

Journal of Health Monitoring · 2024 9(1)
DOI 10.25646/11877
Robert Koch-Institut, Berlin

Kristina Winter^{1,2*}, Irene Moor^{1*},
Jenny Markert¹, Ludwig Bilz³, Jens Bucksch⁴,
Kevin Dadaczynski^{5,6,7}, Saskia M. Fischer³,
Ronja M. Helmchen^{5,6}, Anne Kaman⁸,
Juliane Möckel⁴, Katharina Rathmann^{5,6},
Ulrike Ravens-Sieberer⁸, Franziska Reiß⁸,
Theresa Schierl⁹, Raphael Schütz³,
Saskia Sendatzki^{5,6}, Elisabeth Stürmer³,
Gorden Sudeck^{10,11}, Matthias Richter⁹
für den HBSC-Studienverbund Deutschland

* geteilte Erstautorinnenschaft

¹ Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg,
Halle (Saale)

² Hochschule Nordhausen

³ Brandenburgische Technische Universität
Cottbus-Senftenberg

⁴ Pädagogische Hochschule Heidelberg

⁵ Hochschule Fulda,
Fachbereich Gesundheitswissenschaften

⁶ Hochschule Fulda,
Public Health Zentrum Fulda

⁷ Leuphana Universität Lüneburg

⁸ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

⁹ Technische Universität München

¹⁰ Universität Tübingen,
Institut für Sportwissenschaft

¹¹ Universität Tübingen,
Interfakultäres Forschungsinstitut
für körperliche Aktivität und Sport

Eingereicht: 25.09.2023

Akzeptiert: 28.11.2023

Veröffentlicht: 04.03.2024

Konzept und Methodik der Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) – Einblicke in den aktuellen Survey 2022 und die Entwicklung in Deutschland

Abstract

Hintergrund: „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ ist eine der größten internationalen Kinder- und Jugendgesundheitsstudien und kooperiert mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In Deutschland werden im vierjährigen Turnus jeweils Heranwachsende im Alter von 11, 13 und 15 Jahren zur Gesundheit, zum Gesundheitsverhalten und zu sozialen Rahmenbedingungen befragt. Der Beitrag widmet sich der Beschreibung der HBSC-Studie und speziell der Methodik des aktuellen Surveys 2022 sowie der vorherigen Erhebungen von 2009/10 bis 2017/18.

Methode: Am Survey 2022 beteiligten sich 174 Schulen mit insgesamt 6.475 Schülerinnen und Schülern. Die Erhebung erfolgte mittels Fragebogen und erfasst ein breites Themenspektrum (u. a. mentale Gesundheit, Bewegungsverhalten, Mobbing Erfahrungen, soziale Determinanten der Gesundheit sowie Erfahrungen im Zusammenhang mit COVID-19). Ergänzt wurde die Erhebung 2022 um eine Schulleitungsbefragung (N=160). Neben der aktuellen Stichprobe werden auch die Stichproben der vorangegangenen drei Surveys mit repräsentativen Angaben für Deutschland vorgestellt: 2009/10 (N=5.005), 2013/14 (N=5.961) und 2017/18 (N=4.347).

Diskussion: Die Kinder- und Jugendgesundheit hat eine hohe Public-Health-Relevanz. Dazu leistet die HBSC-Studie einen elementaren Beitrag, denn sie liefert international vergleichbare Ergebnisse, ermöglicht die Analyse von Trendentwicklungen und stellt umfangreiche, repräsentative Daten zum Gesundheitsmonitoring für Stakeholder bereit.

 KINDER · JUGENDLICHE · GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG · GESUNDHEITSMONITORING · HBSC · TRENDS · PRÄVALENZEN · SCHULEN · SURVEY · QUERSCHNITTSTUDIE · DEUTSCHLAND

1. Einleitung

1.1 Relevanz der Kinder- und Jugendgesundheit

Das Kindes- und Jugendalter stellt eine kritische Phase im Lebenslauf dar, in der Heranwachsende mit vielen gleichzeitig auftretenden biologischen, psychischen, kognitiven, emotionalen sowie sozialen Veränderungsprozessen

konfrontiert werden, die sie unterschiedlich gut bewältigen [1–4]. Mit zunehmendem Alter und Beginn der Pubertät beginnen Gleichaltrige schrittweise einen höheren Stellenwert als die Familie einzunehmen und Heranwachsende handeln zunehmend autonomer. Dabei werden verschiedene gesundheitsbezogene Verhaltensweisen neu initiiert, die sich bis ins Erwachsenenalter fortsetzen können.

HBSC 2022

Datenhalter: HBSC-Studienverbund Deutschland

Ziele: Ziel der Studie ist es, die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern zu untersuchen. Dabei trägt das kontinuierliche Gesundheitsmonitoring durch die HBSC-Studie dazu bei, Entscheidungstragende aus Politik und Praxis über die aktuellen Handlungsfelder der Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter zu informieren. Ein besonderer Fokus liegt auf den Einflussfaktoren und den sozialen Kontexten der Gesundheit in der jungen Generation.

Studiendesign: Querschnitterhebung durch schriftliche Befragung im Vier-Jahres-Turnus

Grundgesamtheit: im Durchschnitt 11-, 13- und 15-jährige Schülerinnen und Schüler

Stichprobenziehung: Untersuchungseinheiten stellen Schulen und darin geclustert die Schulklassen dar. Aus der Grundgesamtheit aller Regelschulen in Deutschland wird dazu ein Cluster Sample (Klumpenstichprobe) gezogen. Um eine repräsentative Schätzung (nahe der Verteilung der Grundgesamtheit) zu erhalten, wurden die Schulgröße sowie die prozentuale Verteilung der Schülerinnen und Schüler, stratifiziert nach der Schulform und Bundesland, in der Stichprobenziehung berücksichtigt („Probability Proportional to Size (PPS)“-Design).

Datenerhebungszeitraum: März – November 2022

Stichprobenumfang:

2022: 6.475 Schülerinnen und Schüler

Alle vier Erhebungswellen (2009/10 – 2022):

21.788 Schülerinnen und Schüler

HBSC-Erhebungswellen:

In den Beiträgen dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring berücksichtigt:

- ▶ 2009/10 ▶ 2017/18
- ▶ 2013/14 ▶ 2022

Mehr Informationen unter: <https://hbsc-germany.de/>

Substanzkonsum (z. B. Alkohol, Tabak oder Cannabis), unzureichende Bewegung oder Mobbing und Gewalt stellen nicht nur Risiken für die aktuelle Gesundheit und das Wohlbefinden der Jugendlichen dar, sondern auch für ihre künftige Gesundheit [5–9]. Zudem unterstreichen aktuelle Forschungen, dass Daten und Erkenntnisse zur mentalen Gesundheit in diesen kritischen Entwicklungsjahren, nicht zuletzt in Krisenzeiten wie der COVID-19-Pandemie, unerlässlich sind. So zeigt eine aktuelle Studie, dass mehr als die Hälfte der psychischen Störungen im Erwachsenenalter bereits vor oder während der Jugendphase auftreten [10, 11]. Folglich wird der Grundstein der zukünftigen Gesundheit bereits im Kindes- und Jugendalter gelegt, was die besondere Bedeutung diese Lebensphasen für Prävention und Gesundheitsförderung unterstreicht [12–14].

Aktuelle und umfassende Daten zur Kinder- und Jugendgesundheit haben eine hohe Public-Health-Relevanz für Wissenschaft, Politik und Praxis, die insbesondere in Krisenzeiten wie der COVID-19-Pandemie eine neue Dimension erreicht hat [15, 16]. Mit der Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) wird hierfür ein elementarer Beitrag geleistet, denn sie liefert international vergleichbare Daten, ermöglicht es Trendentwicklungen abzubilden und stellt repräsentative Daten zum Gesundheitsmonitoring für Entscheidungsträgerinnen und -träger im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit bereit [17]. Der folgende Beitrag widmet sich zum einen dem Studiendesign der HBSC-Studie im Allgemeinen. Zum anderen wird die Methodik des aktuellen Surveys 2022 für Deutschland vorgestellt, wobei zusätzlich auch die vorherigen Erhebungen von 2009/10 bis 2017/18 berücksichtigt werden. Damit werden zu HBSC die methodischen Informationen

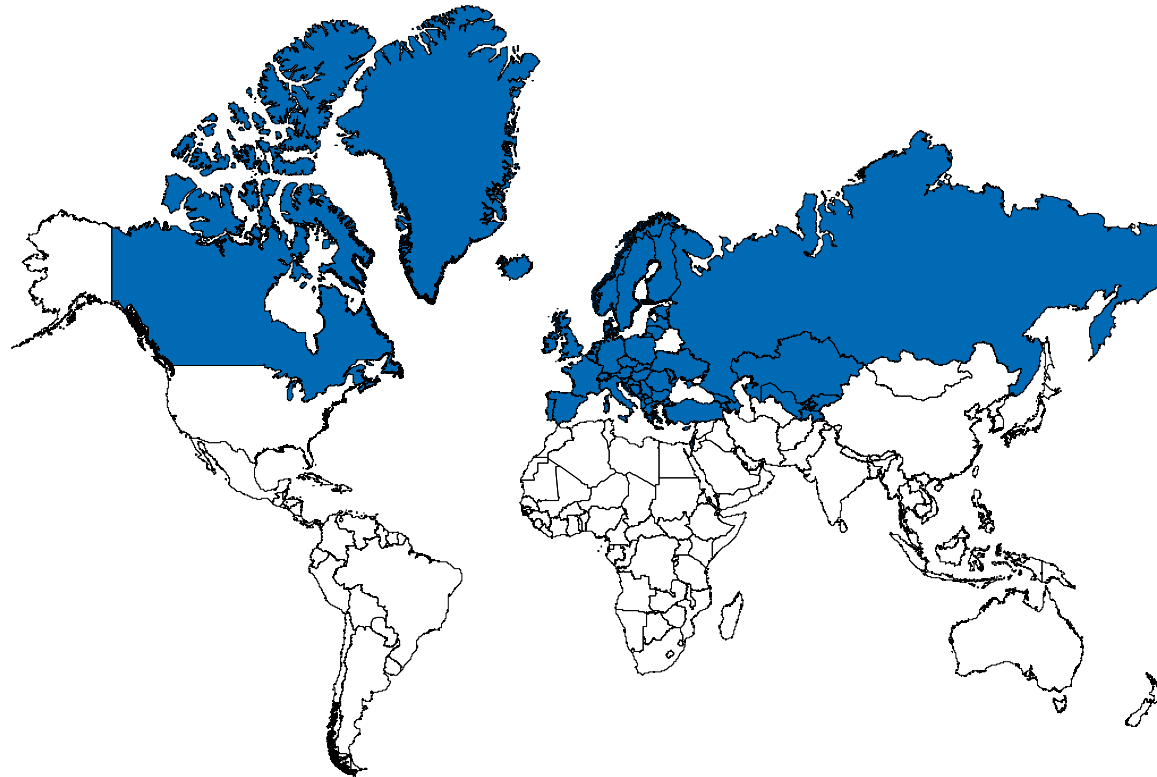
geliefert, die die Grundlage für die inhaltlichen Beiträge dieser Ausgabe im Journal of Health Monitoring bilden.

1.2 HBSC – Eine der größten Kinder- und Jugendgesundheitsstudien weltweit

Die HBSC-Studie ist mit mittlerweile 51 beteiligten Ländern (Abbildung 1) eines der weltweit größten kooperativen Forschungsprojekte zur Kinder- und Jugendgesundheit und stellt damit national wie international eine wichtige Resource zum Gesundheitsmonitoring der jungen Generation dar. So wird HBSC u. a. von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für die international vergleichende Gesundheitsberichterstattung zum Kindes- und Jugendalter genutzt [17, 18]. Die durch HBSC identifizierten Problemlagen münden in eine europäische Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie mit entsprechenden „Aktionspunkten“, die allen Mitgliedstaaten der WHO als Handlungsanleitung zur Verfügung steht [19]. Jüngste gemeinsame Publikationen der WHO und HBSC präsentieren die Sichtweisen der Heranwachsenden auf die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf ihr Leben [16].

Ziel der HBSC-Studie ist es, aktuelle Daten zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern zu erfassen und zu verstehen, wie verschiedene soziale Determinanten die Gesundheit und das Wohlbefinden beeinflussen. Daneben gibt es für jede Surveywelle einen spezifischen aktuellen Themenschwerpunkt. So liegt der Schwerpunkt 2022 auf den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und der mentalen Gesundheit Heranwachsender. Aus den Ergebnissen der HBSC-Studie können Maßnahmen zur Förderung eines gesunden

Abbildung 1
Weltkarte zu den an HBSC beteiligten Ländern
 Quelle: Eigene Darstellung



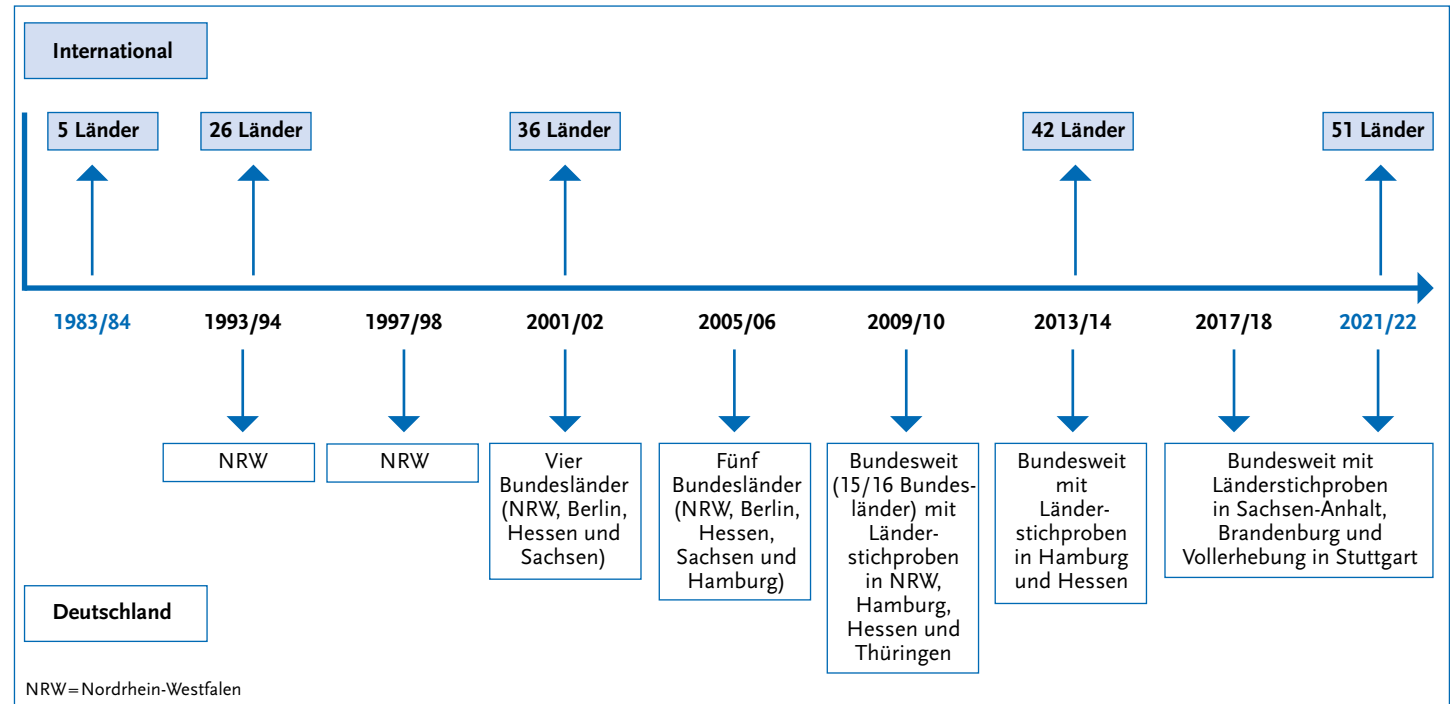
Aufwachsenden abgeleitet werden. Damit stehen das Verständnis der gesundheitlichen Lage junger Menschen, unter Einbeziehung sozialer Kontextfaktoren und Lebensbedingungen, sowie die Bedarfsermittlung für gesundheitsförderliche Maßnahmen im Fokus von HBSC [17].

1.3 Geschichte der HBSC-Studie und Beteiligung Deutschlands

Die HBSC-Studie wurde bereits im Jahr 1982 von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus England, Finnland und Norwegen initiiert. In diesen Ländern sowie in

Österreich und Dänemark wurde 1983/84 die erste Erhebung umgesetzt. Seither findet die Befragung im vierjährigen Turnus statt und verzeichnet eine stetig wachsende Anzahl an Ländern, die sich dem internationalen HBSC-Netzwerk anschließen. Am aktuellen Survey 2022 beteiligten sich 51 Länder mit mehr als 279.000 befragten Heranwachsenden [17]. Der inhaltliche und methodische Austausch der etwa 400–500 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler erfolgt in regelmäßigen internationalen Treffen sowie innerhalb von thematischen Fokusgruppen, bei denen u. a. die jeweiligen Erhebungen vorbereitet, die Messinstrumente validiert und erweitert sowie Publikationen

Abbildung 2
HBSC-Studie: Beteiligte Länder und
Teilnahmeentwicklung Deutschlands
nach Erhebungswellen
 Quelle: Eigene Darstellung



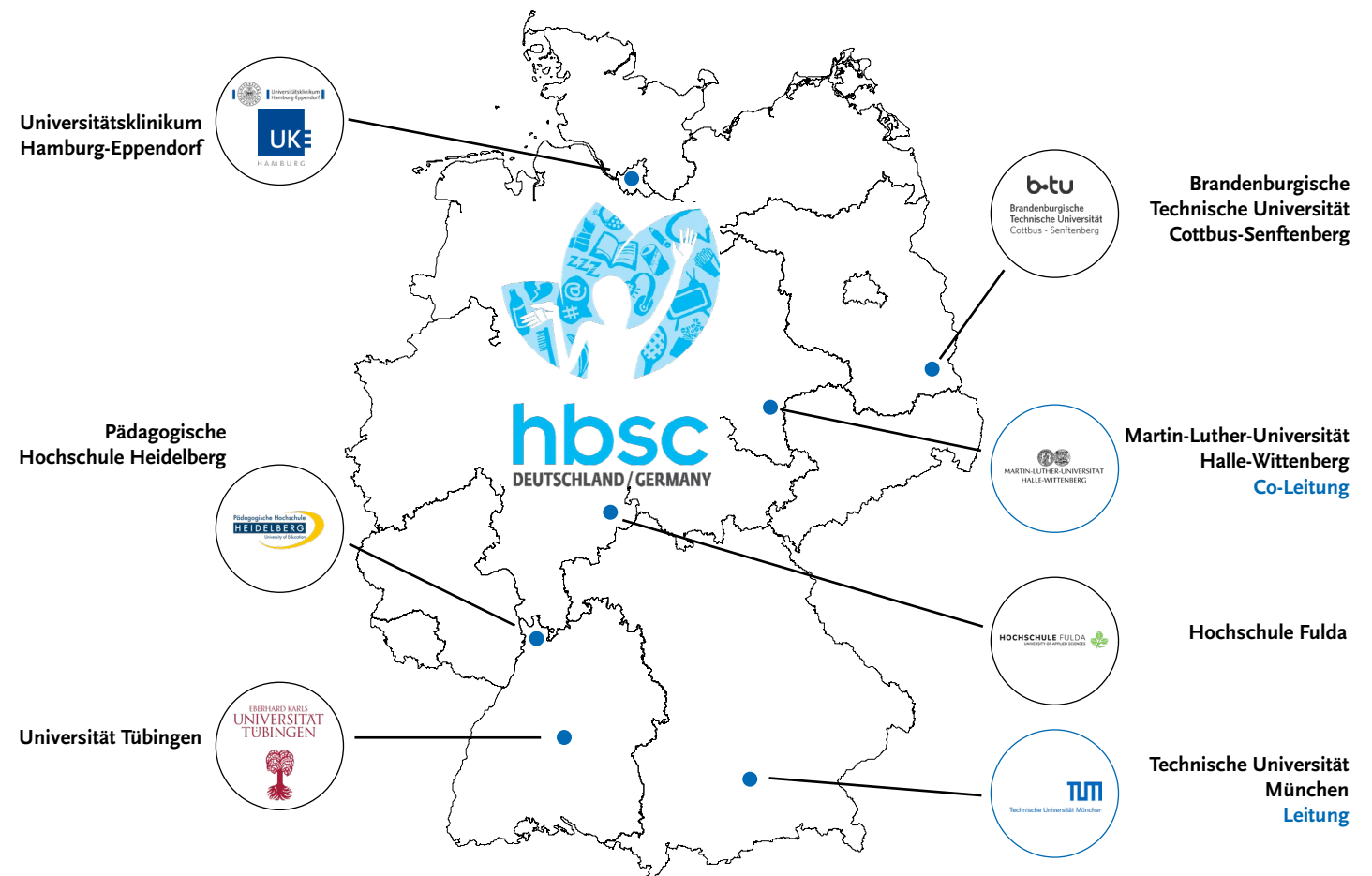
zentral geplant werden. Deutschland schloss sich mit dem Survey 1993/94 dem HBSC-Netzwerk an und beteiligte sich zunächst ausschließlich mit seinem einwohnerstärksten Bundesland Nordrhein-Westfalen (NRW). In den darauffolgenden Wellen 1997/98, 2001/02 und 2005/06 wurden weitere Bundesländer (Sachsen, Hessen, Berlin, Thüringen und Hamburg) in der Studie berücksichtigt. An der Erhebungswelle 2009/10 nahmen mit Ausnahme von Baden-Württemberg alle Bundesländer teil. Daher werden in den Trendanalysen dieser Ausgabe Daten ab 2009/10 berücksichtigt. Seit der Folgebefragung 2013/14 findet die HBSC-Studie alle vier Jahre bundesweit in allen 16 Bundesländern statt. In der aktuellen Erhebung 2022 erfolgte, wie

bereits in der letzten Welle 2017/18, die bundesweite Erhebung mit zwei ergänzenden Länderstichproben in Brandenburg [20] und Sachsen-Anhalt [21] sowie einer städtischen Vollerhebung für die Stadt Stuttgart (Abbildung 2).

Alle in Deutschland durchgeführten Surveys wurden durch den HBSC-Studienverbund Deutschland in gemeinsamer Verantwortung realisiert. Der HBSC-Studienverbund setzt sich aus aktuell sieben Standorten zusammen (Abbildung 3; Nennung in alphabetischer Reihenfolge): Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg (Prof. Dr. Ludwig Bilz), Pädagogische Hochschule Heidelberg (Prof. Dr. Jens Bucksch), Hochschule Fulda (Prof. Dr. Katharina Rathmann, Prof. Dr. Kevin Dadaczynski), Martin-

Abbildung 3
HBSC-Studienverbund Deutschland
(Stand 2023)

Quelle: Eigene Darstellung



Luther-Universität Halle-Wittenberg (Dr. Irene Moor; Co-Leitung & Koordination), Technische Universität München (Prof. Dr. Matthias Richter; Leitung & Koordination), Universität Tübingen (Prof. Dr. Gorden Sudeck), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer). Neben den standortverantwortlichen Leitungen unterstützten insgesamt elf wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie 14 studentische Assistenzen

bei der Vorbereitung und Durchführung des aktuellen HBSC-Surveys.

2. Methode

2.1 Erhebungsdesign und Stichprobenkonstruktion

HBSC ist als wiederholende Querschnittstudie angelegt, die alle vier Jahre im Schulsetting stattfindet und jeweils

Schülerinnen und Schüler im Alter von 11, 13 und 15 Jahren (mittlere Abweichung 0,5 Jahre) befragt. In Deutschland finden sich diese Altersgruppen überwiegend in den Klassenstufen 5, 7 und 9 wieder. Internationale HBSC-Vorgaben sehen eine nationale Gesamtstichprobe von 4.500 Schülerinnen und Schülern mit je einer Fallzahl von etwa $n=1.500$ pro Altersgruppe vor [17].

Untersuchungseinheiten der HBSC-Studie stellen Schulen und darin geclustert die Schulklassen dar. Zur Vorbereitung auf die Stichprobenziehung erfolgte zunächst, auf Grundlage der aktuellen bundeslandspezifischen Schulverzeichnisse der Landesschulämter, die Stichprobenkalkulation (Datengrundlage bei Anfrage: Schuljahr 2020/21). Die Grundgesamtheit bilden alle Regelschulen in Deutschland.

Die prozentuale Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach Bundesland, Schulform, Jahrgangsstufe und Geschlecht wurde in der Kalkulation berücksichtigt. Damit wurden einwohnerstarke Bundesländer mit einer höheren Anzahl an Schülerinnen und Schülern der jeweiligen Klassenstufen (z. B. Bayern) entsprechend der bundesweiten Verteilung auch zu einem höheren Anteil in der Stichprobe berücksichtigt. Mit Rückblick auf die Erfahrungen vorangegangener Erhebungswellen von HBSC zeigt sich für HBSC Deutschland ein rückläufiger Trend in der Teilnahmebereitschaft (siehe Abschnitt [3. Ergebnisse zu Repräsentativität und Responderaten](#)). Da auch für die Erhebung 2022, z. B. aufgrund von Herausforderungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie, eine geringere Teilnahmebereitschaft zu erwarten war, wurde für die Stichprobenkalkulation eine Responserate von 10% auf Schulebene und von 50% auf Ebene der Schülerinnen und Schüler angenommen. Da es im Rahmen der internationalen Datenaufbereitung zu einer

Bereinigung des Datensatzes kommt (u. a. Vergleichbarkeit der Daten durch Anpassung des Altersunterschieds von $\pm 0,5$ Jahren zur Zielpopulation), wurde ein zusätzlicher qualitätsneutraler Ausschluss von 20% der Stichprobe im Zuge der Datenbereinigung bei der Kalkulation der Stichprobengröße antizipiert. Auf Grundlage der Kalkulation wurde im nächsten Schritt eine Klumpenstichprobe gezogen. Um eine bessere Schätzung (nahe der Verteilung der Grundgesamtheit) zu erhalten, wurden die Schulgröße sowie die prozentuale Verteilung der Schülerinnen und Schüler, stratifiziert nach der Schulform, in die Stichprobenziehung eingeschlossen (Probability Proportional to Size).

2.2 Studieninhalte und Erhebungsinstrumente

Befragung der Schülerinnen und Schüler

Der Fokus der HBSC-Studie liegt auf der Erhebung gesundheitsbezogener Indikatoren und damit in Verbindung stehender sozialer Determinanten. Die Durchführung erfolgt in allen teilnehmenden Ländern nach standardisierten und international abgestimmten Vorgaben mittels eines Fragebogens, den die Heranwachsenden selbst per Paper-and-Pencil-Methode oder online bzw. offline als Tabletversion ausfüllten. Der Fragebogen setzt sich aus einem für alle Länder verpflichtenden Kernteil (mandatory questions) und einem optionalen Teil (optional questions) zusammen, wodurch einerseits die internationale Vergleichbarkeit gewährleistet wird, andererseits jedoch jedes Land auch eigenständig Forschungsschwerpunkte setzen kann. Die eingesetzten Fragen werden kontinuierlich validiert und weiterentwickelt [17]. Bei den meisten der eingesetzten Instrumente handelt es sich um internationale Items in englischer

Sprache, wovon der Großteil in den vorangegangenen Welten bereits eingesetzt und in die deutsche Sprache übersetzt wurde. Die für den Survey 2022 neu aufgenommenen Items wurden ebenfalls in einem mehrstufigen Prozess ins Deutsche übersetzt (Vor- und Rückübersetzung). Im Rahmen der internationalen HBSC-Studiengruppe (Fokusgruppe „Youth Engagement Advisory Group“) werden zudem regelmäßig Heranwachsende unter dem Motto „Don't talk about us without us“ beteiligt, um für sie aktuelle und wichtige Themen herauszuarbeiten, deren Erkenntnisse in HBSC

einfließen [17]. Weitere Informationen dazu finden sich auf der internationalen HBSC-Website [22].

Detaillierte Informationen und Einblicke in die eingesetzten Items und Skalen (Abbildung 4) sowie zum methodischen Vorgehen und der Validierung sind im internationalen Forschungsprotokoll zu finden [17].

Befragung der Schulleitungen

Es besteht zunehmend Evidenz, dass neben den individuellen Einflussfaktoren auch institutionelle und kontextuelle

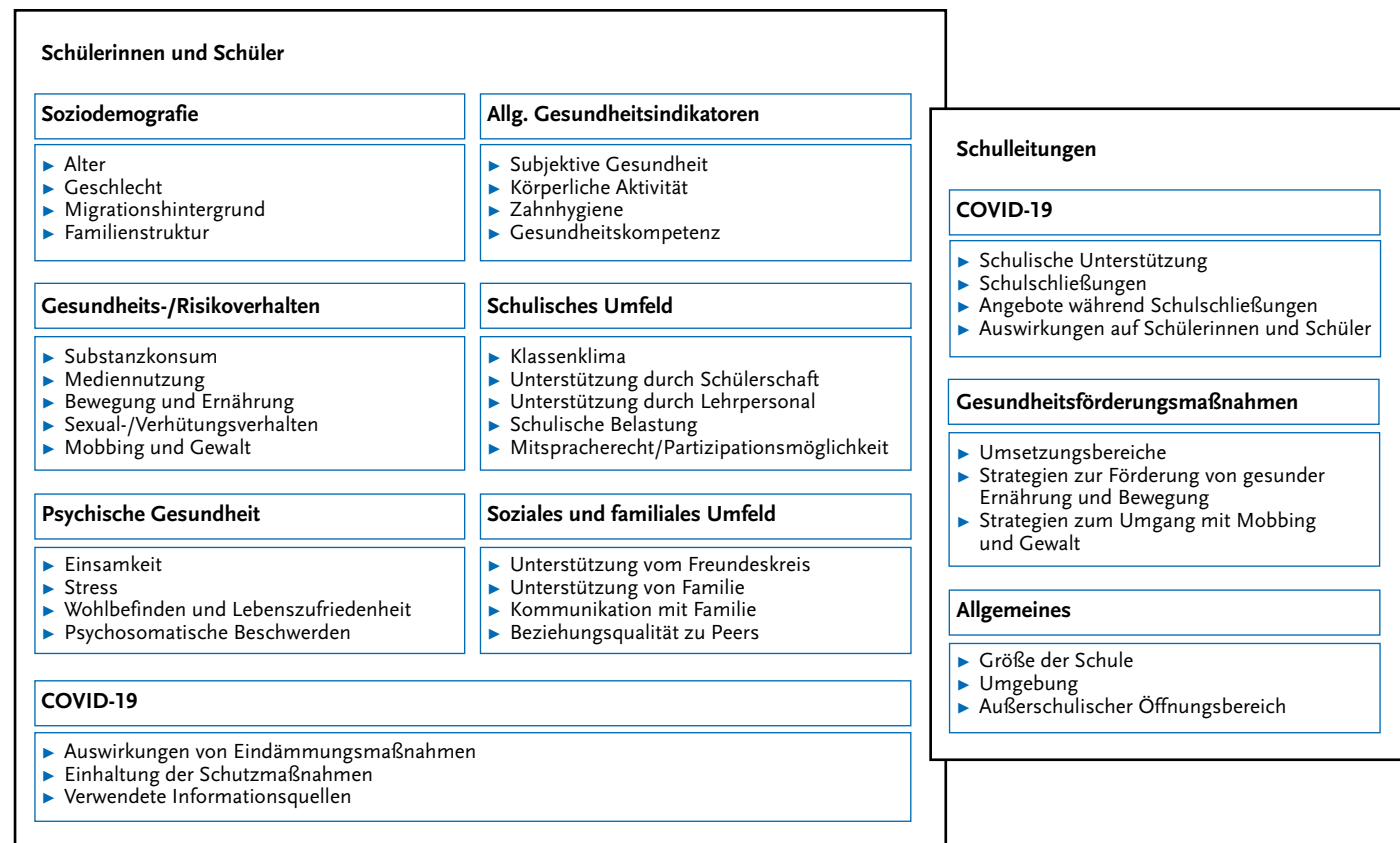


Abbildung 4
Einblick in Themenbereiche
der HBSC-Studie 2022
Quelle: Eigene Darstellung

HBSC ist eine der größten Kinder- und Jugendgesundheitsstudien weltweit.

Faktoren auf der Mesoebene für die Gesundheit Heranwachsender eine Rolle spielen. Beispiele hierfür sind die Schulform, aber auch organisatorische, strukturelle, kulturelle und physische Faktoren von Schulen und Klassen wie Schulnormen und -werte, Klassen- oder Schulgröße, soziodemografische/-ökonomische Zusammensetzung der Schülerschaft, Ausstattung, Räumlichkeiten oder Unterrichtszeiten [4, 23]. Die Schule ist neben der Familie als sekundäre Sozialisationsinstanz ein wichtiger Kontext für die psychosoziale und gesundheitsbezogene Entwicklung Heranwachsender. Kinder und Jugendliche verbringen nicht nur einen großen Teil ihrer Zeit in der Schule [1, 24, 25], sie interagieren mit ihren Klassenkameraden und den Lehrkräften und machen vielfältige positive (u. a. Wahrnehmung von Unterstützung) wie auch negative Erfahrungen (u. a. Leistungsdruck, Versagensängste). Der schulische Kontext kann die Heranwachsenden daher in vielfältiger Weise prägen und Einfluss auf ihre Gesundheit nehmen und stellt somit ein wichtiges Handlungsfeld für Gesundheitsförderung und Prävention dar [25–28]. Aus diesem Grund erfolgte neben der Befragung der Schülerinnen und Schüler in dieser Befragungswelle auch eine Schulleitungsbefragung, um kontextuelle Informationen der Schulen sowie das Engagement der Schulen bei der Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen zu erheben. Zudem wurden die Einschränkungen der Schulen durch die COVID-19-Eindämmungsmaßnahmen (u. a. Einschränkungen im Schulbetrieb), aber auch Möglichkeiten der Angebotserweiterung (Unterstützungsangebote) erfasst [29]. Die Schulleitungen (oder ihre Vertretungen) konnten dazu einen Fragebogen online ausfüllen. Einblicke in die vielfältigen Themenbereiche, die in den beiden Fragebögen im aktuellen Survey u. a. erhoben wurden, sind in [Abbildung 4](#) aufgeführt.

2.3 Pretest

Der Fragebogen für Deutschland wurde hinsichtlich der Bearbeitungsdauer sowie inhaltlicher Unklarheiten bzw. Verständnisfragen in einem Pretest umfassend geprüft, wobei der Fokus vor allem auf dem (Text-)Verständnis der jüngeren Schülerinnen und Schüler lag. Hierfür wurden im Zeitraum von Juli bis August 2021 Schülerinnen und Schüler aus den Klassenstufen 5 ($n=21$) und 7 ($n=23$) verschiedener Schulformen befragt. Aufgrund der COVID-19-Pandemie wurden die Pretests via Zoom durchgeführt. Die Schülerinnen und Schüler erhielten den Link zum Onlinefragebogen und füllten diesen per „think aloud“ aus. Alle Kommentare der Befragten wurden in die Pretestprotokolle übertragen. Die Mehrheit der Fragestellungen und Antwortmöglichkeiten bereitete den Schülerinnen und Schülern keine Probleme. Manche Items hatten jedoch einen zu umfangreichen Einleitungspart oder es fehlte den Befragten an weiteren Antwortmöglichkeiten. Zudem zeigten sich an einigen Stellen Verständnisschwierigkeiten, z. B. bei der Skala zur Gesundheitskompetenz bei jüngeren Schülerinnen und Schülern. Daraufhin erfolgten (wo möglich) kleinere Modifizierungen am Fragebogen.

2.4 Rekrutierung, Durchführung und Datenerfassung

Zunächst wurden Genehmigungen zur Durchführung der HBSC-Studie im Schulkontext von den verantwortlichen Ministerien bzw. Landesschulämtern der einzelnen Bundesländer eingeholt (mit Ausnahme von NRW, da dort Schulen autonom über die Teilnahme entscheiden). Die Genehmigungen erfolgten in enger Zusammenarbeit mit

Am aktuellen Survey 2022 beteiligten sich 51 Länder mit mehr als 279.000 befragten Heranwachsenden.

den jeweils zuständigen Datenschutzbeauftragten – ein entsprechendes Datenschutzkonzept war Teil der Genehmigungsverfahren und Bestandteil für die Erteilung der Genehmigung zur Durchführung der Studie. Die Genehmigungsverfahren dauerten je nach Bundesland bis zu neun Monate. Da die Rekrutierung erst nach erteilter Genehmigung beginnen konnte, kam es in einigen Bundesländern zu Verzögerungen im Rekrutierungs- und Erhebungsablauf. Die Rekrutierung der Schulen wurde dezentral von allen Standorten des Studienverbundes standardisiert durchgeführt, wobei jeder Standort die Verantwortlichkeit für bestimmte Bundesländer übernahm. Im ersten Schritt dieser Phase wurden die zufällig gezogenen Schulen der Stichprobe schriftlich (postalisch und per E-Mail) zur Befragung eingeladen. Neben dem Einladungsschreiben erhielten die Schulen Informationsmaterialien zur Studie. Falls eine Rückmeldung einer Schule ausblieb, wurde diese nach einer Wartezeit von ca. zwei Wochen telefonisch kontaktiert und erneut zur Teilnahme eingeladen. Der telefonische Kontakt erwies sich als besonders förderlich – wenngleich auch sehr ressourcenfordernd [30, 31]. Schulen, die der Teilnahme zugestimmt haben, wurden eng durch das HBSC-Rekrutierungsteam begleitet, unterstützt und über alle anstehenden Schritte informiert.

Nach der Zusage zur Befragung erhielt jede Schule ein umfassendes Informationspaket mit Befragungsmaterialien und Informationsflyern, sodass sich das Schulpersonal, Erziehungsberechtigte sowie Schülerinnen und Schüler frühzeitig mit der HBSC-Studie und der anstehenden Befragung vertraut machen konnten. Darüber hinaus wurden die wichtigsten Informationen auch auf der Studienwebsite passwortgeschützt für die jeweilige Zielgruppe zur Verfügung gestellt.

In jeder Schule war die Befragung von Schülerinnen und Schülern im Klassenverband in je einer Klasse der Jahrgangsstufen 5, 7 und 9 vorgesehen, wobei zum Teil (z. B. auf Wunsch der Schulen oder bei geringeren Teilnahmequoten in den jeweiligen Bundesländern oder Schulformen) auch mehrere Klassen pro Jahrgangsstufe zur Befragung zugelassen wurden. Die teilnehmenden Schulklassen aus den drei Jahrgängen wurden zufällig durch die Schulleitung ausgewählt. Die Befragung erfolgte schriftlich und war online, offline über Tablets oder analog mit Printfragebögen möglich, wobei die gewählte Variante von der technischen Infrastruktur und den Präferenzen der Schule abhing und vorab mit der Schulleitung abgestimmt wurde. Der Fragebogen durfte nur dann ausgefüllt werden, wenn eine erziehungsberechtigte Person sowie die Schülerinnen und Schüler selbst (ab Klasse 7) das Einverständnis zur Studienteilnahme gegeben hatten. Um einen standardisierten Erhebungsablauf zu gewährleisten, wurden dem verantwortlichen Schulpersonal detaillierte Informationen und Instruktionen rechtzeitig vor der Befragung bereitgestellt. Um Zugang zu den Online-Fragebögen zu erhalten, wurde beispielsweise vorab eine Liste mit Zugangscodes erstellt und für jede Klasse individuell beigefügt. Diese dienten einzig dem Zugang zur Befragung sowie der Klassifizierung der jeweiligen Jahrgangsstufe, der dazugehörigen Schulform und des jeweiligen Bundeslands. Nach der Beendigung der Befragung wurden die Daten neu verschlüsselt. Entschieden sich Schulen für eine Offline-Befragung mittels Tablets (diese Option gab es nur in Brandenburg), wurde die Befragung durch Mitglieder des Forschungsteams vor Ort an den Schulen durchgeführt. Alle Daten wurden anonymisiert erhoben.

In Deutschland wurden im Erhebungsjahr 2022 insgesamt 174 Schulen (Responserate: 8,4 %) mit 6.475 Schülerinnen und Schülern (Responserate: 56,8 %) und 160 Schulleitungen berücksichtigt.

Ein Rückschluss von den Daten auf einzelne Schülerinnen bzw. Schüler ist unabhängig vom Erhebungsmodus nicht möglich. Auch die Zuweisung zu einzelnen Schulen ist aufgrund der Neuverschlüsselung der Daten nicht mehr möglich. Ausnahme bilden die repräsentativen Länderstichproben, da dort jeder teilnehmenden Schule schulspezifische Ergebnisrückmeldungen (Schulgesundheitsprofile) als Incentives bereitgestellt wurden. Auch diese Möglichkeit der Identifikation wurde jedoch gesondert aufbewahrt und unterliegt strengen Datenschutzrichtlinien.

Alle teilnehmenden Schulen erhielten als Dankeschön eine individualisierte Bescheinigung für die Teilnahme an der HBSC-Befragung. Zusätzlich wurde den Schulen eine Zusammenfassung der neuesten Ergebnisse der HBSC-Studie Deutschland übermittelt.

Der Erhebungszeitraum erstreckte sich von März bis November 2022. Nach Abschluss der Erhebung wurden alle Daten, die in Form von anonymen Printfragbögen gesammelt wurden, an einen externen Datenanbieter zur Dateneingabe versendet. Die Datenerfassung von Fragebögen, die offline auf Tablets oder online ausgefüllt wurden, erfolgte mit der Software LimeSurvey durch die Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg. Die hier ermittelten Daten wurden über die Software direkt gespeichert und als Datensatz angelegt. Abschließend erfolgte eine Zusammenführung aller Daten in einen Gesamtdatensatz sowie eine interne Prüfung und Bereinigung. Der internationale HBSC-Studienverbund übernahm dann eine zentrale Datenbereinigung, die für alle teilnehmenden Länder durchgeführt wurde, um die internationale Vergleichbarkeit zu gewährleisten [17].

3. Ergebnisse zu Repräsentativität und Responseraten

3.1 Stichprobe und Responseraten im Trendverlauf

Insgesamt beteiligten sich 174 Schulen mit insgesamt 7.935 Schülerinnen und Schülern (unbereinigte Nettostichprobe) an der nationalen HBSC-Welle 2022. Mehr als die Hälfte aller Schulen entschieden sich für eine Teilnahme per Onlinebefragung. Im Rahmen der internationalen standardisierten Datenbereinigung durch das Data Management Center in Bergen kam es zur Bereinigung von qualitätsneutralen Ausfällen im Datensatz. Darunter fielen überwiegend Abweichungen in den von HBSC vorgesehenen Altersgruppen, deren Varianz +/- 0,5 Jahre überschritt, sowie nicht plausible Ausreißer in den Antwortangaben (z. B. Größe und Gewicht). Aus diesen Gründen wurden insgesamt 1.478 Fälle (18,6 %) ausgeschlossen. Die realisierte Stichprobe (bereinigte Nettostichprobe), die als Datengrundlage für die Auswertungen genutzt wurde, umfasst demnach

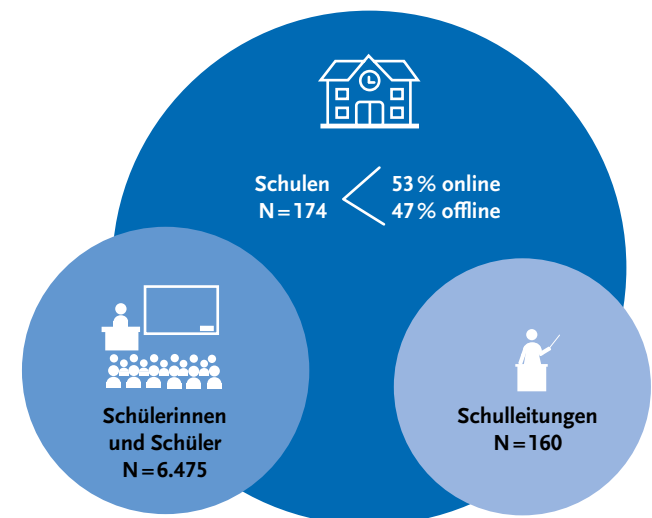


Abbildung 5
Übersicht der realisierten Stichprobe
von HBSC 2022
Quelle: Eigene Darstellung

Für Deutschland können Daten aus 12 Jahren (2009/10 bis 2022) mit 21.788 Schülerinnen und Schülern für Trendanalysen genutzt werden.

N=6.475 Schülerinnen und Schüler. Zusätzlich konnten 160 Schulleitungen befragt werden ([Abbildung 5](#)).

[Tabelle 1](#) gibt Aufschluss über die Stichprobenverteilung von Schulen und Schülerinnen bzw. Schülern, die sich je Bundesland sowie insgesamt an dem nationalen Survey 2022 beteiligten. Bezugnehmend auf das Stichprobendesign zeigt sich, dass die realisierte Stichprobe in den meisten Bundesländern annähernd den proportionalen Zielvorgaben entspricht. Etwaige Abweichungen werden durch eine Gewichtung der Daten für spätere Analysen ausgeglichen (siehe Abschnitt [3.2 Gewichtung](#)).

In [Tabelle 2](#) werden die realisierten Stichproben für die Surveyjahre 2009/10 bis 2022 nach Alter und Geschlecht

ausgewiesen. Insgesamt zeigt sich größtenteils eine ähnliche Teilnahmerate für Mädchen und Jungen sowie nach Altersgruppe. Eine Ausnahme stellen gender-diverse Heranwachsende dar, für die keine Aussagen im Trend getroffen werden können, da diese dritte Kategorie in der aktuellen Welle erstmalig als Antwortmöglichkeit ergänzt wurde. Insgesamt haben sich über 100 Heranwachsende als gender-divers zugeordnet. Auffällig ist die Entwicklung der Response rate, die sich in den letzten zwölf Jahren auf Ebene der Schülerinnen und Schüler sowie auf Schulebene deutlich reduziert hat. Während es in der Erhebungswelle 2009/10 noch etwa die Hälfte der Schulen und 86 % der Schülerinnen und Schüler waren, die an der Befragung teilgenommen hatten,

Bundesland	Realisierte Anzahl Schulen	Realisierte Anzahl Schülerinnen und Schüler (IST) (nach Bereinigung)	Prozentualer IST-Anteil Schülerinnen und Schüler	Prozentualer SOLL-Anteil Schülerinnen und Schüler
Baden-Württemberg	15	556	8,6 %	13,7 %
Bayern	26	929	14,3 %	15,5 %
Berlin	13	210	3,2 %	4,1 %
Brandenburg	10	434	6,7 %	3,0 %
Bremen	1	40	0,6 %	0,8 %
Hamburg	3	100	1,5 %	2,2 %
Hessen	23	936	14,5 %	7,7 %
Mecklenburg-Vorpommern	5	156	2,4 %	1,8 %
Niedersachsen	23	798	12,3 %	10,3 %
Nordrhein-Westfalen	16	642	9,9 %	22,1 %
Rheinland-Pfalz	7	260	4,0 %	4,8 %
Saarland	2	63	1,0 %	1,1 %
Sachsen	10	408	6,3 %	4,4 %
Sachsen-Anhalt	5	370	5,7 %	2,3 %
Schleswig-Holstein	6	250	3,9 %	3,8 %
Thüringen	9	323	5,0 %	2,5 %
Gesamt	174	6.475	100 %	100 %

Tabelle 1
Verteilung der bereinigten ungewichteten Gesamtstichprobe in HBSC 2022 nach Bundesland
Quelle: HBSC Deutschland 2022

Tabelle 2
Fallzahlen, Anteile und Responseraten der HBSC-Studie im Trendverlauf der letzten zwölf Jahre nach Geschlecht und Altersgruppe*
Quelle: HBSC Deutschland 2022

	2009/10		2013/14		2017/18		2022		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	in %
Geschlecht										
Weiblich	2.576	51,5	2.926	49,1	2.306	53,0	3.258	50,3	11.066	51,0
Männlich	2.429	48,5	3.035	50,9	2.041	47,0	3.074	47,5	10.579	48,5
Gender-divers	–	–	–	–	–	–	112	1,7		
Altersgruppe										
11-Jährige (5. Klasse)	1.687	34,0	1.736	29,4	1.387	32,2	2.132	33,3	6.942	32,2
13-Jährige (7. Klasse)	1.628	32,9	2.070	35,0	1.403	32,6	2.160	33,7	7.261	33,6
15-Jährige (9. Klasse)	1.640	33,1	2.104	35,6	1.515	35,2	2.113	33,0	7.372	34,2
Gesamt		RR		RR		RR		RR		RR
Schülerinnen und Schüler	5.005	86,0	5.961	72,5	4.347	52,7	6.475	56,8	21.788	67,0
Schulen	187	48,0	188	24,4	146	15,6	174	8,4	508	24,1

*Absolute Angaben ungewichtet, prozentuale Angaben gewichtet

Die Daten enthalten z. T. noch fehlende Werte in einzelnen Variablen und Surveyjahren, weshalb es zu Abweichungen in der Gesamtfallzahl kommen kann
RR= Responserate

HBSC liefert kontinuierliche und umfassende international vergleichbare Daten zur Kinder- und Jugend-gesundheit und ermöglicht es, diese im Trendverlauf abzubilden.

erreichte die Teilnahmequote in dem aktuellen Survey noch lediglich 8,6% der Schulen sowie knapp über die Hälfte der Schülerinnen und Schüler. Detaillierte Informationen zu den Erhebungswellen 2009/10 bis 2017/18 sind in den vorangegangenen Methodikbeiträgen zu finden [32–34].

3.2 Gewichtung

Um die Ergebnisse der HBSC-Befragung repräsentativ auf die Grundverteilung der Schülerinnen und Schüler in Deutschland beziehen zu können, wurden die Daten der realisierten und anvisierten Stichprobe miteinander verglichen und hinsichtlich ihrer Merkmalsverteilung auf Bundesland- und Schulformebene geprüft. Abweichungen in der realisierten Stichprobe ergeben sich u. a. durch eine geringere Teilnahmebereitschaft sowie aufgrund von Datenbereinigungen. Abweichungen zu den Daten der amtlichen Statistik (Schuljahr 2020/21) wurden mittels

einer Gewichtungsvariable berücksichtigt. Es handelt sich dabei um ein standardisiertes methodisches Verfahren, um Diskrepanzen im Rücklauf und somit Verzerrungen in den Vergleichswerten (z. B. Überproportionalität einer Schulform) entgegenzuwirken [35]. Für das Alter und das (binäre) Geschlecht wurden in HBSC proportional gleiche Anteile bevorzugt. Da 2022 erstmals die Geschlechtskategorie „divers“ aufgenommen wurde, jedoch noch keine repräsentativen Verteilungen für diese Altersgruppe in Deutschland als Orientierung vorliegen, wurden die diesbezüglichen Fallzahlen der Stichprobe als Schätzer für die Grundgesamtheit verwendet. Daher gingen Mädchen und Jungen zu je 49,2% und diverse Heranwachsende zu 1,7% in die Stichprobe ein. Die Gewichtung in HBSC 2022 umfasst eine Angleichung der Daten nach Bundesland, Schulform, Geschlecht und Altersgruppe. Die Gewichtungsvariable wird in allen Auswertungen angewendet, absolute Zahlen werden ungewichtet wiedergegeben.

4. Diskussion

Die HBSC-Studie bietet valide und repräsentative Daten zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland, die international verglichen und deren zeitliche Entwicklungen nachvollzogen werden können. HBSC ist damit aus Public-Health-Sicht eine wichtige Datenquelle für das Gesundheitsmonitoring und die Gesundheitsberichterstattung. Eines der wichtigsten Ziele von HBSC ist es, eine breite Datenbasis für gesundheitspolitische Entscheidungen bereitzustellen. Neben den Beiträgen zur internationalen und nationalen Gesundheitsberichterstattung und für die Formulierung von Gesundheitszielen wurden die regionalen HBSC-Daten der Bundesländer Sachsen-Anhalt und Brandenburg für die Ermittlung konkreter Handlungsfelder genutzt. Diese Auswertungen auf regionaler Ebene [20, 21] konnten zur Initiierung gesundheitsfördernder Maßnahmen genutzt werden, die beispielsweise in Sachsen-Anhalt zu einem Praxisprojekt zur Förderung der mentalen Gesundheit Heranwachsender führte. In einigen Ländern ist die HBSC-Studie die einzige Datenquelle zur Kinder- und Jugendgesundheit und auch in Deutschland war HBSC, neben der KiGGS-Studie [36], eine der ersten Studien für eine umfassende Gesundheitsberichterstattung in dieser Altersgruppe.

Der vorliegende Beitrag gibt einen Einblick in die Entstehung und Entwicklung der HBSC-Studie und stellt die Methodik und das Studiendesign des aktuellen Surveys 2022 vor. Dabei wurden neben dem vollständigen Erhebungsprozess auch die aktuellen Fallzahlen und Response-raten präsentiert. Mit der thematischen Schwerpunktsetzung auf Trendanalysen wurden auch die Fallzahlen und

Responseraten der Surveys der vergangenen zwölf Jahre vergleichend herangezogen. Der Beitrag dient als Grundlage für die inhaltlichen Themenbeiträge dieser Ausgabe, die sich mit der subjektiven Gesundheit und psychosomatischen Beschwerden (Reiß & Behn et al. [37]), Bewegungsverhalten (Bucksch et al. [38]), Gesundheitskompetenz (Sendatzki & Helmchen et al. [39]), Mobbing (Fischer et al. [40]) und gesundheitlichen Ungleichheiten (Moor et al. [41]) beschäftigen. Damit wird die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen in den letzten zwölf Jahren (2009/10–2022) für Deutschland abgebildet und entsprechende Trends nachgezeichnet. Sie geben Auskunft über aktuelle Herausforderungen, aber auch über positive Entwicklungen und sind daher eine wichtige Informationsgrundlage für Akteurinnen und Akteure im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit.

4.1 Stärken und Schwächen von HBSC

Die Stärken der HBSC-Studie sind vielfältig: Insbesondere die internationale Vergleichbarkeit von 51 Ländern, die Möglichkeit der Untersuchung zeitlicher Entwicklungen sowie die Berücksichtigung sozialer Determinanten und Kontextfaktoren sind hier zu nennen. Die Messinstrumente sind valide und die Daten repräsentativ für Kinder und Jugendliche der einbezogenen Altersgruppen in Deutschland. Die aktuelle Erhebung 2022 bietet zusätzlich die besondere Möglichkeit, die gesundheitliche Situation Heranwachsender unter Berücksichtigung möglicher Auswirkungen der COVID-19-Pandemie zu untersuchen und mit der Situation vor der Pandemie (Erhebung 2017/18) zu vergleichen. Neben der Befragung der Schülerinnen und Schüler konnte auch

eine Schulleitungsbefragung durchgeführt werden, die es ermöglicht, ergänzende Einschätzungen der strukturellen und gesundheitlichen Rahmenbedingungen der Heranwachsenden im Schulkontext miteinzubeziehen. In der aktuellen Erhebung konnte zudem eine differenziertere Abfrage der Geschlechtsidentität realisiert werden, indem die Kategorie „divers“ ergänzt wurde. Damit kann die HBSC-Studie auf Bundesebene erstmalig Daten zu einer minorisierten Gruppe dieses Altersbereichs liefern; zu (jungen) Erwachsenen finden sich Daten, z. B. in der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) [42]. Einblicke in die gesundheitliche Situation gender-diverser Heranwachsender sind in den inhaltlichen Beiträgen dieser Ausgabe enthalten. Diese Erkenntnisse sind gerade in Hinblick auf die noch lückenhafte Studienlage von großer Bedeutung. Jedoch kann hier auch limitierend angeführt werden, dass die Fallzahl für statistische Auswertungen z. T. zu gering ist und dieser Umstand in den Analysen berücksichtigt werden muss. Zudem umfasst die Antwortkategorie „divers“ nicht in Gänze die geschlechtliche Vielfalt, sondern dient als Sammelbegriff, der keine weitere Differenzierung ermöglicht [42].

Als Limitation kann zudem das breit angelegte Themenspektrum genannt werden. Zwar hat dies den Vorteil, dass damit eine große Bandbreite unterschiedlicher gesundheitlich relevanter Themen kontinuierlich erhoben werden kann, jedoch werden diese in der Tiefe nur angerissen. Die HBSC-Studie kann daher Anhaltspunkte liefern, die in weiteren Forschungsvorhaben (z. B. in Fokusgruppeninterviews oder themenspezifischen Untersuchungen) detaillierter betrachtet werden können. Weiterhin ist HBSC als Querschnittstudie angelegt. Damit ist zwar die Untersuchung

von aktuellen Prävalenzen sowie zeitlichen Trends möglich, allerdings können darüber hinaus keine Kausalschlüsse gezogen, sondern nur Zusammenhänge dargestellt werden. Als weitere Limitation und Herausforderung für viele wissenschaftliche Studien ist die rückläufige Teilnahmebereitschaft zu nennen [30], die als sehr besorgniserregende Entwicklung für die Wissenschaft zu betrachten ist. Es ist zu erwarten, dass sich die Teilnahmebereitschaft sowohl bei den Schulen als auch bei den Schülerinnen und Schülern in den kommenden Jahren weiter verringert. Ohne die Bereitschaft der Studienteilnehmenden können keine belastbaren Ergebnisse bereitgestellt werden. Obwohl die Responserate für die HBSC-Studie ähnlich hoch ausfiel wie bei anderen Surveys dieser Altersgruppen [43], sind Anreizstrukturen für die Erhöhung der Responserate unerlässlich. Diese müssen in jeder Projektphase implementiert werden – von der Planung (u. a. ausreichender Personaleinsatz, gute Koordination), über die Kontaktaufnahme (u. a. persönlicher Kontakt, Relevanz des Themas, besonderes Augenmerk auf Datenschutz) bis hin zur Durchführung (u. a. Übernahme aller Kosten, engmaschige Kontaktpflege) und zum Abschluss der Studie (Rückkopplung der Ergebnisse) [31, 44]. Obwohl die HBSC-Studie aus Eigenmitteln finanziert wird, wurden diese Aspekte vom HBSC-Studienverbund so umfassend wie möglich umgesetzt. Zudem ist die Teilnahmebereitschaft untrennbar mit dem Personalmangel an Schulen verbunden. Die Annahme, dass Onlineerhebungen eine höhere Teilnahmebereitschaft bei gleichzeitig geringerem Ressourceneinsatz erzielen [34], konnte bei HBSC nicht bestätigt werden. Vielmehr zeigte sich, dass Schulen nach wie vor einen hohen Digitalisierungsrückstau haben und viele Schulen daher auch eine

Printbefragung bevorzugten. Zudem waren Abbrüche beim Onlinefragebogen häufiger als bei den Printfragebögen.

Eine zusätzliche Herausforderung stellen die Genehmigungsverfahren der Studie dar, mit der sich jedoch jede Gesundheitsstudie im Schulkontext konfrontiert sieht. Die teils bundeslandspezifischen Anpassungen und die Erfüllung von spezifischen Anforderungen, die als Voraussetzungen für eine Genehmigung gelten, erfordern viele Rückkopplungsschleifen in der Vorbereitung der Studie (sowohl innerhalb des Studienverbands als auch zwischen der Studienkoordination und den zuständigen Ministerien/Landesschulämtern). Könnten hier leichter Zugänge – insbesondere für sich regelmäßig wiederholende Studien wie HBSC – geschaffen werden, könnte dies zu einer Entlastung auf beiden Seiten führen und darüber hinaus Verzögerungen im Studienablauf (z. B. aufgrund langer Wartezeiten im Genehmigungsverfahren) entgegenwirken. Dadurch wäre es auch möglich, den Erhebungszeitraum deutlich zu reduzieren.

4.2 Ausblick

Die heranwachsende Generation bildet das Fundament unserer zukünftigen Gesellschaft. Investitionen in ein gesundes Aufwachsen sind daher ein wichtiges Ziel von Public Health. Es zeigt sich, dass gesellschaftliche Krisen, wie die COVID-19-Pandemie, sich (über die Infektionskrankung hinaus) massiv auf die Lebenswelten und die gesundheitliche Lage der Kinder und Jugendlichen auswirken und unterstreichen damit die Relevanz der Kinder- und Jugendgesundheitsforschung [4, 45, 46]. Ein regelmäßiges Monitoring ist notwendig, um deren gesundheitliche

Auswirkungen auf die heranwachsende Generation zu erfassen und darauf aufbauend Handlungsoptionen identifizieren zu können. Es bedarf dazu einer engen Zusammenarbeit aller Akteurinnen und Akteure in Politik, Praxis und Wissenschaft und natürlich mit den Kindern und Jugendlichen selbst, um ihnen die bestmöglichen Chancen auf ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen.

Korrespondenzadresse

Kristina Winter
Institut für Medizinische Soziologie (IMS)
Profilzentrum Gesundheitswissenschaften (PZG),
Medizinische Fakultät
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Magdeburger Str. 8
06112 Halle (Saale)
E-Mail: kristina.winter@medizin.uni-halle.de

Zitierweise

Winter K, Moor I, Markert J, Bilz L, Bucksch J et al. (2024) Konzept und Methodik der Studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) – Einblicke in den aktuellen Survey 2022 und die Entwicklung in Deutschland. *J Health Monit* 9(1):108–127. DOI 10.25646/11877

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter: www.rki.de/jhealthmonit-en

Datenschutz und Ethik

Die aktuelle Erhebung der HBSC-Studie 2022 wurde wie die Wellen zuvor von der Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg geprüft (Bearbeitungs-Nr.: 2021-100700-WF). Die Befragung ist auf Ebene der Schulen sowie der Schülerinnen und Schüler zu jeder Zeit freiwillig und

anonym. Die Schulleitungen und die Schülerschaft wurden vorab über alle Inhalte und Ziele der Studie sowie über das Datenschutzkonzept informiert. Für die Teilnahme an der Befragung war eine schriftliche Einwilligung der Erziehungsberechtigten sowie der Schülerinnen und Schüler selbst (ab 7. Klasse) notwendig (informed and active consent). Die Studie wurde unter Berücksichtigung des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) durchgeführt. Ein entsprechendes Datenschutzkonzept wurde vorab mit dem Datenschutzbeauftragten der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Print-Befragung) bzw. mit dem Datenschutzbeauftragten der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus-Senftenberg (Online-Befragung) erarbeitet. Zusätzliche Hinweise sowie Bedingungen zum Datenschutz, die das HBSC-Team von verschiedenen Ministerien im Rahmen des Genehmigungsverfahrens erhalten hat, wurden ebenfalls berücksichtigt und im Konzept ergänzt.

Datenverfügbarkeit

Die jeweils aktuellen HBSC-Daten sind nicht frei verfügbar und die Nutzung ist in den ersten drei Jahren nach Erhebung ausschließlich dem HBSC-Studienverbund Deutschland vorbehalten. Die Nutzung der Daten durch Dritte ist auf Anfrage möglich. Anfragen zu den Daten oder Auswertungsideen können an den HBSC-Studienverbund Deutschland (Leitung und Koordination: Prof. Dr. Matthias Richter, Technische Universität München; Co-Leitung und Koordination: Dr. Irene Moor, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg) gerichtet werden. Nach einer Sperrfrist von drei Jahren können die nationalen wie internationalen HBSC-Daten beim „HBSC Data Management Centre“ (Leitung: Prof.

Dr. Oddrun Samdal) an der Universität Bergen (Norwegen) beantragt werden (<https://www.uib.no/en/hbscdata>).

Förderungshinweis

Zur Durchführung der nationalen HBSC-Studie 2022 wurden ausschließlich Eigenmittel der folgenden Institutionen (in alphabetischer Reihenfolge) verwendet: Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg (Prof. Dr. Ludwig Bilz), Hochschule Heidelberg (Prof. Dr. Jens Bucksch), Hochschule Fulda (Prof. Dr. Katharina Rathmann, Prof. Dr. Kevin Dadaczynski), Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Dr. Irene Moor), Technische Universität München (Prof. Dr. Matthias Richter), Universität Tübingen (Prof. Dr. Gorden Sudeck) und Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer). Für die zusätzlichen Länderstichproben in Sachsen-Anhalt und Brandenburg gab es Teilfinanzierungen (in Sachsen-Anhalt durch die IKK gesund plus, in Brandenburg durch das Ministerium für Bildung, Jugend und Sport (MBSJ) und das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz (MSGIV) sowie die AOK Nordost).

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung

Unser besonderer Dank gilt allen Schulen, Lehrkräften, Erziehungsberechtigten und natürlich den Schülerinnen und Schülern, die uns mit ihrer Teilnahme wertvolle Informationen zu ihrer gesundheitlichen Situation gegeben haben. Zudem danken wir allen Ministerien für die Genehmigung

der HBSC-Studie in den jeweiligen Bundesländern, sodass bundesweit repräsentative Daten erhoben werden konnten. Unser Dank gilt auch den wissenschaftlichen und studentischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aller HBSC-Standorte, die uns bei der Datenerhebung unterstützt haben. Die HBSC-Studie hätte nicht realisiert werden können ohne das große Engagement dieser zahlreichen Kolleginnen und Kollegen an allen HBSC-Standorten in Deutschland. Unser Dank gilt zudem (alphabetische Reihenfolge) Josephine Anghel, Katharina Bargholz, Marie Böhm, Nathalie Braun, Maike Dernbach, Nina Günther, Verena Haupt, Lisa Meister, John-Patrick Petisch, Jutta Pilsner, Celina Schaer, Marjelle Schütteler, Mareike Wiegmann und Eva Winkler von Mohrenfels, die uns als studentische Assistenzen bei der Rekrutierung und Datenerhebung unterstützt haben. Auf internationaler Ebene danken wir dem International Coordinating Centre (ICC) an der Universität Glasgow (Leitung Dr. Jo Inchley) und dem HBSC Data Management Centre (DMC) der Universität Bergen unter der Leitung von Prof. Dr. Oddrun Samdal.

HBSC-Studienverbund Deutschland

Der HBSC-Studienverbund Deutschland setzt sich aktuell aus den folgenden Standorten zusammen: Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg (Prof. Dr. Ludwig Bilz), Hochschule Heidelberg (Prof. Dr. Jens Bucksch), Hochschule Fulda (Prof. Dr. Katharina Rathmann, Prof. Dr. Kevin Dadaczynski), Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Dr. Irene Moor, Co-Leitung), Technische Universität München (Prof. Dr. Matthias Richter, Leitung), Universität Tübingen (Prof. Dr. Gorden Sudeck), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer).

Literatur

1. Bernard M, Winter K, Moor I (2023) Health inequalities in adolescence and their consequences for (emerging) adulthood. In: Hoffmann R (Hrsg) Handbook of health inequalities across the life course. Edward Elgar Publishing, S. 146–159
2. Inchley JC, Stevens GWJM, Samdal O et al. (2020) Enhancing understanding of adolescent health and well-being: The Health Behaviour in School-aged Children Study. *J Adolesc Health* 66(6S):S3–S5
3. Kuhn M, King V (2021) Adoleszenz. In: Deinet U, Sturzenhecker B, von Schwabenflügel L et al. (Hrsg). Handbuch Offene Kinder- und Jugendarbeit. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden, S. 1303–1313
4. Moor I, Winter K, Richter M (2022) Gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern und Jugendlichen. In: Siegrist J, Stöbel U, Trojan A (Hrsg) Medizinische Soziologie in Deutschland. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden, S. 133–147
5. Poethko-Müller C, Kuntz B, Lampert T et al. (2018) Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *J Health Monit* 3(1):8–15. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3030> (Stand: 21.12.2023)
6. Orth B, Merkel C (2022) Der Substanzkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2021 zu Alkohol, Rauchen, Cannabis und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/BZgA_Alkoholsurvey_2021.pdf (Stand: 21.12.2023)
7. Fischer SM, John N, Melzer W et al. (2020) Mobbing und Cybermobbing bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse der HBSC-Studie 2017/18 und Trends. *J Health Monit* 5(3):56–72. <https://edoc.rki.de/handle/176904/6972> (Stand: 21.12.2023)
8. Bucksch J, Häußler A, Schneider K et al. (2020) Bewegungs- und Ernährungsverhalten von älteren Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse der HBSC-Studie 2017/18 und Trends. *J Health Monit* 5(3):22–38. <https://edoc.rki.de/handle/176904/6970> (Stand: 21.12.2023)
9. Moor I, Winter K, Rathmann K et al. (2020) Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsum im Jugendalter – Querschnittergebnisse der HBSC-Studie 2017/18. *J Health Monit* 5(3):73–92. <https://edoc.rki.de/handle/176904/6973> (Stand: 21.12.2023)

10. McGrath JJ, Al-Hamzawi A, Alonso J et al. (2023) Age of onset and cumulative risk of mental disorders: A cross-national analysis of population surveys from 29 countries. *Lancet Psychiatry* 10(9):668–681

11. Cosma A, Abdrakhmanova S, Taut D et al. (2023) A focus on adolescent mental health and wellbeing in Europe, central Asia and Canada: Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 1. WHO Regional Office for Europe. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289060356> (Stand: 21.12.2023)

12. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS et al. (2016) Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet* 387(10036):2423–2478

13. Hoyt LT, Chase-Lansdale PL, McDade TW et al. (2012) Positive youth, healthy adults: does positive well-being in adolescence predict better perceived health and fewer risky health behaviors in young adulthood? *J Adolesc Health* 50(1):66–73

14. McDade TW, Chyu L, Duncan GJ et al. (2011) Adolescents' expectations for the future predict health behaviors in early adulthood. *Soc Sci Med* 73(3):391–398

15. Bantel S, Buitkamp M, Wünsch A (2021) Kindergesundheit in der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen und einer Elternbefragung in der Region Hannover. *Bundesgesundheitsbl* 64:1541–1550

16. Srour R, WHO/Europe Press Office (2023). New WHO–HBSC data shed light on COVID-19 pandemic's effects on children and adolescents: Four new reports highlight impacts and recommendations going forward. Copenhagen. <https://www.who.int/europe/news/item/28-06-2023-new-who-hbsc-data-shed-light-on-covid-19-pandemic-s-effects-on-children-and-adolescents> (Stand: 21.12.2023)

17. Inchley J, Currie D, Samdal O et al. (2023) Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: background, methodology and mandatory items for the 2021/22 survey. Glasgow: MRC/CSO Social and Public Health Sciences Unit, University of Glasgow

18. WHO Europe (o. J.) Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. [www.who.int/europe/initiatives/health-behaviour-in-school-aged-children-\(hbsc\)-study](http://www.who.int/europe/initiatives/health-behaviour-in-school-aged-children-(hbsc)-study) (Stand: 18.09.2023)

19. World Health Organization, Regional Office for Europe (2014) Investing in children: The European child and adolescent health strategy 2015–2020. Copenhagen. https://intranet.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/253729/64wd12e_InvestCAHstrategy_140440.pdf (Stand 21.12.2023)

20. Schütz R, Bilz L (2023) Aufwachsen in Krisenzeiten. Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Brandenburg 2018–2022: Ergebnisse der HBSC-Gesundheitsstudie 2022 im Auftrag der WHO. Pabst Science Publishers, Lengerich

21. Winter K, Richter M, Moor I (2021) Kinder- und Jugendgesundheit in Sachsen-Anhalt: Ergebnisse der Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-Studie Sachsen-Anhalt: Abschlussbericht der Erhebung 2018/19. Halle (Saale): Institut für Medizinische Soziologie Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; Universitäts- und Landesbibliothek Sachsen-Anhalt. <https://repo.bibliothek.uni-halle.de/bitstream/1981185920/38313/1/Abschlussbericht%20HBSC%20Sachsen-Anhalt%202018-19.pdf> (Stand: 21.12.2023)

22. HBSC International Coordinating Centre (o. J.) Youth Engagement. hbsc.org/youth-engagement/ (Stand 21.12.2023)

23. Herke M, Moor I, Winter K et al. (2022) Role of contextual and compositional characteristics of schools for health inequalities in childhood and adolescence: A scoping review. *BMJ Open* 12(2):e052925

24. Eccles JS, Roeser RW (2011) Schools as developmental contexts during adolescence. *J Res Adolesc* 21(1):225–241

25. Bilz L, Sudeck G, Bucksch J et al. (Hrsg) (2016) Schule und Gesundheit: Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheitssurveys „Health Behaviour in School-aged Children“. Beltz Juventa, Weinheim, Basel

26. Paulus P, Dadaczynski K (2018) Gesundheitsförderung und Schule. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, E-Book 2018. BZgA, S. 478–484

27. Dadaczynski K, Paulus P, Nieskens B et al. (2015) Gesundheit im Kontext von Bildung und Erziehung – Entwicklung, Umsetzung und Herausforderungen der schulischen Gesundheitsförderung in Deutschland. *Zeitschrift für Bildungsforschung* 5:197–218

28. Dadaczynski K, Hering T (2021) Health promoting schools in Germany. Mapping the implementation of holistic strategies to tackle NCDs and promote health. *Int J Environ Res Public Health* 18(5):2623

29. Haug E, Nicolaou C, Pavlova D et al. (2018) School-level questionnaire (with COVID-19 questions). In: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: background, methodology and mandatory items for the 2017/18 survey. CAHRU, St Andrews
30. Neal Z, Neal JW, Piteo A (2020) Call Me Maybe: Using incentives and follow-ups to increase principals' survey response rates. *J Res Educ Eff* 13(4):784–793
31. Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens (o. J.) Methodencoach. ostbelgienstatistik.be/PortalData/22/Resources/downloads/Methodencoach.pdf (Stand: 27.11.2023)
32. Bucksch J, Finne E, Gohres H et al. (2016) Die Methodik des HBSC-Surveys 2013/14. In: Bilz L, Sudeck G, Bucksch J et al. (Hrsg) Schule und Gesundheit: Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheits surveys ‚Health Behaviour in School-aged Children‘. Beltz Juventa, Weinheim, Basel, S. 35–46
33. Kolip P, Hoffarth K, Ottova V et al. (2013) Die Methodik des HBSC-Surveys 2009/10. In: Kolip P, Klocke A, Melzer W et al. (Hrsg) Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter aus Geschlechterperspektive: Nationaler Bericht zur WHO-Studie Health Behaviour in School-aged Children 2009/10. Juventa, Weinheim
34. Moor I, Winter K, Bilz L et al. (2020) Die Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)-Studie 2017/18 – Methodik der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie der Weltgesundheitsorganisation. *J Health Monit* 5(3):93–108. <https://edoc.rki.de/handle/176904/6974> (Stand: 21.12.2023)
35. Sand M, Kunz T (2020) Gewichtung in der Praxis. Mannheim: SDM-Survey Guidelines (GESIS Leibniz Institute for the Social Sciences). <https://www.gesis.org/gesis-survey-guidelines/statistics/gewichtung-uebersicht/gewichtung-in-der-praxis> (Stand: 21.12.2023)
36. Mauz E, Lange M, Houben R et al. (2020) Cohort profile: KiGGS cohort longitudinal study on the health of children, adolescents and young adults in Germany. *Int J Epidemiol* 49(2):375–375k
37. Reiß F, Behn S, Erhart M et al. (2024) Subjektive Gesundheit und psychosomatische Beschwerden von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der HBSC-Studie 2009/10–2022. *J Health Monit* 9(1):7–24. www.rki.de/jhealthmonit (Stand: 04.03.2024)
38. Bucksch J, Möckel J, Kaman A et al. (2024) Bewegungsverhalten von älteren Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse der HBSC-Studie 2022 und Zeitverläufe seit 2009/10. *J Health Monit* 9(1):68–85. www.rki.de/jhealthmonit (Stand: 04.03.2024)
39. Sendatzki S, Helmchen RM, Moor I et al. (2024) Gesundheitskompetenz von Schülerinnen und Schülern in Deutschland – Ergebnisse der HBSC-Studie 2022. *J Health Monit* 9(1):25–45. www.rki.de/jhealthmonit (Stand: 04.03.2024)
40. Fischer SM, Bilz L (2024) Mobbing und Cybermobbing an Schulen in Deutschland: Ergebnisse der HBSC-Studie 2022 und Trends von 2009/10 bis 2022. *J Health Monit* 9(1):46–67. www.rki.de/jhealthmonit (Stand: 04.03.2024)
41. Moor I, Herke M, Markert J et al. (2024) Die zeitliche Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheit im Kindes- und Jugendalter in Deutschland: Ergebnisse der HBSC-Studie 2009/10–2022. *J Health Monit* 9(1):86–107. www.rki.de/jhealthmonit (Stand: 04.03.2024)
42. Pöge K, Rommel A, Starker A et al. (2022) Erhebung geschlechtlicher Diversität in der Studie GEDA 2019/2020-EHIS – Ziele, Vorgehen und Erfahrungen. *J Health Monit* 7(2):52–71. <https://edoc.rki.de/handle/176904/9885> (Stand: 21.12.2023)
43. Hoffmann R, Lange M, Butschalowsky H et al. (2018) Querschnitterhebung von KiGGS Welle 2 – Teilnehmendengewinnung, Response und Repräsentativität. *J Health Monit* 3(1):82–96. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3041> (Stand: 21.12.2023)
44. Wolfenden L, Kyri K, Freund M et al. (2009) Obtaining active parental consent for school-based research: A guide for researchers. *Aust N Z J Public Health* 33(3):270–275
45. Ravens-Sieberer U, Devine J, Napp AK et al. (2023) Three years into the pandemic: Results of the longitudinal German COPSy study on youth mental health and health-related quality of life. *Front Public Health* 11:1129073
46. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Otto C et al. (2021) Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSy-Studie. *Bundesgesundheitsbl* 64:1512–1521

Impressum

Journal of Health Monitoring

www.rki.de/jhealthmonit

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de

Verantwortlicher Redakteur

Dr. Thomas Ziese
Stellvertretung: Dr. Anke-Christine Saß

Redakteurinnen

Dr. Martina Groth, Johanna Gutsche,
Dr. Birte Hintzpeter, Dr. Livia Ryl

Satz

Katharina Behrendt, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

ISSN 2511-2708

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



**Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit**