

Methodik der HBSC-Studie

Eckdaten der HBSC-Studie

Titel:	Health Behaviour in School-aged Children – World Health Organization Collaborative Cross-National Survey (HBSC)
Schirmherrschaft:	World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe
Teilnehmer:	44 Länder in Europa und Nordamerika
Ziele:	Erhebung des Gesundheitszustands und des gesundheitsrelevanten Verhaltens der 11-, 13- und 15-Jährigen sowie der soziodemographischen und psychosozialen Bedingungsfaktoren von Gesundheit im Jugendalter
Befragungsturnus:	Alle vier Jahre seit 1982 (deutsche Beteiligung seit 1993/94)
Koordination:	Gesamtkoordination der HBSC-Studie in Deutschland erfolgt durch die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Leitung: Prof. Dr. Matthias Richter) Zum nationalen HBSC-Studienverbund gehören mit ihren MitarbeiterInnen: <ul style="list-style-type: none">▪ Prof. Dr. Andreas Klocke (Frankfurt University of Applied Sciences)▪ Prof. Dr. Petra Kolip (Universität Bielefeld)▪ Prof. Dr. Wolfgang Melzer (Technische Universität Dresden)▪ Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer (Universität Hamburg)▪ Prof. Dr. Matthias Richter (Studienleitung, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg)▪ Prof. Dr. Gorden Sudeck (Eberhard Karls Universität, Tübingen)
Methode:	Schriftliche Befragung in der Schulklasse (Dauer ca. 45 min)
Stichprobe:	Zufallsauswahl aus der Grundgesamtheit der Klassen aller allgemeinbildenden- und Förderschulen der 5., 7. und 9. Jahrgangsstufe quotiert nach den bundeslandspezifischen Schulformen
Stichprobengröße:	Bundesweit 5.961 SchülerInnen aus 188 allgemeinbildenden Schulen und 8 Förderschulen sowie in zwei Bundesländern (Hamburg, Hessen) repräsentative Länder - stichproben

Einleitung

Die HBSC-Studie ist ein internationales Forschungsvorhaben, das darauf abzielt, die Gesundheit und das gesundheitsrelevante Verhalten von Heranwachsenden international vergleichend zu erfassen. Da die Studie seit 1982 in 4-jährigem Turnus in einer wachsenden Zahl von Ländern durchgeführt wird, werden die Studienergebnisse auch für Trendanalysen genutzt (1). Diese Forschungsziele setzen einen hohen Grad an Standardisierung anhand eines international verbindlichen Forschungsprotokolls voraus.

Deutschland beteiligte sich an der HBSC-Studie erstmals 1993/94 mit seinem einwohnerreichsten Bundesland Nordrhein-Westfalen. In Folgebefragungen schlossen sich Sachsen, Hessen, Berlin, Thüringen und Hamburg der Studie an und wurden in einem strukturtypischen Datensatz für Deutschland zusammengefasst. 2009/10 wurden mit Ausnahme Baden-Württembergs bundesweit Daten erhoben. In der aktuellen Befragungswelle 2013/14 konnten erstmals Daten in allen 16 Bundesländern erhoben werden.

Stichprobendesign

Die HBSC-Studie ist als Querschnittsstudie angelegt. Richtlinien zur Durchführung und Auswertung der HBSC-Studie sind im internationalen Studienprotokoll detailliert und für alle teilnehmenden Länder verbindlich festgehalten (2).

2013/14 nahm Deutschland erstmals mit allen Bundesländern teil. Die Stichprobe beläuft sich auf 5.961 11- bis 15-jährige Mädchen und Jungen. In zwei Bundesländern (Hamburg, Hessen) wurde die Stichprobe aufgestockt, so dass Repräsentativaussagen für diese beiden Bundesländer zusätzlich möglich sind.

Stichprobenziehung und Response

- Zielpopulation der Befragung sind SchülerInnen der 5., 7. und 9. Klassenstufen aller bundeslandspezifischen Schulformen (einschließlich Förderschulen mit den Schwerpunkten Lernen und emotionale und soziale Entwicklung).
- Insgesamt besteht die Stichprobe für Deutschland aus 5.961 SchülerInnen aus 188 allgemeinbildenden Schulen.
- Die Stichprobe ist eine geschichtete Klumpenstichprobe (Cluster Sample), d.h. Schulen und Schulklassen stellen die Untersuchungseinheit dar.
- Um Aussagen auf Schülerebene aufzeigen zu können, wurde aufgrund der Klumpenstichprobe in jeder Altersgruppe (11, 13 und 15 Jahre) eine Stichprobengröße von mindestens 1.500 Fällen realisiert (3).
- Die nach Bundesland und Schulform geschichtete Stichprobe wurde im Probability-proportional-to-size-Verfahren (PPS) ermittelt, um die Auswahlwahrscheinlichkeit der Schulen ihren Schülerzahlen anzupassen.
- Die Responserate auf Ebene der Schulen liegt über alle Bundesländer hinweg bei 24,4%; die Responserate auf Ebene der SchülerInnen liegt bei 77,2%.
- Gründe für eine Nichtteilnahme von SchülerInnen an der Befragung waren die krankheitsbedingte Abwesenheit am Befragungstag sowie das Nichtvorliegen der elterlichen Einverständniserklärung.
- Ursachen für die Entscheidung gegen eine Teilnahme an der HBSC-Studie auf Schulebene sind in erster Linie konkurrierende Projekte anderer Universitäten oder zeitliche Engpässe.

Eine Übersicht der Stichprobenverteilung ist Tabelle 1 zu entnehmen.

Tabelle 1: Verteilung der Stichprobe nach Schulform, Klassenstufe und Geschlecht ¹

Schulform	5. Klasse		7. Klasse		9. Klasse		Gesamt	
	Junge	Mädchen	Junge	Mädchen	Junge	Mädchen	Junge	Mädchen
Gymnasium	319	339	359	369	333	366	1.011	1.074
Realschule	161	148	250	218	234	200	645	566
Mischform ¹	261	256	268	268	319	334	848	858
Hauptschule	125	115	180	140	147	109	452	364
Förderschule	17	10	22	14	40	40	79	64
Gesamt	883	868	1.079	1.009	1.073	1.049	3.035	2.926

¹ Die Mischform ist eine heterogene Gruppe und schließt Gesamt- und Gemeinschaftsschulen, Schulformen mit verbundenem Haupt- und Realschulbildungsgang sowie Berliner und Brandenburger Grundschulen ein.

Ländersurveys und Gewichtung

Die Bundesländer Hamburg und Hessen haben jeweils die Fallzahl für ihr Bundesland aufgestockt, um repräsentative Aussagen zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten auf Länderebene zu treffen. In diesen Bundesländern wurde die Studie selbstverantwortlich durch die regional ansässigen Mitglieder des HBSC-Studienverbands Deutschland koordiniert.

Nach Prüfung des finalen Datensatzes ergaben sich leichte Unterschiede zwischen den vorab hochgerechneten Anteilen je Bundesland sowie je Schulform (z.B. zu wenig Förderschüler, zu viele Realschüler) und denen aus der finalen Stichprobe. Deshalb wurde ein Gewichtungsfaktor eingeführt, um die leichte Abweichungen auszugleichen.

Datenmanagement und Qualitätssicherung

Die Teilnahme an der Studie war anonymisiert und freiwillig, d.h. die Heranwachsenden sowie die Schulleitungen konnten einer Teilnahme widersprechen bzw. die Befragung zu jedem Zeitpunkt abbrechen. Die Studiendurchführung wurde in allen Bundesländern je nach landesspezifischen Vorgaben durch die zuständigen Bildungsministerien in Abstimmung mit den untergeordneten Datenschutzbeauftragten genehmigt. Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie war das schriftliche Einverständnis der Eltern („informed consent“). Die ausgefüllten Fragebögen wurden entsprechend den internationalen HBSC-Kodierstandards in eine Statistiksoftware eingelesen und dem internationalen Studienpartner an der Universität Bergen in Norwegen zur Datenbereinigung übergeben. Die be-

reinigten und standardisierten nationalen Datensätze wurden zum internationalen HBSC-Datensatz 2013/14 zusammengeführt. Die HBSC-Studie stützt sich ausschließlich auf Selbstangaben von SchülerInnen. Alle genutzten Items und Fragebogenelemente sind langjährig erprobt und auf ihre Gütekriterien hin untersucht (5). Eine Übersicht mit Informationen zu methodischen Hintergründen der internationalen HBSC-Studie ist kostenfrei unter <http://www.hbsc.org/methods/index.html> erhältlich. Die Datenanalyse erfolgt für Deutschland gemeinsam vom HBSC-Studienverbund Deutschland und für die zwei Ländersurveys getrennt an den zuständigen Verbundstandorten.

Erhebungsinstrument

Die Angaben zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen werden per Selbstauskunft mit einem international standardisierten Fragebogen erfasst. In allen beteiligten Ländern wird ein identischer Kernfragebogen eingesetzt. Eine Übersicht über die dabei erfragten Themenbereiche ist Tabelle 2 zu entnehmen. Während bestimmte Themenbereiche, wie z.B. Zahngesundheit, mit einer Frage über die Häufigkeiten des Zähneputzens erhoben wurde, wurden andere Inhaltsbereiche, wie z.B. psychosomatische Beschwerden, über mehrere Fragen abgebildet und dann zu aussagekräftigen Gesamtwerten (Skalen) zusammengefasst. Darüber hinaus wurde der nationale Fragebogen durch optionale Fragebogenpakete (z.B. psychische Gesundheit) ergänzt und lässt vertiefte Analysen zu.

Tabelle 2: Themenbereiche im HBSC-Kernfragebogen

Themenbereiche des Fragebogens
▪ Soziodemografische Angaben u.a. Geschlecht, Alter, Familienstruktur, Herkunft/Migrationshintergrund, familiärer Wohlstand
▪ Allgemeine Gesundheitsindikatoren u.a. Selbsteinschätzung der Gesundheit, Beschwerdelast, Lebenszufriedenheit
▪ Gesundheits- und Risikoverhalten u.a. Substanzkonsum, körperliche Aktivität, Mediennutzungsverhalten, Ernährungsverhalten, Mobbing
▪ Soziale Ressourcen und Unterstützungssysteme u.a. Familie, Schule, Gleichaltrigengruppe, Selbstkonzept

Operationalisierung der Variablen

In verschiedenen themenspezifischen Faktenblättern wird beschrieben, wie die jeweiligen Themen im HBSC-Fragebogen erfasst wurden. Die Darstellung in den Faktenblättern erfolgt nach einer einheitlichen Struktur und beschreibt die Themenfelder nach den soziodemographischen Hintergrundvariablen Alter, Geschlecht, familiärer Wohlstand und Migrationshintergrund. Im HBSC-Fragebogen wurden diese Variablen wie folgt operationalisiert:

- Das **Alter** der Kinder und Jugendlichen wurde mit zwei Fragen zum Geburtsmonat und zum Geburtsjahr operationalisiert. Die Frage: „Bist du ein Junge oder ein Mädchen?“, gibt Aufschluss über das **Geschlecht** der Befragten.
- Zur Bestimmung des **familiären Wohlstands** wurden die SchülerInnen zu bestimmten Wohlstandsgütern im Elternhaus befragt (Computer, Autos, eigenes Zimmer, Urlaube, Badezimmer, Geschirrspülmaschine). Aus diesen sechs Items wurde ein summativer Index gebildet, der anhand einer Quintileinteilung in drei Gruppen zusammengefasst wurde: niedriger familiärer Wohlstand (<20% der Stichprobe), mittlerer familiärer Wohlstand (20-80% der Stichprobe) und hoher familiärer Wohlstand (80-100% der Stichprobe). Der familiäre Wohlstand wird als Indikator des sozioökonomischen Status angesehen (2).
- Der **Migrationshintergrund** wurde mit Fragen zum eigenen Geburtsland, zum Geburtsland der Eltern und zu der im Elternhaus gesprochenen Sprache operationalisiert (4). Der Migrationshintergrund wird dreistufig differenziert. Heranwachsende, von denen ein Elternteil zugewandert oder nicht deutscher Staatsangehörigkeit ist, werden als Heranwachsende mit einseitigem Migrationshintergrund bezeichnet. Ein beidseitiger Migrationshintergrund trifft zu, wenn entweder die Schülerinnen selbst aus einem anderen Land zugewandert sind und von denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren wurde oder beide Eltern zugewandert sind oder nicht deutsche

Staatsangehörigkeit haben. Sofern die Angaben zum Geburtsland des Kindes und der Eltern fehlten, wurde auf die gesprochene Sprache im Elternhaus zurückgegriffen. Wenn dieses eine Fremdsprache ist, wurde von einem beidseitigen Migrationshintergrund ausgegangen; andernfalls wurde kein Migrationshintergrund zugewiesen (4).

Hinweise zum Umgang mit den HBSC-Faktenblättern

Das HBSC-Forscherteam arbeitet an der Auswertung des nationalen HBSC-Datensatzes und an der Erstellung zahlreicher Buchpublikationen und Zeitschriftenbeiträge. Um dem Interesse der Öffentlichkeit nach möglichst übersichtlichen und komprimierten Ergebnisdarstellungen gerecht zu werden, werden die Ergebnisse verschiedener Indikatoren in Form von Faktenblättern zusammengefasst. Neben diesem Faktenblatt „Methodik der HBSC-Studie“ wird eine Sammlung themenspezifischer Faktenblätter zum Download unter <http://hbsc-germany.de/downloads/> bereitgestellt.

Lesehinweise für Tabellen und Abbildungen

In den Faktenblättern werden die Ergebnisse zu den jeweiligen Indikatoren in einer Gesamtdarstellung sowie nach Altersgruppen getrennt im Geschlechtervergleich präsentiert. Der Aufbau der Abbildungen ist in allen Faktenblättern identisch. Dieser wird am Beispiel von Abbildung 1 „Gesundheitswirksame körperliche Aktivität nach Alter und Geschlecht (in %)“ erläutert: Die Empfehlungen für gesundheitswirksame körperliche Aktivität werden von 12% aller Mädchen und 19,1% aller Jungen eingehalten. Hierbei ist der Anteil gesundheitswirksam körperlich aktiver SchülerInnen statistisch signifikant verschieden (Gesamtdarstellung). Die Geschlechterunterschiede bleiben auch im Altersgruppenvergleich bestehen. Eine Betrachtung über die drei Altersgruppen hinweg zeigt sowohl für Mädchen als auch für Jungen einen Rückgang der gesundheitswirksamen körperlichen Aktivität.

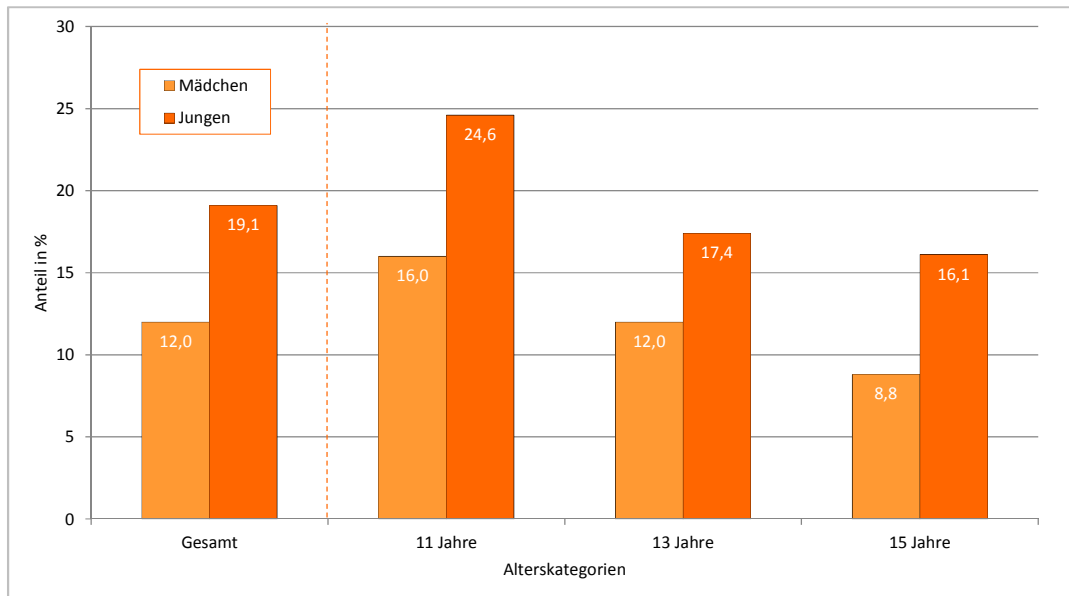


Abbildung 1: Gesundheitswirksame körperliche Aktivität nach Alter und Geschlecht (in %)

Literatur

1. Kuntsche, E., & Ravens-Sieberer, U. (2015). Monitoring adolescent health behaviours and social determinants cross-nationally over more than a decade: introducing the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study supplement on trends. *Eur J Public Health*, 25, 1–3.
2. Currie, C., Inchley, J., Molcho, M. et al. (2014). Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, Methodology and Mandatory items for the 2013/14 Survey. St Andrews: CAHRU. St. Andrews: CAHRU.
3. Roberts, C., Freeman, J., Samdal, O. et al. (2009). The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. methodological developments and current tensions. *Int J Public Health*, 54, 140-150.
4. Schenk, L., Ellert, U. & Neuhauser, H. (2007). Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50(5&6), 590-599.
5. Bucksch, J., Hilitzer, U., Gohres, H. et al. (2015). HBSC-Studie als Instrument der Gesundheitsberichterstattung im Kindes- und Jugendalter – Potenziale und Grenzen. *Gesundheitswesen*: DOI: 10.1055/s-0034-1396892.

Bitte zitieren Sie dieses Faktenblatt wie folgt:
HBSC-Studienverbund Deutschland* (2015). Studie Health Behaviour
in School-aged Children – Faktenblatt „Methodik der HBSC-Studie“.

Kontakt

Prof. Dr. Matthias Richter
Institut für Medizinische Soziologie (IMS)
Medizinische Fakultät
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Magdeburger Straße 8
06112 Halle (Saale)
Tel +49 (0) 345 | 557 1166
Fax +49 (0) 345 | 557 1165

E-Mail: hbsc-germany@medizin.uni-halle.de



*Der HBSC-Studienverbund Deutschland setzt sich aus den folgenden Standorten zusammen: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Prof. Dr. Matthias Richter, Leitung), Universität Bielefeld (Prof. Dr. Petra Kolip); Technische Universität Dresden (Prof. Dr. Wolfgang Melder); Frankfurt University of Applied Sciences (Prof. Dr. Andreas Klocke); Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer), Hochschule Magdeburg-Stendal (Prof. Dr. Ludwig Bilz), Universität Tübingen (Prof. Dr. Gorden Sudeck)