wichtiger, sich mit einem stabilen Umfeld zu umgeben und darin auch trans-

parent zu machen: Ich brauche hier Unterstützung. Es ist für mich enorm wichtig, dass ich darin Anerkennung erfahre. Entsprechend ist es wichtig, sich mit Menschen zu umgeben, die einem diese Anerkennung geben können und auch aussprechen.

Allgemein sind die Expert*innen immer die Betroffenen selber. Ich kann nur empfehlen immer auch darauf zu achten: Was sagt mir mein Körper? Was sagt mir mein Bauchgefühl? Denn auch wenn es für viele Betroffenen gut ist, sich auszutauschen und vielleicht auch über das Erlebte zu sprechen, ist für manche genau das Gegenteil wichtig. Sie brauchen erst einmal Rückzug. Jeglicher sozialer Kontakt ist dann eine Reiz-überflutung und löst ein Überforderungsgefühl aus. Anderes Beispiel: Für viele Betroffene ist es gut, Sport zu treiben. Aber für einige ist genau das Gegenteil wichtig - weil Sport dazu führt, dass ihr sowieso schon angespanntes Nervensystem noch angespannter wird. Dann sind Intrusionen oder Flashbacks z. B. Folge von starker sportlicher Aktivität oder allgemein körperlicher Betätigung.

Und daher gilt, wie gesagt: Ausprobieren, was tut mir gut, womit komme ich gut zurecht.

Und wenn man darin merkt, irgendwie finde ich nicht meinen richtigen Weg. Oder: Meine Symptomatik wird schlimmer. In solchen Fällen ist es doch oftmals ratsam, wenn die Möglichkeit denn besteht, eine Beratung aufzusuchen. Bei Opfern rechter Gewalt sind das die Opferberatungsstellen in den jeweiligen Bundesländern. Aber auch in anderen Bereichen gibt es immer wieder spezialisierte Beratungsstellen, sodass dort zumindest die Symptomatik, die man vielleicht selber wahrnimmt aber nicht richtig einordnen kann, professionell eingeordnet werden kann. Genau deswegen halte ich es für sehr praktisch, wenn in allen Beratungsstellen für Menschen, die Gewalt erfahren haben, auch Menschen sitzen, die sich im Bereich der Traumasymptomatik auskennen.

SH: Du hast bereits die zentrale Rolle von Unterstützung aus dem sozialen Umfeld angesprochen. Neben der elementaren Wichtigkeit der Anerkennung der Erfahrungen der betroffenen

Person - was würdest Du sagen ist besonders wichtig im Umgang mit betroffenen Personen? Was sollten Freund*innen, Angehörige etc. beachten? Wie sollten sie auf die betroffene Person reagieren?

JH: Auf jeden Fall Rücksicht nehmen. Den 'guten Grund' im Hinterkopf behalten. Es ist zum Beispiel ganz „klassisch“, dass Menschen, die eine traumatische Situation erlebt haben, schneller gestresst sind, Konzentrationsprobleme haben etc. Das sind nun Dinge, die den Umgang nicht unbedingt erleichtern, in freundschaftlichen Beziehungen beispielsweise. Da kann es durchaus zu Enttäuschungen kommen. Hier kann ich nur dafür werben, Rücksicht zu nehmen und Geduld zu haben. Und auch nicht das zu tun, was vielleicht ein erster Impuls ist: Komm rede doch mit mir. Du musst doch darüber reden.

Ich glaube, das Wichtigste ist, deutlich zu machen: Ich bin da. Wenn du dich zurückziehen möchtest, zieh dich zurück. Aber wenn du mich brauchst und ich Zeit habe: Ich bin da.

Klar: In den eigenen Möglichkeiten, die man hat. Man sollte sich auch im helfenden

System jederzeit bewusst sein, wie viel man geben kann. Und auch da gelten die Regeln von Information, Transparenz, Kontrolle. Ich kann deutlich machen: Ich kann das und das geben und das möchte ich auch. Aber dann muss ich es auch machen. Dann muss die Kontrolle des Gegenübers da sein dürfen, das auch in Anspruch nehmen zu können. Ich kann nur jedem Menschen, der mit betroffenen Personen und traumatischen Situationen zu tun hat, raten, möglichst viel Raum zu geben, aber auch deutlich an der Seite der jeweiligen Person zu stehen.

SH: Du hast nun schon verschiedene Erfahrungen gemacht - in Organisationen, ehrenamtlich sowie hauptamtlich und nun auch in der Selbstständigkeit. Wie schätzt Du die Zusammenarbeit und Kooperationen zwischen verschiedenen Fachstellen ein? Welche Möglichkeiten würdest Du sehen, um die möglichst ganzheitliche Unterstützung von Betroffenen noch zu verbessern?

JH: Ich stelle immer mehr fest, dass ein gutes Netzwerk von Akteur*innen sowohl für die Betroffenen als auch für mich als Berater von elementarer Bedeutung ist.

Ich glaube, man muss ein bisschen davon wegkommen, zu meinen oder auch den Anspruch an sich zu haben, dass man selbst die Möglichkeit hat, alle möglichen Bedarfe komplett allein abzudecken. Allein dadurch, dass ich in einer beratenden Funktion tätig bin und nicht in einer therapeutischen, sind mir dahingehend Grenzen gesetzt. Dadurch habe ich sehr viel Kontakt mit Kliniken und therapeutischen Praxen und arbeite da eng zusammen.

Aber auch ganz gezielt mit psychosozialen Zentren. Einen großen Teil meiner Beratungsarbeit macht die Arbeit mit geflüchteten Menschen in Deutschland aus. Und da sind die psychosozialen Zentren Gold wert. Diese Zentren haben einen ganz anderen Umfang von Beratungs- und Unterstützungsleistungen, Therapeut*innen vor Ort, etc. Ich lege großen Wert darauf, dass diese Zusammenarbeit gut funktioniert.

Es wäre mit Sicherheit noch mehr Zusammenarbeit an verschiedenen Stellen möglich. Aber da haben wir wieder das Problem von zeitlichen und finanziellen Ressourcen. Ganz viele Bera-

tungsstellen sind einfach überlastet. Das merke ich auch selber. Wenn meine Beratungsmöglichkeiten voll sind bzw. meine Kapazitäten ausgeschöpft sind, dann suche ich natürlich auch nach Kolleg*innen, die die gleiche Beratung anbieten können. Aber das gestaltet sich enorm schwierig.

Letztens hatte ich die Situation, dass mich ein Flüchtlingsrat aus einem Bundesland in Deutschland kontaktierte, mit der Anfrage, ob ich 15 bis 20 Beratungen die Woche schaffen würde - weil die Krisennummern, an die sie sonst weitervermitteln, bereits komplett überlastet wären und schon zurückgemeldet hätten: 'Wir können das nicht mehr stemmen.' Sie haben entsprechend händelnd nach Möglichkeiten zur Weitervermittlung gesucht.

Es ist natürlich ein klarer Appell an die Politik notwendig. Der Riesenbedarf, der besteht, muss gesehen werden.

Es wird nun die ganze Zeit geschimpft, dass die Gewaltstatistik von „Nicht-Deutschen“ so sehr steigen würde - was schon an sich zu hinterfragen ist, inwiefern man sich verlässlich auf

diese Zahlen berufen kann, die die Polizei veröffentlicht. Aber davon mal ganz abgesehen: Man darf sich doch nicht wundern, dass, wenn man Menschen mit psychischen Grenzerfahrungen alleine lässt, dass das zu schwierigen Reaktionen bei diesen Menschen führt. Dass sie dann eben nicht 'normal' in Gesellschaft funktionieren. Da muss einfach ganz viel passieren. Es muss viel mehr psychosoziale Unterstützung für geflüchtete Menschen in Deutschland geben. Es reicht einfach nicht, sie nur in eine Unterkunft zu stecken und da zwei Sozialarbeiter*innen hinzustellen - die ja auch maßlos überfordert sind mit der Situation - verständlicherweise. Es braucht mehr geschultes Personal, um auch langfristige Folgen zu verhindern. Es müsste deutlich mehr Geld zur Verfügung gestellt werden, um bessere Netzwerke aufzubauen, um dann zielgerichteter arbeiten zu können.

SH: Wir nähern uns nun dem Ende unseres Interviews. Was möchtest Du uns und unseren Leser*innen noch mitgeben?

JH: Ich habe das Gefühl, dass wir - auch in progressiven Kreisen -

als Gesellschaft sehr darauf bedacht sind, Menschen zu sehen, in dem, was sie durchmachen. Mein großer Appell ist, Menschen, auch in schwierigen Phasen, mehr in ihren Stärken wahrzunehmen und diese auch mehr in den Fokus zu stellen. Weg von der Defizitorientierung - auch wenn sie gut gemeint ist. Natürlich, wenn ich Freund*innen sehe, die schlecht drauf sind, spreche ich sie darauf an. Das ist wichtig. Das ist auch ein Zeichen von Empathie und Solidarität. Gleichzeitig bemerke ich in den Diskursen sowohl von betroffenen selber, als aber auch aus dem Beratungs- und Unterstützer*innenumfeld häufig einen Fokus auf Fragen wie: Wie geht's dir damit? Ist das schon besser geworden? Es kann aber eben auch eine Aufgabe der Unterstützung sein, Räume zu schaffen, in denen der Leidensdruck der Betroffenen eben nicht im Fokus steht, sondern sie selbst wirksam sind und sich nicht als Opfer erleben, sondern als selbstwirksame Personen. Das würde ich mir mehr wünschen.

Jan-Robert Hildebrandt ist ausgebildeter Traumazentrierter Fachberater und Traumapädagoge. Auf sein Studium der Politikwissenschaften folgte 2018 der Einstieg bei der Opferberatung Rheinland als Berater Betroffener rechter, rassistischer und antisemitischer Gewalt. Drei Jahre später kam die Ausbildung zum traumazentrierten Fachberater hinzu. In diesem Themenfeld machte er sich daraufhin selbstständig und ist seitdem vor allem im Bereich Flucht aktiv und bietet traumasensible Unterstützung für Geflüchtete an. Aktuell unter anderem als fachliche Leitung der psychosozialen Online-Beratung der humanitären NGO Medical Volunteers International e.V.

Sabrina Hosono ist Referentin für Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit bei der Opferberatung Rheinland.

Die Angst queerer Menschen beim Praxisbesuch

Sara Grzybek

In den letzten Jahrzehnten der 2000er Jahre gab es viele einschneidende Veränderungen, sehr viele zugunsten der Menschen innerhalb der LGBTQIA* Communities. Die Ausprägungen dieser positiven Veränderungen sind jedoch sehr unterschiedlich, so wie auch die Lebensrealitäten der Menschen unter diesem sogenannten Sammelbegriff sehr vielfältig sein können. In vielen europäischen und westlichen Ländern wurden die Rechte von queeren Menschen anerkannt, wie z. B. die Zulassung der gleichgeschlechtlichen Ehe. Gleichzeitig müssen viele TIN* Personen, vielerorts noch um eine respektvolle geschlechtsangleichende Gesundheitsversorgung kämpfen.

Die Vorurteile und Stigmata finden sich leider auch in den Praxen und Kliniken wieder. Denn auch dort arbeiten Menschen, auch dort findet Diskriminierung statt.

Damit beispielsweise trans* Personen mit einer Hormontherapie beginnen können, braucht es empathische und verständnisvolle Ärzt*innen und Therapeut*innen, die sie bei diesem Wunsch unterstützend begleiten.

Wenn diesen trans* Patient*innen mit Vorurteilen begegnet wird, sind Kommentare, pathologisierendes Verhalten oder die Verweigerung der Behandlung aufgrund diskriminierender Einstellungen nicht weit entfernt. Zwischen Ärzt*innen und Patient*innen herrscht ein großes Machtgefälle. Gerade Menschen, die eine Hormontherapie beginnen möchten, sind vom Wohlwollen der Ärzt*innen abhängig. Dies verursacht enormen Stress in diesen Situationen, die weiterhin Patient*innen mental belastet.

Wie wir aus der zuletzt verkündeten Studie der Antidiskriminierungsstelle des Bundes erfahren haben, wissen Patient*innen häufig nicht, dass es zuständige Beratungs- und Beschwerdestellen gibt, die sie nach diskriminierenden Erfahrungen unterstützen. Eindrücke, die ich auch in meiner Arbeit bei Queermed immer wieder erfahren habe. Beispielsweise, wenn Menschen schlechte Erfahrungen mitteilen wollen und überrascht über die Information waren, dass Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen bei deren zuständigen Kammern gemeldet werden können.

Natürlich hängt das damit zusammen, dass niemand einem wie Schul- oder Allgemeinwissen beibringt, wo man sich nach einem Besuch in einer Praxis beschweren kann. Internetbewertungen haben an Glaubwürdigkeit verloren, seitdem sich auch immer mehr Kanzleien darauf spezialisiert haben, bei schlechten Bewertungen gegen vermeintliche Rufschädigung vorzugehen. So gut wie nie wird darüber gesprochen. Deshalb wissen die wenigstens über diese Möglichkeit. Dadurch entsteht ein verzerrtes Bild, da die bestehenden Beschwerdestellen entsprechend vergleichsweise wenige Fälle von Diskriminierung festhalten.

Diskriminierung von queeren Menschen kann auf unterschiedlichen Ebenen passieren.

Sei es auf gesetzlicher Ebene, wie die Stiefkindadoption bei gleichgeschlechtlichen Paaren oder auch das noch aktuell gültige Transsexuellengesetz, was durch ein etwas problematisches Selbstbestimmungsgesetz abgeschafft wird. Dieses soll in Deutschland ab 01.08.2024 offiziell in Kraft treten. Denn das Selbstbestimmungsgesetz beinhaltet zwar Verbesserungen aber gleichzeitig Verschlechterungen, wie dass Menschen ohne dauerhafte Aufenthaltsgenehmigung vom Selbstbestim-

mungsgesetz ausgeschlossen sind.

Diskriminierung findet auch bei der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen statt. Während heterosexuelle Paare bei Kinderwunsch von den Krankenkassen unterstützt werden, müssen gleichgeschlechtliche Paare viele dieser Maßnahmen selbst bezahlen. Und bei TIN* Personen ist es nicht einheitlich durchgesetzt, dass alle geschlechtsangleichende Maßnahmen sowie Operationen von den Krankenkassen bezahlt werden. Zuletzt gab es ein Urteil des Bundessozialgerichts gegen die Kostenübernahme von geschlechtsangleichenden Maßnahmen bei nicht-binären Personen durch die Krankenkassen. Gleichzeitig wurde darauf hingewiesen, dass die Ablehnung damit begründet wurde, dass der gemeinsame Bundesausschuss noch nicht geklärt habe, wie eine Geschlechtsdysphorie zu behandeln sei, mit Schwerpunkt auf Diagnostik und Indikationsstellung. Dabei wird außer Acht gelassen, dass nicht alle TIN* Personen den gleichen Weg der geschlechtsangleichenden Maßnahmen gehen wollen. Manche sind mit der Einnahme von Testosteron oder Östrogenen zufrieden. Einige wünschen eine Phalloplastik oder Mastektomie, andere nicht. Bei einer Phalloplastik geht es um eine operative

Maßnahme, bei der ein Penis konstruiert wird. Dies betrifft nicht nur TIN* Personen, sondern kann auch ein relevantes Thema für Männer mit Mikropenis sein. Die Mastektomie bezeichnet die chirurgische Entfernung des Brustgewebe. Das entspricht ihrem Recht auf freie Selbstbestimmung. Und es geht nicht immer nur um die direkten medizinischen Versorgungsmaßnahmen, wo Diskriminierung stattfinden kann. Bedingt durch diese stresslastigen und häufig schlechten Erfahrungen vermeiden auch TIN* Personen häufiger gesundheitsversorgende Maßnahmen, wenn es möglich ist. Dass dabei auch empfohlene Kontrolltermine ausgelassen werden, birgt ein potentiell längerfristiges Gesundheitsrisiko für diese Patient*innengruppe. Denn durch fehlende Kontrolltermine können beispielsweise Symptome für Krebs im Frühstadium oder andere gefährliche Erkrankungen erst zu spät erkannt werden. Etwas, was Ärzt*innen und Therapeut*innen sich in ihrer Position eigentlich nicht erlauben sollten. Denn was ist die Berufung von diesen Menschen, wenn nicht Menschen entsprechend zu versorgen, damit Schmerzen als auch Leid so weit wie möglich gemildert werden können? Leid so weit wie möglich gemildert werden können?

Queermed kann in seiner Position nur dazu ermutigen, nach diskriminierenden Erfahrungen im Gesundheitswesen Beratungs- und Beschwerdestellen aufzusuchen.

Gleichzeitig arbeitet Queermed daran, die Sensibilisierung von Gesundheitspersonal voranzutreiben, sei es durch die Bereitstellung von Informationsmaterial, wie dem Leitfaden zum sensibilisierten Umgang mit Patient*innen oder durch Workshops und Vorträge zur sensibilisierten Gesundheitsversorgung. Denn Patient*innen brauchen nicht nur die Sicherheit, dass ihre Meldungen Konsequenzen haben können, sondern wir müssen gleichzeitig auch Diskriminierungserfahrungen abbauen.



© Sara Grzybek

Sara Grzybek (ohne Pronomen) wurde 1992 in Wrocław (Polen) geboren. Nach dem Studium der Geschichte und Archäologie und mehreren Jahren Arbeit auf Ausgrabungen, wechselte Sara Grzybek ins Online-Marketing und gründete neben der Lohnarbeit 2021 Queermed Deutschland.

Als nonbinäre Gründer*in befasst sich Sara Grzybek mit verschiedenen Diskriminierungsebenen in der Medizin und bietet mit Queermed eine Plattform für die Suche nach Safer Spaces, zur Awareness-Steigerung bei Praktizierenden und zum Empowerment von Patient*innen. Über Queermed bietet Sara Grzybek auch Vorträge und Workshops zu gesundheitsrelevanten Themen an.

Darüber hinaus schreibt Sara Grzybek für den Queermed-Blog, zwei Newsletter und zahlreiche andere Zeitschriften und Online-Formate zu verschiedenen Themen. Ob sensible Gesundheitsversorgung, queere Lebensrealitäten, Herkunft, Klasse, Trauma, Machtverhältnisse oder Empathie.

Gesundheit in der Krise: Wie Armut und Prekarität die medizinische Versorgung beeinflussen

Dr. med. Sebastian Schink und Sabrina Hosono

SH: Können Sie uns zu Beginn erst einmal etwas über sich und Ihre Arbeit bei der Ambulanz ohne Grenzen erzählen?

SS: Mein Name ist Sebastian Schink, ich bin Internist und 47 Jahre alt. Ich bin schon seit elf Jahren bei Armut und Gesundheit als Arzt aktiv, zunächst ehrenamtlich und jetzt schon seit 2021 festangestellt. Inzwischen ist das meine Haupttätigkeit.

Ich habe hier in der Ambulanz ohne Grenzen feste Sprechzeiten, in denen ich Menschen mit internistischen und allgemeinmedizinischen Krankheitsbildern betreue. Außerdem fahre ich zusammen mit Gerhard Traber das Arztmobil.

Dabei handelt es sich um eine mobile Arztpraxis in einem ausgebauten Sprinter. Mit dem Arztmobil fahren wir mehrmals die Woche gewisse Orte in Mainz ab, an denen sich Menschen ohne festen Wohnsitz aufhalten und bieten dort eine niedrigschwellige medizinische Unterstützung an. Zusätzlich haben wir noch eine

Sprechstunde in einem Männerwohnheim hier in der Nähe, dem Thaddäusheim. Auch das ist Teil meiner Tätigkeit, mit Gerhard Traber gemeinsam diese Sprechstunde zu betreiben.

Im Thaddäusheim können Menschen ohne festen Wohnsitz wie in einer Art Notunterkunft kurzzeitig unterkommen. Es gibt aber auch Menschen, die dort über viele Jahre hinweg in einer WG-ähnlichen Konstellation leben, in Einzelzimmern oder auch Mehrbettzimmern. Dort gibt es verschiedene Wohnformen und aktuell wohnen dort schätzungsweise etwa 50 Menschen.

Wir haben dort ein Behandlungszimmer, in dem wir einmal die Woche eine Sprechstunde anbieten, direkt vor Ort. Das hat sich bewährt, denn dort wohnen auch viele Männer, die z. B. eine Gehbehinderung haben und dadurch nicht so gut in unsere Ambulanz kommen können.

SH: Sie sind Internist. Wie groß und

breit aufgestellt ist Ihr Team insgesamt?

SS: In der Ambulanz sind ich und eine Kollegin, also zwei festangestellte Ärzt*innen. Wir haben aber einen großen Pool an ehrenamtlich arbeitenden Ärzt*innen - das sind circa 20 Kolleg*innen, die hier regelmäßig Sprechstunden anbieten, aus allen Fachbereichen. Frauenärzt*innen, Allgemeinmediziner*innen, ein Kinderarzt und wir haben ein großes zahnärztliches Team. Wir haben auch einen Neurologen und einen Psychiater mit im Team. Und zusätzlich gibt es eine Sprechstunde, die internistisch spezifischer ist. Wir haben Lungenfachärzt*innen und kardiologisch ausgebildete Internist*innen im Team. Ebenso bieten ein Allgemeinchirurg und eine Unfallchirurgin hier regelmäßig Sprechstunden an.

Es ist somit ein sehr breites Spektrum an Erkrankungen, welches wir hier in der Ambulanz medizinisch versorgen können.

SH: Wie erfolgt der Zugang zu Ihnen? Haben Sie offene Sprechstunden, und lassen sich auch Termine machen?

SS: Wir haben jeden Tag um zehn Uhr eine offene Sprechstunde. Zu der kann jede*r hinkommen, ganz ohne Anmeldung. Hier wird wie in einer hausärztlichen Praxis erst einmal sortiert und ggf. werden die Menschen auf die jeweiligen Spezialsprechstunden verteilt, wenn es sich um kompliziertere Fragestellungen handelt. Die Patient*innen, können auch von vorneherein sagen: Ich habe ein spezifisches Problem mit einer Fragestellung, die z. B. einen Ultraschall erfordert. Dann könnte man den Termin auch telefonisch ausmachen.

SH: Wie sind Sie dann erreichbar?

SS: Telefonisch und per E-Mail. Wir haben keine durchgehende telefonische Erreichbarkeit, aber wir haben einen Anrufbeantworter, auf dem uns eine Nachricht hinterlassen werden kann.

SH: Wie wird das Angebot angenommen?

SS: Wir haben gut zu tun. Gerade in letzter Zeit gibt es eine Zunahme, so mein subjektives Empfinden. Noch kann ich das nicht mit Zahlen untermauern, aber wir führen eine Statistik.

Unsere Sprechstunden sind auf jeden Fall alle belegt, und es wäre auch noch mehr Bedarf da.

SH: Inwiefern haben Sie in Ihren Sprechstunden Kontakt zu Betroffenen rechter Gewalt? Melden diese sich auch bei Ihnen?

SS: Es kommt leider regelmäßig vor, dass wir gerade Menschen ohne Wohnsitz, die Gewalterfahrungen gemacht haben, in der Ambulanz haben. In verschiedenen Ausmaßen, es kann auch verbale Gewalt sein. Das kommt sehr viel vor, dass Menschen weggeschickt werden, vertrieben werden von gewissen Orten in der Stadt, dass eine herabwürdigende Sprache verwendet wird. Es kann aber auch in Handgreiflichkeiten enden. Das erleben wir auch oft, dass Menschen weggezogen werden, wenn sie z. B. vor Geschäften übernachtet haben. Solche Situationen können auch eskalieren. Wir haben leider auch regelmäßig Menschen, die geschlagen wurden, in der Sprechstunde, mit Verletzungen im Gesicht oder Korpusbereich.

Das Dramatischste ist, dass wir immer noch erleben, dass Menschen nachts im Schlaf im Schlafsack angezündet werden. Das ist auch für uns immer wieder eine ganz schlimme Erfahrung.

SH: Könnten Sie uns dahingehend Fallbeispiele nennen?

SS: Wir hatten einen Patienten mit griechischen Wurzeln, der auch gebrochen Deutsch sprach. Dieser wurde von einem jungen Mann angegriffen, als er harmlos am Rheinufer auf einer Bank saß. Er erhielt mehrere Schläge ins Gesicht, und es sind klar rechte Äußerungen gefallen.

Dann gab es einen Patienten, der von einem älteren Ehepaar im Schlaf in seinem Schlafsack angezündet wurde. In diesem Fall kann ich nicht klar sagen, wie sehr die Tat politisch rechts motiviert war, aber sie war auf jeden Fall menschenverachtend.

Vor knapp zwei Jahren hatten wir auf unseren Zufahrtsschildern Hakenkreuzschmierereien. Das wurde auch polizeilich aufgenommen. Es konnte aber nie ermittelt werden, wer das war und

inwiefern diese Tat gezielt gegen uns als Institution gerichtet war oder nicht.

Ich kann für Mainz nicht berichten, dass regelmäßig Menschen von Gruppen rechter Jugendlicher angegriffen werden. Gleichzeitig sind Täter*innen, die von Patient*innen benannt werden, sehr häufig Jugendliche, was mich bestürzt. Ein Mann wurde z. B. von einer Gruppe wahrscheinlich Minderjähriger, zwischen 16 und 18 Jahren, im Schlafsack angezündet. Auch hier kann ich aber nicht genau sagen, inwiefern das politisch extrem rechts motiviert war.

SH: Welchen Einfluss hat die prekäre Lebenssituation der betroffenen Menschen auf die medizinische Versorgung, die sie bekommen, vor allem langfristig?

SS: Menschen ohne Versicherung oder ohne aktuell bestehenden Versicherungsschutz sind deutlich schlechter versorgt sind. Das ist ganz klar.

Wir können das natürlich teils abfangen. Aber eine kontinuierliche Betreuung besteht dann doch nicht in dem Maße wie bei einem versicherten

Menschen. Und dadurch sind erwiesenermaßen Menschen ohne festen Wohnsitz häufig schwerer krank - weil sie länger warten, warten müssen.

Sie warten länger, bis sie mit bestimmten Symptomen zum Arzt gehen. Und auch die Versorgung einer chronischen Erkrankung wie beispielsweise Bluthochdruck oder Diabetes, für die es regelmäßige Kontrollen braucht, ist oft nicht möglich. Auch die Medikamenteneinnahme ist oft nicht gewährleistet. Selbst wenn wir Patient*innen Medikamente mitgeben, können sie diese manchmal nicht adäquat lagern, in solch einer Lebenssituation. Oder sie gehen verloren.

Menschen auf der Straße sind häufiger Diebstahl ausgesetzt. Es werden Rucksäcke, Schlafsäcke, gestohlen, in denen eben auch Medikamente drin sein können.

Das heißt unterm Strich ist die medizinische Versorgung für Menschen ohne festen Wohnsitz deutlich schlechter. Und damit auch ihre Lebenserwartung deutlich geringer.

SH: Wie gehen Sie vor, wenn Erkrankte in der Versorgung Medika-

mente benötigen? In der Regel sind diese in Deutschland mindestens zuzahlungspflichtig, oder nicht?

SS: Für jeden Patienten, der ohne Krankenersicherung zu uns kommt, wird zunächst ein Clearing gemacht. Das bedeutet, spezialisierte Sozialarbeiter*innen ermitteln: Warum ist dieser Mensch im Moment ohne Versicherung? Das können teils ganz banale Gründe sein. Zum Beispiel: Der Mensch ist bei der AOK versichert, hat aber die Versicherungskarte verloren. Das ist etwas, das sich an sich schnell lösen lässt - aber für manche Menschen ist die bürokratische Hürde einfach zu hoch. In solchen Fällen können wir dann z. B. bei der Versicherung anrufen und eine neue Karte bestellen.

Es kann aber auch sein, dass Menschen z. B. aus dem Ausland nach Deutschland eingereist sind und einfach keine Versicherung haben - und dann aber hier erkranken. Oder es können auch privatversicherte Menschen sein, die die Beiträge nicht mehr bezahlen können, aufgrund einer Veränderung der Lebenssituation. Die Unterschiede sind somit

sehr groß, aber grundsätzlich muss erst einmal geklärt werden: Lässt sich der Versicherungsschutz wiederherstellen? Das gelingt tatsächlich bei etwa 50% der Menschen, die uns aufsuchen.

Außerdem haben wir zum Glück eine sehr gute Zusammenarbeit mit den Apothekern ohne Grenzen, die uns ein großes Budget für Neuwertmedikamente und Verbandsmaterial zur Verfügung stellen. Das sind alle gängigen Medikamente, die man in einer internistischen Hausarztpraxis auch benutzt. Also: Blutdrucktabletten, Diabetesmedikamente, aber auch Antibiotika, Erkältungsmedikamente, Asthmasprays usw. Aus diesem Fundus können wir auch unversicherten Menschen neuwertige Medikamente anbieten.

Das wiederum ist auch unser Ziel: Wir wollen keine Zweiklassen-Medizin. Wir wollen, dass Menschen hier, wenn es irgend geht, genauso gut versorgt sind, wie in der Regelversorgung.

Wir werden immer wieder gefragt, ob wir auch abgelaufene Medikamente ausgeben, oder diese annehmen, als Spende. Die Antwort ist ein klares Nein. Wir

wollen wie gesagt, keine Zwei-Klassen-Medizin.

Bei versicherten Patient*innen, die kein Geld zur Verfügung haben können wir natürlich Rezepte ausstellen, unser Verein übernimmt dann die Zuzahlungsgebühr.

SH: Wie gehen Sie mit Fällen um, in denen Sie die Grenzen Ihrer Möglichkeiten erreichen?

SS: Wenn die Menschen unversichert sind und es ist ein Notfall, z. B. ich vermute einen Herzinfarkt, dann weisen wir Menschen natürlich ein. Die Krankenhäuser in Deutschland sind dazu verpflichtet, bei einer lebensbedrohlichen Situation erst einmal zu behandeln und die Kosten erst im Anschluss zu klären. Wir haben in Mainz zum Glück eine gute Zusammenarbeit mit der Uniklinik und dem Marienhaus Klinikum. Das sind zwei große Krankenhäuser, die uns als Verein kennen, und in denen wir Notfälle versorgt kriegen und später klären können, ob Kosten eventuell doch noch rückerstattet werden können.

Wenn es um Eingriffe oder Diagnostik geht, sind das Dinge, die

zwar kein akuter Notfall sind, aber dennoch dringend anstehen - da wird es ehrlich gesagt schon schwieriger. Für solche Fälle haben wir momentan einen Spendenbehandlungsfond auf Basis einer privaten Großspende. Aus diesem können wir mittelgroße Beträge für eine Einzelbehandlung entnehmen. Aber damit sind die Grenzen unserer Möglichkeiten auch erreicht.

SH: Sie arbeiten mit Menschen, die strukturelle Ungleichbehandlung erfahren. Inwiefern verstärkt genau dieser Umstand - die Beleidigungen, Beschimpfungen, Ausgrenzung - der Diskriminierungserfahrung die gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die Menschen haben?

SS: Ich denke diese Ausgrenzungserfahrungen führen dazu, dass auch Menschen, die eigentlich noch eine Krankenversicherung haben, sich nicht in vorhandene Strukturen wie „normale“ Hausarzt- oder Facharztpraxen trauen.

Gerade wenn man ohne festen Wohnsitz ist und vielleicht mehrere Tage nicht duschen konnte - da hat man eine Hemmschwelle, ein „normales“ Wartezimmer aufzusuchen. Das

merke ich schon, dass Menschen das vermeiden. Oder dass sie sich bei akuten Schmerzzuständen oder Problemen nicht an die Notaufnahme wenden, obwohl eigentlich ein Versicherungsschutz vorhanden ist.

SH: Wie ist es Ihnen gelungen, Vertrauen aufzubauen, sodass Menschen sich zu Ihnen trauen?

SS: Unser Team unter der Leitung von Gerhard Traber hat die Ambulanz und das Arztmobil über viele Jahre, über 25 Jahre, hier in Mainz aufgebaut. In Mainz ist denke ich den meisten Menschen bekannt, dass es uns gibt.

Die Ambulanz ohne Grenzen ist auf dem Zitadellengelände in Mainz. Im gleichen Gebäude ist die Teestube des Vereins die Pfarrer-Landvogt-Hilfe e.V., in der man kostenlos frühstücken und zu Abend essen kann. Das ist ein Treffpunkt und eine sehr gute Zusammenarbeit hier. Und diese Kombination hat sich als wirklich gut erwiesen. Auf dem Gelände ist noch eine weitere Einrichtung der Caritas, die Starthilfe. Dort wird Menschen geholfen z. B. eine Postadresse anzulegen, ein Konto zu eröffnen und Dokumente zu

beantragen. Dadurch sind viele Menschen hier auf dem Hof und sehen und wissen dann: Da ist die Ambulanz, da gibt es eine offene Sprechstunde. Es ist somit recht niedrigschwellig, hier zum Arzt zu kommen. Und auf diese Weise hat sich das in Kombination mit dem Arztmobil über viele Jahre etabliert.

SH: Sie haben bereits angesprochen, dass sich viele Menschen aus Scham nicht in reguläre Praxen trauen. Gibt es aus Ihrer Perspektive noch weitere Barrieren, die Menschen den Zugang zur regulären medizinischen Versorgung erschweren?

SS: Ja, auf jeden Fall. Es ist zum einen das optische Erscheinungsbild, aber auch die Sprache.

Meine Erfahrung ist: Menschen, die nicht gut Deutsch sprechen, finden nur sehr schwierig einen Hausarzt. Viele kriegen auch schlecht Facharzttermine, weil diese oft telefonisch vereinbart werden, oder über Apps. Viele Menschen, die zu uns kommen, haben kein Handy, haben keinen Internetzugang und können sich dadurch auch nicht über Termin-Apps oder ähnliches einen Termin buchen.

SH: Was machen Sie anders? Arbeiten Sie mit Sprachmittler*innen?

SS: Wir nutzen den sehr guten Sprachmittler*innen-Dienst Triaphon. Das ist ein medizinischer, kostenpflichtiger Sprachmittler*innen-Dienst aus Berlin. Dort arbeiten medizinisch geschulte Sprachmittler*innen. Ich glaube mittlerweile sind es neun bis zehn Sprachen, die abgedeckt werden. Über unser Diensthandy läuft damit eine anonymisierte 1:1 Übersetzung. Das ist eine große Arbeitserleichterung.

SH: Gibt es aus Ihrer Perspektive besondere Herausforderungen in der Versorgung von Menschen, die aufgrund von Gewalterfahrungen zu Ihnen kommen?

SS: Viele Menschen auf der Straße haben ein sehr hartes Leben. Da werden Dinge vielleicht für selbstverständlich genommen, die in unserem Leben nicht als normal gelten. Dass man mal irgendwo einen Schlag abkriegt, zum Beispiel, wird häufig als nicht so dramatisch gesehen. Oder, dass man geschubst wird und daraufhin stürzt.

Aber auch solche vermeintlich banalen Verletzungen können

Folgen haben. Man kann sich z. B. eine Hüfte anbrechen bei einem Sturz. Hier sehen wir schon, dass solche Verletzungen häufig bagatellisiert werden, oder nicht ernst genommen werden. Dadurch werden sie dann verschleppt. Wenn jemand wirklich grober Gewalt ausgesetzt ist, z. B. offene Wunden hat an den Händen oder im Gesicht nach einer Schlägerei, dann wird schon unsere Hilfe aufgesucht. Das wird auch angenommen.

Es gibt auch noch andere Anlaufstellen. In der Nähe des Hauptbahnhofs gibt es einen Übernachtungsraum der durch die Malteser betreut wird, in dem man sich auch Verbände wechseln lassen kann. Diese Art der Hilfe wird schon von vielen Menschen wahrgenommen.

SH: Inwiefern können Sie die psychischen Verletzungen, die Menschen erleiden, auffangen?

SS: Das ist tatsächlich sehr schwierig. Es gibt noch weiteren Bedarf an Psychiatern und Psychotherapeuten in unserer Ambulanz. Diese Sprechstunde ist bei uns immer voll und es gibt mehr Bedarf, als wir anbieten können.

Auch wird über Gewalt oft nicht viel gesprochen. Es wird verschwiegen. Gerade sexualisierte Gewalt an Frauen. Man kann davon ausgehen, dass alle Frauen, die ohne festen Wohnsitz auf der Straße leben, sexualisierter Gewalt ausgesetzt sind.

Auch da ist es oft schwierig, an die Menschen heranzukommen. In den gynäkologischen Sprechstunden bei uns funktioniert das oft noch recht gut, dass auch solche Dinge thematisiert werden können. Wir haben auch viele Kolleginnen, Allgemeinärztinnen, denen sich Frauen und weiblich gelesene Personen anvertrauen.

Aber ich glaube es gibt auch vieles, das in unseren Sprechstunden nicht erwähnt wird, und somit nie herauskommt.

SH: Welche Rolle spielen aus Ihrer Sicht soziale Unterstützungssysteme für die Bewältigung von gesundheitlichen Einschränkungen?

SS: Das ist ganz wichtig. Wir haben hier ein großes Team aus Sozialarbeiter*innen im Verein. Häufig laufen deswegen Prozesse parallel. Das Medizinische wird hier in

der Ambulanz versorgt und gleichzeitig wird z. B. in der Sozialen Beratung geschaut: Wie können wir eine Wohnsituation ermöglichen? Können wir Grundsicherungen beantragen? Wie können wir wieder eine Krankenversicherung herstellen? Aber auch einfache Dinge wie: Woher bekommen wir ein Paar Schuhe oder Kleidung? Solche Dinge laufen über unsere Soziale Arbeit. Und das ist ganz wichtig, weil es dort eine langfristige, kontinuierliche Betreuung gibt.

Das medizinische Problem ist manchmal zum Glück schnell gelöst, wenn eine Wunde z. B. gut verheilt. Aber dadurch ist die Lebenssituation natürlich noch nicht verbessert. Die Menschen können dann weiterhin bei uns angebunden bleiben, in den Sprechstunden der Sozialarbeiter*innen.

SH: Sie haben bereits einige Kooperationen benannt - mit welchen Stellen arbeiten Sie noch zusammen und an welchen Stellen würden Sie sich mehr Zusammenarbeit wünschen?

SS: Wir arbeiten noch sehr eng mit dem Verein die Pfarrer-Landvogt-Hilfe e.V. zusammen. Die betreiben die Teestube hier auf

dem Gelände, und wir sind im engen Austausch, z. B. wenn dort Menschen mit medizinischen Problemen essen, der aber bisher doch noch nicht den Weg zu uns gefunden hat. Und wir haben gemeinsam Impfaktionen in der Coronazeit organisiert.

Wir arbeiten außerdem eng mit der Stadt Mainz zusammen, die auch Notunterkünfte betreibt. Zudem wird durch die Stiftung Juvente eine Notunterkunft auf einem alten Armeegelände, der Housing Area in Mainz, betrieben. Diese fahren wir auch zweimal die Woche an, um dort eine Sprechstunde anzubieten.

SH: Was können andere Stellen Ihrer Meinung nach tun, um den Zugang zu medizinischer Versorgung zu verbessern? Was würden Sie sich wünschen? Welche Kritik haben Sie?

SS: Unser großer Wunsch, den wir als Verein auch bereits lange fordern, ist die Einrichtung eines medizinischen Behandlungsfonds des Landes Rheinland-Pfalz.

Wie es ihn z. B. in Thüringen bereits gibt: Es gibt eine bestimmte Summe, die zurück-

gehalten wird bzw. die verfügbar ist für Menschen ohne Versicherung, um medizinische Behandlungen zu bezahlen, die in vorhandenen Strukturen erfolgen. Das wäre dringend notwendig. Wir haben unseren Spendenbehandlungsfond so gesehen als Pilotprojekt gestartet, um einmal zu demonstrieren, welche realen Kosten überhaupt entstehen. Viel weniger, als man sich denkt. Es wäre aber eine viel schnellere und unbürokratischere und damit niedrigschwelligere Hilfe möglich, wenn es so etwas gäbe. Zum Beispiel bei der Versorgung von unversicherten schwangeren Frauen. Auch das ist eine politische Forderung, die wir schon lange stellen: Die Sicherstellung einer unkomplizierten Versorgung von Mutter und Kind, auch wenn keine Versicherung vorhanden ist. Leider stagniert der Prozess dahingehend gerade.

SH: Sie arbeiten nun schon recht lange im Verein und damit im Feld: Wie schätzen Sie aktuelle Entwicklungen ein? An welchen Stellen sehen Sie positive Veränderungen, an welchen aber auch Risiken oder Gefahren?

SS: Ich sehe eine sehr positive Entwicklungen dahingehend, dass wir ein sehr gutes Netzwerk hier in Mainz haben. Viele Institutionen arbeiten hier zusammen und dadurch können wir eine gute Versorgung der betroffenen Menschen sicherstellen.

Ich beobachte leider, dass der Bedarf nicht weniger wird, sondern tendenziell eher steigt.

Unter Corona sind viele Menschen in Armut gerutscht, und auch mit den derzeitigen Preissteigerungen droht vielen Menschen doch die Obdachlosigkeit. Dahingehend steigt der Bedarf und mehr Menschen suchen unsere Hilfen auf.

Wir bekommen sehr viele Spenden - das ist sehr schön, sonst könnte es den Verein nicht geben. Elementar ist auch, dass wir so viele ehrenamtliche Mitarbeiter*innen haben, in allen Bereichen: Ärztinnen und Ärzte, Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, Menschen, die den Verein in anderen Bereichen unterstützen.

SH: Das Pilotprojekt Ihres Spendenbehandlungsfonds läuft aktuell. Rufen Sie weiterhin zu Spenden dafür auf?

SS: Das ist ganz wichtig, sonst würde unsere Arbeit gar nicht funktionieren.

Auf jeden Fall. Gleichzeitig ist es so, dass es sich hierbei um eine Großspende in Höhe von 80.000 Euro handelt, welche wir nun ein Jahr lang genutzt haben. Nun, da sich der Topf leert, werden wir die Ausgaben statistisch aufarbeiten: Für welche medizinischen Behandlungen ist das Geld verwendet worden? Natürlich werden wir die gleichen Leistungen auch weiterhin versuchen, über den Verein zu finanzieren. Wir müssen dann schauen, ob es eine Neuauflage des derzeitigen Fonds geben wird, oder ob wir einen festen von der Stadt oder dem Land Rheinland Pfalz finanziell unterstützten Fond einrichten können.

SH: Vielen Dank für das Interview!



©Dr. med. Sebastian Schink

Dr. med. Sebastian Schink ist 47 Jahre alt und arbeitet seit 2013 als Internist bei Armut und Gesundheit in Deutschland e.V. in Mainz; zunächst ehrenamtlich neben seiner Tätigkeit im Krankenhaus und seit 2021 hauptberuflich als fest angestellter Arzt.

Seine Arbeitsbereiche sind die medizinische Ambulanz ohne Grenzen, das Arztmobil und die Sprechstunde im Thaddäusheim.

Sabrina Hosono ist Referentin für Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit bei der Opferberatung Rheinland.

Zugang zu Schutz, Recht und Hilfe für Menschen mit Behinderung: Lektionen aus unserem Kampf gegen sexualisierte Gewalt

Dr. Monika Rosenbaum

Zugang zu Schutz, Recht und Hilfe für Menschen mit Behinderung:
Lektionen aus unserem Kampf gegen sexualisierte Gewalt

hinsehen.

28.5.2024: Ein mit einer pro-Euthanasie-Parole beschmierter Ziegelstein wird in die gläserne Haustür einer Wohneinrichtung für Menschen mit Behinderung der Lebenshilfe geworfen. Der Staatsschutz ermittelt.

Rechte Gewalt ist bislang im Netzwerk Frauen und Mädchen mit Behinderung / chronischer Erkrankung NRW vor allem in Form von verbaler Gewalt und bedrohlichem Auftreten im öffentlichen Raum zum Thema geworden. Trotzdem ist rechte Gewalt ein wichtiges Thema, denn viele Menschen mit Behinderung oder chronischer Erkrankung sind erkennbar ‚anders‘: Sie nutzen Hilfsmittel, sprechen oder bewegen sich ungewöhnlich. Sie können im öffentlichen Raum schnell Opfer rechter Gewalt werden.

Bei den Vorfällen, die uns berichtet werden, ist manchmal schwer zu unterscheiden: Ist das ‚gedankenlose Behindertenfeindlichkeit‘ oder ‚rechte Gewalt‘? Was ist aus meiner Sicht der Unterschied? Wir leben in einer Gesellschaft, die u. a. von

Ableismus geprägt ist. Dieses sozialwissenschaftliche Konzept beschreibt gesellschaftliche Strukturen, die eine systematische Abwertung von Menschen mit körperlichen, seelischen oder psychischen Beeinträchtigungen spiegeln und dieses selbst reproduzieren.

Menschen mit Beeinträchtigungen werden in diesem System als weniger wertvoll oder liebenswert ‚gerahmt‘ bzw. so behandelt. Das zeigt sich beispielsweise in fehlender Barrierefreiheit - im öffentlichen Raum, in sozialen Medien oder auf Tagungen - aber auch in der gesellschaftlichen Akzeptanz von ‚Sondereinrichtungen‘¹. Auch das Ignorieren struktureller Gewalt in Institutionen zählt dazu - oder eben Sprüche und Beschimpfungen als „Spast“, „behindert“ etc.

Solche ableistischen Strukturen und Verhaltensweisen, die manchmal behindertenfeindlich oder diskriminierend genannt werden, haben weitreichende Konsequenzen.

¹ Siehe u.a.: Tanja Kollodzieyski (2020): „Ableismus“, Verlag sukultur; Broschüre des ISL (2023): „Ableismus erkennen und begegnen“.

Sie führen z. B. zu erhöhter Gewaltbetroffenheit oder bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung zu schlechterer Gesundheitsversorgung und kürzerer Lebensdauer.

Ableistische Beschimpfungen in Schulen oder im öffentlichen Raum haben viele Menschen mit Behinderungen bereits erlebt - und das ist schlimm genug. Auf ableistisches Verhalten angesprochen, reagieren Menschen oft mit Beschwichtigungen und entschuldigen dieses als „gedankenlos“: Teils ist dies ein erster Schritt in Veränderungen.

Auf der Ebene verbaler Gewalt sind davon aber Äußerungen zu unterscheiden, die das Lebensrecht von Menschen mit Behinderung in Frage stellen, mit Euthanasie drohen und sich positiv auf die Morde im Nationalsozialismus beziehen: Hier kommt zum internalisierten Ableismus noch die explizit rechte Gesinnung, zu Missachtung und Abwertung noch die Drohung und Verneinung des Lebensrechts - und eine einfache Intervention, ein Hinweis führt nicht zu einer Veränderung, sondern kann eher die Situation verschärfen.

Im NetzwerkBüro Frauen und Mädchen mit Behinderung /chronischer

Erkrankung NRW, der Unterstützungsstelle für das ehrenamtliche Netzwerk, beschäftigen wir uns mit Blick auf Gewalt vor allem mit dem Problem der sexualisierten Gewalt. Wir unterstützen Frauen mit Behinderung, die Gewalt erlebt haben, bei der Suche nach Hilfe, klären auf und vernetzen Akteur*innen aus Gewalt- und Eingliederungshilfe vor Ort und auf Landesebene.

Unser Grundsatz: „Nichts über uns ohne uns!“ Der Kampf gegen Gewalt muss immer die von Gewalt betroffenen Frauen und Mädchen ausgehen bzw. die Menschen mit Behinderung selbst einbeziehen.

Aus dieser Arbeit können wir Hinweise geben für Hilfsangebote nach rechter Gewalt. Wenn der Kampf gegen Rechts² und die Hilfe für Opfer rechter Gewalt inklusiv werden, sendet dies wichtige Signale an Vertreter*innen rechter Ideen, stärkt zugleich die Menschen mit Behinderung und ebnet ihnen im Gewaltfall den Weg zu Hilfe und Unterstützung. Wir schlagen vier parallele Aktivitäten vor:

²S. unsere Hinweise zu Barrieren bei Demonstrationen: [Protest gegen Rechtsextremismus inklusiv gestalten](#). In: kobinet Nachrichten. Veröffentlicht am 29.01.2024 06:31 von Ottmar Miles-Paul. [Münster](#).

1. Eigene Angebote auf Barrieren überprüfen und diese abbauen

Ähnlich wie bei sexualisierter oder häuslicher Gewalt, also der Gewalt im Nahraum, ist es enorm wichtig, bereits im Vorfeld präventiv aufzuklären.

- Beratungsstellen sollten deshalb die Barrierefreiheit ihres Angebots, ihrer Website und sonstiger Öffentlichkeitsmaterialien überprüfen und gegebenenfalls überarbeiten.
- Die Auseinandersetzung im Team mit möglichen Bedarfen von Menschen je nach Beeinträchtigung können die Grundlage für eine Überarbeitung eigener Angebote bilden.
- Mögliche Aspekte sind z. B. Leichte Sprache, Bildbeschreibungen, räumliche Barrierefreiheit oder Mobilitätsunterstützung, aber auch das Wissen um einen möglicherweise schlechten Zugang zum Internet oder zu anderen Ressourcen.

2. Proaktiv den Kontakt suchen und aufklären

Um Menschen, die in Wohneinrichtungen leben, wirksam zu unter-

stützen, ist es wichtig, proaktiv den Kontakt zu suchen und das eigene Angebot vorzustellen. Gut ist es, eigens Material mitzubringen, das gut strukturiert und leicht verständlich auf Hilfsangebote hinweist. Auch das erhöht die Wahrscheinlichkeit der Nutzung.

Eine Überarbeitung von Texten in einfache Sprache oder die Bereitstellung von Informationen in geprüfter Leichter Sprache gibt ebenso wie eine barrierearme Website ein Zeichen an Menschen mit Behinderungen: Wir als Beratungsstelle nehmen euch als Zielgruppe für Beratung und Hilfe ernst.

Das hilft u. a. auch geflüchteten und anderen Menschen mit einem schwachen Verständnis der deutschen Sprache und des deutschen Hilfe- und Justizsystems. Für sie ist es oft eine Erleichterung, auf Materialien in Leichter Sprache³ zurückgreifen zu können, die zum Beispiel die Fachbegriffe nennen und gut erklären. Das ist gerade im Sinne der intersektionalen Arbeit von großer Bedeutung.

³ In NRW lässt sich z. B. der Inklusionsscheck NRW nutzen.

3. Im eigenen Netzwerk die Hürden auf dem Weg zu Unterstützung und Hilfe abbauen

Die benannten Schritte machen es im nächsten Schritt einfacher, auch im eigenen Netzwerk Barrieren abzubauen: In der Zusammenarbeit mit juristischen oder medizinischen Hilfsangeboten, mit Krankenhäusern, Arztpraxen, mit der Polizei oder anderen Kooperationspartner*innen sollten sie ebenfalls über die Barrierefreiheit ihrer Angebote, über deren gute Verbreitung und den Abbau von baulichen oder anderen Hürden nachdenken und Hürden durch Maßnahmen abbauen.

Dieser Schritt führt oft zu überraschenden Erkenntnissen. So sind gerade medizinische Einrichtungen, von der Arztpraxis bis zur Uniklinik, oft kaum barrierefrei. Das ist für Menschen mit Behinderung traurige Wahrheit, überrascht aber viele andere.

Ein paar Beispiele:

- Kann eine Frau, die einen Talker nutzt, oder kann ein gehörloser Mann kurzfristig schriftlich, per Mail, SMS oder WhatsApp einen Termin bekommen?

- Ist die Praxis oder Ambulanz für eine Frau mit Mobilitätseinschränkungen erreichbar, z. B. mit dem Öffentlichen Personennahverkehr samt barrierefreier, nahe gelegener Haltestelle?
- Ist die Praxis selbst z. B. mit Rollstuhl erreichbar und nutzbar? Gibt es einen Fahrstuhl und genug Platz zum Bewegen sowie ausreichend breite Türen, z. B. zur Umkleide?
- Ist das medizinische Personal bereit und vorbereitet, eine Person zu untersuchen, die z. B. Leichte Sprache und Wiederholungen braucht? Oder eine Person mit Angststörung?
- Gibt es ein Wissen darüber, dass Anspannung eine Spastik verstärkt - und hilfreiche Verhaltensweisen?

Wer sich vor diesem Schritt mit der eigenen Barrierefreiheit und Haltung auseinandergesetzt hat, hat oft das Bewusstsein für Hürden bis zu diesem Punkt bereits geschärft und kann selbst Tipps geben.

4. Menschen mit Behinderung verantwortlich in die Arbeit einbeziehen

Ganz wichtig: Um wirksame Hilfe zu leisten und dabei zugleich auch klare Signale nach außen zu senden, empfehlen wir immer Menschen mit Behinderung als Selbstexpert*innen einzubeziehen. Das kann über einen Sitz in einem Fachbeirat geschehen oder durch die Beteiligung von Selbstexpert*innen (und Fach-Expert*innen mit Behinderung!) bei der Planung und Durchführung Fachveranstaltungen.

Was bei anderen Diskriminierungsmerkmalen längst gängige Praxis ist, wird in der Antirassismus-Arbeit oft noch übersehen - und kann auch ungewollt eine wichtige und oft von Gewalt betroffene Gruppe vom Zugang zur Hilfe ausschließen.

Zum Abschluss:

**Wollen wir rechte Gewalt
bekämpfen und den Opfern
wirksam helfen, ist inklusives
Denken und Arbeiten eine
Notwendigkeit. Und hilft allen!**

Dr. Monika Rosenbaum ist Soziologin, und hat viel in Osteuropa gearbeitet. Seit 2018 leitet sie das NetzwerkBüro Frauen und Mädchen mit Behinderung / chronischer Erkrankung NRW. Ein inhaltlicher Schwerpunkt liegt auf Gewalt sowie Zugang zu Schutz und Hilfe und auf der Unterstützung von Selbstbestimmung und Beteiligung, besonders vor Ort, in lokalen Strukturen.

Opferentschädigung im Wandel: Ein Gespräch über das OEG und SGB XIV

Katherina Savchenka und Derya Kiraz

DK: Hallo Katherina Savchenka, zunächst möchte ich mich bei dir bedanken, dass du dir die Zeit für dieses Interview nimmst. Wir haben uns getroffen, um uns über das Opferentschädigungsgesetz (kurz OEG) zu unterhalten. Du bist als Beraterin für Betroffene von rechter, rassistischer, antisemitischer und anderer menschenfeindlicher Gewalt tätig und hattest schon Berührungspunkte mit dem OEG. Daher möchte ich dich zum Einstieg zunächst mal fragen, was ist das „OEG“ genau?

KS: Eins vielleicht vorweg: Ich bin keine Juristin. Daher berichte ich nicht als eine Rechtsberaterin, sondern aus unserer sozialarbeiterischen Praxis. Das Opferentschädigungsgesetz (OEG) ist Teil des sozialen Entschädigungsrechts und galt bis zum 31.12.23. Seit dem 01.01.2024 ist das neue Sozialentschädigungsrecht (SER) in Form des SGB XIV in Kraft getreten und hat quasi das OEG abgelöst. Es wird einige Veränderungen geben, über die wir als Beratungsstelle noch nicht alles wissen, weil es bisher wenige

praktische Erfahrungswerte gibt. Aber in Details gehen wir sicherlich an späterer Stelle. Das OEG gab es seit 1974. Trotzdem war und ist die rechtliche Sozialentschädigung Gewaltbetroffener relativ unbekannt. Sowohl im Studium und Praxis Sozialer Arbeit wird es einem selten über den Weg laufen, genauso wenig in vielen anderen sozialen Handlungsfeldern.

Beide Gesetze OEG und SER dienen der Entschädigung von Menschen, die eine Gewalttat erfahren haben. Der rechtliche Gedanke hinter der sozialen Entschädigung ist, dass der Staat, als Inhaber des Gewaltmonopols, seiner Aufgabe, Menschen vor Gewalt zu schützen, nicht nachkam.

DK: Wenn du sagst „Betroffene von Gewalttaten“ - wer kann alles so einen Antrag stellen?

KS: Im Prinzip kann jeder Mensch einen Antrag stellen, der eine Gewalttat erlebt hat. Auch Hinterbliebene, die eine*n Angehörige*n aufgrund einer Straftat oder eines terroristischen

Anschlags verloren haben, können einen Antrag auf Opferentschädigung stellen. Ebenfalls können "Schockschadensopfer", also Menschen, die beim Überbringen einer aus einer Straftat resultierenden Todesnachricht einen Schock erleiden, einen solchen Antrag stellen. Menschen können entsprechend auch mehrfach anspruchsberechtigt sein. Mit dem neuen Gesetz sind Menschen, die eine Straftat als Zeug*innen miterlebt oder ein Gewaltopfer aufgefunden haben, mit Primärgeschädigten gleichgestellt. Das ist eine wichtige Neuregelung, da diese indirekt geschädigten Menschen zuvor kein Recht auf Sozialentschädigung hatten.

DK: Warum ist eine staatliche Entschädigung für Gewaltbetroffene wichtig?

KS: Dafür muss man vielleicht vorweg wissen, was eine Gewalttat im Leben eines Menschen nach sich ziehen kann.

So eine Gewalttat zu erleben kann im Leben von Menschen sehr vieles auf den Kopf stellen und es gibt Menschen, die können davon gut heilen, für andere bedeutet es jedoch

enormen materiellen und immateriellen Schaden. Man kann im Zuge einer Gewalttat seine Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und infolgedessen seinen Job und auch seine Wohnung verlieren und so in die Armut rutschen - und damit sein Leben schwer führen. Gewalt zu erleben, kann Menschen viel kosten.

Selbst wenn Gewaltbetroffene sich den Herausforderungen eines Strafverfahrens stellen, bewirkt das Strafverfahren in den seltensten Fällen einen materiellen Ausgleich oder eine Wiedergutmachung für die Geschädigten. Häufig können Täter*innen nicht ermittelt werden oder sind nicht immer zahlungsfähig, wenn ein Schmerzensgeld verhandelt wurde.

Das Ziel der Sozialen Entschädigung ist es, die Folgen der Straftat im Leben der Betroffenen möglichst abzumildern und das widerfahrene Leid anzuerkennen. Das geschieht über unterschiedliche Leistungen, z. B. Heil- und Krankenbehandlungen oder Geldleistungen in Form von einer Grundrente.

DK: Kannst du bitte kurz erklären, wie

eine Antragsstellung auf Entschädigung für das OEG bzw. das neue SER ganz praktisch aussieht?

KS: Es gibt verschiedene Formen, so einen Antrag zu stellen. Zuständig für das SER und die SER-Leistungen sind die Versorgungsbehörden am Wohnort der Betroffenen. Bundesweit sind die Versorgungsbehörden zum Teil unterschiedlich gegliedert, also es gibt dann von der Kreisstadt eine Versorgungsbehörde. In NRW ist das so, dass es für die Regionen „Rheinland“ und „Westfalen-Lippe“ zwei große Trägerorganisationen gibt, die die Versorgungsaufgaben übernehmen. Das sind in NRW der LVR, der Landschaftsverband Rheinland und im Osten von NRW dann LWL, der Landschaftsverband Westfalen-Lippe. Und dahin kann man die Anträge stellen. Auf deren Website gibt es entsprechende Formblätter.

So einen Antrag kann man alleine ausfüllen oder mit Unterstützung einer bevollmächtigten Person oder mit einem oder einer spezialisierten Rechtsanwältin stellen. Man kann sich auch an spezialisierte Beratungsstellen wenden, zum Beispiel unsere, wenn man Betroffene*r einer

rechten Gewalttat geworden ist. Oder auch im Kontext von häuslicher Gewalt an Frauenberatungsstellen und auch mit Unterstützung in den Traumaambulanzen ist eine Antragstellung möglich. Also man muss das nicht alleine machen.

Außerdem kann man bei den Versorgungsbehörden selbst anrufen und nach Unterstützung und möglichen Anlaufstellen, z. B. dem Fallmanagement der Versorgungsbehörden fragen. Nachdem man so einen Antrag gestellt hat, wird dieser dann von der Stelle, bei der man SER-Leistungen beantragt hat, überprüft.

DK: Gibt es deiner Erfahrung nach spezielle Hürden bei der Beantragung?

KS: Ja, ganz viele! Vermutlich ist es auch einer der Gründe, weshalb dieses Gesetz auch so unbekannt ist. Vielleicht kann ich ja nochmal kurz einen Schwenk zu dem Antragsverfahren machen: Also so ein Antrag wird dann eben weggeschickt und der wird beschieden, aber das passiert jetzt nicht ohne weiteres. Die Versorgungsbehörde ist dann verpflichtet zu ermitteln und die zwei Sachen, die die Versor-

gungsbehörde überprüft sind: Ist es einerseits eine Gewalttat? Und liegt andererseits eine Gesundheitsschädigung vor? Das sind ja die zwei zentralen Dinge.

DK: Wie wird denn eine Gewalttat verstanden?

KS: Da kommen wir zu einer wichtigen Änderung vom OEG zum SGB XIV. Bis zum 31.12.2023 galt als entschädigender Tatbestand ein tätlicher, vorsätzlicher und rechtswidriger Angriff. Um die Begriffe kurz zu erklären: Erstens eine Tat musste „tätlich“ gewesen sein, d. h. es musste ein körperlicher Angriff gewesen sein. Zweitens musste sie „vorsätzlich“ sein, d. h. dass ein*e Täter*in wesentlich und willentlich gehandelt hat. Außerdem musste die Tat drittens „rechtswidrig“, gewesen sein. Das meint eine Gewalttat, die im Rahmen des deutschen Rechts ein Gesetz gebrochen hat.

Mit dem SGB XIV wurde das Gewaltverständnis verändert. „Gewalt“ wird im neuen Gesetz nicht mehr als eine tätliche, vorsätzliche und rechtswidrige Tat zu einem Zeitpunkt definiert, sondern ist nun ein schädigendes Ereignis.

Unter einem „schädigenden Ereignis“ werden auch Taten gefasst, die z. B. mehrfach aufgetreten sind, also die sich wiederholt haben. Außerdem wurde jetzt auch psychische Gewalt, wenn es sich um „massive psychische Gewalt“ handelt, als ein zu entschädigender Tatbestand anerkannt.

Das OEG ist aber nicht durch das neue Gesetz komplett „abgelöst“ worden und seither bedeutungslos. Für Fälle, in denen sich die Gewalttat vor dem 01.01.2024 ereignete, gilt weiterhin die Gewaltdefinition des OEG und nicht des neuen SGB XIV, auch wenn die Leistungen nach dem SGB XIV erfolgen.

DK: Wo siehst du die größten Herausforderungen für die Betroffenen im Antragsverfahren?

KS: So ein Antrag dauert lange. Es ist nicht so, dass man, sobald man den Antrag gestellt hat, innerhalb von drei Monaten eine Antwort erhält.

Häufig zieht sich so ein Verfahren über Jahre, bis ein Bescheid erfolgt und wesentliche Veränderungen einsetzen. Das kann für Antragstellende sehr frustrierend sein.

Das wäre so eine Hürde, wo aber beispielsweise spezialisierte Beratungsstellen, zumindest diesen ganzen Prozess, begleiten und unterstützen können, sodass Menschen das nicht alleine tragen müssen. Die Beratungsstellen können unterstützen, indem sie Sachstandsfragen stellen oder zu spezialisierten Anwält*innen verweisen. So eine Antragsstellung kann für Betroffene ebenfalls retraumatisierend sein, weil man ja seine Leidens- und Verletzungsgeschichte immer wieder aufs Neue zu Papier bringen muss, sich wieder damit konfrontieren muss und eine externe Stelle dieses, zum Teil schreckliche Schicksal, was Menschen widerfährt, beurteilt. Für Betroffene kann dies sehr schmerzhaft sein und auch ein Grund dafür sein, diese Antragsverfahren abzubrechen. Formal gesehen ist die größte Hürde die Annahme der Kausalitätstheorie.

DK: Kausalitätstheorie? Kannst du das bitte näher erläutern?

KS: Ich hatte vorhin ja erwähnt, dass es die zwei wichtigen Punkte der Gewalttat und der Gesundheitsfolgeschädigung gibt. Damit es eine Folgeschädigung gibt, brau-

cht es aber erstmal eine Erstschädigung - eine Primärschädigung, die eben durch die Gewalttat entstanden ist. Sprich, eine Person wurde angegriffen und hat eine Fraktur im Gesicht davon erlitten, dann ist das die erste Verletzung. Wenn die Person aber noch mindestens ein halbes Jahr später weiterhin gesundheitliche Schwierigkeiten wegen dieser Fraktur im Gesicht hat, welcher Art auch immer, dann könnte das eben eine dieser Folgeschädigungen sein. Aber sie muss kausal zusammenhängen mit diesem ersten Angriff. Oder, ganz makaber ausgedrückt: für ein gebrochenes Bein kann ich kein kaputtes Auge entschädigen lassen. Das lässt sich vielleicht am physischen Körper ganz einfach darstellen, aber für gesundheitliche Folgen die psychischer Art sind, wird es umso schwieriger die Kausalität nachzuweisen. Und dann kommt hinzu, dass manche Betroffene eben Gutachten über sich „ergehen“ lassen müssen, um zu schauen, ob es damit zusammenhängt.

Also man hat die Tat, die muss ja erstmal die Kriterien erfüllen als Gewalttat, man hat die Erstverletzung und dann die Folge-

schädigung und das ist diese Kausalitätstheorie. Weshalb es für viele Betroffene mit noch mehr Hürden verbunden ist.

DK: Welche wichtigen Gründe gibt es denn für Betroffene, - trotz der genannten Hürden - einen Antrag zu stellen?

KS: Wie ich vorhin erwähnt hatte: Nicht immer endet ein Strafverfahren damit, dass Betroffene eine „Entschädigung“ oder einen „Ausgleich“ erhalten. Ich würde sagen, dass es zwei wichtige Faktoren für einen Antrag auf Soziale Entschädigung gibt: Das eine ist, dass bei den Heil- und Krankenbehandlungen Leistungen bezahlt werden, die über die der Krankenkassen-Leistungen hinausgehen: Beispielsweise wird der Transport zu Heilbehandlungen oder Medikamentenzahlungen übernommen.

Das Ziel der Sozialen Entschädigung ist es, möglichst die Folgen der Straftat im Leben der Betroffenen abzumildern. Das ist der eine Grund für einen SER-Antrag.

Der weitere Faktor ist, dass Menschen über das OEG eine sog. „Grundrente“ bekommen können.

Von Rente zu sprechen ist übertrieben, zumindest wenn es nach dem alten Gesetz geht. Nichtsdestotrotz ist es eine monatliche Leistung, die Menschen zusteht und die sie erhalten können.

Wichtig ist für Betroffene zudem, dass diese Zahlung nicht auf andere Sozialleistungen angerechnet wird.

Im Leben eines Menschen, der vielleicht im Bürgergeldbezug ist, kann der monatliche anrechnungsfreie Betrag einen großen Unterschied machen. Mit dem neuen Gesetz sind die Beträge der Grundrente zudem wesentlich gestiegen und beginnen bei 400€ monatlich. Diese monatlichen Leistungen berechnen sich aus dem Grad der Schädigung, die einem Menschen in Folge der Tat zugesprochen wird. Bei der Beantragung von Leistungen nach Sozialentschädigungsrecht bekommt man bei schweren Folgen einen Grad der Schädigung angerechnet. Ab einem Grad der Schädigung (GdS) von 30 bekommt man eine monatliche Rente und das staffelt sich hoch, je nach Schwere der gesundheitlichen Folgeschäden.

DK: Wie bewertest du den Wandel

vom OEG zum SGB XIV?

KS: In der Praxis ist vieles noch nicht klar - so zum Beispiel, wie es gestaltet und umgesetzt wird. Auch gibt es Berufsverbände, wie den VBRG - also den Bundesverband der Betroffenenberatungsstellen in Deutschland - oder auch den Bundesverband der Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe (bff), die im Vorfeld Positionspapiere veröffentlicht haben, weil es an dem neuen Gesetz natürlich auch Kritik gibt, zum Beispiel an der Beibehaltung der Kausalitätstheorie gibt.

Aber ich kann ja mal Dinge nennen, die ich als positive Änderungen wahrnehme:

Vor ein paar Jahren wurden bundesweit mit der Gesetzänderung und dem Anspruch auf „Schnelle Hilfen“ die sog. Trauma-Ambulanzen installiert.

D. h. bei den Trauma-Ambulanzen haben Gewaltbetroffene verhältnismäßig schnell einen Zugang zu psychotraumatologischen Unterstützung und Behandlung, als wenn sie bei gängigen Psychotherapeut*innen auf Wartelisten warten müssten.

Das sehe ich als eine große Verbesserung, um den akuten psychischen Bedarfen Gewaltbetroffener gerechter werden zu können. Und natürlich freue ich mich über die Erhöhung der Grundrente, die auch für Menschen gilt, die im SER-Leistungsbezug sind.

Die höheren Leistungen tragen auch zur Verbesserung in der Lebenssituation unserer Beratungsnehmenden bei. Auch die Erweiterung des Gewaltbegriff sehe ich als einen positiven Wandel an. In unserer Arbeit mit dem Schwerpunkt auf Betroffene physischer Gewalttaten, wird es vermutlich weniger Tragweite entfalten. Aber die Tatsache, dass wiederkehrende Ereignisse und psychische Gewalt, im neuen Gesetz als Entschädigungstatbestände gelten, kann für manche Betroffenenengruppen, z. B. im Feld sexualisierter und psychischer Gewalt einen Wandel bedeuten.

DK: Ich möchte mich bei dir herzlich für deine Expertise und deine Einschätzungen bedanken. Gibt es darüber hinaus etwas, was du noch ergänzen möchtest?

KS: Ich möchte Menschen dazu ermutigen, sich Hilfe zu suchen,

wenn sie denken „Ich brauche so einen Antrag auf Soziale Entschädigung, es könnte für mich wichtig sein“, denn die Leistungen stehen Gewaltbetroffenen rechtlich zu.

Ein Antrag kann bewilligt oder abgelehnt werden. Im Grunde gibt es nichts Schlimmeres als einen nicht gestellten Antrag. Außerdem müssen betroffene Menschen das Antragsverfahren nicht alleine machen. Es gibt Berufsgruppen wie die bundesweiten Betroffenenberatungsstellen, die darauf spezialisiert sind und Erfahrung bei der Antragsstellung haben. Das alte Gesetz ist ja nicht aus der Welt, da Taten von vor dem 01.01.24 nach dem alten Gesetz bewertet werden.

Für die sozialarbeiterische Praxis ist daher wichtig: Für Menschen, die beruflich in Handlungsfeldern sozialer Arbeit mit gewaltbetroffenen Klient*innen konfrontiert sind, kann es nützlich und wichtig sein, sich mit dem SER vertraut zu machen und Anträge zu wagen.

Praxiswissen kann nur durch Praxis entstehen und wenn man sich verbündet, ist man stärker und erreicht mehr. Das macht auch unser Berufsverband oder

andere Dachverbände, um die Situation der Klient*innen und der tatsächlich direkt Betroffenen zu verbessern. Denn neben den direkt Betroffenen sind es auch die Berufsgruppen die wissen, wie die Lebensrealitäten von gewaltbetroffenen Menschen aussehen und wie diese Gesetzänderungen wirken oder nicht wirken bzw. ob es noch Lücken gibt.

DK: Eine Auseinandersetzung mit der Gesetzesänderung ist also empfehlenswert. Vielen Dank für das Interview Katherina!

Katherina Savchenka (sie/ihr) arbeitet seit 2022 als Beraterin bei der Opferberatung Rheinland (OBR) und unterstützt Betroffene rechter, rassistischer und antisemitischer Gewalt. Nach ihrem Kombinationsbachelor in den Fächern Soziologie und Psychologie, absolviert sie derzeit berufsbegleitend einen Masterstudiengang in Sozialer Arbeit mit dem Schwerpunkt Klinische Sozialarbeit.

Derya Kiraz ist Studentin der Sozialen Arbeit an der TH Köln mit Schwerpunkt auf Antidiskriminierung und Rassismuskritik. Im Rahmen ihres Praxissemesters arbeitet sie bei der OBR sowohl in der Beratung als auch bei der Recherche und dem Monitoring sowie in der Bildungs- und Öffentlichkeitsarbeit.

So unterstützt die OBR



Begleitung zu Terminen: Wir begleiten (wenn gewünscht) zur Terminen bei Ärzt*innen und/oder Therapeut*innen - ob nur für den Weg, oder auch bis in den Praxisraum als emotionale Unterstützung.



Vernetzung und Kommunikation mit anderen Fachstellen: Wir arbeiten eng mit anderen Fachstellen und Einrichtungen im Gesundheitswesen zusammen, um die bestmögliche Unterstützungslandschaft für Betroffene zu gewährleisten.



Beratung über Möglichkeiten und Optionen: Wir beraten Betroffene zu ihren Handlungsmöglichkeiten, deren Vor- und Nachteilen sowie Risiken und unterstützen auch bei der Recherche.



Unterstützung bei Therapeut*innensuche: Wir recherchieren in unserem Netzwerk und stellen Anfragen bei Kooperationspartner*innen im jeweiligen Bezirk, damit Betroffene möglichst schnell einen Therapie- und Behandlungsplatz bekommen.



Organisation von Sprachmittlung: Wir organisieren und finanzieren Sprachmittlung, damit Betroffene in den sie betreffenden Prozessen aktiv mit eingebunden werden können, gemittelte Informationen verstehen und eigene Bedarfe platzieren können.

So erreichen Sie uns:

Beratungshotline: 0178 / 8 11 39 00

E-Mail: beratung@opferberatung-rheinland.de

Onlineberatung: www.opferberatung-rheinland.de

OBR-Opferhilfefonds



Nach rassistischen, antisemitischen oder anderen rechten, menschenfeindlichen Angriffen sind Betroffene und Angehörig neben den physischen Folgen häufig auch durch emotionale, psychische und finanzielle Folgen stark belastet. Überlebende und Angehörige sind meist traumatisiert, werden in Folge der Tat teils arbeitsunfähig und verlieren ihre gesamte Lebensgrundlage. Als Beratungsstelle stehen wir Betroffenen nach rassistischen, antisemitischen und anderen rechten, menschenfeindlichen Gewalttaten zur Seite.

Wir haben in unserer Beratung immer wieder Menschen, die aufgrund der Angriffe in besondere Notlagen kommen und eine sofortige und unbürokratische finanzielle Hilfe benötigen. Mit Ihrer Spende an den OBR-Opferfonds können Sie Betroffene in Nordrhein-Westfalen direkt, schnell und unbürokratisch unterstützen!

OBR-Opferhilfefonds des IDA e. V.

Ihre Spenden kommen ausschließlich und direkt betroffenen Menschen in NRW (Reg. Bez. Köln und Düsseldorf) zugute. Deshalb ist Ihre Bereitschaft zu einer Spende an uns eine unmittelbare Unterstützung für die Betroffenen, für die wir uns ganz herzlichst bedanken!

Rechtsträger der Opferberatung Rheinland (OBR) ist das Informations- und Dokumentationszentrum für Antirassismuserbeit e. V. (IDA). Das Finanzamt Düsseldorf-Mitte hat IDA unter der Steuernummer 106/5748/1122 den Status der Gemeinnützigkeit zuerkannt. Dies bedeutet, dass Spenden auf unser Konto steuerlich absetzbar sind.

Weitere Informationen auf www.opferberatung-rheinland.de/spenden

Spendenkonto des OBR-Opferhilfefonds:

Empfänger: IDA e.V.

Bank: Stadtparkasse Düsseldorf

BIC-Code: DUSS DE DDxxx

IBAN-Nummer: DE 44 300 501 10 00 47022306

Verwendungszweck: Opferfonds OBR

VBRG-Opferhilfefonds

VBRG

www.opferhilfefonds.de

OPFERHILFEFONDS

für Betroffene rechter, rassistischer
und antisemitischer Gewalt

Solidarität hilft konkret!

Viele Betroffene leiden oft noch lange an den physischen, psychischen, materiellen und sozialen Folgen rechter, rassistischer und antisemitischer Gewalttaten. Um ein deutliches Zeichen der Solidarität zu setzen, bietet unser Opferhilfefonds schnelle unbürokratische finanzielle Unterstützung.

Wie hilft der VBRG-Opferhilfefonds?

Von rechter, rassistischer und antisemitischer Gewalt Betroffene, deren Angehörige und andere Personen ihres Vertrauens können sich an den VBRG oder eine Opferberatungsstelle wenden, die Mitglied im VBRG ist. Dort erhalten sie eine Beratung und Unterstützung zur Antragstellung.

Wobei hilft der VBRG-Opferhilfefonds?

Für die Betroffenen sind die Folgen rechter, rassistischer und antisemitischer Gewalttaten meist sehr weitreichend. Häufig gehen mit den Angriffen schwerwiegende physische und psychische Verletzungen einher. Viele Betroffene geraten dadurch auch in finanzielle Schwierigkeiten. In dieser Situation kann der Opferfonds im Rahmen einer Einzelfallhilfe finanziell unterstützen: z.B. durch die Finanzierung einer anwaltlichen Vertretung, durch den Ausgleich von entstandenen Sachschäden, durch die Übernahme von Fahrtkosten zu Therapeut*innen oder Anwält*innen oder um einen notwendigen Umzug zu ermöglichen. Die Notwendigkeiten für materielle Unterstützung sind vielfältig und von der jeweiligen individuellen Situation der Betroffenen abhängig.

Weitere Informationen auf www.opferhilfefonds.de

Spendenkonto des VBRG-Opferhilfefonds:

Empfänger: VBRG e.V.

Bank: GLS Bank

IBAN: DE38 4306 0967 1177 901301

BIC: GENO DE M1 GLS

Verwendung: Opferhilfefonds



Glossar



In diesem Glossar werden Begriffe aus der aktuellen Ausgabe des Magazins 'hinsehen' erklärt. Falls Ihnen Änderungs- oder Ergänzungsbedarfe auffallen, kontaktieren Sie uns gerne.

Flashback

Flashback (engl.: „blitz(artig) zurück“) benennt ein Erinnerungsbild, d. h. eine bildhafte, anschauliche Erinnerung an etwas Erlebtes. In der Psychotraumatologie bezeichnen Flashbacks die Wiederholung eines traumatischen Geschehens, die für die betroffene Person nicht wie ein Erinnerungsbild, sondern als Realerlebnis, erfahren werden. Die Erinnerung taucht meist unwillkürlich auf, sodass die betroffene Person unfähig ist, diese als Erinnerung zu erkennen und wahrzunehmen. Ein Flashback wird durch einen Schlüsselreiz (Trigger) hervorgerufen und stellt eine besonders heftige Form der Intrusion dar, bei der die betroffene Person plötzlich und sehr kraftvoll in das Wiedererleben der traumatischen Situation und den damit verbundenen Gefühlszustand hineingerissen wird. Die für die Situation auffällige Stärke eines Gefühlszustandes ist ein wichtiger Hinweis für einen Flashback. Flashbacks treten als Symptom einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) auf. (Vgl. Flashback. In: Spektrum der Wissenschaft; Psychology Today)

Intrusion

Intrusion bezeichnet in der Psychotraumatologie aufdringliche Gedanken, die vorwiegend um angstauslösende Themen kreisen und häufig durch einen Schlüsselreiz (Trigger) unkontrollierbar wiederkehren. Hierzu zählen auch in das Bewusstsein drängende Erinnerungen an traumatische Ereignissen und Situationen. Werden traumatische Ereignisse nicht oder nur unvollständig verarbeitet, so kehren emotionale Reaktionen immer wieder zurück (meist in Form von Flashbacks). Dabei werden auch die mit diesem Ereignis verbundenen (assoziierten), belastenden emotionalen Zustände reaktiviert. Intrusionen können auch unerwartet und ohne bewusst wahrnehmbaren äußeren Schlüsselreiz auftreten und entziehen sich damit der willentlichen

Glossar

Kontrolle. Intrusionen sind für Betroffene sehr belastend, mit Übererregung und starker Stressbelastung, Herzrasen, meist auch Schweißausbrüchen, Atembeschwerden, Zittern oder auch Panikattacken verbunden.

(Vgl. Intrusion. In: Spektrum der Wissenschaft; Journal für Psychologie)

LGBTQIA*

LGBTQIA* steht als Abkürzung für die Bezeichnung der Geschlechtsidentität und sexuellen Orientierung für alle nicht-heterosexuellen und cis Personen. «Cis» bzw. cisgender heißt, dass die Geschlechtsidentität einer Person mit der ihr bei der Geburt zugeordneten Geschlechtsidentität überein passt. Die Buchstaben LGBTQIA* (deutsch: LSBTQIA*) stehen für lesbisch, gay / schwul, bisexuell, trans, queer, inter und asexuell. Der Genderstern «*» ist ein Stilmittel, um die Vielfalt von Geschlecht aufzuzeigen. Es gibt verschiedene Versionen dieser Abkürzung.

(Vgl. LGBTQIA / LSBTQIA. In: LSVD; Queer-Lexikon; bbp)

TIN* Personen

TIN* steht als Abkürzung für die Bezeichnung der Geschlechtsidentitäten von trans*, inter* und nicht-binären Personen. Die Abkürzung fungiert als Sammelbegriff für diese Personengruppen.

(Vgl. TIN/ TIN*Personen. In: Universität Bielefeld; FernUniversität in Hagen; Missy Magazin)

Trigger

Trigger (engl.: „Auslöser“) ist ein einen Affekt oder einen Anfall auslösender Reiz, d. h. ein Schlüsselreiz wie beispielsweise Geräusche, Orte oder auch Gerüche. Unter einem Trigger versteht man in Psychologie den Auslöser für einen Vorgang, der eine Empfindung, einen Affekt, eine maschinelle Beatmungsunterstützung, ein Symptom (z. B. Schmerz) oder eine Erkrankung auslösen kann.

(Vgl. Trigger. In: Spektrum der Wissenschaft; Missy Magazin)

Impressum

Online-Magazin „hinsehen“ der OBR
Magazin Nr. 6
Ausgabe 1/2024
ISSN 2749-4748

Copyright © 2024
Redaktionsschluss: 12.08.2024
Düsseldorf, August 2024

Herausgeber:

Opferberatung Rheinland (OBR) – Beratung und Unterstützung für Betroffene rechter, rassistischer und antisemitischer Gewalt
c/o IDA e.V.
Volmerswerther Straße 20 | 40221 Düsseldorf
[info\[at\]opferberatung-rheinland.de](mailto:info[at]opferberatung-rheinland.de)
www.opferberatung-rheinland.de
Tel: 01 78 / 8 11 39 00
Fax: 02 11 / 15 92 55-69

Redaktion: Sabrina Hosono, Regina Gahbler
V.i.S. d.P. : Ansgar Drücker (Geschäftsführer IDA e. V.)
Gestaltung und Layout: Sabrina Hosono

Informationen ohne Quellenangabe sind unterschiedlichen Mitglieds- oder Verbandszeitschriften, Websites sowie Pressemeldungen entnommen.

Anmerkung der Redaktion:

Die Artikel enthalten Perspektiven, Meinungen und Positionen der jeweiligen Autor:innen, diese können von der Position der Opferberatung Rheinland (OBR) abweichen.

Datenschutz

Wir haben zum Versenden des Online-Magazins Ihre E-Mail-Adresse (und ggf. weitere personenbezogene Daten) gespeichert. Wir nutzen die gespeicherten Kontaktdaten nur, um Ihnen das Online-Magazin zukommen zu lassen.

Wenn Sie das Online-Magazin nicht mehr von uns erhalten möchten, können Sie dieses jederzeit abbestellen, indem Sie uns eine formlose E-Mail an [info\[at\]opferberatung-rheinland.de](mailto:info[at]opferberatung-rheinland.de) senden. Wir werden die Adresse dann aus dem Verteiler entfernen.

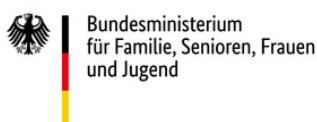
Gefördert von



Ministerium für
Kultur und Wissenschaft
des Landes Nordrhein-Westfalen



Gefördert vom



im Rahmen des Bundesprogramms

Demokratie **leben!**