



Fonds Sexueller Missbrauch

# Antrag auf Hilfeleistungen aus dem Fonds Sexueller Missbrauch im familiären Bereich

Stand: Dezember 2016

## Anschreiben zum Antrag auf Hilfeleistungen aus dem Fonds Sexueller Missbrauch im familiären Bereich

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,

Sie haben sich entschlossen, einen Antrag auf Hilfeleistungen zu stellen.

Diese Entscheidung kann für Sie mit vielen schmerzhaften Gefühlen und Erinnerungen verbunden sein. Wir möchten Sie unterstützen und ermutigen, dennoch den Weg der Antragstellung zu gehen.

Bitte lassen Sie sich nicht von der Länge des Fragebogens abschrecken. Bitte verstehen Sie die einzelnen Fragen auch nicht als Ausdruck von Misstrauen oder Zweifel daran, dass Sie Betroffener/Betroffene von sexuellem Missbrauch sind. Die Fragen dienen dazu, eine für Sie möglichst passende Entscheidung zu treffen. Bitte versuchen Sie daher, den Antrag so vollständig wie möglich auszufüllen. Es steht Ihnen natürlich frei, Fragen, die Sie als unangenehm und zu schmerzhaft empfinden, nicht zu beantworten. Sie können stattdessen auch Unterlagen einreichen, aus denen sich die Antworten ergeben.

Da das Ausfüllen des Antrags emotional belastend für Sie sein kann und Sie möglicherweise Fragen zu dem Fonds oder zu der Antragstellung haben, empfehlen wir Ihnen, auf die Unterstützung der Fachkräfte einer Beratungsstelle zurückzugreifen (vergleiche Punkt B des Antrags). Die Beratung ist für Antragstellende freiwillig und kostenfrei.

Auch wenn die angebotenen Hilfen in keiner Weise das erfahrene Leid ausgleichen können, hoffen wir, dass diese Hilfen Sie unterstützen und zu einer Verbesserung Ihrer momentanen Situation beitragen können.

Den Antrag auf Hilfeleistungen aus dem Fonds Sexueller Missbrauch im familiären Bereich nimmt die Geschäftsstelle Fonds Sexueller Missbrauch ausschließlich per Post entgegen unter:

**Geschäftsstelle Fonds Sexueller Missbrauch (oder nur: GStFSM)**

**Glinkastraße 24**

**10117 Berlin**

## Informationen zum Antrag auf Hilfeleistungen aus dem Fonds Sexueller Missbrauch im familiären Bereich

Der Fonds Sexueller Missbrauch im familiären Bereich (FSM) ist ein Teil des Ergänzenden Hilfesystems (EHS) für Betroffene sexuellen Missbrauchs im Kindes- und Jugendalter. Er will Betroffenen helfen, die in ihrer Kindheit oder Jugend sexuellen Missbrauch im familiären Bereich erlitten haben.

Antragsberechtigt sind Sie, wenn Sie folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Wenn Sie als Minderjähriger/Minderjährige sexuellen Missbrauch im familiären Bereich erlitten haben und heute noch unter den Folgen leiden.
- Wenn der sexuelle Missbrauch zwischen dem 23. Mai 1949 (auf dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland) beziehungsweise dem 7. Oktober 1949 (auf dem Gebiet der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik) und dem 30. Juni 2013 (Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Rechte von Opfern sexuellen Missbrauchs - StORMG) stattgefunden hat.
- Wenn Sie keine Vereinbarung mit dem Fonds „Heimerziehung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 1949-1975 (Fonds „Heimerziehung West“) oder dem Fonds Heimerziehung in der DDR in

den Jahren 1949-1990 (Fonds „Heimerziehung in der DDR“) geschlossen haben. Wenn Sie bereits eine Vereinbarung mit dem Fonds „Heimerziehung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 1949-1975 (Fonds „Heimerziehung West“) oder dem Fonds Heimerziehung in der DDR in den Jahren 1949-1990 (Fonds „Heimerziehung in der DDR“) geschlossen haben, ist eine Antragstellung nicht möglich. Denn Leistungen können Ihnen nur aus einem Hilfesystem gewährt werden.

Sexueller Missbrauch im familiären Bereich umfasst unter der Voraussetzung eines Abhängigkeits- und Machtverhältnisses unter anderem auch sexuellen Missbrauch durch Personen, mit denen der Betroffene/die Betroffene zum Zeitpunkt des Missbrauchs oder vor dem Missbrauch in familienähnlichen Gemeinschaften gelebt hat oder durch enge Freunde/enge Freundinnen der Familie, die den informellen Status eines Familienmitglieds haben. Bitte beachten Sie zur Definition des familiären Bereichs die „Leitlinien für die Gewährung von Leistungen aus dem Fonds Sexueller Missbrauch im familiären Bereich“, die Sie auf der Website [www.fonds-missbrauch.de](http://www.fonds-missbrauch.de) finden.

Der FSM ist gegenüber dem bestehenden System der sozialrechtlichen Leistungsträger nachrangig. Das bedeutet, dass die gewünschte Hilfeleistung zunächst bei dem vorrangigen Leistungsträger (zum Beispiel gesetzliche und private Krankenversicherung, Rentenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Sozialamt, Agenturen für Arbeit, Jobcenter) beantragt und die Ablehnung über die Kostenübernahme vorgelegt werden muss. Ein Antrag auf Hilfeleistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) oder ein zivil- oder strafrechtlicher Prozess sind keine Voraussetzungen für Hilfeleistungen aus dem FSM.

Das Antragsformular sieht die Nennung des Namens des Täters/der Täterin nicht vor. Strafanzeigen werden von den am FSM Beteiligten nicht erstattet. Auch ist eine Anzeigeerstattung von dem Täter/der Täterin gegen Sie aufgrund Ihrer Antragstellung (zum Beispiel wegen Beleidigung, übler Nachrede, Verleumdung und so weiter) ausgeschlossen, da der Täter/die Täterin keinerlei Kenntnis über Ihre Antragstellung erlangt. Ausführliche Informationen zum FSM finden Sie auf der Webseite [www.fonds-missbrauch.de](http://www.fonds-missbrauch.de).

## A. Datenschutz

Die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten für die Antragsbearbeitung beruht auf Ihrer Einwilligung. Sie bleibt Ihrer freien Entscheidung vorbehalten. Dies gilt insbesondere auch für die besonders sensiblen Daten zu dem erlittenen sexuellen Missbrauch. Angaben zu personenbezogenen Daten (unter Ziffer 1) sind zwingend notwendig, um Ihren Antrag zu bearbeiten. Die weiteren Daten werden erhoben, um sachgerecht über beantragte Leistungen entscheiden zu können. Ihr Antrag und alle für die Antragsbearbeitung zusätzlich von Ihnen eingereichten Unterlagen werden in keinem Fall an unbefugte Dritte weitergeleitet. Ihr Antrag und alle von Ihnen eingereichten Unterlagen werden – sofern Sie das wünschen und uns ausdrücklich mitteilen – zusätzlich zu den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes in der Geschäftsstelle anonymisiert.

Bitte beachten Sie für weitere Informationen die datenschutzrechtlichen Hinweise und die Einwilligungserklärung unter Ziffer 8 des Antragsformulars. Ohne Ihre Einwilligung ist eine Bearbeitung Ihres Antrages nicht möglich.

## B. Unterstützung durch Beratungsstellen

Es besteht für Sie die Möglichkeit, das Formular mit Hilfe von Fachkräften einer speziell zum FSM geschulten Beratungsstelle auszufüllen. Eine Beratungsstelle in Ihrer Nähe finden Sie auf der Webseite [www.fonds-missbrauch.de](http://www.fonds-missbrauch.de). Die Beratung ist für Sie kostenlos und freiwillig. Die geschulten Fachkräfte werden Sie darüber beraten, inwieweit Angaben -soweit sie Ihnen möglich sind- zum Erfolg Ihres Antrags beitragen können. Sie können insbesondere auch Fragen zu vorrangigen Ansprüchen aus den gesetzlichen Leistungssystemen beantworten.

Wenn Sie allgemeine Fragen zu sexuellem Missbrauch haben oder Hilfe bei der Suche nach geeigneten Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen oder Beratungsstellen brauchen, erhalten Sie Antworten beim Hilfetelefon Sexueller Missbrauch unter der kostenlosen Telefonnummer 0800 400 10 50. Ihr Anruf wird dort anonymisiert entgegengenommen. Am Telefon sitzen Fachleute aus den Bereichen Psychologie, Sozialpädagogik und Medizin. Die Sprechzeiten sind montags, mittwochs und freitags von 09.00 Uhr bis 14.00 Uhr sowie dienstags und donnerstags von 15.00 Uhr bis 20.00 Uhr. Das Hilfetelefon Sexueller Missbrauch ist ein Angebot des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs in fachlicher Verantwortung von N.I.N.A. e.V. (Nationale Infoline, Netzwerk und Anlaufstelle zu sexueller Gewalt an Mädchen und Jungen). Hierzu finden Sie Informationen auf der Webseite [www.nina-info.de/nina-ev.html](http://www.nina-info.de/nina-ev.html).

Auf dem Hilfeportal Sexueller Missbrauch [www.hilfeportal-missbrauch.de](http://www.hilfeportal-missbrauch.de) finden Sie darüber hinaus eine Datenbank mit Adressen von Fachberatungsstellen und anderen Hilfsangeboten in Ihrer Nähe.

### C. Keine finanzielle Entschädigung

Die Leistungen des FSM sollen Betroffenen konkrete Hilfen in Form von Sachleistungen ermöglichen. Finanzielle Entschädigungen für das erlittene Unrecht -Schmerzensgeld oder andere Entschädigungszahlungen- werden vom FSM nicht gezahlt. Hierfür können nur die unmittelbar verantwortlichen Täter/Täterinnen in Anspruch genommen werden. Die Leistungen des FSM haben keinen Einfluss auf finanzielle Entschädigungen für das erlittene Unrecht.

### D. Keine Anrechnung auf sozialrechtliche Leistungen

Die Leistungen des FSM werden nicht auf das Arbeitslosengeld II und die Sozialhilfe angerechnet.

### E. Freiwillige Leistungen

Die im Antragsformular aufgeführten möglichen Hilfeleistungen sind freiwillige Leistungen, die bei Vorliegen der Voraussetzungen gewährt werden. Wir bitten Sie zu beachten, dass Leistungen des FSM und die damit einhergehende Anerkennung eines sexuellen Missbrauchs im familiären Bereich nur nach den Regeln dieses Hilfesystems erfolgen. Diese Regeln sehen keinen rechtlichen Nachweis vor und sind nicht mit einem gerichtlichen Verfahren gleichzusetzen. Die Bewilligung von Leistungen aus dem FSM und die Anerkennung eines sexuellen Missbrauchs im familiären Bereich bedeuten daher nicht, dass die Täterschaft einer bestimmten Person rechtskräftig festgestellt wurde.

## 1. Angaben zur betroffenen Person

Geschlecht

weiblich     männlich     trans\*     intersexuell

Name

Vorname

Geburtsname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)

Schulabschluss (freiwillige Angabe)

Aktuelle Lebenssituation (zum Beispiel Beruf, Ausbildung, Studium) (freiwillige Angabe)

Familienstand (freiwillige Angabe)

## 2. Angaben zum sexuellen Missbrauch im familiären Bereich

Im Folgenden bitten wir Sie, soweit Sie sich erinnern können und es Ihnen möglich ist, Angaben zu dem im familiären Bereich erlittenen sexuellen Missbrauch zu machen. Diese Angaben sind nötig, um Ihren Antrag zu bearbeiten.

Das Ausfüllen des Antragsformulars kann für Sie emotional sehr belastend sein. Wir empfehlen Ihnen, sich für die Antragstellung an eine speziell für den FSM geschulte Beratungsstelle zu wenden (vergleiche. Punkt B im Informationsblatt). Sofern Sie über Unterlagen verfügen, die für die Bearbeitung Ihres Antrags hilfreich sein können, fügen Sie diese bitte in Kopie bei. Bitte senden Sie uns nicht alle Ihnen vorliegenden psychotherapeutischen und ärztlichen Berichte, sondern nur eine aussagekräftige Auswahl in Kopie zu (am besten nur den aktuellsten Bericht).

### 2.1. Angaben zur Tatzeit

Leistungen können nur gewährt werden, wenn der sexuelle Missbrauch zwischen dem 23. Mai 1949 (auf dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland) beziehungsweise dem 7. Oktober 1949 (auf dem Gebiet der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik) und dem 30. Juni 2013 (Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Rechte von Opfern sexuellen Missbrauchs - StORMG) stattgefunden hat.

**2.1.1. Sexueller Missbrauch in der Bundesrepublik Deutschland**

Hat ein sexueller Missbrauch zwischen dem 23. Mai 1949 und dem 30. Juni 2013 (Inkrafttreten des StORMG) auf dem Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland stattgefunden?

Ja  Nein

Falls ja, in welchem Bundesland hat der sexuelle Missbrauch stattgefunden?

**2.1.2. Sexueller Missbrauch in der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik**

Hat ein sexueller Missbrauch zwischen dem 7. Oktober 1949 und dem 3. Oktober 1990 auf dem Staatsgebiet der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik stattgefunden?

Ja  Nein

Falls ja, in welchem ehemaligen Bezirk/heutigen Bundesland hat der sexuelle Missbrauch stattgefunden?

**2.1.3. Minderjährigkeit**

**Erklärungen zur Minderjährigkeit in der BRD und der ehemaligen DDR**

| Bundesrepublik Deutschland                     | Ehemalige Deutsche Demokratische Republik      |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| - Bis 31.12.1974: Volljährigkeit mit 21 Jahren | - Bis 21.05.1950: Volljährigkeit mit 21 Jahren |
| - Ab 01.01.1975: Volljährigkeit mit 18 Jahren  | - Ab 22.05.1950: Volljährigkeit mit 18 Jahren  |

Waren Sie zu dem/zu einem Tatzeitpunkt minderjährig?

Ja  Nein

Falls ja, waren Sie zu dem/zu einem Tatzeitpunkt:

- jünger als 14 Jahre?
- jünger als 16 Jahre?

**2.2. Angaben zu den Tatumständen**

Wurde der sexuelle Missbrauch durch eine Person/mehrere Personen aus dem familiären Bereich begangen? (Bitte beachten Sie hierzu die Definition des familiären Bereichs auf Seite 3 des Antragsformulars.)

Ja  Nein

Welche verwandtschaftliche Beziehung bestand zu der Person/den Personen (zum Beispiel (Stief-) Vater, (Stief-)Mutter, Großvater, Großmutter, (Stief-)Bruder, (Stief-) Schwester)?

Wenn keine verwandtschaftliche Beziehung zu der Person/den Personen bestand: Waren Sie ihr/ihnen zur Erziehung, Beaufsichtigung oder Betreuung anvertraut?

- Ja             Nein

Beschreiben Sie bitte das familiäre Verhältnis zu dieser Person/diesen Personen (zum Beispiel Aufsichtsperson, Babysitter, enger Freund/enge Freundin Ihrer Eltern) Bitte beachten Sie hierzu die Definition des familiären Bereichs auf Seite 3 des Antragsformulars:

Fand (auch) organisierte sexuelle Ausbeutung/ritueller/sektenähnlicher Missbrauch statt?

- Ja             Nein

Fand Missbrauch (auch) durch Minderjährige statt?

- Ja             Nein

Fand Missbrauch (auch) durch Fremdtäter/Fremdtäterinnen statt?

- Ja             Nein

Bitte nennen Sie Ihr Alter/den Zeitraum, in dem der (möglicherweise mehrfache) sexuelle Missbrauch erfolgt ist

Raum für weitere Erklärungen (freiwillige Angabe):

### 2.3. Tathergang

Bitte kreuzen Sie an und/oder ergänzen Sie, was Ihnen angetan wurde. Mehrfachnennungen sind möglich. Sofern Sie dazu nicht in der Lage sind, können Sie stattdessen Unterlagen einreichen, aus denen der Tathergang hervorgeht (zum Beispiel letzter Klinikbericht, aktueller Bericht Ihres Psychotherapeuten/Ihrer Psychotherapeutin, Gerichtsurteil). Bitte senden Sie uns nicht alle Ihnen vorliegenden Berichte, sondern nur eine aussagekräftige Auswahl in Kopie zu (am besten nur den aktuellsten Bericht).

Jemand hat:

- sein/ihr Geschlechtsteil vor mir entblößt,
- sich vor meinen Augen selbst befriedigt,
- mir pornografische Darstellungen gezeigt,
- mich dazu gebracht, bei sexuellen Handlungen zuzusehen.
-

Jemand hat mich zu sexuellen Handlungen benutzt:

- indem er/sie auf mich eingewirkt hat, dass ich an ihm/ihr eine sexuelle Handlung vornehme,
- indem er/sie an mir eine sexuelle Handlung vorgenommen hat,
- indem er/sie auf mich eingewirkt hat, dass ich an einem Dritten eine sexuelle Handlung vornehme,
- indem er/sie auf mich eingewirkt hat, dass ich von einem Dritten an mir eine sexuelle Handlung vornehmen lasse,
- an dem sexuellen Missbrauch waren mehrere Täter/Täterinnen beteiligt.
- 

Jemand hat mich zu sexuellen Handlungen und/oder zum Zusehen bei sexuellen Handlungen gezwungen:

- durch Gewalt,
- durch Drohung mit Gefahr für mein Leben oder meine Gesundheit,
- durch Ausnutzung meiner Schutzlosigkeit.
- 

Jemand hat den sexuellen Missbrauch:

- fotografiert oder gefilmt,
- die Aufnahmen (zum Beispiel im Internet) verbreitet oder mir mit der Verbreitung gedroht.
- 

Raum für weitere Erklärungen (freiwillige Angabe):

### 3. Verhältnis zu den Fonds Heimerziehung

Bitte beachten Sie, dass Sie Hilfeleistungen nur entweder im Rahmen des Ergänzenden Hilfesystems (FSM beziehungsweise EHS im institutionellen Bereich) erhalten können oder aus dem Fonds „Heimerziehung West“ beziehungsweise Fonds „Heimerziehung in der DDR“.

Haben Sie bereits eine Vereinbarung mit dem Fonds „Heimerziehung West“ beziehungsweise dem Fonds „Heimerziehung in der DDR“ geschlossen?

- Ja                       Nein

Sofern der sexuelle Missbrauch in einem Heim stattgefunden hat und Sie noch keine Vereinbarung mit dem Fonds „Heimerziehung West“ beziehungsweise dem Fonds „Heimerziehung in der DDR“ geschlossen haben, haben Sie sich innerhalb der Anmeldefristen dieser Fonds registrieren lassen (Fonds „Heimerziehung West“ bis 31.12.2014 beziehungsweise Fonds „Heimerziehung in der DDR“ bis 30.09.2014)?

- Ja                       Nein

#### 4. Folgebeeinträchtigungen des sexuellen Missbrauchs

Leiden Sie noch heute unter psychischen, körperlichen oder anderen Beeinträchtigungen, die Sie auf den erlittenen sexuellen Missbrauch (zumindest teilweise) zurückführen? Bitte reichen Sie Unterlagen nur zu den Beeinträchtigungen ein, für die Sie Hilfeleistungen wünschen.

- Ja                       Nein

##### 4.1. Psychische Beeinträchtigungen

Bitte geben Sie in Stichpunkten an, unter welchen psychischen Beeinträchtigungen Sie aufgrund des sexuellen Missbrauchs noch heute leiden oder kreuzen Sie zutreffende Aussagen an:

- Angststörung
- Depressionen (anhaltende Niedergeschlagenheit)
- Schlafstörungen
- Identitätsprobleme (Ich bin verunsichert in der Rolle als Mann, Frau, Vater, Mutter oder im Beruf.)
- Kontakt- und Kommunikationsstörungen
- Gedächtnisstörungen
- Konzentrationsstörungen
- Rückzugsverhalten (in sozialen Situationen und Beziehungen, Meiden bestimmter Orte, Tätigkeiten und Personen)
- zwanghaftes Verhalten (Manchmal muss ich etwas Bestimmtes immer wieder tun, manchmal werde ich von quälenden Gedanken geplagt.)
- sexuelle Beeinträchtigungen/Probleme
- aggressives Verhalten gegen andere und/oder gegen sich selbst
- Selbstvernachlässigung, Probleme mit der Gesundheitsfürsorge
- Verweigerung oder Vermeidung von Arztbesuchen und Medikamenteneinnahme
- Dissoziationen (Ich stehe plötzlich neben mir oder fühle mich wie aufgelöst.)
- Flashbacks (Mir schießen plötzlich Szenen in mein Bewusstsein, gegen die ich mich nicht wehren kann.)
- Suchterkrankung/Suchtmittelmissbrauch
- Posttraumatische Belastungsstörungen

##### 4.2. Körperliche Beeinträchtigungen (auch psychosomatische)

Bitte geben Sie in Stichpunkten an, unter welchen körperlichen (auch psychosomatischen) Beeinträchtigungen Sie aufgrund des sexuellen Missbrauchs noch heute leiden oder kreuzen Sie zutreffende Aussagen an:

- Infektionen
- Schmerzen und Schmerzerkrankungen (auch unbestimmter Art)
- Narben
- Verletzungen

#### 4.3. Andere Probleme und Beeinträchtigungen

Bitte geben Sie in Stichpunkten an, unter welchen anderen Problemen und Beeinträchtigungen Sie aufgrund des sexuellen Missbrauchs noch heute leiden oder kreuzen Sie zutreffende Aussagen an:

- Schulschwierigkeiten
- Fehlender Schulabschluss
- Fehlende Ausbildung in anerkannten Berufen
- Keine oder geringe Integration auf dem Arbeitsmarkt (zum Beispiel Grundsicherung)
- Frühzeitige Erwerbsunfähigkeit
- Wenige Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe

#### 5. Gewünschte Unterstützung

Bitte machen Sie konkrete Angaben zu Art und Umfang der gewünschten Hilfen. Sie können mehrere gewünschte Hilfen ankreuzen. Bitte beachten Sie, dass je Antragsteller/Antragstellerin Sachleistungen in Höhe von maximal bis zu 10.000 € zur Verfügung stehen. Bitte geben Sie an, welche Leistung/Leistungen Ihnen am wichtigsten sind.

Menschen mit Behinderungen können zusätzliche Mehraufwendungen, die notwendig sind, damit sie die Hilfeleistungen auch tatsächlich umsetzen können (zum Beispiel Assistenzleistungen, erhöhte Mobilitätskosten), bis zu einer Höhe von maximal 5.000 € zusätzlich beantragen. Beim Vorliegen einer Behinderung erfolgt allerdings keine automatische Anhebung des Sachleistungsbetrages von 10.000 € auf 15.000 € pro Person. Der behinderungsbedingte Mehraufwand kann nur dann gewährt werden, wenn ein Antragsteller/eine Antragstellerin eine bewilligte Leistung aufgrund ihrer/seiner Behinderung sonst nicht wahrnehmen könnte. Bitte legen Sie in diesem Fall einen Nachweis über den Grad der Behinderung bei.

Die gewünschten Hilfen können nur bewilligt werden, wenn ein spezifischer und nachvollziehbarer Zusammenhang zwischen dem sexuellen Missbrauch und den heute noch vorhandenen Folgen zu erkennen ist und wenn die gewünschten Hilfen geeignet sind, die Missbrauchsfolgen zumindest zu lindern. Es können keine Leistungen gewährt werden, deren Notwendigkeit allein auf die finanzielle und soziale Notlage der antragstellenden Person zurückzuführen ist.

Der FSM ist nachrangig gegenüber dem bestehenden System der sozialrechtlichen Leistungsträger (zum Beispiel gesetzliche und private Krankenversicherung, Rentenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Sozialamt, Agentur für Arbeit, Jobcenter). Daher können Hilfen aus dem FSM nur finanziert werden, wenn ein Nachweis erbracht wird, dass die gewünschte Unterstützung nicht ausreichend von dem sozialrechtlichen System geleistet wird.

Die folgenden Leistungen können nicht gewährt werden:

- Schmerzensgeld- oder andere Entschädigungszahlungen
- Tilgung von Schulden oder andere reine Geldleistungen
- Anwalts- und Gerichtskosten
- Leistungen, die im Zeitpunkt der Antragstellung bereits abgeschlossen sind.

## 5.1. Therapeutische Hilfen

### 5.1.1. Psychotherapien, die nicht (mehr) von der Krankenkasse übernommen werden

Name des Therapeuten/der Therapeutin

Berufsbezeichnung des Therapeuten/der Therapeutin

Kosten pro Stunde

Benötigte Stundenzahl

Bitte legen Sie Ihrem Antrag auf Psychotherapien bei approbierten Psychotherapeuten folgende Unterlagen bei:

- Ablehnung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse oder eine aussagekräftige Mitteilung des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin, aus der hervorgeht, dass das Stundenkontingent ausgeschöpft ist
- Angabe, in welchem Zeitraum (konkrete Daten) die letzte krankenkassenfinanzierte Therapie stattfand/stattfinden wird

Bitte legen Sie Ihrem Antrag auf Psychotherapien bei nicht-approbierten Therapeuten (zum Beispiel Heilpraktiker/Heilpraktikerinnen für Psychotherapie) die folgenden Unterlagen bei:

- einen individuellen und aussagekräftigen Behandlungs- und Kostenplanplan
- Nachweise über die Qualifikation des Therapeuten/der Therapeutin

### 5.1.2. Komplementär- und Fachtherapien (zum Beispiel Kunsttherapie, Malthherapie, Reittherapie, Tanztherapie, Musiktherapie, Körpertherapie)

Art der Fachtherapie

Name Ihres Therapeuten/Ihrer Therapeutin

Berufsbezeichnung/Grundausbildung/akademischer Grad Ihres Therapeuten/Ihrer Therapeutin

Kosten pro Stunde

Benötigte Stundenzahl

Bitte legen Sie Ihrem Antrag auf Komplementär- und Fachtherapien die folgenden Unterlagen bei:

- einen individuellen und aussagekräftigen Behandlungs- und Kostenplan
- Qualifikationsnachweise des Therapeuten/ der Therapeutin

Komplementär- und Fachtherapien, zu denen auch Kunsttherapie, Malthherapie, Reittherapie, Tanztherapie, Musiktherapie und Körpertherapie gehören, können nur bewilligt werden, wenn der Therapeut/die Therapeutin bestimmte Qualitätskriterien erfüllt. Danach muss der Therapeut/die Therapeutin eine Grundausbildung als Pädagoge/Pädagogin, Sozialpädagoge/Sozialpädagogin, Erzieher/Erzieherin, Heilpädagoge/Heilpädagogin oder Ähnliches haben sowie eine der

Komplementärtherapie beziehungsweise Fachtherapie entsprechende Zusatzausbildung vorweisen können. Sofern es sich bei dem Therapeuten/ der Therapeutin um einen Psychotherapeuten/Psychotherapeutin oder einen Kinder-und Jugendlichenpsychotherapeuten/ Kinder-und Jugendlichenpsychotherapeutin handelt, ist eine Zusatzausbildung nicht erforderlich.

**5.2. Übernahme von Kosten zur individuellen Aufarbeitung des sexuellen Missbrauchs**

**5.2.1.  Fahrtkosten (zum Beispiel zu Therapien, Ärzten, Beratungsstellen)**

Name der Person/Stelle Gegebenenfalls Berufsbezeichnung

Straße und Hausnummer

Postleitzahl Ort

Seit wann/Zeitraum

Verkehrsmittel Häufigkeit der Besuche

**5.2.2.  Aufarbeitung im Rahmen von Selbsthilfeorganisationen**

Name/Anbieter

Art der gewünschten Hilfe

Kosten Umfang

**5.2.3.  Sonstige Kosten zur individuellen Aufarbeitung**

Art der gewünschten Hilfe

Name/Anbieter

Kosten Umfang

Bitte legen Sie Ihrem Antrag auf sonstige Kostenübernahme zur individuellen Aufarbeitung gegebenenfalls die folgenden Unterlagen bei:

Kostenvoranschlag, Ausdrucke der Internetseite

Zusammenhang und Geeignetheit

Nachvollziehbarer Zusammenhang zwischen dem erlittenen Missbrauch, den heute noch vorhandenen Folgebeeinträchtigungen und der beantragten Leistung

Geeignetheit der Leistung, die Folgen des Missbrauchs zu lindern

**5.3. Hilfe bei der Beschaffung von Heil- und Hilfsmitteln**

**5.3.1.  Hilfe bei der Beschaffung von Heil- und Hilfsmitteln**

Art der gewünschten Leistung (zum Beispiel Physiotherapie, Ergotherapie, Bäder, Massagen, Zahnbehandlung, Rollstuhl)

Gegebenenfalls Name des Behandlers/der Behandlerin

Gegebenenfalls Berufsbezeichnung des Behandlers/der Behandlerin

Kosten

Umfang

Zusammenhang und Geeignetheit

Nachvollziehbarer Zusammenhang zwischen dem erlittenen Missbrauch, den heute noch vorhandenen Folgebeeinträchtigungen und der beantragten Leistung

Geeignetheit der Leistung, die Folgen des Missbrauchs zu lindern

Bitte legen Sie Ihrem Antrag auf Hilfe bei der Beschaffung von Heil- und Hilfsmitteln die folgenden Unterlagen bei:

- Ärztliche Indikation/Verordnung/Privatrezept
- Ablehnung der Krankenkasse beziehungsweise Angaben zur Übernahme der Teilkosten
- Bei medizinischen Dienstleistungen: Heil- und Kostenplan

#### **5.4. Individuelle Unterstützung**

5.4.1.  **Begleitung (zum Beispiel zu Arzt- oder Gerichtsterminen)**

5.4.2.  **Hilfe im Haushalt, in der Betreuung**

5.4.3.  **Sonstige Unterstützung:**

Name der begleitenden/unterstützenden Person/Stelle

Kosten pro Stunde

Anzahl der benötigten Stunden

#### Zusammenhang und Geeignetheit

Nachvollziehbarer Zusammenhang zwischen dem erlittenen Missbrauch, den heute noch vorhandenen Folgebbeeinträchtigungen und der beantragten Leistung

Geeignetheit der Leistung, die Folgen des Missbrauchs zu lindern

Bitte legen Sie Ihrem Antrag auf individuelle Unterstützung die folgenden Unterlagen bei:

- Ablehnung des vorrangigen Leistungsträgers (zum Beispiel des Sozialamtes, Jugendamtes)
- Kostenvoranschlag/Vertrag

#### **5.5. Unterstützung von Bildungsmaßnahmen**

5.5.1.  **Ausbildungsmaßnahmen (zum Beispiel Nachholen eines Schulabschlusses, Aufnahme einer Ausbildung, Aufnahme eines Studiums)**

5.5.2.  **Weiterbildungsmaßnahmen (zum Beispiel Umschulung, Erwerb weiterer Qualifikationen)**

5.5.3.  **Sonstige Bildungsmaßnahmen:**

Bezeichnung der Bildungsmaßnahme

Anbieter

Kosten

Umfang

Zusammenhang und Geeignetheit

Nachvollziehbarer Zusammenhang zwischen dem erlittenen Missbrauch, den heute noch vorhandenen Folgebeeinträchtigungen und der beantragten Leistung

Geeignetheit der Leistung, die Folgen des Missbrauchs zu lindern

Bitte legen Sie Ihrem Antrag auf Unterstützung von Bildungsmaßnahmen die folgenden Unterlagen bei:

- Ablehnung der Agentur für Arbeit, des Jobcenters oder der Rentenversicherung
- Kostenvoranschlag, gegebenenfalls Broschüre oder Ähnliches

**5.6. Sonstige Leistungen**

**5.6.1.  Sonstige Leistungen**

Beschreibung der gewünschten Leistung

Kosten

Umfang

Zusammenhang und Geeignetheit

Nachvollziehbarer Zusammenhang zwischen dem erlittenen Missbrauch, den heute noch vorhandenen Folgebeeinträchtigungen und der beantragten Leistung

Geeignetheit der Leistung, die Folgen des Missbrauchs zu lindern

Bitte legen Sie Ihrem Antrag auf sonstige Leistungen die folgenden Unterlagen bei:

- Bei Gebrauchsgütern (zum Beispiel Möbeln): Nachweis über das Vorliegen einer sozialen Notlage
- Gegebenenfalls ein Kostenvoranschlag (eigene Aufstellung, Ausdrücke der Internetseite)

**5.7. Welche der gewünschten Hilfeleistungen ist für Sie am wichtigsten?**

- 5.1.       5.2.       5.3.       5.4.       5.5.       5.6.

**5.8. Angaben zur Nachrangigkeit**

Der FSM ist nachrangig gegenüber dem bestehenden System der sozialrechtlichen Leistungsträger (zum Beispiel gesetzliche und private Krankenversicherung, Rentenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Sozialamt, Agentur für Arbeit, Jobcenter). Daher können Hilfen aus dem FSM nur finanziert werden, wenn ein Nachweis erbracht wird, dass die gewünschte Unterstützung nicht ausreichend von dem sozialrechtlichen System geleistet wird.

Haben Sie schon den Versuch unternommen, die hier von Ihnen beantragten Leistungen von einem anderen Leistungsträger zu erhalten?

- Ja (dann bitte weiter bei Punkt 5.8.1.)       Nein (dann bitte weiter bei Punkt 5.8.2.)

**5.8.1. Wenn Sie schon den Versuch unternommen haben, die hier von Ihnen beantragten Leistungen von einem anderen Leistungsträger zu erhalten: Von welchem anderen Leistungsträger haben Sie versucht, die beantragten Leistungen zu erhalten? Mehrfachnennungen sind möglich.**

- Gesetzliche Krankenversicherung
- Private Krankenversicherung
- Opferentschädigungsgesetz
- Anderer Leistungsträger, nämlich:

Welche Leistung haben Sie bei dem anderen Leistungsträger versucht zu erhalten?

Mit welchem Ergebnis?

Falls Ihnen hierzu Unterlagen vorliegen, fügen Sie diese bitte in Kopie bei. Bitte senden Sie uns nicht alle Ihnen vorliegenden Unterlagen, sondern nur eine aussagekräftige Auswahl in Kopie zu (zum Beispiel Ablehnung der Krankenkasse, Mitteilung über den Eingang Ihres Antrages nach dem Opferentschädigungsrecht, Mitteilung über den Antrag Ihrer sozialrechtlichen Klage).

**5.8.2. Wenn Sie nicht versucht haben, die beantragten Leistungen von einem anderen Leistungsträger zu erhalten, erklären Sie bitte, warum Ihnen das nicht möglich war.**

## 6. Beratungsstelle

Ich wurde bei der Antragstellung von einer Beratungsstelle unterstützt.

Ja  Nein

Name der Beratungsstelle

Name des Beraters/der Beraterin

Vorname des Beraters/der Beraterin

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

## 7. Gewünschter Schriftwechsel über Kontakt-/Vertrauensperson

Ich möchte, dass die Antwort auf meinen Antrag oder Nachfragen nicht unmittelbar an mich, sondern über meinen folgenden Berater/meine folgende Beraterin oder eine andere von mir benannte folgende Kontaktperson/Vertrauensperson erfolgt.

Ja  Nein

Kontaktdaten meines Beraters/ meiner Beraterin beziehungsweise meiner Kontaktperson/ Vertrauensperson, die ich zum Empfang von Schreiben hiermit bis auf schriftlichen Widerruf bevollmächtige

Gegebenenfalls Name der Beratungsstelle

Name

Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Sollte diese Person wechseln, werde ich den Namen und die Adresse der neuen empfangsbevollmächtigten Person meines Vertrauens schriftlich der Geschäftsstelle des Fonds Sexueller Missbrauch mitteilen.

## 8. Wichtiger datenschutzrechtlicher Hinweis und Einwilligungserklärung

Die Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten beruht auf Ihrer Einwilligung, die Ihrer freien Entscheidung vorbehalten bleibt. Dies gilt insbesondere auch für die besonders sensiblen Daten zu dem erlittenen sexuellen Missbrauch. Sie sind nicht verpflichtet, Angaben zu machen.

Die Datenerhebung erfolgt ausschließlich zu dem Zweck, anhand der persönlichen Einzelangaben sachgerecht über die eingehenden Anträge auf Leistungen aus dem Fonds Sexueller Missbrauch im familiären Bereich entscheiden zu können. Jede andere Verwendung und Nutzung der hier erhobenen Daten ist ausgeschlossen. Alle Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes werden eingehalten. Nach dem Bundesdatenschutzgesetz für die Beratung der Clearingstelle ist es grundsätzlich nicht notwendig, die personenbezogenen Daten Ihres Antrages unkenntlich zu machen (Anonymisierung).

Die personenbezogenen Daten von Antragstellern/Antragstellerinnen werden ausschließlich von den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen des FSM und dem Fachgremium der Clearingstelle gesehen. Alle

Anträge werden in der Geschäftsstelle verschlossen aufbewahrt. Die Geschäftsstelle achtet bei jedem Verfahrensschritt darauf, dass außer den damit betrauten Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen niemand unbefugt Zugriff zu den Anträgen und Daten hat.

Personenbezogene Auskünfte werden nur unter Angabe Ihrer mit der Eingangsbestätigung übermittelten Persönlichen Anonymisierungsnummer (PAN) erteilt.

Ich möchte dennoch, dass die personenbezogenen Daten meines Antrags und alle zusätzlich eingereichten Unterlagen zur Beratung in der Clearingstelle – zusätzlich zu den bestehenden datenschutzrechtlichen Vorkehrungsmaßnahmen – unkenntlich gemacht (anonymisiert) werden.

Bitte begründen Sie, wenn möglich, warum Sie möchten, dass Ihr Antrag anonymisiert wird.

Erklären Sie bitte ausdrücklich schriftlich Ihre Einwilligung mit der Erhebung, Verwendung und Bearbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu dem sexuellen Missbrauch. Ohne Einwilligungserklärung kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden.

Sie können Ihre bei dieser Abfrage angegebenen Daten jederzeit löschen lassen. Bitte bedenken Sie, dass von Ihnen nicht mitgeteilte (oder gelöschte) Einzelangaben bei der Entscheidung über die Hilfen nicht berücksichtigt werden können. Dies kann zur Folge haben, dass Leistungen gegebenenfalls nicht oder nicht in dem gewünschten Umfang bewilligt werden können.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine persönlichen Angaben ausschließlich im Rahmen des Antrags auf Leistungen aus dem FSM zur Entscheidung über die Hilfen erhoben, verwendet und bearbeitet werden können. Dies betrifft auch die besonders sensiblen Angaben zu dem sexuellen Missbrauch (sogenannte besondere Arten personenbezogener Daten im Sinne des § 3 Absatz 9 Bundesdatenschutzgesetz). Jede andere Verwendung und Nutzung der hier erhobenen Daten ist ausgeschlossen.

Diese Einwilligung kann ich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bekannt, dass im Falle eines Widerrufs vor Ende des Antragsverfahrens keine Entscheidung über die Hilfen getroffen werden kann. Mir ist ebenfalls bekannt, dass nach einem etwaigen Leistungserhalt die Einwilligung zur Erhebung und Verwendung der persönlichen Angaben nicht widerrufen werden kann.

Bitte beachten Sie, dass Ihr Antrag nur bearbeitet werden kann, wenn Sie ihn unterschrieben einreichen. Insgesamt müssen Sie Ihren Antrag an zwei Stellen unterschreiben. Direkt nachfolgend für die Datenschutzerklärung und für den Antrag selbst unter Ziffer 9 auf Seite 18.

|     |       |                                                                           |
|-----|-------|---------------------------------------------------------------------------|
| Ort | Datum | Unterschrift Betroffener/Betroffene/gegebenenfalls gesetzliche Vertretung |
|-----|-------|---------------------------------------------------------------------------|

**9. Unterschrift für Ihren Antrag auf Hilfeleistungen aus dem Fonds Sexueller Missbrauch im familiären Bereich**

Bitte beachten Sie, dass Ihr Antrag nur bearbeitet werden kann, wenn Sie ihn unterschrieben einreichen. Insgesamt müssen Sie Ihren Antrag an zwei Stellen unterschreiben. Direkt nachfolgend für den Antrag selbst und für die Datenschutzerklärung unter Ziffer 8 auf Seite 18.

|     |       |                                                                           |
|-----|-------|---------------------------------------------------------------------------|
| Ort | Datum | Unterschrift Betroffener/Betroffene/gegebenenfalls gesetzliche Vertretung |
|-----|-------|---------------------------------------------------------------------------|

## Checkliste zur Antragstellung

Diese Liste soll Ihnen helfen zu überprüfen, ob Sie alle notwendigen Angaben zu Ihrem Antrag gemacht haben.

Anhand Ihrer Angaben muss erkennbar sein, dass ein sexueller Missbrauch vorlag, aufgrund dessen Sie noch heute unter Folgebeeinträchtigungen leiden. Der Bedarf der gewünschten Hilfen muss in einem spezifischen und nachvollziehbaren Zusammenhang zum erlittenen Missbrauch stehen und die Hilfen müssen geeignet sein, diese Folgebeeinträchtigungen zumindest zu lindern. Außerdem muss nachgewiesen werden, dass die beantragten Hilfen nicht von anderen Leistungsträgern übernommen werden. (zum Beispiel Krankenversicherung, Rentenversicherung, Agentur für Arbeit, Sozialamt). Die gewünschte Hilfeleistung darf zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht abgeschlossen sein.

- Vollständige persönliche Daten angegeben**
- Antrag zweimal unterschrieben**
- Angaben zum sexuellen Missbrauch angekreuzt, Freitext oder Unterlagen beigelegt**
- Angaben zu andauernden Folgebeeinträchtigungen angekreuzt, Freitext oder Unterlagen beigelegt**
- Im Falle eines Antrages auf Bewilligung von therapeutischen Hilfen:**
  - Namen des Therapeuten/der Therapeutin angegeben
  - Behandlungs- und Kostenplan des Therapeuten/der Therapeutin beigelegt (Behandlungsmethode, Behandlungsziele, bisherige Stunden, noch benötigte Stunden, Kosten pro Stunde)
  - Nachweise der Qualifikationen des Therapeuten/der Therapeutin beigelegt, falls keine Approbation vorliegt
  - Ablehnungsbescheid der Krankenkasse oder behelfsweise Stellungnahme des Therapeuten/der Therapeutin beigelegt
- Im Falle eines Antrages auf Bewilligung anderer Hilfen:**
  - Begründung angegeben, in welchem Zusammenhang der Bedarf mit dem erlittenen Missbrauch steht
  - Begründung angegeben, warum die Leistung geeignet ist, die Missbrauchsfolgen zu lindern
  - Konkrete Kosten angegeben
  - Gegebenenfalls Ablehnungsbescheid zuständiger Leistungsträger beigelegt

Bitte beschränken Sie sich beim Einreichen von Unterlagen auf diejenigen, die Ihren Antrag sinnvoll ergänzen. In der Regel ist dafür ein aktueller Bericht Ihres Psychotherapeuten/Ihrer Psychotherapeutin ausreichend sowie Unterlagen, aus denen sich nachvollziehbar der Zusammenhang zum sexuellen Missbrauch und die Geeignetheit der beantragten Leistungen zur Linderung der Missbrauchsfolgen ergeben. Falls weitere Unterlagen zur Bearbeitung notwendig sein sollten, werden wir Sie schriftlich um Zusendung der fehlenden Unterlagen bitten.

Reichen Sie bei der Antragstellung bitte noch keine Original-Rechnungen ein. Wir benötigen das Original erst, wenn die von Ihnen gewünschte Hilfeleistung bewilligt wurde.