

Patrick Lazarevič

# Was misst Self-Rated Health?

Die Basis subjektiver Gesundheit und Unterschiede nach Geschlecht, Alter und Kohorte in Europa und Kanada



Springer VS

---

Was misst Self-Rated Health?

---

Patrick Lazarevič

# Was misst Self-Rated Health?

Die Basis subjektiver Gesundheit und Unterschiede nach Geschlecht, Alter und Kohorte in Europa und Kanada

Patrick Lazarevič  
Vienna Institute of Demography  
Wien, Österreich

Dissertation in der Fakultät Erziehungswissenschaft, Psychologie und Soziologie der  
TU Dortmund

ISBN 978-3-658-28025-3      ISBN 978-3-658-28026-0 (eBook)  
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-28026-0>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer VS

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Springer VS ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

## Danksagung

Zuallererst möchte in chronologischer Reihenfolge den Menschen danken, die mir die Freiräume, Gelegenheiten und Unterstützung gaben und geben, durch die ich zu der (Forscher-)Person werden konnte, die ich heute bin:

*Jutta und Alexander Lazarevič* für alles von Anfang an,  
*Martina Brandt* für die hilfreich-pragmatische Begleitung in mein Wissenschaftlerleben,  
*Amélie Quesnel-Vallée* pour l'expérience géniale à Montréal et son soutien indéfectible  
und *Marc Luy* für das nächste Kapitel in Wien.

Darüber hinaus möchte ich all jenen Danken, die mir auch in schwierigen Zeiten privat wie beruflich mit Rat und Tat zur Seite standen. Ein besonderer Dank gilt dabei – ebenfalls chronologisch – Sebastian Sombrowski, Fabian Ephraim Koenen & Maxwell Roth, Andrea Schwarz, Laura Unsöld, Judith Kaschowitz und Alina Schmitz.

Die Ergebnisse dieser Arbeit sind Teil des Projektes „LETHE - Levels and Trends of Health Expectancy: Understanding its Measurement and Estimation Sensitivity“, für das Fördermittel des Europäischen Forschungsrats (ERC) im Rahmen des Programms der Europäischen Union für Forschung und Innovation „Horizont 2020“ bereitgestellt wurden (Finanzhilfvereinbarung Nr. 725187).



## Abkürzungsverzeichnis

<b>BMI</b>	Body-Mass-Index
<b>CCHS</b>	Canadian Community Health Survey
<b>CHMS</b>	Canadian Health Measures Survey
<b>GE</b>	Gesundheitseinfluss
<b>GI</b>	Gesundheitsindikator
<b>IHS</b>	Inverse hyperbolische Sinustransformation
<b>NGE</b>	Nichtgesundheitseinfluss
<b>NGI</b>	Nichtgesundheitsindikator
<b>NPHS</b>	National Population Health Survey
<b>SHARE</b>	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
<b>SRH</b>	Self-Rated Health

# Abbildungsverzeichnis

2.1	Kognitives Grundmodell zur Erklärung des Prozesses subjektiver Gesundheitsbewertungen . . . . .	8
2.2	Direkte und indirekte Einflüsse von Nichtgesundheitsindikatoren auf SRH . . .	16
2.3	Analytisches Modell zur Erklärung selbst eingeschätzter Gesundheit . . . . .	17
4.1	Gegenüberstellung dreier möglicher Transformationen von $x_j$ . . . . .	44
6.1	Analytisches Modell zur Erklärung von SRH durch Gesundheitsdimensionen .	75
6.2	Ausmaß erklärter Varianz durch Gesundheitsaspekte nach Geschlecht (95%-Konfidenzintervalle) . . . . .	80
6.3	Ausmaß erklärter Varianz durch Variablen nach Geschlecht . . . . .	81
6.4	Ausmaß erklärter Varianz durch Gesundheitsaspekte nach Geschlecht und Altersgruppe (95%-Konfidenzintervalle) . . . . .	83
6.5	Ausmaß erklärter Varianz durch Gesundheitsaspekte nach Geschlecht und Befragungsland (95%-Konfidenzintervalle) . . . . .	85
7.1	Analytisches Modell zur Erklärung der Residuen aus Kapitel 6 durch NGE . .	91
7.2	Ausmaß erklärter Varianz nach Quelle der NGE nach Geschlecht (95%-Konfidenzintervalle) . . . . .	96
7.3	Ausmaß erklärter Varianz durch alle Variablen nach Geschlecht . . . . .	97
7.4	Ausmaß erklärter Varianz nach Quelle der NGE, Geschlecht und Altersgruppe (95%-Konfidenzintervalle) . . . . .	98
7.5	Ausmaß erklärter Varianz nach Quelle der NGE, Geschlecht und Interviewland (95%-Konfidenzintervalle) . . . . .	100
8.1	Analytisches Modell zur Erklärung von SRH durch die verfügbaren Gesundheitsdimensionen . . . . .	105
8.2	Ausmaß erklärter Varianz durch Gesundheitsaspekte nach Geschlecht (95%-Konfidenzintervalle, gepoolte Regressionen über alle Kohorten und Befragungsjahre) . . . . .	110
8.3	Ausmaß erklärter Varianz durch die einzelnen Variablen nach Geschlecht (gepoolte Regressionen über alle Kohorten und Befragungsjahre) . . . . .	111
8.4	Ausmaß erklärter Varianz durch die vier Gesundheitsdimensionen separat nach Geschlecht und Befragungsjahr (95%-Konfidenzintervalle; wiederholte Querschnittsanalysen) . . . . .	112
8.5	Erklärte Varianz durch die Funktionsfähigkeit separat nach Kohorte und Geschlecht (95%-Konfidenzintervalle; wiederholte Querschnittsanalysen) . . . . .	115

8.6	Erklärte Varianz durch Krankheiten separat nach Kohorte und Geschlecht (95%-Konfidenzintervalle; wiederholte Querschnittsanalysen) . . . . .	117
8.7	Erklärte Varianz durch Schmerzen separat nach Kohorte und Geschlecht (95%-Konfidenzintervalle; wiederholte Querschnittsanalysen) . . . . .	118
8.8	Erklärte Varianz durch Gesundheitsverhalten separat nach Kohorte und Geschlecht (95%-Konfidenzintervalle; wiederholte Querschnittsanalysen) . . . . .	120
8.9	$R^2_{Adj}$ des GL-Modells nach Geschlecht und Geburtskohorte über den Untersuchungszeitraum (95%-Konfidenzintervalle; wiederholte Querschnittsanalysen) . . . . .	123
9.1	Analytisches Modell zur Erklärung von Veränderungen von SRH durch Gesundheitsveränderungen . . . . .	127
9.2	Ausmaß erklärter Varianz durch Gesundheitsaspekte nach Geschlecht (95%-Konfidenzintervalle, Querschnittsanalysen der ersten NPHS-Welle (1994)) . . . . .	134
9.3	Ausmaß erklärter Varianz durch Gesundheitsaspekte nach Geschlecht (95%-Konfidenzintervalle, Längsschnittanalysen aller neun NPHS-Wellen (1994–2011)) . . . . .	135
9.4	Ausmaß erklärter Varianz durch Variablen nach Geschlecht (Querschnittanalysen der ersten NPHS-Welle (1994)) . . . . .	137
9.5	Ausmaß erklärter Varianz durch Variablen nach Geschlecht (Längsschnittanalysen aller neun NPHS-Wellen (1994–2011)) . . . . .	138
9.6	Ausmaß erklärter Varianz durch Gesundheitsaspekte nach Geschlecht und Alter (95%-Konfidenzintervalle, Querschnittanalysen der ersten NPHS-Welle (1994)) . . . . .	139
9.7	Ausmaß erklärter Varianz durch Gesundheitsaspekte nach Geschlecht und Alter (95%-Konfidenzintervalle, Längsschnittanalysen aller neun NPHS-Wellen (1994–2011)) . . . . .	141
C.1	Ausmaß erklärter Varianz durch Gesundheitsaspekte nach Geschlecht (generalisierte Ordered Logit Modelle) . . . . .	193
C.2	Ausmaß erklärter Varianz durch Gesundheitsaspekte nach Geschlecht und Altersgruppe (generalisierte Ordered Logit Modelle) . . . . .	194
C.3	Ausmaß erklärter Varianz durch die einzelnen Variablen nach Geschlecht (generalisierte Ordered Logit Modelle) – nur Surveyfragen . . . . .	195
C.4	Ausmaß erklärter Varianz durch Gesundheitsaspekte nach Geschlecht (95%-Konfidenzintervalle) – nur Surveyfragen . . . . .	197
C.5	Ausmaß erklärter Varianz durch die einzelnen Variablen nach Geschlecht – nur Surveyfragen . . . . .	197
C.6	Ausmaß erklärter Varianz durch Gesundheitsaspekte nach Geschlecht und Altersgruppe (95%-Konfidenzintervalle) – nur Surveyfragen . . . . .	198
C.7	Ausmaß erklärter Varianz durch Gesundheitsaspekte nach Geschlecht und Befragungsland (95%-Konfidenzintervalle) – nur Surveyfragen . . . . .	199
C.8	Ausmaß erklärter Varianz durch Gesundheitsaspekte nach Geschlecht ohne Gewichtung (95%-Konfidenzintervalle) . . . . .	202
C.9	Ausmaß erklärter Varianz durch Gesundheitsaspekte nach Geschlecht und Altersgruppe ohne Gewichtung (95%-Konfidenzintervalle) . . . . .	202



C.10 Ausmaß erklärter Varianz durch Verzerrungsquellen nach Geschlecht (95%-Konfidenzintervalle) . . . . .	205
C.11 Ausmaß erklärter Varianz durch Verzerrungsquellen nach Geschlecht und Altersgruppe (95%-Konfidenzintervalle) . . . . .	205
C.12 Ausmaß erklärter Varianz durch die vier Gesundheitsdimensionen separat nach Geschlecht und Befragungsjahr (generalisierte Ordered Logit Modelle; wiederholte Querschnittsanalysen) . . . . .	206
C.13 Ausmaß erklärter Varianz durch Gesundheitsaspekte nach Geschlecht (generalisierte Ordered Logit Modelle, Querschnittsanalysen der ersten NPHS-Welle (1994)) . . . . .	207

# Tabellenverzeichnis

5.1 Überblick über die Gesundheitsmessung in den drei verwendeten Datensätzen (Details in Klammern) .....	73
6.1 Ergebnisse der linearen Regression zur Erklärung der selbst eingeschätzten Gesundheit durch GI (unstandardisierte Koeffizienten und Standardfehler) ..	77
6.2 $R^2_{Adj.}$ und Fallzahl der Modelle nach Geschlecht und Alter .....	84
6.3 $R^2_{Adj.}$ , Fallzahl und Gewicht in den Regressionen der Modelle nach Geschlecht und Befragungsland .....	87
7.1 Ergebnisse der Regression zur Erklärung der Residuen (unstandardisierte Koeffizienten und Standardfehler) .....	94
7.2 Angepasstes $R^2_{Adj.}$ und Fallzahl für Modelle nach Geschlecht und Alter .....	99
7.3 $R^2_{Adj.}$ , Fallzahl und Gewicht in den Regressionen der Modelle nach Geschlecht und Befragungsland .....	101
8.1 Ergebnisse der linearen Regressionsmodelle zur Erklärung der selbst eingeschätzten Gesundheit (unstandardisierte Koeffizienten und Standardfehler, gepoolte Regressionen über alle Kohorten und Befragungsjahre) .....	107
8.2 $R^2_{Adj.}$ und Fallzahl für Modelle nach Geschlecht und Befragungsjahr .....	113
8.3 Angepasstes $R^2$ und Fallzahl für Modelle nach Erhebungsjahr, Geschlecht und Kohorte .....	122
9.1 Ergebnisse der linearen Regressionsmodelle zur Erklärung der selbst eingeschätzten Gesundheit (unstandardisierte Koeffizienten und Standardfehler, Querschnittanalysen der ersten NPHS-Welle (1994)) .....	129
9.2 Ergebnisse der Fixed-Effects-Regression zur Erklärung der selbst eingeschätzten Gesundheit (unstandardisierte Koeffizienten und Standardfehler, Längsschnittanalysen aller neun NPHS-Wellen (1994–2011)) .....	132
9.3 Angepasstes $R^2$ und Fallzahl für Modelle nach Geschlecht und Geburtskohorte (Querschnittanalysen der ersten NPHS-Welle (1994)) .....	140
9.4 Angepasstes $R^2$ und Fallzahl für Modelle nach Geschlecht und Geburtskohorte (Längsschnittanalysen aller neun NPHS-Wellen (1994–2011)) .....	142
A.1 Fallzahlen, Arithmetisches Mittel, Median, Standardabweichung und Schiefe von SRH im Kapitel 6 nach Befragungsland .....	177
A.2 Arithmetisches Mittel, Median, Standardabweichung und Schiefe der verwendeten Variablen im Kapitel 6 .....	178

A.3	Arithmetisches Mittel, Median, Standardabweichung und Schiefe der verwendeten Variablen im Kapitel 7 . . . . .	179
A.4	Fallzahlen, Standardabweichung und Schiefe der Residuen in Kapitel 7 nach Geschlecht, Altersgruppe und Befragungsland . . . . .	180
A.5	Arithmetisches Mittel, Median, Standardabweichung und Schiefe der verwendeten Variablen im Kapitel 8 . . . . .	181
A.6	Arithmetisches Mittel, Median, Standardabweichung und Schiefe der verwendeten Variablen im Kapitel 9 für das Jahr 1994 . . . . .	182
A.7	Arithmetisches Mittel, Median, Standardabweichung und Schiefe der verwendeten Variablen im Kapitel 9 in Personenjahren (1994–2011) . . . . .	183
B.1	Regressionsergebnisse nach Geschlecht und Altersgruppe (unstandardisierte Koeffizienten, Standardfehler in Klammern) . . . . .	185
B.3	Detaillierte Regressionsergebnisse der Frauen nach Befragungsland (unstandardisierte Koeffizienten, Standardfehler in Klammern) . . . . .	186
B.4	Detaillierte Regressionsergebnisse der Männer nach Befragungsland (unstandardisierte Koeffizienten, Standardfehler in Klammern) . . . . .	187
B.2	Ergebnisse der Regression zur Erklärung der Residuen nach Geschlecht und Altersgruppe (unstandardisierte Koeffizienten, Standardfehler in Klammern) . . . . .	188
B.5	Ergebnisse der Regressionen zur Erklärung der Residuen nach Geschlecht und Befragungsland (unstandardisierte Koeffizienten, Standardfehler in Klammern) . . . . .	189
B.6	Detaillierte Regressionsergebnisse nach Geschlecht und Befragungsland (unstandardisierte Koeffizienten, Standardfehler in Klammern) . . . . .	190
B.7	Detaillierte Regressionsergebnisse der linearen Regressionen nach Geschlecht und Altersgruppe (unstandardisierte Koeffizienten, Standardfehler in Klammern) . . . . .	191
B.8	Detaillierte Regressionsergebnisse der Fixed-Effects-Modelle nach Geschlecht und Altersgruppe (unstandardisierte Koeffizienten, Standardfehler in Klammern) . . . . .	192
C.1	Ergebnisse der linearen Regressionsmodelle zur Erklärung der selbst eingeschätzten Gesundheit (unstandardisierte Koeffizienten und Standardfehler) – nur Surveyfragen . . . . .	196
C.2	Ergebnisse der linearen Regression zur Erklärung der selbst eingeschätzten Gesundheit durch GI (unstandardisierte Koeffizienten und Standardfehler) . . . . .	200
C.3	Regressionsergebnisse nach Geschlecht und Altersgruppe (unstandardisierte Koeffizienten, Standardfehler in Klammern) . . . . .	201
C.4	Ergebnisse der Regression zur Erklärung der Residuen (unstandardisierte Koeffizienten und Standardfehler) . . . . .	203
C.5	Ergebnisse der Regression zur Erklärung der Residuen nach Geschlecht und Altersgruppe (unstandardisierte Koeffizienten, Standardfehler in Klammern) . . . . .	204
C.6	$R^2_{Adj}$ und Fallzahl für die gepoolten Modelle nach Geschlecht und Kohorte . . . . .	206

# Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	vii
Abbildungsverzeichnis	ix
Tabellenverzeichnis	xiii
<b>1 Einführung und Motivation: Die Relevanz subjektiver Gesundheit und offene Fragen</b>	<b>1</b>
<b>2 Theorie: Modelle subjektiver Gesundheitsbewertungen</b>	<b>7</b>
2.1 Die Grundfrage: Wie entstehen gesundheitsbezogene Selbsteinschätzungen und was messen sie? . . . . .	7
2.2 Kognitive Prozesse der Selbsteinschätzung der generellen Gesundheit . . . . .	7
2.3 Ein (mögliches) analytisches Modell zur empirischen Umsetzung . . . . .	14
2.4 Die Forschungsfragen dieser Arbeit . . . . .	19
<b>3 Stand der Forschung: Was wissen wir bislang?</b>	<b>21</b>
3.1 Welche Faktoren beeinflussen die Selbsteinschätzung der Gesundheit und wie werden sie gewichtet? . . . . .	21
3.2 Der Einfluss von nicht gesundheitsbezogenen Aspekten . . . . .	22
3.3 Altersunterschiede im Bewertungsprozess . . . . .	26
3.4 Der Einfluss von Gesundheitsveränderungen auf SRH . . . . .	28
3.5 Modifikation des Zusammenhangs durch das Geschlecht oder den Länderkontext . . . . .	28
3.6 Zwischenfazit und Konsequenzen für die eigene Analyse . . . . .	29
<b>4 Methoden und Analysestrategie: Wie lassen sich die Fragen empirisch umsetzen?</b>	<b>31</b>
4.1 Methoden: Welche Verfahren eignen sich zur Beantwortung der Fragen? . . . . .	31
4.1.1 Das Skalenniveau der Gesundheitsbewertung: SRH als (quasi-)metrische Variable? . . . . .	31
4.1.2 Die Lineare Regression: Wie kommen Befragte zu ihrer Gesundheitsbewertung? . . . . .	34
4.1.3 Fixed-Effects Regression: Wie wirken sich Veränderungen der Gesundheit auf SRH aus? . . . . .	38
4.1.4 Dominanzanalyse: Die Gewichtung von Informationen als Beiträge zur erklärten Varianz . . . . .	40

4.1.5	Inverse hyperbolische Sinustransformation (IHS): Die Modellierung nichtlinearer Zusammenhänge mit SRH .....	42
4.2	Analysestrategie: Ein Überblick über die empirische Untersuchung .....	44
<b>5</b>	<b>Daten: Worauf beruhen die Analysen?</b>	<b>49</b>
5.1	Der Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) .....	49
5.1.1	Der Datensatz .....	49
5.1.2	Verwendete Variablen in Kapitel 6 .....	52
5.1.3	Verwendete Variablen in Kapitel 7 .....	58
5.2	Der Canadian Community Health Survey (CCHS) .....	61
5.2.1	Der Datensatz .....	61
5.2.2	Verwendete Variablen .....	63
5.3	Der National Population Health Survey (NPHS) .....	67
5.3.1	Der Datensatz .....	67
5.3.2	Verwendete Variablen .....	68
5.4	Überblick über die verwendete Gesundheitsmessung in den verschiedenen Datensätzen .....	72
<b>6</b>	<b>Subjektive Gesundheit im höheren Alter und Unterschiede aufgrund des Geschlechts, Alters und Länderkontextes</b>	<b>75</b>
6.1	Darstellung und Vergleich der Basis von Gesundheitseinschätzungen nach Geschlecht .....	76
6.2	Vergleich der Basis von Gesundheitseinschätzungen nach Geschlecht und Alter .....	82
6.3	Vergleich der Basis von Gesundheitseinschätzungen nach Befragungsland ..	84
6.4	Zusammenfassung und Zwischenfazit .....	88
<b>7</b>	<b>Einflüsse von Nichtgesundheitseigenschaften und deren Moderation durch das Geschlecht, Alter und den Länderkontext</b>	<b>91</b>
7.1	Der (systematische) Einfluss nicht gesundheitsbezogener Aspekte nach Geschlecht .....	93
7.2	Vergleich der Einflüsse nicht gesundheitsbezogener Aspekte nach Geschlecht und Alter .....	98
7.3	Vergleich der Einflüsse nicht gesundheitsbezogener Aspekte nach Geschlecht und Land .....	100
7.4	Zusammenfassung und Zwischenfazit .....	101
<b>8</b>	<b>Alters- und Kohortenunterschiede in der Gesundheitsbewertung in Abhängigkeit des Geschlechts</b>	<b>105</b>
8.1	Darstellung und Vergleich der Basis von Gesundheitseinschätzungen nach Geschlecht .....	106
8.2	Vergleich der Relevanz der Gesundheitsaspekte nach Geschlecht, Geburtskohorte und Befragungsjahr .....	113
8.3	Zusammenfassung und Zwischenfazit .....	123

<b>9 Die Messung des Gesundheitsstatus und von Gesundheitsveränderungen und die Rolle von Geschlecht und Alter</b>	<b>127</b>
9.1 Darstellung und Vergleich der Basis von Gesundheitseinschätzungen nach Geschlecht . . . . .	128
9.2 Vergleich der Basis von Gesundheitseinschätzungen nach Geschlecht und Geburtskohorte . . . . .	138
9.3 Zusammenfassung und Zwischenfazit . . . . .	142
<b>10 Diskussion und Ausblick: Der Beitrag dieser Arbeit und weitere Anknüpfungspunkte</b>	<b>145</b>
10.1 Was wir wissen und was wir nicht wissen . . . . .	145
10.2 Implikationen und Ausblick: Wie geht es weiter? . . . . .	157
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>159</b>
<b>Anhang A: Deskriptive Statistiken der verwendeten Variablen</b>	<b>177</b>
<b>Anhang B: Detaillierte Regressionsergebnisse</b>	<b>185</b>
B.1 Detaillierte Regressionsergebnisse zu Kapitel 6 . . . . .	185
B.2 Detaillierte Regressionsergebnisse zu Kapitel 7 . . . . .	188
B.3 Detaillierte Regressionsergebnisse zu Kapitel 8 . . . . .	190
B.4 Detaillierte Regressionsergebnisse zu Kapitel 9 . . . . .	191
<b>Anhang C: Weiterführende Analysen</b>	<b>193</b>
C.1 Weiterführende Analysen zu Kapitel 6 . . . . .	193
C.2 Weiterführende Analysen zu Kapitel 7 . . . . .	203
C.3 Weiterführende Analysen zu Kapitel 8 . . . . .	206
C.4 Weiterführende Analysen zu Kapitel 9 . . . . .	207



# 1 Einführung und Motivation: Die Relevanz subjektiver Gesundheit und offene Fragen<sup>1</sup>

Die Gesundheit eines Menschen stellt nicht nur für ihn selbst, sondern auch für sämtliche Wissenschaftsdisziplinen, die sich mit dem menschlichen (Zusammen)Leben befassen, einen zentralen Aspekt dar. Insbesondere vor dem Hintergrund der weiter andauernden Bevölkerungsalterung beschäftigt sich eine stetig wachsende Anzahl quantitativ-empirischer Studien mit Fragen individueller und gesellschaftlicher Gesundheit (Hank & Brandt 2016). Im Fokus dieser Untersuchungen stehen dabei häufig entweder Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit bzw. Verlängerung gesunder Lebenszeit oder Determinanten und Auswirkungen gesundheitlicher Ungleichheit (z.B. Brandt et al. 2012; Hank et al. 2013; Deindl et al. 2016; Kaschowitz & Brandt 2017). Die große Bedeutung von Gesundheit in der Wissenschaft gilt umso mehr für die Alter(n)sforschung bzw. Gerontologie, da insbesondere Menschen im höheren Alter sich mit einer verschlechternden Gesundheit konfrontiert sehen (McCullough & Laurenceau 2004). Darum ist es auch nicht weiter verwunderlich, dass große Altersstudien wie z.B. die Berliner Altersstudie (BASE), der Deutsche Alterssurvey (DEAS) oder der Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) immer auch die Gesundheit der Befragten extensiv erheben. Die Ergebnisse der auf diesen Erhebungen basierenden Untersuchungen haben eine hohe gesellschaftliche Relevanz und dienen als wissenschaftliche Basis für entsprechende politische Maßnahmen wie die aktuelle deutsche Pflegereform (Brandt et al. 2016).

Das analytische Herzstück solcher (sozial-)gerontologischer, (sozial-)epidemiologischer und artverwandter Studien ist die Definition und Messung von dem, was unter „Gesundheit“ verstanden werden soll. Wie auch schon in anderen wissenschaftlichen Kontexten wiederholt gezeigt werden konnte, haben diesbezügliche Entscheidungen potenziell drastische Konsequenzen für die inhaltlichen Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen (z.B. Roberts et al. 1996; Edgar & Gear 2005; Verhaest & Omeij 2010; Kümmerling & Lazarevič 2016). Sofern kein spezifischer gesundheitlicher Aspekt, wie die Wahrscheinlichkeit, von einer bestimmten Krankheit betroffen zu sein oder die Auswirkungen einer Maßnahme auf die mentale Gesundheit, im Fokus steht, sind hierzu Messinstrumente der sogenannten generischen Gesundheit, also der allgemeinen gesundheitlichen Verfassung (auch „latente Gesundheit“) einer Person notwendig. Um eine möglichst genaue und umfassende Messung zu erreichen, wurde bereits eine Vielzahl unterschiedlichster Verfahren entwickelt (Jylhä 2009). Diese reichen von detaillierten Fragebögen wie dem Health Utilities Index (HUI-3) (Feeny et al. 1995), dem Cohen-Hoberman Inventory of Physical Symptoms (CHIPS) (Cohen 1988), dem Short Form Health Survey (SF-36) (Ware 1993),

<sup>1</sup> Weite Teile dieser Einleitung und des theoretischen Hintergrundes in Kapitel 2 wurden bereits in einer früheren Version vorab im Rahmen eines Sammelbandbeitrages veröffentlicht (Lazarevič 2018).

dem European Health Status Module (EHSM) (Robine & Jagger 2003), über physische Leistungstests wie die Greifkraftmessung oder die Messung der Gehgeschwindigkeit oder des Lungenvolumens (für einen Überblick siehe Cooper et al. 2011), bis hin zu den sogenannten (Labor-)Biomarkern, also Laboruntersuchungen z.B. von Blut-, Speichel-, Urin- oder Haarproben (für einen Überblick siehe Mayeux 2004; McDade et al. 2007).

Für die meisten Studien, die auf Surveydaten beruhen, stehen jedoch weder die zeitlichen noch finanziellen Ressourcen zur Verfügung, um die genannten Maßnahmen zur umfassenden Gesundheitsmessung anhand ausführlicher Fragebögen, Leistungstests oder Biomarker zu gewährleisten. Insbesondere in multithematischen Studien kann eine ausführliche Messung der Gesundheit und die daraus resultierende längere Befragungsdauer die sogenannte „Respondent Burden“ erhöhen, worunter nicht zuletzt die Datenqualität potenziell leidet (Bradburn 1979; Sharp & Frankel 1983). Gleichzeitig kann die Verwendung dieser Methoden aber auch abschreckend für ForscherInnen sein, da sie ihnen und gegebenenfalls ihren RezipientInnen weiterführende Kenntnisse statistischer Methoden (z.B. Faktorenanalysen oder Strukturgleichungsmodelle im Falle komplexer Skalen) bzw. der Humanbiologie/-medizin (im Falle von Laborbiomarkern) oder einen allgemein größeren Aufwand (z.B. bei der Kodierung des HUI-3) abverlangen. Hieraus resultiert ein großes Interesse daran, die latente Gesundheit anhand möglichst weniger und einfacher Fragen verlässlich zu ermitteln. Doch welche Eigenschaften sollten entsprechende Surveyfragen hierzu aufweisen?

In einer Publikation der World Health Organisation (WHO) definieren de Bruin et al. (1996: 50) sechs Anforderungen, die Gesundheitsindikatoren bzw. Fragen in Gesundheitsinterviews erfüllen sollten:

1. Sie sollten so kurz wie möglich sein.
2. Sie sollten nicht durch Aspekte wie das Geschlecht oder Alter verzerrt sein.
3. Sie sollten für die Erhebung in persönlichen Interviews oder durch die Befragten selbst auszufüllende Fragebögen geeignet sein, ohne dass eine spezielle (medizinische) Bildung nötig ist.
4. Sie sollten für Proxybefragungen geeignet sein.
5. Sie sollten (Gesundheits-)Informationen erfragen, die nicht zu selten in der Zielbevölkerung vorkommen.
6. Sie sollten einfach zu erheben sein und Daten produzieren, die leicht zu verarbeiten sind (z.B. in statistischen Analysen).

Eine Alternative zu den ausführlichen Messinstrumenten wird unter der (wenigstens impliziten) Annahme, dass alle diese Anforderungen erfüllt sind, sowohl von Fragebogen-designerInnen großer Surveys wie NutzerInnen von Sekundärdaten häufig in einer direkten subjektiven Selbsteinschätzung der generischen Gesundheit durch die Befragten gesehen. Diese wird typischerweise in Form einer Einzelfrage wie z.B. „Würden Sie sagen, Ihr Gesundheitszustand ist...?“ (Ausgezeichnet/Sehr gut/Gut/Mittelmäßig/Schlecht) (Fragebogen des SHARE, 2015) erhoben. Die Attraktivität, die latente Gesundheit durch diese Frage zu messen, begründet sich aus surveymethodologischer Sicht mindestens dadurch, dass es sich um eine relativ simple und kurze Frage handelt (Anforderung 1), zu der vermeintlich jeder Mensch entweder eine konkrete und begründbare Meinung hat (Anforderungen 3 und 5) oder sich notfalls schnell eine solche bilden kann (Jylhä 2009). Aus diesen Gründen wird



dieser Gesundheitsindikator auch in der oben genannten WHO-Publikation explizit zur Messung der Gesundheit empfohlen (de Bruin et al. 1996: 51–53) und – mit leichten Variationen – nicht nur in den erwähnten Alterssurveys, sondern auch in vielen allgemeinen gesundheitsbezogenen (z.B. Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)) wie multithematischen Bevölkerungssurveys national (z.B. im Sozio-oekonomischen Panel (SOEP)) wie international (z.B. im European Social Survey (ESS)) standardmäßig erhoben, was auch eine Vergleichbarkeit dieser Daten zwischen Bevölkerungsgruppen und Ländern impliziert (Anforderung 2). Dieser auch als „Self-Rated Health“ (SRH) bezeichnete Indikator wird von NutzerInnen üblicherweise entweder quasimetrisch (z.B. Singh-Manoux et al. 2006) oder dichotomisiert in Kategorien wie ‚mindestens gute Gesundheit‘ und ‚schlechter als gut‘ (z.B. Manor et al. 2000) verwendet, wodurch er augenscheinlich ohne Weiteres für eine ganze Reihe statistischer Methoden geeignet ist (Anforderung 6). Die Erhebung und Verwendung von SRH lässt sich aber auch empirisch begründen: In zahlreichen Studien konnte immer wieder gezeigt werden, dass SRH einen konsistenten, unabhängigen und merkbaren Beitrag zur Prognose von Morbidität und Mortalität leistet (für einen Überblick siehe Idler & Benyamini 1997).

Darüber hinaus gibt es auch auf theoretisch-inhaltlicher Ebene vor allem vier Eigenschaften von SRH, die zur Begründung der Verwendung dieses Messinstruments zur generischen Gesundheitsmessung herangezogen werden (Idler & Benyamini 1997; Benyamini 2011): *Erstens* ist SRH inklusiv in der Hinsicht, dass Befragte zur Bewertung ihrer Gesundheit alle erdenklichen und subjektiv relevanten Aspekte berücksichtigen können. Es werden also nicht nur manifeste, bekannte und erfragbare Tatsachen wie Diagnosen oder Krankheitssymptome einbezogen, die eventuell im Rahmen des restlichen Fragebogens nicht abgefragt wurden, sondern auch eher latente Gesundheitsmerkmale wie die (subjektive) Schwere und Auswirkungen etwaiger Gesundheitsprobleme oder auch potenziell unbewusste biomedizinische Prozesse wie Entzündungen, die ansonsten nur über Biomarker erfasst werden könnten. Dadurch hat SRH folglich gerade durch seine Subjektivität das Potenzial, Gesundheitsmerkmale zu erheben, die z.B. über die einfache Abfrage medizinischer Diagnosen hinausgehen. Darüber hinaus ist SRH *zweitens* dynamisch, d.h. die Bewertung beinhaltet nicht nur den derzeitigen Gesundheitszustand, sondern auch mögliche Gesundheitsentwicklungen und -veränderungen. Die Befragten können also auch kurz- und langfristige Prozesse berücksichtigen, die potenziell fundamental für die Bewertung sein können. *Drittens* ist davon auszugehen, dass die Evaluation der eigenen Gesundheit auch das Verhalten der Befragten beeinflusst, da eine suboptimale Gesundheit z.B. die Motivation für präventives Gesundheitsverhalten wie physische Aktivität verringern kann. Dies hat in der Folge etwa Konsequenzen für die Vorhersage zukünftiger Gesundheitsentwicklungen. Eine letzte theoretische Annahme in Bezug auf SRH ist *viertens*, dass in dieses Urteil auch Ressourcen der Befragten wie ihr sozioökonomischer Status, (potenzielle) soziale Unterstützung und ihre allgemeine Vitalität eingehen. Das (Nicht-)Vorhandensein dieser Ressourcen kann seinerseits einen eigenständigen Einfluss auf den (zukünftigen) Gesundheitsstatus, z.B. bezüglich der möglichen Bewältigungsstrategien gesundheitlicher Rückschläge, haben.

Auf Basis dieser vorteilhaften surveymethodologischen, empirischen und theoretischen Eigenschaften und nicht zuletzt der Empfehlung der WHO durch de Bruin et al. (1996), SRH als Standardindikator zur Gesundheitsmessung zu verwenden, ist die geradezu allge-

genwärtige Verbreitung von SRH nicht überraschend: Es lässt sich vor dem Hintergrund hunderter Untersuchungen, die SRH verwenden (Jylhä 2009), mit einigem Recht behaupten, dass SRH als faktischer „State-of-the-Art“ generischer Gesundheitsmessung und populäres Allroundwerkzeug der quantitativen Alter(n)- und Gesundheitsforschung bezeichnet werden kann.

In der überwiegenden Mehrheit der Studien, die SRH als Maß für den Gesundheitszustand von Befragten verwenden, wird dieser von ForscherInnen als folglich feststehende Tatsache behandelt und mit der latenten Gesundheit einer Person gleichgesetzt. Das Wissen über die kognitiven Prozesse, auf denen die Antworten der Befragten beruhen, ist jedoch stark fragmentiert und die Auswirkungen dieser Prozesse liegen immer noch weitgehend im Dunkeln. Entsprechend wissen DatennutzerInnen und ihre RezipientInnen oftmals nicht, auf welchen Informationen, Empfindungen und Überlegungen diese Gesundheitsbewertungen tatsächlich gründen und welches Gewicht ihnen jeweils zukommt. Aus diesen Unklarheiten und Forschungsdefiziten ergibt sich die übergreifende Forschungsfrage dieser Arbeit, die geklärt werden muss, um überhaupt zielgerichtete Forschung mit diesem Gesundheitsindikatoren betreiben zu können: *Was misst SRH?*

Darüber hinaus stellt sich - entgegen der durch die Empfehlung signalisierten Annahme von de Bruin et al. (1996) - die Frage, ob sämtliche oben postulierten Voraussetzungen für SRH erfüllt sind. So wissen DatennutzerInnen in der Regel nicht, ob oder inwieweit verschiedene Gruppen, z.B. Frauen und Männer, Altersgruppen oder Bewohner unterschiedlicher Länder, sich in der Basis und Gestaltung ihrer Bewertung unterscheiden oder ob sich Proxybefragte nicht doch von ihrer Einschätzung von den eigentlich zu Befragenden unterscheiden. Aus diesen Unklarheiten ergeben sich besondere Probleme der Vergleichbarkeit der Daten und Validität empirischer Ergebnisse, die auf diesem Gesundheitsindikatoren beruhen: In letzter Konsequenz werden sämtliche Gruppenvergleiche auf Basis von SRH in Frage gestellt. Das Ausmaß eventueller Probleme ist ohne entsprechende Untersuchungen selbst für ForscherInnen schwer einzuschätzen und vermutlich den meisten RezipientInnen nicht vollumfänglich bewusst. Entsprechend gibt es auch dringenden Forschungsbedarf in der Frage, inwieweit die Gesundheitsbewertungen Bevölkerungsgruppen, die in empirischer Gesundheitsforschung häufig miteinander verglichen werden, auf den gleichen gesundheitsbezogenen Grundlagen basieren. Die oben genannten Gruppen, d.h. Geschlecht, Alter bzw. Kohorte und das Land der Befragung, bieten sich dabei in besonderer Weise zum Vergleich an, da sie in Surveys vergleichsweise einfach und objektiv messbar, weitestgehend exogen hinsichtlich der Gesundheit der Befragten und gewissermaßen universell sind, wodurch ein Vergleich der Ergebnisse auch über verschiedene Datengrundlagen hinweg relativ gut möglich ist. Entsprechend lautet die diesbezügliche zweite Hauptforschungsfrage dieser Arbeit: *Unterscheiden sich Männer und Frauen, die Angehörigen verschiedener Altersgruppen oder die Bewohner unterschiedlicher Länder hinsichtlich der Grundlage ihrer Gesundheitsbewertung?*

Diese Arbeit soll einen Beitrag dazu leisten, diese und damit verbundene Fragen zu klären und so eine bessere Entscheidungsgrundlage für die Verwendung von SRH zu bieten. Hierzu werden zuerst in Kapitel 2 theoretische Ansätze zum Ablauf bzw. Zustandekommen der Bewertung der eigenen Gesundheit zusammengefasst. Zu diesem Zweck wird aus der Synthese eines grundlegenden kognitionswissenschaftlichen Modells zur Beschreibung des Antwortprozesses bei Surveyfragen und verschiedenen Modellen zur Bewertung der all-

gemeinen Gesundheit ein übergreifendes kognitives Modell zum gesamten Antwortprozess bei der Frage nach der selbst eingeschätzten Gesundheit hergeleitet. Der in diesem Modell dargestellte kognitive Gesamtprozess lässt sich in seinen einzelnen Schritten empirisch untersuchen und testen, woraus sich wichtige Erkenntnisse über SRH allgemein gewinnen lassen. Als entsprechende Illustration dient im Anschluss ein spezifischeres analytisches Modell zu den Grundlagen und dieser Bewertung und ihrer Gewichtung, welches sich direkt empirisch umsetzen und überprüfen lässt. In diesem Modell wird die allgemeine Gesundheitsbewertung als Resultat einer Integration von fünf Gesundheitsdimensionen vor dem Hintergrund von nicht gesundheitsbezogenen Einflüssen (also Einflüssen, die nicht Teil der latenten Gesundheit sind) gesehen, wobei diese (nicht) gesundheitsbezogenen Einflüsse auf die Gesundheitsbewertung jeweils durch die oben genannten soziodemographischen Aspekte moderiert werden. Die Herleitung und Beschreibung dieser theoretischen Modelle mündet schlussendlich der Spezifizierung fünf konkreter Forschungsfragen zum Thema subjektiver Gesundheitsbewertungen. Die Aufstellung dieser Forschungsfragen schon zu diesem Zeitpunkt dient der Anleitung und Strukturierung der restlichen Arbeit, weshalb sich im weiteren Verlauf immer wieder Rückbezüge auf diese finden lassen. Darauf folgen in Kapitel 3 einige ausgewählte empirische Befunde bezüglich der aufgestellten Forschungsfragen und damit verbundene Konsequenzen und Anknüpfungspunkte für weitere Forschung sowohl in dieser Arbeit als auch darüber hinaus.

Auf Basis dieser Vorüberlegungen und Befunde findet dann in den Kapiteln 4 und 5 die Konzeption der empirischen Untersuchung der Forschungsfragen dieser Arbeit statt. Dieser Teil der vorliegenden Arbeit wird aus zwei Gründen im Vergleich zur Beschreibung der theoretischen Modelle und des Forschungsstandes einen vergleichsweise großen Anteil in dieser Arbeit einnehmen. Erstens ist zur Begründung der Eignung und zur Erklärung der Funktionsweise der verwendeten statistischen Methoden eine relativ detaillierte Erläuterung derselben notwendig – insbesondere, da einige dieser Methoden in den Sozialwissenschaften bislang nur wenig geläufig sind. Zweitens erfordert die Datenbasis dieser Arbeit mit drei verschiedenen Surveys einigen Raum für deren jeweilige Beschreibung, Begründung ihrer Verwendung, Diskussion ihrer Vergleichbarkeit und die jeweilige Operationalisierung des analytischen Modells. Dieser Teil ist demgemäß so aufgebaut, dass ich zunächst in Kapitel 4 die statistischen Analysemethoden zur Umsetzung des theoretischen Modells erläutere und diskutiere, um ihre jeweilige Eignung zur Bearbeitung der Forschungsfragen zu begründen, wobei ich auch speziell auf das Skalenniveau von SRH als abhängiger Variable dieser Arbeit eingehe. Daraus leite ich dann im selben Kapitel die Analysestrategie der empirischen Untersuchung her, welche die Grundlage derselben darstellt. Im Anschluss stelle ich in Kapitel 5 drei geeignete Datensätze zur Umsetzung dieser Analysestrategie vor. Dabei sollen wie erwähnt jeweils Besonderheiten der Datensätze erläutert, ihre Eignung zur Untersuchung der Forschungsfragen diskutiert und die in den Analysen verwendeten Variablen besprochen und dokumentiert werden.

Die Kapitel 6, 7, 8 und 9 dienen dann der Darstellung der Ergebnisse der Umsetzung der zuvor aufgestellten Analysestrategie. Für einen besseren Überblick und zur Nachvollziehbarkeit des jeweiligen Zusammenhangs mit den aufgestellten Forschungsfragen beginnt dabei jedes dieser Kapitel mit einer kurzen Beschreibung des speziell angepassten zugrundeliegenden analytischen Modells und dessen konkreter Umsetzung anhand des jeweiligen

Datensatzes und endet mit einem Zwischenfazit, in welchem die Ergebnisse nochmal zusammengefasst und auf ihre Bedeutung für die Forschungsfragen hin diskutiert werden.

In Kapitel 10 werden die Ergebnisse der vorherigen vier Kapitel dann schlussendlich nochmals zusammengefasst und unter Bezugnahme auf ihre Bedeutung für die ursprünglichen theoretischen Überlegungen und Forschungsfragen diskutiert. An dieser Stelle findet auch ein übergreifender Vergleich der jeweiligen Ergebnisse statt, um zu eruieren, inwieweit sich auf Basis der verschiedenen Datensätze konsistente Ergebnisse ausfindig machen ließen. Zum Abschluss dieses Kapitels diskutiere ich im Rahmen eines Ausblicks Implikationen dieser Ergebnisse für die Verwendung von SRH und mögliche Anknüpfungspunkte für weitere Forschung hinsichtlich der mit dieser Variablen angestrebten kurzen generischen Gesundheitsmessung.

Das aus dieser Arbeit resultierende bessere Verständnis der Basis, Aussagekraft und Probleme subjektiver Gesundheitsmessung soll eine zielgerichtete Forschung bezüglich individueller, gruppenspezifischer und gesamtgesellschaftlicher Gesundheit und davon abgeleitete evidenzbasierte Handlungsoptionen ermöglichen. Abgesehen von diesen direkten Beiträgen zur Gesundheitsforschung können die in dieser Arbeit synthetisierten bzw. abgeleiteten theoretischen Modelle und empirischen Ansätze auch für über die Ergebnisse dieser Arbeit hinausgehende Forschung genutzt werden, um das Verständnis dieses Gesundheitsindikatoren weiter zu verbessern.



## 2 Theorie: Modelle subjektiver Gesundheitsbewertungen

### 2.1 Die Grundfrage: Wie entstehen gesundheitsbezogene Selbsteinschätzungen und was messen sie?

Die grundsätzliche Annahme, dass die Bewertung der eigenen Gesundheit durch die Befragten in Surveys sich von den Ergebnissen klinischer Untersuchungen oder der Einschätzung durch geschultes Personal wie KrankenpflegerInnen oder ÄrztInnen deutlich unterscheidet, ist nicht neu und begleitet SRH gewissermaßen von Anfang an. So wurde schon in den 50er Jahren festgestellt: „As a substitute for an actual medical examination, these self-ratings do indeed appear to have extremely low validity“ (Suchman et al. 1958: 232). Dieser Befund konnte über die Jahrzehnte auch in anderen empirischen Untersuchungen regelmäßig und konsistent bestätigt werden (z.B. Maddox 1962; Kelly-Hayes et al. 1992; für Deutschland Lehr 1982). Offensichtlich gibt also es einen erheblichen Unterschied zwischen dem, was medizinisches Fachpersonal und Befragte in einem Interview unter 'allgemeiner Gesundheit' verstehen – oder anders ausgedrückt: „self-ratings of health measure something different than physicians' ratings“ (Suchman et al. 1958: 232).

Diese Diskrepanz führte in jüngerer Zeit zu der grundsätzlicheren Frage „What is Self-Rated Health?“ (Jylhä 2009). Im Rahmen dieses Forschungsfeldes geht es also um die Frage, wie gesundheitsbezogene Selbsteinschätzungen entstehen und was sie eigentlich messen – oder in Kurzform: „Was misst SRH“? Diese Frage nach der Grundlage dieses Gesundheitsindikatoren ist vor dem Hintergrund seiner häufigen Verwendung, die teilweise einer Gleichsetzung mit der latenten Gesundheit entspricht, umso dringlicher. Um dieser Frage aber systematisch nachgehen zu können, sind zuerst theoretische Modelle zur Generierung der Antwort durch die Befragten notwendig, die einerseits systematische empirische Untersuchungen anleiten können und andererseits, um neue Befunde einzuordnen. Wie läuft also der kognitive Prozess der Bewertung der eigenen Gesundheit theoretisch ab?

### 2.2 Kognitive Prozesse der Selbsteinschätzung der generellen Gesundheit

Abbildung 2.1 zeigt ein im Rahmen dieser Arbeit entwickeltes allgemeines kognitives Modell des Antwortprozesses im Falle der Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit im Rahmen von Surveyinterviews. Dieses Modell integriert zwei theoretische Modelle spezifisch zum Prozess der Bewertung der eigenen Gesundheit von Knäuper & Turner (2003) und Jylhä (2009) in ein generelles Modell zur Beantwortung von Surveyfragen von Tourangeau (1984) bzw. dessen Reformulierung und Erweiterung von Strack & Martin (1987). Es handelt sich anders ausgedrückt gewissermaßen um eine Synthese dieser Modelle, die in einer Anwendung spezifischer Modelle der Bewertung von der eigenen Gesundheit auf

ein allgemeines kognitionspsychologisches Modell des Antwortprozesses bei Surveyfragen besteht und im Folgenden genauer erläutert wird. Darüber hinaus lässt sich in dieses Modell auch das theoretische Konzept des „Response Shift“ von Sprangers & Schwartz (1999) und Schwartz & Sprangers (1999) integrieren, welches sich mit drei theoretischen Mechanismen altersbedingter Veränderungen im Antwortverhalten beschäftigt: Reconceptualization (Veränderung des Gesundheitskonzeptes), Reprioritization (Veränderung der Gewichtung von Gesundheitsinformationen) und Recalibration (Veränderung interner Standards für gute Gesundheit). Diese drei Konzepte werden hierzu an den entsprechend passenden Punkten des kognitiven Modells des Antwortprozesses kurz diskutiert.

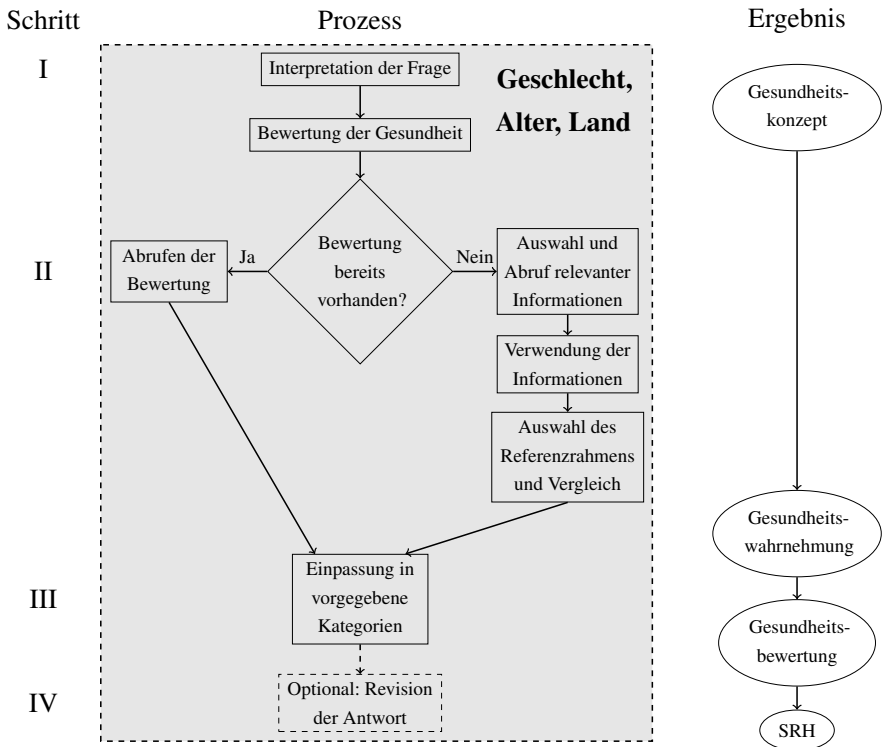


Abb. 2.1: Kognitives Grundmodell zur Erklärung des Prozesses subjektiver Gesundheitsbewertungen

Das hier vorgestellte Modell besteht, genau wie das von Strack & Martin (1987), aus vier grundsätzlichen kognitiven Schritten: (1) der Interpretation der Frage, (2) der Generierung der (internen) Gesundheitsbewertung, (3) der Einpassung in die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten sowie (4) die (optionale) Revision der Antwort. Dabei haben die