



ulm university

universität
uulm

Tätigkeitsbericht

Aufarbeitung und Dokumentation des sexuellen Missbrauchs von
katholischen Priestern und anderen im Dienst der Katholischen
Kirche stehenden Personen an Minderjährigen in Mecklenburg
von 1946 bis 1989

vorgelegt am 05.07.2021

Laura Rinser, M.A., Dr. Judith Streb, Prof. Dr. Manuela Dudeck
Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie
am Bezirkskrankenhaus Günzburg
Universität Ulm
Lindenallee 2
89312 Günzburg

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Projektstruktur	3
2.1 Ausschreibung, Auswahlverfahren, Projektvertrag	3
2.2 Projektziel	5
2.3 Zeitplan	5
3. Aktueller Stand von Teilprojekt A	5
3.1 Methode	7
3.1.1 Vorgehen	7
3.1.2 Stichprobe	8
3.1.3 Material	9
3.2 Ergebnisse	12
3.2.1 Qualitative Auswertung der Interviews	12
3.2.2 Quantitative Auswertung der standardisierten Fragebogen	13
3.3 Diskussion	16
4. Aktueller Stand von Teilprojekt B	17
4.1 Methode	18
4.1.1 Vorgehen	18
4.1.2 Stichprobe	18
4.1.3 Material	18
4.1.4 Aktenanalyse	19
4.1.5 Systematische Literaturrecherche	19
4.2 Ergebnisse	19
5. Limitationen	21
6. Nächste Schritte	22
7. Literaturverzeichnis	24

1. Einleitung

Wissenschaftliche Untersuchungen berichten weltweit in sozialen Institutionen über eine hohe Prävalenz aller Formen missbräuchlichen Verhaltens (vgl. Spröder-Kolb et al. 2017; vgl. Witt et al. 2018). Dafür gibt es je nach Fachgebiet verschiedene Erklärungsansätze. Viele Institutionen weisen Eigenschaften auf, die Missbrauch begünstigen können, wie z.B. ein geschlossenes soziales System oder unreflektierte Machtverhältnisse (vgl. Bundschuh 2010). Sexualisierte Gewalt gegen Kinder durch Vertreter der Katholischen Kirche tritt dabei als nur ein Teilbereich der Gesamtproblematik „Missbrauch in Institutionen“ hervor, der in den letzten Jahren die größte Aufmerksamkeit der Medien erfahren hat. Seit Beginn der öffentlichen Diskussion wurden seitens der Katholischen Kirche und ihrer Institutionen vielfältige Schritte der Dokumentation und Aufarbeitung eingeleitet. Im März 2010 richtete die Deutsche Bischofskonferenz eine bundesweite Hotline für Opfer sexuellen Missbrauchs ein, im Januar 2012 wurden Leitlinien für den Umgang mit sexuellem Missbrauch Minderjähriger und die Rahmenordnung zur Prävention sexualisierter Gewalt an Minderjährigen veröffentlicht (vgl. Deutsche Bischofskonferenz (DBK) 2013 a; vgl. ebd. 2013 b), in deren Folge in allen Bistümern Präventionsbeauftragte benannt wurden. Darüber hinaus liegen mittlerweile zahlreiche interne und externe Ermittlungen sowie wissenschaftliche Studien zu sexuellen Übergriffen innerhalb der Katholischen Kirche aus Deutschland vor. Leygraf et al. beschreiben beispielsweise in ihrer 2012 veröffentlichten Studie anhand einer forensisch-psychiatrischen Gutachtenanalyse aufgrund eingegangener Missbrauchsvorwürfe zwischen 2000 und 2010 entscheidende klinisch-forensische Faktoren von missbrauchenden Geistlichen. 2014 wurden die Auswertungsergebnisse der Hotline der Deutschen Bischofskonferenz erläutert, in denen neben der Darstellung der Schicksale aufgezeigt wird, welche institutionellen Risiken Missbrauch begünstigen und welche Veränderungen aus Betroffenenensicht zur Prävention geleistet werden müssen (vgl. Zimmer et al. 2014). Die MHG-Studie lieferte 2018 erstmals umfassende Hellfeldzahlen über sexuellen Missbrauch an Minderjährigen aus allen 27 Deutschen (Erz-)Bistümern und benannte Formen sexuellen Missbrauchs durch Geistliche im Zeitraum 1946 bis 2014 (vgl. Dreßing et al. 2018). An diesen Stand der Forschung knüpft das in Auftrag gegebene Forschungsprojekt an und soll einen weiteren Beitrag zur Aufarbeitung und Aufklärung liefern. Der vorliegende Tätigkeitsbericht gibt einen ersten Sachstand über die bisher geleistete Arbeit wider.

2. Projektstruktur

2.1 Ausschreibung, Auswahlverfahren, Projektvertrag

Im April 2019 erfolgte die Projektausschreibung durch das Erzbistum Hamburg, indem vier ProfessorInnen gezielt wegen einer diesbezüglichen Bewerbung angeschrieben wurden. In einem kompetitiven Verfahren erhielt der Lehrstuhl für Forensische Psychiatrie und

Psychotherapie der Universität Ulm den Projektauftrag. Nach einem positiven Votum der Ethikkommission der Universität Ulm (Antrag-Nr. 281/19) wurde im Februar 2020 der Vertrag zwischen beiden Institutionen geschlossen. Das Projekt wird von einem im Jahr 2018 durch den Erzbischof Stefan Heße zusammengestellten Beirat, dem sogenannten unabhängigen Erzbischöflichen Beirat, bestehend aus 12 MitgliederInnen begleitet. Eine Unabhängigkeit ist aber aufgrund des überproportionalen Verhältnisses von kirchennahen Personen (9:3) nicht gegeben. Nachfolgend sind alle MitgliederInnen namentlich und mit Funktion aufgeführt:

- Martin Colberg: Diözesanarchivar des Erzbistums Hamburg und Vorsitzender des Erzbischöflichen Beirats (Nachfolger der ursprünglichen Beiratsleitung und ehemaligen Präventionsbeauftragten Mary Hallay-Witte)
- Dekan Dr. Georg Bergner: Propst von Schwerin als Vermittler zwischen Erzbistum und Pfarreien in Mecklenburg
- Claudia Schophuis: Leiterin des Erzbischöflichen Amtes Schwerin und des katholischen Büros Mecklenburg-Vorpommern als Schnittstelle zwischen Staat und Kirche
- Ludger Wiemker: Justiziar des Bistums Osnabrück (oberster Rechtsverantwortlicher)
- Generaloberin Schwester M. Andrea Walterbach vom Orden der Netter Schwestern, Kloster Nette bei Osnabrück (Ordensoberin des ehemaligen Kinderheims Neubrandenburg)
- Gabriele-Maria Kohl: Vertreterin der Pfarrgemeinde Neubrandenburg, Vorsitzende des Pfarrpastoralrates der Pfarrei St. Lukas Neubrandenburg
- Dr. Regina Jahns: Gemeindemitglied von Neubrandenburg (Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Ehe-, Familien- und Lebensberaterin)
- Monika Stein: Leiterin des Referats Prävention und Intervention des Erzbistums Hamburg
- Susanne Zemke: Dipl.-Psychologin und ehemalige Missbrauchsbeauftragte des Erzbistums Hamburg (im Februar 2021 aus dem Beirat zeitlich bedingt ausgeschieden)
- Frank Brandt: Rechtsanwalt und unabhängiger Missbrauchsbeauftragter für das Erzbistum Hamburg
- Anne Drescher: Landesbeauftragte für Mecklenburg-Vorpommern für die Aufarbeitung der SED-Diktatur

- Prof. Dr. Carsten Spitzer: Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Zentrum für Nervenheilkunde der Universitätsmedizin Rostock (Nachfolger für den verstorbenen Prof. Dr. Harald J. Freyberger)

2.2 Projektziel

Im Rahmen der Ausschreibung erfolgte eine Eingrenzung der Aufarbeitung auf die Region Mecklenburg und den Zeitraum von 1946 bis 1989, da die Recherchen des Erzbistums Hamburg für die MHG-Studie (vgl. Dreßing et al. 2018) ergaben, dass der Anteil an Missbrauchsfällen in Mecklenburg in etwa so hoch war, wie in Schleswig-Holstein und Hamburg zusammen.

Das übergeordnete Ziel der Studie ist, die individuellen Erfahrungen der Betroffenen zu dokumentieren (Teilprojekt A). Darüber hinaus sollen die damaligen kirchlich-institutionellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen erfasst und Einflussmöglichkeiten auf Maßnahmen zur Aufdeckung der Tat, zur Bestrafung der Täter und zur Prävention untersucht werden (Teilprojekt B).

2.3 Zeitplan

Für das auf zwei Jahre konzipierte Forschungsprojekt war ursprünglich der Zeitraum Februar 2020 bis Januar 2022 vorgesehen. Aufgrund des Pandemie-bedingten eingeschränkten Notbetriebs der Universitätsklinik Ulm und der damit zusammenhängenden verzögerten Bewerberauswahl, trat die wissenschaftliche Mitarbeiterin, Laura Rinser M. A., ihre Stelle erst zum 01.09.2020 an. Daher wurde die Projektlaufzeit neu festgelegt (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Übersicht über den Zeitplan bei Vertragsabschluss und die Pandemie-bedingten Änderungen

	Stand: Vertragsabschluss	Stand: heute
Projektbeginn	01.02.2020	01.09.2020
Projektende	31.01.2022	31.08.2022
Abgabe Tätigkeitsbericht	01.12.2020	01.07.2021

3. Aktueller Stand von Teilprojekt A

Ziel von Teilprojekt A ist es, die individuellen Erfahrungen der Betroffenen zu dokumentieren. Die Mehrzahl der von Missbrauch Betroffenen schweigt, oft seit mehreren Jahrzehnten. Die Gründe sind so individuell wie die Missbrauchserlebnisse selbst. Hier greifen Abwehrmechanismen, die Menschen helfen, das Erlebte zu überleben und mit dem Missbrauch in der Biographie zu leben. Abwehrmechanismen sind Bewältigungsstrategien, d.h. diese bezeichnen psychische Vorgänge, die dazu dienen, innerseelische oder

zwischenmenschliche Konflikte auf eine Weise zu regulieren, die der seelischen Verfassung einer Person Entlastung verschafft und die unbewusst geschehen. So verdrängen viele Betroffene das Erlebte oder dissoziieren es, d.h. sie löschen es aus ihrem aktuellen Gedächtnis. Wieder andere Betroffene schämen sich über ihre sexuellen Missbrauchserfahrungen zu sprechen, sie sorgen sich, stigmatisiert oder ausgegrenzt zu werden. Einige sprechen sich selbst die Schuld am Missbrauch zu oder wollen ihre nahen Angehörigen diese Missbrauchserlebnisse nicht erzählen, weil diese zu schrecklich sind (vgl. Kavemann et al. 2016).

Die Erfahrung wahrgenommen zu werden, kann die Betroffenen dabei unterstützen, das Trauma zu verarbeiten und die psychische Belastung zu reduzieren. Anstelle des Gefühls, den belastenden Symptomen hilflos ausgeliefert zu sein, treten dann Erfahrungen von Bewältigung und Kontrolle (vgl. Sack und Gromes 2013). Im Gespräch sollen Informationen über die Tathandlung, das Vorgehen bei der Tatanbahnung, das Verhalten der Beschuldigten nach dem Tatgeschehen, sowie unmittelbare, mittel- und langfristige Auswirkungen der Tat erfasst werden. Die Folgen einer Traumatisierung können sich auf unterschiedlichen Ebenen manifestieren, man unterscheidet körperliche (z.B. Schlafstörungen), psychische (z.B. erhöhte Ängstlichkeit), verhaltensrelevante (z.B. sozialer Rückzug), soziale (z.B. Beziehungsstörungen) und spirituelle (z.B. Abwendung vom Glauben). Wenn eine Traumatisierung ein Trauma hinterlässt, dann hängt dessen Verarbeitung neben Persönlichkeitsmerkmalen (z.B. der psychischen Widerstandfähigkeit) auch von Umweltfaktoren wie Bezugspersonen und sozialen Netzwerken ab, daher soll in der Befragung ein besonderes Augenmerk auf den Reaktionen Dritter (Familie, Freunde, Bekannte, Kinderheim, Kirche und Gesellschaft) nach dem Tatgeschehen liegen.

Ein nicht verarbeitetes Trauma kann eine posttraumatische Belastungsstörung verursachen. Darunter versteht man eine „[...] schwere und oft chronische Störung bei einem Teil der Menschen, die extrem belastenden bzw. traumatisierenden Ereignissen ausgesetzt waren.“ (Maercker et al. 2008, S. 577). Das ICD-10, ein Klassifikationssystem für psychische Störungen, definiert traumatische Erlebnisse als ein „kurz- oder lang anhaltendes Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophenartigem Ausmaß [...], das nahezu bei jedem tief greifende Verzweiflung auslösen würde“ (Dilling und Freyberger 2012, S. 174).

Sogenannte Symptome des Wiedererlebens wie Erinnerungen an das Trauma, Tagträume, Flashbacks oder nächtliche Angstträume sind kennzeichnend für die posttraumatische Belastungsstörung. Diesen Anzeichen konträr sind Vermeidungssymptome, die (parallel) auftreten können: emotionale Stumpfheit, Gleichgültigkeit und Teilnahmslosigkeit gegenüber der Umgebung und anderen Menschen, aktive Vermeidung von an das Trauma erinnernde

Aktivitäten und Situationen. Dissoziative Störungen, Angst- und Panikstörungen, Depression, Schmerzsyndrome, Zwangsstörungen sowie Essstörungen sind weitere häufig vorkommende Traumafolgestörungen (vgl. Maercker und Karl 2011). Neben diesen Merkmalen werden die gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit und die Resilienzfähigkeit der Betroffenen betrachtet, deren Auftreten sowie Ausprägung ebenfalls Rückschlüsse auf eine Traumafolgestörung geben können.

Nicht zuletzt sollen die Betroffenen darüber befragt werden, welche Erwartungen sie an die Katholische Kirche/den Staat haben, was kann für sie persönlich getan werden und was kann getan werden, um zukünftigem Missbrauch vorzubeugen. Um an empirisch relevante Daten zu gelangen, wurden und werden Interviews mit Betroffenen geführt und standardisierte Fragebogen verteilt.

3.1 Methode

3.1.1 Vorgehen

Eine Einladung zur Studienteilnahme wurde a) vom Erzbistum Hamburg über das Referat „Prävention und Intervention“ an die Betroffenen ($n=16$) verschickt, die sich zuvor an das Erzbistum gewandt hatten und sich mit einer erneuten Kontaktaufnahme einverstanden zeigten und b) auf Webseiten und Aushängen veröffentlicht (u. a. der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität Ulm und den acht Pfarrgemeinden der Region Mecklenburg). Weiter kontaktierte das Forschungsteam folgende kirchlichen und nicht kirchlichen Stellen, mit der Bitte, Betroffene über die Studie zu informieren:

- die 27 Präventionsbeauftragten der deutschen (Erz-)Bistümer als auch die der Katholischen Militärseelsorge, des Verbands der Diözesen Deutschlands und der Deutschen Ordensobernkonzferenz,
- die Betroffenenbeiräte der Bischofskonferenz und der Unabhängigen Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs als auch die Kommission selbst,
- Frau Mary Hallay-Witte, Leiterin des Instituts für Prävention und Aufarbeitung von sexualisierter Gewalt (IPA) und ehemalige Leiterin des jetzigen Referats Intervention und Prävention des Erzbistums Hamburg
- MedienvertreterIn des NDR.

Ein/e Betroffene/r schlug dem Projektteam vor, alternativ zur persönlichen Befragung eine anonyme Online-Befragung anzubieten. Diese Idee wurde aufgegriffen, indem im Frühjahr 2021 mit Hilfe des Umfragetools der SoSci Survey GmbH (<https://www.soscisurvey.de>) die standardisierten Fragebögen in eine Onlineversion überführt wurden. Seit dem 01.03.2021 bis

zum 31.07.2021 kann unter folgendem Link an dieser Befragung teilgenommen werden: <https://www.soscisurvey.de/missbrauch-kirche-mecklenburg/> (Kennwort: Aufarbeitung). Der Link zur Online-Studie wurde u. a. auf der Webseite der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Ulm und in den acht Pfarrgemeinden der Region Mecklenburg bekannt gemacht.

In der Einladung zur Studienteilnahme waren die Ziele, das geplante Vorgehen, die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Datenschutzbestimmungen beschrieben. Interessierte konnten sich über die angegebenen Kontaktdaten direkt an die Projektmitarbeiterinnen der Universität Ulm wenden. Nach schriftlicher Einwilligung in die Teilnahme und Kenntnisnahme der Datenschutzbestimmungen wurden Gesprächstermine mit den Betroffenen vereinbart. Die Gespräche wurden von Frau Prof. Dr. Manuela Dudeck und der wissenschaftlichen Mitarbeiterin, Frau Laura Rinser M.A., geführt. Ein Gespräch fand auf Wunsch des/r Betroffenen nur mit Frau Prof. Dudeck und ebenfalls auf Bitte der Person in Anwesenheit von Herrn Colberg, dem Diözesanarchivar des Erzbistums Hamburg, statt, obwohl auf dessen Befangenheit als Mitarbeiter der Katholischen Kirche hingewiesen wurde. Die Interviews erfolgten in privaten, beruflichen oder kirchlichen Räumlichkeiten¹. Alle Gespräche wurden digital aufgezeichnet. Die standardisierten Fragebögen wurden den TeilnehmerInnen entweder im Vorfeld oder im Anschluss des Interviews zusammen mit einem frankierten Rückumschlag ausgehändigt. Zusätzlich wurden Interviews mit KirchenvertreterInnen und FachexpertInnen geführt. Für alle Beteiligten galt bzw. gilt, dass sie jederzeit von ihrem Einverständnis zurücktreten und das Löschen ihrer Daten verlangen konnten und können.

3.1.2 Stichprobe

Nach Angaben des Erzbistums Hamburg wurden im Rahmen der MHG-Studie (vgl. Dreßing et al. 2018) 54 Betroffene in Mecklenburg gezählt. Davon konnten 16 vom Erzbistum über die Studie informiert werden (s. 3.1.1). Eine Person ist mittlerweile verstorben. Neun erklärten sich zu einer Teilnahme bereit. Vier weitere Betroffene haben sich unabhängig bei der Studienleiterin, Frau Prof. Dudeck, gemeldet und ihre Bereitschaft signalisiert, an der Befragung teilzunehmen. Bislang wurden neun der insgesamt 13 Betroffenen interviewt und elf haben die standardisierten Fragebögen zurückgeschickt.

Die Online-Version des Fragebogens wurde bis dato von insgesamt 47 Personen aufgerufen. Von diesen haben 28 die Befragung noch vor Beantwortung der ersten Frage wieder abgebrochen. Weitere 15 füllten die Fragebögen unvollständig aus. Es verblieben vier

¹ Aufgrund der Pandemie ist die Auswahl an öffentlichen Räumlichkeiten leider nicht gegeben, weshalb auf Räumlichkeiten der Kirche in Absprache mit den betroffenen Personen zurückgegriffen werden musste.

Datensätze, von denen weitere zwei ausgeschlossen werden mussten, da der Missbrauch nicht in Mecklenburg oder nicht im betrachteten Zeitraum (1946-1989) erfolgte. Somit konnten bislang nur zwei weitere TeilnehmerInnen über die Online-Befragung gewonnen werden. Eine Möglichkeit zur Teilnahme besteht noch bis zum 31.07.2021.

3.1.3 Material

Für die Befragung der Betroffenen wurde ein strukturierter Interviewleitfaden zusammengestellt, der folgende Themenbereiche erfasst:

- soziodemographische Informationen
- Tathandlung
- Tatumstände
- unmittelbare, mittel- und langfristige Tatfolgen
- kirchen- und strafrechtliche Sanktionen
- Reaktionen Dritter auf das Tatgeschehen
- rückblickende Bewertung hindernder und fördernder Reaktionen/Maßnahmen zur Aufdeckung der Tat und Ahndung des Täters seitens Staat/Katholischer Kirche
- Einfluss der Missbrauchserfahrung auf den weiteren Lebensverlauf
- erlebte Unterstützung, Wiedergutmachung und Wertschätzung durch andere
- Erwartungen an die Katholische Kirche/den Staat hinsichtlich unterstützender Angebote und Präventionsmaßnahmen

Darüber hinaus wurden folgende vier standardisierte Verfahren verwendet:

Skala zur Erfassung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD-7, dt. vgl. Siegrist und Maerker 2010)

Die PTSD-7 ist ein kurzes Screening-Instrument, welches der Erfassung der Wahrscheinlichkeit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) dient. Die PTSD-7 erfragt, wie häufig sieben Symptome der PTSD während des vergangenen Monats auftraten (Bsp.: „Haben Sie sich bemüht, Aktivitäten, Menschen oder Orte zu meiden, die Sie an das Erlebnis erinnern?“). Die Fragen werden anhand einer vierstufigen Antwortskala beantwortet, welche die Häufigkeit der Symptome erfasst („überhaupt nicht“, „einmal pro Woche oder seltener/manchmal“, „2-4-mal pro Woche/die Hälfte der Zeit“, „5-mal pro Woche/fast immer“). Ein Symptom gilt als vorhanden, wenn es mindestens mit der Ausprägung „2-4-mal pro Woche/die Hälfte der Zeit“ eingeschätzt wird. Wenn vier oder mehr Symptome mindestens 2-4-mal pro Woche auftreten, deutet dies auf eine PTSD-Diagnose hin (Sensitivität=80%, Spezifität=97%). Die in der untersuchten Stichprobe gefundene Auftretenshäufigkeit einer

PTSD-Erkrankung kann mit aus der Literatur bekannten Prävalenzraten verglichen werden (vgl. Flatten et al. 2011). Die interne Konsistenz der deutschen Fassung des PTSD-7 ergab ein Cronbach's α von $r=0,90$ in der erwachsenen Bevölkerung (vgl. Maercker et al. 2008). Eine hohe Korrelation von $r=0,90$ zwischen der PTSD-7 und dem mittels des strukturierten klinischen Interviews (vgl. Wittchen et al. 1997) erhobenen PTSD-Schweregrad weist auf eine hohe konvergente Validität hin (vgl. Menning et al. 2008).

Gesundheitsfragebogen für Patient[Inn]en (PHQ-D, dt. vgl. Löwe et al. 2002)

Der PHQ-D ist ein Selbstauskunftsfragebogen und ermöglicht eine zeitökonomische Diagnostik der häufigsten psychischen Störungen [Somatoformen Störungen (13 Fragen), depressiven Störungen (9 Fragen), Angststörungen (13-22 Fragen), Essstörungen (6-7 Fragen) und Alkoholmissbrauch (1-6 Fragen)]. Die diagnostischen Kriterien des Instruments entsprechen der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) (vgl. Dilling et al. 2015) sowie der vierten Auflage des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen (DSM-IV) (vgl. Saß et al. 2003). Die in der untersuchten Stichprobe beobachteten Auftretenshäufigkeiten einzelner psychischer Störungen können mit aus der Literatur bekannten Prävalenzraten verglichen werden (z. B. in Möller et al. 2015). Die Testwiederholungsreliabilität des Depressionsmoduls liegt zwischen $r=0,81$ und $r=0,96$. Die Kriteriumsvalidität wurde in Bezug auf das strukturierte klinische Interview (SKID-I, (vgl. Wittchen et al. 1997) untersucht und liefert sehr gute Kennwerte (Sensitivität=85% und Spezifität=70% (vgl. Gräfe et al. 2004).

Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36, dt. vgl. Morfeld et al. 2011)

Der Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erfasst die Lebensqualität anhand folgender acht Subskalen und zwei Summenskalen: Die *Körperliche Funktionsfähigkeit* misst das Ausmaß, in dem der Gesundheitszustand körperliche Aktivitäten wie Selbstversorgung, Gehen, Treppen steigen, Bücken, Heben und mittelschwere oder anstrengende Tätigkeiten beeinträchtigt (Minimum 0, Maximum 100, ein hoher Wert zeigt eine gute körperliche Funktionsfähigkeit an). Mit der Skala *Körperliche Rollenfunktion* wird das Ausmaß erfasst, in dem der körperliche Gesundheitszustand tägliche Aktivitäten beeinträchtigt, z.B. weniger schaffen als gewöhnlich, Einschränkungen in der Art der Aktivitäten oder Schwierigkeiten bestimmte Aktivitäten auszuführen (Minimum 0, Maximum 100, ein hoher Wert zeigt eine gute körperliche Rollenfunktion an). *Körperliche Schmerzen* beschreibt das Ausmaß an Schmerzen und den Einfluss der Schmerzen auf die normale Arbeit, sowohl im als auch außerhalb des Hauses (Minimum 0, Maximum 100, ein hoher Wert zeigt ein geringes Ausmaß an körperlichen Schmerzen an). Die *Allgemeine*

Gesundheitswahrnehmung erfasst die persönliche Beurteilung der Gesundheit, einschließlich des aktuellen Gesundheitszustandes, zukünftiger Erwartungen und der Widerstandsfähigkeit gegenüber Erkrankungen (Minimum 0, Maximum 100, ein hoher Wert zeigt eine *besonders* gute allgemeine Gesundheitswahrnehmung an; die Skala ist bipolar konstruiert). Die Skala *Vitalität* erfasst, ob sich die Betroffenen energiegeladener und voller Schwung oder müde und erschöpft fühlen (Minimum 0, Maximum 100, ein hoher Wert zeigt ein *besonders* hohes Ausmaß an Vitalität an; die Skala ist bipolar konstruiert). Mit *Sozialer Funktionsfähigkeit* wird das Ausmaß gemessen, in dem die körperliche Gesundheit oder emotionale Probleme normale soziale Aktivitäten beeinträchtigen (Minimum 0, Maximum 100, ein hoher Wert zeigt eine bessere soziale Funktionsfähigkeit an). Die Skala *Emotionale Rollenfunktion* erfasst das Ausmaß, in dem emotionale Probleme tägliche Aktivitäten beeinträchtigen; u.a. weniger Zeit aufbringen, weniger schaffen und nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten (Minimum 0, Maximum 100, ein hoher Wert zeigt eine bessere emotionale Rollenfunktion an). Die Skala *Psychisches Wohlbefinden* beschreibt die allgemeine psychische Gesundheit, einschließlich Depression, Angst, emotionale und verhaltensbezogene Kontrolle, allgemeine positive Gemütsstimmung (Minimum 0, Maximum 100, ein hoher Wert zeigt ein *besonders* gutes psychisches Wohlbefinden an; die Skala ist bipolar konstruiert). Die *Körperliche Summenskala* umfasst die Subskalen Körperliche Funktionsfähigkeit, Körperliche Rollenfunktion, Schmerz und Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (*T*-Werte mit Mittelwert 50 und Standardabweichung 10, ein hoher Wert zeigt einen guten körperlichen Gesundheitszustand an). Die *Psychische Summenskala* umfasst die Subskalen Vitalität, Soziale Funktionsfähigkeit, Emotionale Rollenfunktion und Psychisches Wohlbefinden (*T*-Werte mit Mittelwert 50 und Standardabweichung 10, ein hoher Wert zeigt einen guten psychischen Gesundheitszustand an).

Der SF-36 erfasst die gesundheitsbezogene Lebensqualität in Selbstauskunft in Bezug auf die vergangenen vier Wochen. Für die deutsche Version liegen Normwerte einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe ($N=2914$) vor, die eine Differenzierung nach Alter und Geschlecht erlauben. Darüber hinaus stehen Vergleichswerte für PatientInnen mit psychischer Erkrankung (Angststörung, Depression, Psychose) und für PatientInnen mit Sucht- oder Abhängigkeitserkrankung (Medikamente, Drogen, Alkohol) zur Verfügung. Die interne Konsistenz der einzelnen Subskalen des SF-36 sind befriedigend bis sehr gut (Cronbach's α von $r=0,60$ bis $r=0,94$). Die faktorielle, diskriminante und konvergente Validität der deutschen Version des SF-36 wurde überprüft und ist gegeben (vgl. Bullinger und Kirchberger 1998).

Resilienzskala (RS-13, dt. vgl. Leppert et al. 2008)

Resilienz, auch psychische Widerstandsfähigkeit, wird als eine personale Ressource betrachtet, die mit einer gesunden Entwicklung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen assoziiert ist. Sie hat einen moderierenden Effekt auf negative Gefühle sowie Stress und ermöglicht eine flexible Anpassung an schwierige Lebensbedingungen. Die Resilienzskala RS-13 ermöglicht eine Einschätzung der psychischen Widerstandsfähigkeit anhand von 13 Aussagen (Bsp.: „Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen“), die auf einer 7-stufigen Skala bewertet werden. Die Reliabilität der Resilienzskala ist mit gut zu bewerten (Interne Konsistenz: $r=0,90$, Retest-Reliabilität: $r=0,62$). Zum Vergleich des individuellen Ergebnisses mit der Allgemeinbevölkerung liegen Prozentrangnormen vor ($N=2.004$; 14 bis 95 Jahre).

3.2 Ergebnisse

3.2.1 Qualitative Auswertung der Interviews

Aktuell werden die Interviews transkribiert und in die Software MAXQDA (MAXQDA, Software für qualitative Datenanalyse, 1989-2019, VERBI Software. Consult. Sozialforschung GmbH, Berlin, Deutschland) überführt. Eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ist noch nicht erfolgt. Im Rahmen dieses Tätigkeitsberichts können daher nur erste Eindrücke aus den Gesprächen wiedergegeben werden. Insgesamt sind den bislang neun interviewten Betroffenen drei Täter, die im untersuchten Zeitraum als Geistliche tätig waren und mittlerweile verstorben sind, zuzuordnen. Für sieben Missbrauchsfälle ist eine Person allein verantwortlich. Die Betroffenen schildern in großen Teilen die gleichen Tathergänge. Gleichzeitig muss angemerkt werden, dass bei den meisten Betroffenen kein Narrativ mehr zu erfahren ist, sondern eine Narration, da die Erlebnisse schon öfter (zum Beispiel beim Antrag zur Anerkennung des Leids) berichtet wurden.

Die Gespräche verschafften den betroffenen Personen häufig Erleichterung sich jemandem anzuvertrauen, der ihre Glaubwürdigkeit nicht in Frage stellte. Bei den Schilderungen konnte eine hohe Motivation im Interesse der Aufklärung und eine Hoffnung, damit Veränderungen in der Katholischen Kirche zu bewirken, festgestellt werden. Alle GesprächspartnerInnen sind gut in ihre Familien eingebunden und schöpfen daraus viel Kraft. Eine Retraumatisierung der Betroffenen durch die Interviews konnte nicht festgestellt werden.

Aufgrund der Diasporasituation in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) hatten die Kirchen bzw. die Gemeinden eine haltgebende Funktion. Dies wird vor allem in der Gemeinde Neubrandenburg deutlich. Das Finden von Zuflucht im Zuge des Zweiten Weltkrieges und des sich Annehmens von Familien, vor allem aber der Kinder durch den Pastor auf der einen Seite

und die Missbrauchserfahrungen durch denselben auf der anderen Seite führen bei manchen zu einem ambivalenten Verhältnis gegenüber dem Täter, in dem zum einen eine Identifikation mit dem Aggressor („er war nicht nur schlecht, er hat auch viel Gutes getan“), andererseits aber auch eine tiefe Abneigung verspürt wird. Der Täter wird sowohl als fürsorgend beschrieben, als auch als Mensch mit einer sadomasochistischen Art und zumeist Jungen eher zugeneigt, der in den Nachkriegsjahren und in der Not der Familien einen Nährboden fand. Auch nach über 50 Jahren ist die Gemeinde Berichten zufolge hinsichtlich der Bewertung des Pastors tief gespalten. Laut den Aussagen der Betroffenen seien mindestens zwei der drei Täter von der Kirche geschützt worden, da die Taten dem damaligen Bischof von Schwerin teilweise bekannt gewesen seien, aber keine Intervention erfolgte. Aus Sicht der Betroffenen haben die Reputation der Kirche und der Täterschutz im Vordergrund gestanden.

3.2.2 Quantitative Auswertung der standardisierten Fragebogen

An der Fragebogenstudie nahmen elf Betroffene teil. In Tabelle 2 findet sich eine Beschreibung der Stichprobe.

Tabelle 2: Soziodemographische Merkmale der befragten Stichprobe (N=11)

	Anzahl (%) bzw. <i>M</i> (SD; Minimum-Maximum)
Geschlecht	
<i>männlich</i>	9 (82%)
<i>weiblich</i>	2 (18%)
Alter (Jahre)	72,91 (8,71; 61-86)
Familienstand	
<i>verheiratet</i>	9 (82%)
<i>getrennt/geschieden</i>	1 (9%)
<i>verwitwet</i>	1 (9%)
Eigene Kinder	
<i>ja</i>	11 (100%)
<i>nein</i>	0
Schulabschluss	
<i>kein Abschluss</i>	1 (9%)
<i>Haupt-/Volksschulabschluss</i>	2 (18%)
<i>Realschulabschluss</i>	5 (46%)
<i>Fach-/Abitur</i>	3 (27%)
Alter bei Beginn des Missbrauchs (Jahre) ¹	10,80 (3,26; 6-15)
Dauer des Missbrauchs (Jahre) ²	4,80 (3,83; 1-10)

Hinweis: ¹Fehlende Werte=1; ²Fehlende Werte=4, *M*=Mittelwert, *SD*=Standardabweichung

Skala zur Erfassung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD-7, dt. vgl. Siegrist und Maerker 2010)

In der deutschen Short Screening Scale zur Erfassung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nach DSM-IV erzielten 4 von 10 TeilnehmerInnen (40%, eine Angabe fehlte) einen Summenscore oberhalb des von den Autoren beschriebenen Cut-off-Wertes (vier Symptome mindestens zwei- bis viermal in der Woche), was als Hinweis auf eine PTBS-Diagnose gedeutet werden kann. Damit ist die Prävalenz in der befragten Stichprobe deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung. Hapke et al. (2006) fanden in einer repräsentativen Stichprobe ($N=4.075$) für Deutschland eine Lebenszeitprävalenzrate für 18-64-Jährige von 1,4%. Diese Häufigkeit liegt signifikant unterhalb der Prävalenz in der Stichprobe der Betroffenen ($\text{Chi}^2(1)=107,937$; $p<0,001$).

Gesundheitsfragebogen für Patient[Inn]en (PHQ-D, dt. vgl. Löwe et al. 2002)

Anhand des Gesundheitsfragebogens für Patient[Inn]en können die häufigsten psychischen Störungen in Form eines Screenings diagnostiziert werden. Wie in Tabelle 3 ersichtlich weisen 3 von 10 Betroffene Symptome einer Somatoformen Störung und 4 von 10 Betroffenen Symptome einer Depressiven Störung (Major Depression) auf.

Tabelle 3: Aktuell vorliegende psychische Störungen in der befragten Stichprobe erfasst anhand des PHQ-D ($N=11$)

	Anzahl (%)
Somatoforme Störung ¹	3 (30%)
Depressive Störung ¹	4 (40%)
Angststörung ¹	1 (10%)
Essstörung ¹	1 (10%)
Alkoholmissbrauch ¹	1 (10%)

Hinweis: ¹Fehlende Werte=1

Die 1-Jahres-Prävalenz für eine Somatoforme Störung wird in der Allgemeinbevölkerung mit 2-4% angegeben, die einer Depressiven Störung mit 5-10%. Angststörungen gehören mit 15% zu den häufigsten psychischen Störungen. Die Prävalenz für eine Essstörung liegt in der Gruppe der jungen Frauen bei 1-3%, nur 10-15% der Betroffenen sind Männer. Die Prävalenz einer Alkoholabhängigkeit in der erwachsenen Bevölkerung ist für Deutschland mit 3% beziffert (vgl. Möller et al. 2015). Ein statistischer Vergleich der Stichprobe mit den Angaben für die Allgemeinbevölkerung zeigt, dass somatoforme ($\text{Chi}^2(1)=17,604$; $p<0,001$) und depressive Störungen ($\text{Chi}^2(1)=10,000$; $p=0,002$) in der Gruppe der von Missbrauch Betroffenen deutlich häufiger auftreten als zu erwarten wäre.

Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-36, dt. vgl. Morfeld et al. 2011)

Wie in Tabelle 4 ersichtlich, erzielen die Betroffenen in den Skalen Körperliche Rollenfunktion, Emotionale Rollenfunktion, Psychisches Wohlbefinden und in der Psychischen Summenskala signifikant geringere Werte als gleichaltrige Personen aus der Allgemeinbevölkerung. Die in Tabelle 4 zum Vergleich herangezogenen Normwerte, basieren auf Normwerten von Personen die älter als 70 Jahre sind, obwohl in der vorliegenden Stichprobe fünf von elf Betroffene das 70. Lebensjahr noch nicht erreicht haben (61-69 Jahre). Ein Vergleich der Betroffenenstichprobe mit Normwerten von Personen im Alter von 61 bis 70 Jahren wurde ebenfalls berechnet. Auch hier zeigten sich signifikante Unterschiede in den bereits oben genannten Skalen Körperliche Rollenfunktion, Emotionale Rollenfunktion, Psychisches Wohlbefinden und in der Psychischen Summenskala.

Tabelle 4: Mittelwerte (*M*), Standardabweichung (*SD*), Minima und Maxima der acht Sub- und zwei Hauptskalen des Fragebogens zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erfasst anhand des SF-36 das Ergebnis des one-sample *t*-Tests, anhand dessen die Mittelwerte der Betroffenenstichprobe (*N*=11) mit den Mittelwerten der gleichaltrigen Normstichprobe verglichen werden (1998, Männer und Frauen, Altersgruppe >70 Jahre, *N*=443-457).

	<i>M</i> (<i>SD</i> ; Minimum-Maximum)	Statistik ⁴
Körperliche Funktionsfähigkeit ¹	65,00 (23,21; 20-100)	<i>t</i> (9)=-0,136; <i>p</i> =0,895
Körperliche Rollenfunktion ¹	31,67 (41,72; 0-100)	<i>t</i> (9)=-2,526; <i>p</i> =0,032
Körperliche Schmerzen ³	51,25 (24,15; 22-100)	<i>t</i> (7)=-1,259; <i>p</i> =0,248
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung ²	49,22 (15,72; 20-67)	<i>t</i> (8)=-1,867; <i>p</i> =0,099
Vitalität ³	49,38 (20,61; 20-80)	<i>t</i> (7)=-1,047; <i>p</i> =0,330
Soziale Funktionsfähigkeit ²	56,94 (38,48; 0-100)	<i>t</i> (8)=-2,026; <i>p</i> =0,077
Emotionale Rollenfunktion ³	33,33 (47,14; 0-100)	<i>t</i> (7)=-2,980; <i>p</i> =0,021
Psychisches Wohlbefinden ³	49,00 (25,90; 24-96)	<i>t</i> (7)=-2,512; <i>p</i> =0,040
Körperliche Summenskala ³	44,84 (6,81; 32,96-51,67)	<i>t</i> (7)=1,180; <i>p</i> =0,277
Psychische Summenskala ³	30,36 (18,82; 10,41-59,62)	<i>t</i> (7)=-3,253; <i>p</i> =0,014

Hinweis: ¹Fehlende Werte=1, ²Fehlende Werte=2; ³Fehlende Werte=3; ⁴one-sample t-Test (1998; Männer und Frauen, Altersgruppe: >70 Jahre; N=443-457)

Bei der Betrachtung der Minima und Maxima in der Stichprobe fällt auf, dass die von den Betroffenen erzielten Werte zum Teil sehr weit auseinanderliegen, einzelne bewerten ihre Körperliche (*n*=5) oder Emotionale Rollenfunktion (*n*=5) mit 0 (=0% der maximal messbaren Funktionsfähigkeit), während zwei andere in den genannten Skalen den Wert 100 (=100% der

maximal messbaren Funktionsfähigkeit) angeben. Es gibt also eine sehr große Varianz in der Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität innerhalb der Gruppe.

Resilienzskala (RS-13, dt. vgl. Leppert et al. 2008)

Die mittleren Summenscores der Resilienzskala und die Einordnung der Scores der Betroffenen in die von den AutorInnen vorgeschlagenen drei Kategorien niedrige, moderate und hohe Resilienz kann Tabelle 4 entnommen werden. Der mittlere Summenscore der Gruppe der Betroffenen liegt bei 61,98. Er unterscheidet sich nicht signifikant vom mittleren Summenscore ($M=70$) der Vergleichsstichprobe. Ein Blick auf das Minimum (30) und das Maximum (84) zeigt, dass auch in diesen Daten eine große Varianz vorhanden ist. Von den zehn Betroffenen, die den Fragebogen ausgefüllt haben, werden sechs der Kategorie niedrige Resilienz zugeordnet und drei der Kategorie hohe Resilienz.

Tabelle 5: Mittelwerte (M), Standardabweichung (SD), Minimum und Maximum des Summenscores der Resilienzskala, absolute Häufigkeiten der Zuordnung zu den drei Kategorien niedrig, moderat und hoch der Betroffenenstichprobe ($N=11$) sowie das Ergebnis des one-sample t -Tests.

	M (SD ; Minimum-Maximum) bzw. Anzahl (%)	Statistik ²
Summenscore ¹	61,98 (17,09; 30-84)	$t(9)=-1,485$; $p=0,172$
Merkmalsausprägung ¹		
<i>niedrig</i>	6 (60%)	
<i>moderat</i>	1 (10%)	
<i>hoch</i>	3 (30%)	

Hinweis: ¹Fehlende Werte=1, ²one-sample t -Test: Vergleich mit dem Mittelwert von 72 der Vergleichsstichprobe (2008; 1184 Männer (durchschnittliches Alter: 47,84 Jahre) und 1487 Frauen (durchschnittliches Alter: 46,60 Jahre), Die Vergleichsdaten stammen aus Untersuchungen an PatientInnengruppen des Universitätsklinikums Jena sowie den Daten einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung (vgl. Schumacher et al. 2005).

3.3 Diskussion

Anders als die Resonanz auf die Interviews, die von den Betroffenen überwiegend positiv wahrgenommen werden, fällt die Akzeptanz auf den Einsatz der standardisierten Fragebögen eher negativ aus, da manche Betroffene nicht als psychisch krank eingestuft werden wollen oder ihr Unverständnis darüber äußern, warum die aktuell vorliegenden körperlichen Beschwerden mit den damaligen Erlebnissen in Zusammenhang gebracht werden. Dennoch zeigen die Ergebnisse sehr eindrücklich, dass fast alle Befragten deutlich häufiger über psychische Belastungen berichten als (gleichalte) Personen der jeweiligen Vergleichsstichproben (vgl. Siegrist und Maerker 2010; vgl. Löwe et al. 2002; vgl. Morfeld et al. 2011; vgl. Leppert et al. 2008).

4. Aktueller Stand von Teilprojekt B

Ein weiteres Ziel der Studie besteht darin, die institutionellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu beleuchten. Anders als in den in der Einleitung genannten Studien, werden in der vorliegenden Arbeit Missbrauchsfälle in der Katholischen Kirche zur Zeit der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) betrachtet. Die Lebensbedingungen in der DDR unterschieden sich in vielen Aspekten grundlegend von den Lebensbedingungen in der Bundesrepublik Deutschland. Die DDR war von der Machtzentrale bis in kleine institutionelle Einheiten (z.B. Schulen) von zentral gesteuerten Apparaten der Sozialistischen Einheitspartei Deutschlands (SED) durchzogen. Auf diese Weise war der Staat im Bewusstsein der Bevölkerung fast an jedem Ort in seiner gesamten Machtfülle vertreten (vgl. Sachse et al. 2017). Die Beziehung zwischen DDR und Kirche war kompliziert und voller Differenzen, denn das philosophische Fundament der DDR konstituierte der atheistische Marxismus-Leninismus (vgl. Zander 1988). Entsprechend dieser Weltanschauung sollten die Bürger einer kommunistischen Gesellschaft keiner religiösen Bindung mehr bedürfen und man rechnete damit, dass Kirchen sukzessive aussterben würden. Dies führte dazu, dass die Kirchen in der DDR einer latenten Rechtsunsicherheit ausgeliefert waren: Einerseits garantierte die Verfassung der DDR formal die Glaubensfreiheit und andererseits waren Christen zahlreichen Repressionen, staatlicher Observierung und anti-kirchlichen Kampagnen ausgesetzt (vgl. Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. 2021 a). Auch die Erziehung der Kinder und Jugendlichen befand sich in diesem Spannungsfeld. Während der Staat die Erziehung zum sozialistischen Menschen für sich beanspruchte und den Religionsunterricht aus den Schulen verbannte, versuchten die Kirchen dem etwas entgegenzusetzen. Sie bildeten eigene, gemeindezentrierte Formen der Pastoral aus (wie z.B. religiöse Kinderwochen) und verstärkten ihre kirchlichen und karitativen Tätigkeiten in Heimen und Kindergärten (vgl. Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. 2021 b).

Die Herausforderung der vorliegenden Studie liegt nun darin, kirchlich-institutionelle und gesellschaftliche Ursachen für (sexualisierte) Gewalt an Minderjährigen voneinander zu separieren und die jeweiligen Einflussmöglichkeiten auf Maßnahmen zur Aufdeckung der Tat, zur Bestrafung der Täter und zur Prävention zu bewerten. Zur Analyse dieser vielfältigen Verflechtungen wurden bzw. werden (a) Interviews mit KirchenvertreterInnen als auch mit unabhängigen FachexpertInnen unterschiedlicher Disziplinen geführt, (b) Akten aus Kirchen- sowie Staatssicherheitsarchiven gesichtet und (c) bereits vorhandene Literatur zum Thema recherchiert.

4.1 Methode

4.1.1 Vorgehen

Die Auswahl der KirchenvertreterInnen ergab sich aus Gesprächen, aber auch aus Aktenmaterial. Kontaktiert wurden diese vorwiegend über Herrn Colberg im Auftrag der Auftragnehmerinnen. Es wurden Personen ausgewählt, die (a) im zu untersuchenden Zeitraum in Mecklenburg tätig waren, (b) eine Leitungsfunktion im Erzbistums Hamburg innehaben oder -hatten oder (c) aktuell im Gespräch mit Betroffenen sind. Hinweise auf mögliche FachexpertInnen fanden sich ebenfalls in Gesprächen und während der Interviews. Die FachexpertInnen wurden von der Forschergruppe angeschrieben und um ein Gespräch gebeten. Nach schriftlicher Einwilligung in die Teilnahme und Kenntnisnahme der Datenschutzbestimmungen, welche dieselben Bedingungen wie die der betroffenen Personen enthalten, wurden Gesprächstermine vereinbart. Die Gespräche wurden von Frau Prof. Dr. Manuela Dudeck und der wissenschaftlichen Mitarbeiterin, Frau Laura Rinser M.A., geführt. Alle Gespräche wurden digital aufgezeichnet. Eine Teilnahmerevidierung konnte ebenso wie die Löschung der eigenen Daten jederzeit eingefordert werden.

4.1.2 Stichprobe

KirchenvertreterInnen

Zehn Personen konnten als VertreterInnen der Kirche für ein Interview gewonnen werden. Davon waren fünf zur Zeit der DDR in Mecklenburg tätig und sind mittlerweile emeritiert. Ein/e VertreterIn übt das Amt im Erzbistum noch aus. Drei weitere Personen wirken erst seit der Wende im Auftrag der Kirche in Mecklenburg. Ein/e KirchenvertreterIn zog die Einwilligung, das geführte Interview für das Projekt verwenden zu dürfen, zurück. Ein weiteres Gespräch steht noch aus.

FachexpertInnen

Es wurden mit drei FachexpertInnen aus den Bereichen Geschichte, Politikwissenschaft und Journalismus Interviews durchgeführt.

4.1.3 Material

Für die Interviews mit den KirchenvertreterInnen wurde ein strukturierter Interviewleitfaden erstellt, der folgende Themengebiete umfasst:

- soziodemographische Informationen
- Konfrontation mit sexuellem Missbrauch in der Katholischen Kirche
- Umgang mit sexuellem Missbrauch in der Katholischen Kirche
- kirchen- und strafrechtliche Sanktionen

- Beeinflussung des Werdegangs und Einstellung zur Kirche
- Rückblickende Bewertung hindernder und fördernder Reaktionen/Maßnahmen zur Aufdeckung der Tat und Ahndung des Täters
- Verhältnis Staat und Katholische Kirche
- kirchliche Strukturen

Für die Interviews mit den FachexpertInnen wurde kein einheitlicher Interviewleitfaden entwickelt, da in den Gesprächen die jeweilige Expertise der InterviewpartnerInnen im Vordergrund stand (z. B. die Katholische Kirche in der DDR, die Aufarbeitungsprozesse anderer Bistümer oder Erläuterungen zu den Unterlagen der Staatssicherheit).

4.1.4 Aktenanalyse

Es wurden und werden Akten aus verschiedenen Archiven und kircheninternen Stellen als Zeitzeugenmaterial herangezogen. In die Auswertung werden nur die mit einfließen, in denen es hinreichende Anhaltspunkte für sexuellen Missbrauch an Minderjährigen gibt. Um Akten der ehemaligen Staatssicherheit zu relevanten Personen einzusehen, wurde im Januar 2021 ein Antrag auf „Zugang zu Stasi-Unterlagen für Forscher, Medienvertreter und Einrichtungen der politischen Bildung“ in nicht anonymisierter Form bei der Außenstelle Stasi-Unterlagen-Archiv Schwerin gestellt. Bislang ist der Antrag seitens der Behörde im Bearbeitungszustand.

4.1.5 Systematische Literaturrecherche

Um relevante nationale und internationale Beiträge zu gewinnen, wurde anhand der Begriffe „Katholische Kirche in der DDR“ und „Sexualmoral in der DDR“ in deutscher und englischer Sprache in folgenden Datenbanken recherchiert: Web of Science, WISO Wissenschaften, PubMed, PsychINFO und Google-Scholar.

4.2 Ergebnisse

Interviews mit KirchenvertreterInnen und FachexpertInnen

Aktuell werden die Interviews transkribiert und in die Software MAXQDA (MAXQDA, Software für qualitative Datenanalyse, 1989-2019, VERBI Software. Consult. Sozialforschung GmbH, Berlin, Deutschland) überführt. Zur Auswertung wird auf die sozialwissenschaftliche Methode der strukturierten Inhaltsanalyse zurückgegriffen.

Aktenanalyse

Bislang wurden 1017 Akten verdachtsunabhängig aus den unten aufgeführten Archiven und kirchlichen Stellen durchgesehen, die auf 16 Täter schließen lassen.

Diözesanarchiv Erzbistum Hamburg

- Personalakten vor 1995 verstorbene Geistliche
- Personalakten nach 1995 verstorbene Geistliche (drei Akten noch ausstehend, da nicht auffindbar)
- Versetzungen
- Erzbischöfliches Geheimarchiv
- Ortsakten
- Diakone (begonnen)

Laufende Schriftgutverwaltung des Erzbistums Hamburg

- Akten Referat Prävention und Intervention
- Akten Personalreferat (werden bei Bedarf zur weiteren Recherche herangezogen)

Neubrandenburg

- Pfarrarchiv

Archiv des Erzbischöflichen Amts Schwerin (Heinrich-Theissing-Institut)

- Tagebücher von Heinrich-Theissing
- Heimbücher Neubrandenburg
- Schriftverkehr Osnabrück – Schwerin
- Ortsakten
- Ausgeschiedene Theologen
- Ausgeschiedene Theologen – abgebrochene Ausbildung
- (verstorbene) Seelsorgehelferinnen
- Weihbischof Schröder
- Bischof Theissing
- Bischof Hubrich
- Protokolle der Amtssitzungen
- Bußsakrament

Die Aktenanalyse ist noch nicht abgeschlossen, so dass hier nur ein erster Eindruck berichtet werden kann. Die vorliegenden Akten zeigen, dass die Katholische Kirche zwar in manchen Fällen gehandelt hat, insgesamt aber nicht konsequent genug und oft zu langsam. Eine Person wurde beispielsweise 17 Jahre lang immer wieder mit nicht näher ausgeführten Anweisungen ermahnt bis schließlich mit einer Zwangsberentung und Ausreise des Täters in die BRD Sanktionen folgten. Öffentlich wurde als Grund der schlechte Gesundheitszustand angegeben;

der wahre Grund für die Zwangsberentung und die -ausreise, der Missbrauch, sollte nach außen hin keine Erwähnung finden.

Systematische Literaturrecherche

Tabelle 6 gibt einen Überblick über die im Rahmen der systematischen Literaturrecherche zu den Themenfeldern „Katholische Kirche in der DDR“ und „Sexualmoral in der DDR“ als relevant identifizierten Artikel. Eine freie Googlesuche steht noch aus.

Tabelle 6: Anzahl an relevanten Artikeln zu den Stichwörtern „Katholische Kirche in der DDR“ und „Sexualmoral in der DDR“ in den angegebenen Datenbanken

	Katholische Kirche in der DDR	Sexualmoral in der DDR
Web of Science	0	0
WISO Wissenschaften	5	1
PubMed	0	0
PsychINFO	0	0
Google-Scholar	14	6
Google (noch ausstehend)		

5. Limitationen

Quantitative Auswertung der standardisierten Fragebögen

Aufgrund der geringen Stichprobengröße ist der quantitative Vergleich der vorliegenden Daten mit den aus der Literatur bekannten Referenz- und Normstichproben mit Vorsicht zu interpretieren. Das Vorliegen einer psychischen Störung (posttraumatische Belastungsstörung, somatoforme Störung, depressive Störung, Angststörung, Essstörung oder Alkoholmissbrauch) wurde in Selbstauskunft erfragt und mittels cut-off-Werten bestimmt. Die Angaben wurden nicht validiert und können fehlerbehaftet sein. Allerdings orientieren sich die eingesetzten Fragebögen an international anerkannten Manualen zur Diagnose psychischer Erkrankungen (ICD-10, DSM-IV und SKID).

Aktenanalyse

Die Aktenführung muss leider als sehr mangel- und lückenhaft beschrieben werden, wobei die bisherige Analyse keinen Anhalt für Manipulation und/oder Vertuschung gibt. Häufig sind über Jahre keine Unterlagen in den Akten abgelegt worden, bei Schriftverkehr fehlen Antwort- oder Ausgangsschreiben. Eine Chronologie ist selten zu finden. Manche Akten sind von der wissenschaftlichen Mitarbeiterin nicht auffindbar, da sie dem zuständigen Archiv/Referat nicht vorliegen und erst gesucht werden müssen.

Das Fehlen einer Systematik ist im Referat Prävention und Intervention sowie im Diözesanarchiv sehr ausgeprägt. Die Problematik der Aktenführung bei Ersterem ist seit

langem bekannt, da es bereits innerhalb der MHG-Studie bemängelt wurde. Bei Letzterem gibt es kein Findbuch, um sich über den Inhalt des Archivs zu orientieren. Dies hat zur Folge, dass Akten z.T. nicht auffindbar sind. Unterlagen sind den falschen Akten zugeordnet, Akten falsch oder unvollständig beschriftet. Bei Entnahme einer Akte wird nicht vermerkt, wer diese wie lange ausgeliehen hat. Ein Zurechtfinden und eine Überprüfung auf Vollständigkeit ohne interne Hilfe sind somit unmöglich. Eine Ausnahme von den geschilderten Mängeln bildet ausschließlich das Archiv des Bischöflichen Amts Schwerin (Heinrich-Theissing-Institut).

6. Nächste Schritte

Für Teilprojekt A werden in den nächsten Monaten drei weitere Betroffene interviewt. Im Anschluss werden die transkribierten Aussagen qualitativ im Sinne einer Inhaltsanalyse ausgewertet. Nach Abschluss der Online-Erhebung am 31.07.2021 werden die Daten mit den Fragebogen-Angaben der persönlich Befragten zusammengeführt und gemeinsam ausgewertet.

Für Teilprojekt B stehen noch weitere Gespräche mit KirchenvertreterInnen aus. Die bereits geführten Gespräche mit KirchenvertreterInnen und FachexpertInnen werden inhaltsanalytisch ausgewertet.

Weiter ist geplant, die Akten folgender Archive (abschließend) durchzusehen. Ein Verlängerungsantrag aufgrund der Fülle des Aktenbestands ist wahrscheinlich:

Hamburg

- Diözesanarchiv (begonnen)

Schwerin

- Archiv Erzbischöfliches Amt Schwerin (begonnen)
- Stasi-Unterlagen-Archiv Schwerin (Antrag gestellt)

Osnabrück

- Bistumsarchiv Osnabrück
- Ordensarchiv Netter Schwestern (Trägerschaft Kinderheim Neubrandenburg)

Die systematische Literaturrecherche wird mit einer allgemeinen Google-Suche abgeschlossen, um bedeutsame, aber nicht-wissenschaftlich publizierte Dokumente zu identifizieren (z.B. Berichte staatlicher Stellen oder Zeitungsartikel). Im Anschluss werden die

ermittelten Dokumente inhaltlich überprüft und mit Blick auf die Fragestellungen thematisch zusammengefasst.

Abschließend werden alle erhobenen Daten für Teilprojekt B zusammengeführt und in den historischen Kontext hinsichtlich der im Projektantrag formulierten Fragestellungen eingebettet und ausgewertet.

7. Literaturverzeichnis

Bullinger, Monika; Kirchberger, Inge (1998): SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.

Bundschuh, Claudia (2010): Sexualisierte Gewalt gegen Kinder in Institutionen. Nationaler und internationaler Forschungsstand. Expertise im Rahmen des Projekts „Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen in Institutionen“. Hg. v. Deutsches Jugendinstitut e. V. (DJI). München. Online verfügbar unter https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/sgmj/Expertise_Bundschuh_mit_Datum.pdf, zuletzt geprüft am 15.06.2021.

Deutsche Bischofskonferenz (DBK) (2013 a): Leitlinien für den Umgang mit sexuellem Missbrauch Minderjähriger durch Kleriker, Ordensangehörige und andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Bereich der Deutschen Bischofskonferenz. Hg. v. Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz. Bonn. Online verfügbar unter https://www.dbk.de/fileadmin/redaktion/diverse_downloads/presse_2012/2013-151a-Uebearbeitung-Leitlinien_Rahmenordnung-Praevention_Leitlinien.pdf, zuletzt geprüft am 15.06.2021.

Deutsche Bischofskonferenz (DBK) (2013 b): Rahmenordnung: Prävention gegen sexualisierte Gewalt an Minderjährigen und erwachsenen Schutzbefohlenen im Bereich der Deutschen Bischofskonferenz. Hg. v. Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz. Bonn. Online verfügbar unter https://www.dbk.de/fileadmin/redaktion/diverse_downloads/presse_2012/2013-151b-Uebearbeitung-Leitlinien_Rahmenordnung-Praevention_Rahmenordnung.pdf, zuletzt geprüft am 15.06.2021.

Dilling, Horst; Freyberger, Harald J. (2012): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien sowie Referenztabellen ICD-10vs. ICD-9 und ICD-10 vs. DSM-IV-TR. 6. überarb. Auflage unter Berücksichtigung der German Modification GM der ICD-10. Bern: Huber.

Dilling, Horst; Mombour, Werner; Schmidt, Martin H.; Schulte-Markwort, Elisabeth (2015): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien. 10. Aufl. Bern: Hogrefe Verlag.

Dreßing, Harald; Salize, Hans Joachim; Dölling, Dieter; Hermann, Dieter; Kruse, Andreas; Schmitt, Eric; Bannenberg, Britta (2018): Sexueller Missbrauch an Minderjährigen durch katholische Priester, Diakone und männliche Ordensangehörige im Bereich der Deutschen Bischofskonferenz. Online verfügbar unter <https://www.zi->

mannheim.de/fileadmin/user_upload/downloads/forschung/forschungsverbuende/MHG-Studie-gesamt.pdf, zuletzt geprüft am 15.06.2021.

Flatten, Guido; Gast, Ursula; Hofmann, Arne; Knaevelsrud, Christine; Lampe, Astrid; Liebermann, Peter et al. (2011): S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. In: *Trauma & Gewalt* (3), S. 202–210. Online verfügbar unter <https://www.emdr.de/files/dtp002/medien/documents/Literatur-S3-Leitlinie.pdf>, zuletzt geprüft am 26.05.2021.

Gräfe, Kerstin; Zipfel, Stephan; Herzog, Wolfgang; Löwe, Bernd (2004): Screening psychischer Störungen mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Ergebnisse der deutschen Validierungsstudie. In: *Diagnostica* (50), S. 171–181.

Hapke, Ulfert; Schumann, Anja; Rumpf, Hans-Juergen; John, Ulrich; Meyer, Christian (2006): Post-traumatic stress disorder: the role of trauma, pre-existing psychiatric disorders, and gender. In: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* (256), S. 299–306.

Kavemann, Barbara; Graf-van Kesteren, Annemarie; Rothkegel, Sibylle; Nagel, Bianca (2016): *Erinnern, Schweigen und Sprechen nach sexueller Gewalt in der Kindheit. Ergebnisse einer Interviewstudie mit Frauen und Männern, die als Kind sexuelle Gewalt erlebt haben.* Hg. v. Springer Fachmedien. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. (2021 b): Katholische Kirche in der DDR. Hg. v. Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. Online verfügbar unter <https://www.adenauercampus.de/ddrtutorium/religion-und-kirche/katholiken>, zuletzt geprüft am 25.05.2021.

Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. (2021 a): Religion und Kirche. Einführung. Hg. v. Konrad-Adenauer-Stiftung e.V. Online verfügbar unter <https://www.adenauercampus.de/ddrtutorium/religion-und-kirche>, zuletzt geprüft am 25.05.2021.

Leppert, Karena; Koch, Benjamin; Brähler, Elmar; Strauß, Bernhard (2008): Die Resilienzskala (RS) – Überprüfung der Langform RS-25 und einer Kurzform RS-13. In: *Klinische Diagnostik und Evaluation* (1), S. 226–243.

Leygraf, Norbert; König, Andrej; Kröber, Hans-Ludwig; Pfäfflin, Friedemann (2012): *Sexuelle Übergriffe durch katholische Geistliche in Deutschland. Eine Analyse forensischer Gutachten 2000 - 2010. Abschlussbericht.* Online verfügbar unter https://www.dbk.de/fileadmin/redaktion/diverse_downloads/Dossiers_2012/2012_Sex-Uebergriffe-durch-katholische-Geistliche_Leygraf-Studie.pdf, zuletzt geprüft am 17.06.2021.

Löwe, Bernd; Spitzer Robert L.; Zipfel, Stephan; Herzog, Wolfgang (2002): Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ D). Komplettversion und Kurzform. Testmappe mit Manual, Fragebögen, Schablonen. Karlsruhe.

Maercker, Andreas; Forstmeier, Simon; Wagner, Birgit; Glaesmer, Heide; Brähler, Elmar (2008): Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. In: *Nervenarzt* (79), S. 577–586.

Maercker, Andreas; Karl, A. (2011): Posttraumatische Belastungsstörung. Klassifikation und Diagnostik. In: Meinrad Perrez und Urs Baumann (Hg.): *Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie*. 4. aktualisierte Auflage. Bern: Huber, S. 970–976.

Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Uwe Flick, Ernst von Kardoff und Ines Stenek (Hg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 8. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, S. 468–475.

Menning, Hans; Renz, Annika; Seifert, Jan; Maerker, Andreas (2008): Reduced mismatch negativity in posttraumatic stress disorder: a compensatory mechanism for chronic hyperarousal? In: *International Journal of Psychophysiology* (68), S. 27–34.

Möller, Hans-Jürgen; Laux, Gerd; Deister, Arno (2015): *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. 6. aktualisierte Auflage. Stuttgart: Thieme (Duale Reihe).

Morfeld, Matthias.; Kirchberger, Inge.; Bullinger, Monika (2011): SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand. 2., ergänzte und überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Sachse, Christian; Knorr, Stefanie; Baumgart, Benjamin (2017): Historische, rechtliche und psychologische Hintergründe des sexuellen Missbrauchs an Kindern und Jugendlichen in der DDR. Expertise der Union der Opferverbände Kommunistischer Gewaltherrschaft e.V. (UOKG). Hg. v. Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs. Berlin. Online verfügbar unter https://www.aufarbeitungskommission.de/wp-content/uploads/2017/10/Expertise-DDR_online.pdf, zuletzt geprüft am 29.09.2020.

Sack, Martin; Gromes, Barbara (2013): Ressourcenorientierte Behandlungsstrategien in der Traumatherapie. Autonomie und Handlungskompetenz zurückgewinnen. In: *Psychotherapie im Dialog (PiD)* (14 (01)), S. 2–7. Online verfügbar unter [https://www.researchgate.net/profile/Martin-](https://www.researchgate.net/profile/Martin-Sack/publication/261031874_Ressourcenorientierte_Behandlungsstrategien_in_der_Traumatherapie/links/02e7e53314b1ec804f000000/Ressourcenorientierte-Behandlungsstrategien-in-der-Traumatherapie.pdf)

[Sack/publication/261031874_Ressourcenorientierte_Behandlungsstrategien_in_der_Traumatherapie/links/02e7e53314b1ec804f000000/Ressourcenorientierte-Behandlungsstrategien-in-der-Traumatherapie.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Martin-Sack/publication/261031874_Ressourcenorientierte_Behandlungsstrategien_in_der_Traumatherapie/links/02e7e53314b1ec804f000000/Ressourcenorientierte-Behandlungsstrategien-in-der-Traumatherapie.pdf), zuletzt geprüft am 21.04.2021.

Saß, Henning.; Wittchen, Hans-Ulrich.; Zaudig, Michael (2003): *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.

Schumacher, Jörg; Leppert, Karena; Gunzelmann, Thomas; Strauß, Bernhard; Brähler, Elmar (2005): Die Resilienzskala – Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* (53), S. 16–39.

Siegrist, Philip; Maerker, Andreas (2010): Deutsche Fassung der Short Screening Scale for DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder. In: *Trauma & Gewalt* (4(5)), S. 2–7.

Spröber-Kolb, Nina; Rassenhofer, Miriam; Allroggen, Marc; Plener, Paul L.; Kölch, Michael; Fegert, Jörg M. (2017): Research on Child Sexual Abuse in Institutions in German-Speaking Countries: A Summary. In: Adrian V. Rus, Sheri R. Parris und Ecaterina Stativa (Hg.): *Child Maltreatment in Residential Care – History, Research, and Current Practice*. Berlin: Springer, S. 179–197.

Witt, Andreas; Rassenhofer, Miriam; Allroggen, Marc; Brähler, Elmar; Plener, Paul L.; Fegert, Jörg M. (2018): The prevalence of sexual abuse in institutions: Results from a representative population-based sample in Germany. In: *Sexual Abuse*. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.1177%2F1079063218759323>, zuletzt geprüft am 15.06.2021.

Wittchen, Hans-Ulrich; Zaudig, Michael; Fydrich, Thomas (1997): *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.

Zander, Helmut (1988): Zur Situation der katholischen Kirche in der DDR. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* (B 4-5), S. 29–38. Online verfügbar unter <http://perso.unifr.ch/helmut.zander/wp-content/uploads/2015/09/Zander-Zur-Situation-der-katholischen-Kirche-in-der-DDR.pdf>, zuletzt geprüft am 21.04.2021.

Zimmer, Andreas; Lappehsen-Lengler, Dorothee; Weber, Maria; Götzinger, Kai (2014): *Sexueller Kindesmissbrauch in kirchlichen Institutionen – Zeugnisse, Hinweise, Prävention. Ergebnisse der Auswertung der Hotline der Deutschen Bischofskonferenz für Opfer sexuellen Missbrauchs*. München: Juventa.