

1 Einleitung

Es vergeht kaum ein Tag, am dem wir nicht durch Fernsehen, Rundfunk oder Presse auf drohende Gefahren für unsere Gesundheit hingewiesen werden. „Todesursache Nummer 1“, „Der Herzinfarkt ist kein Zufall“ und „Risikofaktoren für einen Herzinfarkt sind Bluthochdruck, Diabetes, erhöhte Fettwerte im Blut, Rauchen, wenig Bewegung und Übergewicht“ meldete beispielsweise die Berliner Zeitung am 6. Oktober 1999. Dies ist für die meisten Leser¹ sicherlich keine Neuigkeit. Viele wissen, daß ein hoher Blutdruck oder Cholesterinwert Gesundheitsrisiken darstellen und blättern unbeteiligt über die Mitteilung hinweg. Nur impliziert das Wissen um eine Gefährdung nicht den Transfer auf die eigene Person. Ein erhöhter Blutdruck oder Cholesterinwert sind in der Regel beschwerdefrei und können deshalb nur über entsprechende Testverfahren ermittelt werden. Aus diesem Grund werden breitgestreute Messungen, sogenannte Screenings, angeboten, um die Aufmerksamkeit für Gesundheitsrisiken in der breiten Öffentlichkeit zu wecken. Was aber bewirkt medizinische Risikokommunikation wie „Ihr Blutdruck ist zu hoch“? Führt sie zu einer realistischeren Einschätzung unseres persönlichen Risikos, oder löst sie vielmehr Verunsicherung und Ablehnung aus?

Wie realistisch wir unser Krankheitsrisiko einschätzen, ist nur schwer zu ermitteln. In vielen Fällen ist es nicht möglich, das „objektive“ individuelle Risiko zu bestimmen, so daß wir unsere subjektive Einschätzung nicht an einem Außenkriterium validieren können. Neil Weinstein hat 1980 eine elegante Lösung für diese Problematik vorgeschlagen: Er forderte Studenten auf, ihr Erkrankungsrisiko im Vergleich zum Durchschnitt einzuschätzen und stellte fest, daß die Befragten im Mittel ihr Risiko als unterdurchschnittlich angaben. Da der Durchschnitt nicht unterdurchschnittlich gefährdet sein kann, hatte die Gruppe ihr Risiko unrealistisch optimistisch bewertet. Inzwischen liegen über 200 empirische Untersuchungen vor, die Weinsteins „unrealistischen Optimismus“ hinsichtlich zahlreicher Krankheiten replizieren konnten.

Es wäre allerdings vorschnell, aufgrund dieser Befunde anzunehmen, daß wir schlechte Urteiler sind und unserer Erkrankungsrisiko generell unterschätzen. Die Methode von Weinstein beleuchtet lediglich den sozialen Vergleich, ohne zu klären, ob das eigene Risiko tatsächlich unterschätzt wird. Die wenigen Arbeiten, die auch das tatsächliche Risiko erfaßten, konnten zeigen, daß die Befragten ihr absolutes Risiko im Vergleich zum epidemiologischen

¹ Um der besseren Lesbarkeit willen wird im gesamten Text nur die männliche Form verwendet. Diese ist geschlechtsneutral zu verstehen.

Durchschnitt sowohl unter- als auch überschätzten. So hängen Verzerrungen nicht zuletzt vom Kriterium ab, mit dem sie bestimmt werden und sind daher mit Vorsicht zu interpretieren. Desweiteren ist es bei vielen Studien fraglich, ob es den Urteilen überhaupt möglich war, eine valide Schätzung abzugeben. Mangelnde Information und unzureichende Vorerfahrung (etwa im Sinne eines früheren Untersuchungsergebnisses) beeinträchtigen eine gute Schätzung, ohne daß motivationale Einflußgrößen unterstellt werden dürfen.

Wie Menschen auf die Mitteilung eines gesundheitlichen Risikos reagieren, untersuchte die amerikanische Forschungsgruppe um Croyle, Ditto und Jemmott (Croyle & Ditto, 1990; Croyle & Jemmott, 1991). Mittels einer einfallsreichen experimentellen Methode induzierten sie einen fiktiven Risikostatus und stellten fest, daß Personen, die glaubten, ein erhöhtes Krankheitsrisiko zu tragen, den Test als weniger valide beurteilten und auch das Risiko als weniger schwerwiegend einschätzten als diejenigen, denen ein unbedenklicher Befund zurückgemeldet worden war. In der gesundheitspsychologischen Risikoforschung besteht ein hoher Konsens, daß Betroffene selbstdefensive Reinterpretationsstrategien anwenden, um Bedrohung durch Risikokommunikation zu reduzieren. Sind somit Verbesserungen neuer Technologien zur Aufdeckung von Risikofaktoren letztlich ineffektiv, da die gewonnenen Informationen von den Rezipienten nicht akzeptiert werden? Die Befunde von Croyle, Ditto und Jemmott legen diese Schlußfolgerung nahe. Allerdings finden sich im Bereich der medizinischen Wirksamkeitsforschung von Gesundheitsscreenings Befunde, die zu genau inversen Ergebnissen kommen. So wurde festgestellt, daß die Mitteilung eines erhöhten Blutdrucks zur erhöhten Arbeitsabwesenheit und zu schlechterer subjektiver Gesundheit führt. Diese langanhaltenden Phänomene wurden als negative Etikettierungseffekte interpretiert (MacDonald, Sackett, Haynes & Taylor, 1984). Aber nicht nur der Mitteilung eines Risikos („Ihr Blutdruck ist zu hoch“) werden unerwünschte Effekte zugeschrieben, sondern auch der Mitteilung eines Nicht-Risikos („Ihr Blutdruck ist normal“). So warnen verschiedenen Forscher davor, daß eine günstige Risikomitteilung als „Gesundheitszertifikat“ verstanden werden könnte, und dadurch das Gefühl der Invulnerabilität verstärkt wird (Glanz & Gilboy, 1995). Die empirische Prüfung dieser Annahme steht jedoch noch aus.

Die Befunde aus den skizzierten Forschungsbereichen legen die Interpretation nahe, daß wir unser Risiko unrealistisch bewerteten und unangemessen auf selbstbezogene Risikokommunikation reagieren. Sind wir also schlechte Urteiler? Um diese Frage zu klären, ist es notwendig, die Forschungsbereiche miteinander zu verbinden. Untersuchungen zur subjektiven Risikowahrnehmung erfragen die Einschätzung vor der Risikorückmeldung und stellen Verzerrungen gemessen am „objektiven“ Risikostatus fest. Die Reaktionen auf die

Risikokommunikation wird in diesen Studien nicht erfaßt. Die psychologische und medizinische Forschung, die die Reaktionen untersucht, vernachlässigt wiederum die individuellen Erwartungen vor der Rückmeldung und unterscheidet nur Personen mit günstigen von solchen mit ungünstigen Befunden. Würde zusätzlich berücksichtigt, ob die Risikorückmeldung mit der Erwartung der Person übereinstimmt, könnte sich der Verarbeitungsprozeß möglicherweise weniger selbstdefensiv „verzerrt“ darstellen. Gehen wir beispielsweise davon aus, daß unser Cholesterinwert im optimalen Bereich liegt, und erhalten einen zu hohen Testwert, dann nehmen wir wahrscheinlich eine geringere gesundheitliche Gefährdung wahr als Personen, deren erhöhter Testwert ihrer Erwartung entsprach. Dies wäre eine durchaus rationale Reaktion, wenn die Erwartung in der subjektiven Kalkulation des Risikos wie ein zusätzliches Testresultat gewertet wird. Hier zeigt sich ein generelles methodisches Problem bei der bisherigen Forschung zur Risikoinformationsverarbeitung: Den Urteilern wurde entweder eine günstige oder eine ungünstige Risikoinformation vorgegeben. Um tatsächlich eine höhere Akzeptanz von günstiger gegenüber ungünstiger Risikoinformation nachzuweisen, müßte eine Informationsäquivalenz verwirklicht werden, d. h. es müßten jedem Urteiler zwei verschiedene Risikoinformationen vorgegeben werden, die sich nur hinsichtlich ihrer Valenz (günstig versus ungünstig) unterscheiden, deren Quantität und Qualität jedoch vergleichbar ist. Damit würde statt einem einfachen between-subjects Vergleich ein within-subjects Vergleich vorgenommen, in dem man ein und dieselbe Gruppe von Personen um die Beurteilung einer günstigen und ungünstigen Risikoinformation bittet. Würde auch in diesem Fall eine günstige Risikoinformation stärker akzeptiert als eine ungünstige, dann wäre es gerechtfertigt, von einem selbstdefensiv verzerrten Urteilsprozeß zu sprechen.

Die vorliegende Arbeit möchte am Beispiel eines öffentlichen Cholesterin- und Blutdruckscreenings zeigen, daß durch die Berücksichtigung der Erwartung und einem anderen methodischen Zugang, Reaktionen auf Risikorückmeldungen nicht selbstdefensiv verzerrt erscheinen, sondern vielmehr situationsadaptiv und rational. Wir sind also keine schlechten Urteiler, sondern verarbeiten Risikoinformationen in angemessener Weise.

Nach einer kurzen Darstellung des Zusammenhangs zwischen kardiovaskulären Krankheiten und den Risikofaktoren Hypercholesterinämie und Hypertonie, werden im Kapitel 2 Befunde zu Etikettierungseffekten aufgrund von Risikorückmeldungen dargestellt, wie sie in der medizinischen Wirksamkeitsforschung von Gesundheitsscreenings diskutiert werden. Daran anschließend werden in Kapitel 4 und 5 die gesundheitspsychologische Forschung zu unrealistisch optimistischen Risikoeinschätzungen sowie Reaktionen auf eine

Risikokommunikation vorgestellt. Eine zusammenfassende Diskussion der empirischen Befunde zu diesem Forschungskomplex und die Entwicklung der Fragestellung erfolgt in Kapitel 6 und 7.

In Kapitel 8 wird das empirische Vorgehen der Studie erläutert, die auf dem längsschnittlichen Datensatz der „Berlin Risk Appraisal and Health Motivation Study“ (BRAHMS) basiert. Den Analysen liegen Informationen zugrunde, die zu zwei Meßzeitpunkten, im Zeitraum eines halben Jahres, erhoben wurden. Grundlage bilden zwei öffentliche Cholesterin- und Blutdruckscreenings sowie Fragebogenangaben, die zu beiden Meßzeitpunkten unmittelbar vor und nach der Testrückmeldung erhoben wurden.

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in Kapitel 9. Zuerst geht es um die Frage, wie realistisch die subjektiven Risikoeinschätzungen und Erwartungen gemessen an den Cholesterin- und Blutdrucktestresultaten sind. Das zentrale Anliegen der Untersuchung ist jedoch die Vorhersage der Reaktionen auf die Risikorückmeldung. Dabei werden drei verschiedene Perspektiven verwirklicht. Zunächst werden diese in Abhängigkeit von der Erwartung und der Valenz der Risikorückmeldung getrennt für Cholesterin und Blutdruck analysiert. Daran anschließend werden die Reaktionen auf die Cholesterin- und Blutdruckrückmeldung simultan betrachtet, so daß in einem within-subjects Vergleich geprüft wird, ob günstige Risikoinformationen stärker akzeptiert werden als ungünstige. Abschließend wird in einer längsschnittlichen Perspektive getrennt für Cholesterin und Blutdruck geprüft, ob die Risikoinformationsverarbeitung selbstdefensiv verzerrt erfolgte. Eine Diskussion und Bewertung erfolgt in Kapitel 10.