

Essstörungen im Kindes- und Jugendalter

Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS)

Hintergrund und Fragestellung

Essstörungen gehören zu den Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren (ICD 10). Unter dem Begriff „Essstörungen“ werden mehrere unterschiedliche Krankheitsbilder subsumiert, die bekanntesten sind die Magersucht (Anorexia nervosa, AN) und die Ess-/Breachsucht (Bulimia nervosa, BN) aber auch die Binge Eating Disorder (BED, Episoden von Fressanfällen ohne gewichtsregulierende Gegensteuerung) und die Adipositas (Fettsucht) im Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen sowie sonstige atypische Essstörungen, die die Kriterien einer spezifischen Essstörung nicht erfüllen. Die Krankheitsbilder gehen häufig fließend ineinander über. Betroffene unterschieden sich zum Teil beträchtlich hinsichtlich ihres äußerlichen Erscheinungsbildes und der Psychodynamik ihrer jeweiligen Erkrankung. Ihnen ist jedoch gemeinsam, dass aus dem existenziell notwendigen Bedürfnis und der Funktion des Essens ein Problem mit erheblichen somatischen, psychischen und oftmals auch sozialen Konsequenzen entstanden ist. Das Problem dominiert den Tagesablauf ebenso wie soziale Beziehungen und langfristig relevante persönliche Entscheidungen [1, 2]. Das Risiko, eine Essstörung zu entwickeln, ist in der Bevölkerung ungleich verteilt und wird unter anderem durch die Variablen Geschlecht,

Alter und sozialer Status bestimmt. Nach wie vor sind vorrangig Mädchen und junge Frauen von diesen Erkrankungen betroffen. Der Altersbereich für die Entwicklung einer AN wird zwischen 15 und 24 Jahren, mit einem Altersgipfel im 14. und 16. Lebensjahr, für die BN zwischen dem 16. und dem 19. Lebensjahr angegeben [3], eine Ersterkrankung tritt jedoch auch im dritten Lebensjahrzehnt noch häufig auf [2]. Die BED beginnt in der Regel um das 20. Lebensjahr herum und betrifft zu einem Drittel auch junge Männer. Auch diese Störung kann noch zu einem wesentlich späteren Lebenszeitpunkt einsetzen. Die oftmals erheblich übergewichtigen Betroffenen haben dann bereits eine Vielzahl von Diätversuchen hinter sich [1].

Für die Entstehung von Essstörungen wird ein multifaktorielles Ätiologiemodell mit einer Vielzahl sowohl externer (z. B. gesellschaftlichen, familiären, peerbezogenen) als auch interner Risikofaktoren (z. B. bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen) angenommen [3]. Die Propagierung von Schlankheit als gesellschaftlichem Schönheitsideal und die Gleichsetzung mit Leistung, Erfolg, Anerkennung und Attraktivität [2] gehört ebenso zu potenziellen Auslösern für Essstörungen wie mangelnde innerfamiliäre Abgrenzung, überfürsorglicher Erziehungsstil, familiäre emotionale Disharmonie oder psychophysisch bzw. psychosozial wirksame Faktoren wie Übergewicht oder die

beginnende Pubertät mit ihren komplexen Rollenanforderungen. Weitere psychogene Faktoren wie Perfektionismus können zu Verunsicherung, geringem Selbstwert und Identitätsproblemen und in der Folge zur Entwicklung von Essstörungen führen [3]. Essstörungen können dabei als fehlgeleitetes Problemlösungsverhalten verstanden werden, bei dem der eigene Körper und dessen Manipulation (Hungern, induziertes Erbrechen etc.) in den Mittelpunkt gestellt wird.

Essstörungen zählen im Kindes- und Jugendalter zu den häufigsten chronischen Gesundheitsproblemen [4, 5]. Über Prävalenzen gibt es bislang keine bundesweit repräsentativen Daten. Ergebnisse regionaler oder klinischer Studien unterschieden sich zum Teil erheblich bezüglich der Auswahl der Stichproben und dem Einsatz der diagnostischen Instrumente. Nach Schätzungen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen liegt die Prävalenz der AN zwischen 0,5 und 1%, der BN bei 2–4%. Die Angaben über die Letalität von Anorexia nervosa schwanken. Bei einem mittleren Wert von 5,5% [1] hat sie die höchste Letalitätsrate unter allen psychiatrischen Erkrankungen [6, 7]. Die Prävalenz für partielle Essstörungen einschließlich Binge Eating Disorder (Heißhungerattacken) wird auf 10–15% geschätzt [8].

Nach Kurth et al. [9] sind 15% aller Kinder und Jugendlichen im Alter von 3–17 Jahren übergewichtig, darunter wei-

sen 6,3% eine Adipositas auf. Damit hat jedes siebte Kind ein oberhalb der Norm liegendes Körpergewicht, das potenziell Beginn oder Folge einer Essstörung sein kann. Laut Deutscher Gesellschaft für Ernährung haben bereits 18% der weiblichen und 5% der männlichen Jugendlichen ab 12 Jahren eine Diät durchgeführt [10]. 26% der Jugendlichen im Alter von 13–16 Jahren weisen ein gezügeltes Essverhalten (Kalorienrestriktion) bei gleichzeitiger Unzufriedenheit mit der Figur und einem intensiveren Erleben der Körperentfremdung auf [11]. Die Annahme, dass sich auch schon jüngere Kinder mit ihrer Figur und einem Idealbild auseinandersetzen, zeigte sich in einer Untersuchung von Berger et al. [12] bestätigt, nach der 42% der Jungen und 53% der Mädchen im Alter von 8–12 Jahren ein dünneres Idealbild bevorzugen und 32% der normalgewichtigen Kinder lieber dünner wären. Zum Zeitpunkt der Studie versuchten 18% der Jungen und 19% der Mädchen abzunehmen. Das Gefühl, übergewichtig zu sein, korreliert zudem stark mit dem Schweregrad gestörten Essverhaltens [13]. Gestörtes Essverhalten, chronisches oder intermittierendes Diäthalten, die Anwendung gewichtsregulierender Verhaltensweisen und die abnorme Beschäftigung mit Figur und Gewicht können auch als Vorformen von Essstörungen bzw. als „subklinische Essstörung“ bezeichnet werden [14].

Untersuchungsmethoden

Konzept, Design und Durchführung des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) werden in den ersten 7 Beiträgen in diesem Heft ausführlich beschrieben [15, 16, 17, 18, 19, 20, 21]. Die KiGGS-Studie wurde von Mai 2003 bis Mai 2006 durch das Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführt. Ziel dieses bundesweiten Befragungs- und Untersuchungssurveys war es, erstmals umfassende und bundesweit repräsentative Daten zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0–17 Jahren zu erheben. An der Studie haben insgesamt 17.641 Kinder und Jugendliche (8656 Mädchen und 8985 Jungen) aus 167 für die Bundesrepublik repräsentativen Städten und Gemeinden teilgenommen. Die Teilnahmequote betrug

66,6%. Um repräsentative Aussagen treffen zu können, wurden die Analysen mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Netto-Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2004) hinsichtlich Alter (in Jahren), Geschlecht, Region (Ost/West/Berlin) und Staatsangehörigkeit korrigiert. Um die Korrelation der Probanden innerhalb einer Gemeinde zu berücksichtigen, wurden die Konfidenzintervalle und die p-Werte mit den SPSS-14-Verfahren für komplexe Stichproben bestimmt. Ein Signifikanzniveau von $p < 0,05$ wird im Folgenden als signifikant, $p < 0,001$ als sehr signifikant und $p < 0,001$ als hochsignifikant bezeichnet.

Der SCOFF-Fragebogen zur Erfassung von Essstörungen wurde von insgesamt 6634 Kindern und Jugendlichen im Alter von 11–17 Jahren per Selbstauskunft schriftlich beantwortet. Der SCOFF-Fragebogen ist ein Screening-Instrument zur Identifizierung möglichen essgestörten Verhaltens. Das Akronym „SCOFF“ leitet sich aus den Fragen der englischen Version ab. Der Fragebogen besteht aus den nachfolgend genannten 5 Fragen, die die Kernsymptome von Anorexia und Bulimia nervosa charakterisieren:

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?

Werden 2 dieser 5 Fragen mit „Ja“ beantwortet, kann auf den Verdachtsfall einer Essstörung geschlossen werden. Bezogen auf seine Aussagefähigkeit, wies der SCOFF-Questionnaire in einer Validierungsstudie eine 100%-Sensitivität für Anorexie und Bulimie auf, bei einer Falsch-Positiv-Rate von 12,5% [22]. Eine Unterscheidung der Auffälligen in Anorektiker bzw. Bulimiker ist allein mit den Angaben aus dem SCOFF-Fragebogen nicht möglich. Aufgrund seines Designs als Screening-Instrument wird die Prävalenz von Essstörungen durch den SCOFF-

Questionnaire leicht überschätzt, was jedoch angesichts seiner hohen Sensitivität und der hohen Letalitätsraten bestimmter Formen von Essstörungen als vertretbar erachtet wird [23]. Neben dem SCOFF-Questionnaire werden zur Erhärtung der Ergebnisse weitere Indikatoren für mögliche Essstörungen wie Body-Mass-Index (BMI), Rauchverhalten und sexuelle Belästigung Angaben zum Körper selbstbild sowie Angaben zu Verhaltensauffälligkeiten (erfasst mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ) [24, 25, vgl. auch 26] herangezogen. Bezüglich Essstörungen sind hier vor allem die Subskala „Emotionale Probleme“, die Ängste und Depressivitätsneigung abbildet, sowie der Gesamtproblemwert relevant. Die Bestimmung von Übergewicht erfolgte anhand der Referenzwerte von Kromeyer-Hauschild et al. [27].

Ergebnisse

Mit insgesamt 21,9% zeigen mehr als ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen in Deutschland im Alter von 11–17 Jahren Symptome einer Essstörung (■ **Tabelle 1**). Erwartungsgemäß liegt der Anteil der Mädchen mit Verdacht auf eine Essstörung mit 28,9% signifikant höher als der der Jungen. Mit 15,2% sind jedoch immerhin auch mehr als halb so viele Jungen bezüglich ihres Essverhaltens auffällig. Im Altersverlauf zeigt sich für Jungen ein abnehmender, für Mädchen ein zunehmender Trend für das Vorliegen einer möglichen Essstörung bis hin zum 17. Lebensjahr: Während im Alter von 11 Jahren mit ca. 20% Jungen und Mädchen in etwa gleich häufig betroffen sind, steigt der Anteil der Auffälligen bei den 17-jährigen Mädchen auf 30,1%, während er bei den Jungen auf 12,8% absinkt (■ **Abb. 1**). Bei der Betrachtung nach sozioökonomischem Status tritt ein deutlicher Effekt zutage. Bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status ist der Anteil der Auffälligen mit 27,6% fast doppelt so hoch wie bei solchen aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status (15,6%). Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund weisen eine um ca. 50% erhöhte Quote an Essstörungssymptomen auf als einheimische Jugendliche. Unter-

Tabelle 1

	Altersgruppen		Gesamt
	11–13 Jahre	14–17 Jahre	
Prävalenz von Essstörungen nach SCOFF, Selbstangaben der 11- bis 17-Jährigen			
Geschlecht			
Jungen % (95 % KI)	17,8 (15,5–20,4)	13,5 (12,0–15,2)	15,2 (14,0–16,5)
Mädchen % (95 % KI)	23,5 (21,1–26,2)	32,3 (30,0–34,8)	28,9 (27,1–30,7)
Migrationsstatus			
Migrant % (95 % KI)	30,1 (25,7–34,8)	30,4 (26,5–34,6)	30,3 (27,2–33,6)
Nicht-Migrant % (95 % KI)	18,5 (16,5–20,6)	21,2 (19,8–22,7)	20,2 (19,0–21,4)
Sozioökonomischer Status			
Niedrig % (95 % KI)	28,3 (24,9–32,0)	27,2 (24,2–30,4)	27,6 (25,5–29,9)
Mittel % (95 % KI)	19,1 (16,5–22,0)	22,6 (20,8–24,5)	21,3 (19,7–22,9)
Hoch % (95 % KI)	13,2 (10,6–16,2)	17,2 (14,8–19,9)	15,6 (13,8–17,6)
Gesamt			
% (95 % KI)	20,6 (18,8–22,5)	22,7 (21,3–24,1)	21,9 (20,8–23,0)

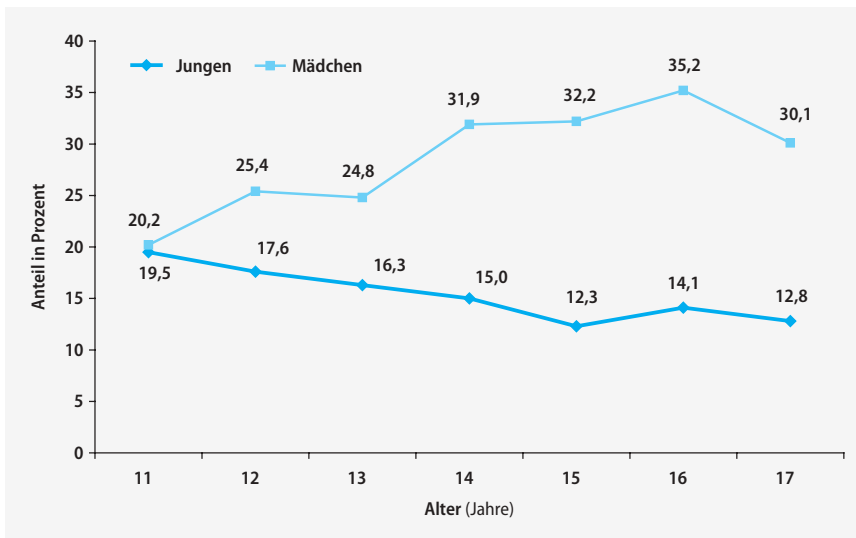


Abb. 1 ▲ Häufigkeit von Essstörungen (SCOFF) im Altersverlauf

schiede zwischen ostdeutschen (inklusive Berlin) und westdeutschen Jugendlichen sind gering und nicht signifikant, die Häufigkeiten sind auch in städtischen und ländlichen Regionen annähernd gleich.

Essstörungen (SCOFF) und psychische Auffälligkeit (SDQ)

Betrachtet man die Gruppen der essstörungsauffälligen und -unauffälligen Kinder und Jugendlichen getrennt nach Merkmalen psychischer Auffälligkeit (SDQ), dann weisen die SCOFF-Auffälligen mit 24,7% (Subskala „Emotionale Probleme“) grenzwertig oder auffällig

einzuschätzender Jugendlicher deutlich höhere Belastungen auf als die SCOFF-Unauffälligen mit 14,4%. Betrachtet man den Gesamtproblemwert, liegt der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Merkmalen einer psychischen Auffälligkeit bei den SCOFF-Auffälligen beinahe doppelt so hoch wie in der diesbezüglich nicht auffälligen Vergleichsgruppe (21,8% bzw. 11,5%). Die Unterschiede sind jeweils hochsignifikant (■ Abb. 2).

Essstörungen (SCOFF), BMI und Körper selbstbild

Die Körpermasse von Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf Essstörungen ist deutlich in Richtung Übergewicht verschoben (■ Tabelle 2). So weisen SCOFF-auffällige Jugendliche zu mehr als einem Drittel einen BMI > P₉₀ auf, während dies in der Gruppe der SCOFF-Unauffälligen lediglich 12,7% sind. Im Bereich des Normalgewichts befinden sich 63,4% der SCOFF-Auffälligen, im untergewichtigen Bereich (< P₁₀) lediglich 1,9% (SCOFF-Unauffällige: normalgewichtig: 78,2%, untergewichtig: 9,1%). In der Gruppe der Normalgewichtigen schätzen mehr als drei Viertel der SCOFF-auffälligen Kinder und Jugendlichen ihr Körper selbstbild als „viel oder etwas zu dick“ ein, während dies in der Gruppe der Unauffälligen nur 28,6% sind. Die Unterschiede sind hochsignifikant.

Essstörungen (SCOFF) und tägliches Rauchen (Altersgruppe 14–17 Jahre)

Rauchen zählt mit zu den gewichtsbeeinflussenden Maßnahmen. Bei der Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Rauchen und Merkmalen von Essstörungen wurde nur die Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen berücksichtigt, da das Rauchen in Ausmaß und Intensität in der jüngeren Altersgruppe zu gering ausgeprägt ist. Sowohl SCOFF-auffällige Mädchen als auch Jungen zeigen gegenüber ihren unauffälligen Altersgenossen erhöhte Raucherraten. Dies gilt insbesondere für den täglichen Tabakkonsum (■ Tabelle 2).

Essstörungen (SCOFF) und sexuelle Belästigung

Für die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen negativen sexuellen Erlebnissen und Merkmalen von Essstörungen wurden auf die Frage „Bist du schon einmal sexuell belästigt worden?“ die Antworten „Ja, von Erwachsenen“, „Ja, von Jugendlichen“, und „Ich will darauf nicht antworten“ zusammengefasst und als Bejahung interpretiert. So gesehen zeigt sich ein hochsignifikanter Zusammenhang für Jungen im Alter von 11–13 Jahren und ein

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2007 · 50:794–799
DOI 10.1007/s00103-007-0242-6
© Springer Medizin Verlag 2007

H. Hölling · R. Schlack

Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)

Zusammenfassung

Essstörungen gehören zu den Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren (ICD 10). Im Kindes- und Jugendalter zählen sie zu den häufigsten chronischen Gesundheitsproblemen. Insgesamt 6634 Kinder und Jugendliche im Alter von 11–17 Jahren beantworteten im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS) den SCOFF-Fragebogen, ein Screening-Instrument zur Identifizierung von Verdachtsfällen auf Essstörungen. Neben dem SCOFF-Fragebogen wurden zur Erhärtung der Ergebnisse weitere Indikatoren für mögliche Essstörungen wie Body-Mass-Index (BMI), Angaben zu Verhaltensauffälligkeiten (erfasst mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire,

SDQ) Rauchen, Angaben zur sexuellen Belästigung sowie die Einschätzung des Körperbildes herangezogen. Insgesamt 21,9% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland im Alter von 11–17 Jahren zeigen Symptome von Essstörungen. Mädchen sind mit 28,9% hochsignifikant häufiger betroffen als Jungen (15,2%). Die Quote der SCOFF-Auffälligen steigt bei annähernd gleichen Ausgangswerten im Alter von 11 Jahren bei den Mädchen im Altersgang an, bei den Jungen fällt sie ab. Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status sind mit 27,6% fast doppelt so häufig betroffen wie solche aus Familien mit hohem Status (15,6%). Migranten weisen gegenüber Nicht-Migranten eine um ca. 50% er-

höhte Quote auf. Der Anteil der Normalgewichtigen, die sich als zu dick einschätzen, ist bei den SCOFF-Auffälligen um den Faktor 2,5 erhöht. SCOFF-Auffällige rauchen mehr und berichten häufiger über Erfahrungen sexueller Belästigung. Aufgrund der Schwere, der Tendenz zur Chronifizierung und langwierigen Therapie der klinisch manifesten Erkrankungen sollten wirksame Konzepte zur Prävention entwickelt werden.

Schlüsselwörter

Gesundheitsurvey · Kinder · Jugendliche · Essstörungen · SCOFF · Sozioökonomischer Status

Eating disorders in children and adolescents. First results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS)

Abstract

Eating disorders are included in the category of mental and behavioural disorders (ICD 10). They are among the most common chronic health problems encountered in children and adolescents. A total of 7,498 children and adolescents (weighted) aged 11 to 17 years answered the SCOFF questionnaire, a screening instrument to identify cases of suspected eating disorder. Parallel to the SCOFF questionnaire, further factors for possible eating disorders, such as the Body Mass Index (BMI), information on abnormal behaviour (using the Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ) smoking, sexual and body self-image assessment, were gathered to substantiate the results. In

total, 21.9% of the children and adolescents in Germany aged 11 to 17 years showed symptoms of eating disorders. With 28.9%, girls are more frequently affected than boys (15.2%); this difference is highly significant. In the presence of almost identical initial values, the rate of subjects with abnormal SCOFF scores increases, starting from age 11 years, in girls as they age, while it drops in boys. Children and adolescents with low socioeconomic status (SES) are, with 27.6%, almost twice as often affected than those with high SES (15.6%). Migrants have an approx. 50% higher rate compared to non-migrants. A 2.5-fold increase in the percentage of individuals with normal weight

who perceive themselves as too fat is found among those with abnormal SCOFF scores. Individuals with abnormal SCOFF scores smoke more and report more frequently about sexual harassment. Because of the severity, the tendency to chronification and the protracted therapy of the clinically apparent disorders, effective concepts for prevention should be developed.

Keywords

Health survey – Children – Adolescents – Eating disorders – SCOFF – Socioeconomic status

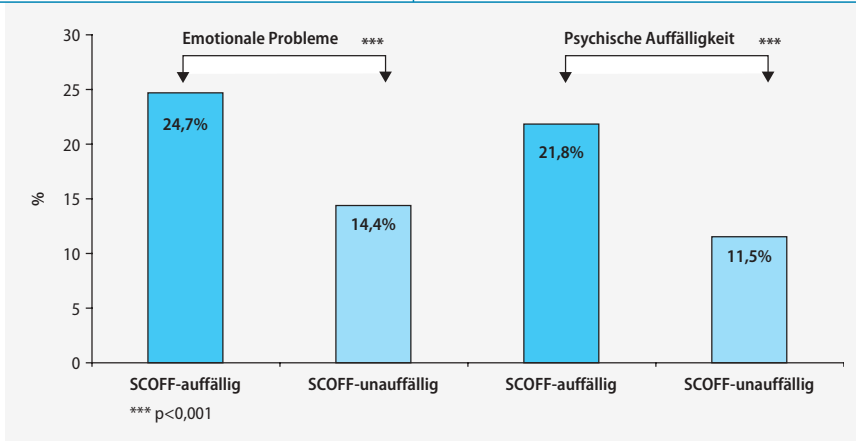


Abb. 2 ▲ Häufigkeiten von Essstörungen (SCOFF) nach emotionalen Problemen (SDQ) und SDQ-Gesamtwert (Elternurteil)

signifikanter Zusammenhang für Mädchen der gleichen Altersgruppe. Auch in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen unterscheiden sich die SCOFF-auffälligen Jugendlichen bedeutsam hinsichtlich ihrer Erfahrungen mit sexueller Belästigung gegenüber den Unauffälligen: bei den Jungen sind die Unterschiede sehr signifikant, bei den Mädchen hochsignifikant (■ Tabelle 2).

Diskussion

Essstörungen können Lösungsversuche für tiefer liegende psychische Probleme sein. Sie treten über die gesamte Altersspanne auf. Im Jugendalter, besonders in der Zeit der Pubertät, besteht eine erhöhte Gefahr, eine Essstörung zu entwickeln. Essstörungen sind das Ergebnis einer Interaktion zwischen der betroffenen Person, ihrer Problemsituation und der Umwelt [1] und signalisieren Verweigerung, Resignation oder Anpassung. Nach den

vorliegenden Ergebnissen der KiGGS-Studie weisen mehr als 20% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 11–17 Jahren Symptome von Essstörungen auf, Mädchen fast doppelt so häufig als Jungen. Fest steht jedoch, dass die einstmals typisch weiblichen Erkrankungen heute in zunehmendem Maße auch Jungen betreffen.

Die hoch anmutenden Prävalenzen ordnen sich, trotz der eingeschränkten Vergleichbarkeit aufgrund stark variierender Studiendesigns und dem Fehlen allgemein gültiger Kriterien zur Klassifikation subklinischer Essstörungen, durchaus in die Befunde anderer Untersuchungen ein. Aschenbrenner et al. [13] fanden in ihrer Untersuchung 28,5% der jungen Frauen und 12,6% der Männer mit deutlichen Auffälligkeiten in ihrem Essverhalten. Insbesondere Migrantinnen waren häufiger betroffen als Frauen ohne Migrationshintergrund. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch die vorliegende Arbeit. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund weisen eine um 50% erhöhte Quote an Merkmalen für Essstörungen auf gegenüber Nicht-Migranten. Als möglicher Grund hierfür kann eine Überidentifikation mit westlichen Normen und Werten sowie Anpassungsstress vermutet werden [28].

Ein großer Teil der Kinder und Jugendlichen, dabei vorzugsweise Mädchen und junge Frauen [8, 11, 13], setzen sich intensiv mit ihrem Erscheinungsbild auseinander und entwickeln, häufig auf der Grundlage von Idealbildern, Wunschvorstellungen von ihrer Figur. Auch aus den KiGGS-Daten gibt es starke Hinweise darauf, dass der Einfluss dieses gesellschaftlichen Ideals nicht unbeträchtlich ist. Der Anteil der nach SCOFF auffälligen Kinder und Jugendlichen mit Normalgewicht, die sich als zu dick einschätzen, ist ca. um den Faktor 2,5 erhöht.

Zu betonen ist, dass es sich bei Essstörungen um Formen psychischer Erkrankungen handelt. Insofern ist die durch den SCOFF-Fragebogen identifizierte Risikogruppe nicht allein hinsichtlich ihres Essverhaltens oder bezüglich Körperschemastörungen auffällig. Sie weist signifikant höhere Ausprägungen bezüglich der Merkmale „Ängste“ und „Depressivitätsneigung“ (Subskala „Emotionale

Tabelle 2

Unterschiede zwischen SCOFF-Auffälligen und SCOFF-Unauffälligen nach verschiedenen Indikatoren für Essstörungen

	SCOFF-auffällig	SCOFF-unauffällig
BMI		
< P10 % (95 % KI)	1,9 (1,3–2,7)	9,1 (9,1–8,2)
≥ P10 ≤ P90 % (95 % KI)	63,4 (60,8–66,0)	78,2 (76,8–79,5)
> P90 (95 % KI)	34,7 (32,2–37,3)	12,7 (11,7–13,8)
Tägliches Rauchen		
Jungen % (95 % KI)	28,4 (22,4–35,1)	20,2 (20,2–18,0)
Mädchen % (95 % KI)	26,1 (22,4–30,1)	18,1 (15,6–20,9)
Körperselbstbild bei Normalgewicht (≤ P10 und < P90)		
Viel/etwas zu dünn % (95 % KI)	3,2 (2,2–4,7)	15,3 (14,0–16,7)
Genau richtig % (95 % KI)	20,1 (17,5–23,0)	56,1 (54,1–58,1)
Viel/etwas zu dick % (95 % KI)	76,7 (73,5–79,5)	28,6 (26,9–30,3)
Sexuelle Belästigung (11–13 Jahre)		
Jungen % (95 % KI)	7,3 (4,3–12,0)	1,3 (0,8–2,2)
Mädchen % (95 % KI)	5,8 (3,7–9,2)	3,1 (2,1–4,4)
(14–17 Jahre)		
Jungen % (95 % KI)	5,4 (3,2–9,2)	1,9 (1,3–2,7)
Mädchen % (95 % KI)	17,3 (14,2–20,9)	9,9 (8,1–12,0)

Probleme“, SDQ) sowie hinsichtlich des SDQ-Gesamtwerts auf als die Gruppe der Nichtauffälligen. Auch die höheren Quoten an Rauchern und Kindern und Jugendlichen mit unerwünschten sexuellen Erfahrungen bei SCOFF-Auffälligen müssen in diesen Zusammenhang eingeordnet werden. Die Abnahme der selbst berichteten Lebenszeitprävalenzen bezüglich sexueller Belästigung bei Jungen von der Altersgruppe 11–13 Jahre hin zu den 14- bis 17-Jährigen ist vermutlich ein Artefakt und die Begründung möglicherweise darin zu sehen, dass im Zuge der Pubertät ein verändertes Rollenverständnis es männlichen Jugendlichen schwerer möglich macht, sich – auch retrospektiv – als Opfer einer unerwünschten sexuellen Annäherung zu sehen.

Der Verdacht auf Essstörungen variiert mit dem sozialen Status. Besonders bemerkenswert ist die auffällig große Diskrepanz zwischen Teilnehmern aus Familien mit hohem im Vergleich zu Teilnehmern aus Haushalten mit niedrigem Sozialstatus, bei denen die Quote an Essstörungen nach SCOFF nahezu doppelt so hoch ist. Dieser Befund ist vor dem Hintergrund zu interpretieren, dass Übergewicht und Adipositas häufiger bei Angehörigen der unteren sozioökonomischen Statusgruppe auftreten [9], während Bulimie und Anorexie bzw. deren subklinische Formen insgesamt seltener sind [2] und tendenziell häufiger bei Personen mit mittlerem und höherem sozioökonomischen Status auftreten.

Die gefundenen hohen Prävalenzen von Essstörungssymptomen nach SCOFF verdeutlichen die Public-Health-Relevanz dieses Themas. Klinisch manifeste Erkrankungen zeichnen sich durch schwere Verläufe, die Tendenz zur Chronifizierung und langwierigen Therapien aus. Zur Prävention ist eine verbesserte Früherkennung durch vermehrte Aufklärung von Jugendlichen und Sorgeberechtigten über das Krankheitsbild, die Risikofaktoren, Gefahren von essstörungsrelevantem gesundheitsschädigendem Verhalten wie Kalorienrestriktion, induziertes Erbrechen etc. [29] sowie eine Sensibilisierung pädagogisch Tätiger wie Lehrern oder Trainern erforderlich. Die Prävention sollte dabei sowohl auf kognitiver als auch auf emotionaler Ebene stattfinden [14].

Zur differenzierteren Identifikation von Ursachen und Verlauf verschiedener Formen von Essstörungen sollten, beginnend vom Kindes- und Jugendalter an, weitere quer- und längsschnittliche Studien folgen. Besonders der Erforschung einheitlicher, vergleichbarer, möglichst Screening-geeigneter Instrumente mit höherer Aussagefähigkeit sollte dabei mehr Beachtung geschenkt werden. Weiteren Studien bleibt es vorbehalten zu untersuchen, welche Bedingungen für den Übergang der präklinischen Formen von Essstörungen in die klinischen Vollbilder verantwortlich sind bzw. mit welchen vorklinischen Formen sie einhergehen.

Korrespondierende Autorin

Heike Hölling

Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und
Gesundheitsberichterstattung
Postfach 650261
13302 Berlin, BRD
E-Mail: HoellingH@rki.de

Literatur

1. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2004) Essstörungen. Suchtmedizinische Reihe, 3. Eigenverlag, Hamm
2. Franke A (2002) Essstörungen bei Männern und Frauen. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg) *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit*. Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle
3. Holtkamp K, Herpertz-Dahlmann B (2005) Anorexia und Bulimia nervosa im Kindes- und Jugendalter. *DÄBl* 102:A50–A58
4. Eating Disorders in Adolescents: Position Paper of the Society for Adolescent Medicine (2003). *J Adolesc Health* 33:496–505
5. Fairburn CG, Harrison PJ (2003) Eating disorders. *Lancet* 361:407–416
6. Patton GC (1988) Mortality in eating disorders. *Psychological Med* 1:947–951
7. Vitiello B, Lederhendler J (2000) Current status and future prospects. *Biol Psychiatry* 47:777–786
8. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) (2002) Essstörungen. DGE-Fach-Info, Beratungspraxis 1
9. 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). *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 50:736–743
10. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) (2000) *Ernährungsbericht*. Eigenverlag, Frankfurt am Main
11. Roth M (1998) Prädiktoren gezielten Essverhaltens bei Jugendlichen. *Z Med Psychol* 4:158–162
12. Berger U, Schilke C, Strauß B (2005) Gewichtssorgen und Diätverhalten bei Kindern in der 3. und 4. Klasse. *Psychother Psych Med* 55:331–338

13. Aschenbrenner K, Aschenbrenner F, Kirchmann H, Strauß B (2004) Störungen des Essverhaltens bei Gymnasiasten und Studenten. *Psychother Psych Med* 54:T1–T13
14. Buddeberg-Fischer B (2000) Früherkennung und Prävention von Essstörungen. Essverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen. Schattauer, Stuttgart
15. Kurth B-M (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS): Ein Überblick über Planung, Durchführung und Ergebnisse unter Berücksichtigung von Aspekten eines Qualitätsmanagements. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 50:533–546
16. Kamtsiuris P, Lange M, Schaffrath Rosario A (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS): Stichprobendesign, Response und Nonresponse-Analyse. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 50:547–556
17. Hölling H, Kamtsiuris P, Lange M et al. (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS): Studienmanagement und Durchführung der Feldarbeit. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 50:557–566
18. Filipiak-Pittroff B, Wölke G (2007) Externe Qualitätssicherung im Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS). Vorgehensweise und Ergebnisse. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 50:573–577
19. Dölle R, Schaffrath Rosario A, Stolzenberg H (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS): Datenmanagement. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 50:567–572
20. Lange M, Kamtsiuris P, Lange C et al. (2007) Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 50:578–589
21. Schenk L, Ellert U, Neuhauser H (2007) Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 50:590–599
22. Morgan JF, Reid F, Lacey H (1999) The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ* 319:1467–1468
23. Morgan JF, Reid F, Lacey JH, et al (2002) Questionnaire and clinical interview for eating disorders in general practice: The SCOFF comparative study. *BMJ* 325:755–756
24. Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 38:581–586
25. Goodman R (1999) The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to caseness and consequent burden. *J Child Psychol Psychiatry* 40:791–799
26. Hölling H, Erhart M, Ravens-Sieberer U, Schlack R (2007) Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder und Jugendgesundheits survey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 50: 784–793
27. Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Geller F et al. (2001) Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschr Kinderheilkd* 149:807–818
28. Rathner G (1996) Soziokulturelle Faktoren für die Entstehung von Essstörungen. *Psycho* 22:179–187
29. Grigg M, Bowman J, Redman S (1996) Disordered eating and unhealthy weight reduction practices among adolescent females. *Preventive Med* 25: 748–756