

# Formative Evaluation als Grundstein evidenzbasierter Gesundheitskommunikation am Beispiel von Kniearthrose

Elena Link, Martina Albrecht & Eva Baumann

## 1 Einleitung

Die Patientenrolle in der Gesundheitsversorgung hat sich verändert. Einerseits setzen sich viele Patientinnen und Patienten aktiver mit Gesundheitsfragen auseinander und wünschen sich mehr Beteiligung (Braun & Marstedt, 2014; Mühlhauser & Steckelberg, 2009). Andererseits ist die Befähigung zur informierten und gemeinsamen Entscheidung zu einer wichtigen Zielsetzung der Gesundheitsversorgung geworden. Die Stärkung der Patientenbeteiligung hat die Politik auch im Patientenrechtegesetz (PatRG) verankert.

Um die Rolle mündiger Patientinnen und Patienten ausfüllen zu können, sind entsprechende Informations- und Handlungskompetenzen unerlässlich (Hibbard & Peters, 2003; Schulz & Nakamoto, 2013). Zudem müssen qualitativ hochwertige, evidenzbasierte Informationen bereitgestellt werden, um Bürgerinnen und Bürger zu informierten Entscheidungen zu befähigen und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen zu unterstützen. Die Evidenzbasierung bezieht sich dabei nicht nur auf die Auswahl der medizinischen Inhalte, sondern auch auf den Entwicklungsprozess entsprechender Informationsangebote und die gewählte Art und Weise der Vermittlung (DNEbM, 2016; Craig et al., 2008). Gerade für die Sicherstellung der Vermittlungsleistung ist eine umfassende Evidenzgrundlage erforderlich, die sich aus Erkenntnissen der empirischen Gesundheitskommunikationsforschung speist. Einen Beitrag hierzu leistet die formative Evaluationsforschung, indem hier themen-, ziel- und zielgruppenspezifische Besonderheiten im Vorfeld der kommunikativen Umsetzung aufgezeigt werden (Atkin & Freimuth, 2013).

Angesichts des Bedarfs an evidenzbasierten Informationen stellt dieser Beitrag exemplarisch am Informationsangebot der Stiftung Gesundheitswissen (SGW) zum Thema Kniearthrose einen umfassenden – sowohl bezogen auf den Inhalt als auch die Vermittlung der Informationen – evidenzorientierten, formativen Evaluationsprozess vor. Bei der ausgewähl-

ten Erkrankung Kniearthrose handelt es sich um eine chronische Krankheit. Arthrose stellt eine Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems dar, die zu einer degenerativen Zerstörung des Gelenkknorpels und einer Schädigung von Knochen, Muskeln und Bändern führt und nicht heilbar ist. Allerdings können die Betroffenen durch entsprechende Verhaltensweisen die eigene Lebensqualität erhöhen oder aufrechterhalten. Zudem bestehen diverse Behandlungsansätze mit unterschiedlichem Nutzen und Schaden, der von den Betroffenen individuell abgewogen werden muss. Informationen sind in diesem Kontext eine wichtige Grundlage für den individuellen Umgang mit der Erkrankung, der Bewältigung des Alltages und der therapeutischen Entscheidungsfindung. Dies macht evidenzbasierte Informationen besonders wichtig, um Betroffene zu informierten Entscheidungen zu befähigen und Interessierte bei der Prävention zu unterstützen.

## *2 Evidenzbasierung durch formative Evaluation*

Die formative Evaluation umfasst die Sammlung von Informationen zur Erstellung einer kommunikativen Intervention sowie ihrer fortlaufenden Evaluation und Optimierung (Bonfadelli & Friemel, 2006; Coffman, 2002). Im vorliegenden Fall der Entwicklung von zielgruppenspezifischen Varianten von Informationsangeboten der SGW zum Thema Kniearthrose soll entsprechend der Phasen nach Craig et al. (2008) auf zwei Schritte des Erstellungs- und Evaluationsprozesses eingegangen werden: Die Entwicklung der evidenzbasierten Informationsmaterialien (siehe Kapitel 2.1) und die darauf aufbauende systematische Pilotierung der entwickelten Materialien (siehe Kapitel 2.2).

### *2.1 Entwicklung evidenzbasierter Informationsmaterialien (Schritt 1)*

Die Entwicklung der evidenzbasierten Informationsmaterialien stellt ein mehrstufiges Vorgehen dar. Beginnend mit einer *Situationsanalyse* wurde eine Bedarfs- und Marktanalyse vorgenommen. Die Bedarfsanalyse widmete sich aus Nutzersicht der Frage, welche Zielgruppen welche Informationen benötigen. Im Zuge der Marktanalyse sollte ein Überblick über die verfügbaren Gesundheitsinformationen gewonnen und Lücken dieser Materialien identifiziert werden. Daraus resultiert, dass mit der allgemeinen Öffentlichkeit, der Risikogruppe und den Betroffenen sehr heterogene

Zielgruppen bestehen, die unterschiedliche Erfahrungs- und Wissensgrundlagen sowie einen heterogenen Informationsbedarf haben.

Auf dieser Grundlage wurde die *Zieldefinition* vorgenommen, die festlegt, was mittels der Informationsmaterialien erreicht werden soll. Im Kontext von Kniearthrose zielen Informationsangebote entweder auf Wissensvermittlung oder die Unterstützung des Shared-Decision-Making (SDM).

Im Rahmen der *Entwicklung der Informationsmaterialien* wird der Bezug zu den eingangs beschriebenen beiden Arten der Evidenzbasierung – der Inhalts- und der Vermittlungsevidenz – besonders deutlich. Auf der Inhaltsebene gilt es jene Informationen zu identifizieren, die den aktuellen Forschungsstand umfassend, exakt und anschaulich abbilden, ohne die Rezipientin oder den Rezipienten durch missverständliche oder unvollständige Informationen irrezuführen. Orientiert an den Methoden der evidenzbasierten Medizin (Kunz, Ollenschläger, Raspe, Jonitz, & Donner-Banzhoff, 2007; Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg, & Haynes, 2000) umfasste dieser Schritt eine systematische Recherche nach den zurzeit besten verfügbaren Studien, eine begründete Auswahl und kritische Bewertung der wissenschaftlichen Erkenntnisse sowie die Datenextraktion, -synthese und -aufbereitung der vermittelns- und entscheidungsrelevanten Gesundheitsinformationen.

Diese Informationen gilt es anhand von Vermittlungsstrategien in verständliche und ansprechende Kommunikationsformate zu überführen. Für die Auswahl geeigneter multimedialer Formate und Narrationsstile (z. B. Experteninterview, erklärender Animationsfilm, Erfahrungsbericht) wurden Theorien und empirische Studien zum gesundheitsbezogenen Informationsverhalten, zur Informationsverarbeitung sowie zur Wirkung strategischer Gesundheitskommunikation berücksichtigt (vgl. z. B. Fromm, Baumann, & Lampert, 2011). Der gesamte Erstellungsprozess inklusive Qualitätssicherung folgte der „Guten Praxis Gesundheitsinformation“ (DNEbM, 2016), den Empfehlungen der Leitlinie zur Erstellung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen (Luehnen et al., 2017) sowie dem Methodenpapier der SGW (2017). Eine Annahme lautete dabei beispielsweise, dass videobasierte Formate in Bezug auf die Wissens- und Einstellungsvermittlung wirkungsvoller sind als textbasierte.

Anhand der theoretischen Konzeption und des beschriebenen Vorgehens hat die SGW eine Vielzahl von Formattypen<sup>1</sup> realisiert, u. a. Film-, Grafik-, Reflexions- und interaktive Sonderformate zu verschiedenen Themenschwerpunkten.

## 2.2 Pilotierung der entwickelten Informationsmaterialien (Schritt 2)

Um im zweiten Schritt der formativen Evaluation eine systematische Bewertung der Formatserie vorzunehmen, wurde eine Pilotierungsstudie durchgeführt (Craig et al., 2008). Diese verfolgte das Ziel, die bestehenden Vermittlungsevidenzen zu erweitern und eine spezifische Evidenzgrundlage für die konkreten Informationen und die gewählten Formate zu schaffen.

Für die Studie wurden drei an die breite Bevölkerung gerichtete und primär auf Wissensvermittlung zielende Videos ausgewählt. Sie fokussieren unterschiedliche Facetten des Themas Kniearthrose und unterscheiden sich in der medialen Aufbereitung und dem gewählten Narrationsstil. Das erste Video stellt ein expertenzentriertes Format über SDM dar, in dem ein Arzt in einer Interviewsituation über die Relevanz und die Prinzipien der gemeinsamen Entscheidungsfindung informiert. Bei dem zweiten Video handelt es sich um ein patientenzentriertes Format, in dem eine Patientin ihre Erfahrung im Umgang mit der Erkrankung beschreibt. Im dritten Video werden in einem Animationsfilm die Ursachen, Risiken und der Verlauf von Arthrose erklärt (themenzentriertes, erklärendes Format).

Die drei Videos sollten sowohl miteinander als auch mit einer jeweils inhaltsgleichen, textbasierten Darbietung im Stil einer Website verglichen werden. Der Vergleich bezog sich dabei sowohl auf die Anmutungsqualitäten als auch die Vermittlungspotenziale, wie den subjektiven und objektiven Wissenszuwachs, die Risikowahrnehmung und die Einstellung zu angesprochenen Themen. Die forschungsleitenden Fragestellungen lauten:

*FF1: Wie werden die einzelnen Formate hinsichtlich ihrer Anmutungsqualitäten bewertet?*

---

1 Die einzelnen Formattypen können auf der folgenden Website abgerufen werden: [www.stiftung-gesundheitswissen.de/mediathek](http://www.stiftung-gesundheitswissen.de/mediathek).

*FF2: Welche generellen Vermittlungspotenziale können die einzelnen Formate realisieren?*

*FF3: Welche spezifischen Vermittlungspotenziale gehen von den jeweiligen Formaten aus?*

*FF4: Welche Rolle spielen soziodemografische und gesundheitsbezogene Determinanten für die Bewertung der Formate?*

### *2.2.1 Methodische Umsetzung*

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine experimentelle Online-Befragung im 3 x 2-Design konzipiert. Der erste Faktor stellt eine Variation des Themas des Informationsformates dar (expertenzentriertes vs. patientenzentriertes vs. erklärendes Format). Den zweiten Faktor repräsentiert eine audiovisuelle vs. textbasierte Darbietung der drei Informationsangebote.

Die Bewertung der Anmutungsqualitäten der Informationsmaterialien orientierte sich an der Skala des Leseerlebens nach Appel, Koch, Schreier und Groeben (2002). Diese umfasst beispielsweise eine Bewertung der Verständlichkeit und Unterhaltsamkeit. Als Indikatoren für Vermittlungspotenziale wurden der subjektive Wissensstand vor und nach der Rezeption gemessen (Kahlor, 2010), objektives Wissen mittels inhaltlichen Fragen zu den Formaten erfasst sowie spezifische Einstellungen (z. B. eigene Präferenzen zur Entscheidungsfindung; Kantz, Baum, & Widemann, 1980) und die individuelle Risikowahrnehmung, an Arthrose zu erkranken, erfragt. Darüber hinaus wurden soziodemografische, sozioökonomische sowie gesundheitsrelevante Personenmerkmale erfasst. Zu den gesundheitsbezogenen Personenmerkmalen zählten beispielsweise das Gesundheitsbewusstsein nach Dutta-Bergmann (2004), der Gesundheitszustand und internalisierte Kontrollüberzeugungen (Internal Health Locus of Control; Wallston, Wallston, & DeVellis, 1978).

Die Befragung wurde über ein Online-Access-Panel im Juni 2017 durchgeführt. Die nach Geschlecht, Bildung und Region stratifizierte Stichprobe umfasst 5.984 Befragte, die zwischen 18 und 86 Jahre alt waren ( $M = 46,7$ ,  $SD = 15,1$ ). 55 Prozent der Befragten geben einen Bildungsabschluss bis zur Mittleren Reife an, jeweils etwa ein Fünftel hatte Abitur bzw. einen Fachhochschul- oder Universitätsabschluss. Den eigenen Gesundheitszustand beschreiben die Befragten insgesamt als eher gut, ein Fünftel gibt einen eher schlechten oder schlechten Gesundheitszustand

an. Insgesamt leiden fast 20 Prozent der Befragten an Arthrose, nur vier Prozent haben noch nie von der Erkrankung gehört.

### 2.2.2 Ergebnisse der Pilotierungsstudie

Im Folgenden werden die Forschungsfragen anhand exemplarischer Befunde vorgestellt. Zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage, die sich auf die *Anmutungsqualitäten* der einzelnen Formate bezieht, wird das Gesamtgefallen herangezogen (siehe Tabelle 1). Unterschiede im Gesamtgefallen in Abhängigkeit von dem Thema und der Darbietungsform werden mittels einer zweifaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA) ermittelt. Insgesamt zeigt sich, dass alle Informationsangebote gut bis sehr gut bewertet werden. Im Vergleich der verschiedenen Themen wird deutlich, dass das SDM-Format ( $M = 3,87$ ;  $SD = 0,93$ ) etwas schlechter bewertet wird, während das animierte Erklärformat ( $M = 4,21$ ;  $SD = 0,81$ ) die beste Bewertung erhält.

In Bezug auf die gewählte Darbietungsform zeigen sich in Abhängigkeit von dem Thema spezifische Effekte: Für das SDM-Format erscheinen die Text- und Videoversionen gleichrangig, während sie sich bei dem Erfahrungs- und Erklärungsformat leicht unterscheiden. Hier wird der verfilmte Erfahrungsbericht der Patientin bzw. der erklärende Animationsfilm besser bewertet als das Textäquivalent.

*Tabelle 1: Unterschiede des Gesamtgefallens nach Thema und Darbietungsform*

	SDM		Erfahrung		Erklärung	
	(n = 1996)		(n = 1996)		(n = 1992)	
	M (SD)					
Text	3,88 (0,88)	3,85 (0,97)	3,75 (0,87)	4,03 (0,83)	4,06 (0,79)	4,36 (0,80)
Video						

Anmerkungen. N = 5984; Zweifaktorielle ANOVA; Gesamtgefallen abgefragt auf einer 5er-Skala von „sehr schlecht“ (1) bis „sehr gut“ (5)

Thema:  $F(2, 5982) = 98,72; p \leq .001; \eta^2 = .032$

Darbietungsform:  $F(1, 5983) = 51,75; p \leq .001; \eta^2 = .012$

Thema x Darbietungsform:  $F(1, 5982) = 22,75; p \leq .001; \eta^2 = .008$

Die zweite Forschungsfrage zielt auf die *generellen Vermittlungspotenziale* der Formate. Zur Beantwortung wird beispielhaft darauf eingegangen, inwieweit die einzelnen Formate zu einem subjektiven Wissenszuwachs<sup>2</sup> zum Thema Arthrose beitragen (siehe Tabelle 2). Unterschiede in Bezug auf den subjektiven Wissenszuwachs werden mittels einer zweifaktoriellen Varianzanalyse ermittelt. Vor der Rezeption der Formate schätzten die Probandinnen und Probanden ihren subjektiven Wissensstand auf durchschnittlich 44,3 Prozentpunkte ( $SD = 25,49$ ). Nach der Rezeption lag die Einschätzung bei durchschnittlich 53,7 Prozentpunkten ( $SD = 24,84$ ). Dies stellt einen wahrgenommenen durchschnittlichen Zuwachs um 9,4 Punkte ( $SD = 19,04$ ) dar.

Werden die Formate getrennt voneinander betrachtet, wird zunächst deutlich, dass alle Formate zu einem subjektiven Zuwachs an Wissen führen. Das Ausmaß des Anstiegs unterscheidet sich jedoch deutlich zwischen den verschiedenen Themen. Das klar auf die Vermittlung von Sachinformationen zielende ErklärfORMAT steigerte den wahrgenommenen Wissensstand am deutlichsten, während das personalisierte Patientenvideo, in dem es eher um das Aufzeigen der Bedeutung von Arthrose im Alltagskontext ging, weniger zu einem subjektiven Wissenszuwachs beitrug. Diese Befunde lassen sich somit durch die unterschiedlichen Zielstellungen und Inhalte der Formate erklären.

Mit Blick auf die Darbietungsform zeigt sich erneut, dass die Videoversion ( $M = 16,71$ ;  $SD = 20,36$ ) bei allen Themen in stärkerem Maße zur Steigerung des wahrgenommenen Wissens beiträgt als die Textversion ( $M = 7,99$ ;  $SD = 17,57$ ). Das animierte Erklärvideo vermittelt dabei in der subjektiven Wahrnehmung der Befragten den stärksten Wissenszuwachs ( $M = 21,72$ ;  $SD = 23,34$ ; siehe Tabelle 2).

---

2 Der subjektive Wissensstand als Maß für die Vermittlungspotenziale ist generell kritisch zu hinterfragen. Er trägt zwar ebenfalls zu empfundenen Selbstwirksamkeit bei, sollte aber gerade im Prozess der formativen Evaluation nicht unabhängig von einer objektiven Messung des Wissens betrachtet werden. Eine entsprechende Wissensabfrage wurde auch in dieser Studie erhoben.

Tabelle 2: Unterschiede des subjektiven Wissenszuwachses nach Thema und Darbietungsform

	SDM		Erfahrung		Erklärung	
	(n = 1996)		(n = 1996)		(n = 1992)	
	M (SD)	M (SD)				
	Text	Video	Text	Video	Text	Video
<b>Subjektiver Wissens- zuwachs</b>	2,63 (13,72)	2,81 (15,45)	5,61 (15,47)	7,60 (16,39)	15,73 (20,13)	21,72 (23,34)

Anmerkung. N = 5984; Zweifaktorielle ANOVA; der subjektive Wissenszuwachs stellt den Differenzwert des subjektiven Wissensstandes vor und nach der Rezeption des Stimulus dar (abgefragt anhand von Prozentpunkten auf einer Skala von 0 bis 100)

Thema:  $F(2, 5982) = 442,14; p \leq .001; \eta^2 = .129$

Darbietungsform:  $F(1, 5983) = 35,28; p \leq .001; \eta^2 = .006$

Thema x Darbietungsform:  $F(1, 5982) = 13,99; p \leq .001; \eta^2 = .005$

Die dritte Forschungsfrage bezieht sich auf *formatspezifische Vermittlungspotenziale*. In Bezug auf das SDM-Format wurde in diesem Kontext beispielsweise die Einstellung der Befragten zur gemeinsamen Entscheidungsfindung vor und nach der Rezeption des Videos bzw. des Textes gemessen. Es zeigt sich anhand der Ergebnisse einer Varianzanalyse mit Messwiederholung, dass das expertenzentrierte SDM-Format – zumindest kurzfristig – die Präferenz für eine gemeinsame Entscheidungsfindung von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten steigert. Während sich vor der Rezeption 62 Prozent für eine gemeinsame Entscheidung ausgesprochen hatten, lag dieser bereits hohe Anteil nach der Rezeption bei 71 Prozent. Tendenziell wird deutlich, dass sich nach der Rezeption mehr Befragte für die gemeinsame Entscheidungsfindung aussprachen, die zuvor die Verantwortung eher der Ärztin oder dem Arzt zugeschrieben hatten. Ein Vergleich der Text- und Videoversion zeigt hier keine Unterschiede ( $M_{\text{Text}} = 5,02; SD = 1,147; M_{\text{Video}} = 5,06; SD = 1,069$ ).

Die vierte Forschungsfrage befasst sich mit der Rolle *soziodemografischer* und *gesundheitsbezogener Personenmerkmale* für die Bewertung der Formate und ist damit auf eine Zielgruppendifferenzierung der Vermittlungspotenziale gerichtet (siehe Tabelle 3; zur Vereinfachung sind hier die Zusammenhänge nur in abstrahierter Form dargestellt).

*Tabelle 3: Überblick über die Unterschiede im Gesamtgefallen und subjektiven Wissenszuwachs unter Berücksichtigung soziodemografischer und gesundheitsbezogener Merkmale der Befragten*

Gesamtgefallen			
	SDM-Video	Erfahrungs-Video	Erklärvideo
Höheres Alter	+	+	+
Weibliches Geschlecht	/	+	+
Niedrigere Bildung	/	/	/
Eigene Betroffenheit	+	+	(+)
Subjektiver Wissenszuwachs			
	SDM-Video	Erfahrungs-Video	Erklärvideo
Höheres Alter	-	/	/
Weibliches Geschlecht	+	/	+
Niedrigere Bildung	/	+	+
Eigene Betroffenheit	-	-	-

Anmerkung. N = 999 – 1001; ANOVA mit den personenbezogenen/gesundheitsbezogenen Merkmalen als uV und der spezifischen Bewertung/dem subjektiven Wissenszuwachs als aV; die Aussagen über die Beziehung zwischen den Merkmalen beziehen sich auf die Interpretation der einzelnen Mittelwerte in den Subgruppen

+ positive Assoziation; - negative Assoziation; / kein signifikanter Unterschied.

Tabelle 3 zeigt für das *Gesamtgefallen der Videos*, dass dieses von bestimmten Personenmerkmalen abhängig ist. Vor allem das Alter, das Geschlecht und die Betroffenheit nehmen Einfluss auf die Bewertung, während der Bildungsstand von untergeordneter Bedeutung ist. Alle drei Videoformate werden mit zunehmendem Alter der Befragten generell besser bewertet. Ebenso führt die eigene Betroffenheit dazu, dass die Videos positiver wahrgenommen werden. Die Differenzierung der Bewertung nach Geschlechtern zeigt, dass Frauen das patientenzentrierte Video und den erklärenden Animationsfilm positiver bewerten als Männer. Für den SDM-Film lassen sich in der Gesamtbewertung keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern feststellen.

Für den *subjektiven Wissenszuwachs* zeigen sich ebenfalls Unterschiede zwischen verschiedenen Zielgruppen. Das Alter der Befragten hat keinen

Einfluss auf den wahrgenommenen Wissenszuwachs nach der Rezeption des patientenzentrierten Videos sowie des erklärenden Animationsfilmes. Allerdings zeigt sich für das arztzentrierte SDM-Video, dass vor allem jüngere Befragte stärker von den vermittelten Inhalten profitieren. Auch im Vergleich zwischen Männern und Frauen zeigen sich Unterschiede, indem Frauen ihren subjektiven Wissenszuwachs nach der Rezeption des SDM-Filmes sowie des erklärenden Animationsfilmes höher einschätzen. Zudem zeigt sich ein Einfluss der Bildung. So schätzen niedriger gebildete Befragte ihren Wissenszuwachs durch das Erklär- und Erfahrungsvideo höher ein als Personen mit höherer Bildung. Schließlich zeigt sich für die eigene Betroffenheit, dass eher jene Personen einen Wissenszuwachs wahrnehmen, die keine eigene Erfahrung mit Arthrose haben. Zusammen deuten diese Befunde auf besondere Vermittlungspotenziale in relevanten Präventionszielgruppen (eher bildungsfern und im Vorfeld einer Betroffenheit) hin.

Zudem zeigt sich, dass Gefallen und Vermittlungspotenziale analytisch klar zu trennen sind: So sind jene Personengruppen, denen die Videos besser gefallen (höheres Alter, weibliches Geschlecht, eigene Betroffenheit) nicht automatisch die Personen, die auch einen höheren Wissenszuwachs wahrnehmen.

### *3 Fazit und Ausblick*

Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über den Prozess der formativen Evaluation am Beispiel von Informationsmaterialien der Stiftung Gesundheitswissen zum Thema Kniearthrose. Es werden die einzelnen Schritte zur evidenzbasierten Entwicklung und Pilotierung der Materialien beschrieben und dabei besonders Wert darauf gelegt, dass sich die Evidenzbasierung sowohl auf die Inhalts- auch als Vermittlungsebene bezieht.

Aus der Pilotierungsstudie als zweitem Schritt der formativen Evaluation gehen neue Erkenntnisse für die Vermittlung von Gesundheitsinformationen hervor. Diese sind im Zuge des Prozesses der formativen Evaluation wiederum Teil der Weiterentwicklung und des Ausbaus der Informationsangebote der Stiftung.

Auf der Basis der Ergebnisse kann resümiert werden, dass alle evidenzbasiert entwickelten Informationsangebote gut bis sehr gut bewertet wurden. Dies bezieht sich sowohl auf die Anmutungsqualitäten als auch ihre Vermittlungsleistung. Im Vergleich der einzelnen Themen schneidet das

Erklärformat am besten ab. Dieses zeichnet sich dadurch aus, dass es die gestalterischen und narrativen Möglichkeiten der multimedialen Darstellung am stärksten ausschöpft.

Im Vergleich zur textbasierten Darbietungsform wird die videobasierte Aufbereitung etwas besser bewertet. Das Video ist jedoch nicht immer überlegen. Dies weist darauf hin, dass in bestimmten Kontexten auch eine mit weniger Aufwand verbundene Erstellung von textbasierten Materialien gerechtfertigt erscheint oder als Ergänzung zu audiovisuellen Materialien zu empfehlen ist.

In der zielgruppendifferenzierten Betrachtung zeigt sich, dass die Videos vor allem in der Risikogruppe (älter, weiblich, betroffen) auf Gefallen stoßen. Die Vermittlungsleistung weist jedoch auf besonders hohe Effekte in den relevanten Präventionszielgruppen hin. Dies deutet darauf hin, dass der subjektive Wissenszuwachs weniger mit Gefallen und damit dem Rezeptionserleben verbunden ist, sondern mehr mit der Erfahrung und dem Ausmaß vorherrschender Informationsdefizite assoziiert zu sein scheint.

## *Literaturverzeichnis*

- Appel, M., Koch, E., Schreier, M., & Groeben, N. (2002). Aspekte des Leseerlebens: Skalenentwicklung. *Zeitschrift für Medienpsychologie*, 14(4), 149–154.
- Atkin, C.K. & Freimuth, V. (2013). Guidelines for formative evaluation research in campaign design. In R.E. Rice & Atkin, C.K. (Hrsg), *Public Communication Campaigns* (S. 53-81). Los Angeles: Sage.
- Bonfadelli, H., & Friemel, T. N. (2006). *Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich: Grundlagen und Anwendungen*. Konstanz: UVK.
- Braun, B., & Marstedt, G. (2014). Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit. In J. Böcken, B. Braun, & R. Meierjürgen (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2015. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen* (S. 107–131). Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Coffman, J. (2002). *Public communication campaign evaluation. Harvard Family Research Project*. Abgerufen am 26. März 2018 von <http://www.hfrp.org/evaluation/publications-resources/public-communication-campaign-evaluation-an-environmental-scan-of-challenges-criticisms-practice-and-opportunities>
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337, a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>
- Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) (2016). *Gute Praxis Gesundheitsinformation*. Abgerufen am 26. März von <http://www.ebm-netzwerk.de/-pdf/publikationen/gpi2.pdf>

- Dutta-Bergman, M. J. (2004). Primary sources of health information: comparisons in the domain of health attitudes, health cognitions, and health behaviors. *Health Communication*, 16(3), 273–288.
- Fromm, B., Baumann, E., & Lampert, C. (2011). *Gesundheitskommunikation und Medien. Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hibbard, J., & Peters, E. (2003) Supporting informed consumer health care decisions: Data presentation approaches that facilitate the use of information in choice. *Annu Rev Public Health*, 24, 413-433.
- Kahlor, L. (2010). PRISM: A Planned Risk Information Seeking Model. *Health Communication*, 25(4), 345–356
- Krantz, D. S., Baum, A., & Wideman, M. V. (1980). Assessment of preferences for self-treatment and information in health care. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(5), 977–990.
- Kunz, R., Ollenschläger, G., Raspe, H., Jonitz, G., & Donner-Banzhoff, N. (2007). *Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis* (2. überar. erw. Aufl.). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Luehnen, J., Albrecht, M., Mühlhauser, I., & Steckelberg, A. (2017). *Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation*. Verfügbar unter: <http://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de/wpcontent/uploads/2014/05/Leitlinie-evidenzbasierte-Gesundheitsinformation.pdf> (27.03.2018)
- Mühlhauser, I. & Steckelberg, A. (2009). Evidenzbasierte Patienteninformation: Wünsche der Betroffenen. *Deutsches Ärzteblatt*, 106, 51–52.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Education Monographs*, 6(2), 160–170.
- Sackett, D.L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R.B. (2000). *Evidence-based Medicine: How to Practice and Teach EBM* (2. Aufl.). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Schulz, P. & Nakamoto, K. (2013). Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins. *Patient Education and Counseling*, 90(1), 4-11.
- SGW (2017). *Allgemeine Methoden der Stiftung Gesundheitswissen. Methodenpapier zur Erstellung und Evaluation von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen*. Abgerufen am 06. April 2018 von [https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/sites/default/files/pdf/2017\\_11\\_13\\_Methodenpapier\\_vf.pdf](https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/sites/default/files/pdf/2017_11_13_Methodenpapier_vf.pdf)