

## 7 Fragestellungen

Im Fokus dieser Studie steht die Frage, welche Auswirkungen individualisierte Rückmeldungen über den aktuellen Cholesterin- und Blutdruckwert auf die Bewertung der eigenen gesundheitlichen Gefährdung haben. Geprüft werden soll dabei insbesondere, ob Vulnerabilitätseinschätzungen und die kognitive Verarbeitung von Risikoinformationen von selbstdefensiven Verzerrungen geprägt sind. Betrachtet werden drei verschiedene Phasen im Prozeß der Risikoinformationsverarbeitung: Einschätzungen unmittelbar vor und nach der Risikorückmeldung sowie sechs Monate danach.

### *1. Antizipation einer Risikorückmeldung: Einfluß der Verifizierbarkeit*

Zunächst soll geprüft werden, ob bereits die Antizipation einer Risikorückmeldung dazu führt, daß die komparative Vulnerabilität weniger optimistisch eingeschätzt wird. Gemäß Armor und Taylor (1998) tritt ein optimistischer Fehlschluß insbesondere dann auf, wenn die Urteiler keine Rückmeldung über die Genauigkeit ihrer Einschätzungen erwarten. Wenn die Verifizierbarkeit dazu führt, daß Risikoeinschätzungen weniger optimistisch formuliert werden, dann sollten Personen, die eine Rückmeldung über ihren Cholesterin- und Blutdruckwert erwarten, ihre Vulnerabilität hinsichtlich einer Hypercholesterinämie und Hypertonie pessimistischer einschätzen als Personen, die keine Rückmeldung erhalten.

Hypertonie und Hypercholesterinämie sind primäre Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Krankheiten. Dementsprechend müßten pessimistische Vulnerabilitätseinschätzungen für eine Hypercholesterinämie und Hypertonie auch mit pessimistischeren Einschätzungen des Erkrankungsrisikos für Herz-Kreislauf-Krankheiten wie Herzinfarkt, Schlaganfall und Herzkrankheiten einhergehen. Wenn optimistische Risikoeinschätzungen jedoch strategisch formuliert werden, wie Armor und Taylor (1998) annehmen, dann sollten Personen, die eine Risikorückmeldung über ihren Cholesterin- und Blutdruckwert erwarten, ihre Vulnerabilität für Herz-Kreislauf-Krankheiten nicht pessimistischer einschätzen als Personen, die keine Rückmeldung erwarten, da keine unmittelbare Verifizierbarkeit der subjektiven Einschätzungen gegeben ist.

### *2. Übereinstimmung zwischen subjektiver und objektiver Risikoeinschätzung*

Wenn durch die Antizipation einer Risikorückmeldung der unrealistische Optimismus reduziert wird, bedeutet dies nicht gleichzeitig, daß dadurch auch die individuellen Risikoeinschätzungen realistischer oder genauer werden. Eine weitere Untersuchungsfrage ist

deshalb, wie realistisch die Einschätzungen der eigenen gesundheitlichen Gefährdung waren. Neben der komparativen Vulnerabilität hinsichtlich einer Hypercholesterinämie und Hypertonie soll zusätzlich geprüft werden, ob die Erwartungen an das Testresultat realistisch waren. In diesem Zusammenhang soll auch die vorherige Testerfahrung berücksichtigt werden. Wenn mit zunehmender Erfahrung das eigene Risiko realistischer eingeschätzt wird, würde dies gegen die Annahme eines generellen Bias sprechen.

### 3. *Unmittelbare Reaktionen auf die Risikorückmeldung*

Eine weitere Fragestellung dieser Studie ist, ob die kognitive Verarbeitung von Risikoinformationen durch defensive Verzerrungen gekennzeichnet sind. Bisherige Untersuchungen gaben den Urteilern entweder nur eine günstige oder eine ungünstige Risikoinformation vor, so daß für den einzelnen Urteiler keine Informationsäquivalenz zwischen positiver und negativer Information bestand (vgl. Abschnitt 5.4). Um direkt zu prüfen, ob günstige und ungünstige Risikoinformationen unterschiedlich im Urteilsprozeß berücksichtigt werden, sollen drei verschiedene Formen einer Informationsäquivalenz verwirklicht werden.

#### 1. Form der Informationsäquivalenz: Subjektive und objektive Risikoeinschätzung

Mit der ersten Form der Informationsäquivalenz wird auch eine Verknüpfung der Forschung zum unrealistischen Optimismus und der Forschung zur kognitiven Verarbeitung von Risikoinformationen angestrebt. Im Gegensatz zu bisherigen Untersuchungen sollen die kognitiven Reaktionen auf die Risikorückmeldungen nicht nur in Abhängigkeit von der Valenz der Rückmeldung, sondern auch in Abhängigkeit von den vorher erhobenen Risikoeinschätzung betrachtet werden. In einem ersten Schritt wird zunächst untersucht, ob die Akzeptanz der Risikorückmeldungen Verzerrungen aufweist. Diese wird anhand der subjektiven Validität und Repräsentativität des gemessenen Testwertes operationalisiert.

Aufgrund der vorgestellten theoretischen Ansätze (vgl. Abschnitt 5.4) können verschiedene Vorhersagen für die Akzeptanz der Risikorückmeldung formuliert werden. Aus einer *selbst-defensiven* Perspektive, die annimmt, daß Menschen versuchen, eine positive Sichtweise der eigenen Gesundheit aufrechtzuerhalten, würde man erwarten, daß nur die Valenz der Risikorückmeldung die kognitiven Reaktionen beeinflusst. Ungünstige Risikorückmeldungen müßten demzufolge weniger akzeptiert werden als günstige, unabhängig von der Erwartung an das Testresultat. Unrealistische Optimisten und realistische Pessimisten sollten sich demnach nicht in ihrer Akzeptanz gegenüber der Risikorückmeldung unterscheiden. Ferner sollten sie eine geringe Akzeptanz gegenüber der Risikorückmeldung aufweisen als realistische Optimisten und unrealistische Pessimisten (vgl. dazu Tabelle 7.1). In gleicher Weise würde

man gemäß dem Ansatz des *motivierten Skeptizismus* erwarten, daß negative Informationen weniger akzeptiert werden als positive.

**Tabelle 7.1:** Vorhersagen für die Akzeptanz der Risikorückmeldung gemäß dem selbstdefensiven Ansatz und dem motivierten Skeptizismus.

Subjektive Risikoeinschätzung	Objektive Risikoeinschätzung	
	Kein Risiko	Risiko
Kein Risiko	Realistische Optimisten (+)	Unrealistische Optimisten (-)
Risiko	Unrealistische Pessimisten (+)	Realistische Pessimisten (-)

(+) hohe Akzeptanz der Risikorückmeldung; (-) niedrige Akzeptanz

Aus einer *selbstkonsistenten* Perspektive hingegen sollten die kognitiven Reaktionen nur von dem Ausmaß der Erwartungsdiskrepanz beeinflusst werden. Unerwartete Risikorückmeldungen müßten demnach weniger akzeptiert werden als erwartete Risikorückmeldungen unabhängig von ihrer Valenz. Unrealistische Optimisten und unrealistische Pessimisten müßten damit der Risikorückmeldung gegenüber skeptischer sein als realistische Pessimisten oder realistische Optimisten (vgl. Tabelle 7.2).

**Tabelle 7.2:** Vorhersagen für die Akzeptanz der Risikorückmeldung gemäß dem selbstkonsistenten Ansatz.

Subjektive Risikoeinschätzung	Objektive Risikoeinschätzung	
	Kein Risiko	Risiko
Kein Risiko	Realistische Optimisten (+)	Unrealistische Optimisten (-)
Risiko	Unrealistische Pessimisten (-)	Realistische Pessimisten (+)

(+) hohe Akzeptanz der Risikorückmeldung; (-) niedrige Akzeptanz

Wenn *selbstförderliche und konsistenzorientierte* Motive als zugleich wirksam angesehen werden, dann wäre zu erwarten, daß unrealistische Optimisten den Test nicht akzeptieren, da beide Motive einer Akzeptanz entgegenwirken. Unrealistische Pessimisten und realistische Pessimisten müßten im Vergleich dazu den Test stärker akzeptieren, da in beiden Fällen ein Motiv für eine Akzeptanz spricht. Im Falle der realistischen Pessimisten spricht das Motiv der Selbstkonsistenz für eine Akzeptanz, und im Falle der unrealistischen Pessimisten ist eine Akzeptanz selbstförderlich. Wenn beide Motive in gleicher Weise bedeutsam sind, dann müßten diese beiden Gruppen eine vergleichbare Akzeptanz gegenüber der Risikomitteilung zeigen. Realistische Optimisten sollten den Test akzeptieren, da beide Motive für eine Akzeptanz sprechen (vgl. Tabelle 7.3).

**Tabelle 7.3:** Vorhersagen für die Akzeptanz der Risikorückmeldung gemäß dem selbstdefensiven und selbstkonsistenten Ansatz.

Subjektive Risikoeinschätzung (erwarteter Testwert)	Objektive Risikoeinschätzung (Testwert)	
	Kein Risiko	Risiko
Kein Risiko	Realistische Optimisten (++)	Unrealistische Optimisten (--)
Risiko	Unrealistische Pessimisten (+-)	Realistische Pessimisten (+-)

(+) hohe Akzeptanz der Risikorückmeldung; (-) niedrige Akzeptanz

In einem zweiten Schritt wird geprüft, ob die Implikationen der Testrückmeldung verzerrt eingeschätzt wurden. In Anlehnung an bisherige empirische Studien (z. B. TAA-Studien) wurde der antizipierte Schweregrad des Testwertes und die Besorgtheit aufgrund der Rückmeldung erfaßt. Da es sich hier um selbstbezogene Einschätzungen handelt, die sich im Gegensatz zur subjektiven Validität und Repräsentativität am Testresultat orientieren sollten, ändert sich entsprechend das „Kalkül“ für den Nachweis verzerrter Einschätzungen, so daß eine zusätzliche Informationsverarbeitungsstrategie geprüft werden kann. Neben der selbstdefensiven und selbstkonsistenten Perspektive kann untersucht werden, ob die Informationsverarbeitung „äquivalent“ oder „evenhanded“ erfolgte. In diesem Fall sollte eine ungünstige und eine günstige Risikorückmeldung in gleicher Weise im Einschätzungsprozeß berücksichtigt werden.

In einem dritten Schritt soll geprüft werden, inwieweit die subjektiven Risikoeinschätzungen in Abhängigkeit von den Risikorückmeldungen aktualisiert werden. Es wird analysiert, ob nur unrealistische Optimisten dazu tendieren, an ihrer Risikoeinschätzung festzuhalten, oder ob auch unrealistische Pessimisten eine solche Perseveranz zeigen.

Überdies soll der Frage nachgegangen werden, welchen Einfluß unrealistische pessimistische und optimistische Risikowahrnehmungen und die Risikorückmeldungen auf die Veränderung der Cholesterin- und Blutdruckwerte, gemessenen nach einem Zeitablauf von sechs Monaten, hatten.

## 2. Form der Informationsäquivalenz: Rückmeldungen zu zwei verschiedenen Risikofaktoren

Ein erhöhter Cholesterinwert als auch ein erhöhter Blutdruckwert zählen zu den primären Risikofaktoren von Herz-Kreislauf-Krankheiten. Wenn diese beiden Risikofaktoren subjektiv als vergleichbare oder hinsichtlich der Quantität und Qualität gleichwertige Informationen bewertet werden, kann damit eine zweite Form der Informationsäquivalenz verwirklicht werden. Wenn zeitgleich eine Risikorückmeldung über den Cholesterin- und Blutdruckwert gegeben wird, und sich diese beiden Informationen in ihrer Valenz unterscheiden, dann kann geprüft werden, ob eine günstige Risikoinformation stärker akzeptiert wird als eine

ungünstige. Konkret soll untersucht werden, ob eine Person, die die Mitteilungen erhält, ihr Blutdruck sei zu hoch und ihr Cholesterinspiegel optimal, die (günstige) Cholesterinmessung für valider hält als die (ungünstige) Blutdruckmessung. Um den Vergleich zu vervollständigen, soll zusätzlich geprüft werden, ob eine Person mit optimalem Blutdruck und gleichzeitig erhöhtem Cholesterinspiegel die (ungünstige) Cholesterinmessung als weniger valide einstuft als die (günstige) Blutdruckmessung. Zusätzlich zur Akzeptanz werden auch die subjektiven Implikationen der Testrückmeldung betrachtet.

### 3. Form der Informationsäquivalenz: zwei Risikorückmeldungen zu einem Risikofaktor

Die Untersuchungsteilnehmer hatten die Gelegenheit, ihren Cholesterin- und Blutdruckwert zweimal im Abstand eines halben Jahres messen zu lassen. Die Untersuchungsteilnehmer verfügten damit über zwei Risikorückmeldungen, die sich auf dasselbe Gesundheitsrisiko bezogen. Anhand dieser längsschnittlichen Perspektive soll eine dritte Form der Informationsäquivalenz realisiert werden. Wenn eine günstige Risikoinformation tatsächlich stärker akzeptiert wird als eine ungünstige, dann sollten Personen, die zunächst einen optimalen und anschließend einen erhöhten Cholesterinwert mitgeteilt bekamen, die Cholesterinmessung zur zweiten Messung als weniger valide einschätzen. Für den inversen Fall, d. h. wenn erst ein erhöhter und anschließend ein optimaler Cholesterinwert vorgegeben wurde, sollte die Cholesterinmessung zum zweiten Meßzeitpunkt als gültiger bewertet werden. Auch hier sollen neben der Akzeptanz der Testrückmeldung die subjektiven Implikationen der Testrückmeldung untersucht werden.