

HBSC-Team Deutschland



Faktenblatt zur Studie

Health Behaviour in School-aged Children 2009/10

Methodik der HBSC-Studie

Eckdaten der HBSC-Studie

- Titel:** Health Behaviour in School-aged Children – A WHO Cross National Survey (HBSC)
- Schirmherrschaft:** World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe
- Teilnehmer:** ca. 40 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 und Gesundheitsverhalten im Jugendalter
- Befragungsturnus:** alle vier Jahre seit 1982 (deutsche Beteiligung seit 1993/94)
- Koordination:** Gesamtkoordination der HBSC-Studie in Deutschland erfolgt durch das WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion mit Sitz an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld (Prof. Dr. Petra Kolip)
Zum nationalen HBSC-Team gehören mit ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern:
- Prof. Dr. Petra Kolip (Studienleitung, Universität Bielefeld)
 - Prof. Dr. Andreas Klocke (Fachhochschule Frankfurt am Main)
 - Prof. Dr. Wolfgang Melzer (Technische Universität Dresden)
 - Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer (Universität Hamburg)
- Methode:** schriftliche Befragung in der Schulklasse (Dauer ca. 45 min)
- Stichprobe:** Zufallsauswahl aus der Grundgesamtheit der Klassen aller allgemeinbildenden Schulen der 5., 7. und 9. Jahrgangsstufe quotiert nach den bundeslandspezifischen Schulformen
- Stichprobengröße:** bundesweit 5.005 Schülerinnen und Schüler aus 289 allgemeinbildenden Schulen sowie in vier Bundesländern (Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Thüringen) repräsentative Länderstichproben

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 voraus und begründen den Einsatz quantitativer Forschungsmethoden in Form von

schriftlichen Befragungen.

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. Die letzte Befragungswelle 2009/10 wurde mit Ausnahme von Baden-Württemberg in allen weiteren deutschen Bundesländern umgesetzt.

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). 2009/10 nahm Deutschland mit einer Stichprobe von 5.005 11- bis 15-Jährigen teil. Die Befragung fand ohne die Beteiligung von Baden-Württemberg in allen Bundesländern statt. In vier Bundesländern (Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Thüringen) wurde die Stichprobe aufgestockt, so dass Repräsentativaussagen für diese Bundesländer zusätzlich möglich sind.



Abbildung 1: Regionale Verteilung der deutschlandweiten Stichprobe nach Bundesland

(n= Anzahl der Schülerinnen und Schüler; grün: Teilnahme an bundesweiter Erhebung; blau: wie grün + repräsentative Erhebung auf Landesebene; grau: nicht beteiligt)

Stichprobenziehung und Response

- Zielpopulation der Befragung sind Schülerinnen und Schüler der 5., 7. und 9. Klassenstufen aller bundeslandspezifischen Schulformen.
- Zur Sicherung der nationalen Repräsentativität des HBSC-Surveys wurden in jeder Altersgruppe mindestens 1.500 Fälle ausgewählt (3).
- Insgesamt besteht die Stichprobe für Deutschland aus 5.005 Schülerinnen und Schülern an 289 allgemeinbildenden Schulen (Abb. 1).
- Die Stichprobe ist eine geschichtete Klumpenstichprobe (Cluster Sample), d.h. Schulen und Schulklassen stellen die Untersuchungseinheit dar.
- Die nach Bundesland, Regierungs- bzw. Stadtbezirk und Schulform geschichtete Stichprobe wurde im sog. PPS-Design (probability proportional to size) gezogen.
- Die Responserate auf Ebene der Schulen liegt über alle Bundesländer verteilt bei 48%; die Responserate auf Ebene der Schülerinnen und Schüler liegt bei 86%.
- Gründe für eine Nichtteilnahme von Schülerinnen und Schülern 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 auf strukturelle Rahmenbedingungen zurückzuführen. Um die Teilnahmebereitschaft zu erhöhen, erhielt jede Schule einen Bericht, in dem die wichtigsten Basisindikatoren im Vergleich zu anderen Schulen aufbereitet wurden.

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

Schulform	5. Klasse		7. Klasse		9. Klasse		Gesamt	
	Junge	Mädchen	Junge	Mädchen	Junge	Mädchen	Junge	Mädchen
Grundschule*	66	51	0	0	0	0	66	51
Hauptschule	123	112	146	117	112	119	381	348
Realschule	212	217	231	225	180	226	623	668
Gesamtschule	63	73	85	82	73	87	221	242
Gymnasium	365	344	341	383	300	412	1.006	1.139
Mischform**	50	55	51	42	31	31	132	128
Gesamt	879	852	854	849	696	875	2.429	2.576

* Schulform existiert nur in Berlin

** Schulen mit Real- und Hauptschüler/-innen

Ländersurveys und Gewichtung

Die Bundesländer Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Thüringen 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 Mitglieder des HBSC-Teams Deutschland koordiniert (siehe „Nationales HBSC-Team auf S.1).

Zum Zeitpunkt der Fallzahlplanung ging das HBSC-Team Deutschland von einer Beteiligung aller Bundesländer aus. Da letztlich nur 15 Bundesländer an der HBSC-Studie teilnahmen, wurde die Stichprobe in den teilnehmenden Bundesländern aufgestockt. In Bayern, Berlin und Bremen konnten die im Vorfeld bestimmten Fallzahlen nicht erreicht werden, so dass die geringeren Fallzahlen mittels Gewichtung ausgeglichen werden. Die Gewichtung erfolgte mit dem Ziel, jedes Bundesland entsprechend seiner aktuellen Anzahl an 11-, 13- und 15-jährigen Schülerinnen und Schülern in dem nationalen Datensatz zu repräsentieren.

Erhebungsinstrument

Die Angaben zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen werden per Selbstauskunft mit einem standardisierten Fragebogen erfasst. In allen beteiligten Ländern wird ein identischer Kernfragebogen eingesetzt. Eine Übersicht über die dabei erfragten Themenbereiche ist Tabelle 2 zu entnehmen.

Darüber hinaus existieren zusätzliche optionale Fragenmodule. Diese wurden für die deutsche Stichprobe allerdings nur auf der Ebene der repräsentativen Ländersurveys genutzt.

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.

Tabelle 2: Themenbereiche im HBSC-Kernfragebogen

Themenbereiche des Fragebogens:
<ul style="list-style-type: none">▪ Soziodemografische Angaben u.a. Geschlecht, Alter, Familienstruktur, Herkunft/Migrationshintergrund, familiärer Wohlstand
<ul style="list-style-type: none">▪ Allgemeine Gesundheitsindikatoren u.a. Körperliche Gesundheit, Psychische Gesundheit, Soziale Gesundheit
<ul style="list-style-type: none">▪ Gesundheits- und Risikoverhalten u.a. Substanzkonsum, Körperliche Aktivität, Ernährungsverhalten, Aggressives Verhalten, Freizeitverhalten
<ul style="list-style-type: none">▪ Soziale Ressourcen und Unterstützungssysteme u.a. Familie, Schule, Gleichaltrigengruppe, Selbstkonzept

Aufbereitung und Umgang mit Variablen aus dem HBSC-Fragebogen

In verschiedenen themenspezifischen Faktenblättern wird beschrieben, wie die jeweiligen Themenbereiche im HBSC-Fragebogen erfasst wurden. In den Faktenblättern werden die Themenbereiche nach dem soziodemographischen Hintergrund mit den Variablen Alter, Geschlecht, familiärer Wohlstand und Migrationshintergrund dargestellt. Im HBSC-Fragebogen wurden diese Variablen wie folgt erfasst und für die Auswertung aufbereitet:

- 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 und Schüler zu bestimmten Wohlstandsgütern im Elternhaus befragt (Computer, Autos, eigenes Zimmer, Urlaube). Aus diesen vier Items wurde ein Index gebildet, anhand dessen eine Kategorisierung in drei Gruppen erfolgt (niedriger familiärer Wohlstand, mittlerer familiärer Wohlstand, hoher familiärer Wohlstand). Der familiäre Wohlstand wird als Indikator des sozioökonomischen Status angesehen (4).
- Der **Migrationshintergrund** wurde mit Fragen zum eigenen Geburtsland, zum Geburtsland der Eltern und zu der im Elternhaus gesprochenen Sprache operationalisiert. Diese Vorgehensweise hat sich bereits in anderen Studien bewährt (z.B. bei KiGGS). In der HBSC-Studie wird der Migrationshintergrund dreistufig differenziert. Hierbei werden Kinder und Jugendliche, von denen ein Elternteil zugewandert oder nicht deutscher Staatsangehörigkeit ist, als Kinder und Jugendliche mit einseitigem Migrationshintergrund bezeichnet. Ein beidseitiger Migrationshintergrund trifft zu, wenn entweder die Kinder und Jugendlichen selbst aus einem anderen Land zugewandert sind und von denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren wurde oder beide Eltern zugewandert oder nicht deutscher Staatsangehörigkeit sind. Sofern die Angaben zu 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; an-

derfalls wurde von keinem Migrationshintergrund ausgegangen (5).

Datenmanagement und Qualitätssicherung

Die Teilnahme an der Studie war anonymisiert und freiwillig, d.h. die Kinder und Jugendlichen konnten einer Teilnahme widersprechen bzw. die Befragung zu jedem Zeitpunkt abbrechen. Die Studiendurchführung wurde in 15 Bundesländern durch die zuständigen Ministerien, Schulämter und Datenschutzbeauftragten genehmigt. Voraussetzung für die Teilnahme an der Befragung war das schriftliche Einverständnis der Eltern. Die Fragebögen wurden entsprechend den internationalen HBSC-Kodierstandards in eine Statistiksoftware eingelesen und dem internationalen Koordinationsteam Statistik an der Universität Bergen in Norwegen zur Datenbereinigung übergeben. Die bereinigten und standardisierten nationalen Daten wurden zum internationalen HBSC-Datensatz 2009/10 zusammengeführt. Die Publikation der Auswertungen des internationalen Datensatzes erfolgt im Jahr 2012. Die Endversion des Datensatzes für Deutschland bildet die Basis der themenspezifischen Faktenblätter sowie weiterer Publikationen.

Zur Prüfung von Testgütekriterien wurden für verschiedene Items und Fragebogenelemente der HBSC-Studie 1998 in Norwegen zahlreiche Testverfahren durchgeführt. Die Validität und Reliabilität des HBSC-Fragebogens ist demnach zufriedenstellend ausgefallen (2). Die Datenanalyse erfolgt für Deutschland insgesamt gemeinsam vom HBSC-Team Deutschland und für die vier Ländersurveys getrennt an den verschiedenen Standorten des HBSC-Teams. Um die Qualität der statistischen Analyseschritte zu gewährleisten und um bei den Ergebnissen einen hohen Grad an Standardisierung und Reproduzierbarkeit zu ermöglichen, steht das HBSC-Team Deutschland in einem engen methodischen Austausch mit GESIS.

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. Am Beispiel von Abbildung 2: Geschlechts- und altersspezifischer Anteil (in %) gesundheitswirksam körperlich aktiver Jungen und Mädchen, soll die Abbildung erläutert werden:

Die Empfehlungen für gesundheitswirksame körperliche Aktivität werden von 14% aller Mädchen und 20% aller Jungen eingehalten. Hierbei ist der Anteil gesundheitswirksam körperlich aktiver Schülerinnen und Schüler statistisch signifikant verschieden (Gesamtdarstellung). Die signifikanten 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.

Literatur

1. Currie, C., Nic Gabhainn, S., Godeau, E. and the International HBSC Network Coordinating Committee (2009). The Health Behaviour in School-aged Children: WHO Collaborative Cross-National (HBSC) Study: origins, concept, history and development 1982-2008. *International Journal of Public Health*, 54 Suppl 2, 131-139.
2. Griebler, R., Molcho, M., Samdal, O., Inchley, J., Dür, W. & Currie, C. (Eds.). (2010). *Health Behaviour in School-Aged Children: a World Health Organization Cross-National Study: Research Protocol for the 2009/2010 Survey*. Vienna & Edinburgh: LBIHPR & CAHRU.
3. King, A., Wold, B., Tudor-Smith, C. & Harel, Y. (1996). *The Health of Youth: A Cross-National Survey*. WHO Regional Publications, European Series No. 69.
4. Currie, C., Moloch, M., Boyce, W., Holstein, B., Torsheim, T. B. & Richter, M. (2008). Researching health inequalities in adolescents: the development of the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) family affluence scale. *Social Science & Medicine*, 66(6), 1429-1436.
5. 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.

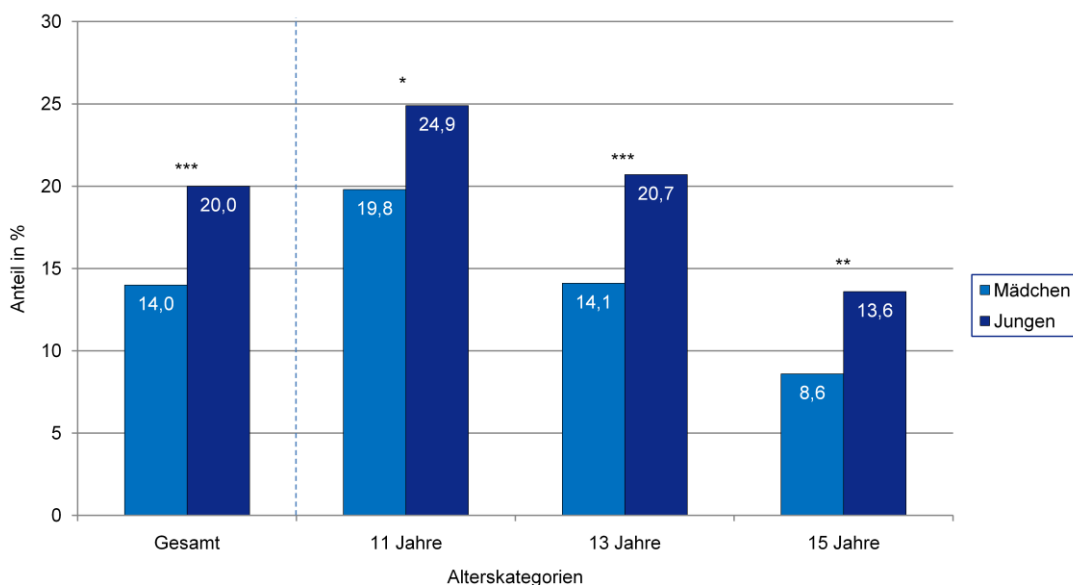


Abbildung 2: Geschlechts- und altersspezifischer Anteil (in %) gesundheitswirksam körperlich aktiver Jungen und Mädchen (*: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$, ***: $p < 0,001$, n.s.: nicht signifikant)

Bitte zitieren Sie dieses Faktenblatt wie folgt:
HBSC-Team Deutschland* (2012). Studie Health Behaviour in
School-aged Children – Faktenblatt „Methodik der HBSC-
Studie“. Bielefeld: WHO Collaborating
Centre for Child and Adolescent Health Promotion.

Kontakt

Prof. Dr. Petra Kolip
Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
WHO Collaborating Centre for Child and
Adolescent Health Promotion
Postfach 100131
33501 Bielefeld

E-Mail: hbsc@uni-bielefeld.de



*Das HBSC Team Deutschland setzt sich aus den folgenden Standorten zusammen: Universität Bielefeld (Leitung: Prof. Dr. Petra Kolip); Technische Universität Dresden (Leitung: Prof. Dr. Wolfgang Melzer); Fachhochschule Frankfurt a.M. (Leitung: Prof. Dr. Andreas Klocke); Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Leitung: Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer)