



Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie

Universitätsklinikum Ulm



Deutsche Traumafolgekostenstudie

Kein Kind mehr – kein(e) Trauma(kosten) mehr?

Susanne Habetha
Sabrina Bleich
Christoph Sievers
Ursula Marschall
Jörg Weidenhammer
Jörg M. Fegert

Februar 2012

Schriftenreihe Band III

Deutsche
Traumafolgekostenstudie

Kein Kind mehr -
kein(e) Trauma(kosten) mehr?

ISBN 978-3-88312-327-1

Kiel, Schmidt & Klaunig, 2012

Schriftenreihe / IGSF Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH Kiel, Bd. III



**Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie**

Universitätsklinikum Ulm



Deutsche Traumafolgekostenstudie

Kein Kind mehr – kein(e) Trauma(kosten) mehr?

Susanne Habetha
Sabrina Bleich
Christoph Sievers
Ursula Marschall
Jörg Weidenhammer
Jörg M. Fegert

Februar 2012

Schriftenreihe Band III

Schriftenreihe Band III

Herausgeber

IGSF Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH
Schauenburgerstraße 116
24118 Kiel
Telefon (04 31) 5606 540

Verfasser

Habetha, Susanne

Dr. med., MPH
Externe Mitarbeiterin der IGSF Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH

Bleich, Sabrina

Dr. rer. pol., Diplom-Volkswirtin
Universitätsklinikum Ulm
Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

Sievers, Christoph

Diplom-Wirtschaftsingenieur
BARMER GEK
Hauptabteilung Unternehmensstrategie/Risikomanagement

Marschall, Ursula

Dr. med., Diplom-Gesundheitsökonomin
BARMER GEK
Leitung Kompetenzzentrum Medizin, Hauptabteilung Unternehmensstrategie

Weidenhammer, Jörg

Dr. med., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoanalyse
Gesellschafter der IGSF Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH

Fegert, Jörg M.

Prof. Dr. med., Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm
Ärztlicher Direktor Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

Die Erarbeitung und der Druck des vorliegenden Bandes wurden durch die finanzielle Unterstützung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) ermöglicht.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	8
Tabellenverzeichnis	9
Abkürzungen	10
Vorwort	12
1 Einleitung	15
1.1 Fragestellung	16
1.2 Relevanz der Fragestellung für Deutschland	16
1.2.1 Aus dem „Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann“ abgeleitete aktuelle Relevanz	17
1.2.2 Aus der Fachliteratur abgeleitete Relevanz	19
2 Untersuchungsmethode	23
3 Traumatisierung – Definition im Kontext dieses Dokuments	25
3.1 Posttraumatische Belastungsstörung bei Erwachsenen	25
3.2 Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern	26
3.3 Herleitung der Definition von Traumatisierung aus Fachliteratur	27
4 Traumafolgestörung – Definition im Kontext dieses Dokuments	30
4.1 Übersicht über Fachliteratur zu Traumafolgestörungen	30
4.2 Auswahl geeigneter Traumafolgestörungen	32
4.3 Darstellung ausgewählter Konstellationen von Traumatisierung und Traumafolgestörung	35
4.3.1 Psychische Störungen und Traumatisierung	35
4.3.2 Somatische Störungen und Traumatisierung	48
5 Versorgungslage bei Traumatisierung bzw. Traumafolgestörung	54
5.1 Versorgung traumatisierter Kinder und Jugendlicher	54
5.2 Versorgung von Traumafolgestörungen bei Erwachsenen	56
5.3 Versorgungsbeispiel aus den USA	58
5.4 Prävention von Traumatisierung	59

6	Kosten von Traumafolgestörungen	61
6.1	Anmerkungen zur Datenlage	61
6.2	Grundsätzliche Annahmen zur Entstehung von Trauma-assoziierten Kosten	65
6.3	Von Ausgaben bzw. Defiziten betroffene Bereiche	68
7	Traumafolgekosten für die Bundesrepublik Deutschland	72
7.1	Herleitung der Traumafolgekosten	72
7.1.1	Informationsquellen	73
7.1.2	Definition einer Grundgesamtheit	75
7.1.3	Ermittlung der Anzahl der Einheiten A	75
7.1.4	Ermittlung der Kosten je Einheit A	77
7.1.5	Ergebnis	80
7.2	Bewertung der Traumafolgekosten	80
7.3	Internationaler Vergleich der Traumafolgekosten	82
7.3.1	Vorstellung der verglichenen Kostenliteratur	82
7.3.2	Darstellung der Vergleichs-Methodik	85
7.3.3	Ergebnis des internationalen Vergleichs	86
7.3.4	Diskussion des internationalen Vergleichs	88
7.4	Trauma-assoziierte Ausgaben im deutschen Gesundheitswesen	91
7.4.1	Datenmaterial	91
7.4.2	Ermittlung des Trauma-assoziierten Anteils	93
7.4.3	Bewertung der Trauma-assoziierten Kosten	98
7.4.4	Trauma-assoziierte Gesundheitskosten in Beziehung zu anderen Ausgaben für Gesundheit	99
7.4.5	Trauma-assoziierte Gesundheitskosten in Beziehung zu Traumafolgekosten insgesamt	101
8	Bewertung des Status quo und Ausblick	103
8.1	Zusammenhang zwischen Traumatisierung und Traumafolgestörungen	103
8.2	Versorgung traumatisierter Kinder/Jugendlicher und Erwachsener	105
8.3	Ökonomische Tragweite	107
8.4	Möglichkeiten zur Reduktion von Kosten	109
8.5	Eckpunkte und konkrete Forderungen für eine Verbesserung des Status quo	113

9	Zusammenfassung	116
	Glossar	118
	Literaturverzeichnis	121
Anhang	Schriftenreihe des Instituts für Gesundheits-System-Forschung Kiel	131

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 6.1	Entwicklungsheterotopie von Traumafolgen	66
Abbildung 6.2	Beispielhafte Darstellung unterschiedlicher Lebensverläufe nach Traumatisierung	67
Abbildung 8.1	Struktur und Vernetzung im Modell der therapeutischen Ambulanz für von sexuellem Missbrauch Betroffene	111

Tabellenverzeichnis

Tabelle 4.1	Ausgewählte Traumafolgestörungen mit zugehörigen Literaturquellen	33
Tabelle 6.1	Studienergebnisse zur Abschätzung von Traumafolgekosten	64
Tabelle 6.2	Relevante Kostenbereiche zur Abschätzung von Traumafolgekosten	70
Tabelle 7.1	Methodik und Untersuchungsbedingungen der Informationsquellen zur Herleitung von Traumafolgekosten in Deutschland	74
Tabelle 7.2	Schrittweise Darstellung der Ermittlung der Anzahl der Einheiten A	77
Tabelle 7.3	Schrittweise Darstellung der Ermittlung der Kosten je Einheit A	79
Tabelle 7.4	Übertragung der Traumafolgekosten aus internationalen Kostenstudien auf Deutschland	87
Tabelle 7.5	Darstellung der auf Deutschland übertragenen Traumafolgekosten unter Anwendung unterschiedlicher Umrechnungskurse	87
Tabelle 7.6	Überblick über die Ergebnisse aus den Daten der Barmer GEK	93
Tabelle 7.7	Trauma-assoziiertes Anteil von 1,5% an den Ausgangswerten (Prävalenzmethode)	94
Tabelle 7.8	Literaturquellen zur Bestimmung des Trauma-assoziierten Anteils an den Ausgangswerten mit der Literaturmethode	95
Tabelle 7.9	Trauma-assoziiertes Anteil von 9,5% an den Ausgangswerten (Literaturmethode)	97
Tabelle 7.10	Ergebnis der Ableitung des Trauma-assoziierten Anteils an den Ausgangsdaten der Barmer GEK	98
Tabelle 7.11	Trauma-assoziierte Gesundheitskosten in Beziehung zu Traumafolgekosten insgesamt und zu Gesamtausgaben der Krankenkassen	99

Abkürzungen

ACE	Adverse Childhood Experiences (negative, potentiell traumatisierende Erfahrungen in der Kindheit)
AU	Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
AUD	Australian Dollars (Australische Dollar)
BMI	Body-Mass-Index (Körpermasseindex)
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CAD	Canadian Dollars (Kanadische Dollar)
DALYs	Disability adjusted life years (Behinderungskorrigierte Lebensjahre)
d.h.	das heißt
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch psychischer Störungen)
etc.	et cetera
ggf.	gegebenenfalls
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision)
i.R.	im Rahmen
LitM	Literaturmethode
mind.	mindestens
Mill.	Million(en)
Mrd.	Milliarde(n)
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PräM	Prävalenzmethode
s.	siehe
s.a.	siehe auch
s.o.	siehe oben
SPFH	Sozialpädagogische Familienhilfe

u.a.	unter anderem
u.Ä.	und Ähnliche(s)
USA	United States of America (Vereinigte Staaten von Amerika)
USD	United States Dollars (US-Dollar)
u.U.	unter Umständen
u.v.a.m.	und viele andere mehr
v.a.	vor allem
vgl.	vergleiche
vs.	versus (gegenüber)
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

Vorwort

In den letzten Jahren hat die öffentliche Debatte über Kinderschutzfragen zu entscheidenden Veränderungen - sowohl in der Öffentlichkeit wie in der Fachdebatte in Deutschland - geführt. Anfang 2012 trat ein neues Bundeskinderschutzgesetz in Kraft; der Aufarbeitungsprozess nach dem Missbrauchsskandal, der Deutschland ab Anfang 2010 in einer breiteren öffentlichen Diskussion erschüttert hat, hat mit dem Abschluss der Arbeit der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, der ehemaligen Bundesfamilienministerin Frau Dr. Christine Bergmann, und mit dem Abschlussbericht des Runden Tisches Ende 2011 eine Bestandsaufnahme abgeschlossen und eine Agenda für die weitere Arbeit der Umsetzung aufgestellt. Zu diesen zahlreichen zu bearbeitenden Punkten gehören auch ein hilfreicherer Umgang mit Betroffenen im Gesundheitswesen, eine bessere Diagnostik und Abklärung in Kinderschutzfällen, auch auf der medizinischen Seite. Verzögerungen bei der Implementation von Hilfe, Unterstützungsmaßnahmen und Therapien werden beklagt und Lotsenfunktionen in Bezug auf gesetzliche Ansprüche wie z.B. im Rahmen des Opferentschädigungsrechts werden vorgeschlagen.

In einem ersten Teil dieses Expertenprojektes für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) hatte die Ulmer Arbeitsgruppe - u.a. auf der Basis von Expertenmeetings - Hindernisse und Probleme bei der Versorgung traumatisierter Kinder in Deutschland beschrieben, aber auch auf Chancen der Vernetzung und auf Herausforderungen in der Forschung hingewiesen¹; u.a. war mit Verweis auf Beispiele aus den USA, das National Trauma Network oder aus Norwegen auf die Notwendigkeit von Forschungsnetzwerken hingewiesen worden. Mittlerweile hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) durch die Ausschreibung von zwei Förderschwerpunkten in der Gesundheitsforschung und in der Bildungsforschung die Bildung eines solchen Forschungsnetzwerks in Deutschland initiiert. Diese Projekte starten überall in Deutschland in 2012 und geplant bis 2015 werden erste praxisrelevante Ergebnisse vorliegen. Das Leid der betroffenen Kinder, ihrer Familien, die tiefe Krise, in die viele Institutionen fallen, in denen Übergriffe vorkommen, lässt sich schwer mit Zahlen beschreiben. Dennoch wird hier der Versuch unternommen, gesamtgesellschaftlich und für unser Gesundheitswesen einmal abzuschätzen, welche tangiblen Kosten vermutlich mit diesen Traumafolgen verbunden sind. Die Darstellung macht deutlich, dass es sich auch im ökonomischen Sinn „lohnen“ würde, wenn wir im Gesundheitswesen - vernetzt mit den anderen Sozialsystemen - Betroffenen frühzeitig Hilfe und Therapie, am besten in einer koordinierten Form und beruhend auf wissenschaftlich fundierten wirksamen Interventionen geben würden. So wie sich die so

¹ Fegert, J.M., Ziegenhain, U., Fangerau, H. (2010): Problematische Kinderschutzverläufe - Mediale Skandalisierung, fachliche Fehleranalyse und Strategien zur Verbesserung des Kinderschutzes, Juventa, Weinheim, München

genannten intangiblen Kosten durch das individuelle Leid der Betroffenen, die Beeinträchtigungen auf dem Lebensweg, Probleme in weiteren Entwicklungsstufen, teilweise über Generationen hinweg, nur beschreiben und empathisch erfühlen lassen, können wir aus gesellschaftlicher Perspektive auf die „Opportunity Costs“ hinweisen. Dies sind die Kosten für Individuen und Gesellschaft, die durch einen schlechteren Zugang zu Bildung und schlechtere Möglichkeiten der Selbstverwirklichung infolge verschleppter Bearbeitung und gerade wegen des Mangels an adäquaten, koordinierten Formen der Krankenbehandlung und der psychosozialen Hilfen entstehen. Zusätzlich können die Kosten für diese inadäquaten Maßnahmen selbst als versunken betrachtet werden, da sie keine oder nur eine geringe Verbesserung der Lebenssituation herbeiführen. Auch vor diesem Hintergrund müssen wir uns fragen, ob wir uns jahrelang Verschiebebahnhöfe im Umgang mit traumatisierten Kindern gesellschaftlich leisten wollen oder ob es, gerade angesichts der tausenden individuellen Zeugnisse Betroffener gegenüber der Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten, für uns nicht eine Verpflichtung sein sollte, aus der dargestellten, oft lebenslangen Belastung und Auseinandersetzung dieser Betroffenen die Konsequenz zu ziehen, dass wir hier heute über die Systemgrenzen hinweg früher und koordinierter vorgehen müssen.

Der nun in der Schriftenreihe des Kieler Instituts für Gesundheits-System-Forschung (IGSF) vorgelegte zweite Teil der Expertise, der von der Kieler und Ulmer Arbeitsgruppe gemeinsam konzipiert wurde und dank der intensiven Zusammenarbeit mit Verantwortungsträgern und Forschern aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung tatsächlich mit Blick auf deutsche Verhältnisse realisiert werden konnte, stellt in der deutschen Debatte um Kindesmisshandlung eher ein Novum dar (Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen hat im Kontext des von Ulm ausgehenden Vier-Länder-Projekts „Guter Start ins Kinderleben“ schon einmal eine entsprechende ökonomische Analyse in Bezug auf die Vernachlässigung gefördert, auf die wir uns hier auch stützen²). Wenn es um emotionale Belastungen geht, scheint der Verweis auf Kosten fast zu nüchtern und vielleicht für manche deplatziert. Politische Entscheidungen werden in einem Kontext beschränkter Opportunitäten gefällt, denn man kann das vorhandene Geld, gerade in der heutigen Situation, nur einmal ausgeben und muss sich dabei auf bestimmte, relevante Ziele konzentrieren. Die vorgelegte Expertise mit ihrer gründlichen Übersicht zu internationalen Traumafolgekostenstudien und überhaupt zur Datenlage der lebenslangen Konsequenzen der Traumatisierung trägt hoffentlich dazu bei, im Gesundheits- und Sozialwesen anstehende Entscheidungen zu treffen.

² Vgl. Maier-Gräwe, U., Wagenknecht, I. (2011): Expertise Kosten und Nutzen Früher Hilfen, Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln.

Danken möchten wir allen Beteiligten, zu allererst Frau Dr. Marschall und Herrn Sievers von der BARMER GEK, die überhaupt erst den Zugang zu den Daten ermöglicht haben sowie Frau Dr. Habetha und Frau Dr. Bleich. Ebenso sei Herrn Stroppe, dem Leiter der Abteilung Kinder und Jugend im BMFSFJ, sowie Frau Hornschild, der zuständigen Referatsleiterin im Ministerium gedankt, die diese Studie begleitet und uns ermöglicht haben, diesen für Deutschland bisher ungewöhnlichen Zugang in Ergänzung zur ersten Expertise zu wählen.

Ulm und Kiel, Februar 2012

Jörg M. Fegert

Jörg Weidenhammer

1 Einleitung

Die vorliegende ökonomische Expertise zu Traumafolgekosten in Deutschland stellt das Ergebnis einer vom *Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)* zusätzlich zum Band „Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland, Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung“ [130] in Auftrag gegebenen Studie dar. Während in diesem Band eher deskriptiv die Ausgangssituation nicht hinreichender und vor allem nicht vernetzter Versorgung traumatisierter Kinder und Jugendlicher in Deutschland beschrieben wurden, wird in dieser, nun vorgelegten interdisziplinären Expertise eine Status quo Analyse zu wissenschaftlicher Evidenz zu Traumafolgestörungen und zu den daraus resultierenden Kosten durch Traumafolgestörungen in Deutschland gegeben.

Perspektivisch ermöglicht diese Expertise also in Kombination mit dem Band „Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland“ und der darin enthaltenen Analyse zur Versorgungslage nach Traumatisierung einen Ausblick auf mögliche Kosteneinsparungen im Sozialsystem und im Gesundheitssystem bei besserer Versorgung der von Traumata betroffenen Kinder und Jugendlichen in Deutschland. Generell muss dabei festgestellt werden, dass diese ökonomische Perspektive, welche gerade für politische Entscheidungsträger von hoher Relevanz ist, natürlich nicht den Blick dafür verstellen darf, dass der größte Preis, der im Zusammenhang mit früher Traumatisierung bezahlt wird, der emotionale Preis – die oft lebenslange Belastung der Betroffenen – ist.

Zur inhaltlichen Klarstellung soll die Verwendung der Begriffe in Bezug auf Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern/Jugendlichen gleich vorweg erläutert werden: Sexueller Missbrauch, körperliche und emotionale Misshandlung sowie seltener auch Gewalterfahrungen im häuslichen Umfeld werden als unterschiedliche Misshandlungsformen in der Regel spezifisch bezeichnet. Für eine bessere Lesbarkeit des Textes wird an einigen Stellen auch der verallgemeinernde Begriff „Kindesmisshandlung/-missbrauch“ verwendet, wobei das Jugendalter mit eingeschlossen ist. Der Begriff „Kind“ wird also im Sinne der UN Kinderrechtskonvention auf Personen unter 18 Jahren angewandt. Verschiedene Normen der UN Kinderrechtskonvention (Artikel 16, Artikel 19, Artikel 34, 35, 36, 37, 38, 39 und 49) betonen die Sicherstellung kindlicher Basisbedürfnisse nach Unversehrtheit, Schutz vor Gefahren, vor materieller, emotionaler und sexueller Ausbeutung. In diesem Text wird die Vernachlässigung von Kindern/Jugendlichen nicht unter dem Sammelbegriff „Kindesmisshandlung/Child Abuse“ subsumiert sondern wird – häufig getrennt in körperliche und/oder emotionale Vernachlässigung (Neglect) – stets separat erwähnt.

1.1 Fragestellung

Unter der übergeordneten Fragestellung „Kein Kind mehr – kein(e) Trauma(kosten) mehr?“ werden Zusammenhänge zwischen traumatisierenden Erfahrungen unterschiedlicher Ausprägung im Kindes-/Jugendalter und damit assoziierten Folgen im weiteren Leben hinsichtlich ihrer gesellschaftlichen und ökonomischen Bedeutung für das Sozial- und Gesundheitswesen dargestellt. Die traumatisierende Erfahrung wird dabei als ein Ereignis (oder eine Summe von Ereignissen) betrachtet, das auch noch nach mehreren Jahren Folgeaktionen im betroffenen Individuum hervorrufen kann (s. Kapitel 3 und 4). Diese Folgeaktionen werden im vorliegenden Text als Traumafolgestörungen bezeichnet. Dabei kann es sich um die unterschiedlichsten Krankheiten und Störungen der Gesundheit handeln, im Kindesalter auch um eine Entwicklungsstörung. Im Einzelnen werden folgende Fragestellungen behandelt:

- i Welche relevanten Zusammenhänge zwischen Traumatisierung und Traumafolge-
störung gibt es?
- ii Erfüllt die aktuelle Versorgungslage die spezifischen Anforderungen bei Traumatisie-
rung bzw. Traumafolge-
störung hinreichend?
- iii Welche ökonomische Tragweite haben Traumafolgestörungen?
- iv Wie können der Status quo verbessert und so Traumafolgekosten gespart werden?

1.2 Relevanz der Fragestellung für Deutschland

Warum sollte sich gerade die Jugendhilfe in Deutschland, das deutsche Sozial- und Gesundheitswesen für Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter und Traumafolgestörungen interessieren? Die humanitären Gesichtspunkte liegen auf der Hand: In der Kindheit unverschuldet traumatisierte Menschen, die u.U. lebenslang an diversen Folgeschäden leiden, sollten mit allen verfügbaren Mitteln in der Bewältigung ihrer Leidensgeschichte unterstützt werden.

Die Betrachtung des Zusammenhangs von Traumatisierung und Traumafolge-
störung eröffnet nicht nur eine gesellschaftliche Diskussion um Wiedergutmachung, Anerkennung und adäquaten Umgang, sondern auch neue sozial- und gesundheitspolitische Perspektiven vor dem Hintergrund, dass es sich bei den Betroffenen um eine zahlenmäßig relevante Gruppe von meist langfristigen Nutzern öffentlicher Ressourcen handelt.

1.2.1 Aus dem „Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann“ abgeleitete aktuelle Relevanz

Im „Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann“ [128] gehen aus einem Gespräch des *Runden Tisches* „Sexueller Kindesmissbrauch“ mit Betroffenen (Seite 77) insbesondere Forderungen nach besser zugänglichen, längeren und spezialisierteren Therapien hervor, sowie nach Einrichtung von Traumazentren für Deutschland. Unabhängige Anlaufstellen auf Bundes- oder Länderebene werden ebenso gefordert wie der Ausbau und die engere Vernetzung von Beratungsangeboten und deren finanzielle Sicherstellung. Zentral sei die Anerkennung des erlittenen Unrechts für die damit verbundenen lebenslänglichen privaten wie beruflichen Konsequenzen durch Entschädigung. Auch bei den Aussagen gegenüber der Telefonischen Anlaufstelle der *Unabhängigen Beauftragten* gehörten Themen wie „Traumatherapie“ und „Beratung“ zu den am häufigsten genannten zentralen Themen (vgl. Seite 62).

In Bezug auf die Folgen des Missbrauchsgeschehens äußern Betroffene gegenüber der Telefonischen Anlaufstelle zu knapp 50% somatische Beschwerden, zu ca. 40% Beziehungs- und Partnerschaftsprobleme, zu über einem Drittel Flashbacks, Intrusionen, Alpträume, Erinnerungen, permanente Anspannung, Schlafprobleme und zu ca. einem Viertel Leistungsbeeinträchtigungen verbunden mit schlechterem Schulabschluss, Problemen in der Berufsausbildung, Berufsunfähigkeit etc. Ein knappes Viertel spricht über Selbstwertprobleme, Selbsthass und Selbstkel und ein gutes Fünftel über Probleme mit Körperlichkeit und Sexualität. Explizite Aussagen über eine Minderung der Lebensqualität finden sich in den Spontanäußerungen der Betroffenen zu 16% (vgl. Seite 61 bis 62).

Folgerichtig gehören zu den zentralen Forderungen der *Unabhängigen Beauftragten* (Seite 140 ff) Empfehlungen für Therapiehilfen und Prävention. Ein Zitat einer Betroffenen (Seite 141) belegt die gesundheitliche und allgemeine soziale Belastung: „Man hat mit den psychischen Folgestörungen zu kämpfen und gerät zusätzlich in eine gesellschaftliche Randexistenz und Aussonderung.“

Bei den von der *Unabhängigen Beauftragten* benannten Versorgungslücken sind vor allem Versorgungsprobleme in ländlichen Regionen, für betroffene Jungen und Männer und ältere Erwachsene, sowie für Betroffene mit Migrationshintergrund zu nennen. Mit den Worten einer Betroffenen wird dies im Bericht (Seite 143) ganz einfach zusammen gefasst: „Therapieplätze für missbrauchte Kinder müssen ohne lange Wartezeiten verfügbar sein.“; oder Seite 145: „Das Bewusstsein der Öffentlichkeit muss sich verändern, z.B. müssen die Krankenkassen schneller Psychotherapie für Betroffene ermöglichen.“

Eine zentrale Forderung der *Unabhängigen Beauftragten* betrifft auch die Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Ärzteschaft. Denn nur bei entsprechender Kompetenz im Traumabereich kann es rasch zur Vermittlung in entsprechende Angebote kommen. Modellhaft wird ein integriertes, ambulantes Behandlungsangebot gefordert (Seite 149 ff), wobei die Dringlichkeit dieser Forderung noch einmal mit einem Zitat unterstrichen wird (Seite 150): „Man kann traumatisierte Menschen nicht ohne Behandlung lassen. Beratungsstellen sind kein Ersatz.“ Zur Schonung der Ressourcen schlägt die *Unabhängige Beauftragte* gerade auch in Bezug auf die Beratung vor, dass die bestehenden Strukturen des bisherigen Hilfesystems genutzt und für eine Verbesserung der Versorgung ausgebaut werden sollten (Seite 155).

Zur Aufarbeitung und individuellen Hilfe für die Betroffenen wird der Aufbau eines gemeinsamen Hilfesystems Rehabilitation vorgeschlagen, welches Lücken in der Versorgung abdecken soll, die durch die Begrenztheit der Leistungen anderer Systeme (gesetzliche Krankenversicherung, Opferentschädigungsgesetz – OEG) entstehen. Gezielt befassen sich weitere Vorstellungen mit der Umgestaltung des Opferentschädigungsgesetzes und einer vorgelagerten Rechtsberatung für Opfer mit der Gewährung vorläufiger Leistungen zur Heilbehandlung und der Entwicklung bedarfsgerechter Leistungen. Dabei ist auch deutlich zu betonen, dass nicht jedes belastende Ereignis der Entwicklung einer Traumafolgestörung gleichkommt. Diese an sich banale Erkenntnis ist in jüngster Zeit in den USA nach der Veröffentlichung von Clancys Buch „The Trauma Myth“ [129] heftig debattiert worden. Ausführlich wird im Bericht der *Unabhängigen Beauftragten* (Seite 56 ff) auf hilfreiche wie auf hinderliche Aspekte bei der Verarbeitung von belastenden Ereignissen hingewiesen.

Auf der Basis einer mit der Bundespsychotherapeutenkammer organisierten, nicht repräsentativen online Befragung, die 2.000 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (über 22.000 Kammermitglieder wurden über Kontaktdaten von 11 Landespsychotherapeutenkammern in Deutschland kontaktiert) erreichte, wird deutlich, dass auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Schließung von Versorgungslücken fordern. Es wurden z.B. die Verkürzung der Wartezeit für einen geeigneten Therapieplatz, die Erhöhung von Stundenkontingenten, mehr Angebote für männliche Betroffene und Betroffene in ländlichen Gebieten, die Öffnung von Kassenleistungen für diverse schulenübergreifende Traumatherapieverfahren, mehr bedarfsorientierte soziale Betreuung und Unterstützung neben der Therapie, mehr psychosoziale Vernetzung und Kooperation mit Kliniken und Beratungsstellen gefordert (vgl. Seite 87 bis 88).

Bisher wurde in Deutschland, trotz dieser allgemein positiv diskutierten Feststellung, noch kein für die Versorgung der Gesamtbevölkerung relevanter Versuch unternommen, diese Versorgungslücken mit ihren Folgen konsekutiv zu schließen, um vielfaches Leiden zu vermindern und letztlich die öffentlichen Haushalte zu schonen. Deshalb ergibt sich für das

deutsche Sozial- und Gesundheitswesen an dieser Stelle in Anbetracht der vorliegenden vielfachen Aussagen von Betroffenen, in Anbetracht der vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz und in Anbetracht der Ankündigungen der Politik und Organisationen, welche am *Runden Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch“* vertreten sind, Handlungsbedarf mit hohem Wirkpotenzial.

Es soll damit nicht behauptet werden, dass die vorhandenen Anlaufstellen, sozialen und medizinischen Einrichtungen, die Eltern, Kindern und Jugendlichen zur Verfügung stehen, umsonst oder gar falsch arbeiten würden. Doch muss man der Tatsache ins Auge sehen, dass die Versorgung einer bestimmten Gruppe von Kindern/Jugendlichen aus vielfältigen Gründen – Fegert et al. benennen im ersten veröffentlichten Teil dieses Traumaexpertisenprojekts vor allem die problematische Vernetzung beteiligter Disziplinen [130] – nicht ausreicht, um Traumatisierung und deren Folgen in sozial- und gesundheitspolitisch relevantem Ausmaß zu verhindern.

1.2.2 Aus der Fachliteratur abgeleitete Relevanz

Traumatisierung von Kindern und Jugendlichen ist kein Randphänomen, sondern umgibt uns alle und geht mit einem beträchtlichen Risiko der nachhaltigen und komplexen Schädigung des betroffenen Individuums einher. Diese Schädigung kann sich in zahlreichen Erkrankungen äußern, die zu vielfachem Leid mit entsprechender Beanspruchung v.a. des Gesundheitssektors führen und einer stark eingeschränkten persönlichen Entwicklung und Leistungsfähigkeit, die von der gesamten Gesellschaft aufgefangen werden muss. Dies soll im Folgenden an einigen Literaturbeispielen festgemacht werden.

Eine kürzlich veröffentlichte Umfrage in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung mit 2.504 Teilnehmern [119] offenbarte, dass fast die Hälfte der Studienteilnehmer im Kindes-/Jugendalter emotional (49,3%) bzw. körperlich (48,4%) vernachlässigt worden waren, wobei die beiden Formen von Vernachlässigung stark miteinander korrelierten. Emotionale Misshandlung betraf 14,9%, körperliche Misshandlung 12,0% und sexueller Missbrauch 12,5% der Befragten. Die Daten wurden mit Hilfe eines international eingesetzten, standardisierten Fragebogens erhoben (*Childhood Trauma Questionnaire CTQ*, s.a. Abschnitt 3.3).

Etwas länger liegt die Studie zu sexuellem Missbrauch, körperlicher Misshandlung und deren langfristigen Konsequenzen von Wetzels zurück [125]. Sie liefert für Deutschland Angaben zur Prävalenz von Gewalterfahrungen im Kindesalter auf Basis einer repräsentativen Stichprobe von 3.289 Befragten im Alter von 16 bis 59 Jahren. Demnach hatten insgesamt 38,8% häufiger als selten körperliche Gewalt durch die Eltern erfahren, schwer betroffen waren 4,7%. Sexueller Missbrauch mit Körperkontakt vor dem 18. Lebensjahr wurde von 6,5% der

Befragten (3,2% der Männer und 9,6% der Frauen) angegeben. Auch das Miterleben von elterlicher Partnergewalt wurde erfasst mit einem Anteil von 8,9%, der dies häufiger als selten erlebte.

Aktuelle Vergleichszahlen hierzu vom *Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen* aus einer noch größeren Stichprobe von 11.428 Studienteilnehmern im Alter von 16 bis 40 Jahren waren zum Zeitpunkt der Berichterlegung nur für sexuellen Missbrauch veröffentlicht [141]. Hierfür zeigt sich ein deutlicher Trend zur Abnahme der Häufigkeit, v.a. bei den jüngeren Studienteilnehmern. Insgesamt reduzierte sich die Häufigkeit von sexuellem Missbrauch mit Körperkontakt im Alter bis 16 Jahre um ca. ein Drittel (3,8% vs. 5,7%). Diese setzt sich zusammen aus einer Reduktion bei den Männern um etwa die Hälfte und bei den Frauen um etwa ein Viertel. Auffällig ist, dass von den 31- bis 40-jährigen Frauen (höchste Altersgruppe) sexueller Missbrauch mit einer Häufigkeit ähnlich wie bei Wetzels angegeben wurde, während mit abnehmendem Alter auch die Missbrauchshäufigkeit weiter abnimmt. Für den Vergleich weiterer Parameter kann nur auf die zu erwartende Veröffentlichung hingewiesen werden.

In der *Bremer Jugendstudie* [21] hatten 22,5% der 1.035 Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 17 Jahren bereits mindestens ein traumatisches Ereignis erlebt. Sexueller Missbrauch im Kindesalter und Vergewaltigung wurden mit 1,3% bzw. 0,7% angegeben, am häufigsten waren Traumata wie körperlicher Angriff, Verletzung und Zeugenschaft eines traumatischen Ereignisses. Die Lebenszeitprävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS, psychische Störung infolge eines Traumas, Definition s. Kapitel 3) lag bei 1,6% (mit dem Alter zunehmend). Von den Jugendlichen mit Diagnose PTBS bzw. Traumaerfahrung, welche dadurch mehrheitlich im Alltagsleben stark eingeschränkt waren, hatte nur ein geringer Anteil professionelle Hilfe in Anspruch genommen.

Eine weitere Erhebung in Deutschland, die *Early Developmental Stages of Psychopathology Study (EDSP)* [22], welche 1995 in München mit über 3.000 Jugendlichen und jungen Erwachsenen (14 bis 24 Jahre) durchgeführt wurde, hatten ähnlich viele Studienteilnehmer bereits mindestens ein traumatisches Ereignis erlebt, 25,5% der männlichen und 17,7% der weiblichen. Körperlicher Angriff, schwerer Unfall und Zeugenschaft eines traumatischen Ereignisses waren die drei häufigsten, gefolgt von sexuellem Missbrauch und Vergewaltigung sowie anderen selteneren. Die Posttraumatische Belastungsstörung als Folge einer Traumatisierung zeigte eine Lebenszeitprävalenz von 1,3%.

Von einer bundesweiten Stichprobe von 263 Kindern und Jugendlichen (60% 0 bis 10 Jahre, 40% älter als 10 Jahre), welche wegen Vernachlässigung, sexuellem Missbrauch, körperlicher oder emotionaler Misshandlung Kontakt zu einem Kinderschutz-Zentrum aufgenommen hatten, wurde bei 55% eine Störung der sozialen und emotionalen Entwicklung festge-

stellt, bei 21% eine Entwicklungsretardierung oder Lernbehinderung, bei 9% Sprachentwicklungsstörungen und bei 10% andere Entwicklungsstörungen. Einen Suizidversuch hatten 2,3% bzw. 5,7% der über 10-Jährigen unternommen, 1,9% der Jugendlichen hatten Jugendstraftaten begangen, nur 2,3% hatten bisher jedoch kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung erhalten [20].

Auf Traumafolgestörungen wird in Kapitel 4 ausführlich eingegangen. Zitiert sei an dieser Stelle die Übersicht von Putnam [23] bezüglich Zusammenhängen und Wirkmechanismen zwischen Traumatisierung als Kind/Jugendlicher und lebenslangen Folgeerscheinungen. Putnam macht anhand zahlreicher Quellen deutlich, dass viele, vielleicht sogar die meisten von Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung Betroffenen wesentliche Einschränkungen ihrer sozialen, emotionalen und körperlichen Entwicklung erleiden, verbunden mit einem erhöhten Risiko u.a. für psychische Störungen, Alkohol- und Drogenprobleme sowie körperliche Erkrankungen als Folgestörungen im Erwachsenenalter. Untersuchungen zu ausgewählten konkreten Folgestörungen werden in Abschnitt 4.3 erläutert.

Bisher gibt es wenige Quellen, welche die Kostenseite von Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter und seinen Folgen untersucht haben (s.a. Abschnitt 6.1). In den USA beziffert ein Forschungsbericht des *National Institute of Justice* [24] die jährlichen Kosten von Gewaltverbrechen gegen Kinder im Alter von null bis 11 Jahren – die im Wesentlichen verschiedene Formen von Kindesmisshandlung/-missbrauch darstellen – auf 77,3 Mrd. US-Dollar und von Verbrechen gegen Kinder/Jugendliche von 12 bis 17 Jahren auf 87,0 Mrd. US-Dollar. Diese Zahlen wurden aus Opfersicht kalkuliert, beinhalten somit z.B. keine Kosten, die mit der Verfolgung der Verbrechen zusammenhängen. Den größten Teil machen intangible Kosten und bei den tangiblen Kosten medizinisch-psychiatrische Behandlungen, Produktivitätseinbußen und soziale Hilfsmaßnahmen aus. Eine andere Studie errechnet für die USA einen Betrag von 103,8 Mrd. US-Dollar pro Jahr für direkte und indirekte Kosten aus Opfersicht infolge von Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung – ohne Berücksichtigung der intangiblen Kosten [82].

Für Australien wurden Kosten in Höhe von 13,7 Mrd. Australische Dollar (AUD), bei veränderter Berechnungsgrundlage sogar in Höhe von 38,7 Mrd. AUD errechnet, welche im Laufe des Lebens von allein im Jahr 2007 erstmals misshandelten bzw. missbrauchten oder vernachlässigten Kindern für die Gesellschaft anfallen [25]. Diese Berechnung beinhaltet u.a. Gesundheitsausgaben, die Krankheitslast in Form von *Disability adjusted life years (DALYs)* und Produktivitätsverluste.

Für Deutschland sind den Autoren keine Quellen über nationale Kosten bekannt. Im Rahmen des Projektes „Guter Start ins Kinderleben“, gefördert von den Ländern Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz, Thüringen und dem Bund, durchgeführt von der Universität Ulm

und veröffentlicht durch das *Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)* wurden Folgekosten unter der Annahme einer Kindeswohlgefährdung ermittelt, welche sich für den Einzelfall auf 432.950 Euro im „moderaten Szenario“ bzw. 1,16 Mill. Euro im „pessimistischen Szenario“ belaufen [118].

Zusammenfassend zeigen diese Zitate und Zahlenbeispiele eindrücklich, dass Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter und Traumafolgestörungen ein bedeutsames gesellschaftliches Problem darstellen. Das einzelne Individuum leidet oft ein Leben lang an den Auswirkungen der Traumatisierung, was auf unterschiedlichen Ebenen durch die Gesellschaft aufgefangen wird. Traumafolgestörungen als Ausdruck dieses Leidens müssen stärker in unser Blickfeld rücken und in ihren speziellen Kontext eingeordnet werden. Die vorliegende Expertise soll diese Sichtweise darstellen und die sozial- und gesundheitspolitische Relevanz der Zusammenhänge konkretisieren.

2 Untersuchungsmethode

Den folgenden Ausführungen liegt eine umfangreiche Recherche der internationalen Literatur zu den Themen sexueller Missbrauch, Kindesmisshandlung unterschiedlicher Art, Vernachlässigung und anderen Formen von Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter und damit assoziierter Traumafolgestörungen zugrunde. Außerdem wurden Erkenntnisse über die Versorgungslage Traumatisierter und die mit Traumatisierung verbundenen Kosten zusammengetragen.

Publikationen zu den lebenslangen Folgen einer kindlichen Traumatisierung finden sich vermehrt ab der zweiten Hälfte der 1990er Jahre. Die internationale Bearbeitung dieses Themenfeldes hat sich über die Zeit verbreitert und vertieft. Es entsteht jedoch noch vielfach der Eindruck, dass mit neuen Veröffentlichungen fast mehr Fragen aufgeworfen als beantwortet werden. Insbesondere Übersichtsarbeiten der vergangenen Jahre kommen immer wieder zu dem Schluss, dass die Datenbasis weiterhin verbreitert und inhaltlich geschärft werden muss [13, 18, 64].

Die überwiegende Anzahl der Arbeiten stammt aus dem angloamerikanischen Raum, für europäische Populationen, speziell aus Deutschland, liegt nur eine vergleichsweise kleine Datenbasis vor. Insbesondere die ökonomische Sicht auf das Thema und seine gesellschaftliche Bedeutung sind in der bisherigen Literatur stark unterrepräsentiert.

Die vorliegende Arbeit nimmt nicht für sich in Anspruch, die Ergebnisse eines vollständigen Reviews zu präsentieren. Vielmehr wurde eine Auswahl an Quellen heran gezogen, die zum einen methodisch qualitativ hochwertig und zum anderen inhaltlich dazu geeignet ist, einen verständlichen Überblick über ein komplexes Forschungsgebiet zu liefern. Dabei unterliegt die methodische Qualität einem grundsätzlichen Dilemma: Ein häufig gewähltes methodisches Vorgehen ist die retrospektive Befragung von Probanden zu Gewalterfahrungen im Kindes-/Jugendalter. Dies birgt immer die Gefahr von Verzerrungen durch ungenaue Erinnerung. Allerdings legen Studien dieser Art sehr gut dar, dass die Amplitude der Verzerrungen gering einzuschätzen ist und eher konservativer Art, das Ergebnis also die Wirklichkeit tendenziell unterschätzt [2, 4, 5, 9, 10, 13, 34].

Prospektive Studien sind in der klassischen Form deshalb ungeeignet, da bei Bekannt werden von Vernachlässigung oder Kindesmisshandlung/-missbrauch welcher Art auch immer aus ethischen Gründen nicht auf eine Intervention verzichtet werden kann, so dass die parallele Beobachtung von „unbehandelt“ versus „behandelt“ nicht möglich ist. Dies stellt die Forschung in diesem Bereich vor besondere Herausforderungen. Dennoch gibt es genügend Studien, die z.B. aufgrund großer Fallzahlen und präziser Studienprotokolle belastbare Ergebnisse produziert haben. Auf Basis solcher Ergebnisse kann nur versucht werden, die ökonomischen Fragestellungen näherungsweise zu beantworten.

Gerade um die ökonomischen Berechnungen näher an einer „deutschen Realität“ entwickeln zu können, wurden einerseits mit Hilfe aktueller Literatur zu Prävalenz von Kindesmiss-handlung/-missbrauch und Vernachlässigung [119] sowie zu mit den Folgen verbundenen Kostenszenarien [118] für Deutschland Traumafolgekosten hergeleitet.

Andererseits wurde ergänzend eine Recherche von Versichertendaten der Krankenkasse *Barmer GEK* durchgeführt. Mit einer Datenbasis von rund 7 Mill. Versicherten liegt dieser Recherche eine Stichprobe zugrunde, die einem Zehntel der gesetzlich Krankenversicherten und etwas weniger als einem Zehntel der deutschen Bevölkerung entspricht, und damit als sehr aussagekräftig eingestuft werden kann.

Aus routinemäßig vorhandenen Krankenkassendaten wurden diverse Parameter zu bestimmten Erkrankungen abgefragt, welche in Ergänzung durch die internationalen, epidemiologischen Forschungsergebnisse weitergehende Aussagen und Kalkulationen ermöglichen.

Die Herleitung der Traumafolgekosten anhand der Literatur sowie die Verarbeitung der Krankenkassendaten werden in Kapitel 7 detailliert erläutert und die Ergebnisse ausführlich bewertet. Die gefundenen Antworten sollen dabei einen Rahmen für die Dimension der ökonomischen Tragweite geben.

3 Traumatisierung – Definition im Kontext dieses Dokuments

Ausgangspunkt der Betrachtungen dieser Studie sind psychisch traumatisierende Erfahrungen im Kindes-/Jugendalter. Deshalb stellt sich primär die Frage nach der Definition solcher Traumatisierungen. Eine allgemein verbindliche Definition einer Traumatisierung, mit der in diesem Dokument gearbeitet wird, steht nicht zur Verfügung. Der Begriff des psychischen Traumas wurde Ende des 19. Jahrhunderts von Sigmund Freud geprägt. Mit der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) steht zwar eine verbindliche klinische Definition für eine infolge eines Traumas aufgetretene psychische Erkrankung zur Verfügung, die sich bei näherer Betrachtung allerdings für die Definition einer Ausgangsmenge nicht als geeignet erweist. Dieser Punkt wird im Folgenden näher erläutert und erklärt, wie der Begriff Traumatisierung hergeleitet wurde und im vorliegenden Kontext zu verstehen ist. (Zur Beschreibung der Posttraumatischen Belastungsstörung als Traumafolgestörung siehe Abschnitt 4.3.1.)

3.1 Posttraumatische Belastungsstörung bei Erwachsenen

Die Definition einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) dient der Beschreibung eines krankhaften Zustandes von Menschen nach einer Traumatisierung, wie z.B. Geiselnahme, Naturkatastrophe oder auch Verlust eines nahen Angehörigen, und stellt damit die klassische Traumafolgestörung dar. Es werden verschiedene Formen der Diagnose PTBS unterschieden, die zum einen die Latenz zwischen Trauma und Auftreten (Wochen bis Jahre) und zum anderen die Dauer der Erkrankung (akut/chronisch) berücksichtigen. Grundlegende Voraussetzung für die Diagnosestellung ist ein „belastendes Ereignis oder eine Situation [...], die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.“ Als typische Merkmale der Posttraumatischen Belastungsstörung gelten das wiederholte Erleben des Traumas, Gleichgültigkeit, Freudlosigkeit, Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen sowie Angst und Depression [26].

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist Bestandteil der von der *World Health Organization (WHO)* herausgegebenen *Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* in der 10. Revision (*ICD-10*), die seit dem 1.1.2000 in einer für Deutschland angepassten Form (*ICD-10-German Modification*) sowohl stationär als auch ambulant verbindlich für Abrechnungszwecke angewandt wird. Bereits seit ca. 1980 kann die PTBS im Rahmen des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM – Diagnostisches und Statistisches Handbuch psychischer Störungen)* kodiert werden. Diese Diagnose-Klassifikation wird national in den USA angewandt und liegt aktuell in der vierten Überarbeitung (*DSM-IV*) vor. Die Klassifikation *DSM-IV* wurde u.a. auch ins Deutsche übersetzt, und wird für Forschungszwecke international angewandt. Für die Diagnose PTBS

wendet sie teilweise engere Formulierungen an als die *ICD-10*, was die Vergleichbarkeit beider Klassifikationen einschränkt.

Mit Einführung der Diagnose PTBS wurde erstmals ein Zusammenhang zwischen traumatisierendem Ereignis und psychischer Störung allgemein verbindlich beschreibbar. Dieser lange Zeit tabuisierte Zusammenhang war ab Mitte der 1970-er Jahre zunehmend ins öffentliche Bewusstsein gelangt, als in den USA die Spätauswirkungen bei traumatisierten Soldaten aus dem Vietnamkrieg untersucht wurden und sich in den Niederlanden der Molukker Zwischenfall ereignete. Aufgrund dieser historischen Entwicklung wurde die Diagnose PTBS auf das Krankheitsbild von Erwachsenen zugeschnitten.

3.2 Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern

Wie im vorangehenden Abschnitt dargestellt, beschreibt die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung aus historischen Gründen ein Krankheitsbild des Erwachsenenalters. Im Jahr 1988 wurde in der Diagnoseklassifikation *DSM-III-R* (eine Vorgängerversion von *DSM-IV*) die Posttraumatische Belastungsstörung für die Anwendung bei Kindern inhaltlich ergänzt. Doch erst mit zunehmender Erfahrung im Umgang mit der Diagnose wurden die Schwierigkeiten bei der Verwendung im Kindesalter deutlich.

Inzwischen lässt sich klar formulieren, weshalb die in der *ICD-10* bzw. im *DSM-IV* kodierbare Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung und das klinische Erscheinungsbild der zugrunde liegenden Erkrankung im Kindesalter nicht zur Deckung kommen. Wesentliche Punkte sind eine mangelnde Berücksichtigung entwicklungspsychologischer Aspekte, die Notwendigkeit sprachlicher Umschreibung von Symptomen sowie die bei Kindern erschwerte Exploration bestimmter Symptome wie intrusive Erinnerungen oder Hypervigilanz [1]. Insbesondere die unzureichende Integration entwicklungspsychologischer Überlegungen und genereller Modelle der Posttraumatischen Belastungsstörung wird in der Übersicht von Steil und Straube angemahnt [18].

Diese Diskrepanzen verhindern oft die Diagnosestellung im Kindesalter, so dass die unmittelbaren psychischen Folgen von Traumatisierung auf diese Art nur schwer zum Ausdruck gebracht werden können. Zwei Studien aus Deutschland zeigen, dass bei Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen wesentlich mehr Traumatisierungen mit zahlreichen psychischen Belastungen vorliegen, als diagnostizierbare Fälle von Posttraumatischer Belastungsstörung [21, 22]. Eine Untersuchung aus den USA konnte zeigen, dass wegen mehrfachem oder anhaltendem Trauma in Behandlung befindliche Kinder zu weniger als einem Viertel die Kriterien der Diagnose PTBS erfüllen, dafür aber eine Fülle anderer psychischer Störungen aufweisen [107].

Darüber hinaus stellt sich die Traumatisierung von Kindern im Sinne dieses Dokuments oft als mehrfache oder chronische Misshandlung bzw. Missbrauch im familiären Kontext dar und ruft ein Störungsbild hervor, auf das die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung, die eher singuläre Ereignisse als Ursache ansieht, häufig nicht zutrifft [1, 15]. Nicht zuletzt spricht das Rechercheergebnis von Steil und Straube [18], dass repräsentative Erhebungen zur Lebenszeitprävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern unter 12 Jahren fehlen, dafür, dass die Anwendung dieser Diagnose bei Kindern als äußerst problematisch angesehen werden kann.

Dieser Missstand hat den international renommierten Traumaforscher van der Kolk dazu veranlasst, einen Antrag zur Aufnahme einer Diagnose „Developmental Trauma Disorder“ in die fünfte Fassung der Diagnoseklassifikation *DSM* zu stellen [15]. Auch in Deutschland wird die Einführung einer Diagnose „Traumaentwicklungsstörung“ diskutiert [1]. Schon an der Formulierung wird deutlich, dass entwicklungspsychologische Aspekte stärker integriert werden sollen.

3.3 Herleitung der Definition von Traumatisierung aus Fachliteratur

Im vorangehenden Abschnitt wurde beschrieben, warum die Anwendung der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) bei Kindern problematisch ist. Eine weitere wesentliche Schwierigkeit in Bezug auf die Verwendung der Diagnose PTBS als Marker für eine Traumatisierung im vorliegenden Zusammenhang ergibt sich daraus, dass es eine hohe Dunkelziffer an Fällen gibt, die zwar die Diagnosekriterien erfüllen, jedoch nie diagnostiziert werden, da keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird. In der *Bremer Jugendstudie* waren nur 11% der Teilnehmer mit PTBS bei einem Allgemeinarzt in Behandlung [21]. Durch eine Beschränkung der Auswahl auf die Diagnose könnten viele Fälle nicht betrachtet werden. Außerdem erkrankt nicht jeder Traumatisierte zwangsläufig an einer PTBS. In vielen Fällen stehen andere Erkrankungen im Vordergrund, so dass die Posttraumatische Belastungsstörung im vorliegenden Kontext als eine unter vielen anderen psychischen Traumafolgestörungen angesehen werden muss (s. Abschnitt 4.3.1).

Die vorliegende Arbeit bedient sich zur Definition einer Sammlung von Traumatisierungen, welche in der internationalen Literatur hinsichtlich ihrer Langzeitfolgen untersucht wurden. Dieses Vorgehen ist pragmatischer Natur, denn es gäbe nichts zu schreiben, wenn eine Definition zugrunde gelegt werden würde, zu der es keine Untersuchungen von Langzeitfolgen gäbe. Zu den mit am intensivsten untersuchten und allgemein akzeptierten Traumatisierungen zählen sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlung von Kindern/Jugendlichen.

Die grundlegende Schwierigkeit bei der Ableitung einer Definition aus der Literatur besteht darin, dass die Traumatisierungen in jedem einzelnen Studienkontext individuell definiert und erfasst werden. So reicht beispielsweise die Definition von sexuellem Missbrauch von Ereignissen ohne Körperkontakt (z.B. Ansehen sexueller Handlungen anderer) über Ereignisse mit Körperkontakt (z.B. Berühren von Geschlechtsteilen) bis zu Vergewaltigung [5]. Deshalb muss an dieser Stelle klar gemacht werden, dass sich die exakte Definition der Traumatisierung immer nur aus dem individuellen Studienkontext heraus ableiten lässt.

Nichts desto trotz können Übereinstimmungen über mehrere Studien hinweg gefunden werden, so dass eine Auswahl möglichst unmissverständlich zu definierender Traumatisierungen getroffen werden kann. Hierbei sind insbesondere standardisierte und ausreichend validierte Messinstrumente in Form von Fragensammlungen zu traumatischen Erfahrungen im Kindes-/Jugendalter hilfreich. So lassen sich Ergebnisse verschiedener Studien deutlich besser vergleichen, wenn in beiden dieselben Fragen an die Studienteilnehmer gestellt und die Antworten gemäß derselben Vorgehensweise ausgewertet werden. Als international anerkannte Fragensammlung soll beispielhaft der *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)* erwähnt werden, der sich kürzlich explizit auch in einer deutschen Studie als reliables und valides Instrument zur Messung von Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter erwiesen hat [16].

Die für die Beurteilung von Langzeitfolgen herangezogenen Quellen beziehen sich auf Traumatisierungen, welche unter die Definition von Kindesmisshandlung (child maltreatment) der *World Health Organization (WHO)* fallen [35]:

„Child maltreatment is the abuse and neglect that occurs to children under 18 years of age. It includes all types of physical and/or emotional ill-treatment, sexual abuse, neglect, negligence and commercial or other exploitation, which results in actual or potential harm to the child's health, survival, development or dignity in the context of a relationship of responsibility, trust or power. Exposure to intimate partner violence is also sometimes included as a form of child maltreatment.“

Teilweise werden zusätzlich weitere belastende Ereignisse (z.B. Trennung/Verlust der Eltern oder Drogenkonsum, psychische Erkrankung oder Kriminalität der Eltern, Unfall, Kriegserlebnisse u.a.) hinsichtlich ihrer Relevanz für Traumafolgestörungen geprüft.

Obwohl zumeist einzelne Arten von Traumatisierung zu Traumafolgestörungen in Beziehung gesetzt werden, zeigen einige groß angelegte Studien, dass vielfach nicht die Art der Traumatisierung entscheidend für die Folgen ist, sondern vielmehr die Schwere der Gesamtexposition, die sich aus mehreren Arten zusammensetzen kann. Die Wahrscheinlichkeit dafür, mehr als eine Art von Traumatisierung zu erleiden, ist erstaunlich hoch.

Bei einer aktuellen Befragung in Deutschland [119] gaben rund 40% der Befragten mehr als eine Form von Kindesmisshandlung/-missbrauch oder Vernachlässigung an, entsprechend 59% von allen, die mindestens eine Form erlitten haben. Die Untersuchung der Prävalenz von sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung im *Ontario Health Supplement* ergab eine Doppelbelastung von 2,4% bei den Männern bzw. 6,7% bei den Frauen von insgesamt fast 10.000 Teilnehmern [10]. Im Rahmen des *US National Comorbidity Survey* [14] mit fast 6.000 Teilnehmern werden gehäuft parallel auftretende Traumaarten als Traumacluster beschrieben und die Bedeutung der Vernetzung von Traumata verdeutlicht. Einem Drittel der Teilnehmer konnten mehr als drei unterschiedliche traumatische Erfahrungen zugeordnet werden (von insgesamt 26 untersuchten, die von Trennung oder Psychopathologie der Eltern bis zu sexuellem Missbrauch oder schwerem Unfall reichen). Felitti et al. [12] fanden in der Studie „The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study“ heraus, dass ein Viertel der über 8.000 Teilnehmer mindestens zwei unterschiedliche Arten von Traumata erlitten hatte, welche in sieben Kategorien von unterschiedlichen Arten von Kindesmisshandlung/-missbrauch und anderen Belastungen des kindlichen Umfeldes (z.B. Kriminalität oder Drogenmissbrauch im häuslichen Umfeld) unterteilt waren.

Für bestimmte Zusammenhänge scheint die Art der Traumatisierung wiederum besondere Bedeutung zu haben. Dies ist insbesondere bei sexuellem Missbrauch der Fall, denn hier wird oft eine besonders intensive Belastung beschrieben. Bei einer Untersuchung der Posttraumatischen Belastungsstörung an Münchner Jugendlichen und jungen Erwachsenen wiesen sexueller Missbrauch als Kind bzw. Vergewaltigung einen der stärksten Zusammenhänge mit der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung auf [22]. Steil und Straube trugen Informationen zusammen, nach denen das Erkrankungsrisiko für PTBS bei Kindern und Jugendlichen nach sexueller Gewalt am größten ist im Vergleich zu anderen Traumatisierungen [18]. Für die psychische Symptombelastung bei Drogenabhängigen konnte gezeigt werden, dass die Ausprägung am stärksten war bei sexuellem Missbrauch in der Vorgeschichte [19].

Abschließend soll festgehalten werden, dass ein traumatisierendes Ereignis nicht zwangsläufig eine nachhaltige Traumatisierung im einzelnen Individuum hervorruft. Im Zusammenspiel von schädigenden und schützenden Faktoren, über welches bisher erst ansatzweise Detailkenntnisse vorliegen, bildet sich ein individuelles Reaktionsmuster heraus. Es wurden psychosoziale Schutzfaktoren [11, 18, 28, 29] und biochemische beschrieben [7], die zahlreichen Risikofaktoren wie Vorerkrankungen oder sozioökonomischer Status gegenüber stehen. So kann ein und dasselbe Ereignis im einen Individuum folgenlos verarbeitet werden, während es im nächsten lebenslange schwere Beeinträchtigungen nach sich zieht (s.a. Abschnitt 6.2). Gesichert ist hingegen, dass – bezogen auf die Bevölkerung – traumatisierende Erfahrungen das Risiko, nachfolgend bestimmte Erkrankungen und Beeinträchtigungen zu erleiden, messbar erhöht, wie im folgenden Kapitel gezeigt wird.

4 Traumafolgestörung – Definition im Kontext dieses Dokuments

Die Definition von Traumafolgestörungen in diesem Dokument bezieht sich in erster Linie auf die gesundheitlichen Langzeitfolgen von Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter. Dafür kommen sämtliche Erkrankungen in Frage, für die ein Zusammenhang mit einer früheren Traumatisierung wissenschaftlich plausibel dargelegt werden konnte.

Von den sich unmittelbar auf ein Trauma beziehenden und zeitnah auftretenden psychischen Störungen (Akute Belastungsreaktion, Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)) wird nur die PTBS explizit mit einbezogen, da sie auch zeitlich deutlich verzögert auftreten und über viele Jahre andauern kann (s.a. Kapitel 3). Für die Frage, welche gesellschaftlichen und ökonomischen Konsequenzen sich aus kindlicher Traumatisierung ergeben, ist es unabdingbar, die gesamte Lebensspanne zu betrachten und nicht nur einen kleinen Ausschnitt herauszustellen.

Zunächst wird ein kurzer Überblick über die Bandbreite an Untersuchungen zu Traumafolgestörungen gegeben, sowie Forschungsergebnisse zu neurobiologischen Mechanismen zusammengefasst. Anschließend werden die Beziehungen zwischen Traumatisierung und einigen ausgewählten Traumafolgestörungen näher erläutert. Hierbei ist es das Ziel, diese Beziehungen auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse qualitativ darzustellen, die Art und Stärke des Zusammenhangs aufzuzeigen.

Aussagen zu quantitativen Fragestellungen – z.B. wie viele Menschen in Deutschland mit Depressiven Störungen eine Traumatisierung in der Vorgeschichte haben – lassen sich anhand der Zahlen aus der Literatur nur sehr vage beantworten. Deshalb wird an dieser Stelle gänzlich darauf verzichtet und auf Kapitel 7 verwiesen, in dem aktuelle Daten zu Prävalenzen und Kosten detailliert aufgearbeitet sind.

4.1 Übersicht über Fachliteratur zu Traumafolgestörungen

Wissenschaftliche Veröffentlichungen zu Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter und ihren Folgen sind vermehrt in den 1980-er Jahren zu verzeichnen. Doch erst in der zweiten Hälfte der 1990-er Jahre finden sich international zahlenmäßig mehr und stärker datenzentrierte Studien. Die Studienansätze wurden vielfältiger, so dass bis heute schon zahlreiche Zusammenhänge einer wissenschaftlichen Betrachtung unterzogen worden sind.

Zu den untersuchten Traumafolgestörungen zählen: Depressive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Suizid, Posttraumatische Belastungsstörung, Suchterkrankungen, Somatoforme Störungen, Verhaltensstörungen, Entwicklungsstörungen, Übergewicht, Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Ischämische Herzkrankheit, Schlaganfall, Krebs, Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COLD), Lebererkrankungen und Frakturen als

konkrete Gesundheitsstörungen, aber auch Faktoren wie Rauchgewohnheiten, Kriminalität, Sexualverhalten oder Schullaufbahn wurden in Zusammenhang mit einer Traumatisierung analysiert [1, 2, 3, 6, 12, 22, 31, 65] (Aufzählung nicht abschließend).

Die Vielfalt dieser Aufzählung zeigt, dass ganz unterschiedliche Lebensbereiche betroffen sein können, was sich auch in der hohen Komorbidität von Traumafolgestörungen (dem gleichzeitigen Auftreten mehrerer Störungen) widerspiegelt. Das bedeutet, dass z.B. drogenabhängige Traumatisierte gleichzeitig mit der Drogenabhängigkeit zahlreiche weitere psychische Störungen und eine hohe Symptombelastung, wie erhöhte Suizidneigung und Gewaltbereitschaft, aufweisen [17, 19]. Dieser Sachverhalt wurde auch im Rahmen großer Studien umfangreich für psychische und somatische Störungen belegt [9, 12, 14, 15, 22, 34, 49] und spricht dafür, dass eine Traumatisierung als Kind/Jugendlicher als komplexe „ganzheitliche“ Schädigung betrachtet werden muss.

Darüber hinaus werden dosisabhängige Zusammenhänge zwischen Traumatisierung und Traumafolgestörung beschrieben. Beispielsweise nimmt mit der Schwere des sexuellen Missbrauchs die Stärke der psychischen Symptombelastung [19] und mit der Vielfalt der Traumatisierung das Risiko für eine Traumafolgestörung drastisch zu [12].

Der Großteil der Fachliteratur beschreibt epidemiologische Zusammenhänge. Doch es gibt auch Forschungsergebnisse zu den kausalen Mechanismen zwischen Traumatisierung und Traumafolgestörung. Hervorzuheben ist hierbei die vielfach erwähnte besondere Vulnerabilität von Kindern und Jugendlichen, welche durch die Störung der normalen Entwicklung bei einer Traumatisierung begründet wird.

Knudsen et al. [27] verflochten ökonomische, neurobiologische und entwicklungspsychologische Erkenntnisse: Vulnerable Phasen in früher Kindheit und die Langzeiteffekte bestimmter Einflüsse in diesen Phasen lassen sich durch Verhaltensforschung, auch tierexperimentell, belegen. Die Reifung des Gehirns beruht auf aufeinander aufbauenden Prozessen, so dass die Störung an einer Stelle wie bei einem Dominoeffekt weitere Störungen nach sich zieht. Erfahrungen beeinflussen so die neuronale Architektur, Biochemie und Genexpression, was in verändertes kognitives, emotionales und soziales Verhalten zum Ausdruck kommt.

Auch an anderer Stelle werden die Auswirkungen von Stress durch Traumatisierung auf mehreren Ebenen beschrieben, von hormonell über strukturell bis funktionell. Manche Gehirnareale bleiben kleiner, andere unterliegen einer erhöhten Erregbarkeit, hormonelle Regelkreise werden nachhaltig beeinflusst [9, 31, 33].

De Bellis und Thomas [54] tragen eine Vielzahl von Einzelnachweisen zusammen und bringen diese in einen sinnvollen Zusammenhang, der es ermöglicht, die Entstehung einzel-

ner Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung zu erklären. Beispielsweise können Befunde aus der Bildgebung eingeschränkte kognitive Fähigkeiten erklären und häufige komorbide Störungen – insbesondere Depressive Störungen – finden ihre Entsprechung in erniedrigten Serotoninspiegeln (Serotonin ist ein zentraler neuronaler Botenstoff). Auf diese Weise können reine Beobachtungen auf neurobiologischer Ebene erklärt werden.

4.2 Auswahl geeigneter Traumafolgestörungen

Nach intensiver Sichtung der Literatur wurden für die vorliegende Expertise bestimmte Erkrankungen bzw. Störungen ausgesucht, für die eine möglichst sichere wissenschaftliche Evidenz im Sinne einer Traumafolgestörung vorliegt. Qualifizierende Faktoren waren hierbei v.a. der Umfang der Stichprobe, die Art der Studie, das Studiendesign – insbesondere in Hinblick auf die Definition der verwendeten Kriterien für Traumatisierung und Traumafolgestörung – und die Übereinstimmung mit anderen Quellen.

Aber auch die Bedeutung der jeweiligen Traumafolgestörung für das deutsche Sozial- und Gesundheitswesen wurde für die Auswahl berücksichtigt. Hierbei fallen v.a. die Prävalenz, der Behandlungsbedarf und die Schwere der Beeinträchtigungen ins Gewicht.

Besonders umfangreich sind psychische Störungen nach Traumatisierung untersucht. Somatische Erkrankungen als Traumafolgestörungen sind, verglichen mit psychischen, bisher nicht ganz so umfangreich erforscht. Doch ist die Anzahl und Qualität der Quellen mehr als ausreichend, um entsprechende Zusammenhänge darlegen zu können. Die Tabelle 4.1 gibt darüber Aufschluss, welche Quellen für die Beschreibung der jeweiligen Traumafolgestörung zugrunde gelegt wurden.

Für eine bessere Übersichtlichkeit werden die ausgesuchten Traumafolgestörungen in psychische und somatische unterteilt. Diese Trennung ist sowohl aus epidemiologischer, als auch aus kausaler Perspektive artifiziell, denn zum einen liegen oft mehrere Störungen gleichzeitig vor (hohe Komorbidität), die sich zum Teil auch noch untereinander bedingen, und zum anderen treten die neurobiologischen Veränderungen nach Traumatisierung nicht isoliert auf.

Letztlich muss eine Traumafolgestörung als Ausdruck einer ganzheitlichen Schädigung eines Individuums entsprechend einer komplexen Matrix zueinander in Beziehung stehender Faktoren verstanden werden. Deshalb kann die separate Betrachtung einzelner Traumafolgestörungen der Realität nicht gerecht werden. Sie muss als „technisch“ verstanden werden im Sinne einer besseren Verständlichkeit und dient als Gerüst für die Datenauswertung in Kapitel 7.

Tabelle 4.1 Ausgewählte Traumafolgestörungen mit zugehörigen Literaturquellen

Traumafolgestörung gemäß Abschnitt 4.3	Quelle-Nr. gem. Literaturverzeichnis	Quelle Kurzbezeichnung
Posttraumatische Belastungsstörung	18	Steil und Straube (2002)
	22	Perkonigg et al. (2000)
	30	Silverman et al. (1996)
	34	Kessler et al. (1995)
	49	Perkonigg und Wittchen (1999)
	50	Widom (1999)
	51	Maercker et al. (2008)
	58	Tagay et al. (2009)
Depressive Störungen	31	Felitti und Anda (2010)
	6	Fergusson et al. (1996b)
	14	Kessler et al. (1997)
	3	Nelson et al. (2002)
	30	Silverman et al. (1996)
	36	Rohde et al. (2008)
	12	Felitti et al. (1998)
	22	Perkonigg et al. (2000)
Angststörungen	6	Fergusson et al. (1996b)
	4	Goodwin et al. (2005)
	14	Kessler et al. (1997)
	22	Perkonigg et al. (2000)
	3	Nelson et al. (2002)
Suchterkrankungen	47	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2009)
	12	Felitti et al. (1998)
	6	Fergusson et al. (1996b)
	14	Kessler et al. (1997)
	3	Nelson et al. (2002)
	17	Schäfer et al. (2000)
	30	Silverman et al. (1996)
	22	Perkonigg et al. (2000)

Tabelle 4.1 Ausgewählte Traumafolgestörungen mit zugehörigen Literaturquellen, Fortsetzung

Traumafolgestörung gemäß Abschnitt 4.3	Quelle-Nr. gem. Literaturverzeichnis	Quelle Kurzbezeichnung
Somatoforme Störungen	22	Perkonigg et al. (2000)
	60	Waldinger et al. (2006)
	61	Sansone et al. (2001a)
	62	Sansone et al. (2001b)
	63	Walker et al. (1993)
	29	Egle et al. (1997)
	108	Barsky et al. (1994)
Persönlichkeitsstörungen	14	Kessler et al. (1997)
	39	Kopp et al. (2009)
	30	Silverman et al. (1996)
	38	Spataro et al. (2004)
	59	Luntz und Widom (1994)
Störungen des Sozialverhaltens	6	Fergusson et al. (1996b)
	14	Kessler et al. (1997)
	3	Nelson et al. (2002)
	38	Spataro et al. (2004)
Übergewicht	12	Felitti et al. (1998)
	70	Williamson et al. (2002)
	69	Thomas et al. (2008)
	36	Rohde et al. (2008)
	13	Gilbert et al. (2009)
Diabetes mellitus	12	Felitti et al. (1998)
	73	Kendall-Tackett und Marshall (1999)
	72	Rich-Edwards et al. (2010)
	69	Thomas et al. (2008)
Bluthochdruck	75	Riley et al. (2010)
	76	Stein et al. (2010)
Ischämische Herzkrankheiten	78	Dong et al. (2004)
	12	Felitti et al. (1998)
	79	Roy et al. (2010)
	109	Fuller-Thomson et al. (2010)
	110	Goodwin und Stein (2004)

4.3 Darstellung ausgewählter Konstellationen von Traumatisierung und Traumafolgestörung

Die nachfolgend zitierten Studien zur Beschreibung der Zusammenhänge zwischen Traumatisierung und Traumafolgestörung beziehen sich – wie es in internationalen Studien üblich ist – bei psychischen Störungen auf Diagnosekriterien gemäß *DSM-III-R* bzw. *DSM-IV* oder vergleichbarer Standards. Bei der Datenerhebung kommen international bewährte strukturierte klinisch-diagnostische Fragebogeninstrumente zum Einsatz.

Zur Bestimmung der Symptombelastung dient z.B. die *Symptom-Checklist-90-Revised (SCL-90-R)*, zur Erhebung von Diagnosen wurden u.a. *Structured Clinical Interviews for DSM-IV-Axis I and II Disorders (SCID I and II)* und *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)* verwendet. In Einzelfällen werden auch bereits zuvor dokumentierte klinische Diagnosen betrachtet.

Die Quellen, welche sich auf somatische Diagnosen beziehen, beruhen entweder auf dokumentierten medizinischen Befunden, standardisierten Befragungen oder Selbsteinschätzungen zu Symptomen und Krankheiten.

4.3.1 Psychische Störungen und Traumatisierung

Posttraumatische Belastungsstörung

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist zweifelsfrei eine Traumafolgestörung, denn diese Diagnose ist u.a. durch ein vorangehendes schweres Trauma definiert (s. Abschnitt 3.1). Zu den charakteristischen Symptomen zählen das wiederholte Erleben des Traumas (z.B. in Alpträumen), emotionale Stumpfheit und Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen und vegetative Übererregtheit (z.B. Schlafstörungen). Aktivitäten oder Situationen, die Erinnerungen an das Trauma hervorrufen könnten, werden vermieden. Die PTBS kann bei längerem Bestehen auch in eine andauernde Persönlichkeitsänderung übergehen [26].

Die Angaben zur Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung schwanken in der Literatur (z.B. 1,0% bei Helzer et al. (Lebenszeitprävalenz in unselektierter Bevölkerung) [52] und 12,3% (Lebenszeitprävalenz bei erwachsenen Frauen) bei Resnick et al. [53]), was neben Unterschieden in der Studienpopulation und im Studiendesign u.a. dadurch begründet ist, dass die Diagnosekriterien im Laufe der Jahre verändert wurden. Je nach zugrunde liegender Version der Diagnoseklassifikation erfüllen mehr oder weniger Studienteilnehmer die Bedingungen.

Eine neuere Studie aus Deutschland [51] zeigt eine Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung von 2,3% in der jugendlichen und erwachsenen Bevölkerung (2.426 Teilnehmer ab 14 Jahre). In der Altersgruppe ab 60 Jahre ist der Anteil fast doppelt so hoch wie in der Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen, was als Folge einer Häufung von Traumata durch den Zweiten Weltkrieg interpretiert wird und eindrucksvoll die lebenslangen Folgen von im Kindes-/Jugendalter erlebter Traumatisierungen aufzeigt. Vergewaltigung und "Kindesmissbrauch" waren mit der höchsten Wahrscheinlichkeit für eine PTBS verbunden (mehr als ein Drittel der Traumatisierten entwickelte eine PTBS), gefolgt von lebensbedrohlicher Krankheit (knapp ein Viertel von PTBS betroffen).

Zum Vorkommen der PTBS bei jungen Menschen in Deutschland gibt es zwei bedeutende Studien. Die *Bremer Jugendstudie* [21] zeigt bei Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 17 Jahren eine Lebenszeitprävalenz von 1,6%, die *Early Developmental Stages of Psychopathology Study (EDSP)* [22] von 1,3% bei 14 bis 24 Jahre alten Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die in Abschnitt 3.2 ausführlich dargelegte Problematik der Anwendung der Diagnose PTBS bei Kindern und Jugendlichen führt in diesem Zusammenhang zu der Annahme, dass zahlreiche Kinder und Jugendliche ein der Posttraumatischen Belastungsstörung vergleichbares Krankheitsbild aufweisen, das jedoch statistisch nicht erfasst werden kann, da eine allgemein verbindliche Definition dafür fehlt.

Im Rahmen einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage in den USA (*National Comorbidity Survey*) [34] wurde eine Lebenszeitprävalenz von 7,8% für die PTBS erhoben, wobei Frauen ca. doppelt so häufig betroffen waren wie Männer. Der Krankheitsverlauf war von einer Chronifizierung in mehr als 30% der Fälle gekennzeichnet – ungeachtet einer Behandlung, d.h. die Erkrankten sind über viele Jahre bis Jahrzehnte in ihrer Lebensführung spürbar eingeschränkt.

Ein weiteres Merkmal ist, dass einerseits die Erkrankung an PTBS dafür prädestiniert, zahlreiche weitere psychische Störungen zu erleiden und andererseits vorbestehende psychische Störungen das Risiko für eine PTBS drastisch erhöhen [22, 34, 49]. So sind auch die in den folgenden Abschnitten aufgeführten Erkrankungen häufig mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung vergesellschaftet.

Grundsätzlich stehen eine Reihe von Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung – wenn die Patienten denn diagnostiziert werden, deren spezifische Wirksamkeit jedoch noch unzureichend dargelegt ist [37, 58, 96].

Die Prävalenz der PTBS bei jungen Erwachsenen ist in der longitudinalen Studie von Silverman et al. [30] bei allen drei ausgewerteten Gruppen (körperliche Misshandlung bei Männern, körperliche Misshandlung und sexueller Missbrauch bei Frauen) statistisch hochsignifikant erhöht. Während die Vergleichswerte in den Gruppen ohne jeweiliges Trauma-

merkmal zwischen 0,6% (Männer ohne körperliche Misshandlung) und 3,4% (Frauen ohne körperliche Misshandlung) bzw. 1,8% (Frauen ohne sexuellen Missbrauch) variieren, liegt die Prävalenz bei Männern nach körperlicher Misshandlung bei 10,0%, bei Frauen nach körperlicher Misshandlung bei 41,7% und nach sexuellem Missbrauch bei 34,8%.

Im *US-National Comorbidity Survey* [34] gingen sowohl Traumata im Kindes-/Jugendalter, als auch diverse traumatische Erfahrungen von Erwachsenen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für eine Posttraumatische Belastungsstörung einher. Opfer einer Vergewaltigung erlitten zu 65,5% (Männer) bzw. zu 45,9% (Frauen) eine PTBS, Opfer von körperlicher Misshandlung und Vernachlässigung als Kind zu 22,3% bzw. 23,9% (Männer) und zu 48,5% bzw. 19,7% (Frauen).

Die detaillierte Erhebung zur Posttraumatischen Belastungsstörung aus München (*EDSP*) von Perkonig et al. [22, 49] zeigt die höchsten Risiken für die Entwicklung einer PTBS für Frauen nach sexuellem Missbrauch bzw. Vergewaltigung, bei Männern nach schrecklichen Kriegserlebnissen und „anderen“ (nicht spezifizierten) Traumata und für beide Geschlechter nach unerwartetem Tod bzw. lebensbedrohlicher Situation eines nahen Angehörigen. Mehr als drei Viertel der an PTBS Erkrankten wiesen mindestens zwei weitere psychische Störungen auf und 87,5% hatten mindestens eine zusätzliche Störung. Besonders ausgeprägt war der Zusammenhang für Panikstörungen, Soziale Phobien, Generalisierte Angststörung und Dysthymie mit einer mehr als 10-fachen Risikoerhöhung. Die Frage danach, wer nach einem entsprechenden Trauma tatsächlich eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickelt, wird beantwortet mit: „Frauen, arme Menschen und Kinder, die sehr früh einem solchen Erlebnis ausgesetzt waren.“

Steil und Straube [18] beziffern in ihrer Übersichtsarbeit das Erkrankungsrisiko für PTBS bei jungen Menschen auf 50% bis 80% nach Erleben sexueller Gewalt, was sich gegenüber anderen Traumatisierungen deutlich abhebt. Weiterhin trugen sie Evidenz dafür zusammen, dass das Risiko mit zunehmender Intensität der Traumatisierung, wiederholter Traumatisierung und jüngerem Alter zum Zeitpunkt des Traumas ansteigt.

Eindrucksvolle Evidenz für die Nachhaltigkeit der Auswirkungen einer kindlichen Traumatisierung auf das weitere Leben bietet eine Studie mit juristisch gesicherten Fällen von körperlicher Misshandlung, sexuellem Missbrauch oder Vernachlässigung bis zum Alter von 11 Jahren [50]. Das Risiko, rund 20 Jahre nach der Traumatisierung an einer PTBS erkrankt zu sein, war gegenüber der Vergleichsgruppe in etwa verdoppelt, nach sexuellem Missbrauch sogar mehr als verdoppelt. Etwa ein Drittel der traumatisierten Studienteilnehmer hatte bis zum Zeitpunkt der Befragung schon einmal an einer Posttraumatischen Belastungsstörung gelitten.

Verschiedene Untersuchungen an älteren Menschen zeigen, dass Traumatisierungen, die als Kind/Jugendlicher während des Zweiten Weltkrieges erlebt wurden („Kriegskinder-generation“), sogar nach mehr als 50 Jahren noch eine Posttraumatische Belastungsstörung durch Reaktivierung auslösen können bzw. entsprechende Symptome über mehr als 50 Jahre fortbestehen und im Alter zu erhöhter und komplexer Morbidität beitragen [58].

Depressive Störungen

Depressive Störungen gehören mit zu den am häufigsten untersuchten Folgestörungen nach Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter. Sie sind geprägt durch eine über einen bestimmten Zeitraum vorherrschende depressive Stimmung mit Begleitsymptomatik wie Schlafstörungen, Antriebslosigkeit oder Gewichtsverlust bis hin zu suizidalen Handlungen, was zu einer starken Einschränkung im täglichen Leben führt. Die Symptomatik tritt überwiegend episodisch rezidivierend auf [43].

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen in Deutschland mit Hinweisen auf eine zunehmende Tendenz. Der *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* zufolge, die sich auf den *Bundesgesundheitsurvey* von 1998 bezieht [43], beträgt die Lebenszeitprävalenz Depressiver Störungen im Erwachsenenalter 19%. In Deutschland sind demnach 5 bis 6 Millionen Bürger (doppelt so viele Frauen wie Männer) pro Jahr von dieser Erkrankung betroffen. Der Verlauf ist in 15 bis 30% der Fälle chronisch, so dass die Betroffenen über Jahre hinweg in ihrer Lebensführung stark beeinträchtigt sind. Professionelle Hilfe wird nur von etwa der Hälfte der Erkrankten in Anspruch genommen.

Aufgrund ihrer weiten Verbreitung und großen Beeinträchtigung wird den Depressiven Störungen eine herausragende klinische, gesundheitspolitische und gesundheitsökonomische Bedeutung zugeschrieben. Dies zeigt sich u.a. an der – verglichen mit anderen Erkrankungen – sehr hohen Anzahl verlorener Erwerbstätigkeitsjahre (durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und Mortalität) von 210.000 für die Diagnosegruppe „Depression“ im Jahr 2008 [46].

Im *US National Comorbidity Survey* [14] mit 5.877 Teilnehmern wurde für Major Depression und Dysthymie ein erhöhtes Erkrankungsrisiko bei interpersonellem Trauma (beinhaltet u.a. sexuellen Missbrauch und körperliche Misshandlung), psychischer Erkrankung der Eltern und anderen schweren Traumatisierungen wie Unfall gefunden (alle Ereignisse waren bis zum Alter von 16 Jahren aufgetreten). Das Ausmaß der Risikoerhöhung variiert abhängig von der Art der Traumatisierung zwischen Faktor 1,40 (Katastrophen-Ereignis) und Faktor 3,01 (wiederholte Vergewaltigung) unter Berücksichtigung sozioökonomischer Störgrößen. Sogar bei zusätzlicher Berücksichtigung von Vorerkrankungen als potenzielle Störfaktoren bleibt der beschriebene Zusammenhang klar ersichtlich, obwohl die statistische Signifikanz

etwas geschwächt wird und sich das Ausmaß der Risikoerhöhung auf maximal 2,52 bei wiederholter Vergewaltigung reduziert.

Eine Untersuchung des Zusammenhangs zwischen sexuellem Missbrauch bzw. körperlicher Misshandlung und Depressiver Störung bzw. Übergewicht an 4.641 Frauen im mittleren Lebensalter zeigte für Missbrauchte bzw. Misshandelte eine mehr als doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit, an einer Depressiven Störung zu erkranken [36].

Sehr aussagekräftig bezüglich des Einflusses von Störfaktoren ist eine Studie mit 1.991 Zwillingspaaren [3]. Der gewählte Ansatz ermöglicht es, den Einfluss der Störfaktoren auf ein Minimum zu reduzieren und so den direkten Effekt von sexuellem Missbrauch zu messen. Von den Befragten gaben 16,7% der Frauen und 5,4% der Männer sexuellen Missbrauch vor dem Alter von 18 Jahren an. Bei 283 gleichgeschlechtlichen Zwillingspaaren war das Risiko, im Erwachsenenalter an einer Depressiven Störung zu erkranken, für den missbrauchten Zwilling um das 1,56-fache erhöht im Vergleich zum nicht missbrauchten. Bei Betrachtung aller Paare war das Depressionsrisiko nach sexuellem Missbrauch fast verdoppelt (Faktor 1,91 bei Frauen und Faktor 1,87 bei Männern), die Wahrscheinlichkeit, einen Selbstmordversuch zu begehen, sogar um den Faktor 4,12 bei Frauen und Faktor 5,42 bei Männern erhöht. Herausragend ist ein adjustierter Risikofaktor von 8,81 für Selbstmordversuche nach schwerem sexuellem Missbrauch (mit Penetration).

In der groß angelegten Studie „The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study“ aus den USA [12] wird ein graduell erhöhtes Erkrankungsrisiko für Depressive Störungen beschrieben. Verglichen mit einer Prävalenz von 14,2% ohne kindliche Traumatisierung steigt die Prävalenz mit Anzahl der erlittenen Traumakategorien (*ACE-Score*) auf 21,4% (1 Kategorie), 31,5% (2 Kategorien), 36,2% (3 Kategorien) und sogar 50,7% (4 oder mehr Kategorien). Das entspricht einem 4,6-fach erhöhten Erkrankungsrisiko von Studienteilnehmern, auf die mindestens vier verschiedene Traumakategorien (z.B. emotionale oder körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, Alkohol-/Drogenmissbrauch eines Familienangehörigen, Gewalt gegen die Mutter) zutreffen.

In einer Folgeveröffentlichung der „ACE Study“ von Felitti und Anda [31], die einen prospektiven Follow-up von 10 Jahren beinhaltet, wird der Zusammenhang zwischen Trauma und Depressiver Störung zusätzlich durch eine mit dem *ACE-Score* ansteigende Selbstmordrate sowie zunehmende Verschreibung antidepressiver Medikamente gestützt. Das bevölkerungsbezogene attributable Risiko wird von den Autoren mit 54% für Depression bzw. 58% für Selbstmordversuch bei Frauen angegeben. Damit werden für über die Hälfte aller weiblichen Fälle von Depression bzw. Selbstmordversuch traumatische Kindheitserfahrungen als (Mit-)Ursache angesehen.

In der von Fergusson et al. [6] untersuchten Geburtskohorte aus Neuseeland wurden 1.019 Jugendliche im Alter von 18 Jahren einerseits zu sexuellem Missbrauch bis zum Alter von 16 Jahren und andererseits zu Traumafolgen, die in den 2 Jahren danach (zwischen 16 und 18 Jahren) aufgetreten sind, befragt. Von den Teilnehmern bzw. ihren Eltern waren zuvor seit der Geburt in regelmäßigen Abständen bis zum Alter von 16 Jahren zahlreiche Informationen gesammelt worden, welche Aufschluss über Lebensbedingungen und zusätzliche Risikofaktoren (z.B. sozioökonomischer Status, Qualität der Eltern-Kind-Beziehung) geben, um die Studienergebnisse besser interpretieren zu können. So war das für diese prospektiv gemessenen Einflussgrößen statistisch adjustierte Erkrankungsrisiko für eine Depressive Störung um den Faktor 5,4 bei schwerem sexuellen Missbrauch bzw. Faktor 3,6 und 3,0 bei leichterem Missbrauch erhöht. Fast die Hälfte (48,6%) der von schwerem Missbrauch betroffenen Studienteilnehmer war im Alter zwischen 16 und 18 Jahren von einer Depressiven Störung betroffen im Vergleich zu 17,1% der Teilnehmer ohne sexuellen Missbrauch. Die Lebenszeitprävalenz von Selbstmordversuchen war insbesondere in der Gruppe der schwer sexuell Missbrauchten eindrücklich erhöht (15,2% vs. 4,1% ohne Missbrauch).

Eine weitere prospektiv angelegte Studie [30], welche die Folgen von sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung bis zum Alter von 18 Jahren untersucht, zeigt eine deutlich erhöhte Depressionsrate im Alter von 21 Jahren bei Frauen und Männern mit Missbrauch bzw. Misshandlung im Vergleich zu denen ohne (Frauen: sexueller Missbrauch: 21,7% vs. 4,3%, körperliche Misshandlung: 25,0% vs. 5,1%; Männer: sexueller Missbrauch: keine Aussage aufgrund kleiner Fallzahl; körperliche Misshandlung: 20,0% vs. 3,9%). Gestützt wird das Ergebnis durch eine ebenfalls erhöhte Prävalenz von Selbstmordversuchen und -phantasien, v.a. nach sexuellem Missbrauch.

Eine detaillierte Analyse der zeitlichen Abfolge von Trauma und Depressiven Störungen zeigt, dass in fast zwei Drittel der Fälle die Depressiven Störungen dem Trauma nachgeordnet auftreten [22].

Angststörungen

Die Gruppe der ebenfalls häufig untersuchten Angststörungen umfasst im Wesentlichen Phobien (Agoraphobie, Soziale Phobien und Spezifische Phobien), Panikattacken/-störungen und die Generalisierte Angststörung. Je nach Quelle werden ggf. nur ausgewählte Störungen analysiert. Angststörungen gehören wie Depressive Störungen zu den häufigen psychischen Erkrankungen. Auch hier sind Frauen etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer. Fast 7 Millionen Menschen im Alter zwischen 18 und 65 Jahren (14,2% der erwachsenen Bevölkerung) leiden in Deutschland im Zeitraum von einem Jahr unter einer Angststörung (gemäß *Bundesgesundheitsurvey* von 1998 [44]).

Angststörungen sind durch einen meist chronischen Verlauf gekennzeichnet. Die mit Angststörungen verbundene Beeinträchtigung der Erkrankten schwankt abhängig von der genauen Diagnose. Insbesondere die Generalisierte Angststörung, Soziale Phobien und Panikstörungen können mit schwersten Beeinträchtigungen einhergehen, während das tägliche Leben von Spezifischen Phobien wenig gestört ist. Beachtenswert ist, dass in fast ein Drittel der Fälle mehrere Angststörungen gleichzeitig vorliegen [44].

Auch bei Kindern und Jugendlichen gehören die Angststörungen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. In einer Übersicht von Essau und Petermann [45] wird die Lebenszeitprävalenz mit etwa 10% angegeben, wobei deutlich mehr Mädchen als Jungen betroffen sind. Schon in dieser jungen Altersgruppe sind Angststörungen durch Chronifizierung, Komorbidität und Einschränkung des täglichen Lebens geprägt.

In der im Abschnitt Depressive Störungen bereits beschriebenen neuseeländischen Langzeitstudie [6] war das adjustierte Risiko, nach sexuellem Missbrauch an einer Angststörung zu erkranken, um den Faktor 3 herum erhöht (leichter Missbrauch: 2,8, mittelschwerer Missbrauch: 3,0, schwerer Missbrauch: 3,2). In der Gruppe der sexuell Missbrauchten litten mehr als doppelt so viele an einer Angststörung wie in der Gruppe ohne Missbrauch.

Eine weitere Analyse dieser Studienpopulation [4] fokussiert – unter Berücksichtigung diverser potenzieller Störfaktoren – auf den Zusammenhang zwischen körperlicher Misshandlung bzw. sexuellem Missbrauch und Panikattacken/-störungen. Der stärkste Effekt wird für Panikattacken nach sexuellem Missbrauch beschrieben mit einer Risikoerhöhung um den Faktor 4,1. Nach körperlicher Misshandlung war v.a. das Risiko für Panikstörungen erhöht (Faktor 3,0).

Besonders gut ließen sich die Lebensumstände betreffende potenzielle Störfaktoren im Rahmen einer australischen Zwillingsstudie kontrollieren [3]. Bei den männlichen Studienteilnehmern konnte keine statistisch signifikante Risikoerhöhung für Soziale Phobien festgestellt werden, bei den weiblichen hingegen fast eine Risikoverdoppelung (Faktor 1,89).

Die Gruppe der Angststörungen wurde auch im *US National Comorbidity Survey* [14] untersucht. Der statistische Zusammenhang zur Traumatisierung ist hier nicht so stark ausgeprägt wie in den zuvor zitierten Studien, und lässt sich hauptsächlich bei psychischer Erkrankung der Eltern als potenziell traumatisierende Einflussgröße in der Kindheit/Jugend darstellen.

Perkonig et al. [22] konnten zeigen, dass das Risiko für eine Agoraphobie um den Faktor 3,75 erhöht war bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit PTBS nach entsprechendem Trauma. Alle in der Studienpopulation prävalenten Angststörungen traten zur Hälfte in der Folge eines traumatischen Ereignisses auf, Panikstörungen in bis zu 69,2% der Fälle. Bei gleichzeitigem Bestehen einer PTBS waren bis zu 80% der Panikstörungen mit Agoraphobie

zeitgleich mit der Posttraumatischen Belastungsstörung aufgetreten, die Agoraphobie ohne Panikstörung wiederum vermehrt in der Folge.

Suchterkrankungen

Zahlreiche Quellen untersuchen den Zusammenhang zwischen kindlicher Traumatisierung und Suchterkrankungen. Meist wird dabei zwischen Alkohol und anderen (illegalen) Suchtmitteln unterschieden. Bezüglich der Ausprägung lassen sich der Missbrauch (schädliche Gebrauch) und die Abhängigkeit von Alkohol/Drogen differenzieren. Der Missbrauch ist durch Schädigung der Gesundheit gekennzeichnet, während bei der Abhängigkeit zusätzlich das Verlangen nach der Droge stark ausgeprägt ist und sich eine Toleranzerhöhung gegenüber dem Suchtmittel entwickelt [26].

Schon aus der Definition leitet sich ab, dass Suchterkrankungen vielfältige schädigende Auswirkungen auf den Organismus haben und zahlreiche Folgeerkrankungen nach sich ziehen. Der sich typischerweise über Jahre und Jahrzehnte hinziehende Verlauf begünstigt einerseits die Entwicklung von Störungen und Krankheiten und erschwert andererseits die Behandlung.

Zu den mit Alkoholkonsum assoziierten Erkrankungen zählen beispielsweise die chronische Leberkrankheit/-zirrhose und Unfälle, aber auch neurologische und psychische Störungen, mehrere Krebsarten und perinatale Erkrankungen [111]. Mit Alkohol assoziierte Todesfälle rangieren in der Größenordnung zwischen 30.000 und 100.000 pro Jahr [111].

Zusätzlich ergeben sich durch die Beeinträchtigung aller Lebensbereiche weit reichende soziale Folgen bis hin zu kriminellem Verhalten oder Verlust von persönlichen Bindungen, Arbeitsplatz oder Wohnung, was ebenfalls zu der großen volkswirtschaftlichen Bedeutung der Suchterkrankungen beiträgt. Die vom *Statistischen Bundesamt* [46] ermittelten 133.000 durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und Mortalität infolge von Gebrauch psychotroper Substanzen verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre für das Jahr 2008 belegen eindrücklich das Ausmaß der individuell und gesellschaftlich weit reichenden Folgen von Suchterkrankungen.

Die epidemiologische Erforschung von Missbrauch oder Abhängigkeit psychotroper Substanzen ist methodisch nicht unproblematisch. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt liegen keine ausreichend gesicherten umfassenden und aktuellen Angaben zur Prävalenz von Suchterkrankungen in Deutschland vor. Anhaltspunkte liefern u.a. die „Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000“ [113], die *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)* [48] oder die *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* [111, 112].

Demnach wird der Konsum illegaler Drogen bei 12- bis 25-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einer Lebenszeitprävalenz von 28,9% für das Jahr 2008 angegeben [48]. Lässt man Fälle mit alleinigem Cannabiskonsum aus der Betrachtung heraus, verbleiben immerhin noch 6,6%. Regelmäßigen Drogenkonsum gaben insgesamt 2,5% der Befragten an.

Ein gesundheitlich riskanter Alkoholkonsum wird mit ca. einem Drittel bei Männern und ca. einem Fünftel bei Frauen angegeben, wobei junge Erwachsene besonders stark betroffen sind [112]. Alkoholabhängigkeit gemäß *DSM-IV* Diagnosekriterien wurde bei 4,8% der Männer und 1,3% der Frauen ermittelt – entsprechend 1,5 Millionen Erwachsenen [113], an anderer Stelle wird eine Schätzung von ca. 2,5 Millionen Alkoholabhängigen in Deutschland angegeben [111]. Ähnlich hoch liegt mit 1,4 Millionen vermutlich auch die Anzahl Medikamentenabhängiger [113]. Das häufigste Suchtmittel stellt nach wie vor Tabak dar mit ca. 16,7 Millionen Rauchern insgesamt und ca. 5,8 Millionen starken Rauchern [113].

Die zuvor bereits mehrfach zitierte neuseeländische Geburtskohorte [6] lässt signifikant erhöhte Risiken für Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit um den Faktor 3 herum erkennen nach sexuellem Missbrauch mit Körperkontakt bis hin zur Penetration. Für andere Substanzen ist das Risiko nur in der Gruppe des schweren sexuellen Missbrauchs statistisch signifikant erhöht – hier allerdings eindrucklich um den Faktor 6,6 und mit einer Prävalenz von 39,0% vs. 10,6% ohne Missbrauch.

Im *US National Comorbidity Survey* [14] werden von den zahlreichen untersuchten Traumata in Kindheit und Jugend statistisch signifikante Zusammenhänge zu Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol und anderen Drogen in erster Linie für psychische Erkrankungen der Eltern und interpersonelle Traumata (hier v.a. Drogen außer Alkohol) dargestellt. Das Erkrankungsrisiko für Drogenmissbrauch/-abhängigkeit (außer Alkohol) ist beispielsweise nach Vergewaltigung um das 2,6-fache erhöht.

Sexueller Missbrauch ging in der Zwillingstudie von Nelson et al. [3] bei den Frauen mit einer fast dreifachen Risikoerhöhung (Faktor 2,98) für Alkoholabhängigkeit einher, bei den Männern mit nur einer gut halb so großen (Faktor 1,67). Nach schwerem sexuellem Missbrauch lag das adjustierte Erkrankungsrisiko bei Faktor 3,46.

Auch bei Silverman et al. [30] findet sich nach sexuellem Missbrauch eine deutlich erhöhte Prävalenz für Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit bei den Frauen: 43,5% vs. 7,9% ohne Missbrauch. Nach körperlicher Misshandlung zeigte sich ein deutlicher statistischer Zusammenhang zu Drogenmissbrauch/-abhängigkeit bei den Männern mit Prävalenzen von 40,0% vs. 8,0% ohne Misshandlung.

In Abhängigkeit der Anzahl erlittener negativer Kindheitserfahrungen (*ACE*-Kategorien) erhöht sich das (für einige Störvariablen adjustierte) Risiko für eine Alkoholabhängigkeit in der Studie „The Adverse Childhood Experiences (*ACE*) Study“ [12] um bis zu Faktor 7,4 (mind. 4 Kategorien). Auch bei zwei oder drei Kategorien fällt die Risikoerhöhung mit Faktor 4,0 bzw. 4,9 bereits deutlich aus. Noch stärker stellt sich der Zusammenhang für parenterale Drogen dar. Die Wahrscheinlichkeit, schon einmal Drogen per Injektion gebraucht zu haben, steigt von Faktor 3,8 (2 Kategorien), über Faktor 7,1 (3 Kategorien) bis zu Faktor 10,3 (mind. 4 Kategorien) an. Die Befragung zum Gebrauch illegaler Drogen ergab ebenfalls statistisch signifikant erhöhte Risiken.

Eine Studie aus Deutschland von Schäfer et al. [17] betrachtet ein Kollektiv von 100 von mehreren Substanzen abhängigen Patienten (Polytoxikomanen) einer psychiatrischen Klinik. Die Missbrauchsquote war sowohl bei Frauen, wie auch bei Männern sehr hoch. Insgesamt 60% der Befragten gaben sexuellen Missbrauch vor dem 16. Lebensjahr an (70% Frauen, 56% Männer) mit einem hohen Anteil an schwerem Missbrauch mit Penetration (50% Frauen, 40% Männer).

In einer Übersichtsarbeit des *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* von Fegert et al. [47] wird ebenfalls ein erhöhtes Risiko für Suchterkrankungen im Zusammenhang mit kindlicher Traumatisierung anhand mehrerer Studien aus unterschiedlichen Ländern dargelegt.

Perkonig et al. betrachten in ihrer Münchner Studie [22] insbesondere die zeitliche Abfolge von Trauma bzw. PTBS und Folgestörung. Demnach entwickelten zwei Drittel der Teilnehmer mit Drogenmissbrauch/-abhängigkeit diese zeitlich nach der Traumatisierung bzw. drei Viertel diese nach der Erkrankung an PTBS.

Somatoforme Störungen

Patienten mit einer Somatoformen Störung geben körperliche Beschwerden an, die jedoch nicht durch körperliche Erkrankungen erklärbar sind [26]. Häufigere Formen sind z.B. die so genannte Herzneurose, Hypochondrische Störung oder Schmerzstörung. Aufgrund der somatischen Ausprägung ihrer Symptome werden Somatoforme Störungen häufig erst nach Jahren (kosten)intensiver somatischer Diagnostik als psychische Erkrankung erkannt. Somit sind sie bei Diagnosestellung meist schon lange chronifiziert. Die Betroffenen fordern charakteristischerweise die erfolglose somatische Untersuchung aktiv und umfangreich ein [26].

Zur Prävalenz stehen keine aktuellen, ausreichend gesicherten Angaben zur Verfügung, die Zahlen variieren in Abhängigkeit von der jeweiligen Untersuchung stark. Beispielhaft werden nachfolgend zwei Erhebungen aus Deutschland zitiert, die zeigen, dass – trotz aller

Unsicherheiten – Somatoforme Störungen auch zahlenmäßig ein gesellschaftlich relevantes Thema darstellen.

Im Rahmen der *Bremer Jugendstudie* [114] erfüllten 13,1% der befragten Jugendlichen (mehr Mädchen als Jungen) die Kriterien für eine Somatoforme Störung. Eine bundesweite Untersuchung von Wittchen et al. aus dem Jahr 1999 [115] ergab eine Prävalenz von 7,5% für Somatoforme Störungen in der erwachsenen Bevölkerung.

Ein möglicher Bezug Somatoformer Störungen zu kindlicher Traumatisierung wurde in der internationalen Fachliteratur bisher vergleichsweise weniger umfangreich analysiert. Jedoch finden sich auch für dieses Störungsbild ausreichend viele und gute Belege für einen Zusammenhang, wie z.B. die aussagekräftige Studie von Perkonig et al. (*Early Developmental Stages of Psychopathology (EDSP) Study*) [22] an mehr als 3.000 Münchner Bürgern im Alter von 14 bis 24 Jahren. Die Studie ergab ein bis zu siebenfach erhöhtes Risiko, nach einer traumatisierenden Erfahrung bzw. Erkrankung an PTBS Somatoforme Störungen zu entwickeln. Gut ein Drittel der Fälle mit Trauma bzw. PTBS und komorbider Somatoformer Störung entwickelte diese in chronologischer Abfolge.

Korrelationen zwischen verschiedenen Arten von Misshandlung bzw. Missbrauch und Vernachlässigung im Kindes-/Jugendalter und Somatoformen Störungen werden darüber hinaus auch in diversen kleineren Studien beschrieben. Zwei Studien [61, 62] zeigen in Populationen internistischer Patienten, dass kindliche Traumatisierung mit der Entwicklung Somatoformer Störungen im Erwachsenenalter verbunden ist. Der Vergleich von Patienten mit Reizdarmsyndrom (Somatoforme autonome Funktionsstörung) und entzündlicher Darm-erkrankung ergab signifikant höhere Raten von sexuellem Missbrauch in der Gruppe mit Reizdarmsyndrom [63]. Allgemeinärztliche Patienten mit hypochondrischer Störung berichteten signifikant mehr Traumatisierung in Kindheit/Jugend als Patienten ohne [108]. Auch bei der Untersuchung Somatoformer Störungen in Verbindung mit unsicherem Bindungsverhalten korrelierte kindliche Traumatisierung in Form von körperlicher und emotionaler Misshandlung, sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung signifikant mit der Entwicklung Somatoformer Störungen [60].

Felitti und Anda legten auf Basis der umfangreichen Studie „The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study“ dar, dass in Bezug auf unerklärliche medizinische Symptome der Anteil der als Kind/Jugendlicher sexuell Missbrauchten umso höher war, je mehr Symptome vorlagen (bei acht Symptomen über 40% Missbrauchsrate) [31]. In ihrem Übersichtsartikel von 1997 sehen Egle et al. [29] Kindheitsbelastungen bzw. -traumata nach umfangreicher Sichtung internationaler Quellen u.a. für Somatoforme Störungen als ursächlich relevant an.

Persönlichkeitsstörungen

Von den unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen (z.B. Paranoide oder Ängstliche Persönlichkeitsstörung) verdient die Dissoziale Persönlichkeitsstörung im Zusammenhang mit Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter besondere Aufmerksamkeit. Die Missachtung sozialer Verpflichtungen und das herzlose Unbeteiligtsein an Gefühlen für andere sind Kernelemente dieser Persönlichkeitsstörung [26] und lassen sie gleichzeitig zu einem gesellschaftlich äußerst relevanten Problem werden. Dies umso mehr, da sie von hoher Therapieresistenz und sehr schlechter Verlaufsprognose mit hoher Rückfallquote bei kriminellen Verstößen gekennzeichnet ist [39, 42].

Die Dissoziale Persönlichkeitsstörung findet sich überdurchschnittlich häufig bei Strafgefangenen [41], bei denen wiederum häufig eine Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter vorkommt [40]. In einer deutschen Studie an Strafgefangenen hatten rund 70% der Teilnehmer eine Dissoziale Persönlichkeitsstörung. Bei diesen konnte in 78,8% der Fälle eine Traumatisierung (emotionale und körperliche Misshandlung bzw. Vernachlässigung und sexueller Missbrauch) eruiert werden [39].

Die Prävalenz der Dissozialen Persönlichkeitsstörung wird von Silverman et al. [30] bei jungen Frauen nach körperlicher Misshandlung oder sexuellem Missbrauch mit gut 8% angegeben, bei jungen Männern sogar mit 20% (nach körperlicher Misshandlung; aufgrund einer geringen Fallzahl kann für sexuellen Missbrauch bei Männern keine statistische Aussage getroffen werden). Die Vergleichswerte in der Gruppe ohne Misshandlungs- bzw. Missbrauchsvorgeschichte liegen deutlich niedriger, für Männer bei 3,9% und für Frauen unter 1%.

Eine von Spataro et al. [38] in Australien untersuchte Geburtskohorte von 1.612 Kindern, die bis zum Alter von 16 Jahren forensisch gesicherten sexuellen Missbrauch erlitten hatten, zeigte eine fast fünfmal so große Rate an Persönlichkeitsstörungen wie die Vergleichsgruppe.

Die Dissoziale Persönlichkeitsstörung weist bei Kessler et al. [14] für die Traumakategorien psychische Erkrankung der Eltern und interpersonelle Traumata fast durchgehend statistisch signifikante Risikoerhöhungen auf (bis zu Faktor 5,28 nach Vergewaltigung) unter Berücksichtigung sozioökonomischer Einflussgrößen. Werden zusätzlich vorbestehende psychische Erkrankungen in das Rechenmodell aufgenommen, verliert der Zusammenhang an statistischer Signifikanz, was für eine komplexere Krankheitsgenese mit sich gegenseitig beeinflussenden Faktoren spricht.

Diese Aussage findet sich auch bei Luntz und Widom [59], wobei hier auch die adjustierten Studienergebnisse einen signifikanten statistischen Zusammenhang zwischen Vernachlässi-

gung, sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung als Kind und Dissozialer Persönlichkeitsstörung rund 20 Jahre später aufzeigen.

Störungen des Sozialverhaltens

Störungen des Sozialverhaltens sind Diagnosen des Kindes- und Jugendalters, welche eine stark gestörte Beziehung des Individuums zu seiner Umwelt beschreiben, die durch Aggressivität und oppositionelles Verhalten geprägt ist. Im Jugendalter tritt zunehmend delinquentes Verhalten in den Vordergrund. Der deutsche *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)* [57] berichtet, dass 19,9% der Jungen und 9,9% der Mädchen zwischen 11 und 17 Jahren angaben, gegenüber anderen gewalttätig gewesen zu sein.

Störungen des Sozialverhaltens sind die zweit häufigste kinder- und jugendpsychiatrische Diagnose, wobei Jungen stärker betroffen sind als Mädchen. Die Prävalenz gipfelt im Jugendalter und bewegt sich gemäß Steinhausen [56] insgesamt in einem Rahmen von 2 bis 4% im Schulalter und 6 bis 12% im Jugendalter.

In einer Studie von Esser et al. [55] waren dissoziale Störungen im Alter von 13 Jahren die häufigste der untersuchten Diagnosegruppen und im Alter von 18 Jahren die zweithäufigste (knapp hinter den emotionalen Störungen), während sie im Alter von 8 Jahren noch am seltensten auftraten. Esser et al. beobachteten weiterhin in der Hälfte der Fälle eine Persistenz über zehn Jahre hinweg bis zum Ende des Beobachtungszeitraumes (von 8 bis 18 Jahren), wobei die Prognose bei Jungen deutlich schlechter war als bei Mädchen. Durch diesen hohen Grad der Chronifizierung mit Übergang in eine Dissoziale Persönlichkeitsstörung des Erwachsenenalters (s.a. Abschnitt Persönlichkeitsstörungen) sind bereits die Weichen für eine Weitergabe der Störung an die nächste Generation gestellt.

Betroffene Kinder und Jugendliche werden in ihrer Entwicklung dramatisch beeinträchtigt mit konsekutiven Problemen potenziell in allen Lebensbereichen, von Familie über Freunde bis Schule. Sich hierdurch selbst verstärkende Verläufe können durch die vielfältigen Maßnahmen der Jugendhilfe nicht suffizient aufgefangen werden. Eine ärztliche Behandlung jedoch wird nur in geringerem Maße in Anspruch genommen [55] – bei Steinhausen ist von 15 bis 25% die Rede [56].

Fergusson et al. beschreiben für die prospektiv untersuchten Studienteilnehmer im Alter von 16 bis 18 Jahren eine Prävalenz von 26,0% nach schwerem sexuellem Missbrauch [6]. Diese Zahl liegt deutlich über unselektierten bevölkerungstypischen Prävalenzen von z.B. 8,4% bei 13-Jährigen bzw. 6,6% bei 18-Jährigen [55] sowie 4,8% bei Fergusson et al. in der Vergleichsgruppe, und spiegelt sich in einer erheblichen Risikoerhöhung um den Faktor 11,9 wider. Bei der Berechnung dieser Zahlen wurden bereits mögliche Störfaktoren aus dem familiären Umfeld und bestimmte belastende Kindheitserfahrungen kontrolliert, so dass die

statistische Aussagekraft – auch aufgrund der großen Fallzahl – als hoch eingeschätzt werden kann. Für leichtere Formen des sexuellen Missbrauchs (mit Körperkontakt, aber ohne Penetration) lag die Prävalenz bei 14,7%, entsprechend einer Risikoerhöhung um den Faktor 5. Betrachtet man das bevölkerungsbezogene attributable Risiko, hätte fast jede fünfte Störung des Sozialverhaltens (18,5%) bei Abwesenheit von sexuellem Missbrauch vermieden werden können.

Im Gegensatz zur Dissozialen Persönlichkeitsstörung des Erwachsenenalters werden im Rahmen des *US National Comorbidity Survey* [14] durchgehend starke Zusammenhänge zu Störungen des Sozialverhaltens bei Kindern/Jugendlichen nach interpersonellem Trauma und bei psychischer Erkrankung der Eltern nachgewiesen. Nach Adjustierung der Risiken für den sozioökonomischen Status und vorbestehende psychische Störungen liegen die Faktoren in einer Größenordnung von 1,49 (Gewalt gegen die Mutter) bis 6,95 (tätlicher Angriff). Vergewaltigung geht mit einem um den Faktor 4,59 erhöhten Erkrankungsrisiko einher.

Nelson et al. [3] zeigen in ihrer Zwillingsstudie eine deutlich erhöhte Prävalenz von 9,8% bei den weiblichen und 28,9% bei den männlichen sexuell missbrauchten Studienteilnehmern im Vergleich zu 1,2% bei den weiblichen und 9,6% bei den männlichen nicht missbrauchten. Werden nur gleichgeschlechtliche Zwillingspaare betrachtet, von denen jeweils nur ein Zwilling sexuell missbraucht wurde, ist das Risiko, Störungen des Sozialverhaltens zu entwickeln, um den Faktor 3,00 erhöht. Das höchste Risiko wurde nach Vergewaltigung mit Faktor 7,69 festgestellt, wobei der Wert bereits diverse Störgrößen aus dem Lebensumfeld berücksichtigt.

In einer prospektiven australischen Studie [38] hatten Kinder mit sexueller Missbrauchsvorgeschichte eine um den Faktor 7,2 höhere Wahrscheinlichkeit für eine Diagnose Störung des Sozialverhaltens im staatlichen psychiatrischen Fallregister.

4.3.2 Somatische Störungen und Traumatisierung

Übergewicht

Übergewicht im Sinne einer Adipositas (Fettsucht) wird ab einem *Body-Mass-Index (BMI)* von 30 und mehr definiert [26]. Der *Body-Mass-Index* setzt Körpergröße und -gewicht rechnerisch zueinander in Beziehung, so dass das individuelle Körpergewicht im Verhältnis zur Körpergröße beurteilt werden kann. Gemäß einer Erhebung des *Robert-Koch-Instituts* für den Zeitraum 2008/2009 waren in Deutschland 16% der erwachsenen Bevölkerung adipös (*BMI* mind. 30) und 36% waren übergewichtig mit einem *BMI* unter 30 [66]. Bereits im Kindes- und Jugendalter finden sich – mit dem Alter zunehmend – eindrücklich hohe Prävalenzen mit 15% insgesamt für Übergewicht und 6,3% für Adipositas [67].

Es liegen zahlreiche Belege dafür vor, dass Übergewicht und insbesondere Adipositas wesentliche Risikofaktoren für die Entstehung mehrerer schwerer Erkrankungen sind. Die *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* zum Thema Übergewicht und Adipositas [68] beschreibt u.a. die Zusammenhänge zu Typ-2-Diabetes, Bluthochdruck, Koronaren Herzkrankheiten, Schlaganfall, orthopädischen und psychosozialen Komplikationen. Das Mortalitätsrisiko steigt bei einem *Body-Mass-Index* von 30 bis unter 35 schon um 25% an.

In einer großen britischen Geburtskohorte mit über 9.000 Teilnehmern [69] wurden im Alter von 45 Jahren um 20 bis 50% erhöhte Risiken für Adipositas nach bestimmten Arten der Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter festgestellt. Besonders hohe Risiken zeigten sich nach körperlicher Misshandlung.

Rohde et al. [36] untersuchten Adipositas und Depression (s.a. Abschnitt 4.3.1 Depressive Störungen) nach körperlicher Misshandlung und sexuellem Missbrauch. Wie schon für Depression war auch das adjustierte Risiko für Adipositas bei den untersuchten Frauen nach Misshandlung bzw. Missbrauch verdoppelt. Beide Erkrankungen können im Wesentlichen unabhängig voneinander auf das Trauma zurückgeführt werden.

Daten der Studie „The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study“ [70] offenbarten ein mit der Schwere von Kindesmisshandlung/-missbrauch ansteigendes Risiko für Adipositas. Schwere verbale und körperliche Misshandlung waren mit den höchsten Risiken behaftet (Faktor 2,8 und Faktor 4,0 unter Berücksichtigung von Störvariablen). Je höher der *BMI*, desto größer war die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs mit Kindesmisshandlung/-missbrauch.

In ihrem Review führen Gilbert et al. [13] zudem weitere Studien an, die Adipositas schon bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen vermehrt bei Traumatisierung in der Vorgeschichte feststellen.

Als Risikofaktoren für zahlreiche Erkrankungen (s.o.) kommt Übergewicht bzw. Adipositas eine ganz besondere Rolle zu. In Anbetracht der epidemiologischen Evidenz für ein erhöhtes Adipositasrisiko nach Traumatisierung als Kind/Jugendlicher lässt sich ableiten, dass die Folgen der Traumatisierung durch eine Adipositas quasi eine Multiplikation und immense Erweiterung des Wirkspektrums erfahren. In den folgenden Abschnitten tritt Adipositas als Mittler zwischen Traumatisierung und Erkrankung denn auch immer wieder in Erscheinung.

Diabetes mellitus

Die Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) ist in Deutschland weit verbreitet und durch chronisch erhöhte Blutzuckerspiegel gekennzeichnet. In Verbindung mit Traumatisierung ist insbesondere der so genannte Typ-2-Diabetes (80 bis 90% aller Diabetesfälle) von

Interesse, denn er ist wesentlich mit bedingt durch Einwirkung externer Faktoren wie Übergewicht [71].

Die Erkrankung tritt zunehmend in der zweiten Lebenshälfte auf ist durch schleichenden Beginn und chronische Verlaufsform charakterisiert. Zusammenfassend wird in der *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* zum Thema Diabetes mellitus [71] von einer mit dem Alter zunehmenden Prävalenz von insgesamt 5% in Deutschland ausgegangen, entsprechend ca. 4 Millionen betroffenen Menschen. In den neuen Bundesländern liegt die Prävalenz in der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen bei über 20%.

Die eigentliche Gefahr für die Gesundheit und die damit verbundene gesellschaftliche Last geht bei Diabetes mellitus von den Komplikationen aus. Mehrere schwerwiegende, teils lebensbedrohliche Komplikationen, die den Betroffenen massiv einschränken können, sind mit der Diagnose vergesellschaftet. So ist beispielsweise durch Diabetes das Risiko für Herzinfarkt bei Männern um den Faktor 3,7 erhöht, bei Frauen um den Faktor 5,9. Das Risiko für Erblindung liegt bei Faktor 5,2 und für die Amputation unterer Extremitäten bei Faktor 22,2 [71].

Eine Pionierstudie von Kendall-Tackett und Marshall aus dem Jahr 1999 [73] zeigte als eine der ersten einen Zusammenhang zwischen körperlicher Misshandlung bzw. sexuellem Missbrauch (im Kindes- und Erwachsenenalter) und Diabetes mellitus auf. Auch Felitti et al. [12] legten in ihrer groß angelegten Versichertenstudie einen Zusammenhang zwischen Traumatisierung in Form von *Adverse Childhood Experiences (ACEs)* und Diabetes dar. Bei schwerer Traumatisierung durch mindestens vier ACE-Kategorien lag das Diabetesrisiko bei Faktor 1,6. In neueren Studien wurden diese ersten Ergebnisse bestätigt.

Daten aus der *Nurses' Health Study II* [72] mit fast 70.000 Teilnehmerinnen konnten nicht nur eine Verbindung von körperlicher Misshandlung und sexuellem Missbrauch zu Übergewicht zeigen, sondern auch zu Typ-2-Diabetes. Etwa zwei Drittel der Diabetesfälle wurden statistisch durch das Übergewicht erklärt, so dass Übergewicht als Mittler zwischen Traumatisierung und Typ-2-Diabetes angesehen werden kann. Moderate und schwere Ausprägung von Misshandlung bzw. Missbrauch waren mit adjustierten Risiken von Faktor 1,26 bis Faktor 1,69 verbunden, wobei das Risiko mit der Schwere der Ausprägung anstieg.

Thomas et al. [69] erklären ihre erhöhten Raten an pathologisch glykosyliertem Hämoglobin (HbA1c als Marker für dauerhaft erhöhte Blutzuckerwerte bei Diabetes) nach verschiedenen kindlichen Traumatisierungen durch die Auswirkungen der begleitenden Adipositas auf den Glukosemetabolismus. Sie sehen daher einen auf dem Zwischenschritt der Adipositas beruhenden Zusammenhang zwischen Traumatisierung und Diabetes.

Bluthochdruck

Die Volkskrankheit Bluthochdruck (gemäß *Bundesgesundheitsurvey* von 1998 ist rund jeder zweite Erwachsene in Deutschland betroffen, vermehrt im höheren Lebensalter) wird als einer der führenden Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall angesehen, welche wiederum die häufigste Todesursache in Deutschland darstellen und auch erhebliche volkswirtschaftliche Aufwendungen nach sich ziehen [74].

Bluthochdruck (Hypertonie) an sich verursacht selten spürbare Symptome, so dass er oft lange unentdeckt und unbehandelt bleibt. Die Entstehung der vorherrschenden primären oder essentiellen Hypertonie wird auf das Zusammenspiel von erblicher Veranlagung und diversen Risikofaktoren zurückgeführt [74], zu denen Übergewicht (s.o.) zählt, aber auch gemäß der nachfolgend aufgeführten Studien Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter.

Aus den umfangreichen Daten der *Nurses' Health Study II* [75] geht hervor, dass auch nach Kontrolle mehrerer potenzieller Störfaktoren ein mit der Schwere von sexuellem Missbrauch bzw. körperlicher Misshandlung ansteigendes Risiko für Bluthochdruck besteht. Schwere sexueller Missbrauch als Kind und Jugendlicher ging mit einer Risikoerhöhung von Faktor 1,44 einher, schwere körperliche Misshandlung mit einer Risikoerhöhung von Faktor 1,30. Etwa die Hälfte der Assoziation kann über den Zwischenschritt Übergewicht (für welches selbst erhöhte Risiken nach Traumatisierung verzeichnet werden, s.o.) erklärt werden.

Stein und zahlreiche Koautoren [76] zeigen anhand von Daten der *World Health Organization (WHO) World Mental Health (WHM) Surveys* mit 18.630 Teilnehmern aus zehn verschiedenen Ländern einen Zusammenhang zwischen unterschiedlichen traumatischen Einflussfaktoren in der Kindheit/Jugend und Bluthochdruck im Erwachsenenalter auf. Statistisch signifikant erhöhte Risiken fanden sich insbesondere für körperliche Misshandlung (Faktor 1,23), bei Suchterkrankung der Eltern (Faktor 1,30) und Gewalt bzw. Kriminalität in der Familie (Faktor 1,17 bzw. 1,33). Bei Berücksichtigung der Anzahl erlittener Traumakategorien zeigt sich ein dosisabhängiger Zusammenhang, der bei zwei Kategorien statistisch signifikant wird und auf ein Risiko von Faktor 1,28 bei mind. drei Kategorien ansteigt.

Während für die spezifische Darstellung eines Zusammenhangs zwischen kindlicher Traumatisierung und Hypertonie bisher wenige Quellen zur Verfügung stehen, konnte an einer breiteren Datenbasis bereits gezeigt werden, dass psychologische Faktoren überhaupt (insbesondere aus den Bereichen Ärger, Angst und Depression) die Entstehung von Bluthochdruck begünstigen [77].

Ischämische Herzkrankheiten

Ischämische Herzkrankheiten sind u.a. auch unter dem Begriff Koronare Herzkrankheit bekannt. Dabei wird das Herz akut und/oder chronisch unzureichend durchblutet. Typische Ausprägungen der Ischämischen Herzkrankheiten sind der Herzinfarkt oder die Angina pectoris, die meist mit erheblichen Einschränkungen der Betroffenen einher gehen. Diese Einschränkungen schlagen sich auch in immensen volkswirtschaftlichen Kosten durch Arbeitsausfall, Medikamente und medizinische Interventionen, vorzeitigen Tod usw. nieder. Im Jahr 2002 wurden in Deutschland allein im Gesundheitswesen ca. 7 Mrd. Euro für Ischämische Herzkrankheiten aufgewendet [80].

Mit einer Prävalenz von insgesamt 7,8% im *Telefonischen Gesundheitssurvey* des *Robert-Koch-Instituts* [81] für den Zeitraum 2008/2009 kommt den Ischämischen Herzkrankheiten eine große gesellschaftliche Bedeutung in Deutschland zu. Männer und Ältere sind besonders stark betroffen. Als Risikofaktoren für die Entstehung werden neben erblichen Faktoren u.a. Adipositas, Rauchen, Bluthochdruck und Depression angesehen [80]. Die Rolle kindlicher Traumatisierung wird im Folgenden beleuchtet.

Für ein Patientenkollektiv mit Typ-1-Diabetes wurde ein erhöhtes Risiko für Ischämische Herzkrankheiten in der Gruppe mit kindlicher Traumatisierung festgestellt. Dieser Zusammenhang war unabhängig vom gleichzeitigen Bestehen weiterer Risikofaktoren wie Bluthochdruck oder Depression [79].

Eine kanadische Studie mit über 13.000 Teilnehmern [109] untersuchte den Zusammenhang zwischen körperlicher Misshandlung und Ischämischen Herzkrankheiten unter Berücksichtigung zahlreicher Störvariablen wie ungünstige Lebensumstände als Kind, gesundheitliche Risikofaktoren (z.B. Rauchen, Gewicht, Bluthochdruck etc.) und Stress als Erwachsener. Das auf diese Weise umfangreich adjustierte Risiko für Ischämische Herzkrankheiten nach körperlicher Misshandlung war um den Faktor 1,45 erhöht, was für einen zumindest in Teilen direkten Wirkmechanismus spricht.

Ergebnisse aus dem *US-National Comorbidity Survey* mit fast 6.000 Teilnehmern [110] zeigen einen Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch, körperlicher Misshandlung sowie Vernachlässigung als Kind/Jugendlicher und verschiedenen somatischen Erkrankungen im Erwachsenenalter. Für Ischämische Herzkrankheiten ergab sich nach sexuellem Missbrauch ein statistisch signifikantes, für verschiedene Risikofaktoren adjustiertes Risiko von Faktor 3,7.

Aus den Daten der Studie „The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study“ wurde bereits Ende der 1990-er Jahre ein dosisabhängiger Zusammenhang zwischen kindlicher Traumatisierung und Ischämischen Herzkrankheiten beschrieben [12]. Eine neuere Veröffentlichung

aus dieser Studie von Dong et al. [78] zeigte auf die jeweilige Traumaart bezogene erhöhte Risiken von Faktor 1,3 (z.B. emotionale Vernachlässigung) über Faktor 1,4 (z.B. sexueller Missbrauch) und Faktor 1,5 (körperliche Misshandlung) bis Faktor 1,7 (z.B. emotionale Misshandlung).

Weiterhin wurden in dieser Veröffentlichung herkömmliche Risikofaktoren für Ischämische Herzkrankheiten wie Übergewicht, Rauchen oder Bluthochdruck und psychologische Risikofaktoren (Ärger und depressive Stimmung) zu dem Risikofaktor kindliche Traumatisierung in Beziehung gesetzt. Diese Untersuchung offenbart einen von herkömmlichen und psychologischen Risikofaktoren unabhängigen Einfluss der Traumatisierung auf die Entstehung von Ischämischen Herzkrankheiten in einem Ausmaß von etwa 50% der gesamten Risikoerhöhung ab einer kumulativen Traumatisierung durch mind. drei ACE-Kategorien. Für ein oder zwei erlittene ACE-Kategorien wurde die Risikoerhöhung vollständig durch herkömmliche und psychische Risikofaktoren erklärt. Dabei ist zu beachten, dass die herkömmlichen und psychischen Risikofaktoren selbst wiederum vermehrt nach Traumatisierung auftreten.

Diese detaillierte Analyse macht auch für Ischämische Herzkrankheiten deutlich, dass Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter nicht nur direkt das Erkrankungsrisiko erhöhen kann, sondern auch indirekt über Risikofaktoren, die wiederum gehäuft nach Traumatisierung auftreten. Diese „Umwege“, auf denen ein Individuum durch frühe Traumatisierung geschädigt werden kann, und die Art und Weise, in der sich die verschiedenen Erkrankungen und Störungen untereinander bedingen, sind insgesamt noch unzureichend erforscht.

5 Versorgungslage bei Traumatisierung bzw. Traumafolgestörung

Zur Beschreibung der Versorgungslage sollen im Folgenden einige bedeutende Aspekte bei der Versorgung traumatisierter Kinder und Jugendlicher und von langfristigen Traumafolgestörungen dargestellt werden. Dabei wird auf Defizite in der Versorgung, aber auch auf Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungslage hingewiesen. Ergänzend wird ein Beispiel zum Umgang mit Traumatisierung in der Regelversorgung aus den USA beschrieben und das Thema Prävention kurz angerissen.

5.1 Versorgung traumatisierter Kinder und Jugendlicher

Die kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland insgesamt wird in Fachkreisen als unzureichend betrachtet [93, 94]. Auch die Versorgung speziell im Kontext einer Traumatisierung ist davon nicht ausgenommen, obwohl die Betroffenen im Alltagsleben deutlich eingeschränkt sind [21, 37].

Besonders problematisch für die Betroffenen ist die nach wie vor ausgeprägte gesellschaftliche Tabuisierung des Themas Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung. Sie spiegelt sich deutlich in der Diskrepanz zwischen bekannt gewordenen Fällen und der hohen Dunkelziffer wider [125]. Diese Diskrepanz hat sich offenbar in der jüngsten Vergangenheit bei sexuellem Missbrauch durch eine zunehmende Anzeigebereitschaft verkleinert [141], was aber nicht die schon länger zurück liegenden Traumatisierungen der heute über 30-Jährigen betrifft. Sehr eindrücklich zeigte sich dies bei den Betroffenen, die sich an die *Unabhängige Beauftragte zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs* gewandt haben. Aus zahllosen Reaktionen wird deutlich, welche immense Bedeutung dem Brechen eines jahrzehntelangen Schweigens in diesem Kontext für die Bewältigung der erlittenen Traumatisierung zukommt [128].

Abgesehen von der Tabuisierung gibt es weitere Gründe, die einen adäquaten Umgang mit Traumatisierung – auch anderer Ursache – bei Kindern und Jugendlichen erschweren oder sogar verhindern. Ein Grund liegt sicherlich in einer Unwissenheit der Betroffenen und ihres Umfeldes, die dazu führt, dass die Auswirkungen einer Traumatisierung nicht als ein behandelbares, medizinisches Krankheitsbild angesehen werden, so dass keine Behandlung aufgesucht wird.

Auf der anderen Seite bestehen Defizite in den an der Versorgung traumatisierter Kinder und Jugendlicher beteiligten etablierten Strukturen wie Kinderschutz-Zentren, Gesundheitssystem, Jugendhilfe, pädagogischer Bereich, Polizei, Justiz u.a. Hierzu wurde im Jahr 2008 vom *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* eine „Machbarkeitsexpertise zur Verbesserung des Kinderschutzes durch systematische Fehleranalyse“

veröffentlicht [95]. In dieser Schrift, wie auch in anderen Quellen [32, 93, 130], wird eine durch Vorurteile und falsche Erwartungen behinderte Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den Aktionspartnern hervorgehoben, die nicht nur im Einzelfall zu problematischen Kinderschutzverläufen führen kann, sondern vor allem die Arbeit im Alltag erschwert.

Auch die aus Perspektive der Betroffenen teilweise unübersichtliche Angebots- und Zuständigkeitspalette und schwierige Erreichbarkeit hindern Betroffene daran, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Spezialisierte Angebote mit niedriger Anlaufschwelle, wie beispielsweise die kürzliche Einrichtung einer kinder- und jugendpsychiatrischen Sprechstunde im Rahmen eines von der Brücke Rendsburg-Eckernförde e.V. betriebenen Stadtteilhauses in einem sozial benachteiligten Wohnviertel in Rendsburg (Schleswig-Holstein), können dazu dienen, die Kluft zwischen Bedarf und Versorgung zu reduzieren [105].

Hierauf zielen auch viele Projekte in Beratungsstellen, Schulen und Jugendhilfe ab, wobei solche Einzelinitiativen häufig an unzureichender Ausstattung, mangelnder Kooperation mit weiteren Akteuren sowie fehlender Eingliederung in die etablierte Versorgungslandschaft leiden [32]. Einen erfolgreichen Start dagegen hatte beispielsweise das Projekt „Aufsuchende Schulsprechstunde“ in Nordrhein-Westfalen, welches professionelle Hilfe in die Schulen bringt, und an dem von Anfang an Lehrer, Schüler, Eltern, Psychologen sowie Kinder- und Jugendpsychiater beteiligt sind [98].

Auch im Rahmen der Kriminalitätsprävention gibt es neue Impulse, stärker die Opfergeschichte von jugendlichen Gewalttätern zu berücksichtigen bis hin zu traumatherapeutischen Ansätzen [99], doch ist der große Behandlungsbedarf durch psychische Erkrankungen in Gefängnissen insgesamt nicht annähernd gedeckt [8].

Nicht zuletzt muss eine bis heute andauernde Vernachlässigung des Themas Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in der ärztlichen Ausbildung mit verantwortlich gemacht werden [93, 94, 97]. Hinzu kommt eine mangelnde Kooperation der Therapieausrichtungen untereinander [89]. Dementsprechend wird in der Fachwelt eine größere Beachtung und Unterstützung des Faches in Ausbildung und Forschung gerade in Deutschland gefordert, um einerseits die Diagnostik zu spezifizieren und andererseits die klinische Therapie zu optimieren und zu standardisieren [37, 94, 96, 97].

Eine mangelnde Evaluation therapeutischer Optionen wird nicht nur für Deutschland, sondern auch auf internationaler Ebene bemängelt [37, 96]. Dabei führen De Bellis und Thomas [54] in einer Übersicht sogar Hinweise darauf an, dass die neurobiologischen Veränderungen nach Traumatisierung durch effektive Behandlung zurückgebildet werden können. Die von Schmid et al. [1] angeführten Nachweise für die klinische Wirksamkeit traumatherapeutischer Interventionen bei Kindern und Jugendlichen stützen dies. Doch wird in diesem Artikel vor allem das Dilemma der Diagnosestellung thematisiert. Eine

Posttraumatische Belastungsstörung als typisches klinisches Erscheinungsbild einer Traumatisierung kann aufgrund von bestimmten Diagnosekriterien, die nicht die entwicklungsbedingten Besonderheiten berücksichtigen, im Kindesalter oft nicht diagnostiziert werden [1, 15]. (Auf die Hintergründe dieser Problematik wurde in Abschnitt 3.2 bereits ausführlich eingegangen.) Doch fußt jede effektive Behandlung auf einer korrekten Diagnose.

Ein wichtiger Schritt von Seiten der Medizin zur Verbesserung der Versorgung ist die in den letzten Jahren begonnene Einrichtung spezialisierter Traumaambulanzen, wobei es an der Erreichbarkeit noch mangelt [1]. Denn die Traumaambulanzen sind zumeist an Universitäts- oder anderen großen Kliniken untergebracht und stehen (noch) nicht flächendeckend zur Verfügung.

Einen umfassenden Überblick über Defizite in der Versorgung geben Fegert et al. in dem Band „Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland“ [130]. In der Bewertung wird der Schwerpunkt hier auf die Unklarheiten über Zuständigkeiten der Leistungserbringer, den fehlenden Eingang aktuellen Fachwissens in die Praxis und auf die nicht stattfindende flächendeckende Implementierung evidenzbasierter Hilfemaßnahmen gelegt.

5.2 Versorgung von Traumafolgestörungen bei Erwachsenen

Bei der Versorgung von Traumafolgestörungen im Erwachsenenalter liegt wohl die größte Herausforderung darin, zunächst die jeweilige Störung auf eine zugrunde liegende Traumatisierung zu beziehen und somit als Traumafolgestörung zu diagnostizieren. Zum einen können seit der Traumatisierung Jahrzehnte vergangen sein und zum anderen sind Traumafolgestörungen eine extrem heterogene Gruppe von Krankheiten und Störungen, die sich teilweise gegenseitig bedingen (s. Kapitel 4), was es sowohl für den Behandler, als auch für den Patienten schwierig macht, einen Zusammenhang herzustellen.

Das gleichzeitige Auftreten mehrerer komorbider psychischer Störungen bei der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) [9, 12, 14, 15, 17, 19, 22, 34, 49] – der Traumafolgestörung per definitionem – führt dazu, dass eher einzelne Komorbiditäten (z.B. Depressive oder Angststörungen) diagnostiziert werden, nicht aber die umfassende Diagnose PTBS gestellt wird. Die individuell unterschiedliche Gewichtung eines vielfältigen Symptomkomplexes führt dazu, dass die Betroffenen an ganz unterschiedlichen Stellen Hilfe suchen.

In Deutschland und international wird die Diagnose PTBS auf unterschiedlichen Ebenen der Versorgung psychischer Störungen in dramatischem Ausmaß übersehen [100, 101, 102, 103]. In einer deutschen spezialisierten psychosomatischen Klinikambulanz betrug die

Lebenszeitprävalenz der PTBS bei knapp 600 Studienteilnehmern 10,1%. Routinemäßig war jedoch nur in 2,7% der Fälle eine PTBS diagnostiziert worden [100].

Noch schwieriger als bei psychischen lässt sich für somatische Traumafolgestörungen (z.B. Diabetes mellitus oder Bluthochdruck) ein Zusammenhang zu einer länger zurück liegenden Traumatisierung herstellen, insbesondere wenn keine zusätzliche psychische Symptomatik vorliegt, die auf eine Traumatisierung hindeuten könnte. In Anbetracht der Tatsache, dass sexuell missbrauchte Patientinnen einer „family practice clinic“ (die im Vergleich zu nicht missbrauchten mehr medizinische Probleme, stärkere Somatisierung und gesundheitlich riskanteres Verhalten aufwiesen) in weniger als 2% der Fälle ihren sexuellen Missbrauch jemals mit einem Arzt besprochen hatten, fordern Springs und Friedrich [104] für Ärzte mehr Erfahrung in einem für die Patientinnen nicht als bedrohlich empfundenen Umgang mit einer Missbrauchsvorgeschichte im Rahmen der Anamnese.

Auf therapeutischer Seite steht die Forderung nach stärkerer Berücksichtigung von Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter. Fallberichte zeigen eindrucksvoll, welchen starken Einfluss die Aufarbeitung einer lange zurück liegenden Traumatisierung auf den Krankheitsverlauf haben kann. So ließ sich beispielsweise der schwere Bluthochdruck einer 49 Jahre alten Frau erst nach Behandlung der versteckten psychischen Folgen einer Vergewaltigung im Alter von 14 Jahren suffizient behandeln [90]. In dem Fall einer 37 Jahre alten, als Kind von zehn bis 13 Jahren sexuell missbrauchten Frau konnten Alkohol- und Drogenabhängigkeit sowie PTBS durch eine intensive und langfristige therapeutische Aufarbeitung der Traumatisierung erfolgreich behandelt werden [91].

Schäfer et al. [17] fordern im Rahmen der Behandlung von Suchterkrankungen eine stärkere Berücksichtigung frühkindlicher Traumatisierung im Rahmen individuellerer Therapiekonzeptierungen. Gerade weil sich die Traumatisierung auch auf den Verlauf der Suchterkrankung auswirkt, verwundert es die Autoren, dass für diese Patientengruppe wenig gesonderte Therapiekonzepte bestehen.

Für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen nach Traumatisierungen in der Kindheit stellt Wöller fest [106], dass keines der untersuchten therapeutischen Konzepte allen Problemstellungen der heterogenen Patientenpopulation gerecht werden kann. Die Auswahl eines geeigneten traumatherapeutischen Therapieverfahrens muss sich an der individuellen Ausprägung des Krankheitsbildes orientieren, da speziell auf diese Patientengruppe ausgerichtete und an dieser evaluierte Verfahren nicht zur Verfügung stehen.

Unabhängig vom Einzelfall werden im „Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann“ [128] zusätzlich auch generelle Probleme u.a. bei der Versorgung in ländlichen Regionen, von Männern und älteren Erwachsenen, sowie von Betroffenen mit Migrationshintergrund dargestellt. Das

Thema „Therapie und Beratung“ steht im Abschlussbericht für die von sexuellem Missbrauch Betroffenen an erster Stelle. Sie fordern z.B. kürzere Wartezeiten, eine Aufhebung der begrenzten Stundenkontingente bei der psychotherapeutischen Behandlung und auch eine Verbesserung der Behandlungsqualität.

5.3 Versorgungsbeispiel aus den USA

Auf Basis der bereits mehrfach zitierten Studie „The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study“, aus der seit den 1990-er Jahren bis heute zahlreiche Publikationen zu Langzeitfolgen von Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter hervorgegangen sind (in dieser Studie wurden fünf zitiert [9, 12, 31, 70, 78]), wurde in San Diego, USA, eine völlig neue Versorgungssituation bezogen auf Traumafolgestörungen geschaffen [31]. Die weniger stark zentral regulierte Organisation des Gesundheitswesens in den USA machte dieses „Mega-Experiment“ möglich. Im Rahmen einer einzelnen *Health Maintenance Organization (HMO, Kaiser Permanente)* – einer großen, regional strukturierten privaten Organisation, die Krankenversicherung und Leistungserbringung vereint – wurde einmalig eine Trauma-orientierte Versorgungssituation geschaffen, die zu messbaren Auswirkungen im Ressourcenverbrauch führte.

Mehr als 17.000 im Mittel 57 Jahre alte Teilnehmer beider Geschlechter lagen der anfänglichen Erhebung von Informationen bezüglich potenziell traumatisierender Erfahrungen und Lebensumstände in Kindheit und Jugend (*Adverse Childhood Experiences - ACEs*) zu Grunde. Nur ein Drittel gab an, keinerlei ACEs erlebt zu haben, bei den anderen zwei Dritteln war mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit nicht nur ein ACE-Kategorie, sondern mehr als eine erfüllt. Mit diesen Informationen aus der Vergangenheit wurden nachfolgend aktuelle Daten zum Gesundheitszustand in Verbindung gebracht, was einen graduellen Zusammenhang zwischen der Anzahl erlittener ACE-Kategorien und diversen gesundheitlichen Problemen ergab.

Diese Ergebnisse wurden in Routinefragebögen zur Anamnese implementiert, die im Rahmen umfassender Vorsorgeuntersuchungen zur Anwendung kommen. Sie enthielten nun konkrete Fragen zu möglichen Traumatisierungen wie die Frage nach körperlicher Misshandlung und sexuellem Missbrauch als Kind oder auch die Frage nach Aufenthalt in Kriegsgebieten. Positiv beantwortete Fragen zu ACEs in der Vorgeschichte wurden in der anschließenden ärztlichen Untersuchung gezielt angesprochen.

Die Daten von 120.000 Fällen, welche diese Trauma-orientierte Vorsorgeuntersuchung durchlaufen hatten, wurden in den zwei nachfolgenden Jahren hinsichtlich folgender Aspekte analysiert: Anzahl der Arztbesuche, Häufigkeit der Behandlung in einer Notfallambulanz und Anzahl der Krankenhausaufenthalte. Im Ergebnis wurden im ersten Jahr deutlich weniger

Ressourcen in Anspruch genommen mit 35% weniger Arztbesuchen, 11% weniger Behandlungen in einer Notfallambulanz und 3% weniger Krankenhausaufenthalten. Diese Effekte waren im zweiten Beobachtungsjahr wieder vollständig verschwunden.

Als Erklärung für das Abklingen der Effekte wird angeführt, dass die einmal festgestellte und im Arztgespräch thematisierte Traumatisierung in Gesprächen des weiteren Behandlungsverlaufes so gut wie keine Rolle mehr gespielt hat. Die Autoren sehen aber gerade in der Möglichkeit, über lange Zeit verborgene schlimmste Erfahrungen mitteilen zu können und dabei verstanden zu werden, als zentralen Gewinn für die Patienten an.

Trotz dieser eindrucksvollen und ermutigenden Auswirkungen einer vergleichsweise kleinen Veränderung in der Versorgung der Allgemeinbevölkerung wird von Felitti und Anda abschließend beklagt, dass die Realität von einem notwendigen Paradigmenwechsel im Umgang mit kindlicher Traumatisierung in der Medizin, im Public Health und sozialen Bereich noch weit entfernt ist. Es gilt, ärztlichen und institutionellen Widerstand zu überwinden, um von dem zu erwartenden riesigen Nutzen profitieren zu können.

5.4 Prävention von Traumatisierung

Das Thema Prävention soll im vorliegenden Kontext nicht unerwähnt bleiben, da ihm eine besondere Bedeutung zukommt. Prävention zielt auf Vermeidung ab und wird bei unterschiedlichen Ursachen für Traumatisierung eingesetzt. So existieren Programme zur Prävention von Unfällen, Gewalt, Kindesmisshandlung/-missbrauch etc. Prävention kann auf drei verschiedenen Ebenen eingesetzt werden: 1. bevölkerungsbezogene primäre oder universelle Prävention, 2. risikogruppenbezogene sekundäre oder selektive Prävention und 3. auf bereits Betroffene bezogene tertiäre oder indizierte Prävention.

Prävention von Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung ist nicht nur aus ethischer Sicht die sinnvollste Maßnahme zur Reduktion einer großen gesellschaftlichen Last, sondern hat sich in mehreren Studien auch als ausgesprochen kosteneffizient erwiesen [84, 85, 88]. Eine aktuelle deutsche Kosten-Nutzen-Analyse [118] hat anhand realer Fallbeispiele ein Kostenverhältnis von Präventions- zu Folgekosten von 1:13 bei moderatem Verlauf nach Traumatisierung und 1:34 bei pessimistischem Verlauf herausgearbeitet.

Gerade in Anbetracht von diagnostischen und therapeutischen Hürden in Bezug auf eine Traumatisierung (s. Abschnitte 5.1 und 5.2) erscheint Prävention der lohnenswerteste Weg zu sein. Nach Knudsen et al. [27] weist Evidenz aus Neurowissenschaft, Verhaltensforschung und Ökonomie klar auf die frühe Prävention als effektivere und weniger kostspielige Methode im Vergleich zur Behandlung der Folgen von kindlicher Traumatisierung hin.

Doch wirkungsvolle präventive Maßnahmen kommen nicht in ausreichendem Umfang zum Einsatz, wofür diverse Erklärungen bekannt sind. Im Kontext der gesellschaftlichen und ökonomischen Auswirkungen von Traumafolgestörungen soll dieses Thema jedoch nicht vertieft werden.

6 Kosten von Traumafolgestörungen

Wie bereits in Abschnitt 1.2 erwähnt, finden sich zu Kostenaspekten von Traumafolgestörungen nur wenige Untersuchungen in der internationalen Literatur. Die Methodik und Ergebnisse variieren stark, wobei durchweg jährliche Kosten auf Milliardeniveau eruiert werden. Dies spricht für die herausragende volkswirtschaftliche Bedeutung von kindlicher Traumatisierung und ihren Folgen. In einer Untersuchung des *National Institute of Justice*, USA [24] werden mehr als 20% der gesamten „out-of-pocket costs“ infolge von Kriminalität (Ausgaben, welche die Opfer selbst tragen müssen), auf Gewalt gegen Kinder zurückgeführt.

Eine umfassende Kostendarstellung für Deutschland würde den Rahmen dieser Expertise sprengen. Dennoch wird der außergewöhnliche Versuch unternommen, ein Schlaglicht auf die Kostenseite zu werfen, indem erstmals Traumafolgekosten für ganz Deutschland unter Verwendung aktueller Literatur hergeleitet und umfassende reale Kostendaten aus dem deutschen Gesundheitswesen in Bezug auf Traumafolgestörungen ausgewertet werden. Die Präsentation der für diese Studie erhobenen Kostenwerte ist Bestandteil von Kapitel 7.

Zunächst werden jedoch Anmerkungen zur internationalen Datenlage gemacht und aufgezeigt, wann und wodurch volkswirtschaftliche Kosten nach Traumatisierung entstehen können. Welche unterschiedlichen Kostenbereiche infolge von Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter betroffen sein können, wird in Abschnitt 6.3 dargestellt.

6.1 Anmerkungen zur Datenlage

Die gesamt-gesellschaftlichen Kosten infolge von Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter (im Folgenden auch als Traumafolgekosten bezeichnet) sind nicht bekannt. Einige wenige Studien aus dem englischsprachigen Raum haben bisher den Versuch unternommen, zumindest näherungsweise eine Einschätzung der Traumafolgekosten zu geben. In einer aktuellen Kosten-Nutzen-Analyse des Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) [118] wird beklagt, dass nationale Studien zu Traumafolgekosten in Deutschland aufgrund mangelnder Datenverfügbarkeit nicht vorhanden und durchführbar seien.

Für die folgenden Ausführungen wurden sieben Kostenstudien heran gezogen [24, 25, 82, 83, 84, 85, 88]. Fünf davon stammen aus den USA, eine aus Australien und eine aus Kanada. Von den US-amerikanischen Studien betrachten zwei die gesamte USA [24, 82], während drei Studien sich auf die Staaten Michigan [84, 85] und New York [88] beziehen. Australien [25] und Kanada [83] werden jeweils als Ganzes betrachtet.

Zwei Studien wurden aus Sicht der Justiz erstellt [24, 83], die anderen aus der Perspektive von Organisationen zum Schutz von Kindern bzw. Familien [25, 82, 84, 85, 88]. Drei Studien rechnen die Traumafolgekosten gegen Präventionskosten auf [84, 85, 88], wobei die beiden

Studien aus Michigan [84, 85] um mehrere Jahre zeitversetzt die gleichen Betrachtungen darstellen. Insbesondere die beiden Studien im Auftrag der Justiz [24, 83] und die australische Kostenstudie [25] legen ihre Kalkulation profunde und detailliert dar, doch sind für alle Studien die Datenquellen und Kalkulationen nachvollziehbar.

Beim Vergleich dieser Studien untereinander wird schnell klar, dass es eine wesentliche Frage ist, welche Kostenbereiche überhaupt berücksichtigt werden müssen. So konzentrieren sich die meisten Studien [24, 82, 84, 85, 88] ausschließlich auf Kosten aus Opfersicht, teilweise mit Berücksichtigung auch intangibler Kosten [24], während die australische [25] und kanadische [83] Arbeit auch die durch die Strafverfolgung der Täter entstehenden Kosten sowie die australische übergeordnete volkswirtschaftliche Kosten mit einbezieht [25].

Einer besonders kritischen Betrachtung bedarf die jeweilige Berechnungsgrundlage. Es macht im Ergebnis dramatische Unterschiede, ob eine Prävalenz von 36.570 offiziell nachgewiesenen Fällen von Kindesmisshandlung/-missbrauch bzw. Vernachlässigung oder von 666.500 Fällen gemäß Prävalenzangaben aus der internationalen Literatur die Ausgangsbasis bildet [25].

Gerade bei Traumatisierung durch Kindesmisshandlung/-missbrauch tritt dieses Problem zu Tage. Im so genannten Hellfeld sind alle z.B. in der Kriminalstatistik offiziell bekannt gewordenen Fälle enthalten, die jedoch sicher kein repräsentatives Ergebnis darstellen. Um das Dunkelfeld der den offiziellen Institutionen unbekannt gebliebenen Fälle auszuleuchten, werden zumeist Bevölkerungsumfragen eingesetzt. Wetzels gibt in Bezug auf die polizeiliche Kriminalstatistik eine optimistische Schätzung im Verhältnis von eins zu zehn für Hell- zu Dunkelfeld an [125], welche nach neuesten Erkenntnissen jedoch für sexuellen Missbrauch offenbar kleiner wird [141].

Für die Berechnungsgrundlage weiterhin ausschlaggebend ist die Definition eines Kostenbereiches und die Verfügbarkeit von zugehörigen Kostendaten. Eine simple Addition von Mehrkosten nach Traumatisierung ist kaum möglich, da generell keine präzisen Angaben zu Differenzbeträgen zwischen Trauma-assoziierten und nicht Trauma-assoziierten Kosten vorliegen. Vielmehr stellt sich die Frage, welcher Anteil der gesamten Ausgaben eines Kostenbereiches (z.B. Ausgaben im Bildungsbereich) sich auf Traumatisierung zurückführen lässt und wie genau und aktuell die entsprechenden Kostendaten vorliegen. Die Beantwortung setzt eine beachtliche Vollständigkeit, Detailliertheit und Klarheit der Daten innerhalb eines Bereiches voraus, die in der Realität scheinbar kaum gegeben sind.

Bei vielen Kostenbereichen sind die Ausgaben auf mehrere Geldgeber verteilt, oder die Ausgaben sind gar nicht bekannt, werden nicht öffentlich verfügbar gemacht, oder es handelt sich um individuelle private Ausgaben, Einkommensverluste, u.Ä., die ohne gesonderte Erhebung gar nicht vollständig erfasst werden können. Aus vielfältigen Gründen kann es

unmöglich sein, entsprechende Kostendaten zu eruieren. In solchen Fällen muss ein ganzer Kostenbereich aus der Kalkulation heraus gelassen, nur in Teilen berücksichtigt oder näherungsweise bestimmt werden [24, 25, 82, 83, 84, 85, 88]. Wie bei einem Puzzlespiel werden passende Teile zusammen gesucht und zu einem (sehr lückenhaften) Ganzen zusammen gefügt. Als Quelle für konkrete Zahlenangaben dienen beispielsweise öffentliche Ausgabenstatistiken, Literatur zu bestimmten Kostenbereichen oder Bevölkerungsumfragen, die dann jeweils zu entsprechenden Prävalenzen (soweit verfügbar) in Beziehung gesetzt werden.

Nicht zuletzt spielt bei der Ermittlung von Traumafolgekosten auch die Definition von Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter eine entscheidende Rolle. Wenn – wie bei den hier betrachteten Studien geschehen – fast ausschließlich Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung berücksichtigt werden, so stellt das die Berechnung zwar auf eine solide Grundlage, lässt aber andere Formen der Traumatisierung wie schwerer Unfall, Verletzung oder Zeugenschaft eines traumatischen Ereignisses außen vor.

In Anbetracht der vielen unsicheren oder unbekanntenen Variablen in der Gleichung ist denn auch aus allen hier zitierten Kostenstudien klar herauszulesen, dass es sich bei den präsentierten Zahlen um Einschätzungen, und nicht um gesicherte Werte handelt. Die Autoren beklagen die Lückenhaftigkeit von Daten, die zur Kalkulation von Traumafolgekosten benötigt werden. Dies wird grundsätzlich auf eine zu geringe öffentliche Beachtung und damit verbunden auch zu geringe finanzielle Ausstattung der Forschung in diesem Bereich zurück geführt.

Trotz dieser Schwierigkeiten ist es gelungen, Traumafolgekosten den Kosten für Präventionsprogramme gegenüber zu stellen. Diese drei Studien konnten zeigen, dass Traumafolgekosten um ein Vielfaches höher sind und schon kleine Erfolge in der gezielten Präventionsarbeit einen finanziellen Vorteil für die Gesellschaft brächten, ganz abgesehen von den menschlichen Gewinnen durch Verringerung persönlichen Leids [84, 85, 88].

Allen hier angeführten Studien zu Traumafolgekosten [24, 25, 82, 83, 84, 85, 88] ist gemein, dass es sich dabei um konservative Einschätzungen handelt, in Wahrheit also noch höhere als die angegebenen Kosten zu erwarten sind. Die Autoren begründen dies vor allem mit der unzureichenden Verfügbarkeit relevanter Daten, wodurch bestimmte Kostenbereiche vollständig oder teilweise unberücksichtigt bleiben bzw. bewusst unterschätzende Werte angesetzt werden, und mit der Berücksichtigung nur von offiziell bekannt gewordenen Fällen von Kindesmisshandlung/-missbrauch bzw. Vernachlässigung, bei der die Dunkelziffer, die sich in retrospektiven Umfragen offenbart, nicht mit einfließt.

Tabelle 6.1 Studienergebnisse zur Abschätzung von Traumafolgekosten

Studie	Kosten	intangible Kosten enthalten	Land
[25] Taylor, P., Moore, P., Pezzullo, L., Tucci, J., Goddard, C., De Bortoli, L. (2008) The Cost of Child Abuse in Australia Australian Childhood Foundation and Child Abuse Prevention Research Australia: Melbourne	Lebenszeitkosten für erstmalige Fälle von Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung aus 2007: 13,7 Mrd. AUD (beste Schätzung) Jährliche Kosten für alle Fälle von Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung in 2007: 10,7 Mrd. AUD (beste Schätzung)	ja	Australien
[83] Bowlus, A., McKenna, K., Day, T., Wright, D. (2003) The Economic Costs and Consequences of Child Abuse in Canada Report to the Law Commission of Canada	Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung: 15,7 Mrd. Kanadische Dollar/Jahr (1998)	nein	Kanada
[84] Caldwell, R. A. (1992) The Costs Of Child Abuse vs. Child Abuse Prevention: Michigan's Experience Michigan Children's Trust Fund, Lansing	Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung: 823 Mill. US-Dollar/Jahr (1992)	nein	State Michigan
[85] Noor, I., Caldwell, R. A. (2005) The Costs of Child Abuse vs. Child Abuse Prevention: A Multi-year Follow-up in Michigan Michigan Children's Trust Fund, Lansing	Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung: 1,8 Mrd. US-Dollar/Jahr (2002)	nein	State Michigan
[88] Nobuyasu, S. (2001) Costs and Benefit Simulation Analysis of Catastrophic Maltreatment In: Franey, K., Geffner, R., Falconer, R. (Hrsg.) The cost of child maltreatment: Who pays? We all do Family Violence and Sexual Assault Institute, San Diego: 199-210	Nur schwerste Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung ("catastrophic maltreatment"): 9,0 Mill. US-Dollar/Jahr	nein	State New York
[24] Miller, T. R., Cohen, M. A., Wiersema, B. (1996) Victim Costs and Consequences: a New Look Washington, DC: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice (Hrsg.)	Gewaltverbrechen gegen Kinder von 0-11 Jahre: 77,3 Mrd.US-Dollar/Jahr (1993) Gewaltverbrechen gegen Kinder/Jugendliche von 12-17 Jahre: 87,0 Mrd. US-Dollar/Jahr (1993)	ja	USA
[82] Wang, C.-T., Holton, J. (2007) Total Estimated Cost of Child Abuse and Neglect in the United States Economic Impact Study Prevent Child Abuse America, Chicago, Illinois (Hrsg.)	Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung: 103,8 Mrd. US-Dollar/Jahr (2007) - aufgeteilt in 33,1 Mrd. US-Dollar direkte und 70,7 Mrd. US-Dollar indirekte Kosten	nein	USA

Vor dem Hintergrund dieser offenkundigen deutlichen Unterschätzung von Traumafolgekosten, insbesondere der langfristigen, sind die kalkulierten Kostendimensionen in Höhe von umgerechnet Milliarden von Euros jährlich in unterschiedlichen Ländern und Landesteilen umso eindrucksvoller (s. Tabelle 6.1).

6.2 Grundsätzliche Annahmen zur Entstehung von Trauma-assoziierten Kosten

Bei allen Berechnungen zu Traumafolgekosten muss beachtet werden, dass nach erlittener Traumatisierung unterschiedliche Verlaufsformen möglich sind. Für die Mehrheit der Betroffenen werden keine langfristigen Traumafolgestörungen festgestellt. Manche Individuen sind gänzlich resilient, d.h. sie zeigen keinerlei Beeinträchtigung in den bisher erforschten Qualitäten wie Verhalten, Schulbildung, Gesundheit etc. Resilienz wird auf endogene und exogene Schutzfaktoren zurückgeführt, die einem Individuum die Widerstandskraft geben, Stress und traumatische Erfahrungen zu meistern [7, 11, 18, 28, 29] (s.a. Abschnitt 3.3).

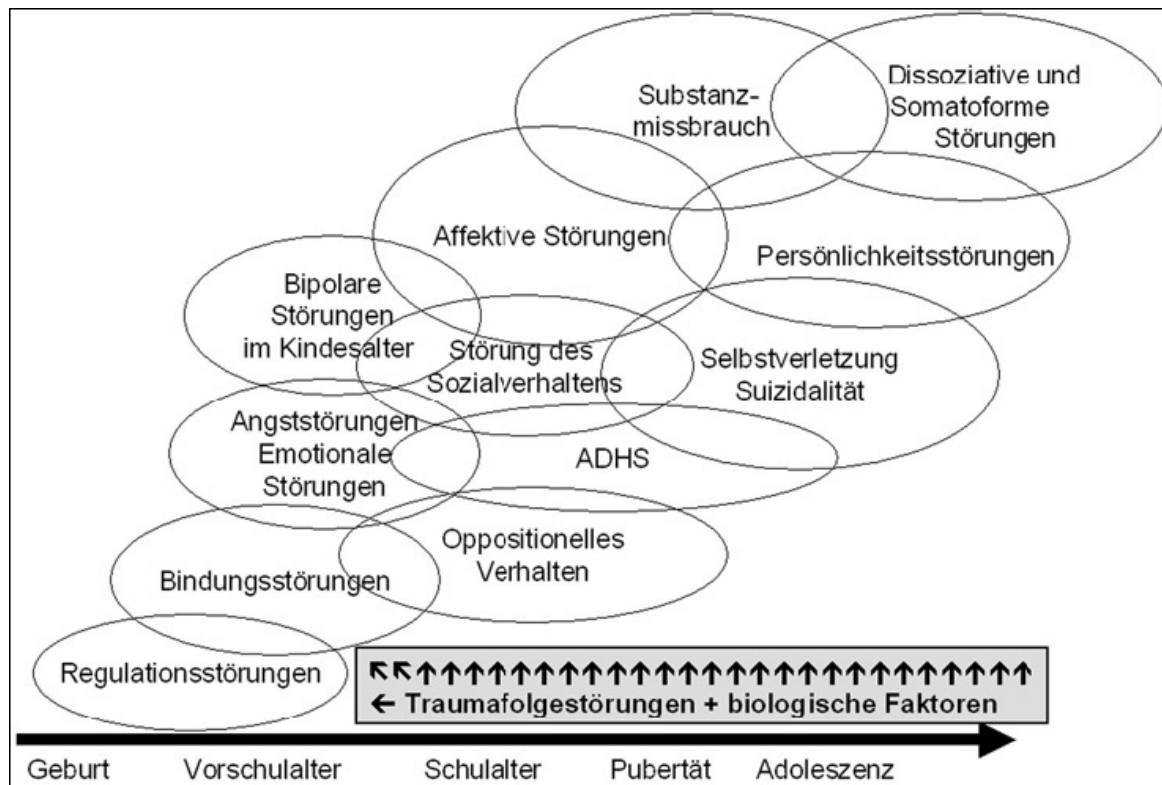
Hat eine Traumatisierung akute messbare Folgen hervorgerufen, kann zwischen behandeltem und unbehandeltem Verlauf unterschieden werden. Wenn auch die psychotherapeutische Versorgung im Kindes-/Jugendalter in Deutschland insgesamt als unzureichend betrachtet werden muss, ist ihre Wirksamkeit ausreichend belegt [89]. Schmid et al. [1] verweisen im Zusammenhang mit einer auf das Kindesalter zugeschnittenen Diagnose „Traumaentwicklungsstörung“ auf mehrere Quellen, welche gerade die Wirksamkeit traumatherapeutischer Interventionen bei Kindern und Jugendlichen, auch bei komplexeren Traumatisierungen, belegen (s.a. Abschnitt 5.1).

Bei Erwachsenen gibt es Hinweise darauf, dass eine Behandlung die Erholung von einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) deutlich beschleunigt, Chronifizierung jedoch unabhängig von einer Behandlung eintritt [34]. Sehr eindrucksvoll sind in diesem Zusammenhang Fallberichte, die eine Heilung bzw. deutliche Besserung schwerer Krankheitsbilder erst nach Aufarbeitung einer lange zurück liegenden Traumatisierung schildern, wie etwa bei einer Frau mit schwerem Bluthochdruck oder einer Frau mit Drogenabhängigkeit in Kombination mit PTBS jeweils nach sexuellem Missbrauch [90, 91] (s.a. Abschnitt 5.2).

Besonders wenn keine oder eine ineffektive Fehlbehandlung stattfinden (was in Ermangelung einer umfassenden Diagnose für traumatisierte Kinder [1, 15] sowie aufgrund von unzureichenden Wirksamkeitsstudien [37, 96] und Versorgungsdefiziten [21, 93, 94] nicht unwahrscheinlich ist, s.a. Kapitel 5), können sich Verläufe ergeben, bei denen die Betroffenen wie bei einem Dominoeffekt eine Traumafolgestörung nach der anderen erfahren. Dies ist durch die hohe Komorbidität [9, 12, 14, 15, 17, 19, 22, 34, 49], die enge Verzahnung von Traumafolgestörungen mit allen Lebensbereichen und im Kindes-

/Jugendalter zusätzlich durch die weit reichenden Folgen von Trauma-assoziierten Entwicklungsstörungen gegeben [1, 27]. Einen Überblick hierüber liefert die Abbildung 6.1.

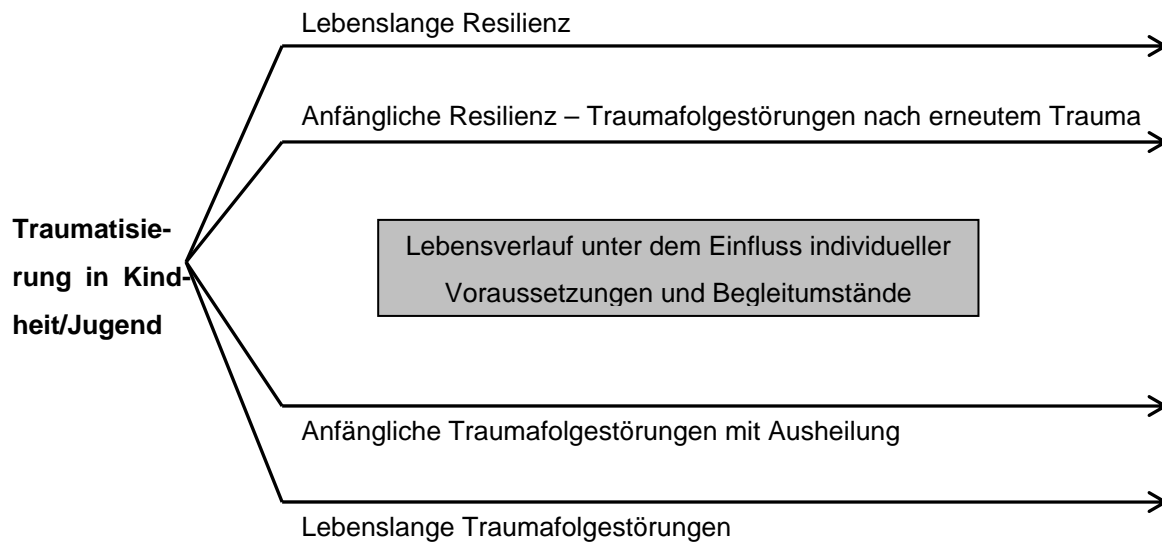
Abbildung 6.1 Entwicklungsheterotopie von Traumafolgen



Quelle: Schmid et al. (2010) [1]

Doch ergibt sich solch ein Verlauf nicht zwangsläufig, Ausstiege im Sinne einer Spontanheilung scheinen gerade im jugendlichen und jungen Erwachsenenalter möglich zu sein, oder es persistiert lediglich eine Störung. Umgekehrt können Traumafolgestörungen jedoch auch verzögert auftreten, z.B. nach erneuter Traumatisierung im Erwachsenenalter. Die unterschiedlichen Lebensverläufe nach Traumatisierung werden beispielhaft in Abbildung 6.2 veranschaulicht.

Abbildung 6.2 Beispielhafte Darstellung unterschiedlicher Lebensverläufe nach Traumatisierung



Bezogen auf die Abschätzung und Beurteilung von Traumafolgekosten ergibt sich aus der Variabilität der Verläufe, dass es bei retrospektiver Betrachtung immer Unsicherheiten dabei geben wird, in welchem Ausmaß Kosten in einem bestimmten Bereich hervorgerufen werden. Dafür muss neben den Gesamtkosten eines Bereiches bekannt sein, welche Maßnahmen in welchem Umfang in Beziehung zur Traumavorgeschichte stehen.

Zur Ermittlung des jeweiligen Anteils Traumatisierter an allen, die z.B. eine bestimmte Leistung in Anspruch nehmen, muss grundsätzlich auf Prävalenzangaben aus der Fachliteratur zurückgegriffen werden. Ist bekannt, dass die Erkrankung an einer Depressiven Störung in Deutschland zu X% auf Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter zurück geht, dann können die Ausgaben für Depressive Störungen im Gesundheitswesen zu eben diesen X% den Traumafolgekosten zugeschlagen werden. Wang und Holton [82] ziehen beispielsweise bei der Kalkulation der Kosten in der Strafjustiz die Information des *National Institute of Justice* [24] heran, dass ein Anteil von 13% aller Gewalttaten mit erlittener Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung in Verbindung steht. Bei Gesamtausgaben von 204.136.015.000 US-Dollar in diesem Bereich entstehen Kosten von 26.537.681.950 US-Dollar infolge von Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung ($204.136.015.000 \times 0,13 = 26.537.681.950$).

6.3 Von Ausgaben bzw. Defiziten betroffene Bereiche

Wie in Abschnitt 6.1 bereits erwähnt wurde, kommt der Auswahl betroffener Bereiche bei der Ermittlung von Traumafolgekosten eine entscheidende Bedeutung zu. Die Vielfalt in der Literatur, mit der unterschiedliche Kostenbereiche in die Kalkulation einbezogen werden, resultiert im Wesentlichen aus der Verfügbarkeit geeigneter Daten. Einige Bereiche sind aufgrund ihrer Bedeutung regelmäßig Bestandteil der Kalkulationen, wobei dennoch große Unterschiede im Detail bestehen können.

Es wurde bereits mehrfach erwähnt, dass sich eine Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter auf sämtliche Lebensbereiche und über ein ganzes Leben hinweg auswirken kann. Dies hat zur Folge, dass eine große Vielzahl ganz unterschiedlicher Kostenbereiche betrachtet werden muss. Eine vollständige Aufstellung hierüber gibt es unseres Wissens nicht, so dass an dieser Stelle versucht wird, besonders relevante Bereiche zusammenzustellen.

Für eine bessere Überschaubarkeit werden dabei auf übergeordneter Ebene direkte und indirekte Kosten unterschieden. Erstere stehen unmittelbar mit der Traumatisierung in Verbindung, wie z.B. die Behandlung körperlicher Verletzungen oder die Unterhaltung von Anlaufstellen für Opfer von Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung. Indirekte Kosten ergeben sich mittelbar aus einer Traumatisierung und können noch Jahrzehnte danach oder aber über Jahrzehnte hinweg anfallen. Hierzu zählen Kosten für Heimunterbringung von Kindern/Jugendlichen, Fördermaßnahmen im schulischen Bereich, medizinische Behandlungskosten, Verdienstauffälle infolge von Traumafolgestörungen u.v.a.m.

In der Realität sind die Übergänge oft fließend, denn beispielsweise kann eine psychologische Behandlung unmittelbar nach der Traumatisierung begonnen werden (direkte Kosten), später aber in eine Behandlung von Traumafolgestörungen übergehen (indirekte Kosten). Die konkrete Einteilung der relevanten Kostenbereiche in direkte oder indirekte Kosten erfolgt weiter unten in diesem Abschnitt und ist zusätzlich in Tabelle 6.2 zusammen gestellt.

Die meisten Kostenstudien betrachten die Opferseite, nur zwei der hier zitierten Studien [25, 83] beziehen Kosten durch Täter im Bereich der Polizei und Justiz mit ein. Auf der Opferseite wiederum kann zwischen Kosten bzw. Verlusten auf persönlicher Ebene (z.B. krankheitsbezogene Ausgaben und Einkommenseinbußen) sowie auf gesellschaftlicher Ebene (z.B. Kinderschutz und Jugendhilfe, Produktivitätseinbußen) unterschieden werden.

Tangible/Intangible Kosten

Auf einer untergeordneten Ebene werden tangible und intangible Kosten differenziert, welche – je nach Bezug zur Traumatisierung – sowohl den direkten, als auch den indirekten Kosten zugeordnet werden können. Tangible Kosten setzen sich aus monetären Größen zusammen, d.h. sie lassen sich durch Kalkulation vorliegender Kostenwerte errechnen. Zu den typischen tangiblen Kosten zählen u.a. Sachgüter, Personalkosten und Verdienstauffälle. Dementsprechend setzen sich Traumafolgekosten in weiten Teilen aus tangiblen Kosten zusammen, die sich – bei Vorliegen geeigneter Kostenwerte – rechnerisch ermitteln lassen.

Während für tangible Kosten grundsätzlich Zahlen zur Verfügung stehen, stellt sich bei intangiblen Kosten das besondere Problem der „Umrechnung“ von immateriellen Werten wie Schmerz und psychischer Belastung in Geldbeträge. Es gibt standardisierte Vorgehensweisen dafür, wie ein Verlust an Lebensqualität gemessen und mit welchem Betrag er belegt werden kann [86]. Mit diesem Vorgehen bleibt jedoch ein großes Fragezeichen verbunden, denn die den intangiblen Kosten zugrunde liegenden Qualitäten zeichnen sich gerade dadurch aus, dass sie sich einer allgemein verbindlichen Skalierung entziehen. Dennoch sind diese immateriellen Verluste real und für die Betroffenen sehr bedeutsam, so dass sie – trotz Unsicherheiten in der Kalkulation – nicht vernachlässigt werden sollten [24, 25].

Direkte Kosten von Traumatisierung

An erster Stelle müssen sicherlich medizinische Kosten für die unmittelbare Behandlung (körperlich oder psychisch) einer Traumatisierung erwähnt werden. Darüber hinaus lassen sich hier Kosten durch soziale Institutionen (z.B. Kinderschutz) einordnen, die Traumatisierten als erste Anlaufstelle zur Verfügung stehen.

Traumatisierungen infolge eines Verbrechens (z.B. sexueller Missbrauch) ziehen zudem Kosten durch polizeiliche Verfolgung des Täters, Prozesskosten und ggf. Gefängnisaufenthalt nach sich.

Zudem fallen persönliche Kosten z.B. durch Maßnahmen zum Selbstschutz oder medizinischen Bedarf (soweit nicht von einer Krankenkasse oder Versicherung erstattet) an. Auf persönlicher Ebene kommt natürlich noch der Verlust an Lebensqualität – vermutlich der größte Anteil – dazu.

Tabelle 6.2 Relevante Kostenbereiche zur Abschätzung von Traumfolgekosten

<u>Direkte Kosten</u>	<u>Indirekte Kosten</u>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Behandlung in unmittelbarem Zusammenhang mit Traumatisierung ➤ Unterhaltung sozialer Institutionen im Sinne einer ersten Anlaufstelle bei Traumatisierung ➤ Täterbezogene Kosten bei Polizei und Justiz ➤ Persönliche Kosten und Verluste ➤ Verlust an Lebensqualität 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aufwendungen im Bildungssektor ➤ Kinderschutz und Jugendhilfe im Sinne einer sekundären Anlaufstelle für auffällige Kinder/Jugendliche ➤ Delinquenz und Jugendkriminalität ➤ Kriminalität im Erwachsenenalter ➤ Fremdunterbringung ➤ Gesundheitswesen ➤ Minderung der individuellen volkswirtschaftlichen Produktivität ➤ Persönliche Kosten und Verluste ➤ Übergeordnete volkswirtschaftliche Verluste (<i>deadweight losses</i>) ➤ Verlust an Lebensqualität

Indirekte Kosten von Traumatisierung

Zu den kurz- und mittelfristig nach Traumatisierung auftretenden indirekten Kosten zählen Ausgaben für zusätzliche Fördermaßnahmen im Bereich der Bildung aufgrund von kognitiven Defiziten und Verhaltensauffälligkeiten. Gerade die Verhaltensauffälligkeiten führen weiterhin zur überproportionalen Inanspruchnahme von Einrichtungen und Maßnahmen von Kinderschutz und Jugendhilfe. Weitere Aspekte in diesem Zusammenhang sind Delinquenz und Jugendkriminalität, die zusätzlich Kosten bei Polizei und Justiz verursachen. Hier kommen später auch Kosten durch vermehrte Kriminalität im Erwachsenenalter hinzu (vgl. Abschnitte „Persönlichkeitsstörungen“ und „Störungen des Sozialverhaltens“ unter 4.3.1) [92]. Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter kann mit einer Fremdunterbringung der Betroffenen einhergehen, so dass Kosten für Pflegefamilien, Heime u.Ä. anfallen.

Kosten im Gesundheitswesen entstehen indirekt sowohl kurz- bis mittelfristig, als auch langfristig in Form von vielfältigen Traumafolgestörungen (s. Kapitel 4). Die vielfältigen Erkrankungen, die hierunter fallen, führen zur verstärkten Inanspruchnahme des Gesundheitswesens, wobei der Hintergrund der Traumatisierung dabei häufig nicht zu Tage tritt. Eine Studie an 1.225 weiblichen Mitgliedern einer amerikanischen *Health Maintenance Organiza-*

tion (HMO) [87] konnte zeigen, dass bei Frauen mit Kindesmisshandlung/-missbrauch bzw. Vernachlässigung in der Vorgeschichte proportional zur Schwere der Traumatisierung mehr Gesundheitskosten anfallen, als bei Frauen ohne entsprechende Vorgeschichte. Das Ergebnis blieb auch nach Berücksichtigung demographischer Variablen und des Einflusses chronischer Erkrankungen statistisch signifikant.

Ein weiterer wesentlicher Kostenfaktor ist die geminderte volkswirtschaftliche Produktivität von Traumatisierten. Hierbei handelt es sich um eine Art Kettenreaktion: Probleme in der Schule führen zu niedrigerem Schul- und Ausbildungsabschluss und in der Folge zu weniger gut qualifizierter Arbeit. Das Arbeitsleben wiederum wird durch gesundheitliche Beeinträchtigungen und Ausfälle aufgrund von Kriminalität gestört und führt gehäuft zum Verlust des Arbeitsplatzes. Im Ergebnis wird weniger Einkommen erzielt, was sich – abgesehen vom privaten Haushalt – auch auf die Höhe der gezahlten Steuern und etliche weitere volkswirtschaftliche Größen auswirkt [vgl. 7, 13].

Wie schon bei den direkten fallen auch bei den indirekten Kosten auf persönlicher Ebene Kosten und Verluste an, welche die Produktivität negativ beeinflussen. Die intangiblen Kosten der Krankheitslast, typischerweise in Form von *Disability Adjusted Life Years (DALYs)* gemessen und dann mit einem Geldwert belegt, zählen nicht nur zu den direkten, sondern – in Anbetracht der lebenslangen Beeinträchtigungen durch kindliche Traumatisierung – in viel höherem Maße noch zu den indirekten Kosten.

Auf einer übergeordneten Ebene können darüber hinaus volkswirtschaftliche Verluste (*deadweight losses*) durch Ineffizienz infolge staatlicher Eingriffe in den freien Markt entstehen. Die australische Kostenstudie [25] führt in diesem Bereich beispielhaft die Verschiebung von Geldern zwischen verschiedenen Finanzbereichen an, was zwar keine direkten, aber indirekte Kosten in Form von volkswirtschaftlichen Verlusten durch Veränderungen auf der Seite der Nachfrage verursacht.

7 Traumafolgekosten für die Bundesrepublik Deutschland

Zur Veranschaulichung der immensen wirtschaftlichen Bedeutung von Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter mit konsekutiven Traumafolgestörungen im Laufe des späteren Lebens für die gesamte Gesellschaft wird in diesem Kapitel der Versuch unternommen, konkrete Kosten für die Bundesrepublik Deutschland herzuleiten.

Wie schon in Kapitel 6 „Kosten von Traumafolgestörungen“ dargestellt, ist die Datenlage zur Berechnung von Traumafolgekosten insbesondere in Deutschland völlig unzureichend. Ferner würde es den Rahmen dieser Expertise sprengen, den Versuch einer dezidierten Kostenerfassung nach betroffenen Bereichen anzustellen. Deshalb wird eine einfache, aber plausible und in jedem Falle konservative Kostenherleitung auf Basis zweier aktueller Publikationen aus Deutschland dargestellt und das Ergebnis mit einigen ausgewählten internationalen Studien verglichen.

Darüber hinaus werden erstmals auf Basis von realen Daten der größten deutschen gesetzlichen Krankenkasse *Barmer GEK* Berechnungen zum Umfang der Ausgaben allein im Gesundheitswesen sowie zu Gesundheits-bedingten Ausfallzeiten infolge von Traumafolgestörungen angestellt.

7.1 Herleitung der Traumafolgekosten

Ziel dieser Kostenherleitung ist die näherungsweise Ermittlung von Kosten, die innerhalb eines Jahres als Traumafolgekosten in Deutschland anfallen. Darunter fallen sowohl die mit der Traumatisierung direkt verbundenen Kosten, als auch die zeitlich davon entfernt, durch Folgeschäden auftretenden (s.a. Abschnitte 6.2 und 6.3).

Die Herleitung der Kosten gründet sich auf die einfache Formel:

$$\text{Anzahl der Einheiten } A \times \text{Kosten je Einheit } A = \text{Gesamtkosten der Einheiten } A.$$

Dabei stellt Einheit A einen Fall von Kindesmisshandlung/-missbrauch bzw. Vernachlässigung dar, bei dem die Traumafolgestörungen über das gesamte Leben hinweg zu zusätzlichen, auf die Traumatisierung und deren Folgeschäden bezogene Kosten – d.h. zu zusätzlichen Ausgaben und Mindereinnahmen gleichermaßen – führen. Die Kosten beziehen sich auf den Zeitraum von einem Jahr.

7.1.1 Informationsquellen

Als Informationsquelle zur Kostenherleitung dienen einerseits eine repräsentative Bevölkerungsumfrage in Deutschland vom April 2010 zur Prävalenz von Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung [119] und andererseits eine Expertise zu „Kosten und Nutzen Früher Hilfen“ aus dem Frühjahr 2011 [118].

Darüber hinaus werden einige Literaturquellen aus der Risiko- und Resilienzforschung [20, 28, 140] mit einbezogen, sowie vom *Statistischen Bundesamt Deutschland* veröffentlichte Daten zur Bevölkerungsgröße des Jahres 2009 (derzeit aktuellste Zahlen) [120]. Einige Eckdaten zu Methodik und Ergebnissen der Literaturquellen werden in Tabelle 7.1 zusammengefasst.

Tabelle 7.1 Methodik und Untersuchungsbedingungen der Informationsquellen zur Herleitung von Traumafolgekosten in Deutschland

Nr.	Literaturquelle	Studien- teilnehmer	Alter	Ziel der Studie - Fragestellung	Erhebungsmethode	für die Kostenherleitung relevantes Ergebnis
119	Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E., Glaesmer, H. (2011) Misshandlungen in Kindheit und Jugend: Ergebnisse einer Umfrage in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung	2.504	ab 14 Jahre	Aktuelle Häufigkeit von Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung in der deutschen Bevölkerung	Retrospektive, repräsentative Bevölkerungsumfrage mit Hilfe der deutschen Version des <i>Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)</i>	Häufigkeit von mindestens einer Form von Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung in der Ausprägung "schwer/extrem": 14,5%
118	Meier-Gräwe, U., Wagenknecht, I. (2011) Expertise Kosten und Nutzen Früher Hilfen		3 bis 66 Jahre	Gegenüberstellung von Kosten <i>Früher Hilfen</i> und Folgekosten bei Kindeswohlgefährdung (ohne <i>Frühe Hilfen</i>)	Kosten bei Kindeswohlgefährdung; Entwicklung von Einzelfallszenarien (Lebensläufe) und Zuordnung entsprechender Kosten auf Basis von vorhandenen Forschungsarbeiten, Expertengesprächen und verfügbaren Daten	Gesamtkosten der moderaten Fallszenarien: 424.005 Euro bzw. 441.896 Euro
28	Werner, E. E. (1996) Vulnerable but invincible: High risk children from birth to adulthood	rund 700	Geburt bis 32 Jahre	Dokumentation der Lebensverläufe einer Kohorte von Einwohnern der Insel Kauai von Geburt bis ins Erwachsenenalter, um den Einfluss perinataler Komplikationen und widriger Verhältnisse in der Kindheit/Jugend zu untersuchen	Longitudinale Langzeitstudie mit Sammlung umfangreicher Daten zu mehreren Zeitpunkten hinsichtlich Entwicklung, Verhalten, Gesundheit, Bildung und weiterer sozio-ökonomischer Faktoren	ca. 18% der Hochrisiko-Kinder zeigen auch im Erwachsenenalter andauernde Traumafolgestörungen
140	Tress, W. (1986) Die positive frühkindliche Bezugsperson – Der Schutz vor psychogenen Erkrankungen	595	Erwachsenenalter	Epidemiologische Überprüfung der Rolle einer positiven, stabilen Bezugsperson bei frühkindlicher Belastung auf die Entwicklung psychogener Störungen im Erwachsenenalter	Retrospektive Befragung einer Zufallsstichprobe zu frühkindlicher Belastung und gleichzeitig diagnostische Bewertung aktueller Beeinträchtigungen durch psychogene Störungen	Häufigkeit psychogener Beeinträchtigungen nach frühkindlicher Belastung: 2 Drittel insgesamt, 1 Drittel schwer
20	Thyen, U., Kirchofer, F., Wattam, C. (2000) Gewalterfahrung in der Kindheit – Risiken und gesundheitliche Folgen	263	Kinder und Jugendliche: 60% null bis 10 Jahre alt, 40% älter als 10 Jahre	Überschneidung verschiedener Formen von Gewalterfahrung in der Kindheit darstellen sowie Schweregrad von Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung, gesundheitlichen Folgen, Komorbidität und Risikofaktoren darstellen	Prospektive Erfassung mit Hilfe eines standardisierten Erhebungsbogens und zentrale Auswertung aller zwischen Januar und Juni 1997 neu gemeldeten Fälle an elf deutschen Kinderschutz-Zentren	Häufigkeit schwerer Beeinträchtigungen: 21%

7.1.2 Definition einer Grundgesamtheit

Für eine gemeinsame Grundgesamtheit, auf die sich die Anzahl der Einheiten A und Kosten je Einheit A gleichermaßen beziehen können, bedarf es einer Angleichung in Bezug auf das Alter. Die Kosten je Einheit A stehen für die Altersspanne von drei bis 66 Jahren (bis zum 67. Lebensjahr) zur Verfügung [118], die Anzahl der Einheiten A lässt sich aufgrund der vorgegebenen Altersgrenzen bei den Bevölkerungszahlen des *Statistischen Bundesamtes Deutschland* nur für die Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen angeben [119, 120].

Folglich werden die Kosten, welche im Alter von drei bis 14 bzw. 65 und 66 Jahren anfallen, nicht berücksichtigt. Die Prävalenz von Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung wird entsprechend nur auf die Gruppe der 15- bis 64-Jährigen angewendet, wobei die Erhebung auf einer repräsentativen Stichprobe im Alter von 14 bis 90 Jahren basiert. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Prävalenz in der Gruppe der Älteren nicht wesentlich von der in den übrigen Altersstufen abweicht.

Diese Annahme wird dadurch gestärkt, dass höheres Lebensalter lediglich bei der Untergruppe der körperlichen Vernachlässigung eine zwar statistisch signifikante, aber nur geringfügige Häufung ergab, die durch Entbehrungen im Rahmen des 2. Weltkrieges erklärt wird [119]. Das genaue Vorgehen wird in den folgenden Abschnitten erläutert.

7.1.3 Ermittlung der Anzahl der Einheiten A

Häuser et al. [119] geben in ihrem Artikel Lebenszeitprävalenzen von emotionaler und körperlicher Misshandlung, sexuellem Missbrauch, sowie emotionaler und körperlicher Vernachlässigung an. Die Erhebung auf Basis der deutschen Version des standardisierten Fragebogens *Childhood Trauma Questionnaire* (s.a. Abschnitt 3.3) erlaubt zusätzlich die Unterscheidung von drei Schweregraden („gering/mäßig“, „mäßig/schwer“ und „schwer/extrem“).

Es ist nicht davon auszugehen, dass alle Traumatisierten lebenslange Folgeschäden davon tragen, insbesondere nicht in einer so starken Ausprägung, dass hierdurch Kosten im später aufgezeigten Umfang verursacht würden. Deshalb wird an dieser Stelle lediglich die Prävalenz der „schwer/extrem“ Betroffenen herangezogen. **Insgesamt 14,5% der Stichprobe gaben mindestens eine Form von Kindesmisshandlung/-missbrauch bzw. Vernachlässigung des Schweregrades „schwer/extrem“ an.**

Wird der Anteil von 14,5% in der Studie auf die deutsche Bevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahren (53,9 Mill. im Jahr 2009 [120]) übertragen, so entspricht dies einer Anzahl von 7,8 Mill. Menschen. Die Befragten in der Studie waren 14 Jahre und älter, das *Statistische Bundesamt* [120] trennt in seiner Bevölkerungstabelle aber nicht bei Alter 14 Jahre, sondern

bei Alter 15 Jahre. Die Obergrenze von 64 Jahren (bis unter 65 Jahre) erklärt sich dadurch, dass Kosten nur bis zum Alter von 67 Jahren bekannt sind und daher die oberste Altersklasse „65 und mehr“ des *Statistischen Bundesamtes* wegfällt.

Doch selbst für die Gruppe der „schwer/extrem“ Betroffenen ist nicht klar, inwieweit die Traumafolgen sich als messbare Kosten niederschlagen. Im Sinne einer konservativen Betrachtungsweise wurden deshalb zusätzliche Quellen heran gezogen, um den Anteil von Betroffenen abzuschätzen, bei dem langfristige, schwere Beeinträchtigungen bestehen bleiben, wie etwa eine chronische Erkrankung und/oder Einschränkungen bei der Erwerbstätigkeit. Solche Beeinträchtigungen machen die Entstehung von Kosten im Laufe des weiteren Lebens, wie sie in Abschnitt 7.1.4 aufgezeigt werden, plausibel nachvollziehbar.

Die Ergebnisse der Risiko- und Resilienzforschung liegen in dem Größenbereich von etwa 15% bis 25% Traumatisierten mit langfristigen Beeinträchtigungen durch Traumafolgestörungen. So stellt die international sehr bekannte *Kauai-Studie* von Werner [28] fest, dass etwa 18% der Kinder mit einem hohen Risikopotenzial auch im Alter von 32 Jahren noch unter erheblichen Folgen leiden. Hierzu zählen Kriminalität, chronische psychische Erkrankungen und ein niedriges Selbstwertgefühl. Im Rahmen des Mannheimer Kohortenprojekts stellt Tress [140] psychogene Beeinträchtigungen (z.B. Angststörungen, Somatoforme Störungen) im Erwachsenenalter nach frühkindlicher Belastung bei gut zwei Drittel der betroffenen Studienteilnehmer fest, bei fast einem Drittel sogar schwerere psychogene Beeinträchtigungen. Dabei scheint die Definition der frühkindlichen Belastung aus heutiger Sicht eher weit gefasst. Reduziert nur auf die Gruppe der schwer Belasteten (10,4%) ergibt sich jedoch der gleiche Anteil von ca. zwei Drittel psychogen Beeinträchtigten, davon knapp die Hälfte schwererer Art.

Da eine der wenigen verfügbaren deutschen Studien [20] für schwer betroffene Fälle aus Kinderschutz-Zentren eine Häufigkeit von 21% eher dauerhaft beeinträchtigter Kinder (dazu zählen Entwicklungsretardierung und Lernbehinderung) angibt, fiel der Entschluss dazu, den im Kontext der Literatur plausiblen Wert von 21% für die Herleitung zu verwenden. Von den Kindern und Jugendlichen in den Kinderschutz-Zentren erfüllten sogar 55% die Kriterien für eine Störung der sozialen und emotionalen Entwicklung, was vermutlich in einer Vielzahl der Fälle zu ähnlichen Kosten führen würde. Jedoch wird auch an dieser Stelle im Sinne einer konservativen Herangehensweise nur der angenommenerweise auch langfristig am schwersten betroffene Anteil berücksichtigt.

Ausgehend von den in der Literatur verfügbaren Anhaltspunkten wird von den 7,8 Mill. von Kindesmisshandlung/-missbrauch bzw. Vernachlässigung in der Ausprägung „schwer/extrem“ Betroffenen nur ein Anteil von 21% in die Herleitung der Kosten mit einbezogen. **Und das sind 1,6 Mill. Menschen, welche die Anzahl der Einheiten A ausmachen.** Die

Rechnung zur Ermittlung der Anzahl der Einheiten A wird ergänzend in Tabelle 7.2 dargestellt.

Tabelle 7.2 Schrittweise Darstellung der Ermittlung der Anzahl der Einheiten A

1. Schritt	Bevölkerung 2009, 15-64 Jahre	Kindesmisshandlung/-missbrauch, Vernachlässigung "schwer/extrem"
Häufigkeit	100%	14,5%
Anzahl	53.877.800	7.812.281
2. Schritt	Kindesmisshandlung/-missbrauch, Vernachlässigung "schwer/extrem"	Langfristige, schwere Beeinträchtigungen
Häufigkeit	100%	21%
Anzahl	7.812.281	1.640.579

7.1.4 Ermittlung der Kosten je Einheit A

Die Kosten je Einheit A wurden der „Expertise Kosten und Nutzen Früher Hilfen“ von Meier-Gräwe und Wagenknecht [118] entnommen. Ziel dieser Expertise ist die Gegenüberstellung von Kosten eines Präventionsprojektes im Rahmen *Früher Hilfen* zur Vermeidung von Kindeswohlgefährdung und von Kosten, welche ohne entsprechende Prävention bei angenommener Kindeswohlgefährdung entstehen würden. Die vorliegende Expertise bezieht sich nur auf die letzteren Kosten, die unter den hier verwendeten Begriff der Traumafolgekosten fallen.

Wegen der großen Unsicherheiten aufgrund des Mangels verlässlicher Daten bei einer Gegenüberstellung von Kosten und Nutzen für ganz Deutschland wählen Meier-Gräwe und Wagenknecht einen fallbezogenen Ansatz. Hierbei nutzen sie in Ergänzung zu den verfügbaren Daten einerseits Expertenwissen und andererseits die internationale Fachliteratur zu den Folgen von Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung.

Es resultieren insgesamt vier Fallszenarien zur Darstellung von Traumafolgekosten, zwei moderate und zwei pessimistische. Die beiden moderaten Fallszenarien beginnen im Alter von drei Jahren unter der Annahme, dass die Fälle mit Eintritt in eine Kindertageseinrichtung auffällig werden, und belaufen sich bis zum Alter von 67 Jahren auf Kosten von insgesamt 424.005 Euro bzw. 441.896 Euro. Bei den pessimistischen Fallszenarien erhalten die Kinder erst mit Eintritt in die Schule Hilfe, wobei sich die Kosten auf insgesamt 1.243.002 Euro bzw. 1.075.585 Euro bis zum Alter von 67 Jahren aufsummieren. Die höheren Kosten sind – bei späterem Einsetzen der Hilfen – durch intensivere Maßnahmen im Schul- und Ausbildungs-

alter sowie höhere Gesundheitsausgaben und Wertschöpfungsverluste im Erwachsenenalter bedingt. Das Rentenalter ist in allen Fällen aus der Kalkulation ausgenommen.

Um dem Grundsatz der konservativen Herangehensweise treu zu bleiben, werden lediglich die beiden moderaten Szenarien zur Herleitung der Traumafolgekosten für Deutschland berücksichtigt. **Im Mittel belaufen sich die Kosten aus den beiden moderaten Fallszenarien auf 432.950 Euro.** Sie resultieren aus Gesundheitsleistungen (Logopädie, ambulante psychotherapeutische Behandlung), sozialen Dienstleistungen (Erziehungsberatung, Sozialpädagogische Familienhilfe, Soziales Training, Kontinuierliche spielpädagogische Einzelförderung), Bildungsleistungen (Berufsvorbereitung, Ausbildungsförderung) und Produktivitätsverlusten (geringe berufliche Qualifikation, Arbeitslosigkeit). Für eine detaillierte Beschreibung der Methodik der Kostenberechnung wird auf die Originalquelle verwiesen.

Da sich die Anzahl der Einheiten A nur für die 15- bis 64-Jährigen ermitteln lässt (s. Abschnitte 7.1.2 und 7.1.3), werden aus den von Meier-Gräwe und Wagenknecht ermittelten Kosten die vor dem Alter von 15 Jahren und ab dem Alter von 65 Jahren anfallenden Kosten nicht in die vorliegende Herleitung einbezogen. Die Fallszenarien zur Ermittlung von Traumafolgekosten sind in unterschiedliche Altersabschnitte eingeteilt. Die Grenzen liegen u.a. bei 13 und 16 bzw. bei 67 Jahren, nicht jedoch bei 15 oder 65 Jahren, so dass eine individuelle Anpassung der Kosten notwendig ist.

Im einen der beiden moderaten Fallszenarien fallen in den Abschnitt von 13 bis 16 Jahren ein sozialer Trainingskurs à 1.000 Euro und ein Jahr Berufsvorbereitung à 6.146 Euro. Da nicht klar ist, zu welchem Zeitpunkt genau der soziale Trainingskurs stattfindet, werden die Kosten dafür um die Hälfte gemindert – entsprechend zwei Jahren, die nicht in die Berechnung eingehen. Die Berufsvorbereitung wird hingegen in voller Höhe berücksichtigt, da diese typischerweise nicht für ein Alter von unter 15 Jahren vorgesehen ist.

Beim zweiten moderaten Fallszenario werden eine Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) über ein Jahr à 20.160 Euro und ebenfalls eine Berufsvorbereitung à 6.146 Euro angegeben. Die SPFH ist eine Anschlussmaßnahme, die bereits im Altersabschnitt zwischen 6 und 12 Jahren begonnen wird, so dass wahrscheinlich ist, dass sie im Alter von 13 bis 14 Jahren erfolgt. Somit werden die Kosten hierfür nicht berücksichtigt, die der Berufsvorbereitung hingegen wieder in voller Höhe.

Kosten, welche in dem Altersabschnitt von 3 bis 12 Jahren entstehen, werden komplett fallen gelassen. Dies sind im einen Fallszenario 1.700 Euro für logopädische Behandlung und 81.060 Euro für Erziehungsberatung und SPFH. Im anderen Szenario entfallen Kosten von 3.160 Euro für kontinuierliche spielpädagogische Einzelförderung zu Hause mit Elternberatung sowie 60.480 Euro für SPFH.

Für die Kosten, die im Alter von 65 und 66 Jahren anfallen, wird jeweils der letzte Altersabschnitt, der von „51 bis 67“ Jahre reicht und 119.002 Euro umfasst, um den Anteil der zwei letzten Jahre gekürzt – unter der Annahme einer gemittelten Kostenverteilung über diesen Zeitraum hinweg. Somit fallen pro Fallszenario noch einmal 14.000 Euro weg. **Damit reduzieren sich die mittleren Kosten der beiden moderaten Fallszenarien auf insgesamt 335.421 Euro (Mittelwert aus 326.745 und 344.096 Euro).**

Doch Fallkosten sind für die Betrachtung der gesamten gesellschaftlichen Kosten eine schwer vorstellbare und wenig griffige Größe, so dass sie zur Veranschaulichung in Jahreskosten umgerechnet werden. Die Kosten von 335.421 Euro beziehen sich auf einen Zeitraum von 50 Jahren (Alter von 15 bis einschließlich 64 Jahre). **Daraus resultieren durchschnittliche Jahreskosten von 6.708 Euro als Kosten je Einheit A.** Ergänzend stellt die Tabelle 7.3 die Ermittlung der Kosten je Einheit A noch einmal schrittweise dar.

Tabelle 7.3 Schrittweise Darstellung der Ermittlung der Kosten je Einheit A

1. Schritt	Fallszenario 1	Fallszenario 2	Mittelwert aus Fallszenario 1 und 2
Gesamtkosten	424.005	441.896	432.950
abzuziehende Kosten 0-14, 65 und 66 Jahre	97.260	97.800	
Differenzkosten 15-64 Jahre	326.745	344.096	335.421
2. Schritt	Mittelwert aus Fallszenario 1 und 2		
Kosten 15-64 Jahre (Spanne: 50 Jahre)	335.421		
Jährliche Kosten	6.708		

7.1.5 Ergebnis

Für die oben bereits genannte Formel

$$\text{Anzahl der Einheiten } A \times \text{Kosten je Einheit } A = \text{Gesamtkosten der Einheiten } A$$

wurden in den beiden vorausgehenden Abschnitten die Größen der beiden Multiplikatoren für die deutsche Bevölkerung im Alter von 15 bis einschließlich 64 Jahren hergeleitet. Setzt man die Werte in die Formel ein:

$$1.640.579 \times 6.708 \text{ Euro} = 11.005.676.636 \text{ Euro},$$

ergibt sich jedes Jahr ein Betrag von 11,0 Mrd. Euro, der durch die Folgen von Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung für die deutsche Gesellschaft anfällt. Anders ausgedrückt entfallen auf jeden Bundesbürger Traumafolgekosten in Höhe von 134,54 Euro jährlich.

7.2 Bewertung der Traumafolgekosten

Die oben genannten Zahlen von jährlich insgesamt 11,0 Mrd. Euro bzw. 134,54 Euro pro Kopf an Traumafolgekosten (jährliche Pro-Kopf-Anteile zum Vergleich: ca. 3.000 Euro an Energiekosten [131], ca. 386 Euro am Verteidigungsetat [132] und ca. 2.579 Euro an Bürgschaften i.R. des EU-Rettungsschirms [133]) müssen im Kontext bestimmter Grundvoraussetzungen betrachtet werden.

Zunächst einmal muss darauf hingewiesen werden, dass die Herleitung der Traumafolgekosten methodisch sehr schlicht gehalten ist, was damit zusammenhängt, dass die verwendeten Daten – insbesondere die Kostendaten – mit einer so großen Unsicherheit behaftet sind, dass präzisere Vorgehensweisen lediglich die Illusion einer größeren Genauigkeit erzeugen und über die schwachen Daten hinweg täuschen könnten. Dies ist nicht die Absicht der Verfasser.

Die Informationsquellen [20, 28, 118, 119, 140] sind voneinander völlig unabhängige Untersuchungen, die nicht mit dem Ziel der Herleitung von Traumafolgekosten für ganz Deutschland durchgeführt wurden. Die gemeinsame Verwendung der Studienergebnisse im vorliegenden Kontext ist deshalb methodisch mit vielen Fragezeichen behaftet. Es stellt sich insbesondere die Frage danach, in wieweit das Kostenszenario [118] auf die Menge der anhand von epidemiologischen Studien [20, 119] ermittelten Traumatisierten übertragbar ist.

Eine weitere wesentliche Unsicherheit liegt in den Kostendaten selber. Die Autorinnen der Kostenstudie legen ausführlich dar, dass aufgrund des Datenmangels viele Bausteine durch

Expertenwissen und internationale Fachliteratur ergänzt werden mussten [118]. Somit handelt es sich – anders als bei den Daten zu Gesundheitskosten in Abschnitt 7.4 – nur zum Teil um real nachvollziehbare Ausgaben oder Mindereinnahmen. Die kompletten Fallszenarien sind ein Konstrukt, das unter Zuhilfenahme unterschiedlicher Informationsquellen so nah wie möglich an der Realität entwickelt wurde.

Grundsätzlich wurde eine konservative Herangehensweise bei der Ermittlung der Traumafolgekosten verfolgt. Diese stellt sich an verschiedenen Punkten dar, etwa bei der Eingrenzung der Anzahl der Einheiten A zunächst auf „schwer/extrem“ von Kindesmisshandlung/-missbrauch bzw. Vernachlässigung betroffene Fälle und von diesen wiederum nur auf den Anteil mit schweren, andauernden Einschränkungen. Bei den Kostendaten wurden die günstigen Fallszenarien zur Berechnung ausgewählt und zusätzlich um Kosten aus hinsichtlich der Prävalenz nicht betrachteten Lebensjahren gekürzt.

Nicht zuletzt muss beachtet werden, dass die Gesamtkosten nur für das Alter von 15 bis einschließlich 64 Jahren betrachtet wurden. Es fallen also insbesondere die höheren Lebensjahre heraus, welche ohnehin schon durch höhere Ausgaben besonders im Gesundheitssektor gekennzeichnet sind. Bei vorbestehenden Traumafolgestörungen kann davon ausgegangen werden, dass die mit dem Alter verbundene zunehmende Instabilität der Lebenssituation zu vermehrten Gesundheitsproblemen führt, und folglich erhebliche Kosten im höheren Lebensalter hinzu kommen.

Der „Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann“ [128] lässt deutlich erkennen, dass die psychische Belastung vieler älterer Menschen in Bezug auf ihre kindliche Traumatisierung sehr hoch ist und spezifische Hilfsangebote für ältere Betroffene oft fehlen oder nicht erreichbar sind.

Das Ergebnis muss angesichts einer unvollständigen Informations- und Datenbasis und einer auf wenige wesentliche Schritte reduzierten Herleitung sehr vorsichtig interpretiert werden. Hinzu kommt, dass aus Gründen der Datenverfügbarkeit ausschließlich Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung als Ursache für eine Traumatisierung in die Herleitung einfließen, so dass andere Arten der Traumatisierung überhaupt nicht berücksichtigt werden und sich dementsprechend auch keine Aussage zu deren Prävalenz oder Folgekosten machen lässt.

Die zugrunde liegenden Quellen präsentieren jedoch aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse und haben jede für sich methodisch und inhaltlich, sowie im Vergleich mit der internationalen Fachliteratur mühelos Bestand. Vor diesem Hintergrund besitzt das Ergebnis mindestens eine Gültigkeit bezüglich der Dimension, in der Traumafolgekosten für die Gesellschaft anzusiedeln sind, und liefert damit erste konkrete Kosteninformationen für ganz

Deutschland. Weitere Einschätzungen ergeben sich aus dem Vergleich mit internationalen Kostenstudien, der im nächsten Abschnitt folgt.

7.3 Internationaler Vergleich der Traumafolgekosten

Für den Vergleich der oben errechneten Traumafolgekosten für Deutschland werden jeweils eine Studie aus Australien [25], Kanada [83] und den USA [24] heran gezogen. Methodisch wird auch für diesen Vergleich ein schlichtes Verfahren angewendet – auf Basis von Pro-Kopf-Kosten bezogen auf die jeweilige Bevölkerung. Dadurch soll die Nachvollziehbarkeit erhöht und nicht durch sinnlose Pseudo-Genauigkeit über die generellen Mängel der Datenqualität hinweg getäuscht werden.

7.3.1 Vorstellung der verglichenen Kostenliteratur

Wie schon in Abschnitt 6.1 des Hauptteils erwähnt, besteht das Problem der geringen Verfügbarkeit und unbefriedigenden Qualität der Daten hinsichtlich der Einschätzung von Traumafolgekosten nicht nur in Deutschland, sondern wird bei allen internationalen Studien bemängelt. So werden die Ergebnisse durchweg als lückenhaft und unterschätzend präsentiert.

Aus den in Kapitel 6 bereits vorgestellten Literaturquellen wurden für den Kostenvergleich die drei ausführlichsten Arbeiten [24, 25, 83] herangezogen, um möglichst viele Details zum Berechnungsverfahren und der Datengrundlage zu erhalten und damit die Ergebnisse besser bewerten zu können. Im Folgenden werden wesentliche Punkte dieser drei Studien kurz dargestellt, für eine detaillierte Beschreibung der Methodik sei auf die jeweilige Originalquelle verwiesen.

„The cost of child abuse in Australia“

Die Studie „The cost of child abuse in Australia“ [25] wurde von der *Australian Childhood Foundation* und *Child Abuse Prevention Research Australia at Monash University* in Zusammenarbeit mit der Wirtschaftsberatung *Access Economics Pty Limited* durchgeführt und im November 2008 veröffentlicht.

Mit der Studie waren mehrere Ziele verbunden: bestimmte öffentliche Ausgaben in Verbindung mit Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung zu beziffern, sowie einerseits die lebenslangen Folgekosten einer von Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung betroffenen Kohorte und andererseits die in einem bestimmten Jahr aufgrund von Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung anfallenden Kosten zu

kalkulieren. Für den Vergleich mit den hier für Deutschland hergeleiteten Kosten sind nur die Jahreskosten relevant.

Es wurden die Kosten des Jahres 2007, welche durch im Alter von null bis 17 Jahren erlittene Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung verursacht waren, eruiert. Das heißt, es wurden die mit im Jahr 2007 oder früher aufgetretener Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung verbundenen Kosten, die im Jahr 2007 entstanden sind, berücksichtigt. So wurden auch zeitlich verzögert auftretende Folgekosten mit eingeschlossen.

Der verwendete Terminus „child abuse and neglect“ umfasst körperliche Misshandlung, emotionale und psychologische Misshandlung, sexuellen Missbrauch, Vernachlässigung und Gewalt im häuslichen Umfeld von Kindern.

In die Berechnung der Gesamtkosten fließen folgende große Bereiche der tangiblen Kosten ein: Gesundheit, Bildung, Produktivität, Kriminalität, soziale Dienste und volkswirtschaftlicher Verlust (*deadweight losses*). Die intangiblen Kosten der Krankheitslast durch individuelles Leid werden gesondert aufgeführt.

Für jeden Bereich wird ein individuell abgestimmtes Vorgehen gewählt, die Gesundheitskosten z.B. in einem „top down“-Ansatz ermittelt. Es werden jeweils mehrere Informationsquellen herangezogen und nach kritischer Bewertung verwendet.

Eine Besonderheit der australischen Studie besteht darin, dass sie drei verschiedene Werte für die Prävalenz von Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung zugrunde legt: eine Untergrenze auf Basis offiziell bekannter Vergehen, eine Obergrenze auf Basis internationaler Literaturangaben und eine „beste Schätzung“ auf Basis einer nationalen Bevölkerungsumfrage. Für den Vergleich mit dem deutschen Ergebnis wurde die „beste Schätzung“ herangezogen, da sie die plausibelste Vorgehensweise darstellt und die für Deutschland hergeleiteten Kosten ebenfalls auf einer Bevölkerungsumfrage zur Prävalenz beruhen.

Im Ergebnis werden Gesamtkosten durch Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung für das Jahr 2007 in Höhe von knapp 4,0 Mrd. AUD angegeben. Dieses Ergebnis berücksichtigt in Entsprechung des oben hergeleiteten keine intangiblen Kosten. Werden die separat ausgewiesenen Kosten der Krankheitslast addiert, entsteht eine Summe von 10,7 Mrd. AUD jährlich.

„The Economic Costs and Consequences of Child Abuse in Canada”

Die Studie „The Economic Costs and Consequences of Child Abuse in Canada” [83] wurde als Bericht für die Kommission für Rechtsreformen in Kanada („Report to the Law Commission of Canada”) im Jahr 2003 von einem vierköpfigen Forscherteam erstellt.

Ziel war es, die ökonomischen Kosten von Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung in Kanada zu ermitteln und mit dem Ergebnis das öffentliche Bewusstsein dafür zu schärfen, dass die gesamte Bevölkerung von den Folgen betroffen ist, und letztlich zur Verringerung von Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung beizutragen.

Es wurden die Kosten des Jahres 1998 kalkuliert, die mit bis dahin aufgetretener Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung verbunden waren, so dass wie in der australischen Studie unmittelbare und im Laufe des weiteren Lebens der Betroffenen auftretende Traumafolgekosten mit einbezogen wurden.

Unter Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung fällt in der kanadischen Studie körperliche Misshandlung, emotionale Misshandlung, sexueller Missbrauch, Vernachlässigung und Miterleben von Gewalt. Der Begriff „child“ (Kind) wird ohne konkrete Altersgrenzen verwendet. Eine wesentliche Quelle zur Feststellung der Prävalenz ist eine retrospektive Befragung der kanadischen Bevölkerung ab dem Alter von 15 Jahren, so dass bei 15 Jahren zumindest ein Minimum für die Altersobergrenze liegt. In der Umfrage selbst wird die Formulierung „while growing up“ (in der Zeit des Aufwachsens) verwendet.

Die Kostenkalkulation ist in sechs große Bereiche eingeteilt: Rechtssystem, Soziale Dienste, Bildung, Gesundheit, Arbeit und persönliche Kosten, welche ausschließlich tangible Kosten beinhalten. Ausführlich werden vier unterschiedliche Methoden der Kostenkalkulation beschrieben, wobei – abhängig von der Datenverfügbarkeit – meist eine Mischung zur Anwendung kommt. Wo möglich, wurden konkret zuordenbare Kostendaten verarbeitet, die, wenn nötig, durch theoretische Kostenmodellierung ergänzt wurden.

Mit diesem Vorgehen werden Gesamtkosten infolge von Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung im Jahr 1998 in Höhe von 15,7 Mrd. CAD errechnet. Die Autoren weisen ausdrücklich darauf hin, dass es sich dabei aufgrund der unvollständigen Datenlage um Mindestkosten handele.

„Victim Costs and Consequences: A New Look”

Mit einem etwas anderen Fokus nähert sich die Studie „Victim Costs and Consequences: A New Look” [24] des *National Institute of Justice* – der Forschungs- und Entwicklungsbereich des Justizministeriums der USA – aus dem Jahr 1996 dem Thema Traumafolgekosten.

Gewaltverbrechen gegen Kinder werden als eine unter mehreren Arten von Kriminalität aufgearbeitet, wobei Kindesmisshandlung/-missbrauch eine wesentliche Form darstellt.

Die Vernachlässigung von Kindern wurde wegen definitorischer Unterschiede in den einzelnen US-Staaten aus der Kostenberechnung ausgenommen. Im vorliegenden Zusammenhang werden deshalb ausschließlich Daten zu körperlicher Misshandlung, emotionaler Misshandlung und sexuellem Missbrauch betrachtet.

Die Angaben zur Prävalenz beruhen nicht – wie in der deutschen, australischen und kanadischen Studie - auf einer Bevölkerungsumfrage, sondern leiten sich aus in verschiedenen Institutionen bekannt gewordenen Fällen ab. Diese Vorgehensweise bedingt eine konservative Einschätzung, da die Dunkelziffer unerkannter Fälle nicht mit einfließt.

Die Kostenkalkulation bezieht sich auf den Zeitraum von 1987 bis 1990. Die jährlichen Kosten werden in US-Dollar des Jahres 1993 ausgewiesen und beinhalten sowohl unmittelbare, als auch Langzeitkosten in den für Kindesmisshandlung/-missbrauch relevanten Bereichen medizinische Versorgung, Opferhilfe, Kinderschutz und Produktivität. Intangible Kosten werden ebenfalls berechnet, da der Fokus der Studie auf die Opferperspektive gelegt wurde.

Es werden gerundete Jahreskosten von insgesamt 56,0 Mrd. USD präsentiert, ohne intangible Kosten sind es 7,3 Mrd. USD. Das Ergebnis zeigt eindrücklich, dass das individuelle, mit Kindesmisshandlung/-missbrauch verbundene Leid eine immense Dimension besitzt.

7.3.2 Darstellung der Vergleichs-Methodik

Der Vergleich der Kosten aus der internationalen Literatur mit den in dieser Expertise hergeleiteten erfolgt über den Zwischenschritt der Bildung von Pro-Kopf-Kosten in Euro. Mit dieser Methodik sollen Unterschiede zwischen den Ländern hinsichtlich der Bevölkerungsgröße und den Währungen ausgeglichen werden, so dass die Ergebnisse in Form jeweils einer Zahl auf einer Ebene miteinander verglichen werden können.

Die Ermittlung der Pro-Kopf-Kosten und der hieraus auf Deutschland übertragenen Gesamtkosten erfolgt in drei Schritten:

1. Alle drei internationalen Literaturquellen geben Gesamtkosten eines bestimmten Jahres infolge von Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung an. Diese Gesamtkosten werden zunächst von ausländischer Währung in Euro umgerechnet.
2. Die Gesamtkosten in Euro werden nachfolgend als Pro-Kopf-Kosten dargestellt, indem sie durch die Bevölkerungsgröße des entsprechenden Landes im jeweiligen Kostenjahr dividiert werden.

3. Die Pro-Kopf-Kosten in Euro des Herkunftslandes werden mit der aktuellen deutschen Bevölkerung multipliziert, um wiederum Gesamtkosten für Deutschland zu erhalten.

Zur Umrechnung der ausländischen Währung in Euro ist anzumerken, dass jeweils der Umrechnungskurs vom 27. Juni 2011 zugrunde liegt. Der angewendete Umrechnungskurs hat einen spürbaren Einfluss auf das Endergebnis, so dass zur besseren Einschätzbarkeit beispielhaft auch mit anderen Umrechnungskursen errechnete Ergebnisse dargestellt werden. Es wurde ein einheitlicher, beliebiger aktueller Umrechnungskurs ausgewählt, da die drei Studien aus unterschiedlichen Zeiten stammen, teilweise noch vor Einführung des Euro, und letztlich die heutigen Kostenwerte vom größten Interesse sind.

Auf die Berücksichtigung der Entwicklung der Währungen im Laufe der Zeit wurde verzichtet, um auch an dieser Stelle nicht den Eindruck einer Genauigkeit zu erzeugen, die schon aufgrund der Qualität der Basisquellen und der darauf abgestimmten Herangehensweise gar nicht zu erreichen ist; es handelt sich um Kostendimensionen, nicht um Cent-genaue Euro-beträge.

7.3.3 Ergebnis des internationalen Vergleichs

Die im vorigen Abschnitt beschriebene Vergleichs-Methodik wird in Tabelle 7.4 auf die konkreten Ergebnisse der Kostenstudien angewendet. Die Ergebnisse ohne Berücksichtigung der intangiblen Kosten liegen bei jährlich 11,2 Mrd. Euro gemäß australischer Berechnung, bei 28,9 Mrd. Euro gemäß kanadischer und bei 1,7 Mrd. Euro gemäß amerikanischer. Die in Abschnitt 7.1.5 dargestellten Kosten für Deutschland von 11,0 Mrd. Euro liegen zusammen mit den australischen zwischen den beiden anderen Ergebnissen. Die kanadische Studie weist gut zweieinhalb mal so hohe Kosten wie die deutsche aus, die amerikanische fällt mit nur rund einem Sechstel der deutschen Kosten aus dem Rahmen.

Die australische und die amerikanische Studie liefern zusätzlich intangible Kosten, wodurch sich die Ergebnisse auf 30,3 Mrd. Euro bzw. 12,9 Mrd. Euro erhöhen.

Um besser einschätzen zu können, wie groß der Einfluss des verwendeten Umrechnungskurses auf das Endergebnis ist, werden in Tabelle 7.5 die Ergebnisse mit jeweils zwei unterschiedlichen Umrechnungskursen im Vergleich zum oben verwendeten Kurs vom 27. Juni 2011 dargestellt. Die Stichtage (30.12.2005 und 27.06.2008) wurden so ausgewählt, dass die alternativen Ergebnisse möglichst sowohl in die eine, als auch in die andere Richtung vom verwendeten abweichen.

Tabelle 7.4 Übertragung der Traumafolgekosten aus internationalen Kostenstudien auf Deutschland

	Original-Jahreskosten gesamt in Landeswährung	Original-Jahreskosten gesamt in Euro*	Pro-Kopf-Jahreskosten in Euro*	Deutschland-Jahreskosten gesamt in Euro*
Australien, exklusive intangible Kosten [25]	3.947.000.000	2.901.139.287	2.901.139.287 / 21.180.632 = 136,97	136,97 * 81.802.300 = 11.204.569.642
Australien, inklusive intangible Kosten [25]	10.691.000.000	7.858.140.390	7.858.140.390 / 21.180.632 = 371,01	371,01 * 81.802.300 = 30.349.139.610
Kanada, exklusive intangible Kosten [83]	15.705.910.047	11.173.811.929	11.173.811.929 / 31.676.077 = 352,75	352,75 * 81.802.300 = 28.855.956.990
USA, exklusive intangible Kosten [24]	7.300.000.000	5.139.035.551	5.139.035.551 / 249.464.000 = 20,60	20,60 * 81.802.300 = 1.685.152.679
USA, inklusive intangible Kosten [24]	56.000.000.000	39.422.738.472	39.422.738.472 / 249.464.000 = 158,03	158,03 * 81.802.300 = 12.927.198.631

*Umrechnungskurs vom 27.06.2011: 1 AUD = 0,735 Euro, 1 CAD = 0,711 Euro, 1 USD = 0,704 Euro [124]
 Bevölkerung von Australien im Jahr 2007: 21.180.632 [121], von Kanada im Jahr 2003: 31.676.077 [122] von den USA im Jahr 1990: 249.464.000 [123] und von Deutschland im Jahr 2009: 81.802.300 [120]. Gerechnet wurde – soweit verfügbar – vor Rundung der Werte.

Tabelle 7.5 Darstellung der auf Deutschland übertragenen Traumafolgekosten unter Anwendung unterschiedlicher Umrechnungskurse

	Deutschland-Jahreskosten gesamt in Euro - Umrechnungskurs vom 27.06.2011*	Deutschland-Jahreskosten gesamt in Euro - Umrechnungskurs vom 30.12.2005**	Deutschland-Jahreskosten gesamt in Euro - Umrechnungskurs vom 27.06.2008***
Australien, exklusive intangible Kosten [25]	11.204.569.642	9.462.919.484	9.304.655.434
Australien, inklusive intangible Kosten [25]	30.349.139.610	25.631.637.246	25.202.956.991
Kanada, exklusive intangible Kosten [83]	28.855.956.990	29.551.863.858	25.589.863.183
USA, exklusive intangible Kosten [24]	1.685.152.679	2.029.125.524	1.520.040.246
USA, inklusive intangible Kosten [24]	12.927.198.631	15.565.894.427	11.660.582.713

*Umrechnungskurs vom 27.06.2011: 1 AUD = 0,735 Euro, 1 CAD = 0,711 Euro, 1 USD = 0,704 Euro [124]

**Umrechnungskurs vom 30.12.2005: 1 AUD = 0,621 Euro, 1 CAD = 0,729 Euro, 1 USD = 0,848 Euro [124]

***Umrechnungskurs vom 27.06.2008: 1 AUD = 0,610 Euro, 1 CAD = 0,631 Euro, 1 USD = 0,635 Euro [124]

7.3.4 Diskussion des internationalen Vergleichs

Überraschenderweise liegt das Ergebnis der australischen Studie [25] mit 11,2 Mrd. Euro Traumafolgekosten sehr nahe an dem deutschen von 11,0 Mrd. Euro. Bei einer ganz ähnlichen Prävalenz von körperlicher Misshandlung und sexuellem Missbrauch von 17,8% in der australischen und etwa 15,9% in der deutschen Bevölkerungsumfrage [119, eigene Berechnung] scheint sich die Kostenseite weitgehend zu gleichen. Dies ist mit Hilfe der vorliegenden Informationen im Detail nicht nachvollziehbar, sondern entspricht lediglich einer zusammenfassenden Wertung.

Übereinstimmend werden in Australien wie in Deutschland körperliche und emotionale Misshandlung, sexueller Missbrauch und Vernachlässigung berücksichtigt. Die australische Studie umfasst zusätzlich auch häusliche Gewalt als eine Form von Kindesmisshandlung.

Eine gute Vergleichbarkeit zwischen den australischen und den deutschen Kosten besteht weiterhin in der Aktualität. Die wesentlichen Daten stammen aus den letzten fünf bis sechs Jahren, wobei die deutschen Zahlen die neueren sind.

Im Gegensatz zur australischen Studie sind in der deutschen Kostenberechnung [118] die Bereiche Kriminalität und volkswirtschaftlicher Verlust (*deadweight losses*) nicht mit eingeflossen. Die Bereiche Gesundheit, Bildung, Produktivität und soziale Dienste werden hingegen in beiden Studien berücksichtigt. Reduziert man die australischen Kosten um die Bereiche Kriminalität und volkswirtschaftlicher Verlust, so liegen die Kosten in Australien mit 6,8 Mrd. Euro deutlich unter denen in Deutschland.

Das Ergebnis aus Kanada [83] übersteigt mit 28,9 Mrd. Euro alle anderen Ergebnisse mit ausschließlich tangiblen Kosten deutlich. Nur die australische Kalkulation inklusive intangibler Kosten liegt noch einmal um ca. 1,5 Mrd. Euro höher [25]. Im scheinbaren Widerspruch hierzu steht die Einschätzung der Autoren, dass das Ergebnis Minimumkosten darstellt. Begründet wird dies hauptsächlich durch den Mangel an Daten, der dazu führt, dass manche Bereiche drastisch unterschätzt wurden und andere gar nicht berücksichtigt werden konnten.

In die Kostenberechnung einbezogen wurden die Bereiche Rechtssystem, soziale Dienste, Bildung, Gesundheit, Arbeit und persönliche Kosten. Am schwersten fällt der Bereich Arbeit mit 72% der Gesamtkosten (11,3 Mrd. CAD von insgesamt 15,7 Mrd. CAD) ins Gewicht, so dass hier auch die Hauptursache für den großen Kostenunterschied zu suchen ist.

Im Unterschied zu den anderen zwei internationalen Studien und der deutschen Literatur basiert in Kanada die Berechnung der Kosten im Bereich Arbeit auf einer großen Bevölkerungsumfrage, die Angaben zum Einkommen und zu körperlicher Misshandlung bzw. sexuellem Missbrauch in der Vorgeschichte vereint. Daher ist die kanadische Studie nicht auf offizielle Angaben angewiesen und die notwendigen Informationen müssen nicht erst aus

mehreren Informationsquellen zusammengesetzt werden. Diese konkreten, zusammenhängenden Daten ermöglichen eine ganz andere Berechnungsmethodik und zeichnen als Ergebnis ein Abbild von Angaben persönlich Betroffener.

Betrachtet man den Anteil des Kostenbereiches Arbeit bzw. Produktivität an den Gesamtkosten, so liegt die deutsche Expertise [118] mit ebenfalls über 70% Produktivitätseinbußen sehr nahe an der kanadischen Studie. In Australien [25] bleibt die Produktivität weit hinter den anderen Bereichen zurück, für die USA lässt sich ein ungefährender Anteil von knapp 30% ableiten [24].

Das kanadische Ergebnis spiegelt reale Angaben von Betroffenen wider, und allem Anschein nach zeigt es überdeutlich auf, wie groß die Datenlücken bei anderen Kostenstudien in diesem Bereich sind. Andererseits darf nicht außer Acht gelassen werden, dass für eine abschließende Beurteilung die Datenerhebung und -verwertung der kanadischen Studie genauso intensiv geprüft werden müssen, wie jedes andere Berechnungsverfahren auch.

Das Ergebnis der USA [24] bleibt weit hinter den anderen zurück, obwohl die berücksichtigten Kostenbereiche mit den anderen Studien in großen Teilen übereinstimmen. Jedoch wird einerseits Vernachlässigung von Kindern aus methodischen Gründen nicht berücksichtigt, zum anderen liegt der amerikanischen Studie zur Bestimmung der Häufigkeit von Kindesmisshandlung/-missbrauch keine Bevölkerungsumfrage zugrunde, sondern es werden offizielle Informationsquellen genutzt. Dies sind Institutionen des Kinderschutzes, des Gesundheitssystems, Polizei, Schulen u.a. [126]. Damit bleibt eine nicht institutionell bekannt gewordene Dunkelziffer unberücksichtigt.

Über die Höhe dieser Dunkelziffer liegen naturgemäß keine genauen Angaben vor. Wetzels [125] gibt in seiner wegweisenden kriminologisch-rechtspsychologischen Prävalenzstudie für die Polizeistatistik eine optimistische Dunkelfeldschätzung im Verhältnis von eins zu zehn an. Würde man diese Einschätzung auf die amerikanische Studie übertragen, läge das Ergebnis nicht bei 1,7 Mrd. Euro, sondern bei 17 Mrd. Euro und damit höher als die deutschen und australischen Kosten. Bei Berücksichtigung einer kürzlich für sexuellen Missbrauch in Deutschland beschriebenen rückläufigen Entwicklung der Dunkelziffer [141], würden sich die Ergebnisse weiter annähern.

Die zwei Ergebnisse aus Australien [25] und den USA [24], welche intangible Kosten beinhalten, lassen sich mit dem deutschen Ergebnis (ohne intangible Kosten) nicht vergleichen. In der australischen Studie machen die intangiblen Kosten allein das 1,7-fache, in der amerikanischen sogar das 6,7-fache der tangiblen Kosten aus.

Möglicherweise liegt ein Grund für diesen großen Unterschied in der Methodik. Während für das amerikanische Ergebnis Entscheidungen von Schwurgerichten – also reale Kosten –

modifiziert ausgewertet wurden, kommt das australische Ergebnis auf der Basis von *Disability-Adjusted-Life-Years (DALYs)* zustande, denen ein statistischer Geldwert zugewiesen wurde.

Sicherlich spielen auch nationale Unterschiede bei der Bestimmung intangibler Kosten eine große Rolle, da die Bewertung persönlichen Leids mit Geldbeträgen kulturellen Einflüssen unterliegt. Länderübergreifend kann jedoch festgehalten werden, dass die intangiblen Kosten für die persönlich empfundene Belastung die tatsächlichen Ausgaben in Form tangibler Kosten in jedem Falle deutlich übersteigen.

Mit Bestimmtheit kann im Rahmen dieser Expertise nicht geklärt werden, worin sich die einzelnen Literaturquellen unterscheiden bzw. gleichen und welches Ergebnis der Realität am nächsten kommt. Ungünstig für den Vergleich der internationalen Kosten ist grundsätzlich, dass die Währungen umgerechnet werden müssen. Der verwendete Umrechnungskurs kann das Ergebnis in Höhe von einigen Milliarden Euro verändern (s.a. Tabelle 7.5).

Weiterhin sollte bedacht werden, dass zwischen der Erstellung der einzelnen Studien insgesamt ca. 15 Jahre Differenz liegen, die sicherlich einen Einfluss auf Preise, Leistungsangebot und Inanspruchnahme haben. Gerade die Versorgungslage bei Traumatisierung verändert sich nicht nur über die Zeit, sondern unterscheidet sich auch in den vier verschiedenen Ländern zum Teil grundlegend hinsichtlich der Zuständigkeiten und Zugangsmöglichkeiten z.B. im Sozial- oder Gesundheitssystem.

Da Kosten nur dort offensichtlich werden, wo Leistung in Anspruch genommen wird, müssen sich zwangsläufig Kostenunterschiede daraus ergeben, dass etwa der Zugang zu Gesundheitsleistungen in Amerika in vielen Fällen durch fehlende Krankenversicherung erschwert ist, in den überwiegend staatlich finanzierten Gesundheitssystemen von Australien und Kanada sehr stark regional geprägt ist und in Deutschland zwar generell eher einfach ist, wobei jedoch Trauma-spezifische Versorgungslücken bestehen [128, 130] (s.a. Kapitel 5).

Die Wertung von Kosten und Zuordnung zu einzelnen Bereichen ist abhängig von den Organisationsformen im betreffenden Land, so dass von vornherein Unterschiede in den Kosten allein aufgrund struktureller Voraussetzungen zu erwarten sind.

Dennoch sollen noch einmal bestimmte Aspekte zusammenfassend gewertet werden. Die hohe Übereinstimmung zwischen den australischen [25] und den deutschen Kosten muss mit Vorsicht betrachtet werden, da beiden Kostenstudien völlig unterschiedliche Methoden zugrunde liegen und das Ergebnis durch den Umrechnungskurs deutlichen Schwankungen unterliegt (s.a. Abschnitt 7.3.2 und Tabelle 7.5).

Bemerkenswert ist, dass der Anteil des Bereiches Produktivität an den Gesamtkosten mit über 70% beim kanadischen [83] und deutschen Ergebnis [118] sehr ähnlich ist. Da sich die Kosten bei beiden an individuellen Lebensverläufen orientieren – in Kanada auf Basis einer Bevölkerungsumfrage und in Deutschland auf Basis von Einzelfallszenarien – könnte dieses Ergebnis tatsächlich in die richtige Richtung weisen. Denn die beiden anderen Studien [24, 25] müssen auf weniger spezifische, aggregierte Daten zurückgreifen und große Anteile in diesem Bereich rechnerisch ableiten.

Das auffällig niedrige Ergebnis aus den USA führt in Anbetracht der Datenbasis von „bekannt gewordenen“ Fällen von Kindesmisshandlung/-missbrauch eindrucklich vor Augen, dass sich die weitere Forschung nicht auf offizielle Fälle beschränken darf, sondern alles versuchen muss, um auch das Dunkelfeld auszuleuchten. Denn die Auswirkungen der kindlichen Traumatisierung bleiben nicht versteckt – sie belasten nicht nur die einzelnen Betroffenen, sondern in erheblichem Ausmaß die gesamte Gesellschaft.

7.4 Trauma-assoziierte Ausgaben im deutschen Gesundheitswesen

Im nun folgenden Abschnitt wird der Versuch unternommen, Trauma-assoziierte Ausgaben im deutschen Gesundheitswesen zu ermitteln, und diese zu den zuvor dargestellten Gesamtkosten in Beziehung zu setzen.

Das Datenmaterial wurde freundlicherweise von der *Barmer GEK* zur Verfügung gestellt. Hierbei ist insbesondere der persönliche Einsatz von Frau Dr. Marschall hervor zu heben, ohne den diese Auswertung nicht möglich geworden wäre.

7.4.1 Datenmaterial

Es handelt sich um Daten aus dem stationären und ambulanten Bereich des Jahres 2010. Die konkreten Ergebnisse aus den Daten von ca. 7 Mill. Versicherten der größten deutschen gesetzlichen Krankenkasse wurden standardisiert auf alle gesetzlich Krankenversicherten (ca. 69,7 Mill. [127]) hochgerechnet. Die resultierenden Zahlen, welche sich auf rund 85% der deutschen Bevölkerung beziehen, bilden die Grundlage für die nachfolgende Auswertung.

Es liegen Angaben zur Anzahl der Versicherten mit einer Traumafolgestörung, sowie dazugehörigen Ausfallzeiten und Kosten vor. Die Daten beziehen sich ausschließlich auf die im Abschnitt 4.3 dargestellten Traumafolgestörungen, für die eine ausreichende wissenschaftliche Evidenz vorliegt.

Gleich vorweg sei angemerkt, dass die Krankenkassendaten nicht unterscheiden, ob der Erkrankung tatsächlich eine Traumatisierung zugrunde liegt oder nicht. Sie liefern lediglich

Informationen über die Gesamtheit der Versicherten, die an einer Traumafolgestörung erkrankt sind, und unter denen sich gemäß der im Abschnitt 4.3 dargelegten wissenschaftlichen Erkenntnisse gehäuft Fälle von kindlicher Traumatisierung finden müssten. Der tatsächliche Trauma-assoziierte Anteil an den Daten muss aber abgeleitet werden, was in Abschnitt 7.4.2 näher erläutert wird.

Jede Traumafolgestörung wurde hinsichtlich ihres Auftretens als ambulante Abrechnungsdiagnose unter Berücksichtigung des so genannten M2Q-Kriteriums, als Hauptdiagnose bei stationären Aufenthalten und als Diagnose bei Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (AU) geprüft. Das M2Q-Kriterium dient der Schärfung der Qualität der ambulanten Abrechnungsdaten, indem die Diagnose nur gewertet wird, wenn sie in zwei unterschiedlichen Quartalen des Jahres 2010 gestellt wurde. Durch die Berücksichtigung allein der Hauptdiagnose bei stationären Aufenthalten wird gewährleistet, dass der Krankenhausaufenthalt hauptsächlich durch eine Traumafolgestörung verursacht war.

Trotz dieser Bemühungen zur Erhöhung der Datenqualität lassen sich grundsätzliche Defizite nicht gänzlich beseitigen. Während die Daten aus dem stationären Bereich aufgrund ihrer maßgeblichen Relevanz für die Abrechnung insgesamt recht verlässlich sind, fehlt im ambulanten Bereich ein entsprechend wirksamer Anreiz zur Qualitätssicherung bei der Diagnosestellung.

Das Auftreten einer Diagnose in der ambulanten Abrechnung oder einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist also nicht automatisch gleichzusetzen mit einer klinischen Diagnose, wie sie in der Literatur zu Traumafolgestörungen definiert ist. Jedoch sind dies die aktuell besten, umfassenden deutschen Gesundheitsdaten, die für diese Auswertung zur Verfügung stehen, und sie bilden in jedem Fall die Realität der Dokumentation im deutschen Gesundheitswesen ab.

Zusätzlich wurden Daten des *Risikostrukturausgleichs (RSA)* aus dem Jahr 2011, einem Verfahren zum Finanzausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen unter Berücksichtigung von Unterschieden in der Versichertenstruktur, ausgewertet. Seit dem Jahr 2009 wird die Morbidität der Versicherten im *Risikostrukturausgleich* gesondert berücksichtigt, indem bestimmte Erkrankungsgruppen mit definierten Kostenbeträgen belegt werden.

Diese Beträge werden den Krankenkassen für entsprechend erkrankte Versicherte jedes Jahr als Zuschläge aus dem Gesundheitsfonds ausgezahlt. Sie spiegeln die durchschnittlichen jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse für diese Erkrankung wider. Für einen einzigen Versicherten kann die Krankenkasse mehrere Zuschläge erhalten, wenn die Bedingungen für mehrere Erkrankungen erfüllt sind.

Mit Hilfe der Zuschläge aus dem *Risikostrukturausgleich* wurden näherungsweise aktuelle Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen für Traumafolgestörungen ermittelt. Dazu wurden für jede Traumafolgestörung die aus den Daten der *Barmer GEK* hochgerechnete Anzahl aller gesetzlich versicherten Erkrankten mit den gemittelten Diagnose-spezifischen Kostenwerten der Zuschläge multipliziert und die Ergebnisse aufsummiert.

Wo in wenigen Fällen spezifische Kostenwerte fehlten, weil die Erkrankungen im Finanzausgleich nicht berücksichtigt werden, wurden „Patenerkrankungen“ zugeordnet, die den fehlenden Diagnosen aus medizinischer Sicht am nächsten kommen, und sich bei den Kosten in die konservative Richtung orientieren. Einen Überblick über die Ergebnisse aus den Daten der *Barmer GEK* gibt Tabelle 7.6.

Tabelle 7.6 Überblick über die Ergebnisse aus den Daten der Barmer GEK

Allgemein	Anzahl Versicherte	Kosten RSA (Euro)	
Ambulante Abrechnungsdiagnose* oder stationärer Aufenthalt**	24.504.737	34.967.717.131	
Ambulant	Anzahl Versicherte	Anzahl AU	Dauer alle AU (Tage)
Ambulante Abrechnungsdiagnose* ohne stationäre Aufenthalte**	23.233.387		
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (AU)		1.540.892	50.669.091
Krankenhaus	Anzahl Fälle	Dauer alle Fälle (Tage)	Kosten alle Fälle (Euro)
Stationäre Fälle**	1.823.825	23.719.582	6.928.959.839

Die Zahlen beziehen sich auf alle gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland.

*Bei den ambulanten Abrechnungsdiagnosen liegt das M2Q-Kriterium zugrunde.

**Stationärer Aufenthalt/Fall mit Traumafolgestörung als Hauptdiagnose

7.4.2 Ermittlung des Trauma-assoziierten Anteils

Aus den Daten, die sich auf alle in Deutschland gesetzlich Krankenversicherten beziehen, wird im Folgenden der Trauma-assoziierte Anteil abgeleitet. Es stehen keine vorhandenen Angaben darüber zur Verfügung, wie hoch dieser Anteil tatsächlich ist, und eine Ableitung bezogen auf einzelne Traumafolgestörungen ist im gegebenen Rahmen nicht möglich. Deshalb wurde der Anteil auf zweierlei Arten pauschal festgelegt, welche im Folgenden zum einen als „Prävalenzmethode“ (Präm) und zum anderen als „Literaturmethode“ (LitM) bezeichnet werden.

Bei der Prävalenzmethode wird – ausgehend von der Herleitung der Traumafolgekosten für Deutschland (s. Abschnitt 7.1) – der Anteil der Bevölkerung zugrunde gelegt, der sehr wahrscheinlich Kosten gemäß der Fallszenarien aus der Kosten-Nutzen-Analyse von Meier-Gräwe und Wagenknecht [118] verursacht. Das sind 1.640.579 von 53.877.800 Einwohnern im Alter von 15 bis 64 Jahren – entsprechend 3%.

Die konservative Herangehensweise bei der Ermittlung der Anzahl der von Traumafolgekosten Betroffenen in Abschnitt 7.1.3, bei der nur schwer von kindlicher Traumatisierung beeinträchtigte Fälle berücksichtigt werden, erlaubt vor dem Hintergrund, dass medizinische Kosten auch ein Bestandteil der Fallszenarien von Meier-Gräwe und Wagenknecht [118] sind, den Rückschluss, dass diese zumindest eine der untersuchten Traumafolgestörungen im Laufe ihres Lebens entwickeln werden.

Obwohl es sich bei den Traumafolgestörungen in den meisten Fällen um langjährige, chronische Erkrankungen handelt, kann nicht davon ausgegangen werden, dass der gesamte Anteil von 3% im Jahr 2010 auch eine entsprechende Diagnose in den Krankenkassendaten führt. Deshalb wird der Anteil auf geschätzte 1,5% halbiert. Übertragen auf die Gesamtheit der gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland und das Jahr 2010 reduzieren sich die Ausgangswerte wie in Tabelle 7.7 dargestellt.

Tabelle 7.7 Trauma-assoziiertes Anteil von 1,5% an den Ausgangswerten (Prävalenzmethode)

Allgemein	Anzahl Versicherte	Kosten RSA (Euro)	
Ambulante Abrechnungsdiagnose* oder stationärer Aufenthalt**	367.571	524.515.757	
Ambulant	Anzahl Versicherte	Anzahl AU	Dauer alle AU (Tage)
Ambulante Abrechnungsdiagnose* ohne stationäre Aufenthalte**	348.501		
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (AU)		23.113	760.036
Krankenhaus	Anzahl Fälle	Dauer alle Fälle (Tage)	Kosten alle Fälle (Euro)
Stationäre Fälle**	27.357	355.794	103.934.398

*Bei den ambulanten Abrechnungsdiagnosen liegt das M2Q-Kriterium zugrunde.

**Stationärer Aufenthalt/Fall mit Traumafolgestörung als Hauptdiagnose

Bei der Literaturmethode werden verschiedene Literaturquellen zur Bestimmung des Trauma-assoziierten Anteils an den Erkrankungsgruppen herangezogen, wobei längst nicht alle Quellen eine Übertragung der Werte auf die Krankenkassendaten zulassen. Die

detaillierte Aufarbeitung für jede einzelne Traumafolgestörung würde den gegebenen Rahmen sprengen.

Deshalb werden hier nur vier große, aussagekräftige Studien ausgewertet, die v.a. Werte für die häufigen Erkrankungen als Richtgrößen liefern. Die Tabelle 7.8 listet auf, welche Studien zur Bestimmung des Trauma-assoziierten Anteils für welche Traumafolgestörungen heran gezogen wurden. Der Trauma-assoziierte Anteil entsprechend der attributablen Fraktion wurde – falls er in der Studie nicht bereits verfügbar war, errechnet als relative Differenz zwischen der Prävalenz bei den Exponierten $P(e)$ und der Prävalenz bei den Nicht-Exponierten $P(ne)$:

$$(P(e) - P(ne)) / P(e).$$

Tabelle 7.8 Literaturquellen zur Bestimmung des Trauma-assoziierten Anteils an den Ausgangswerten mit der Literaturmethode

Nr.	Literaturquelle	Traumafolgestörung	Trauma-assoziiertes Anteil
6	Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Lynskey, M. T. (1996b) Childhood Sexual Abuse and Psychiatric Disorder in Young Adulthood: II. Psychiatric Outcomes of Childhood Sexual Abuse	Depressive Störungen	57,1%
		Angststörungen	53,9%
		Suchterkrankungen	55,2%
		Störungen des Sozialverhaltens	80,7%
12	Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., Marks, J. S. (1998) Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences Study (ACE)	Depressive Störungen	55,8%
		Übergewicht (<i>BMI</i> mind. 35)	42,6%
		Diabetes mellitus	9,5%
		Ischämische Herzkrankheiten	15,2%
76	Stein, D. J., Scott, K., Haro Abad, J. M., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., Iwata, N., Posada-Villa, J., Kovess, V., Lara, C., Ormel, J., Kessler, R. C., Von Korff, M. (2010) Early childhood adversity and later hypertension: data from the World Mental Health Survey	Bluthochdruck	22,8%
70	Williamson, D. F., Thompson, T. J., Anda, R. F., Dietz, W. H., Felitti, V. (2002) Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood	Übergewicht (<i>BMI</i> mind. 30)	17,5%

Die Streuung der Trauma-assoziierten Anteile an allen Erkrankten ist beachtlich und reicht von 9,5% bei Diabetes mellitus [12] bis zu 80,7% bei Störungen des Sozialverhaltens [6].

Hierfür können insbesondere Unterschiede im Studiendesign verantwortlich gemacht werden.

Dazu zählen Faktoren wie die Studienpopulation mit spezifischer Alters- und Geschlechterverteilung, der Zeitraum, über den die Prävalenz bestimmt wurde, und nicht zuletzt die Definitionen von Traumatisierung und Traumafolgestörung.

Wo die Prävalenzen abhängig vom Grad der Traumatisierung vorlagen, wurde zwischen exponiert und nicht exponiert unterschieden in Annäherung an die Definition von Traumatisierung in dieser Expertise. So wurden bei Felitti et al. [12] und Stein et al. [76] die Prävalenzen erst ab zwei erfüllten Traumakategorien als exponiert gewertet, da manche Kategorien nicht eindeutig eine Traumatisierung im hier vorgestellten Sinn mit sich bringen.

Der für die Analyse benötigte einheitliche Anteil an Trauma-assoziierten Erkrankungen muss also aus sehr unterschiedlichen Werten abgeleitet werden. Dabei bieten sich wenige tragfähige Anhaltspunkte, an denen sich die Ermittlung eines bestimmten Wertes festmachen ließe.

Hierfür ist einerseits die eingeschränkte Vergleichbarkeit der individuell geprägten Studien verantwortlich und andererseits die wegen grundsätzlicher Probleme bei der Datenerhebung in den Studien wie bei den Krankenkassendaten nicht zu vermeidende Unsicherheit in der Datengrundlage, die an anderer Stelle bereits eingehend beschrieben wurde.

So wurde der konservative Ansatz, der bisher bei der Darstellung der Kostenseite konsequent verfolgt wurde, zum wesentlichen Auswahlkriterium gemacht. Dem zufolge wird der niedrigste Wert auf die Krankenkassendaten angewandt, dies sind 9,5%. Die Tabelle 7.9 enthält die dazugehörigen Ergebnisse.

Tabelle 7.9 Trauma-assoziiertes Anteil von 9,5% an den Ausgangswerten (Literaturmethode)

Allgemein	Anzahl Versicherte	Kosten RSA (Euro)	
Ambulante Abrechnungsdiagnose* oder stationärer Aufenthalt**	2.327.950	3.321.933.127	
Ambulant	Anzahl Versicherte	Anzahl AU	Dauer alle AU (Tage)
Ambulante Abrechnungsdiagnose* ohne stationäre Aufenthalte**	2.207.172		
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (AU)		146.385	4.813.564
Krankenhaus	Anzahl Fälle	Dauer alle Fälle (Tage)	Kosten alle Fälle (Euro)
Stationäre Fälle**	173.263	2.253.360	658.251.185

*Bei den ambulanten Abrechnungsdiagnosen liegt das M2Q-Kriterium zugrunde.

**Stationärer Aufenthalt/Fall mit Traumafolgestörung als Hauptdiagnose

Je nach verwendeter Ableitungsmethodik (Prävalenzmethode oder Literaturmethode) lässt sich folgendes Ergebnis festhalten (s.a. Tabelle 7.10): Im Jahr 2010 litten in Deutschland gemäß der Prävalenzmethode 367.571 und gemäß der Literaturmethode 2,3 Mill. gesetzlich Krankenversicherte nach kindlicher Traumatisierung an einer Traumafolgestörung. Diese verursachten Ausgaben im Gesundheitswesen von insgesamt 524,5 Mill. Euro (PräM) bzw. 3,3 Mrd. Euro (LitM) jährlich.

Allein 348.501 (PräM) bzw. 2,2 Mill. (LitM) Versicherte sind von einer ambulanten Behandlung betroffen. Trauma-assoziierte Erkrankungen führten 23.113 (PräM) bzw. 146.385 (LitM) mal zur Krankschreibung mit insgesamt 760.036 (PräM) bzw. 4,8 Mill. (LitM) Tagen Dauer.

Tabelle 7.10 Ergebnis der Ableitung des Trauma-assoziierten Anteils an den Ausgangsdaten der Barmer GEK

Allgemein	Prävalenzmethode (1,5%)	Literaturmethode (9,5%)
Anzahl Versicherte	367.571	2.327.950
Kosten RSA (Euro)	524.515.757	3.321.933.127
Ambulant		
Anzahl Versicherte	348.501	2.207.172
Anzahl AU	23.113	146.385
Dauer alle AU (Tage)	760.036	4.813.564
Krankenhaus		
Anzahl Fälle	27.357	173.263
Dauer alle Fälle (Tage)	355.794	2.253.360
Kosten alle Fälle (Euro)	103.934.398	658.251.185

gemäß Prävalenzmethode in Höhe von 1,5% bzw. Literaturmethode in Höhe von 9,5%

Im Krankenhaus wurden mit der Prävalenzmethode 27.357 und mit der Literaturmethode 173.263 stationäre Fälle ermittelt mit einer Gesamtdauer von 355.794 (Präm) bzw. 2,3 Mill. (LitM) Tagen. Die Kosten für die Krankenhausbehandlung belaufen sich auf 103,9 Mill. Euro (Präm) bzw. 658,3 Mill. Euro (LitM) im Jahr 2010.

7.4.3 Bewertung der Trauma-assoziierten Kosten

Im gegebenen Rahmen dieser Expertise konnte die Auswertung der Krankenkassendaten nur auf einem pauschalen Niveau erfolgen. Das bedeutet, dass zur Ermittlung der Trauma-assoziierten Anteile an den jeweiligen Erkrankungen eine durchschnittliche Häufigkeit über alle Traumafolgestörungen hinweg berücksichtigt wurde.

Dies hat zur Folge, dass eine Gewichtung nach Häufigkeit der Traumafolgestörungen nicht möglich war. Es wurde also beispielsweise nicht berücksichtigt, ob bei der Erkrankung Diabetes mellitus der Trauma-assoziierte Anteil höher oder niedriger als der Durchschnitt liegt. Somit konnten die Anzahl der Versicherten bzw. Krankenhausfälle, Kosten und Ausfallzeiten nicht nach Erkrankungsspezifischer Häufigkeit ausgewertet werden.

Auch eine Auswertung nach Alter und Geschlecht, zwei Faktoren, die in der Fachliteratur eine bedeutende Rolle spielen, hätte den Rahmen dieser Expertise gesprengt. Diese Einschränkungen relativieren sich allerdings vor dem Hintergrund der bereits mehrfach dargelegten grundsätzlichen Mängel in der Qualität der verfügbaren Daten.

Trotz aller Mängel soll dennoch versucht werden, die vorhandenen Krankenkassendaten als derzeit beste, verfügbare Informationsquelle in einer noch detaillierteren, stärker nach einzelnen Traumafolgestörungen unterscheidenden Art, zukünftig weiter zu untersuchen.

Gemäß der im vorigen Abschnitt dargestellten Vorgehensweise gemäß Prävalenzmethode bzw. Literaturmethode liegen die acht Auswertungsparameter jeweils in zwei Größen vor (s. Tabelle 7.10). Die beiden Kostenparameter, Gesamtausgaben basierend auf den Zuschlägen im *Risikostrukturausgleich* und stationäre Kosten, werden nun untereinander, zu anderen Ausgaben der Krankenkassen und den für Deutschland hergeleiteten Traumafolgekosten in Beziehung gesetzt und mit den internationalen Studien verglichen. Die hierfür relevanten Werte können der Tabelle 7.11 entnommen werden.

Tabelle 7.11 Trauma-assoziierte Gesundheitskosten in Beziehung zu Traumafolgekosten insgesamt und zu Gesamtausgaben der Krankenkassen

	Kosten gem. Präm: 1,5% (Euro)	Anteil [Präm:1,5%] an Traumafolgekosten*	Anteil [Präm: 1,5%] an Gesamtausgaben Krankenkassen**	Kosten gem. LitM: 9,5% (Euro)	Anteil [LitM:9,5%] an Traumafolgekosten*	Anteil [LitM: 9,5%] an Gesamtausgaben Krankenkassen**
Kosten RSA	524.515.757	4,8%	0,3%	3.321.933.127	30,2%	2,0%
Stationäre Kosten	103.934.398	0,9%	0,1%	658.251.185	6,0%	0,4%

gemäß Prävalenzmethode (Präm) mit einem Anteil von 1,5% und gemäß Literaturmethode (LitM) mit einem Anteil von 9,5%)

*Traumafolgekosten für Deutschland: 11.005.676.636 Euro

**Gesamtausgaben Krankenkassen 2010: 164.960.000.000 Euro

7.4.4 Trauma-assoziierte Gesundheitskosten in Beziehung zu anderen Ausgaben für Gesundheit

Die Trauma-assoziierten stationären Kosten machen 20% der Trauma-assoziierten Gesundheitskosten insgesamt aus. Damit ist der Anteil geringer, als der von 35% für Krankenhausbehandlung im Jahr 2010 über sämtliche Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen hinweg [127].

Dies könnte zum einen daran liegen, dass in Anbetracht der größeren Verlässlichkeit der stationären Daten eher die Berechnung der Trauma-assoziierten Gesundheitskosten insgesamt falsch zu hoch ausgefallen ist, als dass die stationären Kosten falsch zu niedrig sind.

Zum anderen sind auch Unterschiede hinsichtlich der Kosten der Krankenhausbehandlung abhängig von der Erkrankung in Betracht zu ziehen, so dass vielleicht auch ein Teil damit zu

erklären wäre, dass die ausgewählten Traumafolgestörungen im Vergleich zu allen Erkrankungen weniger Kosten für Krankenhausbehandlung verursachen.

Würde man den Anteil der stationären Kosten mit 35% definieren und ausgehend von den stationären Krankenkassendaten die Gesamtausgaben der Krankenkassen hochrechnen, kämen Beträge von 297,0 Mill. Euro (PräM) bzw. 1,9 Mrd. Euro (LitM) Gesundheitskosten jährlich für Trauma-assoziierte Erkrankungen heraus.

An den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2010 in Höhe von rund 164,96 Mrd. Euro [127] haben nach den obigen Berechnungen die Ausgaben für Trauma-assoziierte Erkrankungen mit der Prävalenzmethode einen Anteil von 0,3% bzw. von 2,0% mit der Literaturmethode. Diese Zahlen erscheinen auf den ersten Blick eher gering.

Wenn man sich jedoch vor Augen führt, dass nur elf Traumafolgestörungen diese Kosten verursachen, erhält das Ergebnis wiederum eine Relevanz. Wenn darüber hinaus bisher noch nicht nachgewiesene Zusammenhänge zwischen Traumatisierung in Kindheit/Jugend und weiteren Erkrankungen bestehen sollten, könnte das Einsparpotenzial möglicherweise noch enorm steigen.

Und wieder muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass sich die errechneten Kosten am Minimum orientieren und aufgrund der wenigen, verfügbaren Daten der Spielraum nach oben noch beträchtlich erscheint (s.a. Tabelle 7.8).

Etwas anschaulicher wird das mögliche Einsparpotenzial in Bezug auf die Ausgaben für alle gesetzlich Versicherten mit Traumafolgestörungen. Ein Anteil von 1,5% (PräM) entspricht Ausgaben von 524,5 Mill. Euro jährlich, und bei einem Anteil von 9,5% (LitM) sind es schon 3,3 Mrd. Euro, die gemäß obiger Berechnung jedes Jahr auf die Folgen von kindlicher Traumatisierung zurück geführt werden können.

Des Weiteren bestätigen die Daten der *Barmer GEK* die typische Komorbidität von Traumafolgestörungen (s.a. Kapitel 4). Im Mittel wurden für jeden Versicherten 1,9 Erkrankungen im Jahr 2010 dokumentiert.

7.4.5 Trauma-assoziierte Gesundheitskosten in Beziehung zu Traumafolgekosten insgesamt

Doch hauptsächlich sollen die Gesundheitsausgaben mit den in Abschnitt 7.1 hergeleiteten Traumafolgekosten insgesamt für Deutschland in Höhe von 11,0 Mrd. Euro jährlich in Beziehung gesetzt werden. Hier machen die Gesundheitsausgaben einen Anteil von 4,8% gemäß der Prävalenzmethode und von 30,2% gemäß der Literaturmethode aus. Der Anteil der Kosten aller stationären Krankenhausfälle liegt im einen Fall bei 0,9% und im anderen bei 6,0%.

Bei der Bewertung des relativen Anteils muss berücksichtigt werden, dass die Krankenkassendaten alle Altersstufen beinhalten, während die Traumafolgekosten insgesamt – aufgrund fehlender Daten – nur die 15- bis 64-Jährigen einschließen. Daraus folgt, dass der relative Anteil im Rahmen der vorliegenden Betrachtungen geringer ausfallen würde, da die Traumafolgekosten insgesamt durch Einbeziehung besonders des höheren Lebensalters noch höher wären. Ergänzend ist hier anzumerken, dass gemäß der im „Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann“ [128] geschilderten Erfahrungen Traumafolgestörungen im Alter nicht generell nachlassen, sondern ältere Menschen u.a. aufgrund einer unzureichenden Versorgung oft schwer beeinträchtigt sind.

Die Inkongruenz des Alters beim Vergleich von Traumafolgekosten insgesamt und Gesundheitskosten wird zum Teil jedoch dadurch kompensiert, dass die Trauma-assoziierten Gesundheitskosten die 15% der Bevölkerung, die nicht gesetzlich krankenversichert sind, auslassen.

Im Vergleich zu Deutschland beträgt der Anteil der Gesundheitsausgaben in der australischen Studie 9,7% [25], in der kanadischen 1,4% [83] und in der amerikanischen knapp die Hälfte (49,3%) [24] jeweils der tangiblen Kosten. In absoluten Zahlen werden in Australien 281,5 Mill. Euro, in Kanada 158,3 Mill. Euro und in den USA 2,5 Mrd. Euro jährlich in den Gesundheitsbereich aufgrund von Traumafolgestörungen investiert (umgerechnet mit Kursen vom 27.6.2011, s.a. Abschnitt 7.3.2 und 7.3.3).

Übertragen auf Deutschland würden gemäß der australischen Kalkulation 1,1 Mrd. Euro für Gesundheitskosten ausgegeben werden, gemäß der kanadischen 408,9 Mill. Euro und gemäß der amerikanischen 831,0 Mill. Euro.

Die besonders großen Unterschiede zwischen den Studien in Bezug auf die relativen Kosten sind Ausdruck unterschiedlicher Methoden bei der Ermittlung der Kosten in den entsprechenden Bereichen und der Verfügbarkeit von Daten. Die absoluten Werte hingegen differieren nicht ganz so stark.

Besonders auffällig ist, dass die Gesundheitsausgaben in Amerika zwischen denen der anderen Länder und aus Deutschland liegen, obwohl die Traumafolgekosten insgesamt deutlich niedriger ausfallen als die Vergleichswerte. Dementsprechend müssen die Gesundheitsausgaben pro Betroffenen sehr viel höher eingeschätzt worden sein.

Die für Deutschland ermittelten Trauma-assoziierten Gesundheitsausgaben liegen mit ihren beiden Werten von 524,5 Mill. Euro (PräM) bzw. 3,3 Mrd. Euro (LitM) einerseits in der Nähe der niedrigsten Kosten gemäß der kanadischen Berechnung und andererseits dreimal so hoch wie die teuersten Kosten gemäß des australischen Modells.

Bei den Ausfallzeiten durch Krankschreibung kommen bei der Prävalenzmethode mit 760.036 Tagen 2.082 Jahre und bei der Literaturmethode mit 4,8 Mill. Tagen 13.188 Jahre zusammen. Diese Ergebnisse können in weiter führenden Studien in die Analyse der Produktivitätsverluste mit einfließen.

Insgesamt liegen die hier abgeleiteten Kostenwerte auf dem Niveau internationaler Kostenstudien, die jedoch untereinander nur bedingt vergleichbar sind. Dennoch kann basierend auf diesen grundsätzlichen Übereinstimmungen festgehalten werden, dass die von realen Krankenkassendaten abgeleiteten Trauma-assoziierten Gesundheitskosten das Ergebnis für die theoretisch hergeleiteten Traumafolgekosten insgesamt stützen. Hinsichtlich der Qualität der Krankenkassendaten müssen jedoch insbesondere die Angaben aus dem ambulanten Bereich mit Zurückhaltung interpretiert werden.

Bei so vielen Fragezeichen und Unwägbarkeiten in der Bewertung der Ergebnisse muss die Bildung einer verlässlichen Datengrundlage in Deutschland vorrangiges Ziel sein, um die Frage genauer beantworten zu können, was es uns in Deutschland kostet, traumatisierten Kindern und Jugendlichen nicht rechtzeitig ausreichend Hilfe zu leisten. Nur auf Basis eines aufgrund seiner Validität von allen Seiten akzeptierten Datenmaterials lässt sich herausfinden, was dafür getan werden kann, um dies zu ändern.

8 Bewertung des Status quo und Ausblick

Zur Bewertung des Status quo hinsichtlich der Folgen von Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter wird zunächst auf die konkrete Fragestellung Bezug genommen. Ausgehend hiervon wird ein Ausblick auf Möglichkeiten zur Einsparung von Kosten durch Ansätze zur Verbesserung der gegenwärtigen Versorgungslage gegeben.

8.1 Zusammenhang zwischen Traumatisierung und Traumafolgestörungen

Die wissenschaftliche Literatur zu den Themen sexueller Missbrauch, Kindesmisshandlung unterschiedlicher Art, Vernachlässigung und anderen Formen von Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter und damit assoziierter Traumafolgestörungen offenbart eine erdrückende Fülle von Evidenz für einen Zusammenhang zwischen Traumatisierung und Traumafolgestörungen in Form umfangreicher epidemiologischer Ergebnisse und plausibler naturwissenschaftlicher Erklärungen (s. Kapitel 4). In der Gesamtschau tritt über unterschiedliche Studienansätze hinweg und unter Berücksichtigung zahlreicher Störfaktoren in der statistischen Auswertung klar ein bisweilen erheblich erhöhtes Risiko zu Tage, nach Traumatisierung in Kindheit/Jugend im Laufe des Lebens an einer Traumafolgestörung zu erkranken.

Dabei muss festgehalten werden, dass die Begriffe „Traumatisierung“ und „Traumafolgestörungen“ sich inhaltlich sehr vielseitig zusammensetzen. Daher erscheint eine Sichtweise sinnvoll zu sein, die sich von der traditionellen Sicht auf einzelne Krankheiten und der Betrachtung isolierter Arten der Traumatisierung loslöst. Eine Fülle von Studien zeigt, dass eine Art der Traumatisierung unterschiedliche und meist mehrere Traumafolgestörungen gleichzeitig nach sich ziehen, aber auch eine Traumafolgestörung auf unterschiedliche Arten der Traumatisierung bzw. eine kumulative Traumatisierung zurück geführt werden kann. Vor diesem Hintergrund verschmelzen auch psychische und somatische Traumafolgestörungen zu ein und derselben Kategorie [64].

Einige Autoren haben bereits erfolgreich versucht, epidemiologische und naturwissenschaftliche Forschungsergebnisse in Deckung zu bringen [27, 31, 33, 54]. Aufbauend auf diesen kausalen Erklärungsansätzen legen auch Anda und Felitti et al. [9] ihre Argumentation für einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Traumatisierung und Traumafolgestörungen dar, den sie zusätzlich an den neun wissenschaftlichen Kausalitätskriterien nach Sir Bradford Hill festmachen.

Wenn also ein kausaler Zusammenhang zumindest äußerst wahrscheinlich ist, so muss doch beachtet werden, dass Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter keinesfalls als alleinige Ursache für die Entstehung von Krankheiten oder Störungen angesehen wird. Schmid,

Fegert und Petermann [1] und viele weitere Autoren weisen in unterschiedlichen Kontexten denn auch immer wieder darauf hin, dass kein monokausaler Zusammenhang zwischen Trauma und Krankheit bzw. Störung postuliert wird. Traumatisierung in Kindheit/Jugend stellt eine unter mehreren Einflussgrößen in einem biopsychosozialen Modell dar, die das Risiko, eine bestimmte Krankheit oder Störung zu erleiden, messbar erhöht.

Das Ausmaß dieser Risikoerhöhung variiert nicht nur, wie zu erwarten, in Abhängigkeit vom individuellen Studiendesign, sondern auch in Abhängigkeit von der Art und Schwere der Traumatisierung sowie individuellen Voraussetzungen (z.B. Geschlecht) und dem Einfluss schützender Begleitfaktoren (s. Abschnitte 3.3 und 6.2).

Der zunächst theoretische Zusammenhang zwischen Traumatisierung und Traumafolgestörungen erlangt für das deutsche Sozial- und Gesundheitswesen ganz praktische Bedeutung zum einen aufgrund der hohen Prävalenz von Traumatisierung in Kindheit/Jugend. Die aktuellsten, umfassenden Zahlen aus Deutschland dazu offenbaren für Vernachlässigung eine Häufigkeit von fast 50% und für Kindesmisshandlung/-missbrauch Häufigkeiten von rund 12% bis 15% [119]. Im Vergleich dazu niedriger lag mit 6,5% die Prävalenz von sexuellem Missbrauch bei Wetzels [125], aktuelle Zahlen aus der Nachfolgestudie zeigen einen abnehmenden Trend [141]. Hingegen wurde häufiger als selten erlebte körperliche Gewalt durch die Eltern bei Wetzels sogar in 38,8% der Fälle angegeben [125] (aktuelle Vergleichszahlen noch nicht verfügbar). Bei zwei jüngeren Studien aus Deutschland ergeben sich jeweils ähnlich hohe Lebenszeitprävalenzen von Traumatisierung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen von insgesamt mehr als einem Fünftel der Teilnehmer [21, 22].

Bevölkerungsstudien in der Größenordnung von 8.000 bis 10.000 Teilnehmern zur Erfassung der Prävalenz von Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter, wie z.B. von Felitti et al. [12] oder Kessler et al. [14] in den USA oder MacMillan et al. [10] in Kanada, liegen für Deutschland aktuell jedoch noch nicht vor (es sei hier nochmals auf die von Pfeiffer und Kollegen zu erwartende Veröffentlichung umfassenderer Ergebnisse von 11.428 Studienteilnehmern hingewiesen, s.a. Abschnitt 1.2.2), so dass aufgrund der Datenarmut epidemiologische Aussagen für Deutschland nur eingeschränkt getroffen werden können.

Zum anderen liegt die herausragende Bedeutung von Traumatisierung und Traumafolgestörungen darin, dass die Auswirkungen sich auf alle Lebensbereiche erstrecken, da das Individuum in seiner Gesamtheit beeinträchtigt wird. Während im Kindesalter noch entwicklungsbezogene Störungen im Vordergrund stehen (z.B. Störungen des Sozialverhaltens, s. Abschnitt 4.3.1), treten im Jugendalter zunehmend psychische und somatische Störungen und Erkrankungen auf (z.B. Angststörungen, s. Abschnitt 4.3.1, oder Übergewicht, s. Abschnitt 4.3.2). Zum Teil persistieren diese bis ins Erwachsenenalter, oder aber es treten im Erwachsenenalter wiederum neue oder auch erstmalig Traumafolgestörungen zu Tage.

Eine besondere Bedeutung in Bezug auf Traumatisierung kommt Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung im häuslichen Umfeld zu. Diese Arten der Traumatisierung sind zwar nicht die häufigsten – hier wären in erster Linie gewalttätige Angriffe, Unfälle und Traumazeugenschaft zu nennen – dafür sind sie aber mit einem besonders hohen Risiko für Traumafolgestörungen verbunden (z.B. von bis zu 80% für PTBS [18]). Hinzu kommt, dass hierbei nicht nur eine singuläre Traumatisierung isoliert vorliegt, sondern sehr häufig eine Wiederholung und Kombination im Rahmen eines belasteten kindlichen Umfeldes, was schweren Formen der Traumatisierung entspricht. Die Unterrepräsentation des Themas in der öffentlichen Wahrnehmung spricht weiterhin dafür, Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung einen zentralen Stellenwert in der Bewertung von Traumatisierung und Traumafolgestörungen einzuräumen.

8.2 Versorgung traumatisierter Kinder/Jugendlicher und Erwachsener

Bei der professionellen Versorgung Traumatisierter klaffen riesige Lücken zwischen Bedarf und tatsächlich erfolgter Behandlung, und zwar sowohl der unmittelbar auf das Trauma bezogenen, als auch der von nachgeordneten Traumafolgestörungen. Diese Lücken können nur durch intensive Aufklärungsarbeit bzw. Schulung auf beiden Seiten – sowohl bei Patienten, als auch bei professionellen Helfern – verkleinert werden. Darüber hinaus bestehen eklatante organisatorische Defizite, v.a. in der Zusammenarbeit unterschiedlicher Versorgungsinstanzen für Kinder und Jugendliche.

Mehrere Studien konnten zeigen, dass die Auswirkungen einer Traumatisierung umso schwerwiegender sind, je jünger das Kind bei Traumatisierung ist [18, 22, 49]. Andersherum zeigen sich umso größere positive Effekte, je früher die Traumatisierung beendet und die psychischen Auswirkungen behandelt werden [23, 27]. Dieser Effekt lässt sich durch die Unreife der neurobiologischen Strukturen erklären. Unter dem Einfluss einer Traumatisierung bilden sich abnorme Regulationsmechanismen und Strukturabweichungen, welche wiederum den Grundstein für weitere pathologische Entwicklungen legen [27].

Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnisse muss ein möglichst frühes Eingreifen nach Traumatisierung gefordert werden. Eine zunächst abwartende Vorgehensweise macht keinen Sinn, denn in der Zeit des Wartens kann sich der einmal entstandene Schaden einerseits schon verfestigt haben und andererseits Folgestörungen nach sich gezogen haben. Ein frühes Eingreifen ist jedoch nur möglich, wenn die Traumatisierung früh bekannt geworden ist. Verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen oder Meldepflichten für Ärzte werden kontrovers diskutiert [93], ohne dass bisher ein stimmiges Gesamtkonzept verfügbar wäre.

Die Kinder und Jugendlichen, welche innerhalb des bestehenden Versorgungssystems auffällig geworden sind, können z.B. ein Kinderschutz-Zentrum oder eine Notfallambulanz auf-

gesucht haben, dem Jugendamt bekannt sein, in der Schule Probleme haben, aufgrund delinquenten oder kriminellen Verhaltens polizeilich registriert sein oder sich in psychologisch/psychiatrischer Behandlung befinden. Schon an dieser unvollständigen Aufzählung wird offensichtlich, welche breite Palette an Versorgungsinstanzen an der Aufdeckung von und Versorgung nach Traumatisierung beteiligt ist.

Gerade in dieser Vielfalt liegt ein grundlegendes Versorgungsproblem, denn es wird umso schwieriger, an einem Strang zu ziehen, je mehr Beteiligte es gibt. Für das geordnete, konstruktive Miteinander unter Ausschöpfung synergetischer Potenziale fehlt bisher ein übergeordnetes Konzept. Es mangelt an klarer Aufgabenzuschreibung und standardisierten Handlungsabläufen. Die stärkere Vernetzung in der Versorgung traumatisierter Kinder und Jugendlicher wird deshalb von unterschiedlichen Beteiligten immer wieder eingefordert [89, 93, 95, 117, 130]. Denn keine Profession, keine Versorgungsdisziplin alleine wird dem komplexen und ganzheitlichen Versorgungsbedarf nach Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter gerecht.

Aber auch die Arbeitsweise innerhalb der einzelnen Versorgungsinstanzen muss auf den Prüfstand und sich am Ergebnis messen lassen. So konnte beispielsweise die „Machbarkeitsexpertise zur Verbesserung des Kinderschutzes durch systematische Fehleranalyse“ vom *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* zur Aufdeckung von Mängeln in der Dokumentation und innerbehördlichen Kommunikation vor dem Hintergrund fehlender Prozessstandards beitragen [95].

Ein seit Jahren gefordertes Bundeskinderschutzgesetz zur Neuregelung und Verbesserung der Versorgung scheiterte in der letzten Legislaturperiode auch am Widerstand der Fachwelt [136, 137]. Das neu erarbeitete Gesetz, das am 27.10.2011 vom Bundestag beschlossen wurde und zur Abstimmung im Bundesrat ansteht, bleibt bedauerlicherweise – trotz vermehrter Einbindung der beteiligten Fachdisziplinen – wieder hinter den Erwartungen zurück. Insbesondere die Vernetzung von Gesundheits- und Jugendhilfesystem mit Verankerung auch im Sozialgesetzbuch V, der Ausbau *Früher Hilfen* oder die klar definierte, bundeseinheitliche Regelung einer Befugnisnorm für Berufsgeheimnisträger konnten bisher nicht zufrieden stellend gelöst werden [135].

Traumafolgestörungen im Erwachsenenalter müssen zu allererst einmal einer u.U. schon sehr lange zurückliegenden Traumatisierung zugeordnet werden können. Hierfür fehlt bisher das nötige Problembewusstsein bei Ärzten und Patienten. Selbst die Posttraumatische Belastungsstörung als klassische Traumafolgestörung wird im professionellen Rahmen nur unzureichend diagnostiziert [100, 101, 102, 103]. Bei anderen Erkrankungen wie Diabetes mellitus oder Bluthochdruck wird im Behandlungsalltag noch viel weniger an eine zugrunde liegende Traumatisierung gedacht.

Ein Beispiel aus den USA [31] zeigt eindrucksvoll, dass die routinemäßige, strukturierte Befragung von Patienten frühere Traumatisierungen aufdecken kann. Allein diese Aufdeckung im ärztlichen Gespräch bringt bereits positive Effekte für die Betroffenen mit sich, die sich in verminderter Inanspruchnahme des Gesundheitswesens niederschlagen (s.a. Abschnitt 5.3). Dazu kommen Fallberichte, aus denen klar die besondere Bedeutung der Aufarbeitung einer Traumatisierung für die erfolgreiche Behandlung von Traumafolgestörungen hervorgeht [90, 91].

Doch nicht nur in der Diagnostik besteht Verbesserungspotenzial, auch die Behandlungsmöglichkeiten für Kinder/Jugendliche und Erwachsene sind nicht zufrieden stellend. Aufgrund einer unzureichenden Evaluation bestehender Therapieverfahren [37, 96] fehlt es an strukturierten Vorgaben zur Behandlung von Traumafolgestörungen. Darüber hinaus besteht ein Mangel an differenzierten, traumabezogenen Therapiekonzepten, welche die hohe Komorbidität und individuell unterschiedliche Gewichtung der Symptomatik berücksichtigen.

Grundsätzliche Versorgungsdefizite wurden außerdem für bestimmte Gruppen von Betroffenen nach sexuellem Missbrauch festgestellt: für Jungen und Männer, ältere Erwachsene sowie Betroffene mit Migrationshintergrund, und im ländlichen Raum [128].

8.3 Ökonomische Tragweite

Die potenziellen negativen Auswirkungen einer Traumatisierung als Kind/Jugendlicher auf den gesamten weiteren Lebensverlauf bringen Kosten nicht nur für die Betroffenen, v.a. durch eine reduzierte Lebensqualität, mit sich, sondern in beträchtlichem Ausmaß auch für die gesamte Gesellschaft. Zusätzliche Ausgaben fallen in Bereichen von Bildung über Polizei bis Gesundheitswesen an, während gleichzeitig die Produktivität erheblich leidet (s. Kapitel 6).

Abgesehen von der monetären Belastung wird die Gesellschaft auch auf immaterieller Ebene durch den Umgang mit Geschädigten negativ beeinflusst. Sei es, dass das Arbeitsklima durch häufige Krankmeldungen leidet oder das verhaltensauffällige Kind erhebliche Ressourcen bei der Betreuung im Kindergarten bindet. Traumafolgestörungen betreffen in ihrer Gesamtheit niemals nur das einzelne Individuum, sondern stellen eine umfassende gesellschaftliche Belastung dar, was ihnen eine zentrale volkswirtschaftliche Bedeutung verleiht.

Bei der Betrachtung der Kostenseite von Traumatisierung und Traumafolgestörungen wird sofort klar, dass es ausgesprochen schwierig, wenn nicht gar unmöglich ist, exakte Kosten zu kalkulieren. Dies gründet sich in erster Linie darauf, dass keine umfassenden epidemio-

logischen Daten vorliegen und Kosten aus ungemein vielen Bereichen anfallen, wobei an zahlreichen Stellen die Zuordnung von Kosten zu einer Traumatisierung aufgrund fehlender und unvollständiger Informationen nicht möglich ist.

Trotz der gezwungenermaßen ungenauen Kalkulation führen die unterschiedlichen Studienergebnisse aus verschiedenen Ländern die immense gesellschaftliche Relevanz der Kostenseite von Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter vor Augen. Da die Kostenstudien auf Basis einer unzureichenden Datenlage glaubhaft darlegen, dass es sich in jedem Fall um unterschätzende Ergebnisse handelt, lässt sich anhand der Bevölkerungsgröße ableiten, dass auch in Deutschland Traumafolgekosten in Höhe mehrerer zehn Milliarden Euro jährlich anfallen müssen.

Um diese Einschätzung zu überprüfen, wurden im Rahmen dieser Expertise erstmals konkrete Traumafolgekosten für Deutschland ermittelt (s. Kapitel 7). Die grundlegende Schwierigkeit bei dem Versuch, Kosten zu errechnen, die mit einer Traumatisierung als Kind/Jugendlicher assoziiert sind, liegt darin, dass hierzu kaum verlässliche, auf einander abgestimmte Daten vorliegen. So wurden unkonventionelle Wege beschritten, um den realen Kosten möglichst nahe zu kommen.

Auf Basis aktueller Fachliteratur wurden Traumafolgekosten in Höhe von 11,0 Mrd. Euro jährlich für Deutschland hergeleitet. Dieser Wert spiegelt eine konsequent konservative Herangehensweise wider, so dass zu erwarten wäre, dass der Betrag tatsächlich höher ausfällt – was sich jedoch aufgrund der mangelnden Daten nicht plausibel darstellen lässt.

Die Trauma-assoziierten Ausgaben im Bereich Gesundheit wurden mit Hilfe von Angaben aus der Fachliteratur auf zwei verschiedenen Wegen (Prävalenzmethode und Literaturmethode) aus realen Daten der größten deutschen Krankenkasse *Barmer GEK* abgeleitet. Dieses Vorgehen soll besser veranschaulichen, in welcher Größenordnung das tatsächliche Ergebnis liegen könnte.

Gemäß dem mit der Prävalenzmethode ermittelten niedrigeren Ergebnis fallen jedes Jahr Gesundheitskosten in Höhe von 524,5 Mill. Euro insgesamt und 103,9 Mill. Euro allein für Krankenhausbehandlung an. Das höhere, mit der Literaturmethode errechnete Ergebnis liegt bei 3,3 Mrd. Euro Gesundheitskosten und 658,3 Mill. Euro für Krankenhausbehandlung jährlich.

Die Traumafolgekosten insgesamt und die Trauma-assoziierten Gesundheitskosten lassen sich sowohl untereinander, als auch zu internationalen Kostenstudien sinnvoll in Beziehung setzen. Durch die Anwendung voneinander unabhängiger methodischer Ansätze wird die Gültigkeit der Ergebnisse zusätzlich erhöht.

Somit liegen jetzt erstmals konkrete Zahlen vor, die nahe legen, dass auch die deutsche Volkswirtschaft jedes Jahr durch Traumafolgekosten in erheblichem Ausmaß belastet wird. Um an diesem Punkt sinnvoll angreifen zu können, braucht es jedoch noch sehr große Anstrengungen, um eine Datenbasis zu schaffen, von der sich konkrete, effektive Handlungen ableiten lassen.

8.4 Möglichkeiten zur Reduktion von Kosten

Die Bewertung des Status quo hinsichtlich der Folgen von Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter bietet zahlreiche Ansatzpunkte zur Reduktion von Traumafolgekosten. Die Eliminierung von Traumatisierung durch primäre Prävention ist in der Theorie zweifellos die effektivste Methode und aus ethischer Sicht am erstrebenswertesten, konnte jedoch in der Praxis bisher nicht ausreichend erfolgreich umgesetzt werden.

Im Rahmen dieser Expertise sollen Wege aufgezeigt werden, welche nachhaltig dazu führen können, unnötige tangible und intangible Kosten infolge von Traumatisierung als Kind/Jugendlicher zu vermeiden – sprich Geld einzusparen und Leid zu ersparen. Auch diesem Ansatz liegt ein präventiver Gedanke zu Grunde, denn durch rechtzeitiges Eingreifen sollen langfristige, negative Folgen verhindert werden.

Primär stellt sich die Frage danach, in welchem Kontext eine Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen möglichst früh erkannt werden kann, denn je eher interveniert wird, desto mehr kann erreicht werden. Um nicht Gefahr zu laufen, hierbei ins Leere zu treten und knappe öffentliche Gelder ineffektiv einzusetzen, sollte diese Frage verantwortungsvoll mit Hilfe fundierter Kosten-Nutzen-Analysen beantwortet werden: Welche Maßnahmen zu welchem Zeitpunkt bringen den größten Nutzen im Sinne einer Reduktion individueller und gesellschaftlicher Belastung hervor und zu welchem Preis? Diese Art der Evaluation ist im Zusammenhang mit Kindesmisshandlung/-missbrauch und Vernachlässigung international massiv unterrepräsentiert [116], so dass praktisch nicht auf vorhandene Erfahrungswerte zurück gegriffen werden kann, insbesondere nicht in Hinblick auf die deutsche Versorgungslandschaft.

Zur Beantwortung der Frage, in welcher Weise ein traumatisiertes Kind auffällig wird, liegen dagegen zahlreiche wissenschaftliche Beschreibungen vor, die eine große Vielfalt an Auffälligkeiten offenbaren. Die Abfolge Traumatisierung – Traumafolgestörungen wird von individuellen Voraussetzungen (z.B. Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen, Persönlichkeit etc.) mit geprägt [7, 11, 18, 23, 28, 29], die eine Vorhersage des Verlaufs im Einzelfall nahezu unmöglich machen (s.a. Abschnitt 6.2). Deshalb sollte sich der Fokus weg von einer starren Abfolge bewegen und stattdessen hin einerseits zu einem Diagnoseraster, welches die Vielfalt der Ausprägung von Traumafolgestörungen zunächst unabhängig von der konkreten

Traumatisierung erkennt und andererseits hin zu einer kontextuellen Traumatisierung, bei der Kombinationen und Wiederholungen stärker in die Bewertung mit einfließen. Wegweisend sind hier die Vorschläge zur Einführung einer Diagnose „Traumaentwicklungsstörung“ [1, 15], welche auf die Besonderheiten traumatisierter Kinder zugeschnitten ist (s.a. Abschnitt 3.2).

Thyen, Kirchhofer und Wattam [20] ziehen aus ihrer Studie zu Gewalterfahrungen in der Kindheit den Schluss, dass deren Komplexität durch die derzeit gebräuchliche Klassifikation verschiedener Misshandlungsformen nicht abgebildet wird. Es wird gefordert, dass zukünftige Forschungsstrategien sich an den körperlichen, seelischen und sozialen Folgen der Misshandlungen oder Vernachlässigungen orientieren und die verantwortlichen Ursachen in einem multifaktoriellen Design berücksichtigt werden sollten.

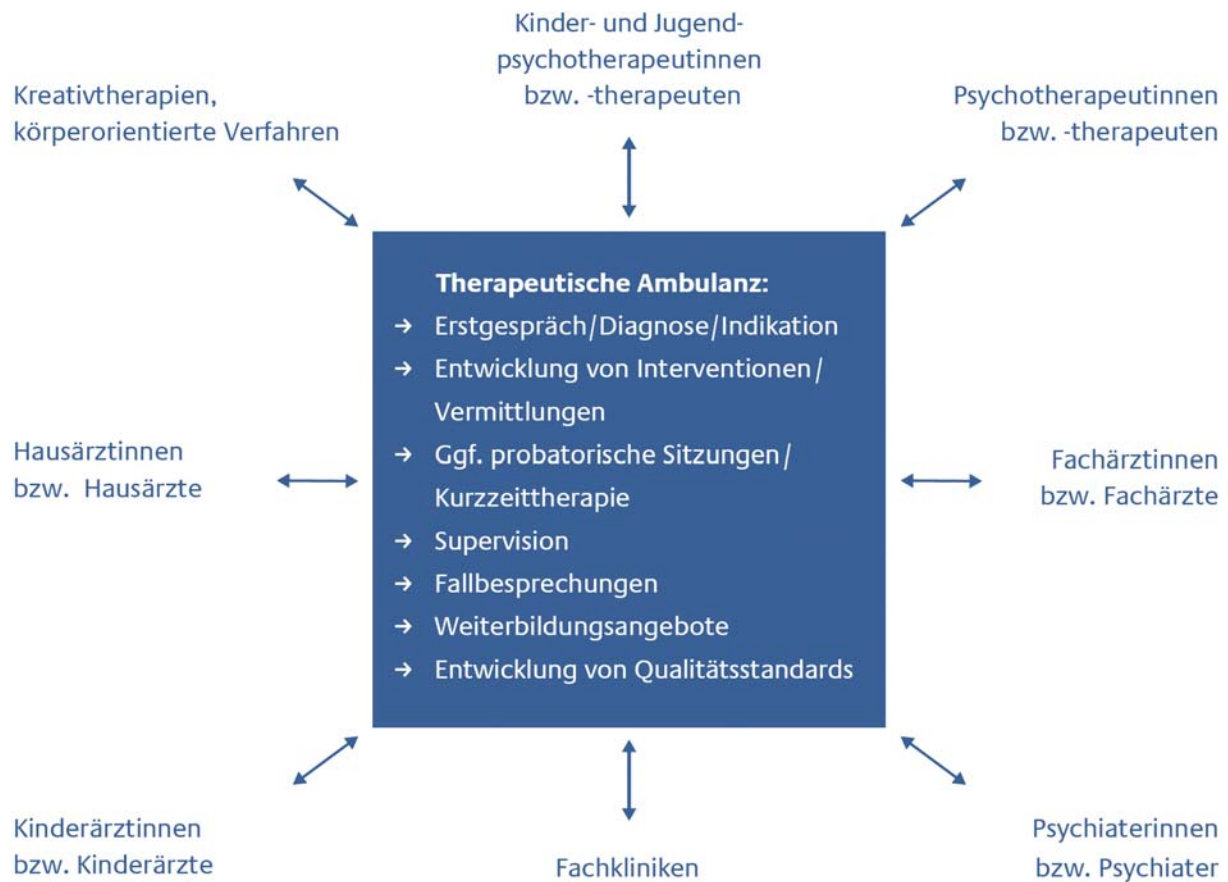
Flankierend zur Weiterentwicklung der klinischen Forschung bedarf es unbedingt einer Vertiefung der naturwissenschaftlichen Forschung [9, 54, 64]. Weitere Veränderungen im Nervensystem, hormoneller Kreisläufe und anderer Faktoren infolge von Traumatisierung auf funktioneller und struktureller Ebene müssen aufgedeckt werden, um zukünftig diagnostisch und therapeutisch noch gezielter eingreifen zu können.

Die Arbeitsweise zwischen und innerhalb bestehender Versorgungsinstanzen bedarf dringend einer umfassenden Revision, in die Aspekte wie Qualitätssicherung, Risikomanagement, Kommunikation, Dokumentation bis hin zu einer neuen Fehlerkultur mit einfließen sollten. Dabei müssen alle an der Versorgung beteiligten Institutionen gleichermaßen mit einbezogen werden, um Barrieren aus dem Weg zu räumen und die Arbeitsweisen und Zuständigkeiten aufeinander abzustimmen.

Ein Beispiel aus der Praxis liefert hierzu das so genannte „One-Stop“ System, das innerhalb der letzten Jahre in Korea landesweit eingerichtet wurde [134]. Das „One-Stop“ System vereint unter einem Dach die Versorgung der Opfer hinsichtlich polizeilicher, sozialrechtlicher, medizinischer sowie juristischer Aspekte und bietet damit zentral umfassende Hilfe an.

Eine modellhafte Empfehlung für Deutschland zur Bündelung therapeutischer Fachdisziplinen findet sich im „Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann“ [128, Seite 148 ff] (s. Abbildung 8.1): Von einer psychotherapeutischen Ambulanz für von sexuellem Missbrauch Betroffene werden die zuständigen Akteure außerhalb zentral vernetzt, um niedrigschwellige, flexible und bedarfsgerechte Hilfe anbieten zu können. Dabei sollen vorhandene Ressourcen besser genutzt werden für optimierte Zuweisungsstrategien und Weitervermittlung, differenzierte Beratungen bezüglich geeigneter Hilfsangebote, verpflichtende einheitliche Qualitätsstandards, wissenschaftliche Begleitung sowie für die Funktion als Anlaufstelle für Supervision und Weiterbildung.

Abbildung 8.1 Struktur und Vernetzung im Modell der therapeutischen Ambulanz für von sexuellem Missbrauch Betroffene



Quelle: „Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann“ [128, Seite 151])

Die Qualität der medizinischen Versorgung traumatisierter Kinder und Jugendlicher sollte v.a. durch die stärkere Verankerung und Berücksichtigung des Faches Kinder- und Jugendpsychiatrie in Ausbildung und Forschung voran gebracht werden [37, 94, 96, 97, 130]. Die weitere Einrichtung spezialisierter Versorgungsangebote wie den Traumaambulanzen einerseits und die breit gestreute Verankerung traumapsychologischer Kenntnisse innerhalb fremder Fachrichtungen andererseits könnten dazu beitragen, die Lücken und Schwellen in der Versorgung traumatisierter Kinder und Jugendlicher zu schließen bzw. zu ebnen. Aus therapeutischer Sicht besteht außerdem großer Bedarf an der Evaluation bestehender und der Entwicklung neuer, traumafokussierter Therapieverfahren, um therapeutische Ressourcen besser nutzen zu können [18, 37, 96].

Vor dem Hintergrund der eindeutigen Relevanz einer Bezugnahme auf frühe Traumatisierungen bei der Behandlung im Erwachsenenalter bedarf es dringend der Schaffung eines entsprechenden Problembewusstseins in der breiten Öffentlichkeit und medizinischen Fachwelt. Dies erscheint umso dringender, da es neben einzelnen Fallberichten ein Versorgungsbeispiel aus den USA mit 120.000 Fällen gibt, welches eindrücklich zeigt, dass die

Bezugnahme auf frühere Traumatisierungen im ärztlichen Gespräch zu verminderter Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führt [31] (s.a. Abschnitt 5.3).

Ein routinemäßiger Einsatz von standardisierten Fragebögen, z.B. anlässlich von so genannten Check-ups (durch die gesetzliche Krankenversicherung finanzierte Vorsorgeuntersuchungen ab dem vollendeten 35. Lebensjahr), wäre in Anlehnung an das US-amerikanische Beispiel denkbar, um zukünftig mehr Traumafolgestörungen als solche diagnostizieren zu können und damit die Behandlungschancen erheblich zu verbessern. Gerade im mittleren Lebensalter treten Traumafolgestörungen wie Bluthochdruck oder Diabetes mellitus oft erstmals in Erscheinung. Ein „zu spät“ existiert bei der traumabezogenen Behandlung nicht, allerdings gilt ganz eindeutig die Regel „je früher, je besser“.

Große Unsicherheit besteht bei der Bezifferung der Kosten infolge von Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter. Vor dem Hintergrund von anzunehmenden jährlichen Kosten in Milliardenhöhe ist dies ein unhaltbarer Zustand. Keiner kann derzeit für Deutschland sagen, wie viele Betroffene es gibt und an welchen Stellen in welcher Höhe Kosten bzw. Verluste anfallen. Je größer der Posten ist, desto gravierender schlägt es zu Buche, wenn aufgrund fehlender Informationen keine nachhaltigen Entscheidungen getroffen werden können.

Vorrangiges Ziel muss es daher sein, durch entsprechend ausgelegte Forschungsarbeit verlässliche Entscheidungsgrundlagen zu schaffen. Hierzu zählt beispielsweise die Evaluation und ökonomische Bewertung diagnostischer und therapeutischer Verfahren aber auch die von Maßnahmen in Kinderschutz, Jugendhilfe und anderen Bereichen.

Die Ausgaben für Gesundheitsleistungen, soziale Hilfsangebote und viele weitere Bereiche, sowie die Produktivitätseinbußen ließen sich verringern oder gar vermeiden, wenn der Zusammenhang zwischen Traumatisierung als Kind/Jugendlicher und Traumafolgestörungen auf allen Ebenen der Gesellschaft und der Entscheidungsträger bekannter und bewusster wäre. Die vorliegende Expertise stellt in diesem Sinne einen ersten Schritt dar.

8.5 Eckpunkte und konkrete Forderungen für eine Verbesserung des Status quo

Um die Folgen von Traumatisierung als Kind/Jugendlicher stärker ins öffentliche Bewusstsein zu rücken und die Versorgung von traumatisierten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zu verbessern, müsste gemäß der in dieser Expertise zusammengetragenen Informationen an folgenden Eckpunkten angegriffen werden:

- i Intensivierung der Forschung hinsichtlich Epidemiologie, Diagnostik, Therapie und naturwissenschaftlicher Grundlagen
- ii Stärkere Berücksichtigung und Streuung der bereits vorhandenen Erkenntnisse in den einzelnen Fachdisziplinen
- iii Zielgerichtete, organisierte Vernetzung der Versorgungsstrukturen untereinander, insbesondere für Kinder und Jugendliche
- iv Optimierung der Vorgehensweisen innerhalb einzelner Versorgungsstrukturen unter Einsatz standardisierter Handlungsabläufe und Instrumente
- v Ausbau einer spezialisierten Versorgung mit erleichtertem Zugang
- vi Intensivierung der öffentlichen Aufklärung
- vii Herstellen von Transparenz auf der Kostenseite

Hiervon können konkrete Forderungen für Deutschland abgeleitet werden, wie sie zum größten Teil schon im Band „Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland, Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung“ [130] sowie im „Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann“ [128] aufgestellt wurden.

Im Bereich der Forschung und Wissenschaft bedarf es einer Veränderung durch gezielte Förderung im Rahmen einer durch die Wissenschafts- und Forschungspolitik vorgegebenen Agenda, um den Themenkomplex Traumatisierung attraktiv zu machen und so das Wissen hierüber auszubauen. Die Entwicklung von Behandlungsleitlinien, der Aufbau von Forschungsdatenbanken zur Misshandlungsepidemiologie, die verstärkte Umsetzung längsschnittlicher Forschungsstrategien sowie die vermehrte Einbeziehung neuer biomedizinischer Methoden gehören dabei ebenso zu den Zielvorstellungen wie eine stärkere Fokussierung auf die speziellen Bedürfnisse von Risikogruppen.

Der vorhandene Sachverstand zu Traumatisierung und deren weit reichenden Folgen muss verstärkt Eingang in die Aus-, Fort- und Weiterbildung nicht nur von Psychotherapeuten und Ärzten, sondern aller beteiligten Berufsgruppen finden, sowie sonstiger Personen, die mit Traumatisierung konfrontiert sind (z.B. Pflegeeltern). Besonders in der akademischen Grundausbildung und hausärztlichen Versorgung sollte er fest verankert werden. Das

spezifischere Wissen auf allen Ebenen kann zu einer verbesserten Identifikation führen und damit eine frühzeitigere Behandlung ermöglichen.

Die Forderung nach einer höheren Sensibilität für Traumatisierung in der Praxis wird von der Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendhilfeberichts [138] folgendermaßen formuliert: „Die Hilfsangebote für traumatisierte Kinder und Jugendliche müssen mehr Aufmerksamkeit erhalten. Im Kompetenzprofil der Fachkräfte muss die Sensibilität für die Situation von traumatisierten Kindern und Jugendlichen einen höheren Stellenwert erhalten.“ Dem entsprechend nimmt die Traumathematik auch in der „Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung“ [139] großen Raum ein. Hier wird mit Nachdruck gefordert, die Vernetzung der Akteure weiter voran zu treiben und die Schnittstellen zwischen Jugendhilfe und Gesundheitssystem auch durch geeignete Finanzierungskonzepte zu schließen.

Die an der Versorgung Traumatisierter beteiligten Akteure müssten in einem bundesweit kooperierenden Helfersystem vernetzt werden. Ein nationales Traumazentrum könnte die Trennungen zwischen den verschiedenen Hilfesystemen überwinden, indem es verbindliche, bundesweite Rahmenkonzepte für die interdisziplinäre Vernetzung erarbeitet und implementiert. Von einem nationalen Traumazentrum sollten ebenfalls Forschungsvorhaben koordiniert, der Wissenstransfers aus der Forschung in die Praxis gefördert und die Inhalte Trauma-spezifischer Fort- und Weiterbildungen standardisiert werden.

Die Arbeit innerhalb der einzelnen beteiligten Institutionen sollte durch den Einsatz von standardisierten Kontrollinstrumenten optimiert werden. Gefordert ist auch eine externe unabhängige Vertrauenspersonen für die Betroffenen. Das Personal sollte stärker auf Risiken der Retraumatisierung z.B. durch Wegfall bestehender Bindungen zu Mitarbeitern aufmerksam gemacht werden. Dabei ist es erforderlich, die Fürsorgepflicht gegenüber dem Personal auszubauen, damit die belastende Arbeit möglichst ohne Unterbrechungen und von stabilen Bezugspersonen ausgeführt werden kann.

Aus therapeutischer Sicht ist es erforderlich, ein ausreichendes Kontingent an Therapieplätzen zu schaffen, das eine zeitnahe und flexible Behandlung ermöglicht. Der Zugang zu geeigneten Therapien sollte erleichtert werden, indem z.B. Kostenübernahmen auf bestimmte Verfahren erweitert werden. Als psychotherapeutisches Gesamtversorgungskonzept wäre ein therapeutisches Ambulanzmodell mit einheitlichen Qualitätsstandards und wissenschaftlicher Begleitung sinnvoll (s.a. Abschnitt 8.4). Die Ambulanz soll als niedrighschwellige Anlaufstelle nach Diagnosestellung die individuell zugeschnittene Zuweisung und Weitervermittlung übernehmen und die unterschiedlichen Behandlungsanteile koordinieren. Dabei dient sie auch als Plattform für den Austausch der Behandler untereinander.

Eine Problematik, die nur durch die Gesetzgebung gelöst werden könnte, betrifft die Diagnosestellung der Traumatisierung im medizinischen Bereich. Die sozialrechtliche Rückholpflicht der Krankenkassen bei Verschulden Dritter verpflichtet die Ärzte nach § 294a SGB V dazu, die erforderlichen Daten den Krankenkassen mitzuteilen. In der Praxis behindert diese Regelung das Stellen von Misshandlungs-Diagnosen [93].

Das öffentliche Bewusstsein sollte über unterschiedliche Medien für das Thema Traumatisierung und Traumafolgestörungen aufgeklärt und sensibilisiert werden. Die Möglichkeiten reichen von kontinuierlichen Präventionsmaßnahmen in Schulen bis zu bundesweiten Kampagnen und Öffentlichkeitsarbeit auch für bereits vorhandene Hilfsangebote wie Telefon- und Online-Beratungen.

Die in dieser Expertise vorgestellten Traumafolgekosten in Höhe von 11,0 Mrd. Euro jährlich geben allen Grund dazu, bei allen bestehenden und zukünftigen Maßnahmen im Rahmen der Trauma-bezogenen Versorgung den Kostenaspekt viel stärker zu berücksichtigen. Die Investitionen in eine bessere Versorgung müssen nicht nur hinsichtlich der Effektivität, sondern auch hinsichtlich der Kosten auf den Prüfstand. Die zahlreichen Unbekannten bei der Ermittlung von Traumafolgekosten können nur durch konsequente Dokumentation von Kosten und Nutzen reduziert werden. Darüber hinaus sind zielgerichtete Kostenstudien notwendig, um das Spektrum von Traumafolgekosten weiter ausleuchten zu können.

Die Umsetzung der aufgeführten konkreten Maßnahmen kann dazu beitragen, sowohl im Einzelfall zu helfen, als auch immense öffentliche Kosten zu vermeiden, wovon die gesamte Gesellschaft profitieren würde. Eine Gesellschaft – also jeder einzelne von uns, welche die Schwächung der nachwachsenden Generation schon in der Kindheit zulässt und nicht alles daran setzt, aus ihr widerstandsfähige Menschen heranwachsen zu lassen, die den späteren Herausforderungen des Lebens gewachsen sind, sägt an dem Ast auf dem sie sitzt. Dies gilt insbesondere in Zeiten des demografischen Wandels, in denen der Ast ohnehin stetig dünner wird – da sollte er zumindest nicht auch noch morsch sein.

9 Zusammenfassung

Die vorliegende Expertise behandelt den für die deutsche Gesellschaft hinsichtlich öffentlicher Ausgaben, etwa im Sozial- und Gesundheitswesen, und Produktivitätsverlusten relevanten Zusammenhang zwischen Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter und Traumafolgestörungen im Laufe des späteren Lebens und stellt die damit verbundenen gesellschaftlichen Kosten für Deutschland dar.

Traumatisierung wird in diesem Kontext als extreme Stressbelastung im Kindes-/Jugendalter verstanden, entweder in Form eines einzelnen belastenden Ereignisses (z.B. einmaliger sexueller Missbrauch) oder als Resultat einer Summe von Belastungen (z.B. bei Vernachlässigung), woraus ein erhöhtes Risiko für Traumafolgestörungen hervorgeht. Traumafolgestörungen wiederum sind psychische und somatische Krankheiten und Störungen der Gesundheit sowie Beeinträchtigungen aller anderen Lebensbereiche, welche infolge von Traumatisierung mit erhöhter Wahrscheinlichkeit im Laufe des weiteren Lebens auftreten können.

Zunächst wird der starke epidemiologische und naturwissenschaftliche Zusammenhang zwischen Traumatisierung und Traumafolgestörungen anhand mehrerer konkreter Beispiele aufgezeigt, wobei international alarmierend hohe Prävalenzraten für Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter zugrunde liegen. Speziell für Deutschland stehen allerdings nur vergleichsweise wenige Studien zur Verfügung.

Die Versorgung von Traumatisierten in Deutschland lässt in allen beteiligten Versorgungsbereichen Schwellen und Lücken erkennen, so dass bisher nur ein geringer Prozentsatz Betroffener überhaupt adäquat versorgt wird. Dabei spielen Organisations- und Kommunikationsdefizite im Zusammenspiel der unterschiedlichen Institutionen eine entscheidende Rolle. Darüber hinaus bedarf es innerhalb einzelner Fachdisziplinen einer Optimierung der Arbeitsweise bzw. stärkeren Fokussierung auf das Thema sowie einer noch breiteren öffentlichen Aufklärung.

Aufgrund eklatanter Datenlücken konnten bisher in keinem Land vollständige Folgekosten von kindlicher Traumatisierung erfasst werden, wobei die Datenbasis in Deutschland besonders schmal ist. Vor diesem Hintergrund stellt das Ergebnis in Höhe von 11,0 Mrd. Euro jährlichen Traumafolgekosten für Deutschland eine Annäherung an die realen Kosten dar. Die Trauma-assoziierten Gesundheitskosten allein bewegen sich in einer Größenordnung zwischen 524,5 Mill. Euro und 3,3 Mrd. Euro jährlich. Die Ergebnisse sind als konservativ einzuschätzen, da die Herangehensweise eine Überschätzung der Kosten konsequent versucht zu vermeiden.

Schließlich wird auf Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgung hingewiesen, welche dazu beitragen können, die gesellschaftliche Last von Traumfolgestörungen zu reduzieren. Hierzu zählen Forschung auf unterschiedlichen Ebenen, Anheben der Versorgungsqualität und nicht zuletzt Kostentransparenz, um verlässliche Grundlagen für nachhaltige politische Entscheidungen zu liefern. Nicht vergessen werden sollte neben der hier vorrangig dargestellten gesamt-gesellschaftlichen Motivation der individuelle Nutzen, der sich in der Reduzierung persönlichen Leidens offenbart.

Glossar

Anamnese

Im ärztlichen Gespräch erhobene Krankengeschichte

Attributable Fraktion

Durch die Einwirkung des Risikofaktors bedingter prozentualer Anteil der Krankheitshäufigkeit bei den Exponierten

Bevölkerungsbezogenes attributables Risiko

Durch die Einwirkung des Risikofaktors bedingter prozentualer Anteil der Krankheitshäufigkeit in der Bevölkerung

Body-Mass-Index (BMI)

Maßzahl für die Bewertung des Körpergewichts eines Menschen in Relation zu seiner Körpergröße, Adipositas (Fettsucht) liegt ab einem BMI von mind. 30 vor

DALYs

Disability-Adjusted-Life-Years: Behinderungskorrigierte Lebensjahre als Maß für die Krankheitslast in einer Bevölkerung

Direkte Kosten

Unmittelbar auf die Ursache (Traumatisierung) bezogene Kosten, z.B. ärztliche Behandlung akuter Verletzungen, Inanspruchnahme von Opfer-Beratung

Follow-up

Nachverfolgung der Teilnehmer im Rahmen epidemiologischer Studien (z.B. prospektive Kohortenstudie) bis zu einem definierten Zeitpunkt

Frühe Hilfen

Maßnahmen und Aktivitäten im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mit dem Ziel, Kleinkinder besser vor Gefährdungen zu schützen durch Stärkung der Elternkompetenz und soziale Frühwarnsysteme; beinhaltet auch das „Nationale Zentrum Frühe Hilfen“ in gemeinsamer Trägerschaft von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und dem Deutschen Jugendinstitut

Indirekte Kosten

Mittelbar auf die Ursache (Traumatisierung) bezogene Kosten, hervorgerufen durch Folgen einer Traumatisierung, z.B. Behandlung einer Angststörung, Produktivitätsverluste im Arbeitsleben aufgrund von gesundheitlichen Beeinträchtigungen

Intangible Kosten

Stellen nicht unmittelbar monetär messbare Einschränkungen wie Schmerz, psychische Belastung oder ganz allgemein den Verlust an Lebensqualität als monetäre Größe dar

Kind

Bezeichnet im Sinne der UN Kinderrechtskonvention Personen unter 18 Jahre

Kindesmisshandlung/-missbrauch

Übergeordneter Begriff für sexuellen Missbrauch, körperliche und emotionale Misshandlung und Miterleben von Gewalt gegen nahe Angehörige im Kindes-/Jugendalter gemäß der Definition von „child maltreatment“ der World Health Organization (WHO)

Komorbidität/Komorbide

Gleichzeitiges Auftreten einer Grundkrankheit und einer oder mehrerer Begleiterkrankungen, die kausal mit der Grundkrankheit zusammen hängen oder auch unabhängig von ihr aufgetreten sein können

Longitudinal-/Längsschnitt-/Langzeitstudie

Studientyp zur Beobachtung definierter Parameter innerhalb einer Stichprobe über einen festgelegten, längeren Zeitraum hinweg

Morbidität

Krankheitshäufigkeit, Anzahl von Erkrankungen innerhalb einer bestimmten Population (Gruppe)

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Beschreibt die auf eine Traumatisierung bezogene psychische Erkrankung eines Menschen und stellt damit eine Traumafolgestörung per definitionem dar (Diagnose gemäß ICD-10-GM Version 2011: F43.1)

Prävalenz

Maß für die zu einer bestimmten Zeit in einer definierten Population (Gruppe) vorhandenen Krankheitsfälle; Unterform Lebenszeitprävalenz bezieht sich auf die gesamte Lebenszeit

Prospektiv

Vorausschauende (prospektive) Studien dienen der Bestätigung bzw. Widerlegung im Voraus aufgestellter Hypothesen, indem Daten – meist über einen längeren Zeitraum hinweg – gesammelt werden.

Resilienz

Individuell ausgeprägte Fähigkeit, krisenhafte, belastende Erfahrungen ohne gesundheitlichen Folgen zu bewältigen

Retrospektiv

Rückblickende (retrospektive) Studien analysieren Parameter aus der Vergangenheit, häufig um eine Hypothese zu generieren

Risikostrukturausgleich

Vom Bundesversicherungsamt durchgeführtes Verfahren zum Finanzausgleich zwischen den gesetzlichen Krankenkassen unter Berücksichtigung von Unterschieden in der Struktur und Morbidität der Versicherten

Tangible Kosten

Unmittelbar monetär messbare Größen, z.B. Sachgüter, Arzthonorar

Traumafolgekosten

Individuelle und gesamt-gesellschaftliche Kosten, die infolge von Traumatisierung in Kindheit/Jugend entstehen, z.B. durch Krankheit, verminderte Produktivität; verursacht durch Traumafolgestörungen

Traumafolgestörung

In der Folge einer Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter auftretende Beeinträchtigung, insbesondere Krankheit oder Störung der Gesundheit; das zeitliche Auftreten kann sich über die gesamte Lebensspanne hinweg erstrecken, viele Traumafolgestörungen treten erstmals im mittleren Lebensalter auf (z.B. Depression, Diabetes mellitus)

Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter

Traumatische Erfahrung im Alter von null bis 17 Jahren mit dem Potenzial, eine Traumafolgestörung auslösen zu können (z.B. Misshandlung, schwere Erkrankung, Verlust eines Elternteils)

Vernachlässigung von Kindern/Jugendlichen

Hauptsächlich gegliedert in emotionale und körperliche Vernachlässigung, die sich in der mangelnden Beachtung der kindlichen Bedürfnisse z.B. nach ärztlicher Versorgung, Ernährung, Hygiene oder Zuneigung durch die Eltern offenbart, verbunden mit dem Risiko einer erheblichen Beeinträchtigung der physischen und/oder psychischen Entwicklung

Literaturverzeichnis

1. Schmid, M., Fegert, J. M., Petermann, F. (2010): Traumaentwicklungsstörung: Pro und Contra. *Kindheit und Entwicklung* 19 (1): 47-63
2. Sachs-Ericsson, N., Blazer, D., Plant, E. A., Arnow, B. (2005): Childhood Sexual and Physical Abuse and the 1-Year Prevalence of Medical Problems in the National Comorbidity Survey. *Health Psychol* 24 (1): 32-40
3. Nelson, E. C., Heath, A. C., Madden, P. A. F., Cooper, M. L., Dinwiddie, S. H., Bucholz, K. K., Glowinski, A., McLaughlin, T., Dunne, M. P., Statham, D. J., Martin, N. G. (2002): Association Between Self-reported Childhood Sexual Abuse and Adverse Psychosocial Outcomes. *Arch Gen Psychiatry* 59: 139-145
4. Goodwin, R. D., Fergusson, D. M., Horwood, L. J. (2005): Childhood abuse and familial violence and the risk of panic attacks and panic disorder in young adulthood. *Psychol Med* 35 (6): 881-890
5. Fergusson, D. M., Lynskey, M. T., Horwood, L. J. (1996a): Childhood Sexual Abuse and Psychiatric Disorder in Young Adulthood: I. Prevalence of Sexual Abuse and Factors Associated with Sexual Abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34 (10): 1355-1364
6. Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Lynskey, M. T. (1996b): Childhood Sexual Abuse and Psychiatric Disorder in Young Adulthood: II. Psychiatric Outcomes of Childhood Sexual Abuse. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 34 (10): 1365-1374
7. Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T. E., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W., Taylor A., Poulton, R. (2002). Role of Genotype in the Cycle of Violence in Maltreated Children. *Science* 297 (5582): 851-854
8. Von Schönfeld, C.-E., Schneider, F., Schröder, T., Widmann, B., Botthof, U., Driessen, M. (2006): Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen. *Nervenarzt* 77: 830-841
9. Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Dube, S. R., Giles, W. H. (2006): The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence of neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 256: 174-186
10. MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Trocmé, N., Boyle, M. H., Wong, M., Racine, Y. A., Beardslee, W. R., Offord, D. R. (1997): Prevalence of Child Physical and Sexual Abuse in the Community. Results Form the Ontario Health Supplement. *JAMA* 278: 131-135
11. Häfner, S., Franz, M., Lieberz, K., Schepank, H. (2001): Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Störungen: Stand der Forschung. Teil 2 Psychosoziale Schutzfaktoren. *Psychotherapeut* 46: 403-408
12. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., Marks, J. S. (1998): Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences Study (ACE). *Am J Prev Med* 14 (4): 245-258
13. Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., Janson, S. (2009): Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 373 (9657): 68-81
14. Kessler, R., Davis, C. G., Kendler, K. S. (1997): Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 27 (5): 1101-1119
15. Van der Kolk, B. A., Pynoos, R. S., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J. D., Lieberman, A. F., Putnam, F. W., Saxe, G., Spinazzola, J., Stolbach, B. C., Teicher, M. (2009): Proposal to Include a Developmental Trauma Disorder Diagnosis for Children and Adolescents

- in DSM-V. DSM-V Committee (eingereicht)
www.cathymalchiodi.com/dtd_nctsn.pdf
Zugriff am 21.03.2011
16. Wingenfeld, K., Spitzer, C., Mensebach, C., Grabe, H. J., Hill, A., Gast, U., Schlosser, N., Höpp, H., Beblo, T., Driessen, M. (2010): The German version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): preliminary psychometric properties. *Psychother Psychosom Med Psychol* 60 (11): 442-450
 17. Schäfer, M., Schnack, B., Soyka, M. (2000): Sexueller und körperlicher Mißbrauch während früher Kindheit oder Adoleszenz bei späterer Drogenabhängigkeit. *PPmP Psychother Psychosom med Psychol* 50: 38-50
 18. Steil, R., Straube, E. R. (2002). Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. *Z Klin Psychol Psychother* 31 (1): 1-13
 19. Schnieders, M., Rassaerts, I., Schäfer, M., Soyka, M. (2006): Der Einfluss kindlicher Traumatisierung auf eine spätere Drogenabhängigkeit. *Fortschr Neurol Psychiat* 74: 511-521
 20. Thyen, U., Kirchhofer, F., Wattam, C. (2000): Gewalterfahrung in der Kindheit – Risiken und gesundheitliche Folgen. *Gesundheitswesen* 62: 311–319
 21. Essau, C. A., Conradt, J., Petermann, F. (1999): Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 27 (1): 37-45
 22. Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., Wittchen, H.-U. (2000): Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 101: 46-59
 23. Putnam, F. W. (2006): The Impact of Trauma on Child Development. *Juv. & Fam. Ct. J.* 57: 1-11
 24. Miller, T. R., Cohen, M. A., Wiersema, B. (1996): *Victim Costs and Consequences: a New Look*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice (Hrsg.)
 25. Taylor, P., Moore, P., Pezzullo, L., Tucci, J., Goddard, C., De Bortoli, L. (2008): *The Cost of Child Abuse in Australia*. Australian Childhood Foundation and Child Abuse Prevention Research Australia: Melbourne
 26. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM), Version 2010. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.)
 27. Knudsen, E. I., Heckman, J. J., Cameron, J. L., Shonkoff, J. P. (2006): Economic, neurobiological, and behavioral perspectives on building America's future workforce. *Proc Natl Acad Sci* 103 (27): 10155-10162
 28. Werner, E. E. (1996): Vulnerable but invincible: High risk children from birth to adulthood. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 5 (1): 47-51
 29. Egle, U. T., Hoffmann, S. O. Steffens, M. (1997): Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. *Nervenarzt* 68: 683-695
 30. Silverman, A. B., Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M. (1996): The Long-Term Sequelae of Child and Adolescent Abuse: A Longitudinal Community Study. *Child Abuse Negl.* 20 (8): 709-723
 31. Felitti, V. J., Anda, R. F. (2010): The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Medical Disease, Psychiatric Disorders, and Sexual Behavior: Implications for Healthcare. In:

- Lanius, R. A., Vermetten, E., Pain, C. (Hrsg.) The Hidden Epidemic: The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease. New York: Cambridge University Press: 77-87
32. Fegert, J. M. (2010): Umgang mit von sexuellem Missbrauch betroffenen Mädchen und Jungen. Entwicklung, Etablierung, Qualität und Zusammenarbeit der Hilfesysteme. In: Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung. Reihe: Studien und Praxishilfen zum Kinderschutz. Fegert, J. M., Ziegenhain, U., Goldbeck, L. (Hrsg.). Juventa, Weinheim: 155-171
33. Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P., Kim, D. M. (2003): The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neurosci Biobehav Rev* 27 (1-2): 33-44
34. Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C. B. (1995): Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 52: 1048-1060
35. WHO (2010): Child maltreatment, Fact sheet N°150
www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/index.html
Zugriff am 13.01.2011
36. Rohde, P., Ichikawa, L., Simon, G. E., Judmann, E. J., Linde, J. A., Jeffery, R. W., Operskalski, B. A. (2008): Associations of child sexual and physical abuse with obesity and depression in middle-aged women. *Child Abuse Negl.* 32 (9): 878-887
37. Kraft, S., Schepker, R., Goldbeck, L., Fegert, J. M. (2006): Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen: Eine Übersicht empirischer Wirksamkeitsstudien. *Nervenheilkunde* 25: 709-716
38. Spataro, J., Mullen, P. E., Burgess, P. M., Wells, D. L., Moss, S. A. (2004): Impact of child sexual abuse on mental health. *Br J Psychiatry* 184: 416-421
39. Kopp, D., Spitzer, C., Kuwert, P., Barnow, S., Orlob, S., Lüth, H., Freyberger, H. J., Dudeck, M. (2009): Psychische Störungen und Kindheitstraumata bei Strafgefangenen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung. *Fortschr Neurol Psychiat* 77: 152-159
40. Driessen, M., Schroeder, T., Widmann, B., Schönfeld, C.-E. von, Schneider, F. (2006): Childhood trauma, psychiatric disorders, and criminal behavior in prisoners in Germany: a comparative study in incarcerated women and men. *J Clin Psychiatry* 67: 1486-1492
41. Fazel, S., Danesh, J. (2002): Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 359: 545-50
42. Duggan, C. (2009): A treatment guideline for people with antisocial personality disorder: overcoming attitudinal barriers and evidential limitations. *Crim Behav Ment Health* 19 (4): 219-223
43. Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Klose, M., Ryl, L. (2010): Depressive Erkrankungen. Reihe Gesundheitsberichterstattung des Bundes, H. 51. Robert-Koch-Institut, Berlin (Hrsg.)
http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=13165&suchstring=&query_id=&sprache=D&fund_typ=TXT&methode=&vt=&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_lfd_nr=2&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gastg&p_aid=85053246&hlp_nr=2&p_janein=J#Kap5.1
Zugriff am: 01.02.2011
44. Wittchen, H.-U., Jacobi, F. (2004): Angststörungen. Reihe Gesundheitsberichterstattung des Bundes, H. 21. Robert-Koch-Institut, Berlin (Hrsg.)
www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=9043&suchstring=&query_id=&sprache=D&fund_typ=XT&methode=&vt=&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_lfd_nr=5&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gastg&p_aid=85053246&hlp_nr=2&p_janein=J
Zugriff am 01.02.2011

45. Essau, C. A., Petermann, F. (1999): Anxiety disorders in children and adolescents. Epidemiology, risk factors and intervention. *MMW Fortschr Med* 41 (27): 32-35
46. Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre in 1.000 Jahren für Deutschland. Gliederungsmerkmale: Jahre, Geschlecht, Ausfallart, ICD10 (2010). (Primärquelle: Statistisches Bundesamt, Krankheitskostenrechnung) in www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=25377170&nummer=555&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=25949661
Zugriff am 02.02.2011
47. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2009): Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. Thematic papers. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg
www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention
Zugriff am 27.11.2010
48. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2010): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2008. BZgA, Köln
www.bzga.de/pdf.php?id=76dbdab107389c2bb58fa0c3416b50dc
Zugriff am 03.02.2011
49. Perkonig, A., Wittchen, H.-U. (1999): Prevalence and Comorbidity of Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in Adolescents and Young Adults. In: Maercker, A., Schützwohl, M., Solomon, Z. (Hrsg.) Posttraumatic Stress Disorder: A Lifespan Developmental Perspective. Göttingen: Hogrefe: 113-133
50. Widom, C. S. (1999): Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *Am J Psychiatry* 156 (8): 1223-1229
51. Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Brähler, E., Glaesmer, H. (2008): Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Nervenarzt* 79 (5): 577-586
52. Helzer, J. E., Robins, L. N., McEvoy, L. (1987): Posttraumatic Post-traumatic stress disorder in the general population. Findings of the epidemiologic catchment area survey. *N Engl J Med* 317 (26): 1630-1634
53. Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E., Best, C. L. (1993): Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol* 61 (6): 984-991
54. De Bellis, M. D., Thomas, L. A. (2003): Biologic Findings of Post-traumatic Stress Disorder and Child Maltreatment. *Curr Psychiatry Rep* 5:108-117
55. Esser, G., Schmidt, M. H., Blanz, B., Fätkenheuer, B., Fritz, A., Koppe, T., Laucht, M., Rensch, B., Rothenberger, W. (1992): Prävalenz und Verlauf psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse einer prospektiven epidemiologischen Längsschnittstudie von 8-18 Jahren. *Z Kinder Jugendpsychiatr* 20 (4): 232-42
56. Steinhausen, H.-C. (2010): Störungen des Sozialverhaltens. In: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen, Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie. Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag, München: 317-332
57. Schlack, R., Hölling, H. (2007): Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im subjektiven Selbstbericht. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 50 (5-6): 819-826
58. Tagay, S., Gunzelmann, T., Brähler, E. (2009): Posttraumatische Belastungsstörungen alter Menschen. *Psychotherapie* 14 (2): 234-342

59. Luntz, B. K., Widom, C. S. (1994): Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up. *Am J Psychiatry* 151 (5): 670-674
60. Waldinger, R. J., Schulz, M. S., Barsky, A. J., Ahern, D. K. (2006): Mapping the Road From Childhood Trauma to Adult Somatization: The Role of Attachment. *Psychosom Med* 68 (1):129-135
61. Sansone, R. A., Wiederman, M. W., Sansone, L. A. (2001): Adult somatic preoccupation and its relationship to childhood trauma. *Violence Vict.* 16 (1): 39-47
62. Sansone, R. A., Gaither, G. A., Sansone, L. A. (2001): Childhood trauma and adult somatic preoccupation by body area among women in an internal medicine setting: a pilot study. *Int J Psychiatry Med* 31 (2): 147-154
63. Walker, E. A., Katon, W. J., Roy-Byrne, P. P., Jemelka, R. P., Russo, J. (1993): Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. *Am J Psychiatry* 150 (10): 1502-1506
64. Egle, U. T., Hardt, J., Nickel, R., Kappis, B., Hoffmann, S. O. (2002): Long-term effects of adverse childhood experiences - Actual evidence and needs for research. *Z Psychosom Med Psychother* 48 (4): 411-434
65. Becker, E. (2001): Adversity and its Outcomes: The Measurement of Childhood Trauma. In: Franey, K., Geffner, R., Falconer, R. (Hrsg.) *The cost of child maltreatment: Who pays? We all do.* Family Violence and Sexual Assault Institute, San Diego: 87-101
66. Verhältnis des Körpergewichts zur Körpergröße (Body-Mass-Index) (Anteil der Befragten in Prozent). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Bildung. (Primärquelle: Robert Koch-Institut, Gesundheit in Deutschland aktuell 2009 – Telefonischer Gesundheitssurvey (GEDA))
www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=32134759&nummer=768&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=28840237
Zugriff am 26.02.2011
67. Kurth, B.-M., Schaffrath Rosario, A. (2007): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 50 (5-6): 736-743
68. Benecke, A., Vogel, H. (2003): Übergewicht und Adipositas. Reihe Gesundheitsberichterstattung des Bundes, H. 16. Robert-Koch-Institut, Berlin (Hrsg.)
www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=8426&p_sprache=d&p_uid=gastg&p_aid=32134759&p_lfd_nr=40
Zugriff am 26.02.2011
69. Thomas, C., Hyppönen, E., Power, C. (2008): Obesity and Type 2 Diabetes Risk in Midadult Life: The Role of Childhood Adversity. *Pediatrics* 121 (5): e1240-e1249
70. Williamson, D. F., Thompson, T. J., Anda, R. F., Dietz, W. H., Felitti, V. (2002): Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. *Int J Obes Relat Metab Disord* 26 (8): 1075-1082
71. Icks, A., Rathmann, W., Rosenbauer, J., Giani, G. (2005): Diabetes mellitus. Reihe Gesundheitsberichterstattung des Bundes, H. 24. Robert-Koch-Institut, Berlin (Hrsg.)
www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=9432&p_sprache=d&p_uid=gastg&p_aid=37271769&p_lfd_nr=6
Zugriff am 26.02.2011

72. Rich-Edwards, J. W., Spiegelman, D., Lividoti Hibert, E. N., Jun, H. J., Todd, T. J., Kawachi, I., Wright, R. J. (2010): Abuse in childhood and adolescence as a predictor of type 2 diabetes in adult women. *Am J Prev Med* 39 (6): 529-536
73. Kendall-Tackett, K. A., Marshall, R. (1999): Victimization and Diabetes: An Exploratory Study. *Child Abuse Negl* 23 (6): 593-596
74. Janhsen, K., Strube, H., Starker, A. (2008): Hypertonie. Reihe Gesundheitsberichterstattung des Bundes, H. 43. Robert-Koch-Institut, Berlin (Hrsg.)
www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11737&p_sprache=d&p_uid=gastg&p_aid=84333336&p_lfd_nr=1
Zugriff am 27.02.2011
75. Riley, E. H., Wright, R. J., Jun, H. J., Hibert, E. N., Rich-Edwards, J. W. (2010): Hypertension in adult survivors of child abuse: observations from the Nurses' Health Study II. *J Epidemiol Community Health* 64 (5): 413-418
76. Stein, D. J., Scott, K., Haro Abad, J. M., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., Iwata, N., Posada-Villa, J., Kovess, V., Lara, C., Ormel, J., Kessler, R. C., Von Korff, M. (2010): Early childhood adversity and later hypertension: data from the World Mental Health Survey. *Ann Clin Psychiatry* 22 (1): 19-28
77. Rutledge, T., Hogan, B. E. (2002): A quantitative review of prospective evidence linking psychological factors with hypertension development. *Psychosom Med* 64 (5): 758-766
78. Dong, M., Giles, W. H., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williams, J. E., Chapman, D. P., Anda, R. F. (2004): Insights into causal pathways for ischemic heart disease: adverse childhood experiences study. *Circulation* 110 (13): 1761-1766
79. Roy, A., Janal, M. N., Roy, M. (2010): Childhood trauma and prevalence of cardiovascular disease in patients with type 1 diabetes. *Psychosom Med* 72 (8): 833-838
80. Löwel, H. (2006): Koronare Herzkrankheit und akuter Myokardinfarkt. Reihe Gesundheitsberichterstattung des Bundes, H. 33. Robert-Koch-Institut, Berlin (Hrsg.)
www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=9944&p_sprache=d&p_uid=gastg&p_aid=4372241&p_lfd_nr=20
Zugriff am 27.02.2011
81. Ärztlich diagnostizierte koronare Herzerkrankung (Anteil der Befragten in Prozent). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Bildung. (Primärquelle: Robert Koch-Institut, Gesundheit in Deutschland aktuell 2009 – Telefonischer Gesundheitssurvey (GEDA))
www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=4372241&nummer=762&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=33541975
Zugriff am 27.02.2011
82. Wang, C.-T., Holton, J. (2007): Total Estimated Cost of Child Abuse and Neglect in the United States. Economic Impact Study. Prevent Child Abuse America, Chicago, Illinois (Hrsg.)
83. Bowlus, A., McKenna, K., Day, T., Wright, D. (2003): The Economic Costs and Consequences of Child Abuse in Canada. Report to the Law Commission of Canada
http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/collection_2007/lcc-cdc/JL2-39-2003E.pdf
Zugriff am 03.03.2011
84. Caldwell, R. A. (1992): The Costs Of Child Abuse vs. Child Abuse Prevention: Michigan's Experience. Michigan Children's Trust Fund, Lansing
www.msu.edu/user/bob/cost.html
Zugriff am 01.03.2011

85. Noor, I., Caldwell, R. A. (2005): The Costs of Child Abuse vs. Child Abuse Prevention: A Multi-year Follow-up in Michigan. Michigan Children's Trust Fund, Lansing
www.msu.edu/~bob/cost2005.pdf
Zugriff am 04.03.2011
86. Leidl, R. (2003): Der Effizienz auf der Spur: Eine Einführung in die ökonomische Evaluation. In: Schwartz, F. W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J., Walter, U. (Hrsg.) Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Fischer: 461-484
87. Walker, E. A., Unutzer, J., Rutter, C., Gelfand, A., Saunders, K., VonKorff, M., Koss, M. P., Katon, W. (1999): Costs of health care use by women HMO members with a history of childhood abuse and neglect. Arch Gen Psychiatry 56 (7): 609-613
88. Nobuyasu, S. (2001): Costs and Benefit Simulation Analysis of Catastrophic Maltreatment. In: Franey, K., Geffner, R., Falconer, R. (Hrsg.) The cost of child maltreatment: Who pays? We all do. Family Violence and Sexual Assault Institute, San Diego: 199-210
89. Schulte-Markwort, M., Bindt, C. (2006): Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Psychotherapeut 51: 72-79
90. Mann, S. J., Delon, M. (1995): Improved hypertension control after disclosure of decades-old trauma. Psychosom Med 57 (5): 501-505
91. Teusch, R. (2001): Substance abuse as a symptom of childhood sexual abuse. Psychiatr Serv 52 (11): 1530-1532
92. Widom, C. S., Maxfield, M. G. (2001): An update on the "cycle of violence". NIJ Research in Brief (NCJ 184894). Washington, DC: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice (Hrsg.)
www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/184894.pdf
Zugriff am 11.03.2011
93. Fegert, J. M. (2008): Kinderschutz aus kinder- und jugendpsychiatrischer und psychotherapeutischer Sicht. Kindschaftsrecht und Jugendhilfe 4: 136-139
94. Cierpka, M., Streeck-Fischer, A. (2006): Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in Deutschland. Psychotherapeut 51 (2): 71
95. Fegert, J. M., Schnoor, K., Kleidt, S., Kindler, H., Ziegenhain, U. (2008): Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen - Machbarkeitsexpertise zur Verbesserung des Kinderschutzes durch systematische Fehleranalyse. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.)
www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Lernen-aus-problematischen-Kinderschutzverl_C3_A4ufen.property=pdf.bereich=bmfsfj.sprache=de.rwb=true.pdf
Zugriff am 14.03.2011
96. Fegert, J. M. (2007): Sexueller Missbrauch an Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 50 (1): 78-89
97. Fegert, J. M., Resch, F. (2009): Editorial. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother 37 (2): 91-92
98. Aufsuchende Schulsprechstunde - LVR-Klinikum Essen und BKK fördern psychiatrische Beratung für auffällige Jugendliche (2009). Pressemitteilung, BKK-Landesverband NORTHWEST, Essen
www.bkk-nordwest.de/pressecenter/pressemitteilungen/artikel.php?id=312
Zugriff am 15.03.2011
99. Strategien der Gewaltprävention im Kindes- und Jugendalter. Eine Zwischenbilanz in sechs Handlungsfeldern (2007): Abschnitt 4.3.5: Stärkung der Opferperspektive und Täter-Opfer-

- Statuswechsel. Deutsches Jugendinstitut, München: Arbeitsstelle Kinder- und Jugendkriminalitätsprävention (Hrsg.): 302-305
100. Tagay, S., Herpertz, S., Langkafel, M., Senf, W. (2005): Posttraumatic stress disorder in a psychosomatic outpatient clinic. Gender effects, psychosocial functioning, sense of coherence, and service utilization. *J Psychosom Res* 58 (5): 439-446
101. Dansky, B. S., Roitzsch, J. C., Brady, K. T., Saladin, M. E. (1997): Posttraumatic stress disorder and substance abuse: use of research in a clinical setting. *J Trauma Stress* 10 (1): 141-148
102. Mueser, K. T., Goodman, L. B., Trumbetta, S. L., Rosenberg, S. D., Osher, C., Vidaver, R., Auciello, P., Foy, D. W. (1998): Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 66 (3): 493-499
103. Zimmerman, M., Mattia, J. I. (1999): Is posttraumatic stress disorder underdiagnosed in routine clinical settings? *J Nerv Ment Dis* 187 (7): 420-428
104. Springs, F. E., Friedrich, W. N. (1992): Health risk behaviors and medical sequelae of childhood sexual abuse. *Mayo Clin Proc* 67 (6): 527-532
105. Neues Angebot in Mastbrook. Kinder- und jugendpsychiatrische Sprechstunde im Stadtteilhaus (2011). Kiel: Rönne Verlag: Kinderkram Nr. 127 (März 2011): 23
106. Wöller, W. (2008): Psychotherapeutische Konzepte zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen bei chronischen Kindheitstraumatisierungen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 76 (9): 530-538
107. Spinazzola, J., Ford, J. D., Zucker, M., van der Kolk, B. A., Silva, S., Smith, S. F., et al. (2005): Survey Evaluates Complex Trauma Exposure, Outcome, and Intervention Among Children and Adolescents. *Psychiatric Annals* 35 (5): 433-439
108. Barsky, A. J., Wool, C., Barnett, M. C., Cleary, P. D. (1994): Histories of childhood trauma in adult hypochondriacal patients. *Am J Psychiatry* 151 (3): 397-401
109. Fuller-Thomson, E., Brennenstuhl, S., Frank, J. (2010): The association between childhood physical abuse and heart disease in adulthood: findings from a representative community sample. *Child Abuse Negl* 34 (9): 689-698
110. Goodwin, R. D., Stein, M. B. (2004): Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States. *Psychol Med* 34 (3): 509-520
111. Bloomfield, K., Kraus, L., Soyka, M. (2008): Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen. Reihe Gesundheitsberichterstattung des Bundes, H. 40. Robert-Koch-Institut, Berlin (Hrsg.)
www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11545&p_sprache=d&p_uid=gast&p_aid=53677524&p_lfd_nr=1
Zugriff am 26.03.2011
112. Robert-Koch-Institut (2011): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin
www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=13126&p_sprache=d&p_uid=gast&p_aid=71584923&p_lfd_nr=1
Zugriff am 28.03.2011
113. Kraus, L., Augustin, R. (2001): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht* 47 (Sonderheft 1)
<http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2004/262/pdf/20017.pdf>
Zugriff am 28.03.2011

114. Essau, C.A., Conradt, J., Petermann, F. (2000): Häufigkeit und Komorbidität Somatoformer Störungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 29 (2): 97-108
115. Wittchen, H. U., Müller, N., Pfister, H., Winter, S., Schmidt-kunz, B. (1999): Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland - Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys »Psychische Störungen«. *Gesundheitswesen* 61 (Sonderheft 2): 216-222
116. Corso, P.S., Lutzker, J. R. (2006): The need for economic analysis in research on child maltreatment. *Child Abuse Negl* 30 (7): 727-738 Epub 2006 Jul 18
117. Krüger, A., Brüggemann, A., Holst, P., Schulte-Markwort, M. (2006): Psychisch traumatisierte Kinder: Vernetzung unabdingbar. *Dtsch Arztebl* 103 (34-35): A 2230-2231
118. Meier-Gräwe, U., Wagenknecht, I. (2011): Expertise Kosten und Nutzen Früher Hilfen. Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln (Hrsg.)
119. Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E., Glaesmer, H. (2011): Misshandlungen in Kindheit und Jugend: Ergebnisse einer Umfrage in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung. *Dtsch Arztebl Int* 108 (17): 287-294
120. Bevölkerung nach Altersgruppen, Familienstand und Religionszugehörigkeit (2011). Statistisches Bundesamt, Wiesbaden (Hrsg.)
www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/Content75/AltersgruppenFamilienstand,templateId=renderPrint.psm
Zugriff am 04.07.2011
121. Australian Historical Population Statistics (2008). 1. Population Size and Growth (cat. no. 3105.0.65.001). Australian Bureau of Statistics, Belconnen (Hrsg.)
www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/DetailsPage/3105.0.65.0012008?OpenDocument
Zugriff am 24.06.2011
122. Estimated population of Canada, 1605 to present (2009). Statistics Canada, Ottawa (Hrsg.)
www.statcan.gc.ca/pub/98-187-x/4151287-eng.htm#table3
Zugriff am 26.06.2011
123. Resident Population Estimates of the United States by Age and Sex, Selected Years from 1990 to 2000 (2001). Population Estimates Program, Population Division, U.S. Census Bureau, Washington (Hrsg.)
www.census.gov/popest/archives/1990s/nat-agesex.txt
Zugriff am 28.06.2011
124. Bundesverband deutscher Banken, Berlin. Währungsrechner
www.bankenverband.de/service/waehrungsrechner
Zugriff am 27.06.2011 und am 19.08.2011
125. Wetzels, P. (1997): Gewalterfahrungen in der Kindheit. Sexueller Mißbrauch, körperliche Misshandlung und deren langfristige Konsequenzen. Reihe: Interdisziplinäre Beiträge zur kriminologischen Forschung. Nomos Verlag, Baden Baden
126. Study of National Incidence and Prevalence of Child Abuse and Neglect (NIS-2) (1987): Westat Inc., Rockville. Prepared for the National Center on Child Abuse and Neglect, Washington
127. Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung (Stand Juli 2011). GKV-Spitzenverband, Stabsbereich Kommunikation, Berlin (Hrsg.)
128. Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann (2011). Geschäftsstelle der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Berlin (Hrsg.)

129. Clancy, S. A. (2009): The Trauma Myth. The truth about the sexual abuse of children – and its aftermath (1. edn). Basic Books, New York
130. Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung (2010). Reihe: Studien und Praxishilfen zum Kinderschutz. Fegert, J. M., Ziegenhain, U., Goldbeck, L. (Hrsg.). Juventa, Weinheim
131. Ausgaben für Energie 2009. Dr. Michael Bockhorst, Bonn
www.energieinfo.de/blog/texte/energie_system_erde/energieinfo_blog_60.php
Zugriff am 09.09.2011
132. Deutscher Bundestag (2011): Strukturreform der Bundeswehr beschäftigt Abgeordnete
www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2010/32292095_kw47_de_hh_verteidigung/index.html
Zugriff am 10.09.2011
133. Focus Online (2011): Regierung sagt mehr Milliarden zur Euro-Rettung zu
www.focus.de/politik/deutschland/reform-des-rettungsschirms-efsf-regierung-sagt-mehr-milliarden-zur-euro-rettung-zu_aid_660690.html
Zugriff am 10.09.2011
134. Shin, M.-S. (2011): Support Center for Women and Children Victims of Violence In Korea. Vortrag vor der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann, Berlin
135. Fegert, J. M. (2011): Stellungnahme von Prof. Dr. Jörg M. Fegert, Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm, zum Regierungsentwurf BT-Drs. 17/6256 vom 22.6.2011. Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) – Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen
136. Fegert, J. M. (2009): Kinderschutz und Schweigepflicht: Bundeseinheitliche Regelung dringend notwendig. Dtsch Arztebl 106 (26): A-1348 / B-1147 / C-1119
137. Fegert, J. M., Schaff, C., Spitzcok von Brisinski, I., Schepker, R. (2008): Stellungnahme zum Entwurf eines Bundesgesetzes zur Verbesserung des Kinderschutzes (Bundeskinderschutzgesetz – BKisSchG). Für die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik DGKJP, für die Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie BAG und für den Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. BKJPP
138. Deutscher Bundestag (2009): Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe. 13. Kinder- und Jugendbericht. Drucksache 16/12860
139. Fegert, J. M., Besier, T. (2009): Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem. Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts (Hrsg.)
140. Tress, W. (1986): Das Rätsel der seelischen Gesundheit. Traumatische Kindheit und früher Schutz gegen psychogene Störungen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
141. Bieneck, S., Stadler, L., Pfeiffer, C. (2011): Erster Forschungsbericht zur Repräsentativbefragung Sexueller Missbrauch 2011 (Stand 17.10.2011). Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen (Hrsg.)

Anhang Schriftenreihe des Instituts für Gesundheits-System-Forschung Kiel

Schutzgebühr 10,- EURO pro Band zzgl. Versandkosten

- | | |
|---|--|
| <p>1 Strukturanalyse des Gesundheitswesens in Schleswig-Holstein. 8 Einzelbände. Kiel 1978. cpl. 25,- €¹</p> <p><i>Einzelband 1:</i>
Fiedler, G.: Einführung in das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. 215 S.
ISBN 3-88312-051-0</p> <p><i>Einzelband 2:</i>
Kruse, O.: Ambulante ärztliche Versorgung.
Wolff, U.; U. Lorenzen; R. Görner: Stationäre Versorgung durch Einrichtungen des Sozialwesens.
Wolff, U.; U. Lorenzen; R. Görner: Ambulante Versorgung durch Einrichtungen des Sozialwesens. 216 S.
ISBN 3-88312-052-9</p> <p><i>Einzelband 3:</i>
Hopf, E.-J.; P. Moritzen: Öffentliches Gesundheitswesen. 248 S.
ISBN 3-88312-053-7</p> <p><i>Einzelband 4:</i>
Brandecker, K.: Krankenhausversorgung. 392 S.
ISBN 3-88312-054-5</p> <p><i>Einzelband 5:</i>
Kruse, O.: Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und andere Kostenträger. 203 S.
ISBN 3-88312-055-3</p> <p><i>Einzelband 6:</i>
Zur, K.: Rettungswesen.
Hülsmann, P.: Rehabilitation.
Frost, G.; B. Waldvogel: Kur- und Bäderwesen.
Hagemann, L.: Berufe des Gesundheitswesens.
Hagemann, L.: Ambulante nichtärztliche Versorgung. 332 S.
ISBN 3-88312-056-1</p> <p><i>Einzelband 7:</i>
Griesser, G.: Formelle und informelle Kommunikationssysteme.
Rüschmann, H.-H.: Medizintechnik.
Amschler, U.; F. Kress: Arzneimittelversorgung. 200 S.
ISBN 3-88312-057-X</p> | <p><i>Einzelband 8:</i>
Schmidt, R.: Materialien zu Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. 281 S.
ISBN 3-88312-058-8</p> <p>2 Vergleich des Aufwands der gesetzlichen Krankenkassen bei ambulanter Behandlung durch niedergelassene Fachärzte und durch beteiligte Krankenhausärzte. Kiel 1981. 92 S.¹
ISBN 3-88312-059-6</p> <p>3 Boschke, W. L.: Sozialökonomische Aspekte der Hypotonie. Kiel 1981. 103 S.¹
ISBN 3-88312-060-X</p> <p>4 Beske, F.; Th. Zalewski: Gesetzliche Krankenversicherung. Analysen - Probleme - Lösungsansätze. Kiel 1981. 165 S.¹
ISBN 3-88312-061-8</p> <p>5 Seffen, A.: Gesetzliche Krankenversicherung. Analysen - Probleme - Lösungsansätze. Einzelgutachten Entgeltfortzahlung. Kiel 1982. 182 S.¹</p> <p>6 Beske, Chr.: Zur Problematik der Approbationsordnung für Ärzte vom 28.10.1970 in der Fassung vom 24.02.1978 unter besonderer Berücksichtigung der aktuellen Diskussion. Kiel 1982. 133 S.¹</p> <p>7 Rüschmann, H.-H.: Die Bedeutung der Krankenhaus-Diagnosestatistik bei der Analyse zentraler Probleme im Gesundheitswesen - Schwächen der Krankenhausbedarfsplanung und empirische Auswirkungen. Kiel 1982. 50 S.¹
ISBN 3-88312-063-4</p> <p>8 Cranz, H.; S. Czech-Steinborn; H. Frey; K.-H. Reese: Selbstmedikation - Eine Standortbestimmung. Kiel 1982. 151 S.¹
ISBN 3-88312-064-2</p> <p>9 Beske, F.; W. L. Boschke; H.-H. Rüschmann: Effizienzanalyse der medikamentösen Hypotonietherapie. Kiel 1983. 108 S.¹
ISBN 3-88312-064-2</p> |
|---|--|

¹ Herausgeber: Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel

² Herausgeber: Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH

* nicht mehr lieferbar

- 10 Beske, F.; Th. Zalewski: Gesetzliche Krankenversicherung. Systemerhaltung und Finanzierbarkeit. Kiel 1984. 101 S.¹ ISBN 3-88312-065-0
- 11* Cranz, H.: Situationsanalyse, Beurteilung, Determinanten und Entwicklungstendenzen der Selbstmedikation. Kiel 1985. 306 S.¹
- 12* Rüschmann, H.-H.; R. Thode: Prognosemodell Zahnärzte. Entwicklung von Anzahl und Struktur für die Bundesrepublik Deutschland über das Jahr 2000 hinaus: Zahnärzte insgesamt - Berufstätigkeit - Tätigkeitsfelder - Alter und Geschlecht - Ausländer - Zahnarztdichte. Kiel 1985. 80 S.¹ ISBN 3-88312-067-7
- 13 Beske, F.; H. Cranz; B. Eberwein; H. A. Kranz: Die Funktion der Verschreibungspflicht im heutigen Gesundheitswesen. Kiel 1985. 108 S.¹ ISBN 3-88312-068-5
- 14 Cranz, H.: Billigarzneimittel. Eine kritische Analyse. Kiel 1985. 94 S.¹ ISBN 3-88312-069-3
- 15 Rüschmann, H.-H.; F. Geigant; H. W. Holub; H. Schnabel; R. Schmidt; U. Schmidt: Verflechtungsanalyse des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland. Kiel 1986. 206 S.¹ ISBN 3-88312-071-5
- 16 Cranz, H.: Nutzen und Risiken der Selbstbedienung bei freiverkäuflichen Arzneimitteln. Kiel 1986. 151 S.¹ ISBN 3-88312-070-7
- 17 Beske, F.; R. Hanpft: Gesundheitsökonomische Aspekte zum erworbenen Immundefektsyndrom (AIDS). I. Blutspendewesen. Kiel 1986. 62 S.¹ ISBN 3-88312-072-3
- 18 Beske, F.; L. Delesie; F. Rutten; H. Zöllner: Hospital Financing Systems. Report on two WHO Workshops. Kiel 1987. 370 S.¹ ISBN 3-88312-073-1
- 19* Jenke, A.; A.-M. Reinkemeier: Berufliche Wiedereingliederung von Krankenschwestern nach der Familienpause. Bericht über einen Wiedereingliederungskurs. Kiel 1988. 46 S.¹ ISBN 3-88312-074-X
- 20* Reinecke, F.; R. Hanpft; F. Beske: Gesundheitsökonomische Aspekte zum erworbenen Immundefektsyndrom (AIDS). II. Diagnose und Therapie. Kiel 1988. 141 S.¹ ISBN 3-88312-075-8
- 21 Beske, F.; G.-T. Horn; A. Jenke; A.-M. Reinkemeier; K. Sullivan: Gutachten zum Verzeichnis stationärer Leistungen und Entgelte nach § 38 des Entwurfes eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen. Kiel 1988. 56 S.² ISBN 3-88312-077-4
- 22 Jenke, A.; F. Beske: Leistungs- und Kostenvergleich zwischen stationärer und ambulanter Altenhilfe. Eine Pilotstudie. Kiel 1988. 85. S1 ISBN 3-88312-078-²
- 23 Beske, F.; A.-M. Reinkemeier; K. Sullivan: Gutachten über die nach dem Gesundheits-Reform-Gesetz vorgeschriebene Festbetragsregelung für Rollstühle. Kiel 1989. 76 S.² ISBN 3-88312-079-0
- 24 Jenke, A.; C. Matthis; E. Becker; F. Beske: Begleitforschung zum Großmodell Gesundheitsämter - AIDS. I. HIV-Testung in den Gesundheitsämtern der Bundesrepublik Deutschland bis zum Juni 1988. II. Großmodell Gesundheitsämter - AIDS: Evaluationskonzept, Aufbau und Einführung der Berichterstattung. Kiel 1989. 119 S.¹ ISBN 3-88312-081-2
- 25 Jenke, A.; A.-M. Reinkemeier; F. Beske: Gesundheitsökonomische Aspekte zum erworbenen Immundefektsyndrom (AIDS). III. Prävention, psychosoziale Betreuung und Beratung, Forschung. Kiel 1989. 154 S.¹ ISBN 3-88312-080-4
- 26 Study of Methods to determine Hospital Bed-to-Population Ratios and their Use. Kiel 1989. 140 S.¹ ISBN 3-88312-083-9

1 Herausgeber: Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel

2 Herausgeber: Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH

* nicht mehr lieferbar

- 27 Hanpft, R.; A. Jenke; J.G. Brecht: Ökonomische Analyse der Arzneimitteltherapie chronisch-obstruktiver Atemswegerkrankungen - Grundlagen und methodische Ansätze. Kiel 1989. 104 S.¹
ISBN 3-88312-082-0
- 28 Beske, F.; F.-M. Niemann: Universitäre Ausbildungskapazitäten für den Studiengang Medizin unter Qualitätsgesichtspunkten unter besonderer Berücksichtigung des Gutachtens von Infratest Gesundheitsforschung „Untersuchung über die Anforderungen an eine ordnungsgemäße ärztliche Ausbildung und über die tatsächliche Situation in der ärztlichen Ausbildung“. Kiel 1989. 45 S.¹
ISBN 3-88312-084-7
- 29 Bericht über die Tagung „Qualitätssicherung im Gesundheitswesen“. Report on a Working Group "Quality Assurance in Health Care". Kiel, 21. - 25. November 1988. Kiel 1989. 135 S.¹
ISBN 3-88312-085-5
- 31 Jenke, A.; C. Matthis; E. Becker; F. Beske: Begleitforschung zum Großmodell Gesundheitsämter - AIDS. Modellstruktur, Angebotsmerkmale und Beginn der Berichterstattung durch die AIDS-Fachkräfte. Kiel 1990. 128 S.¹
ISBN 3-537-79100-3
- 32 Thoben, I.; R. Hanpft; C. Matthis; K. Sullivan; F. Beske: Epidemiologische und volkswirtschaftliche Aspekte der Pflegebedürftigkeit durch Hirnleistungsstörungen im Alter. Kiel 1991. 106 S.²
ISBN 3-537-79701-X
- 33 Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie als Basis für gesundheitspolitische Entscheidungen. Health system monitoring and epidemiology as a basis for health policy decisions. WHO-Workshop in Kiel. Kiel, 14. - 16.11.1989. Kiel, 1994. 146 S.¹
ISBN 3-87825-050-9
- 34* Jenke, A.; I. Thoben; E. Angerstein: Begleitforschung zum Großmodell Gesundheitsämter - AIDS. 3. Zwischenbericht. Darstellung und Bewertung von Modelleleistungen. Kiel 1991. 262 S.¹
ISBN 3-537-74101-4
- 35 Bericht über die Tagung „Unerwünschte Arzneimittelwirkungen - Erfassungsmethoden und Bewertung“. Report on the Meeting on Methods for the Detection and Study of Unwanted Drug Effects. Kiel, 26. - 29.11.1990. Kiel 1991. 208 S.¹
ISBN 3-537-83501-9
- 36* Niemann, F.-M.; F. Beske: Pilotprojekt „Qualitätssicherung in Krankenhäusern Schleswig-Holsteins“. Kiel 1992. 273 S.²
ISBN 3-537-83601-5
- 37 Keuchel, L.; F. Beske: Bericht zur Situation der minimal invasiven Chirurgie in der Bundesrepublik Deutschland. Kiel 1992. 88 S.¹
ISBN 3-537-83701-1
- 38 Thoben, I.; D. Müller; E. Angerstein; A.-M. Reinkemeier; F. Beske: Großmodell Gesundheitsämter - AIDS. Abschlußbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Darstellung und Bewertung von Modelleleistungen. Kiel 1992. 128 S.¹
ISBN 3-537-83801-8
- 39 Bericht über die Tagung „Das öffentliche Gesundheitswesen im Jahr 2000“. Report on the meeting on "Public Health in the year 2000". Kiel, 18.-21.11.1991. Kiel 1992. 284 S.¹
ISBN 3-537-83901-4
- 40 Kyburg, L. C.; P. K. Schädlich: Investigation into the self-sufficiency of the Federal Republic of Germany with regard to blood and blood products as compared to selected European countries (Great Britain, Sweden, The Netherlands) with particular reference to the therapeutic standard in the Federal Republic of Germany. Kiel 1993. 103 S. u. Anhang.¹
ISBN 3-87825-044-4
- 41 Neumann, K.-P.; J. G. Brecht; P. K. Schädlich: Kostenvergleichsrechnung zur Prävention NSAR-induzierter Gastroduodenopathien mit Misoprostol. Kiel 1993. 49 S.²
ISBN 3-87825-045-2

1 Herausgeber: Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel

2 Herausgeber: Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH

* nicht mehr lieferbar

- 42 Bericht über die Tagung „Künftige Finanzierung der Gesundheitsversorgung bei steigenden Kosten und begrenzten Ressourcen“. Report on the meeting on “The future of health care financing: Increasing demand and limited resources”. Kiel, 9.-12.11.1992. Kiel 1993. 259 S.¹
ISBN 3-87825-046-0
- 43 Tätigkeitsbericht 1992 - 1993. Kiel 1994. 37 S.^{1,2}
ISBN 3-87825-049-5
- 44 Neumann, K.-P.; F. Beske: Analyse der Kostensituation Hamburger Krankenkassen im Vergleich mit anderen Regionen. Kiel, 1994. 132 S.²
ISBN 3-87825-051-7
- 45* Bericht über das Symposium „Arzneimittel aus Blut und Plasma: Selbstversorgung und Sicherheit - Bestandsaufnahme und Perspektiven. Report on the Symposium “Pharmaceuticals of Blood and Plasma”: Self-sufficiency and Safety - Analysis and Perspectives. Bonn, 16.03.1994. Kiel 1994. 128 S.¹
ISBN 3-87825-052-5
- 46 Bericht über die Tagung zur „Beurteilung von Produktivität, Effizienz, Effektivität und Qualität von Gesundheitssystemen“. Report on the workshop on „the assessment of the productivity, efficiency, effectiveness and quality of a health care system“. Kiel, 22.-25.11.1994. Kiel 1995. 226 S.¹
ISBN 3-87825-053-3
- 47 Harms, G.; F. Beske: Bagatellmedizin - Sachstandsbericht 1995. Kiel 1995. 52 S.²
ISBN 3-87825-055-X
- 48* Kern, A. O.; G. Harms; F. Beske: Hirnleistungsstörungen im Alter. Epidemiologische und volkswirtschaftliche Aspekte der Pflegebedürftigkeit durch Hirnleistungsstörungen im Alter. Kiel 1995. 122 S.²
ISBN 3-87825-056-8
- 49 Kern, A. O.; G. Harms; F. Beske: Hirnleistungsstörungen im Alter. Epidemiologische und volkswirtschaftliche Aspekte der Pflegebedürftigkeit in Österreich. Kiel 1995. 118 S.²
ISBN 3-87825-057-6
- 50* Beske, F.; J. Hübener: Fremdleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Kiel 1996. 89 S.¹
ISBN 3-87825-058-4
- 51* Kern, A. O.; F. Beske: Volkswirtschaftliche Kosten von Patienten mit Hirnleistungsstörungen im Alter. Vergleich Deutschland und Österreich. Kiel 1996. 59 S.²
ISBN 3-87825-060-6
- 52 Beske, F.; A. O. Kern: Der Versicherte als Leitbild von Strukturreformen der gesetzlichen Krankenversicherung. Tagungsbericht. Eltville, 20./21. Oktober 1995. Kiel 1996. 87 S.¹
ISBN 3-87825-061-4
- 53 Bericht über die Tagung „Neue Versorgungsstrukturen im Rahmen von Krankenversicherung und nationalen Gesundheitsdiensten“. Report on the Workshop „New Provider Structures for Health Insurance and Tax-Based Health Care Systems“. Kiel, 27.-30. November 1995. Kiel 1996. 140 S.¹
ISBN 3-87825-062-2
- 54 Tätigkeitsbericht 1994 - 1995. Kiel 1996. 45 S.^{1,2}
ISBN 3-87825-063-0
- 55 Beske, F.; J. F. Hallauer; A. O. Kern: Verantwortungsebenen bei der Verteilung von Gesundheitsgütern. Der Versicherte als Leitbild von Strukturreformen der gesetzlichen Krankenversicherung. Tagungsbericht Eltville, 23./24. Februar 1996. Kiel 1996. 81 S.¹
ISBN 3-87825-064-9
- 56 Hallauer, J. F.; A. O. Kern; F. Beske: Erwartungen des Beitragszahlers an eine leistungsfähige Krankenversicherung. Ergebnisse einer Meinungsumfrage zu Beitragssatz und Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung. Kiel 1996. 90 S.²
ISBN 3-87825-065-7
- 57 Beske, F.; M. Thiede; J. F. Hallauer: Belastungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch Fremdleistungen. Analyse und Lösungsvorschläge. Kiel 1996. 89 S.¹
ISBN 3-87825-066-5

1 Herausgeber: Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel

2 Herausgeber: Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH

* nicht mehr lieferbar

- 58 Beske, F.; J. F. Hallauer; A. O. Kern: Rationierung im Gesundheitswesen? Zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung: Leistungskatalog, Selbstverwaltung, Fremdleistungen. Kiel 1996. 80 S.¹
ISBN 3-87825-067-0
- 59* Tätigkeitsbericht 1996, Kiel 1997. 45 S.^{1,2}
ISBN 3-87825-069-0
- 60 Hallauer, J. F.; A. O. Kern; F. Beske: Ansichten von Verbänden und Organisationen im Gesundheitswesen zur Weiterentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ergebnisse einer Meinungsumfrage. Kiel 1997. 77 S.¹
ISBN 3-87825-070-3
- 61 Kern, A. O.; F. Beske; S. Kupsch; J. F. Hallauer: Zur Neubestimmung des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung - Gesundheitsziele, Leistungskatalog und Selbstbeteiligung. Tagungsbericht Eltville IV, 22./23. November 1996. Kiel 1997. 109 S.¹
ISBN 3-87825-071-1
- 62 Hallauer, J. F.; F. Beske: Diagnose- und Therapiestandards in der Medizin. IGSF-Symposium. Bonn, 22. September 1997. Kiel 1998. 101 S.¹
SBN 3-87825-076-2
- 63 Beske, F.; M. Thiede: Beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen in der gesetzliche Krankenversicherung - Probleme und Lösungsansätze. Kiel 1998. 101 S.¹
ISBN 3-87825-074-6
- 64 Beske, F.; M. Thiede: Krankenversicherung von Rentnern - Entwicklungsperspektiven und Lösungsansätze. Kiel 1998. 92 S.¹
ISBN 3-87825-075-4
- 66 Kupsch, S.; A. O. Kern; J. F. Hallauer: Versorgung von Patienten mit Nierenersatztherapie in Deutschland - Epidemiologische, medizinische und ökonomische Aspekte von Dialyse und Transplantation. Kiel 1998. 184 S.¹
ISBN 3-87825-078-9
- 67 Tätigkeitsbericht 1997/1998. Kiel 1999. 67 S.^{1,2}
ISBN 3-87825-079-7
- 68 Beske, F.; A. O. Kern: Symposium „Leitlinien und Standards in der Medizin - auf dem Weg in die Einheitsbehandlung? Hannover, 13. Mai 1998. Kiel 1999. 53 S.¹
ISBN 3-87825-081-9
- 69 Beske, F.; S. Kiauka; C. Michel: Diagnostik und Therapie der Claudicatio intermittens unter besonderer Berücksichtigung von Vasoaktiva. Ergebnisse einer Erhebung unter Angiologen und Gefäßchirurgen. Kiel 1999. 61 S. u. Anhang.¹
ISBN 3-87825-081-9
- 70 Langhein, S.; A. O. Kern; F. Beske: Anforderungen und Rahmenbedingungen zur Erstellung einer Liste verordnungsfähiger Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung - Positivliste. Tagungsbericht Eltville VII, 22./23. Januar 1999. Kiel 1999. 39 S.¹
ISBN 3-87825-082-7
- 71 Beske, F.; O. Shepin; A. O. Kern; A. Lindenbraten: Stand und Zukunft der Krankenversicherung in der Russischen Föderation. Tagungsbericht. Moskau, 22./23. September 1998. Kiel 1999. 80 S.¹
ISBN 3-87825-083-5
- 74 Kupsch, S.; A. O. Kern; C. Klas; B. K. W. Kressin; M. Vienonen; F. Beske: Health Service Provision on a Microcosmic Level - An International Comparison. Leistungskatalog der Mikroebene - Ein internationaler Vergleich. Results of a WHO/IGSF Survey in 15 European Countries. Kiel 2000. 337 S.¹
ISBN 3-87825-086-X
- 75 Hallauer, J. F.: Erwartungen an die Gesundheitssystemforschung zum Jahr 2000. Festschrift zum 75. Geburtstag von Professor Dr. med. Fritz Beske, MPH. Kiel 1997. 179 S.^{1,2}
ISBN 3-87825-072-X
- 76 Beske, F.; A. O. Kern; S. Kiauka; N. Pfau: Meinungsumfrage zum Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung. Ergebnis einer Meinungsumfrage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. Kiel 1999. 192 S.¹
ISBN 3-87825-087-8

1 Herausgeber: Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel

2 Herausgeber: Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH

* nicht mehr lieferbar

- 78 Kern, A. O.; C. J. Troche; F. Beske: Beteiligungsrechte - Der Patient im Mittelpunkt. Tagungsbericht Eltville VIII, 13./14. August 1999. Kiel 2000. 47 S.¹
ISBN 3-87825-089-4
- 79 Michel, C.; B. Kressin; S. Kiauka; F. Beske: Periphere Arterielle Verschlusskrankheit (pAVK). Epidemiologische und gesundheitspolitische Bedeutung. Kiel 1999. 170 S.²
ISBN 3-87825-090-8
- 80 Tätigkeitsbericht 1999. Kiel 2000. 51 S.^{1,2}
ISBN 3-87825-091-6
- 81 Beske, F.; A. O. Kern: Zum Stand der Fremdleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung 1997. Kiel 2000. 48 S.¹
ISBN 3-87825-092-4
- 82 Kern, A. O.; F. Beske: Medizinische Versorgung des älteren Menschen. Tagungsbericht Eltville IX, 10./11. Dezember 1999. Kiel 2000. 41 S.¹
ISBN 3-87825-093-2
- 83 Kern, A. O.; F. Beske: Leichte kognitive Störungen. Definition, Früherkennung und Frühbehandlung. Symposium. Karlsruhe, 19. März 1999. Kiel 2000. 133 S.¹
ISBN 3-87825-094-0
- 84 Pfau, N.; S. Kupsch; A. O. Kern; F. Beske: Epidemiologie und sozioökonomische Bedeutung von Blindheit und hochgradiger Sehbehinderung in Deutschland. Kiel 2000. 161 S.²
ISBN 3-87825-095-9
- 85 Tätigkeitsbericht 2000. Jubiläumsband. Kiel 2001. 48 S.^{1,2}
ISBN 3-88312-275-0
- 86 Beske, F.; A. O. Kern: Der ältere Mensch in unserer Gesellschaft. Tagungsbericht Eltville X, 19./20. Mai 2000. Kiel 2001. 28 S.¹
ISBN 3-88312-271-8
- 87 25 Jahre Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel in Bildern. Jubiläumsband. Kiel 2001. 112 S.^{1,2}
ISBN 3-88312-272-6
- 88 Beske, F.: Der Hausarzt als Partner des Versicherten. Leistungsbegrenzung in der gesetzlichen Krankenversicherung und Konkretisierung sinnvoller Individualangebote. Tagungsbericht Eltville XI, 03./04. November 2000. Kiel 2001. 57 S.¹
ISBN 3-88312-273-4
- 89 Beske, F.: Einstellung von Versicherten und Kranken zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Tagungsbericht Eltville XII, 06./07. April 2001. Kiel 2001. 40 S.¹
ISBN 3-88312-274-2
- 90 25 Jahre Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel. Jubiläumsveranstaltung 9. März 2001. Kiel 2001. 72 S.¹
ISBN 3-88312-280-7
- 91 Beske, F.; T. Drabinski; C. Michel: Politische Entscheidungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Finanzielle Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung / Finanzielle Entlastung anderer Zweige der Sozialversicherung und des Staates. - Kieler Kritik -. Kiel 2002. 66 S.¹
ISBN 3-88312-281-5
- 92 Tätigkeitsbericht 2001. Kiel 2002. 44 S.^{1,2}
ISBN 3-88312-282-3
- 93 Beske, F.: Berliner Konzept einer Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Kiel 2002. 166 S.¹
ISBN 3-88312-283-1
- 94 Beske, F.; Th. Drabinsky; J. H. Wolf: Sicherstellungsauftrag in der vertragsärztlichen Versorgung. Standpunkte und Perspektiven. Kiel 2002. 90 S.¹
ISBN 3-88312-284-X
- 95 Hegger, U.; F. Beske: Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Gesetzgebung der Bundesländer. Kiel 2003. 97 S.¹
ISBN 3-88312-285-8
- 96 Beske, F.: Das Gesundheitswesen zukunftsfähig machen. Kieler Alternative. Kiel 2003. 136 S.¹
ISBN 3-88312-286-6

1 Herausgeber: Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel

2 Herausgeber: Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH

* nicht mehr lieferbar

- 97 T. Drabinsky; F. Beske: Der Einfluss der Wiedervereinigung auf die Entwicklung des Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung. Kiel 2003. 48 S.¹
ISBN 3-88312-287-4
- 98 Beske, F.; D. Ralfs: Die aktive Schutzimpfung in Deutschland. Stand - Defizite - Möglichkeiten. Kiel 2003. 153 S.¹
ISBN 3-88312-288-2
- 99 Tätigkeitsbericht 2002/2003. Kiel 2004. 50 S.¹
ISBN 3-88312-289-0
- I Golbach, U.; B. Neuner; J. Weidenhammer: Ökonomische Bedeutung der Versorgung von Schlaganfallpatienten in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung des Risikofaktors „Insulinresistenz“. Kiel 2004. 95 S.²
ISBN 3-88312-325-0
- 100 Beske, F.; T. Drabinsky; H. Zöllner: Das Gesundheitswesen in Deutschland im internationalen Vergleich. Eine Antwort auf die Kritik. Kiel 2004. 159 S.¹
ISBN 3-88312-290-4
- 101 Beske, F.; T. Drabinski: Zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Politische Entscheidungen 1977 - 2002 und andere Tatbestände. Kiel 2004. 69 S.¹
ISBN 3-88312-291-2
- 102 Beske, F.; T. Drabinski: Veränderungsoptionen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Bürgerversicherung, Kopfpauschale und andere Optionen im Test. Kiel 2004. 233 S.¹
ISBN 3-88312-292-0
- 103 Beske, F.: Prävention. Ein anderes Konzept. Kiel 2005. 88 S.¹
ISBN 3-88312-293-9
- 104 Beske, F.; T. Drabinski; U. Golbach: Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich. Eine Analyse von 14 Ländern. Kiel 2005. Bd. I: Struktur, Finanzierung und Gesundheitsleistungen. 274 S.¹
ISBN 3-88312-330-7
Bd. II: Geldleistungen: 205 S.
ISBN 3-88312-331-5
- 105 Beske, F.; T. Drabinski: Finanzierungsdefizite in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Prognose 2005 - 2050. Kiel 2005. 66 S.¹
ISBN 3-88312-332-3
- 106 Beske, F.: Das GKV-Modernisierungsgesetz - GMG und seine Auswirkungen. Eine kritische Analyse. Kiel 2006. 131 S.¹
ISBN 3-88312-333-1
- 107 Beske, F.: Neubestimmung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Handlungskonzept. Kiel 2006. 167 S.¹
ISBN 3-88312-334-9
- II Golbach, U.: Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden in Deutschland. Ergebnisse einer Umfrage bei niedergelassenen Ärzten. Kiel 2007. 63 S.²
ISBN 978-3-88312-326-4
- 108* Beske, F.; E. Becker; C. Krauss; A. Katalinic; R. Pritzkeleit: Gesundheitsversorgung 2050. Prognose für Deutschland und Schleswig-Holstein. Kiel 2007. 146 S.¹
ISBN 978-3-88312-335-6
- 109 Beske, F.; M. Witton: Integration von Sozialer Pflegeversicherung und medizinischer Rehabilitation der Gesetzlichen Rentenversicherung in die Gesetzliche Krankenversicherung. Ein Rationalisierungskonzept. Kiel 2008. 88 S.¹
ISBN 978-3-88312-336-3
- 110 Beske, F.; M. Baumgärtner: Zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Auswirkungen politischer Entscheidungen auf die Finanzsituation der Gesetzlichen Krankenversicherung. Kiel 2008. 63 S.¹
ISBN 978-3-88312-337-0
- 111 Beske, F.; U. Golbach: Zuzahlungen im Gesundheitswesen. Grundlagen, internationaler Vergleich und Konzept für die Gesetzliche Krankenversicherung. Kiel 2009. 142 S.¹
ISBN 978-3-88312-338-7

1 Herausgeber: Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel

2 Herausgeber: Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH

* nicht mehr lieferbar

- 112 Beske, F.; F.-J. Bartmann; R.W. BÜchner; P. Froese; P. Knüpper; U. Thamer: Gesundheitspolitische Agenda 2009. Für ein verlässliches, solidarisches und gerechtes Gesundheitswesen. Ein Handlungskonzept. Kiel 2009. 150 S.¹
ISBN 978-3-88312-339-4
- 113 Beske, F.; H. Rebscher (Hrsg.): Alter und Gesellschaft. Eine Umfrage bei Mitgliedern der DAK zu Schwierigkeiten mit der Umwelt im Alltag. Hamburg/Kiel 2009. 80 S.¹
ISBN 978-3-88312-450-6
- 114 Beske, F.; A. Katalinic; E. Peters; R. Pritzkeleit: Morbiditätsprognose 2050. Ausgewählte Krankheiten für Deutschland, Brandenburg und Schleswig-Holstein. Kiel 2009. 136 S.¹
ISBN 978-3-88312-451-3
- 115 Beske, F.: 50 Kommentare und Aufsätze zur Gesundheitspolitik 2007 bis 2009. Kiel 2009. 219 S.¹
ISBN 978-3-88312-452-0
- 116 Beske, F.; M. Budzyn; U. Golbach; R. Hess; M. Reinicke; Ch. Weber: Bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung bei begrenzten Mitteln – Situationsanalyse, internationaler Vergleich, Handlungsoptionen. Kiel 2010. 248 S.¹
ISBN 978-3-88312-453-7
- 117 Beske, F.: Handlungsoptionen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung bei begrenzten Mitteln. Kiel 2010. 67 S.¹
ISBN 978-3-88312-454-4
- 118 Beske, F.; C. Krauss: Ausgaben und Beitragssatzentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Kiel 2010. 69 S.¹
ISBN 978-3-88312-455-1
- 119 Beske, F.: Sechs Entwicklungslinien in Gesundheit und Pflege. Analyse und Lösungsansätze. Kiel 2011. 65 S.¹
ISBN 978-3-88312-456-8
- 120 Beske, F.; U. Golbach: Festzuschüsse als zukunftsorientiertes Instrument in der Hilfsmittelversorgung. Kiel 2011. 63 S.¹
ISBN 978-3-88312-457-5
- 121 Beske, F.; F. Brix: Solidarische, transparente und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung im demografischen Wandel durch Priorisierung und Rationierung. Begründung und Vorschläge. Kiel 2011. 123 S.¹
ISBN 978-3-88312-458-2

¹ Herausgeber: Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel

² Herausgeber: Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH

* nicht mehr lieferbar