

## 2.7 Störungen des Essverhaltens

### Im Überblick

- ▶ Bei einem Fünftel der Kinder und Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren finden sich Hinweise auf ein gestörtes Essverhalten, wobei Mädchen fast doppelt so häufig betroffen sind wie Jungen.
- ▶ Bei Mädchen nimmt das Risiko für eine Essstörung während der Pubertät zu, bei Jungen dagegen ab.
- ▶ Viele Kinder und Jugendliche mit auffälligem Essverhalten finden sich auch bei normalem Körpergewicht zu dick; zudem tendieren sie vermehrt zu psychischen Problemen, Ängstlichkeit und Depressivität.
- ▶ Ein niedriger Sozialstatus, die Herkunft aus einer Migrantenfamilie, familiäre Schwierigkeiten sowie eine geringe soziale Unterstützung durch Eltern und Gleichaltrige sind mit einem gesteigerten Risiko für Essstörungen verbunden.
- ▶ Präventions- und Aufklärungsangebote sollten bereits in Kindergärten und Schulen ein gesundes Essverhalten fördern, kognitive wie emotionale Komponenten beinhalten und insbesondere für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen leicht erreichbar sein.
- ▶ Die Häufigkeit und die genauen Ursachen der verschiedenen Essstörungen müssen besser untersucht und die Qualität der bestehenden Präventions- und Behandlungsangebote verstärkt evaluiert werden.

#### 2.7.1 Einführung: Relevanz für die Gesundheitspolitik

Essstörungen sind in jüngster Zeit zunehmend ins Zentrum der gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Diskussion gerückt. Dabei werden die Ursachen von Essstörungen häufig mit falschem Essverhalten und falscher Ernährung sowie einem über die Medien propagierten Schlankheitsideal unter Bezugnahme auf prominente Persönlichkeiten wie Models, Leistungssportler, Künstler oder Modemacher in Zusammenhang gebracht. Essstörungen sind keineswegs nur Lifestyle-Phänomene, sondern als Krankheiten anzusehen. Sie werden nach der ICD-10 zu den psychischen und Verhaltensstörungen gerechnet [1]. Unter dem Begriff Essstörungen fasst man mehrere unterschiedliche Krankheitsbilder zusammen. Dazu gehören die Magersucht (Anorexia nervosa) und die Ess-Brechsucht (Buli-

mia nervosa), aber auch untypische Formen dieser beiden Erkrankungen sowie Fettleibigkeit im Zusammenhang mit psychischen Störungen (Binge-Eating).

Störungen des Essverhaltens gehen häufig mit deutlichen Gewichtsschwankungen einher. Es kann zu stetigem Gewichtsverlust oder aber zu starker Gewichtszunahme kommen. Zudem treten oft so genannte Körperschemastörungen sowie andere psychische Probleme auf. In vielen Fällen versuchen die Betroffenen, ihr Gewicht durch selbst ausgelöstes Erbrechen, übertriebene körperlich-sportliche Aktivität, zeitweilige Hungerperioden, Abführmittel, Entwässerungspräparate, Appetitzügler oder Schilddrüsenmedikamente zu regulieren, was nicht selten zu körperlichen Folgeerkrankungen führt. Bei allen der zum Teil fließend ineinander übergehenden Formen von Essstörungen liegt ein Hauptcharakteristikum darin, dass die existenzielle Notwendigkeit zu essen zu einem Problem geworden ist. Daraus folgen erhebliche gesundheitliche wie soziale Konsequenzen, die sowohl das tägliche Leben als auch die sozialen Beziehungen und die langfristigen persönlichen Entscheidungen der Betroffenen beeinträchtigen [2, 3]. Nach wie vor sind vorrangig Mädchen und junge Frauen von Essstörungen betroffen, wenngleich ein nicht unerheblicher Anteil von männlichen Jugendlichen Frühzeichen dieser Störungen aufweist.

Aufgrund der hohen gesundheitspolitischen Bedeutung wurde am 13. Dezember 2007 unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit gemeinsam mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie der Zeitschrift EMMA die Initiative »Leben hat Gewicht – gemeinsam gegen den Schlankheitswahn« gestartet [4]. Mit hochrangigen Persönlichkeiten aus der Politik, der Mode-, Werbe- und Medienbranche, der Medizin und Wissenschaft sowie Betroffenenverbänden wurden Lösungsansätze diskutiert und konkrete Maßnahmen zum weiteren Vorgehen vereinbart. Auch der Nationale Aktionsplan IN FORM zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängende Krankheiten [5] sowie die Strategie zur Förderung der Kindergesundheit [6] der Bundesregierung greifen die Problematik auf. Die BZgA stellt Betroffenen und Angehörigen Informationsmaterial sowie Informationen über örtliche und überregionale Beratungsstellen auf der Website [www.bzga-essstoerungen.de](http://www.bzga-essstoerungen.de) zur Verfügung. Zudem ist ein täglich erreichbares Info-Telefon geschaltet.

### 2.7.2 Definition, Häufigkeit und Altersbezug

Hinweise auf Essstörungen wurden in der KiGGS-Studie mit dem SCOFF-Fragebogen [7] erhoben. Der Fragebogen enthält fünf Fragen, die die Kernsymptome von Magersucht und Ess-Brechsucht beinhalten. Werden zwei oder mehr Fragen mit »Ja« beantwortet, liegt der Verdacht auf eine Essstörung vor. Im Einzelnen lauten die Fragen:

- 1: »Übergibst du dich, wenn du dich unangenehm voll fühlst?«
- 2: »Machst du dir Sorgen, weil du manchmal nicht mit dem Essen aufhören kannst?«
- 3: »Hast du in der letzten Zeit mehr als 6 kg in 3 Monaten abgenommen?«
- 4: »Findest du dich zu dick, während andere dich zu dünn finden?«
- 5: »Würdest du sagen, dass Essen dein Leben sehr beeinflusst?«

Der SCOFF-Fragebogen ist ein Screening-Instrument zur Identifizierung von Essstörungssymptomen. Dies ist nicht gleichbedeutend mit einer gesicherten Diagnose. Auch lässt der Fragebogen keine Unterscheidung zu, um welche Form von Essstörung es sich im Einzelnen handeln könnte. Aufgrund seines Designs als Screening-Instrument wird die Häufigkeit von Essstörungen durch den SCOFF-Fragebogen überschätzt, was aber angesichts der hohen Quote richtig erkannter Fälle (Sensitivität) und der schwerwiegenden Folgen für Gesundheit und Leben einiger Formen von Essstörungen als vertretbar erachtet wird [8]. Neben dem SCOFF-Fragebogen wurden zur Erhärtung der Ergebnisse weitere Indikatoren für mögliche Essstörungen herangezogen. Dazu gehören der Body Mass Index (BMI) zur objektiven Beurteilung des Körpergewichts sowie Angaben zum Körperselbstbild, also zur subjektiven Wahrnehmung des Körpers und des Körpergewichts. Zudem wurden Informationen zu psychischen Auffälligkeiten aus dem »Strengths and Difficulties Questionnaire« (SDQ) genutzt [9, 10, 11]. Vor allem die Angaben zum Bereich »Emotionale Probleme« (SDQ-Subskala), die über eventuell vorhandene Ängste und eine etwaige Depressivitätsneigung Auskunft geben, sowie der so genannte Gesamtpunktwert, der ein weites Spektrum psychischer Auffälligkeiten in einem Gesamtparameter zusammenfasst, sind für die Bestimmung von begleitend auftretenden psychischen Störungen von Bedeutung.

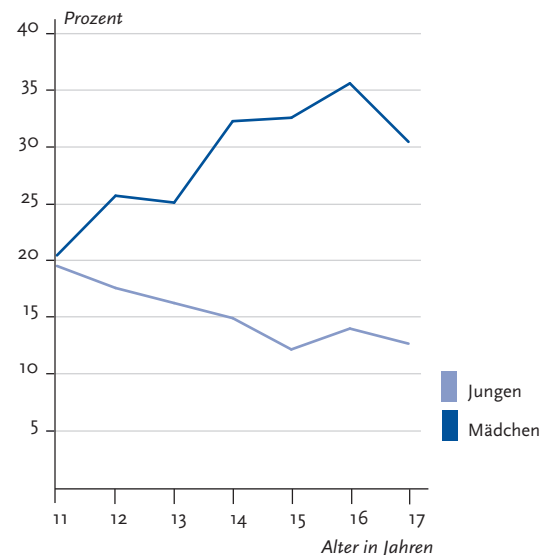
Bei insgesamt 21,9 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren, die den SCOFF-Fragebogen im Rahmen von KiGGS schriftlich beantworteten ( $n=6.634$ ), finden sich Hinweise auf ein gestörtes Essverhalten. Erwartungsgemäß liegt der Anteil der Mädchen mit Verdacht auf eine Essstörung mit 28,9 % höher als der der Jungen (15,2 %), wenngleich auch diese Quote keineswegs zu vernachlässigen ist (Tabelle 2.7.2.1).

**Tabelle 2.7.2.1**  
Häufigkeit von Kindern und Jugendlichen mit Hinweisen auf Essstörungen, nach Altersgruppen und Geschlecht, Selbstangaben der 11- bis 17-jährigen im SCOFF-Fragebogen

Geschlecht	11–13 Jahre	14–17 Jahre	Gesamt
Jungen	17,8 %	13,5 %	15,2 %
Mädchen	23,5 %	32,3 %	28,9 %
<b>Gesamt</b>	<b>20,6 %</b>	<b>22,7 %</b>	<b>21,9 %</b>

Mit steigendem Alter nehmen die Hinweise auf eine mögliche Essstörung bei den Jungen ab, bei den Mädchen dagegen zu. So sind unter den 11-jährigen die Jungen und Mädchen mit jeweils etwa 20 % nahezu gleich häufig betroffen. Dieser Anteil steigt bei den Mädchen bis zum Alter von 17 Jahren auf 30,1 %, während er sich bei den Jungen auf 12,8 % reduziert (Abbildung 2.7.2.1).

**Abbildung 2.7.2.1**  
Häufigkeit von Kindern und Jugendlichen mit Hinweisen auf Essstörungen (nach SCOFF)

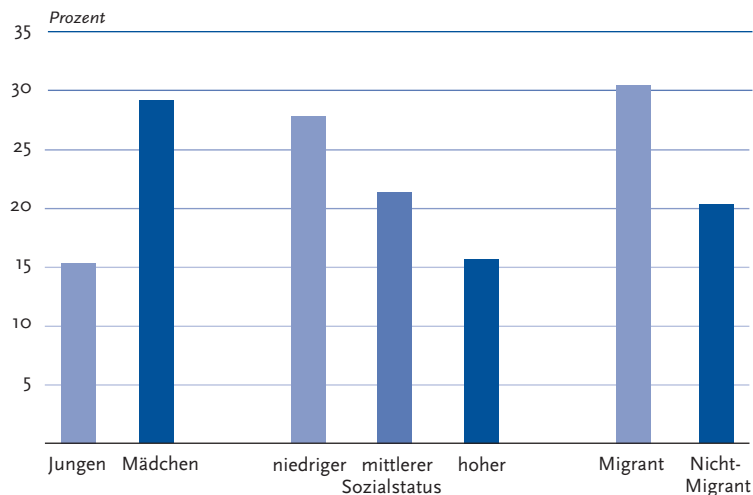


### 2.7.3 Ausgewählte Einflüsse: protektive und Risikofaktoren

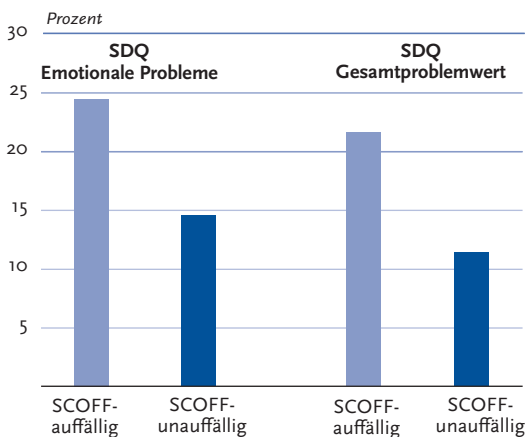
Das Auftreten von Essstörungssymptomen steht mit einem niedrigen sozioökonomischen Status sowie mit einem Migrationshintergrund in Zusammenhang. Bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sind Hinweise auf Essstörungen nach SCOFF nahezu doppelt so häufig wie bei Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund berichten 1,5-mal so oft über auffälliges Essverhalten wie Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund (Abbildung 2.7.3.1).

Ebenso erweist sich, dass Kinder und Jugendliche mit Hinweisen auf Essstörungen deutlich häufiger unter emotionalen Problemen leiden als Jungen und Mädchen mit normalem Essverhalten (24,7% versus 14,4%, Abbildung 2.7.3.2). Unter emotionalen Problemen sind höhere Ausprägungen für Ängstlichkeit oder Depressivität zu verstehen, die mit der entsprechenden Subskala des SDQ gemessen wurden. Kinder und Jugendliche, die hinsichtlich ihrer Essgewohnheiten auffällig sind, sind auch häufiger auffällig bezüglich psychischer Probleme insgesamt (SDQ-Gesamtproblemwert, Abbildung 2.7.3.2).

**Abbildung 2.7.3.1**  
Häufigkeit von Kindern und Jugendlichen mit Hinweisen auf Essstörungen (SCOFF) nach Geschlecht, Sozialstatus und Migrationshintergrund



**Abbildung 2.7.3.2**  
Häufigkeiten von emotionalen und psychischen Problemen insgesamt (SDQ-Elternurteil) bei Kindern und Jugendlichen mit auffälligem und unauffälligem Essverhalten (nach SCOFF)



Der Body Mass Index (BMI, siehe Kapitel Übergewicht und Adipositas) von Kindern und Jugendlichen mit Hinweisen auf Essstörungen ist deutlich in Richtung Übergewicht verschoben (Tabelle 2.7.3.1, oberer Teil). So sind Heranwachsende, die Symptome von Essstörungen aufweisen, fast dreimal so häufig übergewichtig wie ihre Altersgenossen mit unauffälligem Essverhalten.

Welches Körper selbstbild Kinder und Jugendliche mit Essstörungssymptomen haben, zeigt der untere Teil von Tabelle 2.7.3.1: Drei Viertel der Jungen und Mädchen mit auffälligem Essverhalten, die objektiv normalgewichtig sind, schätzen sich als »viel oder etwas zu dick« ein. Bei Kindern und Jugendlichen ohne Auffälligkeiten ist dies bei weniger als einem Drittel der Fall.

**Tabelle 2.7.3.1**  
Verteilung der Körpermasse bei Essstörungsauffälligen (SCOFF) im Vergleich zu Nichtauffälligen und Körper selbstbild bei normalgewichtigen Essstörungsauffälligen versus Nichtauffälligen

	SCOFF-auffällig	SCOFF-unauffällig
<b>Körpermasse (BMI)</b>		
Untergewicht <sup>1</sup>	1,9 %	9,1 %
Normalgewicht <sup>2</sup>	63,4 %	78,2 %
Übergewicht <sup>3</sup>	34,7 %	12,7 %
<b>Körper selbstbild bei gemessenem Normalgewicht</b>		
Viel/etwas zu dünn	3,2 %	15,3 %
Genau richtig	20,1 %	56,1 %
Viel/etwas zu dick	76,7 %	28,6 %

<sup>1</sup> Untergewicht: < P10 % (95 %-KI), also ein BMI-Wert unterhalb des 10. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentils, d. h. wenn der BMI so niedrig ist wie bei den 10 % leichtesten Mädchen bzw. Jungen des jeweiligen Jahrgangs in der Referenzbevölkerung, vgl. Kapitel 2.1.2

<sup>2</sup> Normalgewicht: ≥ P10 ≤ P90 % (95 %-KI)

<sup>3</sup> Übergewicht: > P90 (95 %-KI)

SCOFF-auffällige Kinder und Jugendliche berichten gegenüber unauffälligen Altersgenossen häufiger über Defizite bezüglich ihrer personalen Ressourcen (16,6 % versus 9,8 %), des familiären Zusammenhalts (17,3 % versus 10,1 %) und der sozialen Unterstützung (16,6 % versus 9,8 %). Werden die verschiedenen Risiko- und Schutzfaktoren gleichzeitig in der statistischen Analyse berücksichtigt (logistische Regression), zeigt sich, dass vor allem Defizite in den familiären und sozialen Ressourcen mit einem erhöhten Risiko für Essstörungen einhergehen (Tabelle 2.7.3.2). Das Aufwachsen bei einem alleinerziehenden Elternteil – ein wesentlicher Risikofaktor für eine große Bandbreite von psychischen Auffälligkeiten – scheint dagegen nicht mit einer größeren Gefährdung für Essstörungen verbunden zu sein.

**Tabelle 2.7.3.2**  
Zusammenhänge zwischen verschiedenen Risiko- bzw. Schutzfaktoren und Hinweisen auf Essstörungen (logistische Regressionen)

	Odds Ratio <sup>1</sup>
<b>Personale Ressourcen</b>	
Starke Defizite	1,4
Geringe Defizite	1,5
Normal	Referenz
<b>Familiäre Ressourcen</b>	
Starke Defizite	1,6
Geringe Defizite	1,3
Normal	Referenz
<b>Soziale Unterstützung</b>	
Starke Defizite	1,6
Geringe Defizite	1,4
Normal	Referenz

<sup>1</sup> unter gleichzeitiger Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Sozialstatus und Migrationshintergrund sowie Aufwachsen bei alleinerziehenden Eltern

## 2.7.4 Handlungsbedarf und Handlungsempfehlungen

Erstmals liegen mit den KiGGS-Ergebnissen bundesweit repräsentative Daten zur Häufigkeit von auffälligem Essverhalten bei Kindern und Jugendlichen vor. Demnach weisen mehr als 20 % der Heranwachsenden von 11 bis 17 Jahren Hinweise auf eine Essstörung auf, wobei Mädchen mit rund 29 % fast doppelt so häufig betroffen sind wie Jungen (15 %). Wichtig zu berücksichtigen ist, dass diese Daten mit einem Screening-Fragebogen (SCOFF) erhoben wurden, der lediglich Verdachtsfälle erfasst, aber keine medizinischen Diagnosen erlaubt. Die betroffenen Jungen und Mädchen sind als Risikogruppe anzusehen, der Anteil der tatsächlich Erkrankten ist dagegen nicht bekannt. Schätzungen für die erwachsene Bevölkerung in Deutschland gehen davon aus, dass 0,5 % bis 1 % der Männer und Frauen an Magersucht und 2 % bis 4 % an Ess-Brechsucht (Bulimie) leiden. Die Häufigkeit von partiellen Essstörungen einschließlich Heißhungerattacken (Binge Eating Disorder) wird auf 10 % bis 15 % geschätzt [12].

Die durch den SCOFF-Fragebogen identifizierte Risikogruppe unter Kindern und Jugendlichen ist nicht allein hinsichtlich ihres Essverhaltens auffällig. Vielmehr finden sich bei ihr auch vermehrt Hinweise auf psychische und Verhaltensprobleme sowie emotionale Belastungen wie Ängstlichkeit und Depressivität.

Essstörungen wie Magersucht und Bulimie, die einst für Mädchen und junge Frauen als typisch erachtet wurden, betreffen KiGGS zufolge zu einem nicht geringen Anteil auch Jungen. Ebenso bemerkenswert

ist, dass Jugendliche mit Migrationshintergrund häufiger Essstörungssymptome aufweisen als ihre Altersgenossen ohne Migrationshintergrund. Als möglicher Grund hierfür werden eine Überidentifikation mit westlichen Normen und Werten sowie Anpassungsstress vermutet [13]. Die KiGGS-Ergebnisse zeigen auch, dass die Häufigkeit auffälligen Essverhaltens mit dem Sozialstatus variiert. So sind Hinweise auf gestörtes Essverhalten bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus fast doppelt so häufig wie bei Jungen und Mädchen aus Familien mit hohem Sozialstatus. Anderen Untersuchungen zufolge gehören Patientinnen, die an Anorexie oder Bulimie erkranken, allerdings vor allem der mittleren Statusgruppe an [14]. Perfektionismus und eine starke Leistungsorientierung sind für diese Erkrankungen charakteristisch [15]. Laut KiGGS gehen auch Defizite bezüglich des Familienzusammenhalts und der sozialen Unterstützung durch Eltern und Gleichaltrige mit einem erhöhten Essstörungsrisiko einher. Zudem belegen die vorliegenden Daten, dass sich Kinder und Jugendliche mit auffälligem Essverhalten selbst bei normalem Körpergewicht in einem Großteil der Fälle zu dick finden. Möglicherweise wirken sich hierbei auch gesellschaftlich vermittelte Schlankeitsideale auf das Körperselbstbild der Betroffenen aus [16].

Die Häufigkeit von auffälligem Essverhalten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland erfordert gesundheitspolitische und gesellschaftliche Maßnahmen. Bereits in Kindertagesstätten und Schulen ist ein gesundes Essverhalten zu fördern und damit der Entwicklung von Essstörungen vorzubeugen. Diese Primärprävention erfordert insbesondere eine verstärkte Qualifizierung aller Akteure, die mit Kindern und Jugendlichen zu tun haben, beispielsweise Betreuerinnen und Betreuer, Lehrerinnen und Lehrer, Trainerinnen und Trainer sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter. Sie sollten für einen offenen Umgang mit Essstörungen sensibilisiert werden, um bei Hinweisen auf ein gestörtes Essverhalten die Betroffenen frühzeitig mit entsprechenden Präventionsangeboten und Beratungsstellen in Kontakt zu bringen. Die BZgA hält hierzu eine laufend aktualisierte Datenbank mit Beratungs- und Behandlungsstellen vor.

Wie die KiGGS-Daten belegen, müssen Präventions- und Aufklärungsangebote bestimmte Zielgruppen verstärkt erreichen, vor allem Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus sowie mit Migrationshintergrund. Wichtig dabei ist, auch die Eltern in die Prävention einzubinden und Faktoren, die

dem Entstehen von Essstörungen entgegenwirken – etwa den familiären Zusammenhalt und die soziale Unterstützung der Betroffenen –, konsequent zu stärken [17]. Präventionsmaßnahmen müssen sowohl kognitive wie emotionale Komponenten umfassen.

Kinder und Jugendliche mit Hinweisen auf ein gestörtes Essverhalten sind fast dreimal so häufig übergewichtig wie ihre Altersgenossen ohne Essstörungssymptome. Die Förderung der allgemeinen Lebenskompetenz (Selbstwert, Problemlösefähigkeit, Selbstwahrnehmung etc.) hat einen positiven Einfluss auf das Essverhalten und kann der Prävention von Übergewicht und Essstörungen dienen. Maßnahmen zur Vorbeugung von Übergewicht sollten stets die Prävention gestörten Essverhaltens beinhalten.

Auch gesellschaftliche Schlankeitsideale könnten im Zusammenhang mit Essstörungen eine Rolle spielen. Es wird empfohlen, die Initiative der Bundesregierung »Leben hat Gewicht – gemeinsam gegen den Schlankeitswahn« [4] zu einer Mehr-Ebenen-Kampagne auszubauen, die beispielsweise durch massenmediale Aktionen die Entwicklung eines gesunden Körpergefühls gesamtgesellschaftlich unterstützt (Ebene 1), qualitätsgesicherte Präventionsmaßnahmen in den Lebenswelten von Heranwachsenden initiiert (Ebene 2) und persönliche Beratungsangebote zielgruppengerecht zur Verfügung stellt (Ebene 3). Dabei sind die Jugendlichen einzubinden wie dies exemplarisch bei der Veranstaltung »Euer Leben hat Gewicht« des BMG am 18. Juni 2008 geschehen ist.

Notwendig ist, die zahlreichen bereits existierenden Präventions-, Beratungs- und Therapieangebote für Kinder und Jugendliche mit gestörtem Essverhalten verstärkt auf ihre Wirksamkeit zu untersuchen. Gemeinsam mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf führt die BZgA derzeit Erhebungen zur Versorgungsstruktur und Qualität der Behandlungsangebote in Deutschland durch. Die identifizierten Programme sollten in weiterführenden Untersuchungen evaluiert werden.

Ebenso sind Studien erforderlich, die die Häufigkeit und genauen Ursachen der verschiedenen Formen von Essstörungen bestimmen. Von besonderem Interesse dabei ist, welche Faktoren für den Übergang von Essstörungssymptomen zu tatsächlichen Erkrankungen ausschlaggebend sind. Wichtige Hinweise darauf sind bereits aus der im Jahr 2008 beginnenden Weiterführung von KiGGS als längerfristige Kohortenstudie zu erwarten.

## Literaturverzeichnis

- [1] Dilling H, Mombour W, Schmidt MH et al. (2006) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kap. V. Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis: 137–139
- [2] Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg) (2004) Essstörungen. Suchtmedizinische Reihe, 3. Eigenverlag, Hamm
- [3] Franke A (2002) Essstörungen bei Männern und Frauen. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle, S 359–374
- [4] Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg) (2007) Initiative »Leben hat Gewicht – gemeinsam gegen den Schlankeitswahn«  
www.leben-hat-gewicht.de/cln\_117/sid\_A5FCB-8BE1C12F98F688CBF81C88CEED6/DE/Home/home\_\_node.html?\_\_nnn=true (Stand: 27.10.2008)
- [5] Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2008) IN FORM. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Der Nationale Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten  
www.bmg.bund.de/cln\_110/SharedDocs/Downloads/DE/Praevention/Bewegung-Ern\_C3\_A4hrung/Aktionsplan-Ernaehrung-Bewegung.templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Aktionsplan-Ernaehrung-Bewegung.pdf (Stand: 01.11.2008)
- [6] Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2008) Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit  
www.bmg.bund.de/cln\_110/SharedDocs/Publikationen/DE/Praevention/Strategie-Kindergesundheit,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Strategie-Kindergesundheit.pdf (Stand: 23.10.2008)
- [7] Morgan JF, Reid F, Lacey H (1999) The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ* 319: 1467–1468
- [8] Morgan JF, Reid F, Lacey JH et al. (2002) The SCOFF questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: comparative study. *BMJ* 325: 755–756
- [9] Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38: 581–586
- [10] Goodman R (1999) The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 40 (5): 791–799
- [11] Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U et al. (2007) Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits-surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 784–793
- [12] Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) (Hrsg) (2000) Ernährungsbericht 2000. Druckerei Henrich, Frankfurt am Main
- [13] Rathner G (1996) Soziokulturelle Faktoren für die Entstehung von Essstörungen. *Psycho* 22: 179–187
- [14] Wissenschaftliches Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg) (2004) Essstörungen. Suchtmedizinische Reihe, Band 3. DHS Info  
www.dhs.de/web/daten/essstoerung.pdf (Stand: 27.10.2008)
- [15] Jacobi C, Paul T, Thiel A (2004) Essstörungen. Hogrefe, Göttingen
- [16] Hölling H, Schlack R (2007) Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits-surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50 (5/6): 794–799
- [17] Buddeberg-Fischer B (2000) Früherkennung und Prävention von Essstörungen. Essverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen. Schattauer, Stuttgart

**Herausgeber**

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin  
www.rki.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung  
Ostmerheimer Str. 220  
51109 Köln  
www.bzga.de

**Redaktion**

Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und  
Gesundheitsberichterstattung  
Angelika Rieck  
General-Pape-Straße 62–66  
12101 Berlin

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung  
Referat Aufgabenplanung und -koordinierung  
Dr. Frank Lehmann, MPH  
Ostmerheimer Str. 220  
51109 Köln

**Grafik/Layout**

Gisela Winter  
Robert Koch-Institut

**Druck**

Oktoberdruck AG, Berlin

**Zitierweise**

Robert Koch-Institut (Hrsg), Bundeszentrale für  
gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008)  
Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von  
Kindern und Jugendlichen in Deutschland.  
RKI, Berlin

Dezember 2008

Berlin: Robert Koch-Institut  
ISBN 978-3-89606-109-7