



# MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Partizipative Entscheidungsfindung in der  
Darmkrebsprävention: Eine experimentelle Untersuchung von  
Wissen und Verhaltensabsichten zur Darmkrebsprävention.

verfasst von | submitted by  
Julia Ferdan BSc (WU)

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of  
Master of Arts (MA)

Wien | Vienna, 2026

Studienkennzahl lt. Studienblatt | Degree  
programme code as it appears on the  
student record sheet:

UA 066 841

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree  
programme as it appears on the student  
record sheet:

Masterstudium Publizistik- und  
Kommunikationswissenschaft

Betreut von | Supervisor:

Assoz. Prof. Mag. Dr. Florian Arendt

# Inhaltsverzeichnis

|                                                                                                  |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Abbildungsverzeichnis.....                                                                       | IV |
| Tabellenverzeichnis.....                                                                         | IV |
| Abkürzungsverzeichnis.....                                                                       | V  |
| 1    Einleitung.....                                                                             | 1  |
| 2    Theoretische Einbettung und aktueller Forschungsstand .....                                 | 5  |
| 2.1    Gesundheitsrelevantes Problem Darmkrebs .....                                             | 5  |
| 2.1.1    Mediale Kampagnen zur Darmkrebsprävention – zu Wirkweisen und Evidenz9                  |    |
| 2.1.1.1    Theory of Reasoned Action nach Fishbein & Ajzen.....                                  | 10 |
| 2.1.1.2    Empirische Evidenz zur Wirksamkeit von Gesundheitskampagnen .....                     | 12 |
| 2.2    Partizipative Entscheidungsfindung in der Gesundheitskommunikation .....                  | 14 |
| 2.2.1    Herleitung des Modells .....                                                            | 15 |
| 2.2.2    Abgrenzung zum Paternalismus .....                                                      | 19 |
| 2.2.3    Bedeutung der Health Literacy im Modell der Partizipativen<br>Entscheidungsfindung..... | 21 |
| 2.2.4    Partizipative Entscheidungsfindung in der (Darm-)krebsprävention .....                  | 23 |
| 2.3    Entscheidungshilfen als mediale Vermittlung.....                                          | 26 |
| 2.3.1    Empirische Effekte von Entscheidungshilfen .....                                        | 29 |
| 2.3.2    Wissen als Outcome von Entscheidungshilfen .....                                        | 30 |
| 2.3.3    Verhalten(sintention) als Outcome von Entscheidungshilfen .....                         | 32 |
| 2.3.3.1    Knowledge-Behavior-Gap als Erklärungsansatz .....                                     | 34 |
| 2.3.3.2    Verhalten und Verhaltensabsichten .....                                               | 36 |
| 3    Methodische Umsetzung.....                                                                  | 38 |
| 3.1    Forschungsdesign.....                                                                     | 38 |
| 3.2    Stimulus-Material .....                                                                   | 39 |
| 3.3    Studienablauf und Fragebogen .....                                                        | 43 |

|         |                                                                                                      |       |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 3.4     | Stichprobenbeschreibung .....                                                                        | 44    |
| 3.5     | Messung der relevanten Konstrukte.....                                                               | 46    |
| 3.5.1   | Wissen .....                                                                                         | 46    |
| 3.5.2   | Verhaltensabsichten.....                                                                             | 48    |
| 3.6     | Forschungsethik .....                                                                                | 49    |
| 4       | Ergebnisse .....                                                                                     | 51    |
| 4.1     | Deskriptive Ergebnisse .....                                                                         | 51    |
| 4.2     | Prüfung der Hypothesen/Forschungsfragen.....                                                         | 53    |
| 4.2.1   | Effekte der Art der Kommunikation auf das Wissen .....                                               | 53    |
| 4.2.1.1 | Explorative Analysen zur Outcome-Variable „Wissen“ .....                                             | 54    |
| 4.2.2   | Effekte der Art der Kommunikation auf die Verhaltensabsichten .....                                  | 55    |
| 4.2.2.1 | Explorative Analysen zur Outcome-Variable „Verhaltensabsichten“ .....                                | 56    |
| 5       | Diskussion.....                                                                                      | 58    |
| 5.1     | Zentrale Befunde und Implikationen für Wissenschaft und Praxis .....                                 | 58    |
| 5.1.1   | Wissen der Befragten .....                                                                           | 59    |
| 5.1.2   | Verhaltensabsichten der Befragten.....                                                               | 63    |
| 5.2     | Limitationen.....                                                                                    | 66    |
| 6       | Fazit und Ausblick .....                                                                             | 70    |
|         | Literaturverzeichnis .....                                                                           | I     |
|         | Anhang.....                                                                                          | XIV   |
|         | Anhang A: Abstract (deutsch).....                                                                    | XIV   |
|         | Anhang B: Abstract (englisch).....                                                                   | XV    |
|         | Anhang C: Entscheidungshilfe zur Darmkrebsvorsorge.....                                              | XVI   |
|         | Anhang D: Stimulus-Material Versuchsgruppe 1 (partizipative Entscheidungshilfe)....                  | XVII  |
|         | Anhang E: Stimulus-Material Versuchsgruppe 2 (persuasive Gesundheitsbotschaft)...                    | XVIII |
|         | Anhang F: Stimulus-Material Kontrollgruppe 1 (allgemeine Informationen mit Bezug zu Darmkrebs) ..... | XIX   |

|                                                                                                       |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Anhang G: Stimulus-Material Kontrollgruppe 2 (allgemeine Informationen ohne Bezug zu Darmkrebs) ..... | XX  |
| Anhang H: Fragebogen der vorliegenden Studie .....                                                    | XXI |

## Abbildungsverzeichnis

|                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------|----|
| Abbildung 1: Krebsinzidenz (Neuerkrankungen pro Jahr) Darmkrebs .....        | 6  |
| Abbildung 2: Krebsmortalität Darmkrebs .....                                 | 7  |
| Abbildung 3: Schematische Darstellung des Reasoned Action Modells .....      | 11 |
| Abbildung 4: Spektrum der Ärzt*innen-Patient*innen-Beziehung .....           | 15 |
| Abbildung 5: Stimulus-Material aller Experimentalgruppen .....               | 41 |
| Abbildung 6: Mittlere normierte Wissens-Scores der Experimentalgruppen ..... | 54 |

## Tabellenverzeichnis

|                                                                                                 |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabelle 1: Deskriptive Ergebnisse der Outcome-Variable „Wissen“ nach Gruppen .....              | 52 |
| Tabelle 2: Deskriptive Ergebnisse der Outcome-Variable „Verhaltensabsichten“ nach Gruppen ..... | 52 |

# Abkürzungsverzeichnis

|             |                                               |
|-------------|-----------------------------------------------|
| $\alpha$    | Cronbachs Alpha bzw. Signifikanzniveau        |
| $1 - \beta$ | Teststärke (Power)                            |
| $d$         | Cohen's d (Effektstärke)                      |
| $F$         | F-Wert                                        |
| FF          | Forschungsfrage                               |
| H           | Hypothese                                     |
| $M$         | Mittelwert                                    |
| MC          | Multiple-Choice(-Fragen)                      |
| $N$         | Gesamtstichprobe (Anzahl aller Teilnehmenden) |
| $n$         | Teilstichprobe (Teil der Gesamtstichprobe)    |
| $\eta^2$    | Eta-Quadrat (Anteil erklärter Varianz)        |
| $p$         | p-Wert                                        |
| $r$         | Korrelationskoeffizient (nach Pearson)        |
| SC          | Single-Choice(-Fragen)                        |
| $SD$        | Standardabweichung                            |
| SDM         | Shared Decision Making                        |

# 1 Einleitung

Darmkrebs zählt weltweit zu den bedeutendsten Herausforderungen im Public Health-Bereich. Er betrifft den Dickdarm oder Enddarm, ist weltweit die dritthäufigste Krebsart und verursacht rund zehn Prozent aller Krebsneuerkrankungen. Gleichzeitig stellt Darmkrebs die zweithäufigste Ursache für krebsbedingte Todesfälle (World Health Organization, 2023) dar. Charakteristisch für die Erkrankung ist, dass sie in frühen Stadien oft keine oder nur leichte Symptome verursacht. Wenn Symptome auftreten, können diese Folgendes umfassen: Veränderungen der Stuhlgewohnheiten, Blut im Stuhl, unerklärlicher Gewichtsverlust oder anhaltende Müdigkeit. Da die Heilungschancen bei einer frühzeitigen Erkennung deutlich höher sind, kommen präventiven Maßnahmen und der rechtzeitigen Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen eine zentrale Bedeutung zu. Die Behandlung hängt vom Krankheitsstadium, den Tumoreigenschaften und dem allgemeinen Gesundheitszustand der Person ab (World Health Organization, 2026).

Auch in Österreich stellt Darmkrebs eine erhebliche gesundheitspolitische Herausforderung dar. Hierzulande ist die Erkrankung die dritthäufigste krebsbedingte Todesursache und insgesamt zehn Prozent der Gesamtzahl der Todesfälle durch Krebs sind auf Darmkrebs zurückzuführen (OECD & European Commission, 2025, S. 6). Der Anteil der Darmkrebsfälle liegt in Österreich mit elf Prozent bei Männern (im Vergleich zu 14 Prozent in der EU) und mit neun Prozent bei Frauen (im Vergleich zu 12 Prozent in der EU) unter dem EU-Durchschnitt (OECD & European Commission, 2025, S. 4). Dass Österreichs Rate der vermeidbaren Sterblichkeit bei Darmkrebs deutlich niedriger ist, als der EU-Durchschnitt könnte darauf zurückgeführt werden, dass das Angebot zur Darmkrebsvorsorge sehr gut angenommen wird (S. 8).

Dies spiegelt sich auch in den jüngsten Entwicklungen wider. Während die Häufigkeit von Darmkrebs bei Menschen unter 50 Jahren aufgrund von Lebensstilfaktoren wie ungesunde Ernährung und mangelnder Bewegung angestiegen ist, nimmt die Häufigkeit bei den über 50-Jährigen – und damit der zentralen Risikogruppe für Darmkrebs – stetig ab. Dies kann auf die steigende Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen zurückgeführt werden. Denn bei kaum einer anderen Krebsart können so viele Erkrankungen und Todesfälle durch konsequente Früherkennung vermieden werden (Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien, 2025). In Österreich wurde daher im Zuge des „Krebsrahmenprogramms Österreich“ Früherkennungs-

und Screeningprogramme etabliert, die sich unter anderem auf Darmkrebs konzentrieren (OECD & European Commission, 2025, S. 14). Das Mindestalter zur Darmkrebsvorsorge wurde zuletzt auf 45 Jahre gesenkt, sodass die Altersspanne nun bei 45 bis 75 Jahren liegt innerhalb jener Untersuchungen zur Darmkrebsvorsorge kostenlos durchgeführt werden können (Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien, o. J.).

Eine zentrale Rolle kommt hierbei medialen Gesundheitskampagnen zu. Gesundheitskampagnen zur Darmkrebsprävention sollen Aufmerksamkeit für das Thema schaffen und das Bewusstsein für die Bedeutung von Vorsorgeuntersuchungen stärken (Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien, 2025). Das Potential von massenmedialen Gesundheitskampagnen liegt hierbei in ihrer Fähigkeit, klar definierte, verhaltensorientierte Botschaften wiederholt, über einen längeren Zeitraum hinweg, auf beiläufige Weise und zu geringen Kosten pro Kopf an ein großes Publikum zu verbreiten (Wakefield et al., 2010, S. 1261). Die Wirksamkeit solcher Kampagnen wird seit mehreren Jahrzehnten wissenschaftlich untersucht. Bereits in den 1990er Jahren zeigten erste Studien aus den USA und Australien, dass massenmediale Kampagnen kurzfristig zu einer erhöhten Teilnahme an Pap-Abstrichen beitragen konnten (Baron et al., 2008; Marcus & Crane, 1998). Auch zur Darmkrebsprävention wurden in der Vergangenheit zahlreiche Studien durchgeführt. Eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2024 untersuchte Effekte unterschiedlichster Formen von Gesundheitskampagnen (Gadd et al., 2024, S. 8). Hierbei kamen die Autor\*innen zu dem Schluss, dass eben jene positive Effekte auf Verständnis und Bewusstsein für Darmkrebs erzielen können. Hinsichtlich der tatsächlichen Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen zeigten sich jedoch uneinheitliche Befunde.

Nichtsdestotrotz können (massen)mediale Kampagnen Effekte evozieren und zielen hierbei auf individuelle Entscheidungsprozesse ab (Wakefield et al., 2010, S. 1262). Diese Prozesse der Entscheidungsfindung können heute allerdings anders ausgestaltet sein, als früher. Während im paternalistischen Modell die Entscheidungsfindung bei den behandelnden Ärzt\*innen liegt, gilt es im Modell der partizipativen Entscheidungsfindung (engl. Shared Decision Making, kurz SDM) Patient\*innen zu informieren und aufzuklären, um gemeinsam Entscheidungen treffen zu können (vgl. Elwyn et al., 2012, O'Connor et al., 2007). Das Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung zielt somit auf eine Ärzt\*innen-Patient\*innen-Beziehung ab, in der Informationen geteilt werden, um so gemeinsam Entscheidungen treffen zu können (Härter, o. J.). „The first task of SDM is to ensure that individuals are not making decisions when insufficiently informed about key issues, not making decisions in the face of avoidable

ignorance.” betonen Elwyn et al. (2012, S. 1363) und unterstreichen damit die Wichtigkeit der informierten Patient\*innen im Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung. Um diesen Anspruch gerecht zu werden, können Entscheidungshilfen (engl. decision aids) zur Hilfe gezogen werden (O’Connor et al., 2007, S. 717). Das Ziel der Entscheidungshilfen ist es, die Entscheidungsqualität zu verbessern, indem Fakten über die Erkrankung, Optionen und Behandlungsergebnisse bereitgestellt werden. Dabei sollen sie Patient\*innen bei ihren Überlegungen unterstützen, damit sie Entscheidungen treffen können, die ihren informierten Präferenzen entsprechen. Die empirische Evidenz zeigte, dass diese tatsächlich zu einem höheren Wissensstand der Patient\*innen beitragen können. So untersuchte eine Meta-Analyse aus dem Jahr 2024 Effekte von Entscheidungshilfen (Stacey et al., 2024). Belege deuteten darauf hin, dass Entscheidungshilfen für Patient\*innen hinsichtlich der Wissenswerte wirksamer waren als allgemeine Informationen zur Vorsorge (Stacey et al., 2024, S. 23). Die Ergebnisse bestätigten vorangegangene Studien aus den Vorjahren (Schroy et al., 2012; Volk et al., 2016). Während das Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung zunehmende Wissensstände der Patient\*innen voraussagt, werden keine konkreten Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen postuliert. Im Gegensatz zu persuasiven Gesundheitskampagnen soll die Partizipative Entscheidungsfindung Patient\*innen dabei unterstützen, aufgeklärte und informierte Entscheidungen zu treffen (Steckelberg et al., 2011, S. 1). Mehr Wissen könnte daher zu einer höheren Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen führen (vgl. Pignone et al., 2025; Ruffin IV et al., 2007, S. 271), es können sich jedoch auch gegenteilige Effekte einstellen, die etwa zu Zurückhaltung führen oder keine Effekte auf die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen haben (vgl. Smith et al., 2010, S. 6; Trevena et al., 2008, S. 78).

Partizipative Entscheidungsfindung gilt im medizinischen Kontext als Ideal der Ärzt\*innen-Patient\*innen-Beziehung (O’Connor et al., 2007, S. 717). Während Entscheidungshilfen bislang überwiegend im klinischen Setting untersucht wurden, ist weitestgehend ungeklärt, inwiefern sich Prinzipien der Partizipativen Entscheidungsfindung auch auf massenmediale Gesundheitskommunikation übertragen lassen und welche Effekte eben jene auf das Wissen und das Verhalten der Patient\*innen haben können. Insbesondere aus kommunikationswissenschaftlicher Perspektive liegen bislang nur wenige empirische Erkenntnisse dazu vor. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es daher, kausale Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Formen der Gesundheitskommunikation und dem Wissen bzw. den Verhaltensabsichten der Befragten zu analysieren. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, welche

Auswirkungen unterschiedliche Kommunikationsformen auf die Wissensstände und die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen zur Darmkrebsprävention haben. Die Arbeit bewegt sich somit im Spannungsfeld zwischen der patient\*innenorientierten Gesundheitsversorgung im Sinne der Partizipativen Entscheidungsfindung und den Zielen des Public Health-Bereichs (vgl. Volk et al., 2016, S. 788), die unter anderem auf eine Erhöhung der Teilnahme an Präventionsmaßnahmen abzielen.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird hierfür in einem ersten Schritt die theoretische Einbettung der Arbeit verortet und empirische Befunde vorangegangener Forschung werden dargelegt (Kapitel 2). Hierbei wird insbesondere das Modell der partizipativen Entscheidungsfindung eingeführt und für die vorliegende Arbeit entsprechend eingeordnet. Außerdem liegt der Fokus vor allem auf dem Zusammenspiel von Wissen und Verhaltensabsichten und zugrunde liegenden Faktoren, welche diese Variablen beeinflussen können. Danach wird das methodische Vorgehen und das experimentelle Setting besprochen (Kapitel 3). Nachdem das Forschungsdesign beleuchtet wurde, werden Stimulus-Material, Stichprobe, Fragebogen sowie die Messung der Konstrukte „Wissen“ und „Verhaltensabsichten“ beschrieben. Zuletzt werden forschungsethische und datenschutzrechtliche Richtlinien aufgezeigt, welchen sich die vorliegende Arbeit verschreibt. Danach werden Ergebnisse der Studie präsentiert (Kapitel 4) und anschließend umfassend diskutiert (Kapitel 5). Hierbei können zentrale Implikationen für Wissenschaft und Praxis abgeleitet werden. An dieser Stelle wird auch auf relevante Limitationen der vorliegenden Studie hingewiesen. Die Arbeit schließt mit einem Fazit und Ausblick für zukünftige Forschung ab.

## 2 Theoretische Einbettung und aktueller Forschungsstand

Das folgende Kapitel gibt einen systematischen Überblick über das gesundheitsrelevante Problem Darmkrebs und die Darmkrebsprävention, das Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making), die mediale Vermittlung dessen durch Entscheidungshilfen sowie die Konzepte der Gesundheitskompetenz und des Knowledge-Behavior-Gaps und präsentiert aktuelle Forschungsergebnisse aus eben jenen Bereichen. Ziel dieses Kapitels ist es, die Relevanz von Darmkrebsprävention darzustellen und aufzuzeigen, inwiefern mediale Gesundheitskampagnen individuelle Entscheidungsprozesse beeinflussen können und wie diese geformt werden. Darüber hinaus wird erläutert, welche Bedeutung Gesundheitskompetenzen und der Knowledge-Behavior-Gap für die Verarbeitung gesundheitsbezogener Informationen und für die partizipativen Entscheidungen im Kontext der Darmkrebsvorsorge besitzen. Darauf aufbauend werden theoretische Modelle der Entscheidungsfindung sowie aktuelle empirische Befunde eingeordnet, um die Grundlage für die vorliegende Untersuchung zu schaffen.

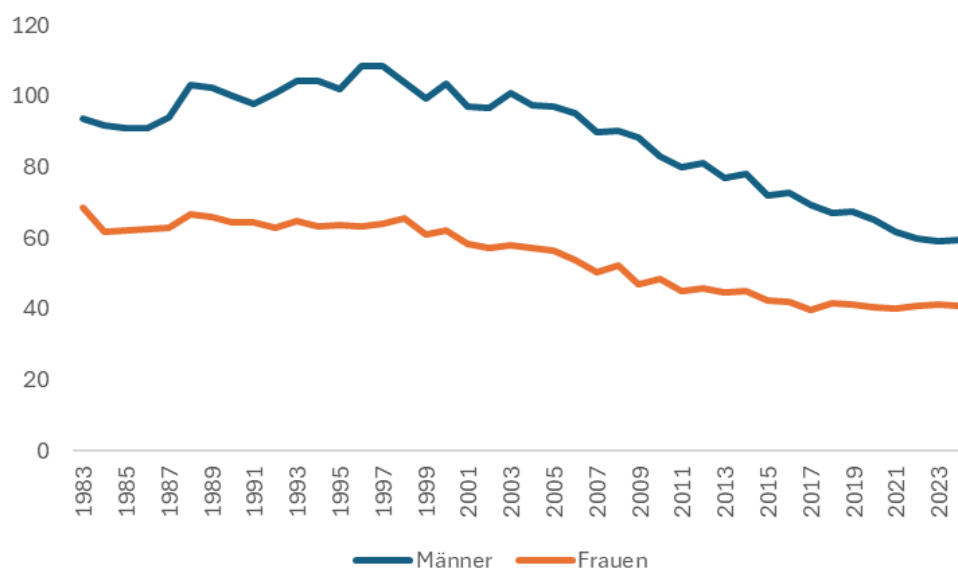
### 2.1 Gesundheitsrelevantes Problem Darmkrebs

Darmkrebs betrifft den Dickdarm oder den Enddarm und ist weltweit die zweithäufigste Ursache für krebsbedingte Todesfälle (World Health Organization, 2023). Im Jahr 2020 wurden weltweit mehr als 1,9 Millionen neue Fälle von Darmkrebs und mehr als 930 000 Todesfälle aufgrund von Darmkrebs verzeichnet. Die Erkrankung betrifft vor allem ältere Menschen, wobei die meisten Fälle bei Personen ab 50 Jahren auftreten (World Health Organization, 2023). Zu den häufigen Symptomen zählen Durchfall, Verstopfung, Blut im Stuhl, Bauchschmerzen, unerklärlicher Gewichtsverlust, Müdigkeit und ein niedriger Eisenwert (World Health Organization, 2023). Viele Menschen zeigen in den frühen Stadien der Erkrankung keine Symptome.

Mehrere Lebensstilfaktoren tragen zur Entstehung von Darmkrebs bei, darunter ein hoher Verzehr von verarbeiteten Fleischprodukten und eine geringe Aufnahme von Obst und Gemüse, Bewegungsmangel, Übergewicht, Rauchen und ein übermäßiger Alkoholkonsum (World Health Organization, 2023). Das Risiko für Darmkrebs lässt sich durch eine gesunde Ernährung, körperliche Aktivität und den Verzicht auf Tabakkonsum und Alkohol senken. Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen sind für die Früherkennung entscheidend.

In Österreich ist Darmkrebs die dritthäufigste krebbedingte Todesursache und insgesamt zehn Prozent der Gesamtzahl der Todesfälle durch Krebs sind auf Darmkrebs zurückzuführen (OECD & European Commission, 2025, S. 6). Der Anteil der Darmkrebsfälle liegt in Österreich mit elf Prozent bei Männern (im Vergleich zu 14 Prozent in der EU) und mit neun Prozent bei Frauen (im Vergleich zu 12 Prozent in der EU) unter dem EU-Durchschnitt (OECD & European Commission, 2025, S. 4). Die Krebsinzidenz lag für Frauen bei 41 pro 100 000 Einwohner\*innen und bei Männern bei 59 pro 100 000 Einwohner\*innen (Statistik Austria, 2026a). Hier zeichnete sich in der Vergangenheit für beide Geschlechter ein Trend der abnehmenden Krebsinzidenzen ab (siehe Abbildung 1). Es stellt sich jedoch die Frage, ob aktuelle Lebensstilfaktoren zu einem erneuten Anstieg der Krebsinzidenz führen könnten. Aktuellere Studien belegen jedenfalls, dass immer mehr jüngere Patient\*innen an Darmkrebs erkranken (vgl. Penz et al., 2023)

Abbildung 1: Krebsinzidenz (Neuerkrankungen pro Jahr) Darmkrebs

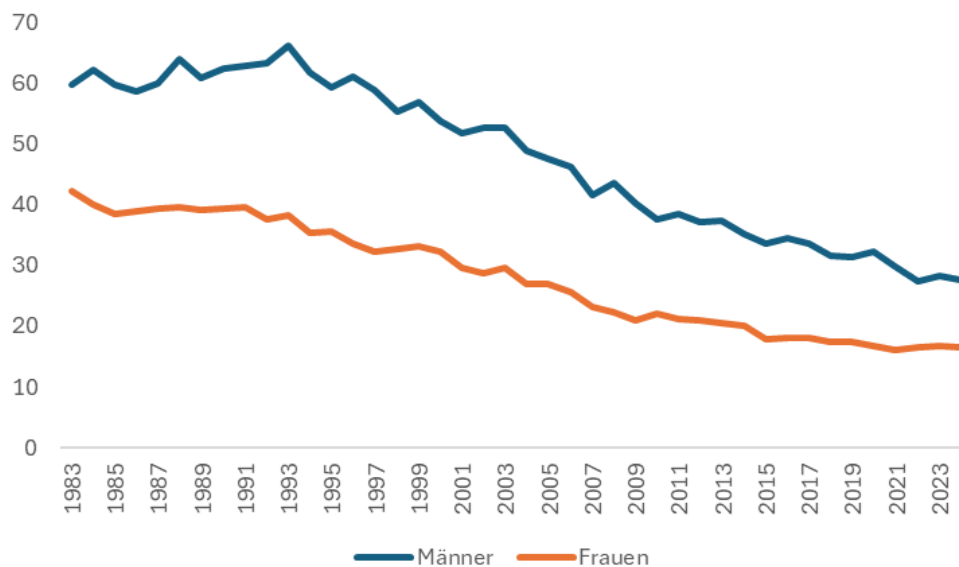


In Anlehnung an Statistik Austria (2026) Krebsinzidenz nach ausgewählten Lokalisationen und Geschlecht, Österreich ab 1983, in altersstandardisierten Raten (jeweils auf 100 000 Personen) nach Geschlecht getrennt

Österreich schneidet im Hinblick auf die Raten der vermeidbaren Sterblichkeit bei behandelbaren Krebsarten besser ab als der EU-Durchschnitt (OECD & European Commission, 2025, S. 6). In Bezug auf Darmkrebs betrug die Rate bei Frauen acht pro 100 000 Einwohner (20 Prozent weniger als der EU-Durchschnitt) und bei Männern 13 pro 100 000 Einwohner (19 Prozent weniger als der EU-Durchschnitt). Die Krebsmortalität lag für Frauen

bei 16 pro 100 000 Einwohner\*innen und bei Männern bei 30 pro 100 000 Einwohner\*innen (Statistik Austria, 2026b). Auch hier zeichnet sich ein Trend ab: In den vergangenen Jahrzehnten nahm die Krebsmortalität in Österreich laufend ab (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Krebsmortalität Darmkrebs



In Anlehnung an Statistik Austria (2026) Krebsmortalität nach ausgewählten Lokalisationen und Geschlecht, Österreich ab 1983, in altersstandardisierten Raten (jeweils auf 100 000 Personen) nach Geschlechtern getrennt

Dass Österreich hinsichtlich der Raten der vermeidbaren Sterblichkeit bei Darmkrebs besser abschneidet als der EU-Durchschnitt, könnte folgendermaßen erklärt werden: „[...] ist wahrscheinlich auf eine niedrigere Darmkrebsinzidenz und eine relativ hohe Teilnahme an den Darmkrebsvorsorgeprogrammen in Österreich zurückzuführen“ (OECD & European Commission, 2025, S. 6). Zu den wichtigsten Strategien gehören die Gewährleistung eines gleichberechtigten Zugangs zu modernen Diagnosemethoden und evidenzbasierten Therapien, aber auch die Durchführung bevölkerungsbezogener Screeningprogramme zur Früherkennung und die Stärkung der Gesundheitskompetenz (siehe Kapitel 2.2.3) (OECD & European Commission, 2025, S. 8).

Zur Darmkrebsvorsorge können zwei Arten von Untersuchungen durchgeführt werden: Koloskopien (Darmspiegelung) und Tests auf Blut im Stuhl (World Health Organization, 2023). Stuhluntersuchungen auf okkultes Blut basieren auf dem Nachweis von Blut aus dem Magen-Darm-Trakt im Stuhl (IARC, 2019, S. 87). Dazu wird eine kleine Stuhlprobe entnommen und zur Untersuchung an ein Labor geschickt (World Health Organization, 2023).

Darmkrebs und präkanzeröse Läsionen sind jedoch nicht die einzigen Ursachen für Blut im Stuhl (IARC, 2019, S. 87). Neben anderen Erkrankungen (z.B. entzündlichen Darmerkrankungen) können auch andere Läsionen wie Hämorrhoiden zu Blut im Stuhl führen. Werden im Stuhl Blut oder auffällige Befunde festgestellt, werden in der Regel weitere diagnostische Maßnahmen wie eine Koloskopie empfohlen (World Health Organization, 2023). Bei der Koloskopie werden flexible Kameras eingesetzt, um das Rektum und den Dickdarm direkt zu untersuchen (IARC, 2019, S. 137ff). Vor einer Koloskopie sind Vorbereitungen des Darms erforderlich, um Stuhl zu entfernen und eine ausreichende Sicht auf den Dickdarm zu ermöglichen. Die Untersuchung wird meist unter Sedierung durchgeführt. Die Koloskopie wird nicht nur zum präventiven Darmkrebs-Screening eingesetzt, sondern auch zur Nachuntersuchung bei auffälligen Stuhltests und zur Entfernung von Krebsvorstufen und Krebs im Frühstadium.

An dieser Stelle soll jedoch auch betont werden, dass Untersuchungen zur Darmkrebsvorsorge mit Nebenwirkungen einhergehen können. Es liegen keine Berichte über körperliche Beschwerden vor, die in direktem Zusammenhang mit einem Stuhltest stehen (IARC, 2019, S. 110). Zu den Nebenwirkungen der Koloskopie zählen Blutungen, Darmperforationen und in schwerwiegenden Fällen der Tod (IARC, 2019, S. 165f). Dies führt auch zu Ängsten und Vorurteilen und könnte erklären warum Untersuchungen zur Darmkrebsvorsorge nach wie vor zu wenig in Anspruch genommen werden (Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien, 2025).

Inwieweit Vorsorgeprogramme durch die Erkennung und Entfernung von präkanzerösen Polypen auch zur Senkung der Inzidenzraten beitragen, lässt sich nur schwer bestimmen (IARC, 2019, S. 34f). Es zeigte sich jedoch, dass sich Bemühungen zur Verbesserung der Früherkennung, verbunden mit verbesserten Behandlungs- und Versorgungspraktiken in rückläufigen Sterblichkeitsraten niederschlagen.

In Österreich wurden daher im Zuge des „Krebsrahmenprogramms Österreich“ Früherkennungs- und Screeningprogramme etabliert, die sich unter anderem auf Darmkrebs konzentrieren (OECD & European Commission, 2025, S. 14). Das Mindestalter zur Darmkrebsvorsorge wurde zuletzt auf 45 Jahre gesenkt, sodass die Altersspanne nun bei 45 bis 75 Jahren liegt. Das Screening ist ab dem 45. Lebensjahr kostenlos und erfolgt entweder mittels Koloskopie alle zehn Jahre oder mittels Stuhltest alle zwei Jahre. Sollte ein Bluttest positiv ausfallen, folgt eine Koloskopie (Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien, o. J.).

Bei kaum einer anderen Krebsart können so viele Erkrankungen und Todesfälle durch konsequente Früherkennung vermieden werden wie bei Darmkrebs (Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien, 2025). Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen sind somit der beste Weg, um Darmkrebs frühzeitig zu erkennen (World Health Organization, 2023).

Insgesamt zeigt sich, dass Darmkrebs trotz vorhandener Präventionsmaßnahmen weiterhin ein relevantes Public Health-Problem darstellt. Insbesondere die Diskrepanz zwischen vorhandenen Vorsorgeangeboten und deren tatsächlichen Nutzung zeigt die Notwendigkeit effektiver Kommunikationsstrategien auf.

### 2.1.1 Mediale Kampagnen zur Darmkrebsprävention – zu Wirkweisen und Evidenz

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie die Bevölkerung effektiv für die Bedeutung der Darmkrebsvorsorge sensibilisiert und zur Inanspruchnahme entsprechender Angebote motiviert werden kann. Eine zentrale Rolle kommt hierbei medialen Gesundheitskampagnen zu. Kampagnen zur Darmkrebsvorsorge sollen dem Thema genügend Platz einräumen und ein entsprechendes Bewusstsein in der Bevölkerung schaffen (Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien, 2025). Das große Versprechen von Massenmedienkampagnen liegt dabei in ihrer Fähigkeit, klar definierte, verhaltensorientierte Botschaften wiederholt, über einen längeren Zeitraum hinweg, auf beiläufige Weise und zu geringen Kosten pro Kopf an ein großes Publikum zu verbreiten (Wakefield et al., 2010, S. 1261). Kampagnenbotschaften können jedoch auch hinter den Erwartungen zurückbleiben oder sogar gegenteilige Effekte bewirken.

Dabei können sie über drei grundlegende Routen, Verhalten beeinflussen und Effekte evozieren (Hornik & Yanovitzky, 2003, S. 3f). Die naheliegendste Route besteht darin, dass Individuen mit den Botschaften der Kampagne konfrontiert werden, etwa durch Anzeigen in den Medien, Aufklärungsprogrammen oder andere Formen der Kommunikation. Diese Route lässt sich direkt aus einflussreichen Theorien zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens ableiten, wie etwa der „Theory of Reasoned Action“ (Fishbein & Ajzen, 2010). Die beiden anderen Routen beziehen sich auf Prozesse, die auf einer über der individuellen Ebene liegenden Aggregationsebene ablaufen (Hornik & Yanovitzky, 2003, S. 3f). Die zweite Route betrifft die Verbreitung der Kampagnenthemen auf andere soziale Institutionen. Sobald sich die Kampagnenthemen auf diese Institutionen ausgebreitet haben, kann ihr Einfluss auf Individuen

unterschiedliche Formen annehmen. Die dritte Route bezieht sich auf kampagneninduzierte Prozesse der sozialen Diffusion. Durch soziale Interaktion mit anderen Mitgliedern der Gesellschaft lernen Menschen, welche Praktiken gesellschaftlich akzeptiert sind. Sie werden sich auch der sozialen Kosten und Vorteile bewusst, die mit der Ausübung jenes Verhaltens verbunden sind.

Insgesamt kann daher gesagt werden, dass Gesundheitskampagnen das Potenzial besitzen, individuelle Einstellungen und Verhaltensabsichten zu beeinflussen. Durch die theoretische Einbettung der zugrunde liegenden Entscheidungsprozesse, kann nachvollzogen werden, wie jene Effekte zustande kommen.

#### *2.1.1.1 Theory of Reasoned Action nach Fishbein & Ajzen*

Zur Erklärung der Wirkmechanismen medialer Gesundheitskampagnen auf individueller Ebene eignet sich die Theory of Reasoned Action nach Fishbein und Ajzen (2010), die Entscheidungsprozesse als Ergebnis von Überzeugungen, Einstellungen und sozialen Normen beschreibt.

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass sich menschliches Verhalten in begründeter und oft spontaner Weise aus den Informationen oder Überzeugungen ergibt, die Menschen über das betreffende Verhalten besitzen (Fishbein & Ajzen, 2010, S. 34ff). Diese Überzeugungen können aus einer Vielzahl von Quellen stammen, zum Beispiel persönlicher Erfahrungen, Bildung, Medien oder Interaktionen mit dem persönlichen Umfeld. Unabhängig davon, wie Überzeugungen, die mit einem bestimmten Verhalten verbunden sind, erworben werden, dienen sie dazu, die Entscheidungen darüber zu leiten, ob das betreffende Verhalten ausgeführt wird oder nicht. Hierbei können drei Arten von Überzeugungen unterschieden werden:

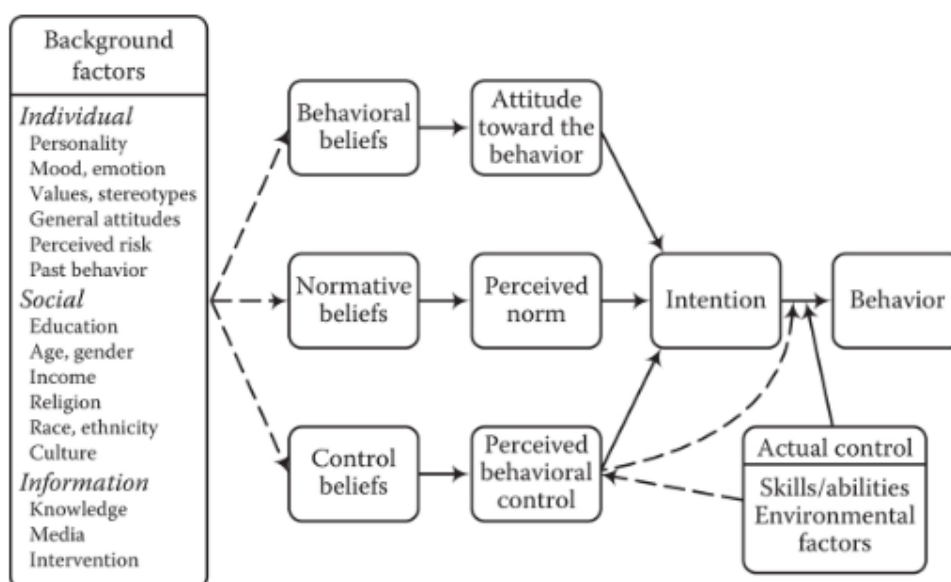
- Behavioral beliefs: Vorstellungen darüber, welche positiven oder negativen Folgen sich aus einem bestimmten Verhalten ergeben
- Normative beliefs: wahrgenommene Norm bzw. wahrgenommener sozialer Druck, ein Verhalten auszuführen oder nicht auszuführen aufgrund der Bewertung des Verhaltens durch das persönliche Umfeld

- Control beliefs: persönliche und umweltbezogene Faktoren, welche beeinflussen, ob das Verhalten ausgeführt wird; Gesamtheit der control beliefs können zu hoher oder niedriger Selbstwirksamkeit führen

Grundsätzlich gilt hierbei: Je positiver die Einstellung und die wahrgenommene Norm sind und je größer die wahrgenommene Verhaltenskontrolle ist, desto stärker die Absicht eines Individuums, das jeweilige Verhalten auszuführen (Fishbein & Ajzen, 2010, S. 35). Insbesondere in Kombination führen die Einstellungen gegenüber dem Verhalten, die wahrgenommene Norm und die Wahrnehmung der Verhaltenskontrolle zur Bildung einer Verhaltensabsicht und somit zur Bereitschaft, das Verhalten auszuführen. Je stärker die Absicht ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass das Verhalten ausgeführt wird. Es gilt jedoch zu beachten, dass ein Mangel an erforderlichen Fähigkeiten oder andere Umweltbeschränkungen Individuen daran hindern können, ihre Absichten umzusetzen.

Die schematische Darstellung des Modells zeigt, wie Hintergrundfaktoren bzw. Rahmenbedingungen über die drei Arten der Überzeugungen, die Einstellung zu einem Verhalten, die wahrgenommene Norm und die Wahrnehmung der Verhaltenskontrollen beeinflussen und somit essentiell auf die Verhaltensabsicht einwirken (Fishbein & Ajzen, 2010, S. 37).

Abbildung 3: Schematische Darstellung des Reasoned Action Modells



Fishbein & Ajzen (2010), S. 37

Somit geht auch hervor, wie mediale Gesundheitskampagnen das Verhalten beeinflussen können und die Wirkung jener Kampagnen auf die persönlichen Überzeugungen und wahrgenommenen Normen und Verhaltenskontrollen. Hinsichtlich dieser Hintergrundfaktoren merken die Autoren an:

[...] it does suggest that we may want to consider a background factor only if we have reason to believe that people who vary in terms of that factor may have been exposed to different experiences and thus may have formed different behavior-relevant beliefs. (Fishbein & Ajzen, 2010, S. 212).

Daraus könnte geschlussfolgert werden, dass Individuen, die Botschaften von Medienkampagnen ausgesetzt waren, andere Verhaltens-relevante Überzeugungen aufweisen, als jene, welche diesen Botschaften nicht ausgesetzt waren. Die Theory of Reasoned Action bietet somit einen theoretischen Rahmen zur Erklärung, wie Kampagnen über die Beeinflussung von Überzeugungen und Einstellungen Verhaltensabsichten formen können.

#### *2.1.1.2 Empirische Evidenz zur Wirksamkeit von Gesundheitskampagnen*

Viele solcher Kampagnen sollen Entscheidungsprozesse auf individueller Ebene beeinflussen (Wakefield et al., 2010, S. 1262). Zu den erwarteten Ergebnissen gehören die Beseitigung von Hindernissen für Verhaltensänderungen, die Annahme gesunder sozialer Normen oder ungesunde Normen zu erkennen sowie die Verknüpfung positiver Emotionen mit dem Erreichen von Veränderungen. Diese Veränderungen stärken die Absicht zu Verhaltensänderungen.

Erste Gesundheitskampagnen zur Krebsvorsorge gab es bereits in den 1990er Jahren. Erfahrungen aus den USA und Australien zeigten, dass massenmediale Kampagnen kurzfristig zu einem Anstieg der Teilnahme an Pap-Abstrichen führten (Baron et al., 2008; Marcus & Crane, 1998). Eine systematische Übersichtsarbeit aus dem Jahr 1998 konnte etwa zeigen, dass massenmediale Kampagnen zu einem Anstieg der Gebärmutterhalskrebsvorsorge führten (Marcus & Crane, 1998, S. 21). Dies gilt insbesondere für kurze Zeitspannen und in Kombination mit Interventionen. Zahlreiche empirische Belege deuteten darauf hin, dass die Stärke von massenmedialen Kampagnen darin besteht, das Bewusstsein zu schärfen und einen Hintergrundkontext für andere Interventionsstrategien zu schaffen. Eine weitere systematische Übersichtsarbeit konnte außerdem belegen, dass „small media“-Kampagnen ebenfalls Vorsorgeuntersuchungen zur Krebsprävention positiv beeinflussen können (Baron et al., 2008,

S. 41). Unter „small media“ versteht man etwa Videos oder Broschüren, Flyer oder Newsletter. Eine Studie aus Australien, welche über 15 Jahre hinweg Einstellungen und Verhaltensweisen zum Sonnenschutz bei unterschiedlicher Exposition gegenüber Medienkampagnen untersuchte, lieferte überzeugende Belege für Verbesserungen in Einstellungen und Verhalten bei Vorhandensein eben jener Kampagnen zur Hautkrebsprävention (Dobbinson et al., 2008).

Etliche Studien beschäftigten sich auch mit Gesundheitskampagnen zur Darmkrebsprävention (Baron et al., 2008; Durkin et al., 2020; Gadd et al., 2024). Mehrere Studien konnten nachweisen, dass Gesundheitskampagnen zu einem Anstieg der Teilnahme an der Darmkrebsvorsorge führten. Eine Studie in Australien lieferte Hinweise darauf, dass die Inanspruchnahme der Darmkrebsvorsorge während einer multimedialen Gesundheitskampagne signifikant höher war, als die letzten zwei-eineinhalb Jahre vor der Ausstrahlung der Kampagne (Durkin et al., 2020, S. 21f). Diese Effekte konnten über alle Altersgruppen hinweg beobachtet werden und waren besonders hoch für Personen, die in der Vergangenheit noch keine Untersuchungen zur Darmkrebsvorsorge durchführen ließen. Diese Ergebnisse können als besonders vielversprechend eingeordnet werden, da Erstteilnehmer\*innen den größten Nutzen aus der Früherkennung ziehen. Zu gegenteiligen Ergebnissen kam eine systematische Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2008 (Baron et al., 2008, S. 41). Hierbei konnten keine Effekte durch massenmediale Kampagnen auf die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen festgestellt werden. Hierbei sei jedoch angemerkt, dass auch die australische Studie zu dem Schluss kam, dass es gut finanzierte Kampagnen benötigt, welche über Medien mit hoher Reichweite ausgestrahlt werden und durch unterstützende Maßnahmen in Hausarztpraxen oder sozialen Medien ergänzt werden, um eine erhebliche Wirkung zu erzielen (Durkin et al., 2020, S. 22f). Demgegenüber kam die systematische Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2008 zu dem Ergebnis, dass auch „small media“ (z.B. Broschüren, Videos, etc.) Effekte auf die Inanspruchnahme der Darmkrebsvorsorge haben können (Baron et al., 2008, S. 43). Das Ausmaß dieser Effekte und die durchgängig positiven Ergebnisse mehrerer Studien belegten die Wirksamkeit solcher Gesundheitskampagnen hinsichtlich einer Steigerung der Darmkrebsvorsorge. Die Autor\*innen schlossen daher auf eine hohe Übertragbarkeit dieser Ergebnisse auf eine Vielzahl von Bevölkerungsgruppen, vorausgesetzt die Gesundheitskampagne wird an die jeweilige Zielgruppe angepasst.

Eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2024 (Gadd et al., 2024, S. 8) verdeutlicht das Potenzial gesundheitsbezogener Kommunikationsmaßnahmen im Kontext der Darmkrebsprävention. Die analysierten Studien zeigten, dass massenmediale Kampagnen

insbesondere zur Steigerung des Bewusstseins und des Verständnisses von Informationen über Darmkrebs beitragen können. Hinsichtlich der tatsächlichen Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen fielen die Befunde jedoch ambivalenter aus. Dies deutet darauf hin, dass ein erhöhtes Bewusstsein nicht zwangsläufig in konkretes Verhalten übergeht. Gleichzeitig weisen die Ergebnisse darauf hin, dass gezielte Aufklärungsmaterialien sowohl das Bewusstsein als auch die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen positiv beeinflussen können. Besonders Broschüren erwiesen sich dabei als wirksamer als andere Formate wie etwa Fotoserien (Gadd et al., 2024, S. 4). Die Befunde legen zudem nahe, dass die Effektivität eben jener Materialien maßgeblich von der individuellen Gesundheitskompetenz abhängt, da diese beeinflusst, wie gesundheitsbezogene Informationen verstanden, eingeordnet und für Entscheidungen genutzt werden können.

Nichtsdestotrotz können (massen)mediale Kampagnen Effekte evozieren und zielen hierbei auf individuelle Entscheidungsprozesse ab (Wakefield et al., 2010, S. 1262). Diese Prozesse der Entscheidungsfindung können heute allerdings anders ausgestaltet sein, als noch vor einigen Jahrzehnten. Heute stehen mündige, informierte Patient\*innen im Vordergrund, angetrieben durch den zunehmenden Zugang zu Informationen für Patient\*innen. So soll es ihnen möglich sein, Entscheidungen auf Basis evidenzbasierter Informationen treffen zu können (Damhus et al., 2018, S. 243)

Um diesem Anspruch der informierten Entscheidungsfindung gerecht zu werden, wurde das Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung entwickelt, welches von höchster Relevanz für die vorliegende Arbeit ist und daher nachstehend eingehend beleuchtet werden soll.

## 2.2 Partizipative Entscheidungsfindung in der Gesundheitskommunikation

Partizipative Entscheidungsfindung (engl. Shared Decision Making, kurz: SDM) entwickelte sich im anglosächsischen Raum aus dem Bedürfnis heraus, ethischen Verpflichtungen gegenüber den Patient\*innen gerecht zu werden und aus einhergehender Vorteile einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (Elwyn et al., 2010, S. 1). Darüber hinaus ist die Partizipative Entscheidungsfindung bei der medizinischen Behandlung gemäß des European Code of Cancer Practice ein zentrales Patient\*innenrecht bei der Krebsbehandlung und -vorsorge (European Cancer Organisation, o. J.). Der Kodex konzentriert sich darauf, Krebspatient\*innen in allen Phasen ihrer Krebserkrankung zu informieren und zu unterstützen

und umfasst zehn zentrale, übergeordnete Rechte, darunter das Recht auf Informationen und das Recht auf Partizipative Entscheidungsfindung.

SDM allows patients to fully inform themselves before making any choices about their treatment. It is a key component of patient involvement and engagement in cancer care, with healthcare professionals encouraging patients to influence how their own care and healthcare services are delivered. (European Cancer Organisation, o. J.)

Partizipative Entscheidungsfindung meint dabei „an approach where clinicians and patients make decisions together using the best available evidence.“ (Elwyn et al., 2010, S. 1). Die individuelle Selbstbestimmung ist hierbei das wichtigste Gut in der Ärzt\*innen-Patient\*innen-Beziehung (Elwyn et al., 2012, S. 1361). Ärzt\*innen verschreiben sich somit der Aufgabe, ihre Patient\*innen bei diesem Ziel zu unterstützen und ihre Autonomie zu wahren.

### 2.2.1 Herleitung des Modells

In der Vergangenheit wandelte sich die Ärzt\*innen-Patient\*innen-Beziehung hin zu einer aktiveren Partnerschaft und einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (Elwyn et al., 1999, S. 477).

Modelle der klinischen Entscheidungsfindung in der Konsultation lassen sich als Spektrum darstellen (siehe Abbildung 4), das von einem paternalistischen Modell an einem Ende bis zum Modell der informierten Entscheidung am anderen Ende reicht (Elwyn et al., 1999, S. 477). Dazwischen liegt das Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung.

Abbildung 4: Spektrum der Ärzt\*innen-Patient\*innen-Beziehung



In Anlehnung an: Elwyn et al., 1999, S. 478

Während im paternalistischen Modell der Arzt bzw. die Ärztin als derjenige bzw. diejenige gesehen wird, der bzw. die die ärztliche Begegnung dominiert und seine bzw. ihre Fähigkeiten

nutzt, um eine Diagnose zu stellen, um Patient\*innen Untersuchungen und Behandlungen zu empfehlen (Charles et al., 1997, S. 683), beschreibt das Modell der informierten Entscheidung einen Prozess, bei dem Patient\*innen von ihren Ärzt\*innen Informationen erhalten, um gemeinsam zu einer Entscheidung zu finden (Elwyn et al., 1999, S. 478). Sowohl das Modell der informierten Entscheidung als auch das Modell der Entscheidung durch den Arzt bzw. die Ärztin als Vertreter\*in beruhen auf der Erkenntnis, dass zwischen Patient\*in und Ärzt\*in eine Informationsasymmetrie besteht (Charles et al., 1997, S. 683). Das Fachwissen liegt bei einer Partei der Interaktion – dem Arzt bzw. der Ärztin – während die individuellen Präferenzen bei der anderen Partei – dem Patienten bzw. der Patientin – liegen. Soll eine wirksame Konsultation und Behandlung sichergestellt werden, müssen jedoch beide Arten von Informationen kombiniert werden, um zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands zu führen. Dies wird erreicht, indem das Wissen der Patient\*innen über die möglichen Risiken alternativer Therapieoptionen und deren klinischer Wirksamkeit erweitert wird, sodass Patient\*innen informierte Entscheidungen treffen können, die sowohl ihre Präferenzen als auch den besten verfügbaren wissenschaftlichen Kenntnisstand widerspiegeln. Es muss an dieser Stelle jedoch betont werden, dass es sich hierbei um ein Spektrum handelt, die Grenzen der Modelle verschwimmen und eine strikte Trennung der Modelle zur Entscheidungsfindung ist nicht möglich (Elwyn et al., 1999, S. 478). Eine Analyse dieser Modelle zeigt, dass sich bestimmte Merkmale der einzelnen Modelle teilweise überschneiden (Charles et al., 1997, S. 682).

Trotz dieser verschwimmenden Grenzen, können Charakteristika ausgemacht werden, die das Modell der Partizipativen Entscheidungshilfe kennzeichnen (Charles et al., 1997, S. 685ff):

- An der Partizipativen Entscheidungsfindung sind mindestens zwei Personen beteiligt: der Arzt bzw. die Ärztin und der Patient bzw. die Patientin. Es können jedoch noch andere Personen involviert sein, wie etwa weitere Ärzt\*innen oder Personen aus dem persönlichen Umfeld der Patient\*innen.
- Beide Seiten (Ärzt\*innen und Patient\*innen) unternehmen Schritte, um sich am Prozess der Behandlungsentscheidung zu beteiligen. Für Patient\*innen bedeutet eine Partizipative Entscheidungsfindung, dass sie bereit sind, sich am Entscheidungsprozess zu beteiligen, Verantwortung dafür übernehmen, Präferenzen äußern, Fragen stellen,

Behandlungsalternativen abwägen und bewerten sowie eine Behandlungspräferenz formulieren. Präferenzen werden hierbei zu einem Indikator für die Verhaltensabsicht und dienen als Vorhersage für zukünftiges Verhalten.

- Der Informationsaustausch ist eine Voraussetzung für die Partizipative Entscheidungsfindung. Sowohl der Patient bzw. die Patientin als auch der Arzt bzw. die Ärztin bringen sowohl Informationen als auch Wertevorstellungen ein.
- Beide Parteien stimmen der Behandlungsentscheidung zu. Das entscheidende Kriterium für eine Partizipative Entscheidung ist, dass sich beide Parteien auf die Behandlungsoptionen einigen. Dies bedeutet nicht, dass beide Parteien zwangsläufig davon überzeugt sind, dass dies die bestmögliche Behandlung ist, sondern vielmehr, dass beide diese Behandlung als diejenige befürworten, die durchgeführt werden soll.

Es gibt viele Faktoren, wie beispielsweise den zunehmenden Zugang zu Informationen und die Betonung der Patient\*innenautonomie, die dazu geführt haben, dass sowohl den Fähigkeiten als auch den Informationen, die erforderlich sind, um Patient\*innen angemessen in den Entscheidungsprozess einzubeziehen, mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. Patient\*innen werden dazu ermutigt, sich mit den verfügbaren Vorsorge-, Behandlungs- oder Betreuungsoptionen sowie den jeweiligen Vor- und Nachteilen auseinanderzusetzen (Elwyn et al., 2010, S. 1). Die Partizipative Entscheidungsfindung erkennt somit die Notwendigkeit an, Autonomie durch den Aufbau guter Beziehungen zu fördern und dabei sowohl die individuelle Kompetenz als auch die gegenseitige Abhängigkeit voneinander zu respektieren (Elwyn et al., 2012, S. 1361f). Dies sind die Kernprinzipien der Selbstbestimmung als auch der relationalen Autonomie. Dabei beschreibt die Selbstbestimmungstheorie die intrinsischen Tendenzen, unser Wohlbefinden zu schützen und zu bewahren (Ryan & Deci, 2000). Relationale Autonomie wird hier als Begriff verwendet, um die Ansicht zu beschreiben, dass Individuen keine völlig freien, selbstbestimmten Akteure sind, sondern dass Entscheidungen immer mit zwischenmenschlichen Beziehungen und gegenseitigen Abhängigkeiten zusammenhängen (Mackenzie, 2008). Diesen Prinzipien gerecht zu werden, wird im Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung als gute klinische Praxis anerkannt (Elwyn et al., 2012, S. 1362).

Studien zeigen außerdem, dass ein Großteil der Patient\*innen in den Entscheidungsprozess einbezogen werden wollen. Eine Studie aus dem Jahr 2024 aus Großbritannien berichtete, dass mehr als 40 Prozent der Patient\*innen aktiv in die Entscheidungsfindung involviert werden wollen (NHS Patient Survey Programme, 2025). Dies sei außerdem kein kurzfristiger Trend, sondern zeichne sich bereits seit Jahrzehnten ab (NHS England, o. J.).

Für eine erfolgreiche Umsetzung der Partizipativen Entscheidungsfindung sind folgende begünstigende Faktoren entscheidend: Motivation des medizinischen Fachpersonals, Überzeugung, dass die Umsetzung der partizipativen Entscheidungsfindung zu besseren Behandlungsergebnissen für die Patient\*innen führt und dass die Umsetzung von Partizipativer Entscheidungsfindung die Versorgungsprozesse im Health Care-Bereich verbessert (Légaré et al., 2008, S. 533). Zusätzlich müssen drei Voraussetzungen erfüllt sein: Zugang zu evidenzbasierten Informationen über Behandlungsoptionen, eine Anleitung zur Abwägung der Vor- und Nachteile verschiedener Optionen und eine unterstützende klinische Kultur, die die Einbindung der Patient\*innen fördert (Elwyn et al., 2010, S. 1). Weiters kann davon ausgegangen werden, dass die Verwirklichung der Partizipativen Entscheidungsfindung von Maßnahmen abhängt, die zur Stärkung der Handlungsfähigkeit beitragen (Elwyn et al., 2012, S. 1362f). Die erste Aufgabe der Partizipativen Entscheidungsfindung besteht somit darin, sicherzustellen, dass Menschen keine Entscheidungen treffen, wenn sie über wesentliche Aspekte unzureichend informiert sind. Es wurden diverse Instrumente entwickelt, um dieses Ziel zu erreichen (siehe Kapitel 2.3). Die zweite Aufgabe besteht darin, Patient\*innen dabei zu unterstützen, ihre Optionen abzuwägen, indem ihre Reaktionen auf Informationen analysiert werden. Wenn ihnen die Möglichkeit geboten wird, an Entscheidungen mitzuwirken, können Patient\*innen überrascht oder verunsichert reagieren angesichts der vielen Optionen und der Unsicherheit darüber, welche Option die Beste sein könnte. Patient\*innen dürfen im Zuge des Prozesses nicht das Gefühl bekommen, mit Entscheidungen alleine gelassen zu werden.

Neben den bereits oben genannten Faktoren, die zu einem wanaufgrdelnden Ärzt\*innen-Patient\*innen-Verhältnis führten, zeigten Studien zusätzlich, dass eine mangelnde Kommunikation zwischen Arzt bzw. Ärztin und Patient\*in dazu beitragen kann, dass Therapien, Ratschläge oder Behandlungspläne nicht eingehalten werden (Stewart, 1995, S. 1429). Eine Übersichtsarbeit zeigte, dass vier zentrale Aspekte der Kommunikation mit positiven Ergebnissen in der Behandlung von Patient\*innen stehen: die Bereitstellung klarer Informationen, Fragen seitens der Patient\*innen zuzulassen, die Bereitschaft, Entscheidungen gemeinsam zu treffen und Einigkeit zwischen Patient\*in und Arzt bzw. Ärztin über das Problem und den Behandlungsplan.

Es sei jedoch an dieser Stelle angemerkt, dass das Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung nicht immer zwingend das beste Modell für eine Konsultation darstellen muss (Elwyn et al., 1999, S. 478). Je nach Merkmalen der Patient\*innen oder dem Kontext der Konsultationen können unterschiedliche Modelle der Entscheidungsfindung sinnvoll sein. So

konnte eine Studie zeigen, dass sich ein paternalistischer Behandlungsstil positiver auf die Zufriedenheit der Patient\*innen auswirkte, sofern es sich um Patient\*innen handelte, welche an chronischen Erkrankungen oder selbstlimitierenden Erkrankungen litten (Savage & Armstrong, 1990, S. 969). Elwyn et al. kamen somit zu dem Schluss, dass Konsultationen im Stil der partizipativen Entscheidungsfindung nicht sinnvoll sein können, wenn der Kontext der Situation nicht bedacht wird und die Konsultation nur mechanisch und rituell abgehalten wird (Elwyn et al., 1999, S. 478).

Insgesamt zeigt sich, dass etliche Faktoren darauf hindeuten, dass das Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung sinnvoll sein kann in der Konsultation. Es ist aber auch anzumerken, dass das Modell nicht immer die bevorzugte Ärzt\*innen-Patient\*innen-Beziehung darstellen muss. In manchen Situationen kann auch ein paternalistischer Behandlungsstil angebracht sein.

### 2.2.2 Abgrenzung zum Paternalismus

Da für diese Arbeit Gesundheitsbotschaften in partizipativer und paternalistischer Form verglichen werden sollen, soll das Modell des Paternalismus näher beleuchtet werden und vom Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung abgegrenzt werden.

Der Paternalismus fußt auf der Theorie der „Sick Role“, also der „Rolle des Kranken“ nach Parsons (Parsons, 1951, S. 285ff). Parsons argumentierte, dass die Krankenrolle für Patient\*innen bestimmte Rechte und Pflichten mit sich bringe. Personen, denen (von Ärzt\*innen) der Status der (vorübergehenden) Krankenrolle zuerkannt wurde, waren beispielsweise von anderen rollenbezogenen Aktivitäten wie familiären und beruflichen Pflichten befreit, hatten aber auch die Pflicht, sich um ihre Genesung zu bemühen, fachkundige Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztlichen Anweisungen zu befolgen.

Dieses Modell versetzte den Patienten bzw. die Patientin eindeutig in eine passive, abhängige Rolle gegenüber dem Arzt als Experte bzw. der Ärztin als Expertin (Charles et al., 1997, S. 682). Es stellt in der Ärzt\*innen-Patient\*innen-Interaktion sicher, dass Patient\*innen jene Maßnahmen erhalten, die ihrer Gesundheit und ihrem Wohlbefinden am besten dienen (Emanuel J. & Emanuel, 1992, S. 2221). Zu diesem Zweck nutzen Ärzt\*innen ihre Fachkenntnisse, um den Gesundheitszustand der Patient\*innen und jene medizinischen Untersuchungen und Behandlungen zu ermitteln, die am ehesten zur Wiederherstellung der

Gesundheit beitragen. Anschließend legt der Arzt bzw. die Ärztin dem Patient bzw. der Patientin ausgewählte Informationen vor, die diese\*n dazu bewegen sollen, der Maßnahme zuzustimmen, die der Arzt bzw. die Ärztin für die beste hält. Das paternalistische Modell geht davon aus, dass es gemeinsame objektive Kriterien gibt, anhand derer bestimmt werden kann, was das Beste für die Patient\*innen ist. Daher kann der Arzt bzw. die Ärztin auch bei begrenzter Beteiligung der Patient\*innen erkennen, was im besten Interesse der Patient\*innen liegt. Letztendlich wird davon ausgegangen, dass der Patient bzw. die Patientin für die vom Arzt bzw. von der Ärztin getroffenen Entscheidungen dankbar sein wird, auch wenn er oder sie jenen Maßnahmen zu diesem Zeitpunkt nicht zustimmen würde. Im Spannungsfeld zwischen der Autonomie und dem Wohlergehen der Patient\*innen, liegt der Schwerpunkt des Paternalismus auf Letzterem. Im paternalistischen Modell fungiert der Arzt bzw. die Ärztin als Vormund der Patient\*innen.

Es kann gesagt werden, dass das paternalistische Modell in Notfällen gerechtfertigt sein kann, wenn die Zeit, die für die Einholung einer Einwilligung nach Aufklärung benötigt wird, dem Patienten bzw. der Patientin irreversiblen Schaden zufügen könnte (Emanuel J. & Emanuel, 1992, S. 2224). Darüber hinaus ist jedoch nicht mehr anzunehmen, dass Ärzt\*innen und Patient\*innen ähnliche Werte und Ansichten darüber vertreten, worin ein individueller Nutzen besteht. Daher wird das paternalistische Modell auch von Ärzt\*innen selten als Ideal für die routinemäßige Ärzt\*innen-Patient\*innen-Interaktion befürwortet.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das paternalistische Modell primär darauf abzielt, Patient\*innen von den aus ärztlicher Sicht „richtigen“ Behandlungsentscheidungen zu überzeugen. Informationen werden dabei selektiv und zielgerichtet bereitgestellt, um Zustimmung zu generieren, nicht jedoch, um eine gemeinsame Abwägung von Optionen zu ermöglichen. Eine gleichberechtigte Entscheidungsfindung im Sinne eines Austauschs individueller Präferenzen und Werte ist in diesem Modell folglich kaum vorgesehen. Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Betonung der Patient\*innenautonomie sowie eines erweiterten Zugangs zu Gesundheitsinformationen erscheint der paternalistische Ansatz daher nur noch eingeschränkt zeitgemäß. An diese Entwicklung knüpft das Konzept der Partizipativen Entscheidungsfindung an, das eine aktive Einbindung von Patient\*innen in medizinische Entscheidungsprozesse vorsieht.

### 2.2.3 Bedeutung der Health Literacy im Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung

Geringe Gesundheitskompetenz (engl. Health Literacy) oder mangelnde Rechenkenntnisse stellen hierbei Hindernisse für die Partizipative Entscheidungsfindung dar (Elwyn et al., 2012, S. 1362). Da eine erfolgreiche Partizipative Entscheidungsfindung im Sinne der Patient\*innen somit an entsprechende Gesundheitskompetenzen anknüpft, soll an dieser Stelle gesondert auf das Konzept der Gesundheitskompetenz eingegangen werden.

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Health Literacy folgendermaßen:

Health literacy represents the personal knowledge and competencies that accumulate through daily activities, social interactions and across generations. Personal knowledge and competencies are mediated by the organizational structures and availability to resources that enable people to access, understand, appraise and use information and services in ways that promote and maintain good health and well-being for themselves and those around them. (World Health Organization, 2021, S. 6)

Gesundheitskompetenz oder Health Literacy bedeutet mehr als nur den Zugang zu Websites, das Lesen von Broschüren und die Befolgung empfohlener gesundheitsfördernder Verhaltensweisen (World Health Organization, 2025). Sie umfasst die Fähigkeit, kritisch zu denken, sowie die Fähigkeit, zu interagieren und persönliche und gesellschaftliche Bedürfnisse zur Gesundheitsförderung zu artikulieren. Gesundheitskompetenzen werden durch die organisatorischen Strukturen und die Verfügbarkeit von Ressourcen vermittelt, die es Patient\*innen ermöglichen, auf Informationen und Dienstleistungen zuzugreifen, diese zu verstehen, zu bewerten und zu nutzen, um ihre eigene Gesundheit und ihr Wohlbefinden sowie das ihrer Mitmenschen zu fördern und zu erhalten. Gesundheitskompetenzen sind zentrale Determinanten für die eigene Gesundheit und somit entscheidend für eine informierte Entscheidungsfindung und stärken Individuen und die Gesellschaften (World Health Organization, 2021, S. 7). Auch in Europa hat das Konzept der Gesundheitskompetenz an Bedeutung gewonnen (Sørensen et al., 2015, S. 1053). Dies zeigt sich beispielsweise daran, dass das Thema in europäischen Strategiepapieren aufgegriffen wird, wie etwa im European Commission White Paper „Together for Health“ (European Commission, 2007), in der Vilnius Declaration on Sustainable Health Systems for Inclusive Growth in Europe (The Lithuanian Presidency on behalf of the European Union, 2013), in der Health 2020 strategy of the World Health Organization Regional Office for Europe (World Health Organisation Regional Office

for Europe, 2012) und der WHO publication Health Literacy: the solid facts (Kickbusch et al., 2013).

Die „European health literacy survey (HLS-EU)“ zeigte, dass das Level an Gesundheitskompetenzen in Europa stark variieren. So wurden Ergebnisse aus Österreich, Bulgarien, Deutschland, Griechenland, Irland, Niederlanden, Polen und Spanien verglichen (Sørensen et al., 2015, S. 1053ff). Die Durchschnittswerte für die Gesundheitskompetenz unterschieden sich erheblich zwischen den Ländern, wobei die Niederlande den höchsten und Bulgarien den niedrigsten Durchschnittswert erzielten. Österreich wies nach Bulgarien den niedrigsten Durchschnittswert auf. 18,2 Prozent aller Teilnehmenden in Österreich hatten inadäquate Gesundheitskompetenzen, bei mehr als der Hälfte der Teilnehmer\*innen wurde das Level an Gesundheitskompetenz als „problematisch“ beschrieben. Dies ist insofern besorgniserregend, als dass eingeschränkte Gesundheitskompetenzen zu einer Kluft zwischen Wissen und Verhalten beitragen können (siehe Kapitel 2.3.3.1) (Wicher et al., 2026, S. 5). Auch wenn Individuen grundlegende Gesundheitsinformationen verstehen, haben viele Schwierigkeiten, dieses Wissen in alltäglichen Situationen anzuwenden, insbesondere wenn gesundheitsbezogene Entscheidungen eine Interpretation, kritische Bewertung oder Anpassungen an persönliche Umstände erfordern. Empirische Befunde deuten außerdem darauf hin, dass Individuen mit geringer Gesundheitskompetenz ein niedrigeres Engagement für präventives Verhalten (z.B. die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen zur Darmkrebsprävention) aufweisen. Aktuelle Studien belegten auch, dass Gesundheitskompetenzen Auswirkungen auf die Partizipative Entscheidungsfindung haben (Holden et al., 2024; Muscat et al., 2025). So konnte festgestellt werden, dass niedrige Gesundheitskompetenzen mit einer stärkeren Neigung einher gingen, Behandlungspläne von geringem Nutzen ohne weitere Fragen zu befolgen, sowie mit einer weniger positiven Einstellung gegenüber der Partizipativen Entscheidungsfindung, geringeren Kenntnissen über die Partizipative Entscheidungsfindung und einer geringeren Bereitschaft, Fragen zu Behandlungsrisiken, Kosten und Alternativen (Muscat et al., 2025, S. 6). Empirische Ergebnisse belegen daher die Wichtigkeit emotionale, soziale und informative Herausforderungen von Patient\*innen zu beachten, wenn sich eben jene Patient\*innen mit niedriger Gesundheitskompetenz an der Partizipativen Entscheidungsfindung beteiligen sollen (Holden et al., 2024, S. 10). Zu den Empfehlungen, wie dies erreicht werden kann, gehören die Berücksichtigung der emotionalen Bedürfnisse der Betroffenen, der Aufbau einer

partnerschaftlichen Beziehung, die Einbeziehung anderer Personen aus dem Umfeld Betroffener sowie strukturelle Veränderungen.

Insgesamt verdeutlicht das Konzept der Gesundheitskompetenz, dass die Fähigkeit, gesundheitsbezogene Informationen zu verstehen, kritisch zu bewerten und anzuwenden, eine zentrale Voraussetzung für die Partizipative Entscheidungsfindung darstellt, die darauf abzielt, Patient\*innen zu einer informierten und aufgeklärten Entscheidung zu befähigen. Vor diesem Hintergrund widmet sich das folgende Kapitel der Partizipativen Entscheidungsfindung in der (Darm-)krebsprävention und beleuchtet hierzu zentrale empirische Befunde.

#### 2.2.4 Partizipative Entscheidungsfindung in der (Darm-)krebsprävention

Das Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung wird empirisch durch Erkenntnisse aus einer Meta-Analyse gestützt, die zeigen konnte, dass Patient\*innen mehr Wissen erwarben, mehr Vertrauen in Entscheidungen legten und sich aktiver einbrachten (Stacey et al., 2011). Elwyn et al. (2012, S. 1362) schlussfolgerten, dass informierte Entscheidungen das optimale Ziel darstellen, da Patient\*innen Entscheidungen besser verstehen, positive und negative Konsequenzen besser abschätzen können und ihre Entscheidungen besser mit ihren persönlichen Präferenzen übereinstimmen.

Das Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung ist bei wichtigen Behandlungsentscheidungen relevant, findet jedoch auch bei der Durchführung von Screeningmaßnahmen seine Anwendung (Bieber et al., 2016, S. 196). So bietet die Partizipative Entscheidungsfindung die Möglichkeit, Patient\*innen über mögliche Vor- und Nachteile von Darmkrebsvorsorgeuntersuchungen aufzuklären. Es können mehrere Möglichkeiten des Screening aufgezeigt werden, damit Patient\*innen eine Entscheidung treffen können, ob sie eine Vorsorgeuntersuchung wahrnehmen wollen. Eine aktuelle scoping review (Schrager et al., 2025, S. 638) konnte so vier Felder ausfindig machen, die im Prozess der Partizipativen Entscheidungsfindung hinsichtlich des Darmkrebs-Screenings relevant sind:

1. Patient\*innen benötigen detaillierte Beschreibungen jeder Screeningmaßnahme (z.B. Genauigkeit der Untersuchung, Ablauf der Untersuchung).
2. Patient\*innen messen den Empfehlungen ihrer behandelnden Ärzt\*innen hinsichtlich einer Darmkrebsvorsorgeuntersuchung großen Wert bei.
3. Screening-Maßnahmen sind mit starken Emotionen verbunden – insbesondere bei einer Koloskopie.

4. Externe Faktoren können erhebliche Einflüsse auf die Entscheidungsfindung haben (z.B. sozioökonomischer Status, familiärer Einfluss).

Die Ergebnisse bestärken, dass Patient\*innen umfassend informiert und aufgeklärt werden müssen, damit sie eine informierte Entscheidung treffen können (Schrager et al., 2025, S. 650). Empirische Ergebnisse zeigten, dass die Partizipative Entscheidungsfindung sowohl in der Krebsbehandlung als auch in der Krebsvorsorge positive Effekte evozieren kann. Zu den positiven Effekten durch die Partizipative Entscheidungsfindung zählen eine positivere Wahrnehmung der Versorgungsqualität sowie der ärztlichen Kommunikation (Kehl et al., 2015, S. 6), ein höheres emotionales Wohlbefinden, höhere Wissensstände der Patient\*innen (Hermans et al., 2025, S. 84f), eine höhere Zufriedenheit mit dem Prozess der Entscheidungsfindung (Yang et al., 2020) und nicht zuletzt ein Anstieg der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen (Verma et al., 2022, S. 89). Hinsichtlich der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen zeigte sich, dass sich die Wahl der Vorsorgeuntersuchung weitgehend auf nichtinvasive Untersuchungen (Test auf Blut im Stuhl) verlagerte, wobei die beobachtete Rückgangsrage geringer war als vor der Einführung, obwohl Ärzt\*innen in der Studie angehalten wurden zu betonen, dass auch das Ablehnen einer Vorsorgeuntersuchung eine legitime Entscheidung sei (Verma et al., 2022, S. 89). Die Partizipative Entscheidungsfindung kann Patient\*innen dabei helfen, die für sie am besten geeignete Vorsorgeuntersuchung auszuwählen. Durch diesen Prozess kann die Inanspruchnahme von Vorsorgeprogrammen erhöht werden, da viele Patient\*innen, die vor einer invasiven Koloskopie zurückschrecken, möglicherweise bereit sind, eine nichtinvasive Untersuchung durchführen zu lassen, wenn ihnen diese Option unterbreitet wird. Außerdem zeigte sich, dass die Einbeziehung von Patient\*innen in die Partizipative Entscheidungsfindung sinnvoll sein kann, selbst wenn Patient\*innen den Wunsch äußerten, dass Ärzt\*innen den Entscheidungsprozess kontrollieren sollen (Kehl et al., 2015, S. 7). Auch wenn Patient\*innen es vorziehen, dass Ärzt\*innen bei der Entscheidungsfindung eine führende Rolle übernehmen, deuteten die Ergebnisse darauf hin, dass Patient\*innen Informationen über ihre Behandlungen wünschen und es vorziehen, an Entscheidungen mitzuwirken.

Effekte beschränkten sich hierbei jedoch nicht nur auf die Patient\*innen. Teilweise konnten auch Effekte für Ärzt\*innen oder pflegende Angehörige und Pflegekräfte beobachtet werden (Hermans et al., 2025, S. 84f; Verma et al., 2022, S. 89). So berichtete Verma et al. in einer Studie, dass 96 Prozent aller befragten Ärzt\*innen in ihrer Studie angaben, dass der Prozess der Partizipativen Entscheidungsfindung hilfreich sei, um das Gespräch über die

Darmkrebsvorsorge zu erleichtern (2022, S. 89). Zusätzlich wurde jedoch auch berichtet, dass sich die durchschnittliche Zeit zur Beratung der Patient\*innen erhöht hätte.

Effekte konnten auch für pflegende Angehörige oder Pflegekräfte nachgewiesen werden. 76,4 Prozent der Pflegepersonen gaben an, dass sie sich besser in der Lage fühlten, die Patient\*innen im Krankheitsverlauf zu unterstützen (Hermans et al., 2025, S. 84ff). Außerdem gaben Pflegekräfte an, dass sich die Kommunikation mit dem medizinischen Personal verbessert hat und auch die Kommunikation der Pflegepersonen mit den Patient\*innen konnte verbessert werden. Es ist anzunehmen, dass sich dieser Trend über die letzten Jahrzehnte verstärkt hat. In 71 Prozent der Studien ab dem Jahr 2000 bevorzugte die Mehrheit der Befragten eine gemeinsame Entscheidungsfindung, während dies in Studien vor dem Jahr 2000 nur in 50 Prozent der Studien der Fall war (Chewning et al., 2012).

Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung können sich auch aus unterschiedlichen Frames ergeben. In der Forschung wurden hier bereits einige Framing-Effekte untersucht (vgl. McQueen et al., 2019; Yang et al., 2020). So konnte gezeigt werden, dass „Krebsüberlebende“-Frames einen größeren Effekt auf die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen haben, als Frames, welche Personen in den Vordergrund rücken, die eine Vorsorgeuntersuchung durchführten (Yang et al., 2020, S. 147). In einer weiteren Studie wurden Frames mit positiv formulierten Konsequenzen mit Frames mit negativ formulierten Konsequenzen verglichen (Yang et al., 2020, S. 684). Hierbei zeigte sich, dass Patient\*innen unterschiedlich auf jene Frames reagierten (Yang et al., 2020, S. 687): Teilnehmende mit einem niedrigen Risiko für Brustkrebs bewerteten den Prozess der Partizipativen Entscheidungsfindung positiver, wenn sie mit dem Frame der positiv formulierten Konsequenzen konfrontiert wurden. Patientinnen mit einem hohen Risiko für Brustkrebs empfanden den Prozess der Partizipativen Entscheidungsfindung als besser, wenn negative Konsequenzen hervorgehoben wurden. Insgesamt verdeutlichen die Befunde, dass die Wirkung gesundheitsbezogener Kommunikation nicht allein vom Informationsgehalt abhängt, sondern wesentlich durch die Art und Weise der Darstellung und der Rahmung beeinflusst wird. Diese Überlegungen sind auch für die vorliegende Arbeit relevant, da sich partizipative und persuasive Kommunikationsformen nicht nur in ihrem Kommunikationsstil, sondern auch in der Rahmung gesundheitsbezogener Entscheidungen unterscheiden. Der Vergleich unterschiedlicher Kommunikationsformen in einem experimentellen Setting kann somit zugleich als Variation unterschiedlicher Frames verstanden werden, weshalb anzunehmen ist, dass sich Unterschiede in Wissen und Verhaltensabsichten zeigen werden.

Bisher berichtete Effekte und Ergebnisse bezogen sich Großteils auf die direkte Ärzt\*innen-Patient\*innen-Kommunikation. Die Partizipative Entscheidungsfindung kann jedoch auch medial vermittelt werden (z.B. durch Broschüren, Videos, etc.). Damit bilden Entscheidungshilfen eine wesentliche Grundlage der vorliegenden Untersuchung, da sie auch im Rahmen der empirischen Studie Anwendung finden.

## 2.3 Entscheidungshilfen als mediale Vermittlung

Entscheidungshilfen für Patient\*innen sind Instrumente, die Menschen dabei unterstützen, sich auf die von ihnen bevorzugte Weise an Entscheidungen über ihre Gesundheit zu beteiligen (Elwyn et al., 2006; O'Connor et al., 2005, S. 1). Entscheidungshilfen zur Behandlung sind eine Form der Aufklärungsmaßnahme. Sie dienen aber auch als Hilfsmittel bei der Behandlungsentscheidung, indem sie eine Möglichkeit bieten, den Entscheidungsprozess zu strukturieren und ihn in eine Reihe spezifischer und aufeinanderfolgender Schritte zu unterteilen (Charles et al., 1997, S. 684). Sie kommen zum Einsatz, wenn es mehr als eine medizinisch vertretbare Option zur Diagnose oder Behandlung eines Gesundheitsproblems gibt (Elwyn et al., 2006; O'Connor et al., 2005, S. 1). Die beste Wahl ergibt sich daraus, die Merkmale, die für eine Person am wichtigsten sind, mit der Option abzugleichen, die diese Merkmale aufweist. Entscheidungshilfen unterscheiden sich von herkömmlichen Aufklärungsmaterialien dadurch, dass sie ausgewogene, auf Patient\*innen zugeschnittene Informationen über Behandlungsoptionen ausreichend detailliert bereitstellen, damit Patient\*innen fundierte Entscheidungen über den persönlichen Nutzen dieser Optionen treffen können (O'Connor et al., 2007, S. 717). Entscheidungshilfen verfolgen mehrere Ziele, um eine Person auf die Entscheidungsfindung vorzubereiten (O'Connor et al., 2005, S. 1). Sie liefern Fakten über den Gesundheitszustand einer Person, die Optionen und deren Merkmale. Sie helfen Menschen dabei, ihre individuellen Werte zu klären und diese mit ihrem Arzt bzw. ihrer Ärztin und anderen zu teilen, damit ein Vorgehensplan erstellt werden kann, der ihren Werten entspricht. Entscheidungshilfen raten Patient\*innen nicht dazu, eine Option einer anderen vorzuziehen. Sie ersetzen nicht die Beratung durch eine\*n Mediziner\*in. Stattdessen bereiten sie Patient\*innen darauf vor, die Optionen mit ihrem Arzt bzw. ihrer Ärztin zu besprechen. Entscheidungshilfen werden als selbst oder vom Arzt bzw. von der Ärztin anzuwendende Instrumente in Einzel- oder Gruppensitzungen bereitgestellt (O'Connor et al., 2007, S. 717). Die Medien für die Bereitstellung variieren (z. B. Print, Video oder das Internet).

Vorreiter bei der Einrichtung eines organisationsweiten Systems zur Umsetzung der gemeinsamen Entscheidungsfindung ist das Dartmouth-Hitchcock Medical Center in New Hampshire (Elwyn et al., 2010, S. 2). 1999 begann es damit, Entscheidungshilfen der Foundation for Informed Decision Making in Boston in einigen wichtigen Bereichen wie Brustkrebs, Orthopädie und Urologie einzusetzen. Erste Entscheidungshilfen wurden für Brustkrebs entwickelt und getestet. 1992 wurde im Zuge einer Studie ein Instrument entwickelt, welches Ärzt\*innen dabei helfen sollte, Brustkrebspatientinnen über die Risiken und Vorteile einer adjuvanten Chemotherapie aufzuklären (Levine et al., 1992). Dies sollte der informierten Patientin dabei helfen, zu entscheiden, ob sie eine Behandlung oder keine Behandlung bevorzugt. Das Instrument bestand aus einer visuellen Stütze und schriftlichen Materialien. Informationen zu Ergebnissen, Wahrscheinlichkeiten der Ergebnisse und deren Bedeutung sowie zur Lebensqualität im Zusammenhang mit der Behandlungswahl und dem Ergebnis wurden dargelegt. Das Instrument wurde eingesetzt, um die Behandlungspräferenzen bei 37 neu diagnostizierten Patientinnen mit hochriskantem Brustkrebs zu ermitteln und wurde von den Patientinnen als akzeptabel und hilfreich empfunden. Eine ähnliche Studie wurde drei Jahre später durchgeführt (Whelan et al., 1995). Hierbei galt es Patientinnen über die Vorteile und Risiken einer Brustbestrahlung aufzuklären und Patientinnen zu einer informierten Entscheidung zu verhelfen, ob sie jene Behandlung durchführen lassen möchten. Während in der Kontrollgruppe nur 70 Prozent der Patientinnen das Gefühl hatten, dass ihnen Wahlmöglichkeiten angeboten wurden, stieg jener Anteil in der Gruppe mit Entscheidungshilfen auf 97 Prozent. Die Entscheidungshilfen erleichterten die Partizipative Entscheidungsfindung für jene Patientinnen der Studie.

Seitdem hat sich die Infrastruktur zum Aufbau und zur Pflege von Bibliotheken mit wirksamer Entscheidungshilfen verbessert und ist weiter angewachsen (O'Connor et al., 2007, S. 717). Es wurden internationale Konsensstandards für die Gestaltung und Erprobung dieser Hilfsmittel entwickelt. So gibt es zahlreiche Bibliotheken für Entscheidungshilfen. Das Ottawa Health Research Institute hat etwa das „A-Z Inventory of Decision Aids“ ins Leben gerufen (Ottawa Health Research Institute, 2025). Hier können mittels Suchwort-Maschine Entscheidungshilfen zu diversen Körperteilen und Erkrankungen gefunden werden. Auch für Darmkrebs(prävention) gibt es mittlerweile umfassende Angebote. So gibt es etwa ein Angebot der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland für Männer und Frauen ab 50 Jahren (IQWiG, 2016). Das Berner Institut für Hausarztmedizin hat ihre Entscheidungshilfe 2018 adaptiert und möchte mit ihrer Broschüre Patient\*innen Informationen an die Hand geben und

zur Konsultation mit den behandelnden Ärzt\*innen anregen, damit Patient\*innen eine informierte Entscheidung treffen können (Berner Institut für Hausarztmedizin, o. J.). Das Colorado Program for Patient Centered Decisions hat neben einem Booklet auch ein Video erstellt, das Patient\*innen bei ihrer Entscheidungsfindung unterstützen soll (University of Colorado, o. J.).

Mit der zunehmenden Anzahl an Entscheidungshilfen, wurden auch Regelwerke und Qualitätsstandards für eben diese entworfen und umgesetzt. Die International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) Collaboration ist eine Gruppe von Forscher\*innen, Praktiker\*innen und Interessensgruppen aus aller Welt (O'Connor et al., 2005, S. 1). Das Ziel ist es, international anerkannte Kriterien zur Bewertung der Qualität von Entscheidungshilfen für Patient\*innen zu etablieren. Jene Kriterien sind für eine Vielzahl von Personen und Organisationen hilfreich, die Entscheidungshilfen für Patient\*innen nutzen oder entwickeln. Kriterien zur Bewertung der Qualität beinhalten den Inhalt der Entscheidungshilfen, den Entstehungsprozess sowie die Effektivität der Entscheidungshilfen (O'Connor et al., 2005, S. 2f). Eine Checkliste für Benutzer\*innen von Entscheidungshilfen stellt etwa folgende beispielhafte Fragen:

- Liefert die Entscheidungshilfe ausreichend detaillierte Informationen zu den Optionen, um eine fundierte Entscheidung treffen zu können?
- Wird die Information in der Entscheidungshilfe ausgewogen dargestellt?
- Stellt die Entscheidungshilfe sicher, dass die Entscheidung auf fundierten Informationen und Wertvorstellungen basiert?

Obwohl klar ist, dass Patient\*innen Informationen über Behandlungsoptionen wünschen und schätzen, kann es schwierig sein, die entsprechenden Einstellungen, Kompetenzen und Maßnahmen in die routinierten Konsultation und Praxis zu integrieren (Elwyn et al., 2010, S. 2). Zahlreiche Hindernisse können die Umsetzung erschweren, darunter Bedenken hinsichtlich zeitlicher Ressourcen und mangelnder Einbindung in organisatorische Abläufe. Medizinisches Fachpersonal würde oftmals behaupten, dass der Ansatz der Partizipativen Entscheidungsfindung nicht erforderlich ist, da gemeinsame Entscheidungsfindung bereits praktiziert werde, dies spiegelt sich in der Realität jedoch oft nicht wider. Hierbei scheinen Anspruch und Realität weit auseinander zu klaffen. So geben weitaus weniger Patient\*innen (37 Prozent) an, dass ihre Vorstellungen über die Behandlung miteinbezogen werden, als Ärzt\*innen (66 Prozent) dies tun (Böcken et al., 2014). Nur etwa die Hälfte der Patient\*innen

bestätigte außerdem, dass auch Nachteile verschiedener Behandlungsoptionen erklärt wurden, während 89 Prozent der Ärzt\*innen angaben, dies in ihren Konsultationen zu tun.

Die Forschung zur Partizipativen Entscheidungsfindung hat sich hauptsächlich auf die Entwicklung von Instrumenten konzentriert, die die Einbeziehung der Patient\*innen in Entscheidungen unterstützen, und weitaus weniger darauf, wie eine Kultur geschaffen werden kann, in der medizinisches Fachpersonal die Partizipative Entscheidungsfindung als Kompetenz annehmen und diese Instrumente routinemäßig einsetzen (Elwyn et al., 2010, S. 2f). Zusätzlich muss angemerkt werden, dass die Erstellung und Aktualisierung von Entscheidungshilfen kostspielig ist. Sie erfordert sowohl sorgfältige Prüfung der Evidenz als auch die Gestaltung von Informationen, die für Patient\*innen mit unterschiedlichem Hintergrund und unterschiedlichem Bildungsniveau leicht verständlich sind.

Ein Beispiel für eine Entscheidungshilfe kann dem Anhang (Anhang C) entnommen werden. Diese wurde angepasst und in die deutsche Sprache übersetzt und fand Anwendung in der empirischen Studie dieser Arbeit (siehe Kapitel 3.2).

Im Kern bündeln Entscheidungshilfen evidenzbasierte Informationen, die Patient\*innen eine aktive Rolle im Entscheidungsprozess ermöglichen. Als mediale Vermittlungsform Partizipativer Entscheidungsfindung übersetzen sie komplexe medizinische Informationen in strukturierte, verständliche Inhalte, die es Patient\*innen ermöglichen, sich aktiv in den Entscheidungsprozess einzubringen. Dabei liegt der Fokus nicht nur auf der Wissensvermittlung, sondern insbesondere auf der Unterstützung der Wertklärung sowie in der Verarbeitung der Kommunikation mit medizinischen Fachpersonal. Entscheidungshilfen operationalisieren somit die Prinzipien der Partizipativen Entscheidungsfindung auf medialer Ebene und tragen dazu bei, diese auch außerhalb der Ärzt\*innen-Patient\*innen-Interaktion zugänglich zu machen. Vor diesem Hintergrund sollen anschließend intendierte Effekte und empirische Befunde von Entscheidungshilfen besprochen werden.

### 2.3.1 Empirische Effekte von Entscheidungshilfen

Aus kommunikationswissenschaftlicher Perspektive ist bislang wenig darüber bekannt, wie sich das Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung und Entscheidungshilfen auf die Verhaltensabsichten und das Wissen der Patient\*innen auswirken.

Forschung in diesem Bereich beschäftigt sich vor allem mit Framing-Effekten und Narrativen (vgl. McQueen et al., 2019; Yang et al., 2020) oder mit unterschiedlichen Modalitäten von Entscheidungshilfen (De Looper et al., 2020).

Im Bereich der Medizin gibt es bereits umfassende Literatur zu Auswirkungen der Partizipativen Entscheidungsfindung und Entscheidungshilfen. Eine einfache Suche in PubMed – einer Datenbank für Literatur aus den Bereichen Biomedizin und Biowissenschaften (PubMed, 2025) – ergibt für die Schlüsselwörter „Shared Decision Making“ (auf deutsch: Partizipative Entscheidungsfindung) + „Colorectal Cancer“ (auf deutsch: Darmkrebs) 461 Ergebnisse (Stand: 23.4.2026). Für die einfache Suche zu den Schlüsselwörtern „Decision Aids“ (auf deutsch: Entscheidungshilfen) + „Colorectal Cancer“ werden 1.129 Ergebnisse angezeigt (Stand: 23.4.2026).

Im Folgenden liegt der Fokus gezielt auf empirischen Befunden zu den zwei zentralen Outcome-Variablen dieser Arbeit: dem Wissen (bzw. der Wissensstände) sowie dem Verhalten bzw. den Verhaltensintentionen von Patient\*innen. Beide Variablen stellen zentrale Zielgrößen gesundheitsbezogener Kommunikation dar: Einerseits können durch die Erhöhung des Wissensstandes informierte und evidenzbasierte Entscheidungen getroffen werden, die auf Aufklärung und Informationen basieren. Andererseits können Entscheidungshilfen gesundheitsrelevante Verhaltensabsichten formen und stärken. Entsprechend werden im weiteren Verlauf Studien berücksichtigt, die den Einfluss von Entscheidungshilfen auf diese beiden Dimensionen untersuchen, um deren Wirksamkeit im Kontext der Partizipativen Entscheidungsfindung systematisch einordnen zu können.

### 2.3.2 Wissen als Outcome von Entscheidungshilfen

Die groß angelegte Studie hinsichtlich der Effekte von Entscheidungshilfen ist eine Meta-Analyse von Stacey et al., die regelmäßig aktualisiert wird (vgl. Stacey et al., 2011, 2024). Die Autor\*innen untersuchten dabei Effekte auf unterschiedliche Outcome-Variablen, darunter unter anderem Wissen und Verhaltensabsichten (Stacey et al., 2024, S. 8), wobei auch Entscheidungshilfen im Kontext der Darmkrebsprävention berücksichtigt wurden (S. 29). Die Ergebnisse der Meta-Analyse weisen mit hoher Evidenz darauf hin, dass Entscheidungshilfen das Wissen von Patient\*innen wirksamer fördern als andere Versorgungsmaßnahmen (S. 23). Unter „anderen Versorgungsmaßnahmen“ verstanden die Autor\*innen allgemeine Informationsangebote, Risikobewertungen, patient\*innenorientierte Zusammenfassungen klinischer Leitlinien, Placebo-Interventionen (z.B. Informationen zu anderen Themen) sowie das Ausbleiben jeglicher Intervention (S. 9). Darüber hinaus zeigten sich keine Unterschiede zwischen älteren und aktuelleren Studien hinsichtlich der positiven Effekte von

Entscheidungshilfen auf das Wissen der Patient\*innen (S. 23). Empirische Ergebnisse hinsichtlich der Wirksamkeit von Entscheidungshilfen auf das Wissen der Befragten erscheinen somit über die Zeit hinweg stabil zu sein. Die Autor\*innen berichteten, dass Entscheidungshilfen für Patient\*innen die Partizipative Entscheidungsfindung von Patient\*innen und Ärzt\*innen erleichtern (Stacey et al., 2024, S. 32).

Etliche Studien setzen sich im Speziellen mit Effekten von Entscheidungshilfen hinsichtlich der Darmkrebsprävention auseinander (vgl. Damhus et al., 2018; Perestelo-Perez et al., 2019; Smith et al., 2010; Steckelberg et al., 2011; Trevena et al., 2008; Volk et al., 2016). Ein Großteil der Studien zeigt, dass jene Befragten, welche eine Entscheidungshilfe erhielten, höhere Wissensstände zum Thema Darmkrebs und Darmkrebsprävention aufwiesen, als jene Befragte in Kontrollbedingungen. Eine Meta-Analyse aus dem Jahr 2016 belegte, dass sich das Wissen der Befragten in der Versuchsgruppe, welche eine Entscheidungshilfe erhielten, um 20 Prozent erhöhte im Vergleich zu jenen Befragten in der zweiten Versuchsgruppe, die allgemeine Informationen erhielten, und jenen Befragten in der Kontrollgruppe (Volk et al., 2016, S. 783). An dieser Stelle betonen die Autor\*innen auch:

It is important not to lose sight of the rationale for using patient decision aids, that is, to improve the decision-making process and match between preferences and choices. [...] This review showed greater knowledge among patients receiving decision aids compared to standard CRC [Anm. colorectal cancer] screening information, and knowledge is one key component of a high-quality decision. (Volk et al., 2016, S. 783)

Ein differenzierteres Bild ergibt sich jedoch aus qualitativen Befunden: So zeigte eine Interviewstudie aus Dänemark, dass bereitgestellte Informationen nicht in allen Fällen korrekt verarbeitet werden (Damhus et al., 2018). Teilnehmende berichteten teilweise Missverständnisse oder Fehlinterpretationen, die insbesondere zu einer Überschätzung des Nutzens von Darmkrebs-Vorsorgeuntersuchungen sowie zu einer Unterschätzung potentieller Nebenwirkungen führten (S. 251). Hierbei muss jedoch gesagt werden, dass es sich um eine nicht-repräsentative und nicht-randomisierte Studie handelte, deren Aussagekraft entsprechend begrenzt ist. Nichtsdestotrotz deuten diese Ergebnisse darauf hin, dass die in quantitativen Studien häufig beobachteten Wissenszuwächse durch Entscheidungshilfen zumindest teilweise auf oberflächliche Verarbeitungsprozessen beruhen könnten. Während standardisierte Wissensabfragen offenbar gut bewältigt werden, treten bei vertiefenden, offenen Befragungen weiterhin Verständnisprobleme auf. Diese Befunde knüpfen zugleich an das Konzept der Gesundheitskompetenz (siehe Kapitel 2.2.3) an, wonach die reine Aufnahme gesundheitsbezogener Informationen nicht zwangsläufig mit einem tiefergehenden Verständnis

oder der Fähigkeit einhergeht, diese Informationen auf die eigene Situation anzuwenden und daraus informierte Entscheidungen abzuleiten (World Health Organization, 2021).

Auch die Modalitäten einer Entscheidungshilfe hatten Effekte auf das Wissen bzw. die Wissenswiedergabe von Befragten (De Looper et al., 2020, S. 718ff). So zeigte sich, dass Befragte, welche eine audiovisuelle Entscheidungshilfe erhielten, signifikant besser Informationen wiedergeben konnten, als jene, welche eine Entscheidungshilfe nur in schriftlicher Form erhielten.

Zusammenfassend zeigen die vorliegenden empirischen Befunde konsistent, dass Entscheidungshilfen einen positiven Einfluss auf das Wissen von Patient\*innen ausüben. Hierbei ergibt sich ein vergleichsweise eindeutiges Bild: Entscheidungshilfen tragen verlässlich dazu bei, das Verständnis für Erkrankungen, Behandlungsoptionen sowie deren Risiken und Nutzen zu verbessern. Diese Befunde stehen im Einklang mit den theoretischen Annahmen der Partizipativen Entscheidungsfindung, die informierte und aufgeklärte Patient\*innen als zentrale Voraussetzungen für eine gemeinsame Entscheidungsfindung mit medizinischem Fachpersonal versteht.

Für die vorliegende Studie wird daher folgende Hypothese aufgestellt:

**H1:** Wenn partizipative Entscheidungshilfen zur Darmkrebsprävention verwendet werden, steigt das Wissen über die Darmkrebsvorsorge im Vergleich zu einer persuasiven Gesundheitskommunikation und zu Kontrollbedingungen.

### 2.3.3 Verhalten(sintention) als Outcome von Entscheidungshilfen

Während Befunde hinsichtlich des Wissens von Patient\*innen Großteils eindeutig sind, sind Befunde bezüglich des Verhaltens der Studien-Teilnehmenden ambivalent. So zeigen einige Studien positive Effekte von Entscheidungshilfen auf die Inanspruchnahme von Darmkrebs-Vorsorgeuntersuchungen (Schroy et al., 2012; Stacey et al., 2024; Volk et al., 2016). Eine systematische Übersichtsarbeit, die 18 Studien einschließt, kam zu dem Ergebnis, dass Teilnehmende, die eine Entscheidungshilfe erhielten, ein größeres Interesse an der Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen aufwiesen (Volk et al., 2016, S. 783). Innerhalb der untersuchten Entscheidungshilfen wurden insbesondere der Test auf Blut im Stuhl sowie Koloskopien als häufigste Vorsorgeoptionen thematisiert. Insgesamt gehen Entscheidungshilfen im Vergleich zu Kontrollbedingungen mit einer höheren Bereitschaft zur Teilnahme einher. Diese Ergebnisse decken sich weitestgehend mit Ergebnissen von Studien aus den Vorjahren (Schroy et al., 2012, S. 576). Eine Studie aus dem Jahr 2012 zeigte, dass in

der Interventionsgruppe sowohl nach einem Monat als auch nach zwölf Monaten mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Vorsorgeuntersuchung angeordnet wurde als in der Kontrollgruppe, wobei die Koloskopie die am häufigsten gewählte Methode darstellte, gefolgt von Tests auf Blut im Stuhl. So lag die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen unter Nutzer\*innen von Entscheidungshilfen sowohl nach sechs als auch nach zwölf Monaten um etwa 8 % höher als in der Kontrollgruppe (Schroy et al., 2012, S. 580). Dies deutet auf einen moderaten, jedoch nachhaltigen Effekt hin. Schließlich bestätigt auch eine Meta-Analyse aus dem Jahr 2024 diese Ergebnisse, in der ebenfalls 18 Studien einen Anstieg der Inanspruchnahme von Darmkrebsvorsorge berichten (Stacey et al., 2024, S. 29).

Trotz der dargestellten Befunde erweist sich die Studienlage insgesamt als weniger eindeutig, als es die bisherigen Ergebnisse zunächst nahelegen. So räumten die Autor\*innen der systematischen Übersichtsarbeit selbst ein, dass signifikante Unterschiede nur zwischen der Versuchsgruppe, welche eine Entscheidungshilfe erhielt, und der Kontrollgruppe berichten werden können (Volk et al., 2016, S. 783f). Es konnten jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen jener Versuchsgruppe, welche eine Entscheidungshilfe erhielt, und jener Versuchsgruppe, welche allgemeine Informationen zur Darmkrebsprävention erhielt, beobachtet werden. Auch eine Studie aus Spanien berichtete, dass in einer Untersuchungspraxis, die Intention zur Darmkrebsvorsorge höher war, wenn Teilnehmende eine Entscheidungshilfe erhielten (Perestelo-Perez et al., 2019, S. 5). Dieser Effekt verschwand jedoch nach statistischen Korrekturen und konnte in der zweiten Untersuchungspraxis gar nicht nachgewiesen werden. Weitere Studien berichteten ebenfalls keine Effekte von Entscheidungshilfen auf die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen zur Darmkrebsprävention (Smith et al., 2010; Steckelberg et al., 2011; Trevena et al., 2008).

Ambivalente Ergebnisse zeigten sich außerdem hinsichtlich unterschiedlicher Narrative bei Entscheidungshilfen (McQueen et al., 2019, S. 147f). Bei einem Vergleich zeigte sich, dass Befragte, die mit einem Krebsüberlebenden-Narrativ konfrontiert wurden, eher an einer Darmkrebsvorsorgeuntersuchung teilnahmen (bis zu 12 Monaten nachdem die Befragten mit dem Material konfrontiert wurden), als jene, die ein Screening-Narrativ erhielten, obwohl sich in den berichteten Verhaltensabsichten keine Unterschiede zeigten (direkt im Anschluss nachdem das Material den Befragten vorgelegt wurde).

Die Befunde zum Einfluss von Entscheidungshilfen auf das tatsächliche Verhalten sind insgesamt uneinheitlich. Zwar zeigten mehrere Studien, dass Entscheidungshilfen mit einer erhöhten Bereitschaft und einer moderat gesteigerten Inanspruchnahme von Darmkrebs-Vorsorgeuntersuchungen einhergehen, wobei Effekte teilweise auch über längere Zeiträume

hinweg stabil bleiben. Gleichzeitig relativierte sich dieses Bild bei genauerer Betrachtung: Signifikante Unterschiede zeigten sich häufig nur im Vergleich zu Kontrollgruppen ohne Interventionen, während gegenüber Versuchsgruppen mit allgemeinen Informationsmaterialien keine zusätzlichen Effekte nachweisbar waren. Zudem verschwanden in einzelnen Studien zunächst beobachtete Effekte nach statistischen Anpassungen. Auch hinsichtlich unterschiedlicher Ausgestaltungen von Entscheidungshilfen, etwa durch Narrative, ergaben sich keine eindeutigen Muster zwischen Intention und tatsächlichem Verhalten. Insgesamt deutet die Studienlage somit darauf hin, dass Entscheidungshilfen zwar Potenzial zur Förderung von der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen besitzen, diese Effekte jedoch nicht durchgängig stabil oder eindeutig sind. Diese Ambivalenz verweist auf die Möglichkeit einer Diskrepanz zwischen Wissen und tatsächlichem Verhalten, wie sie im Modell des Knowledge-Behavior-Gaps beschrieben wird.

#### *2.3.3.1 Knowledge-Behavior-Gap als Erklärungsansatz*

Eine der entscheidendsten Herausforderungen, mit denen sich medizinisches Fachpersonal derzeit konfrontiert sieht, ist die Notwendigkeit, mit Menschen zu kommunizieren, die einem erheblichen Risiko ausgesetzt sind, für die zwar medizinische Lösungen zur Verfügung stehen, die aber aus diversen Gründen das medizinische Wissen nicht in Anspruch nehmen (Sligo & Jameson, 2000a, S. 858). Eine solche Krankheit könnte etwa Darmkrebs sein. Hier gibt es verlässliche Untersuchungen zur Prävention, in der Inanspruchnahme besteht jedoch nach wie vor Aufholbedarf (Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien, 2025). Patient\*innen wissen oftmals zwar, wie sie ihre Gesundheit oder andere Lebensumstände verbessern könnten, setzen dieses Wissen aber aus verschiedenen Gründen nicht in die Tat um (Sligo & Jameson, 2000a, S. 858). Diese Diskrepanz zwischen Wissen und tatsächlichem Verhalten wird auch Knowledge-Behavior-Gap genannt, welche in der Forschung wie folgt diskutiert wird: „The central theoretical problem in the field of purposive communication is explaining the gap between knowledge and behavior (Hornik, 1989, S. 113). Fünf Variablen werden vorgeschlagen, um die Beziehung zwischen Wissen und Verhalten zu erklären:

- Strukturelle Merkmale von Gemeinschaften
- Strukturelle Merkmale von Individuen
- Soziale Einflüsse der Gemeinschaft
- Erlernte Merkmale von Individuen

- Beständige Merkmale von Individuen

Eine Ausprägung der erlernten Merkmale von Individuen ist die Selbstwirksamkeit (Bandura, 1997). Personen, die ihre eigenen Fähigkeiten als stärker einschätzen, neigen eher dazu, Verhaltensweisen zu adaptieren, als Personen mit geringer Selbstwirksamkeit. Die wahrgenommene Fähigkeit, die erforderliche Veränderung herbeizuführen, kann als entscheidender Faktor dafür dienen, ob Personen die gewünschte Verhaltensänderung als etwas betrachten, das sich ihrer willentlichen Kontrolle unterwirft. Die wahrgenommene Willenskontrolle ist wiederum eine wesentliche Determinante für Verhaltensänderungen gemäß der Theory of Reasoned Action nach Fishbein und Ajzen (Fishbein & Ajzen, 2010) (siehe Kapitel 2.1.1.1). In einer Studie konnte so die These, dass Selbstwirksamkeit die Beziehung zwischen Wissen und Verhalten vermittelt in drei Querschnittswellen und einem Längsschnittvergleich weitgehend bestätigt werden (Rimal, 2000, S. 230). Der Autor kam zu dem Schluss, dass die Fähigkeit eines Individuums im Einklang mit seinem Wissen zu handeln Großteils von der wahrgenommenen Fähigkeit abhängt. Doch nicht nur die wahrgenommene Selbstwirksamkeit scheint die Beziehung zwischen Wissen und Verhalten zu beeinflussen. Bereits das Verhalten von Jugendlichen wird von Alter, Geschlecht, Bildungsgrad des Vaters und dem Wohlstand der Familie beeinflusst, nicht nur durch die Wissensstände der Jugendlichen (Nagy-Pénzes et al., 2020, S. 11ff). Zwar ist entsprechendes Wissen notwendig, doch reicht es in vielen Fällen alleine nicht aus, um Verhaltensänderungen zu bewirken. Auch das Lebensumfeld und das schulische Umfeld der Jugendlichen spielen eine wichtige Rolle. Außerdem wird das tatsächliche Wissen von Ängsten und Vorurteilen geprägt. So konnte eine Studie ermitteln, dass etliche Studien-Teilnehmerinnen trotz vorhandenen Wissens keine Tests auf Gebärmutterhalskrebs durchführen ließen, da dies eine Tabu-Zone ihres Körpers für sie darstellte (Sligo & Jameson, 2000b, S. 864ff). Die Teilnehmerinnen machten häufig einen Unterschied zwischen dem Lernen über eine neue Untersuchung und der tatsächlichen Umsetzung. Eine Literaturrecherche ergab somit folgende Determinanten, die die Lücke zwischen Wissen und Verhalten erklären können (Wicher et al., 2026, S. 8): Gesundheitskompetenzen (siehe Kapitel 2.2.3), Motivation, Selbstwirksamkeit und psychologische Ressourcen, emotionale Belastung, Gewohnheiten und automatische Prozesse und umweltbezogene Determinanten. Eine Studie die sich im Rahmen der HPV-Impfung mit der Knowledge-Behavior-Gap beschäftigte, kam außerdem zu dem Schluss, dass Diskrepanzen zwischen Wissen und Verhalten eher auftreten, wenn Menschen unausgewogene, einseitige

Gesundheitsinformationen erhalten statt ausgewogene Gesundheitsinformationen (Wegwarth et al., 2014, S. 1392).

Insgesamt wird deutlich, dass Wissen zwar eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für Verhaltensänderungen darstellt. Die Knowledge-Behavior-Gap verdeutlicht, dass psychologische, soziale und strukturelle Faktoren berücksichtigt werden sollten. Vor diesem Hintergrund erscheint insbesondere die Betrachtung von Verhaltensabsichten relevant, da diese in der Gesundheitskommunikationsforschung häufig als zentrale Vorstufe tatsächlichen Verhaltens verstanden werden. Für die vorliegende Arbeit ist dies von besonderer Bedeutung, da im Rahmen der empirischen Untersuchung nicht das Verhalten direkt, sondern ausschließlich Verhaltensabsichten erhoben werden konnten.

#### 2.3.3.2 *Verhalten und Verhaltensabsichten*

Grundsätzlich versuchen empirische Studien zu verstehen, warum Individuen ein bestimmtes Verhalten zeigen oder nicht (Fishbein & Ajzen, 2010, S. 53ff). Ein dichotomes Verhaltensmaß eignet sich am besten, um Fragen dieser Art zu beantworten. Tatsächlich handelt es sich dabei um ein sehr gängiges Verhaltenskriterium in empirischen Untersuchungen. Im Falle dieser Arbeit wird versucht zu ermitteln, ob Personen eine Darmkrebsvorsorgeuntersuchung durchführen lassen oder nicht. Um ein solches Verhalten vorherzusagen, wird eine Messgröße für die Absicht, die den im Wesentlichen dichotomen Charakter des Verhaltens erfasst, benötigt. Eine sensiblere Messgröße lässt sich jedoch erhalten, indem Personen gefragt werden, wie stark sie beabsichtigen, das Verhalten zu zeigen oder wie wahrscheinlich es ist, dass sie jenes Verhalten ausführen werden (z.B. entlang einer Likert-Skala).

Innerhalb der Theory of Reasoned Action (siehe Kapitel 2.1.1.1) sind Verhaltensabsichten die wichtigsten unmittelbaren Vorläufer des Verhaltens (Fishbein & Ajzen, 2010, S. 50f). Die wesentliche zugrunde liegende Dimension, die eine Absicht charakterisiert, ist die Einschätzung der Person hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit oder der wahrgenommenen Wahrscheinlichkeit, ein bestimmtes Verhalten auszuführen. Dabei kann gesagt werden: Je höher diese subjektive Wahrscheinlichkeit ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass jenes Verhalten tatsächlich ausgeführt wird. In einer umfassenden Übersichtsarbeit untersuchten Armitage und Conner die Korrelation zwischen Absicht und Verhalten in 48 unabhängigen Studien, die unterschiedlichste Verhaltensbereiche wie körperliche Aktivität, Raucherentwöhnung, Recycling, Kondomgebrauch, Selbstuntersuchungen der Brust oder

Vorsorgeuntersuchungen abdeckten (Armitage & Conner, 2001). Die Analyse berichtete eine mittlere Korrelation zwischen Absicht und Verhalten,  $r = .47$  (der Korrelationskoeffizient kann einen Wert zwischen 0 und 1 annehmen).

Vorangegangene Studien bestätigten, dass sich Verhaltensabsichten auch für die Teilnahme an der Darmkrebsvorsorge als guter Prädiktor erweisen (Kim et al., 2005; Schroy et al., 2012). So ermittelte eine Studie, dass eine Entscheidungshilfe das Interesse an und die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen erhöhte (Kim et al., 2005, S. 8). In einer randomisierten Studie aus dem Jahr 2012 konnten die Ergebnisse bestätigt werden: Teilnehmer\*innen, welche eine Entscheidungshilfe erhielten, gaben nicht nur an, wahrscheinlicher eine Vorsorgeuntersuchung durchführen zu lassen, sondern ließen auch signifikant öfter tatsächlich eine Vorsorgeuntersuchung durchführen, als jene Teilnehmenden in der Kontrollgruppe (Schroy et al., 2012, S. 576f).

Da im Rahmen der Studie für die vorliegende Arbeit das tatsächliche Verhalten der Befragten nicht erhoben und gemessen werden kann, dienen die Verhaltensabsichten als Annäherung an das tatsächliche Verhalten.

Somit wird folgende Forschungsfrage aufgestellt:

**FF1:** Inwiefern beeinflussen Entscheidungshilfen im Sinne der Partizipativen Entscheidungsfindung die Verhaltensabsicht, Untersuchungen der Darmkrebsvorsorge in Anspruch zu nehmen?

## 3 Methodische Umsetzung

Aufbauend auf den theoretischen Überlegungen folgt nun ein detaillierter Überblick über die methodische Umsetzung der Studie. Dabei werden zunächst das Studiendesign und das entsprechende Stimulus-Material erläutert, woraufhin der Ablauf des Experiments, die Stichprobe sowie die Erhebung der zentralen Konstrukte (Wissen und Verhaltensabsichten) beschrieben werden. Zuletzt sollen forschungsethische Richtlinien und Grundsätze dargelegt werden, welche für die vorliegende Arbeit gelten.

### 3.1 Forschungsdesign

Als Forschungsdesign wurde ein Online-Experiment mit vier Experimentalgruppen gewählt, da basale kausale Effekte getestet werden sollten und ein solches Ursache-Wirkungs-Verhältnis mithilfe eines Experiments identifiziert werden kann (Brosius et al., 2012, S. 201). Hauptaugenmerk des Experiments liegt hierbei auf der Manipulation der vermuteten Ursache (Arendt & Matthes, 2017, S. 2ff). In der vorliegenden Studie handelt es sich hierbei um die Art der Kommunikation für eine Gesundheitsbotschaft. Für das Experiment wurden zwei Versuchsgruppen und zwei Kontrollgruppen gewählt. Während die erste Versuchsgruppe eine Entscheidungshilfe im Sinne der Partizipativen Entscheidungsfindung erhielt, wurde der zweiten Versuchsgruppe eine paternalistische Kampagne zum Thema Darmkrebsprävention präsentiert. In den zwei Kontrollbedingungen wurden Informationen möglichst sachlich dargestellt. Die erste Kontrollgruppe erhielt allgemeine Informationen zum Thema Darmkrebs, der zweiten Kontrollgruppe wurden allgemeine Informationen zum Thema Hitze und Gesundheit ohne Bezug zu Darmkrebs präsentiert. Die Teilnehmer\*innen wurden randomisiert den vier Gruppen zugeteilt. Die zufällige Zuweisung der Teilnehmer\*innen verringert somit die Wahrscheinlichkeit systematischer Unterschiede zwischen den Teilnehmenden in den Gruppen (Brosius et al., 2012, S. 228ff). Bis auf das gewählte Stimulus-Material wurden alle anderen Faktoren konstant gehalten. Der Ablauf des Experiments war daher für alle Gruppen derselbe, Unterschiede ergaben sich nur aufgrund des Stimulus-Materials. So sollte untersucht werden, ob und inwiefern unterschiedliche Arten der Kommunikation Einfluss auf das Wissen und die Verhaltensabsichten haben können.

Die Wahl eines Online-Experiments bringt mehrere Vorteile mit sich. Zum einen können Daten schnell gesammelt werden und ein großes Sample generiert werden. Im Fall der vorliegenden

Studie wurde das Sample im persönlichen Umkreis der Studienautorin gesammelt. Zum anderen können durch das experimentelle Setting Kausalitäten geprüft werden. Außerdem kann bei einem Online-Experiment auf direkte Interaktionen mit Versuchsleiter\*innen verzichtet werden. Dadurch kann sichergestellt werden, dass Antworten nicht aufgrund der sozialen Erwünschtheit gegeben werden. (Arendt & Matthes, 2017, S. 3). Dies ist auch auf die Anonymität zurückzuführen, welche in einem Online-Experiment gegeben ist.

Für die Studie wurde eine Gelegenheitsstichprobe gewählt. Proband\*innen wurden aus dem persönlichen Umfeld der Studienautorin sowie via soziale Medien rekrutiert. Hierbei wurde ein inklusiver Ansatz hinsichtlich der Geschlechter und vor allem hinsichtlich des Alters (ab 18 Jahren) gewählt. So betrifft Darmkrebs zwar primär Menschen ab circa 50 Jahren (World Health Organization, 2023), aktuelle Studien zeigten jedoch, dass vermehrt auch immer jüngere Patient\*innen von Darmkrebs betroffen sind (Penz et al., 2023). Dies hatte auch zur Folge, dass die Altersgrenze zuletzt auf 45 Jahre herunter gesetzt wurde (Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien, o. J.). Aus einer Public Health-Perspektive ist Darmkrebs somit ein höchst relevantes Problem, das eine breite Gesellschaftsschicht betreffen kann. Daher wurden auch in der Stichprobe keine Begrenzungen etwa hinsichtlich des Alters gewählt. So können Effekte der Art der Kommunikationsform auf Proband\*innen festgestellt werden, die sich aufgrund ihres Alters noch wenig bis gar nicht mit dem Thema Darmkrebs auseinander gesetzt haben. Zusätzlich können Befunde für die zentrale Zielgruppe der Darmkrebsvorsorge erhoben werden, die aufgrund ihres Alters als besonders gefährdet gilt.

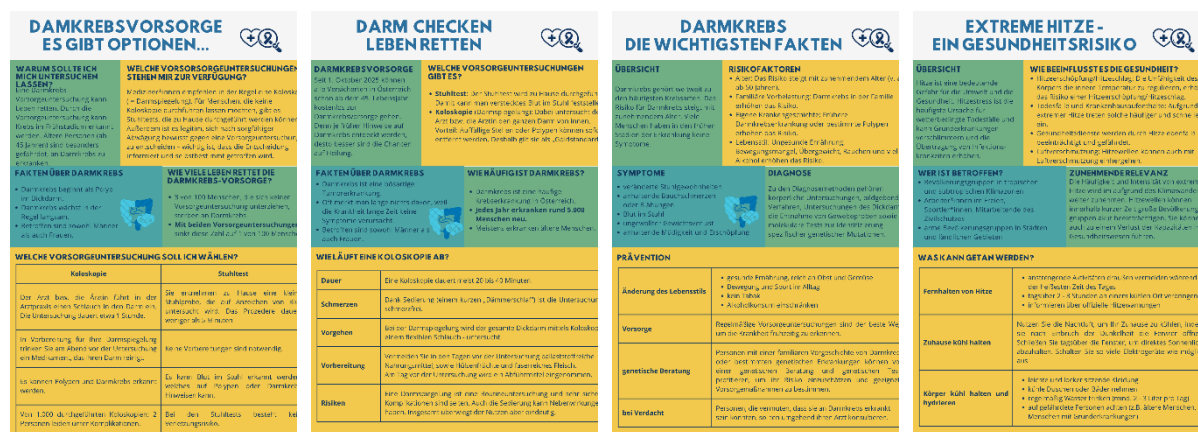
### 3.2 Stimulus-Material

Ein zentraler Bestandteil des Forschungsdesigns stellt das Stimulus-Material dar. Ziel der Gestaltung eben jenes Materials war es, Unterschiede in den jeweiligen Materialien auf den Inhalt zu beschränken und das Layout über alle Gruppen hinweg konstant zu halten. So konnte eine hohe interne Validität gewährleistet werden. Es handelt sich hierbei nicht um reale Gesundheitskampagnen, die Inhalte wurden jedoch aus den jeweiligen Ursprungsquellen übernommen, um somit möglichst realitätsnah unterschiedliche Arten der Kommunikation darzustellen. Für die Experimentalstudie wurden vier Stimuli gestaltet, um die Wirkung der Art der Kommunikation auf das Wissen und die Verhaltensabsichten der Teilnehmer\*innen analysieren zu können.

Das jeweilige Stimulus-Material wurde mithilfe der App „Canva“ gestaltet und visualisiert – einer App mithilfe jener Graphiken und Designs gestaltet werden können (Canva, o. J.). Somit konnte ein einheitliches Design über alle Gruppen hinweg eingehalten werden. Während die visuelle Darstellung somit konstant gehalten werden konnte, unterschied sich der Inhalt je nach Gruppe (partizipative Entscheidungshilfe, persuasive Gesundheitsbotschaft, Kontrollgruppe mit Bezug zu Darmkrebs, Kontrollgruppe ohne Bezug zu Darmkrebs). Das Wording und der Inhalt folgte hierbei realen Gesundheitskampagnen und Informationsblättern. Durch das gleiche Layout der unterschiedlichen Gruppen konnte so sichergestellt werden, dass potentielle Effekte auf die Art der Kommunikation zurückzuführen sind und nicht auf Unterschiede in der Rezeption aufgrund unterschiedlicher Darstellungsformen.

In der Stimulus-Intervention wurde jeder Person die Darstellung einer vermeintlichen Gesundheitskampagne in einheitlichem Design via Informationsblatt präsentiert (siehe Abbildung 5). Studien-Teilnehmer\*innen wurden randomisiert einer der vier Gruppen zugeteilt und rezipierten im Anschließendenden eine der vier fiktiven Gesundheitskampagnen. Hierbei wurde darauf geachtet, dass alle Informationsblätter nicht nur identisch aufgebaut sind, sondern sich auch in der Länge und dem Textinhalt ähneln, um Verzerrungen in den Ergebnissen zu vermeiden. Während ausreichend viele Informationen benötigt wurden, um die Teilnehmer\*innen hinsichtlich des Thema Darmkrebs und Darmkrebsprävention zu informieren (mit Ausnahme von Kontrollgruppe 2), galt es, das Stimulus-Material nicht mit Informationen zu überladen, um gewährleisten zu können, dass sich die Studie in einem adäquaten zeitlichen Rahmen befindet und nicht zu viele Teilnehmende die Studie abbrechen aufgrund der überbürdenden Menge an Informationen. Nichtsdestotrotz wurden alle zentralen Informationen aus den ursprünglichen Quellen übernommen und das entsprechende Wording beibehalten. An dieser Stelle sei außerdem angemerkt, dass das Stimulus-Material keine Rückschlüsse auf die originalen Quellen enthielten. So konnte sicher gestellt werden, dass potentielle Effekte auf die Art der Kommunikation zurückzuführen sind und nicht auf das Vertrauen das Teilnehmende in die jeweiligen Quellen legten.

Abbildung 5: Stimulus-Material aller Experimentalgruppen



Anmerkung: links = Versuchsgruppe 1 (partizipative Entscheidungshilfe), links mittig = Versuchsgruppe 2 (persuasive Gesundheitsbotschaft), rechts mittig = Kontrollgruppe 1 (allgemeine Informationen mit Bezug zu Darmkrebs), rechts = Kontrollgruppe 2 (allgemeine Informationen ohne Bezug zu Darmkrebs)

Versuchsgruppe 1 (partizipative Entscheidungshilfe): Die Gesundheitsbotschaft spiegelte eine Entscheidungshilfe im Sinne der Partizipativen Entscheidungsfindung wider. Das Stimulus-Material betonte unterschiedliche Optionen zur Darmkrebsprävention, dabei wurden alle Untersuchungen als gleichwertig dargestellt. Außerdem wurde die Option der Nicht-Teilnahme zur Darmkrebsvorsorge ergänzt. Dies ist in der Literatur und Empirie umstritten, wurde aus ethischen Gründen jedoch für Versuchsgruppe 1 ergänzt (Joseph-Williams et al., 2014, S. 702). Das Stimulus-Material orientiert sich dabei stark an der Entscheidungshilfe, welche von dem Colorado Program for Patient Centered Decision an der University of Colorado entwickelt und erstellt wurde (Matlock et al., 2023). In erster Linie wurde die Entscheidungshilfe in die deutsche Sprache übersetzt und die wichtigsten Informationen extrahiert. Das Layout wurde an das generelle Layout der Stimuli angepasst. Das Stimulus-Material kann dem Anhang entnommen werden (siehe Anhang D).

Versuchsgruppe 2 (persuasive Gesundheitsbotschaft): Das Stimulus-Material der zweiten Versuchsgruppe präsentierte eine persuasive Gesundheitskampagne. Hierbei wurde die Superiorität der Koloskopie gegenüber der Testung auf Blut im Stuhl hervorgehoben: „Koloskopie (Darmspiegelung): Dabei untersucht der Arzt bzw. die Ärztin den ganzen Darm von innen. Auffällige Stellen oder Polypen können sofort entfernt werden. Deshalb gilt sie als „Goldstandard““ (Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien, o. J.). Im Anschließend wurden nur noch Informationen zur Koloskopie angegeben. Risiken wurden nur unzureichend

dargestellt und nicht quantifiziert. Die Informationen für jenes Stimulus-Material spiegeln aktuelle Informationen zur Darmkrebsprävention der Ärztekammer Wiens wider (Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien, o. J.). Die wichtigsten Informationen zur Darmkrebsvorsorge wurden ausgewählt. Das Layout wurde an das generelle Layout der Stimuli angepasst. Das Stimulus-Material kann dem Anhang entnommen werden (siehe Anhang E).

Kontrollgruppe 1 (allgemeine Informationen mit Bezug zu Darmkrebs): Als Stimulus-Material für die erste Kontrollgruppe wurden allgemeine Informationen gewählt, die möglichst sachlich und objektiv über Darmkrebs berichten sollten. Der Fokus lag hier jedoch primär auf der Aufklärung hinsichtlich Darmkrebs, Untersuchungen zur Darmkrebsprävention wurden nur kurz angeschnitten. Um möglichst sachliche Informationen übermitteln zu können, wurden die Informationen den Informationsmaterialien der WHO entnommen (World Health Organization, 2023). Die Informationen wurden in die deutsche Sprache übersetzt und anschließend die wichtigsten Informationen ausgewählt. Das Layout wurde an das generelle Layout der Stimuli angepasst. Das Stimulus-Material kann dem Anhang entnommen werden (siehe Anhang F).

Kontrollgruppe 2 (allgemeine Informationen ohne Bezug zu Darmkrebs): Die Kontrollgruppe 2 erhielt allgemeine Informationen ohne jeglichen Bezug zu Darmkrebs und Darmkrebsprävention. Mit der zweiten Kontrollgruppe wurde ein zentrales methodisches Ziel verfolgt: Durch die Einbeziehung einer zusätzlichen Kontrollgruppe ohne Bezug zu Darmkrebs sollte überprüft werden, ob mögliche Veränderungen der Verhaltensabsichten tatsächlich auf die jeweilige Kommunikationsform zurückzuführen sind oder vielmehr auf allgemeine Nudging-Effekte beruhen (Damhus et al., 2018). Gleichzeitig ermöglicht dieses Design, potentielle Priming-Effekte zu kontrollieren, die allein durch die wiederholte Auseinandersetzung mit dem Thema Darmkrebs entstehen könnten (Wagner & Koutstaal, 2002, S. 27). Zu diesem Zwecke wurden Informationen dargestellt, welche über ein komplett anderes Gesundheitsproblem berichten. Für die vorliegende Studie wurden somit Informationen zum Thema „Hitze und Gesundheit“ zusammen getragen. Jene Informationen entstammen ebenfalls einem Informationsblatt der WHO (World Health Organisation, 2024). Die Informationen wurden ins Deutsche übersetzt und die zentralen Informationen extrahiert. Das Layout wurde an das generelle Layout der Stimuli angepasst. In Anlehnung an den Text des Stimulus-Materials wurde die kleine Abbildung des Darms entfernt. Das Stimulus-Material kann dem Anhang entnommen werden (siehe Anhang G).

Während das Layout über alle Experimentalgruppen hinweg konstant gehalten wurde, unterschieden sich die Gruppen fundamental in den dargestellten Inhalten. Aufgrund des identen Layouts und Aufbaus der Stimuli konnte eine hohe interne Validität gewährleistet werden. Da die präsentierten Inhalte auf realen Gesundheitsinformationen unterschiedlicher Institute beruht, wurde jedoch auch eine hohe externe Validität sicher gestellt.

### 3.3 Studienablauf und Fragebogen

Die Studie wurde mittels SoSci Survey erstellt und durchgeführt. Hierbei handelt es sich um eine bekannte Plattform, mit welcher (professionelle) Onlinebefragungen durchgeführt werden können (SoSci Survey, o. J.). SoSci Survey ermöglicht hier die Einbindung von Bildern und das Randomisieren von Studienteilnehmenden zu unterschiedlichen Gruppen – zwei essentielle Voraussetzungen für die Durchführung des Online-Experiments.

Nach der Konzipierung der Online-Studie mittels SoSci Survey wurde ein Pre-Test durchgeführt. Hierbei wurde der Fragebogen mit fünf Teilnehmenden auf Inhalt, Aufbau, Logik und technischen Voraussetzungen geprüft. So konnte sicher gestellt werden, dass die Online-Studie sowohl mittels Computer als auch mittels mobilen Endgeräten durchgeführt werden konnte. Außerdem wurden kleine Adaptionen in den Formulierungen einzelner Fragen vorgenommen, um die Verständlichkeit zu verbessern.

Mit 1. April 2026 startete die Feldphase der Online-Studie, welche bis 6. Mai 2026 andauerte. Somit erstreckte sich die Feldphase über 36 Tage. Dies sollte gewährleisten, dass ein ausreichend großer Pool an Studienteilnehmer\*innen erreicht wird (siehe Kapitel 3.4). Teilnehmende wurden über mehrere Wege für die Online-Studie rekrutiert. Zunächst wurde das persönliche Umfeld der Studienautorin informiert, außerdem wurde die Studie via soziale Medien geteilt. Zusätzlich wurden kurze Flyer im Umfeld verteilt, um potentielle Teilnehmer\*innen auf die Studie aufmerksam zu machen. So sollte auch ein diverseres Sample an Studienteilnehmenden erreicht werden.

Die Studie in sich ist in mehrere Abschnitte untergliedert und soll nun näher beleuchtet werden. An dieser Stelle sollte angemerkt werden, dass die Studie bewusst möglichst bündig gehalten wurde, um Teilnehmer\*innen nicht abzuschrecken und nicht mit Informationen und Anforderungen zu überfordern. Nichtsdestotrotz mussten alle relevanten Informationen eingeholt werden. So startete die Online-Studie mit einer kurzen Erklärung zum Ablauf und

gab danach Informationen zu Datenschutz und freiwilliger Einwilligung. Nur wenn diese erfolgte, konnte die Studie fortgesetzt werden. Wurde zur Teilnahme eingewilligt, wurden die Teilnehmenden aufgefordert, sich einige Minuten Zeit zu nehmen, um sich die nachfolgenden Informationen aufmerksam durchzulesen. An dieser Stelle wurden die Teilnehmer\*innen randomisiert einer der vier Gruppen zugeteilt. Je nach Zuteilung erhielten die Studienteilnehmenden eine entsprechende Gesundheitsbotschaft. Nach Durchsicht eben jener startete der erste Block der Fragen, welche von den Teilnehmer\*innen beantwortet werden mussten. Die Fragen wurden in zwei Blöcke unterteilt: Zuerst mussten zehn allgemeine Wissensfragen zum Thema Darmkrebs und Darmkrebsprävention beantwortet werden (siehe Kapitel 3.5.1). Für jede Frage gab es die Möglichkeit „weiß ich nicht“ anzugeben, um Raten zu vermeiden und so Ergebnisse nicht zu verfälschen. Danach folgten drei Fragen (mit multiplen Items) zur Selbstauskunft hinsichtlich der Verhaltensabsichten. Wurden alle Fragen beantwortet, sollten Studien-Teilnehmer\*innen anschließend Angaben zu soziodemographischen Merkmalen machen. Von Interesse waren hierbei das Alter, das Geschlecht sowie der Grad der formalen Bildung der Teilnehmenden. Im Anschluss konnten Anmerkungen zur Online-Studie hinterlassen werden. Beendet war die Studie nach einem kurzen De-Briefing, wobei Teilnehmer\*innen hier über den Zweck und die Intention der Studie aufgeklärt wurden. Danach galt die Studie als beendet und das Browser-Fenster konnte geschlossen werden.

### 3.4 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt konnten 332 gültige Fälle für das vorliegende Online-Experiment erhoben werden. Für die Datenauswertung konnten jedoch nur jene Fälle herangezogen werden, bei welchen alle Fragen beantwortet wurden, da hier alle notwendigen Informationen für eine erfolgreiche Datenauswertung vorlagen. Außerdem wurde die Bearbeitungszeit der einzelnen Teilnehmenden bewertet. Als Richtwert wurde so eine Bearbeitungszeit von etwa 240 bis 300 Sekunden herangezogen. Hierbei zeigte sich jedoch, dass Teilnehmer\*innen, welche den Fragebogen komplett ausfüllten, sich ausreichend viel Zeit nahmen und von dem Richtwert Großteils kaum abwichen. Personen, welche eine deutlich niedrigere Bearbeitungszeit aufwiesen, wurden in der Datenauswertung nicht berücksichtigt, da hier die Gefahr bestände, dass Antworten nur mittels Raten ausgewählt wurden und nicht auf Stimulus-Material und

Fragen und Items eingegangen wurde. Somit lagen für die vorliegende Online-Studie 209 komplett ausgefüllte Fragebögen vor, die den Anforderungen entsprachen.

Die finale Stichprobe belief sich somit auf  $N = 209$  und verteilte sich auf vier Gruppen: Versuchsgruppe 1, partizipative Entscheidungshilfe ( $n = 51$ ), Versuchsgruppe 2, persuasive Gesundheitsbotschaft ( $n = 45$ ), Kontrollgruppe 1, allgemeine Informationen mit Bezug zu Darmkrebs ( $n = 51$ ) und Kontrollgruppe 2, allgemeine Informationen ohne Bezug zu Darmkrebs ( $n = 62$ ).

Um eine ausreichend große Stichprobe zu erheben, wurde eine a-priori Poweranalyse mithilfe von G\*Power durchgeführt. Hierbei wurde die Effektgröße von  $f = .25$  festgelegt, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die meisten empirischen Befunde im Kontext der vorliegenden Arbeit eher kleinere bis mittlere Effekte berichteten (vgl. Schroy et al., 2012; Steckelberg et al., 2011). Für das Signifikanzniveau wurde regulär ein Wert von  $\alpha = .05$  festgelegt. Für die Power wurde in einem ersten Schritt  $1 - \beta = .80$  gewählt. Gemäß jenen Parametern ( $\alpha = .05, f = .25, 1 - \beta = .80$ ) ergab sich eine Stichprobengröße von 180 für eine Varianzanalyse mit vier Gruppen. Der Grad der Power  $1 - \beta$  ist in der Literatur umstritten. So wurde in der Literatur zuletzt diskutiert, die Power auf  $1 - \beta = .90$  zu erhöhen (Lakens, 2022, S. 5f). Denn je höher die Power, desto aussagekräftiger sei eine Studie, aber desto mehr Ressourcen seien auch erforderlich. Diese Abwägungen müssen daher für jede einzelne Studie angestellt werden. Daher wurde für die vorliegende Studie eine weitere a-priori Poweranalyse durchgeführt. Während die restlichen Parameter ident waren, wurde die Power auf  $1 - \beta = .90$  erhöht. Gemäß jenen Parametern ( $\alpha = .05, f = .25, 1 - \beta = .90$ ) ergab sich eine Stichprobengröße von 232 für eine Varianzanalyse mit vier Gruppen. Diese Stichprobengröße konnte für die vorliegende Studie nicht erreicht werden. Hier wurde daher die Abwägung zwischen Power und Ressourcen getroffen und so wurde die Auswertung der vorliegenden Studie mit einer Stichprobe von  $N = 209$  durchgeführt.

An dieser Stelle soll die finale Stichprobe hinsichtlich ihrer soziodemografischen Merkmale beschrieben werden. Der Großteil der Stichprobe war weiblich, gab an, ein Hochschul-Studium abgeschlossen zu haben und war im Durchschnitt 37 Jahre alt. Hinsichtlich der Geschlechterverteilung, waren circa zwei Drittel der Befragten weiblich (67,9 %), etwa ein Drittel der Befragten war männlich (30,6 %) und eine Minderheit der Befragten identifizierte sich als divers (1,4 %). Bezüglich des Bildungsstandes kann folgendes berichtet werden: Mehr als die Hälfte der Befragten gab an, eine Hochschule abgeschlossen zu haben (52,2 %), etwa

ein Drittel (32,1 %) der Teilnehmenden wiesen eine Matura vor und 33 Personen (15,8 %) gaben an, keine Matura zu haben.

Das Alter der Befragten ist für diese Studie von besonderer Bedeutung, denn dies spielt bei der Darmkrebsprävention eine essentielle Rolle. Während Darmkrebs zwar eher ältere Personen betrifft (vgl. Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien, o. J.; World Health Organization, 2023), ist eine frühzeitige Prävention essentiell. Zusätzlich zeigten aktuelle Studien, dass immer mehr jüngere Patient\*innen an Darmkrebs erkranken (Penz et al., 2023). Für die vorliegende Studie konnte folgendes berichtet werden: Die Befragten waren zwischen 18 und 85 Jahren alt, das Durchschnittsalter lag bei 37 Jahren ( $M = 37,24$ ,  $SD = 15,57$ ).

Somit lag das Durchschnittsalter zwar unter 50 Jahren, jedoch konnte so eine Bevölkerungsgruppe befragt werden, welche sich in unmittelbarer Zukunft mit der Darmkrebsvorsorge beschäftigen sollte, insbesondere weil die Altersgrenze zur Darmkrebsprävention in Österreich zuletzt auf 45 Jahre gesenkt wurde (Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien, o. J.).

### 3.5 Messung der relevanten Konstrukte

Zur Messung der relevanten Variablen „Wissen“ und „Verhaltensabsichten“ wurden ein Wissenstest sowie eine Skala zur Erfassung der Verhaltensabsichten eingesetzt. Beide Messinstrumente wurden für die vorliegende Studie entwickelt, orientieren sich jedoch an Erkenntnissen vorangegangener Studien, medizinischen Empfehlungen sowie etablierten theoretischen Ansätzen. Im Folgenden werden daher Überlegungen hinsichtlich der Erhebung des Wissens und der Verhaltensabsichten dargelegt.

#### 3.5.1 Wissen

Da eine informierte Entscheidung im Sinne der Partizipativen Entscheidungsfindung nur getroffen werden kann, wenn Patient\*innen (oder in diesem Falle Teilnehmer\*innen der vorliegenden Studie) entsprechend aufgeklärt und informiert sind, war das Wissen bzw. der Wissensstand ein zentrales Konstrukt und von hoher Relevanz für die vorliegende Arbeit.

Für das spezifische Forschungsinteresse der Studie konnte kein standardisierter Fragebogen gefunden werden. Daher wurde der Fragebogen selbstständig erstellt. Hierbei ist jedoch anzumerken, dass die Items des Fragebogens primär aus zwei vorangegangenen Studien

abgeleitet wurden. So baut der Fragebogen der vorliegenden Arbeit stark auf jenem Fragebogen auf, welchen Schroy et al. für ihre Studie zur Erhebung der Effekte von Computer-unterstützten Entscheidungshilfen zusammenstellten (2012, S. 105). Dieser wiederum leitete sich aus zentralen Empfehlungen des National Colorectal Cancer Roundtable und des Massachusetts Department of Public Health for public education ab (Schroy et al., 2012, S. 98). Zum anderen wurden Fragen für die vorliegende Studie aus dem Fragebogen von Steckelberg et al. abgeleitet (2011, S. 5). Hierbei handelt es sich um eine Studie, welche Auswirkungen evidenzbasierter Informationen mit jenen von Standardinformationen auf die informierte Entscheidungsfindung bei der Darmkrebsvorsorge untersuchte. Hierfür wurde ein Fragebogen erstellt, welcher sich stark an jenen Fragebogen anlehnt, welcher von Marteau et al. entwickelt wurde, um das Konstrukt der „informierten Entscheidung“ messbar machen zu können (Marteau et al., 2001). Während dieser Fragebogen sich mit der informierten Entscheidung hinsichtlich pränatalen Untersuchungen auseinandersetzt, wurde der Fragebogen bei Steckelberg et al. entsprechend für die Darmkrebsvorsorge übernommen und angepasst (Steckelberg et al., 2011, S. 3). Teilweise wurden jene Fragen für den Fragebogen der vorliegenden Arbeit übernommen. Zusätzlich wurden zwei Fragen von einem weiteren Fragebogen abgeleitet, welcher sich ebenfalls an vorangegangener Forschung orientierte (Trevena et al., 2008). Der vollständige Fragebogen mit Items zum Wissen der Befragten kann dem Anhang entnommen werden (siehe Anhang H).

Zur Erfassung des Wissens wurden insgesamt zehn Wissensfragen abgeprüft, bestehend aus sieben Single-Choice- (SC) und drei Multiple-Choice-Fragen (MC). Die SC-Fragen wurden dichotom kodiert, wobei korrekte Antworten mit einem Punkt und inkorrekte Antworten mit null Punkten bewertet wurden. Die Auswertung der MC-Fragen erfolgte differenzierter, um sowohl korrektes Wissen als auch Fehlwissen abzubilden. Für jede korrekt ausgewählte Antwortoption wurde ein Punkt vergeben, während für jede inkorrekt ausgewählte Antwortoption ein Punkt abgezogen wurde. Der resultierende Fragenscore konnte jedoch nicht kleiner als null werden. Dieses Vorgehen verhinderte, dass das wahllose Auswählen möglichst vieler Antwortoptionen zu einer höheren Punktzahl führt. Die maximale Punktzahl einer MC-Frage entsprach der Anzahl der enthaltenen korrekten Antwortoptionen. Die höhere Gewichtung der MC-Fragen gegenüber den SC-Fragen wurde bewusst in Kauf genommen. Während SC-Fragen lediglich die Identifikation einer einzelnen korrekten Antwort erfordern, erfassen MC-Fragen mehrere Wissens Elemente innerhalb einer Aufgabe. Die Anzahl korrekt identifizierter Antwortoptionen liefert somit eine differenziertere Information über das Ausmaß

des vorhandenen Wissens als die bloße Unterscheidung zwischen richtig und falsch. Entsprechend wurde jede korrekt identifizierte Wissenseinheit berücksichtigt, anstatt die gesamte MC-Frage ausschließlich als richtig oder falsch zu bewerten.

Zur Bildung des Wissens-Scores wurde für jede Person zunächst der Mittelwert der Punkte über alle Wissensfragen hinweg berechnet. Aufgrund der höheren maximal erreichbaren Punktzahlen bei den MC-Fragen lag der theoretisch erreichbare Mittelwert zwischen 0 und 1,5. Um die Interpretierbarkeit des Scores zu erleichtern und einen einheitlichen Wertebereich zu gewährleisten, wurde der resultierende Mittelwert durch den maximal erreichbaren Mittelwert von 1,5 dividiert. Der normierte Wissens-Score lag somit zwischen 0 und 1, wobei höhere Werte ein höheres Wissensniveau angaben.

### 3.5.2 Verhaltensabsichten

Auch für das Konstrukt der Verhaltensabsichten der Befragten konnte kein standardisierter Fragebogen verwendet werden. Hier wurde auf die Erkenntnisse und die Überlegungen des Reasoned Action Modells nach Fishbein & Ajzen zurückgegriffen (2010). Das Reasoned Action Modell soll Verhalten vorhersagen und besagt, dass Verhaltensabsichten die wichtigsten unmittelbaren Vorläufer des Verhaltens sind (Fishbein & Ajzen, 2010, S. 39ff). Daher wurden auch für die vorliegende Studie Verhaltensabsichten erhoben. Einführend kann dabei gesagt werden, dass jedes Verhalten durch vier Elemente definiert ist: Handlung, Ziel, Kontext und Zeit. Um nun Verhaltensabsichten zu untersuchen, eignet sich ein dichotomes Maß am besten (z.B. Darmvorsorgeuntersuchung durchführen lassen vs. Darmvorsorgeuntersuchung nicht durchführen lassen). Hierfür wird eine Messgröße benötigt, welche den dichotomen Charakter des Konstrukts erfasst. Statt jedoch nur zu überprüfen, ob Teilnehmende ein entsprechendes Verhalten zeigen oder eben nicht, sollte eine sensiblere Messgröße gewählt werden, welche misst, wie stark ein Verhalten beabsichtigt wird. Außerdem sollten mehrere Items zur Messung der Verhaltensabsichten verwendet werden, um eine höhere Reliabilität zu gewährleisten.

Um diesem Anspruch im Sinne des Reasoned Action Modells gerecht zu werden, wurde etwa folgendes Item für den Fragebogen definiert: „Ich habe vor, einen Termin für eine Koloskopie innerhalb der nächsten 6 Monaten zu vereinbaren (oder sobald sie für mich empfohlen wird)“. Hierbei werden die zentralen Elemente eines Verhaltens berücksichtigt (Handlung, Ziel, Kontext und Zeit), die Frage wird entlang einer fünf-stufigen Likert-Skala abgefragt und wurde durch weitere Items im Fragebogen gestützt und nicht alleinig gestellt. Der vollständige

Fragebogen mit Items zu den Verhaltensabsichten kann dem Anhang entnommen werden (siehe Anhang H).

Außerdem wurde die Skala zur Erhebung der Verhaltensabsichten hinsichtlich der internen Konsistenz überprüft. So ergab sich für eben jene Skala eine interne Konsistenz von  $\alpha = .79$  und erwies sich so als reliables Messinstrument.

Zuletzt soll an dieser Stelle angemerkt werden, dass der Fragebogen bewusst ein Item beinhaltet, welches die Nicht-Teilnahme an der Darmkrebsvorsorge untersucht. Dies ist in der Literatur und Empirie umstritten (Volk et al., 2016, S. 788), wurde aus ethischen Gründen (Joseph-Williams et al., 2014) jedoch im Fragebogen der vorliegenden Arbeit ergänzt.

Zur Erfassung der Verhaltensabsichten wurde über mehrere Items hinweg ein Mittelwert auf Basis einer fünfstufigen Likert-Skala berechnet. Die Skala reichte von 1 (= sehr geringe Verhaltensabsicht hinsichtlich der Darmkrebsvorsorge) bis 5 (= sehr hohe Verhaltensabsicht hinsichtlich der Darmkrebsvorsorge). Höhere Werte indizieren somit eine höhere Absicht, eine Untersuchung zur Darmkrebsvorsorge durchführen zu lassen.

### 3.6 Forschungsethik

Die vorliegende Arbeit verschreibt sich der guten wissenschaftlichen Praxis und unterliegt datenschutzrechtlichen Richtlinien. Als solches unterliegt sie den Guidelines for Ethical Research des Instituts für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft der Universität Wien (Universität Wien, 2025) und den Richtlinien des Datenschutz in der sozialwissenschaftlichen Forschung des Studienpräses der Universität Wien (Büro Studienpräses, 2018). Dies gilt insbesondere hinsichtlich der Erhebung der Daten für die experimentelle Studie eben jener Arbeit. Während das Thema der vorliegenden Studie nicht zwingend sensibel ist, gilt es jedenfalls die Anonymität der teilnehmenden Befragten zu wahren und personenbezogene Daten durchwegs anonymisiert und vertraulich zu behandeln. Dies wurde bereits ganz zu Beginn des Fragebogens der Studie den Teilnehmer\*innen mitgeteilt und zugesichert. Nur wenn Teilnehmende die Informationen zur Datenverarbeitung gemäß DSGVO gelesen und der Verarbeitung der Daten zugestimmt haben, konnte an der Studie teilgenommen werden. Die Teilnehmer\*innen wurden darüber informiert, dass ein Abbrechen der Studie jederzeit ohne Angabe von Gründen möglich ist. Um forschungsethischen Grundsätzen gerecht zu werden, schloss der Fragebogen der Studie außerdem mit einem De-Briefing ab. Hier wurden

Teilnehmer\*innen über den Zweck der Studie informiert und entsprechend aufgeklärt. Eine Teilnahme war außerdem erst ab dem vollendeten 18. Lebensjahr möglich.

## 4 Ergebnisse

Nachdem im vorangegangenen Kapitel erläutert wurde, wie die Daten der vorliegenden Studie erhoben wurden, sollen nun im folgenden Kapitel die Auswertungen eben jener Daten dargelegt werden. Hierfür werden in einem ersten Schritt deskriptive Ergebnisse berichtet. Im Anschließenden sollen die Hypothesen bzw. die Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit überprüft werden. Zuletzt können explorative Analysen weitere Einblicke in die Daten gewähren. An dieser Stelle soll außerdem angemerkt werden, dass alle Ergebnisse mittels R(Studio) ausgewertet wurden.

### 4.1 Deskriptive Ergebnisse

Um in einem ersten Schritt deskriptive Ergebnisse berichten zu können, wurden die Daten zunächst aufbereitet. Hierfür wurden alle ungültigen Fälle aus den Daten eliminiert (siehe Kapitel 3.4), Items wurden bereits via SoSci Survey wenn nötig invers codiert, um alle Items anschließend einer der zwei Variablen zuordnen zu können. Im Sinne des Forschungsinteresses der vorliegenden Arbeit wurden so Wissens-Scores der Befragten erstellt und eine Skala für Verhaltensabsichten der Befragten herausgearbeitet. Über die gesamte Stichprobe ( $N = 209$ ) hinweg ergab sich hinsichtlich des Wissens der Befragten ein normierter Mittelwert von  $M = 0.549$  ( $SD = 0.157$ ,  $Min = 0.00$ ,  $Max = 1.00$ ). Genaue Angaben zu jeder der Experimentalgruppen können Tabelle 1 entnommen werden. An dieser Stelle soll erneut angemerkt werden, dass der normierte Wissens-Score zwischen 0 und 1 liegen konnte, wobei 0 einen sehr niedrigen Wissens-Score indizieren würde und ein Wissens-Score von 1 ein sehr hohes Wissen bei den Befragten bedeuten würde. Der normierte Mittelwert der gesamten Stichprobe lag somit im oberen Mittelfeld.

Tabelle 1: Deskriptive Ergebnisse der Outcome-Variable „Wissen“ nach Gruppen

| <b>Gruppe</b>           | <b><i>n</i></b> | <b><i>M</i></b> | <b><i>SD</i></b> | <b><i>Min</i></b> | <b><i>Max</i></b> |
|-------------------------|-----------------|-----------------|------------------|-------------------|-------------------|
| <b>Versuchsgruppe 1</b> | 51              | 0.63            | 0.15             | 0.33              | 1.00              |
| <b>Versuchsgruppe 2</b> | 45              | 0.53            | 0.18             | 0.00              | 1.00              |
| <b>Kontrollgruppe 1</b> | 51              | 0.50            | 0.13             | 0.20              | 0.80              |
| <b>Kontrollgruppe 2</b> | 62              | 0.53            | 0.14             | 0.20              | 0.93              |

Anmerkung: Versuchsgruppe 1 = partizipative Entscheidungshilfe, Versuchsgruppe 2 = persuasive Gesundheitskampagne, Kontrollgruppe 1 = allgemeine Informationen mit Bezug zu Darmkrebs, Kontrollgruppe 2 = allgemeine Informationen ohne Bezug zu Darmkrebs,  $N = 209$

Hinsichtlich der Verhaltensabsichten der gesamten Stichprobe ( $N = 209$ ) konnte ein Mittelwert  $M = 3.48$  ( $SD = 0.885$ ,  $Min = 1.00$ ,  $Max = 5.00$ ) berichtet werden. Genaue Angaben zu jeder der Experimentalgruppen können Tabelle 2 entnommen werden. Auch an dieser Stelle soll daran erinnert werden, dass der Mittelwert der Verhaltensabsichten der Befragten zwischen 1 und 5 liegen konnte, wobei 1 eine sehr niedrige Verhaltensabsicht bedeuten würde und 5 eine sehr hohe Absicht zur Darmkrebsvorsorge erklärt. Der Mittelwert über die gesamten Stichprobe hinweg lag auch hier im oberen Mittelfeld.

Tabelle 2: Deskriptive Ergebnisse der Outcome-Variable „Verhaltensabsichten“ nach Gruppen

| <b>Gruppe</b>           | <b><i>n</i></b> | <b><i>M</i></b> | <b><i>SD</i></b> | <b><i>Min</i></b> | <b><i>Max</i></b> |
|-------------------------|-----------------|-----------------|------------------|-------------------|-------------------|
| <b>Versuchsgruppe 1</b> | 51              | 3.56            | 0.90             | 1.86              | 5.00              |
| <b>Versuchsgruppe 2</b> | 45              | 3.39            | 0.82             | 1.57              | 5.00              |
| <b>Kontrollgruppe 1</b> | 51              | 3.41            | 0.98             | 1.00              | 5.00              |
| <b>Kontrollgruppe 2</b> | 62              | 3.52            | 0.86             | 2.00              | 5.00              |

Anmerkung: Versuchsgruppe 1 = partizipative Entscheidungshilfe, Versuchsgruppe 2 = persuasive Gesundheitskampagne, Kontrollgruppe 1 = allgemeine Informationen mit Bezug zu Darmkrebs, Kontrollgruppe 2 = allgemeine Informationen ohne Bezug zu Darmkrebs,  $N = 209$

Nachdem deskriptive Ergebnisse berichtet wurden, sollen im nächsten Schritt die Hypothesen bzw. die Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit geprüft und beantwortet werden.

## 4.2 Prüfung der Hypothesen/Forschungsfragen

Im Folgenden sollen Effekte der Art der Kommunikation auf das Wissen und die Verhaltensabsichten der Befragten untersucht werden. Hierbei werden zunächst Effekte der Kommunikation auf das Wissen als zentraler Faktor der Partizipativen Entscheidungsfindung untersucht. Danach können Effekte der Kommunikationsform auf die Verhaltensabsichten geprüft werden. Dies ist von besonderer Relevanz, da frühzeitige Vorsorge den wichtigsten Faktor zur Prävention von Darmkrebs darstellt (World Health Organization, 2023). Zur Prüfung der Hypothesen bzw. Forschungsfragen wurde hierbei auf eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) zurückgegriffen, um mehrere Gruppen der Studie vergleichen zu können. Hierbei wurde zunächst eine ANOVA auf Gruppenunterschiede hinsichtlich des Wissens der Befragten durchgeführt. Eine weitere ANOVA sollte Rückschlüsse auf Mittelwertunterschiede bezüglich der Verhaltensabsichten ermöglichen. Zusätzlich wurden mittels t-Tests für unabhängige Stichproben und Überprüfungen von Korrelationen weitere explorative Analysen angestellt.

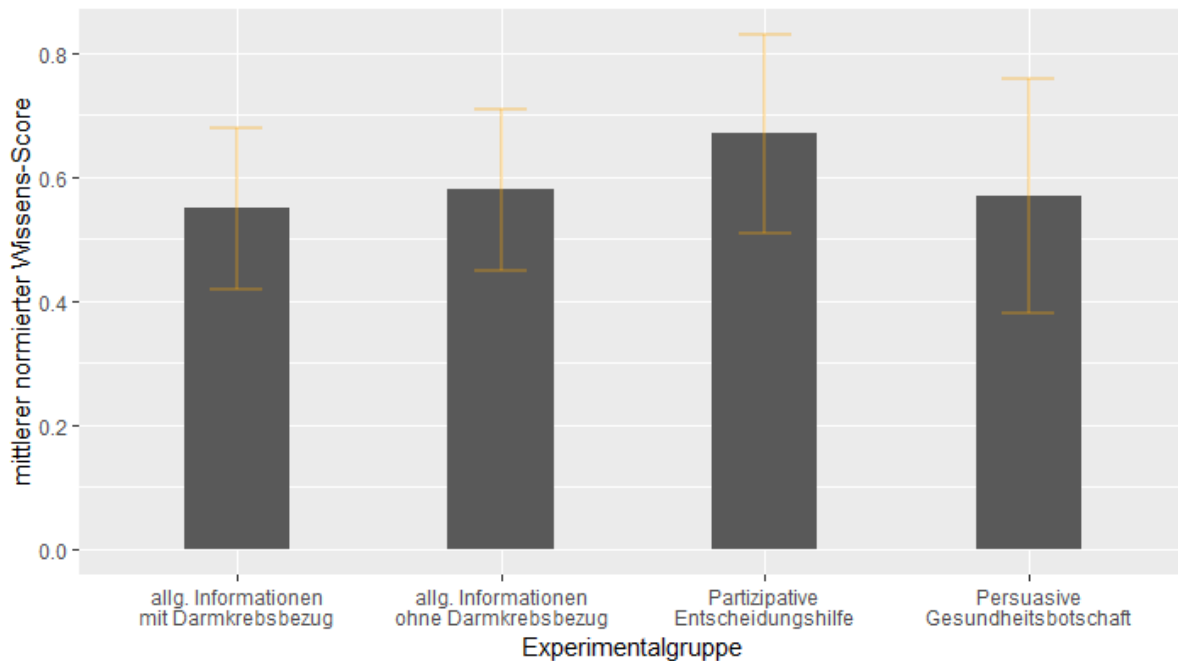
### 4.2.1 Effekte der Art der Kommunikation auf das Wissen

Hinsichtlich der Effekte auf das Wissen der Befragten wurde folgende Hypothese aufgestellt:

**H1:** Wenn partizipative Entscheidungshilfen zur Darmkrebsprävention verwendet werden, steigt das Wissen über die Darmkrebsvorsorge im Vergleich zu einer persuasiven Gesundheitskommunikation und zu Kontrollbedingungen.

Zur Überprüfung der Hypothese wurde in einem ersten Schritt eine Varianzanalyse (ANOVA) durchgeführt. Hierbei wurde auf signifikante Gruppenunterschiede zwischen den jeweiligen Gruppen getestet. Bezüglich des Wissens der Befragten konnten signifikante Unterschiede in den normierten Wissens-Scores der Gruppen berichtet werden  $F(3, 205) = 7.38, p < .001$ . Hierbei zeigte sich ein mittlerer Effekt  $\eta^2 = .09$ . Abbildung 6 verdeutlicht, dass Versuchsgruppe 1 (partizipative Entscheidungshilfe) den höchsten mittleren normierten Wissens-Score erreichte.

Abbildung 6: Mittlere normierte Wissens-Scores der Experimentalgruppen



Anmerkung: Die Fehlerbalken stellen jeweils  $\pm 1$  Standardabweichung um den Gruppenmittelwert dar.

Die signifikanten Ergebnisse der Varianzanalyse lieferten somit erste Hinweise darauf, dass sich die Gruppen hinsichtlich des Wissens unterscheiden. Zur Prüfung der gerichteten Hypothese wurden nachfolgend paarweise Gruppenvergleiche berechnet.

#### 4.2.1.1 Explorative Analysen zur Outcome-Variable „Wissen“

Hierfür wurden t-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt. So konnte die partizipative Entscheidungshilfe sowohl mit der persuasiven Gesundheitsbotschaft, sowie mit den Kontrollbedingungen verglichen werden. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied in den Mittelwerten der Versuchsgruppe 1, der partizipativen Entscheidungshilfe, ( $M = 0.631$ ,  $SD = 0.15$ ) und Versuchsgruppe 2, der persuasiven Gesundheitsbotschaft ( $M = 0.533$ ,  $SD = 0.18$ ),  $t(94) = 2.86$ ,  $p = .005$ . Das Wissen der Befragten in Versuchsgruppe 1 war somit signifikant höher. Hier konnte ein mittlerer Effekt berichtet werden, Cohen's  $d = 0.59$ . Auch im Vergleich zu Kontrollgruppe 1, mit allgemeinen Informationen mit Bezug zu Darmkrebs ( $M = 0.50$ ,  $SD = 0.13$ ) konnte ein signifikanter Unterschied berichtet werden,  $t(100) = 4.72$ ,  $p < .001$ . Der Effekt zwischen den zwei Gruppen ist groß, Cohen's  $d = 0.94$ . Zuletzt konnte auch im Vergleich zu Kontrollgruppe 2, mit allgemeinen Informationen ohne Bezug zu Darmkrebs ( $M = 0.53$ ,  $SD$

= 0.14) ein signifikanter Effekt ermittelt werden,  $t(111) = 3.66, p < .001$ ). Es konnte ein mittlere Effekt festgestellt werden, Cohen's  $d = 0.69$ .

Die durchgeführten Gruppenvergleiche zeigten, dass die Wissens-Scores der Versuchsgruppe 1 (partizipativer Entscheidungshilfe) signifikant höher ausfielen als jene der Versuchsgruppe 2 (persuasiven Gesundheitskommunikation) und der Kontrollgruppen (allgemeine Informationen mit und ohne Bezug zu Darmkrebs). Damit konnte Hypothese H1 vorläufig bestätigt werden, wonach der Einsatz partizipativer Entscheidungshilfen zu einem höheren Wissen über die Darmkrebsvorsorge führt.

Da das Alter in Hinblick auf die Darmkrebsvorsorge einen zentralen Risikofaktor darstellt, sollte in einem weiteren Schritt überprüft werden, ob ein höheres Alter Effekte auf das Wissen der Befragten hat. Hierfür wurde eine Korrelation zwischen Alter und Wissen nach Pearson geprüft (Field et al., 2012, S. 218ff). Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen Alter und Wissen,  $r(206) = .09, p = .213$ . Höheres Alter ging demnach nicht mit einem höheren Wissensstand einher.

#### 4.2.2 Effekte der Art der Kommunikation auf die Verhaltensabsichten

Hinsichtlich der Effekte auf die Verhaltensabsichten der Befragten wurde folgende Forschungsfrage aufgestellt:

**FF1:** Inwiefern beeinflussen Entscheidungshilfen im Sinne der Partizipativen Entscheidungsfindung die Verhaltensabsicht, Untersuchungen der Darmkrebsvorsorge in Anspruch zu nehmen?

Auch hier wurde zur Überprüfung eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) durchgeführt. Hierbei wurde auf signifikante Mittelwertunterschiede zwischen den jeweiligen Gruppen getestet. Bezüglich der Verhaltensabsichten der Befragten konnten keine signifikante Unterschiede in den Mittelwerten der Gruppen berichtet werden  $F(3, 205) = 0.43, p = .732$ . Der Effekt war äußerst gering  $\eta^2 = .006$ . Obwohl die Versuchsgruppe mit der partizipativen Entscheidungshilfe deskriptiv die höchsten Verhaltensabsichten aufwies ( $M = 3.56, SD = 0.90$ ), konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden.

Obwohl sich somit keine signifikanten Unterschiede zwischen den Versuchsbedingungen hinsichtlich der Verhaltensabsichten feststellen ließen, sollten die folgenden explorativen

Analysen weitere Erkenntnisse hinsichtlich der Verhaltensabsichten geben. Daher werden im Folgenden die Ergebnisse der zusätzlich durchgeführten t-Tests und Korrelationsanalysen diskutiert.

#### 4.2.2.1 *Explorative Analysen zur Outcome-Variable „Verhaltensabsichten“*

Um weitere Erkenntnisse zu erlangen, wurden paarweise t-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt. So konnte die partizipative Entscheidungshilfe sowohl mit der persuasiven Gesundheitsbotschaft, sowie den Kontrollbedingungen verglichen werden. Hier zeigte sich kein signifikanter Unterschied in den Mittelwerten der Versuchsgruppe 1, der partizipativen Entscheidungshilfe, ( $M = 3.56$ ,  $SD = 0.90$ ) und Versuchsgruppe 2, der persuasiven Gesundheitsbotschaft ( $M = 3.39$ ,  $SD = 0.82$ ),  $t(94) = 0.97$ ,  $p = .336$ . Die Effektstärke war klein, Cohen's  $d = 0.20$ . Auch im Vergleich zu Kontrollgruppe 1, mit allgemeinen Informationen mit Bezug zu Darmkrebs ( $M = 3.41$ ,  $SD = 0.98$ ) konnte kein signifikanter Unterschied berichtet werden,  $t(100) = 0.77$ ,  $p = .444$ . Nur ein kleiner Effekt konnte berichtet werden, Cohen's  $d = 0.15$ . Zuletzt konnte auch im Vergleich zu Kontrollgruppe 2 ( $M = 3.52$ ,  $SD = 0.86$ ), mit allgemeinen Informationen ohne Bezug zu Darmkrebs kein signifikanter Effekt ermittelt werden,  $t(111) = 0.21$ ,  $p = .833$ . Es konnte nur ein äußerst geringer Effekt festgestellt werden, Cohen's  $d = 0.04$ . Weder die Varianzanalyse noch die anschließenden Gruppenvergleiche zeigten statistisch signifikante Unterschiede in der Verhaltensabsicht zwischen den Experimentalgruppen. Forschungsfrage FF1 kann dahingehend beantwortet werden, dass im Rahmen der vorliegenden Untersuchung kein signifikanter Einfluss von Entscheidungshilfen im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung auf die Absicht zur Inanspruchnahme von Untersuchungen der Darmkrebsvorsorge festgestellt werden konnte.

Nichtsdestotrotz ist auch in Hinsicht auf die Verhaltensabsichten das Alter der Befragten von zentraler Bedeutung. So empfiehlt die Ärztekammer in Wien insbesondere Personen ab 45 Jahren das Angebot zur Darmkrebsvorsorge anzunehmen (Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien, o. J.). In einem weiteren Schritt sollte somit getestet werden, ob das Alter der Befragten und ihre Verhaltensabsichten korrelierten. Dahingehend wurde eine Korrelation nach Pearson geprüft (Field et al., 2012, S. 218ff). Hier zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Alter und Verhaltensabsichten,  $r(206) = .30$ ,  $p < .001$ . Ein höheres Alter ging in der gesamten Stichprobe daher mit höheren Verhaltensabsichten einher. Dieses Ergebnis erscheint insbesondere vor dem Hintergrund relevant, dass ein höheres Alter einen zentralen Risikofaktor für Darmkrebs darstellt (World Health Organization, 2023).

Während sich für das Wissen der Befragten signifikante Unterschiede zwischen den Kommunikationsformen zeigten, konnten vergleichbare Effekte hinsichtlich der Verhaltensabsichten nicht festgestellt werden. Dies deutet darauf hin, dass ein höheres Wissen über Darmkrebsvorsorge nicht zwangsläufig mit stärkeren Verhaltensabsichten einhergeht. Die Ergebnisse weisen somit auf eine mögliche Diskrepanz zwischen Wissen und tatsächlicher Verhaltensintention hin. Im folgenden Kapitel sollen diese Befunde im Kontext bisheriger Forschung und theoretischer Überlegungen näher eingeordnet und diskutiert werden.

## 5 Diskussion

Nachdem die Ergebnisse der vorliegenden Studie im vorherigen Kapitel berichtet wurden, sollen eben jene nun entsprechend eingeordnet werden und mit vorangegangener Forschung verglichen werden. Hierbei werden zuerst zentrale Befunde hinsichtlich des Wissens eingeordnet, danach sollen Ergebnisse bezüglich der Verhaltensabsichten diskutiert werden. Zuletzt soll an dieser Stelle auch auf potentielle Limitationen der Studie eingegangen werden.

### 5.1 Zentrale Befunde und Implikationen für Wissenschaft und Praxis

Dass die Art der Kommunikation Patient\*innen beeinflusst und Effekte auf gewünschte Health-Outcomes haben kann, bestätigte eine aktuelle Studie in den USA. So untersuchten die Autor\*innen Effekte der Kommunikation des US Center for Disease Control and Prevention (CDC), welche zuletzt ihre Gesundheitsbotschaft hinsichtlich eines potentiellen Zusammenhangs von Impfungen und Autismus-Störungen änderten (Böhm et al., 2026). So hatte das US Center for Disease Control and Prevention (CDC) ihre öffentliche Stellungnahme zu Impfstoffen und Autismus überarbeitet und dabei angedeutet, dass ein möglicher Zusammenhang zwischen Impfungen und Autismus nicht mit ausreichender wissenschaftlicher Stringenz ausgeschlossen werden kann. Die Behörde änderte so ihre Kommunikation weg von der bisherigen, auf dem vorherrschenden Evidenzbestand basierenden Konsensbotschaft hin zu einer aktualisierten, auf Unsicherheit basierenden Botschaft. Ergebnisse der Online-Studie zeigen, dass die neue, auf Unsicherheit basierende Aussage die Unsicherheit in der Öffentlichkeit verstärkte, die Impfbereitschaft verringerte und die Zustimmung zu wissenschaftsfeindlichen Strategien erhöhte. So zeigt eben jene Studie einmal mehr, die weitreichenden Auswirkungen der Art der Gesundheitskommunikation auf Patient\*innen und ihre Überzeugungen, Einstellungen und ihr Verhalten. Vor dem Hintergrund dieser Befunde verfolgt die vorliegende Arbeit das Ziel, die Auswirkungen unterschiedlicher Kommunikationsformen auf gesundheitsrelevante Outcomes näher zu untersuchen. Hierzu wurden im Rahmen einer Online-Studie Effekte auf Wissen und Verhaltensabsichten im Kontext der Darmkrebsprävention analysiert. In einem ersten Schritt werden daher im Folgenden Effekte auf das Wissen der Befragten diskutiert, im Anschließendenden werden Auswirkungen auf die Verhaltensabsichten der Befragten besprochen.

### 5.1.1 Wissen der Befragten

Es zeigte sich, dass hinsichtlich des Wissens der Befragten signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen vorliegen. Die Effektgröße lag Großteils hierbei im mittleren Bereich. Ein t-Test für unabhängige Stichproben bestätigte außerdem, dass partizipative Entscheidungshilfen das Wissen signifikant stärker erhöhten, als persuasive Gesundheitsbotschaften. Dies ist für die vorliegende Arbeit von besonderer Relevanz, da hier Unterschiede in den Auswirkungen der Partizipativen Entscheidungsfindung und der Persuasion im Fokus standen. So zeigte sich auch, dass Befragte der Versuchsgruppe 1, welche eine partizipative Entscheidungshilfe erhielt, über alle Gruppen hinweg durchschnittlich die höchsten Wissens-Scores erreichten und somit über einen signifikant höheren Wissensstand verfügte, als Teilnehmer\*innen in anderen Studiengruppen. Hypothese H1 konnte somit bestätigt werden. Diese Ergebnisse bestätigten vorangegangene Studien und spiegelten die aktuelle Erkenntnislage wider (vgl. Perestelo-Perez et al., 2019; Schroy et al., 2012; Steckelberg et al., 2011; Trevena et al., 2008).

Die Befunde erscheinen insbesondere vor dem Hintergrund relevant, dass Wissen und Aufklärung essentielle Faktoren sind, um Patient\*innen eine informierte und evidenzbasierte Entscheidung ermöglichen zu können und die Entscheidungsqualität der Patient\*innen zu verbessern (O'Connor et al., 2007, S. 717). Im Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung ist der Zugang zu evidenzbasierten Informationen über Behandlungsoptionen, neben Anleitungen zur Abwägung der Vor- und Nachteile verschiedener Optionen und einer unterstützenden klinischen Kultur, eine essentielle Voraussetzung, damit Arzt bzw. Ärztin und Patient\*in zu einer gemeinsamen Entscheidung finden können (Elwyn et al., 2010, S. 1). Entscheidungshilfen, die im Sinne der Partizipativen Entscheidungsfindung Anwendung finden, tragen so dazu bei, dass Patient\*innen über alle Behandlungsoptionen aufgeklärt werden und vor allem auch über entsprechende Vor- und Nachteile informiert werden. Nur so kann nach dem Verständnis der Partizipativen Entscheidungsfindung eine informierte Entscheidung getroffen werden und der Selbstbestimmung und Autonomie der Patient\*innen entsprochen werden (Elwyn et al., 2012, S. 1361).

Somit verdeutlichen die Ergebnisse, dass Wissen eine grundlegende Voraussetzung für die tatsächliche Partizipation im Entscheidungsprozess darstellt. Fehlt ein ausreichendes Verständnis hinsichtlich der Behandlungsoptionen laufen Patient\*innen Gefahr, dass Entscheidungen trotz formaler Einbindung weiterhin primär durch den Arzt bzw. die Ärztin geprägt werden, wie es im Sinne des Paternalismus angedacht wäre (Charles et al., 1997, S.

683). Partizipative Entscheidungshilfen tragen dahingehend dazu bei, bestehende Informationsasymmetrien zwischen Ärzt\*innen und Patient\*innen zu reduzieren und Patient\*innen zu befähigen, ihre Präferenzen und Werte aktiv in den Entscheidungsprozess einzubringen. Im Gegensatz zum Paternalismus werden im Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung eben jene Informationsasymmetrien anerkannt. Während Ärzt\*innen das Fachwissen in den Entscheidungsprozess einbringen können, bringen Patient\*innen das Wissen hinsichtlich individueller Präferenzen mit. Erst wenn es beiden Parteien gelingt, sich über das jeweilige Wissen auszutauschen, kann eine wirksame Konsultation und Behandlung garantiert werden. Indem Patient\*innen über mögliche Nutzen und Risiken alternativer Behandlungsoptionen aufgeklärt werden, können sie informierte Entscheidungen treffen, die sowohl ihre individuellen Präferenzen als auch das medizinische Fachwissen widerspiegeln. Eine Möglichkeit dieses Wissensaustauschs sind eben jene Entscheidungshilfen, welche Patient\*innen mit mehr Wissen ausstatten können (Elwyn et al., 2010, S. 1). Dies erscheint insbesondere im Bereich der Darmkrebsvorsorge relevant, da diese Untersuchungen häufig mit Scham und Vorurteilen behaftet sein können (Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien, 2025) und eine entsprechende Aufklärung unabdinglich ist, um Patient\*innen in die Entscheidungsfindung miteinzubeziehen. Für Patient\*innen ergeben sich daraus zahlreiche Vorteile, die bereits empirisch beforscht wurden. So zeigte sich in der Vergangenheit, dass ein höheres Wissen hinsichtlich der Erkrankung und der Behandlungsoptionen oftmals mit geringerem inneren Konflikt verbunden sind und Entscheidungen eher mit den individuellen Präferenzen der Patient\*innen übereinstimmen (O'Connor et al., 2007, S. 718).

Die Ergebnisse könnten zudem darauf hindeuten, dass partizipative Entscheidungshilfen Informationen nicht nur bereitstellen, sondern durch Aufbau und Form Patient\*innen dazu einladen, sich aktiv mit den Behandlungsoptionen auseinanderzusetzen. Im Gegensatz zu persuasiven Gesundheitsbotschaften, die häufig auf die Förderung eines bestimmten Gesundheitsverhaltens abzielen (im vorliegenden Fall auf die Inanspruchnahme einer Darmkrebs-Vorsorgeuntersuchung), verfolgen partizipative Entscheidungshilfen das Ziel, Patient\*innen eine eigenständige und informierte Entscheidungsfindung zu ermöglichen. Während Entscheidungshilfen dazu beitragen können, Patient\*innen aufzuklären und zu informieren, kann bei einer persuasiven Gesundheitskampagne die Gefahr bestehen, dass der Gesundheitsbotschaft mit Reaktanz und Verweigerung entgegen getreten wird. So können bei persuasiven Gesundheitsbotschaften sogenannte Boomerang-Effekte auftreten, die genau das

Gegenteilige bewirken können, als die Gesundheitskampagne beabsichtigen würde (Sprengholz et al., 2023, S. 384ff).

Neben der grundsätzlichen Bedeutung partizipativer Entscheidungshilfen für die Wissensvermittlung stellte sich zudem die Frage, ob sich Unterschiede hinsichtlich soziodemografischer Merkmale der Patient\*innen zeigen. Insbesondere das Alter erscheint im Kontext der Darmkrebsvorsorge relevant, da das Alter einen zentralen Risikofaktor für Darmkrebs darstellt (World Health Organization, 2023). Die statistische Auswertung zeigte jedoch keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Alter der Teilnehmenden und dem Wissen hinsichtlich der Darmkrebsvorsorge. Dies könnte darauf hindeuten, dass die bereitgestellten Informationen unabhängig vom Alter der Teilnehmenden verständlich und zugänglich vermittelt wurden. Außerdem könnte eben jener fehlende Zusammenhang zwischen Alter und Wissen der Befragten Hinweise darauf liefern, dass partizipative Entscheidungshilfen auch bei Personen Wirkung entfalten können, welche sich noch nicht unmittelbar mit Untersuchungen zur Darmkrebsvorsorge beschäftigen müssen (da diese in Österreich erst ab dem 45. Lebensjahr empfohlen und kostenlos zur Verfügung gestellt werden (Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien, o. J.)). Die Ergebnisse könnten somit belegen, dass partizipative Entscheidungshilfen nicht nur unmittelbare Entscheidungsprozesse unterstützen, sondern ebenso dazu beitragen können, Aufmerksamkeit für präventive Gesundheitsmaßnahmen zu schaffen und bereits frühzeitig über eben jene Krankheitsbilder und Behandlungsoptionen aufzuklären.

Auffällig erscheint zudem, dass auch Teilnehmende der zweiten Kontrollgruppe vergleichsweise hohe Wissens-Scores hinsichtlich der Darmkrebsvorsorge aufwiesen, obwohl diese keine spezifischen Informationen zur Darmkrebsprävention erhielten. Eine mögliche Erklärung könnte darin liegen, dass einzelne Teilnehmende bereits vor der Studie über Vorwissen verfügten. Hinweise darauf ergaben sich unter anderem aus eigenen Angaben im Kommentarfeld des Fragebogens, in denen Teilnehmende von bestehenden Vorerkrankungen, regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen oder einer intensiven persönlichen Auseinandersetzung mit dem Thema berichteten. Dies deutet darauf hin, dass Wissen hinsichtlich gesundheitlicher Prävention nicht ausschließlich durch aktuelle Gesundheitskampagnen oder Gesundheitsangeboten beeinflusst wird, sondern ebenso von individuellen Prädispositionen und bisherigen Erfahrungen abhängen kann und somit die erhöhten Wissens-Scores erklären könnte.

Vor diesem Hintergrund erscheint insbesondere die Health Literacy bzw. Gesundheitskompetenzen als potentieller Einflussfaktor relevant. Denn geringe Gesundheitskompetenzen stellen ein Hindernis für die Partizipative Entscheidungsfindung dar (Elwyn et al., 2012, S. 1362). Hierbei sollte daran erinnert werden, dass Health Literacy mehr als nur den Zugang zu Websites, das Lesen von Broschüren und die Befolgung empfohlener gesundheitsfördernder Verhaltensweisen meint (World Health Organization, 2025). Patient\*innen müssen eben jene Informationen kritisch hinterfragen können und sie für sich persönlich einordnen können. Während Entscheidungshilfen so evidenzbasierte Informationen bereitstellen können, setzt die Partizipative Entscheidungsfindung voraus, dass Patient\*innen diese Informationen auch finden, verstehen und bewerten können. Dies ist vor allem im Falle Österreichs von großer Relevanz. Wie eine groß angelegte Studie in der Vergangenheit zeigte, verfügt die österreichische Bevölkerung im europäischen Vergleich über relativ niedrige Gesundheitskompetenzen. In Anbetracht der Tatsache, dass das Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung einen gewissen Grad der Health Literacy voraussetzt, erscheint es unumgänglich, diese in Österreich zu erhöhen. Auch wenn die Ergebnisse der vorliegenden Studie darauf hindeuten, dass sich partizipative Entscheidungshilfe in einem ersten Schritt positiv auf das Wissen der Patient\*innen auswirken können, gilt es sicherzustellen, dass Patient\*innen diese gewonnene Informationen auch einordnen und kritisch hinterfragen können, damit sie selbstbestimmt und aufgeklärt Entscheidungen treffen können.

Trotz der Hinweise auf positive Wissenseffekte partizipativer Entscheidungshilfen zeigt die bisherige Forschung, dass gesundheitsbezogenes Wissen allein nicht zwangsläufig in gesundheitsförderliches Verhalten mündet. (Wicher et al., 2026, S. 5). Einer der am häufigsten hervorgehobenen Faktoren, die zur Kluft zwischen Wissen und Verhalten beitragen, ist eine eingeschränkte Health Literacy bzw. niedrige Gesundheitskompetenzen.

Die Befunde verdeutlichen somit die Relevanz partizipativer Entscheidungshilfen für die Wissensvermittlung und die Förderung informierter Entscheidungen. Gleichzeitig stellt sich jedoch die Frage, ob sich dieser erhöhte Wissensstand auch in den gesundheitsbezogenen Verhaltensabsichten der Befragten widerspiegelt.

### 5.1.2 Verhaltensabsichten der Befragten

Hinsichtlich der Verhaltensabsichten konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden, die Effekte waren äußerst gering. Die Forschungsfrage FF1 kann daher nur insofern beantwortet werden, dass partizipative Entscheidungshilfen die Verhaltensabsichten nicht signifikant anders beeinflussen, als persuasive Gesundheitsbotschaften oder andere Kontrollbedingungen. Neben der durchgeführten ANOVA, bestätigten dies auch vorangegangene t-Tests für unabhängige Stichproben. Auch hier konnten keine signifikanten Unterschiede berichtet werden. Deskriptive Befunde deuten jedoch darauf hin, dass die Verhaltensabsichten zur Darmkrebsvorsorge am höchsten waren, wenn Befragte eine partizipative Entscheidungshilfe erhielten. Diese nicht eindeutigen Ergebnisse spiegeln auch den aktuellen Forschungsstand wider. Während zahlreiche Studien keine signifikanten Effekte von Entscheidungshilfen auf das Verhalten oder die Verhaltensabsichten finden konnten (vgl. Perestelo-Perez et al., 2019; Smith et al., 2010; Steckelberg et al., 2011; Trevena et al., 2008), berichteten einige empirische Arbeiten unter bestimmten Voraussetzungen von signifikanten Effekten (vgl. Schroy et al., 2012; Stacey et al., 2024; Volk et al., 2016). Die vorliegende Studie reiht sich somit in eine insgesamt ambivalente Forschungslage zu den Effekten partizipativer Entscheidungshilfen auf Verhalten und Verhaltensabsichten von Patient\*innen ein. Gleichzeitig leistet sie einen spezifischen Beitrag aus der Perspektive der Gesundheitskommunikation, da nicht lediglich die Wirkung von Entscheidungshilfen isoliert untersucht wurde, sondern unterschiedliche Kommunikationsformen systematisch miteinander verglichen wurden. Durch die Differenzierung zwischen partizipativen, persuasiven und kontrollierenden Kommunikationsformen kann ein differenzierteres Verständnis darüber gewonnen werden, wie verschiedene Arten der Gesundheitskommunikation die Verhaltensabsichten zur Darmkrebsvorsorge beeinflussen. Insbesondere die deskriptiven Unterschiede zwischen den Gruppen deuten darauf hin, dass die konkrete kommunikative Ausgestaltung von Gesundheitsbotschaften eine relevante Rolle spielen könnte und daher in zukünftiger Forschung stärker berücksichtigt werden sollte.

Obwohl signifikante Effekte hinsichtlich der Verhaltensabsichten ausblieben, soll an dieser Stelle noch auf deskriptive Ergebnisse eingegangen werden. Diese belegen, dass Versuchsgruppe 1, welche eine partizipative Entscheidungshilfe erhielt, die höchsten Verhaltensabsichten aufwies. Dies ist von hoher empirischer Relevanz. Vorangegangene Studien warnten davor, die Möglichkeit der Nicht-Teilnahme an der Darmkrebsvorsorge in

Gesundheitskampagnen zu inkludieren (Volk et al., 2016, S. 788). Auch wenn es ethisch vertretbar sein mag, Patient\*innen die Option eines Verzichts auf die Vorsorgeuntersuchung anzubieten, ließe sich argumentieren, dass der Nutzen der Darmkrebsvorsorge das Weglassen eben jener Option rechtfertigen kann, so die Autor\*innen. Die vorliegende Studie unterstreicht jedoch, dass das Inkludieren einer Option der Nicht-Teilnahme an der Darmkrebsvorsorge, die Absicht zur Inanspruchnahme der Darmkrebsvorsorge nicht signifikant reduziert. Deskriptive Ergebnisse deuteten eher darauf hin, dass in eben jener Versuchsgruppe, die Verhaltensabsichten zur Darmkrebsvorsorge am höchsten waren. Daran anschließend könnte argumentiert werden, dass partizipative Entscheidungshilfen durch die transparente Darstellung verschiedener Handlungsoptionen die Reaktanz reduzieren. Die Möglichkeit, sich aktiv auch gegen eine Teilnahme an der Darmkrebsvorsorge entscheiden zu können, könnte das Gefühl von Autonomie und Selbstbestimmung stärken. Dadurch erscheint es möglich, dass partizipative Gesundheitsbotschaften weniger bevormundend wahrgenommen werden und infolgedessen geringere Reaktanz auslösen (Sprengholz et al., 2023, S. 384ff) . Die deskriptiven Ergebnisse der vorliegenden Studie liefern erste Hinweise darauf, dass die Integration einer Nicht-Teilnahme-Option nicht zu einer geringeren Verhaltensabsicht führt, sondern potentiell sogar dazu beitragen könnte, Widerstände gegenüber der Gesundheitsbotschaft abzubauen.

Während keine signifikanten Effekte zwischen Kommunikationsform und Verhaltensabsichten festgestellt werden konnten, zeigte sich eine positive Korrelation zwischen Alter und Verhaltensabsichten. Mit zunehmendem Alter stiegen auch die Verhaltensabsichten der Befragten, an der Darmkrebsvorsorge teilzunehmen. Diese Befunde sind aus der Perspektive des Public Health-Bereichs zentral, da insbesondere ältere Personen gefährdet sind an Darmkrebs zu erkranken und eine regelmäßige Vorsorge eine zentrale Möglichkeit darstellt, die Erkrankung frühzeitig zu erkennen und im Anschließendenden zu behandeln (World Health Organization, 2023). Auch in Österreich wurde daher zuletzt die Altersgrenze zur kostenlosen Darmkrebsvorsorge auf 45 Jahre gesenkt (Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien, o. J.). Dass ältere Personen höhere Verhaltensabsichten zur Teilnahme an der Darmkrebsvorsorge aufweisen, kann als positiver Befund interpretiert werden, da eben jene Bevölkerungsgruppe besonders von präventiven Maßnahmen profitieren kann. Gleichzeitig könnten die Ergebnisse darauf hindeuten, dass Angebote zur Darmkrebsvorsorge in Österreich ältere Zielgruppen bereits vergleichsweise gut erreichen. Dies könnte auch mit der insgesamt vergleichsweise hohen Teilnahme an Darmkrebsvorsorgeprogrammen in Zusammenhang stehen (OECD &

European Commission, 2025, S. 8). Eine erhöhte Inanspruchnahme präventiver Angebote gilt als ein möglicher Faktor dafür, dass Österreich hinsichtlich vermeidbarer Sterblichkeit bei behandelbaren Krebserkrankungen, wie Darmkrebs, besser abschneidet als der EU-Durchschnitt. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigen somit, dass in der älteren Bevölkerung in Österreich bereits ein Bewusstsein für die Darmkrebsvorsorge herrscht.

Nichtsdestotrotz belegen die Befunde dieser Arbeit auch, dass Gesundheitskampagnen zur Darmkrebsprävention nicht zwingend mit höheren Verhaltensabsichten einher gehen. Trotz erhöhtem Wissen in Versuchsgruppe 1 (partizipative Entscheidungshilfe), konnten für diese Gruppe keine signifikant höheren Verhaltensabsichten zur Darmkrebsvorsorge festgestellt werden. Teilnehmer\*innen der Studie wussten zwar oftmals, welche Vorsorgeuntersuchungen vor Darmkrebs schützen können und welche Gefahr Darmkrebs birgt, dies beeinflusste aber nicht zwingend ihre Verhaltensintentionen hinsichtlich der Darmkrebsvorsorge. Diese Diskrepanz zwischen Wissen und tatsächlichem Verhalten bzw. Verhaltensabsicht wird oftmals als Knowledge-Behavior-Gap diskutiert, die Gründe für eben jene Kluft können vielschichtig sein (Sligo & Jameson, 2000a, S. 858). In vorangegangenen Studien wurden so etwa Effekte der Selbstwirksamkeit (Rimal, 2000) oder soziodemographische Merkmale (Nagy-Pénzes et al., 2020) als Faktoren für den Knowledge-Behavior-Gap untersucht. Diese Determinanten wurden in der vorliegenden Studie Großteils nicht untersucht, somit können dahingehend keine Aussagen getätigt werden. Es zeigte sich in der vorliegenden Studie jedoch ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen Alter und Verhaltensabsichten zur Teilnahme an der Darmkrebsvorsorge. Mit zunehmendem Alter erhöhten sich somit die intendierten Vorsorgeabsichten der Befragten. Vergleichbare Zusammenhänge wurden auch in vorangegangener Forschung beschrieben. So identifizierten Nagy-Pénzes et al. (2020) ebenfalls soziodemographische Einflussfaktoren, wenngleich die Untersuchung mit einer anderen Studienpopulation durchgeführt wurde. Trotz der eingeschränkten Vergleichbarkeit der Studienpopulationen weisen die Ergebnisse darauf hin, dass Alter oder gewisse Lebensphasen einen bedeutsamen Einfluss darauf haben könnten, inwiefern Gesundheitswissen tatsächlich auch zu entsprechenden Verhalten bzw. Verhaltensintentionen führt und somit potentiell zur Verringerung des Knowledge-Behavior-Gaps beiträgt. Zusätzlich konnte bereits in vergangenen Studien festgestellt werden, dass Ängste und Vorurteile dazu führen können, dass Gesundheitswissen nicht in entsprechendes Verhalten überführt wird (Sligo & Jameson, 2000b, S. 864ff). Da Darmkrebsprävention ebenfalls mit Scham behaftet ist und Untersuchungen für viele Patient\*innen mit Ängsten verbunden sind (Kammer für

Ärztinnen und Ärzte in Wien, 2025), könnte dies die entsprechende Kluft zwischen Wissen und Verhaltensabsichten in der vorliegenden Studie erklären. Zuletzt spielt auch das Konzept der Gesundheitskompetenzen eine entscheidende Rolle hinsichtlich des Knowledge-Behavior-Gaps. Eine niedrige Health Literacy ging in der Vergangenheit häufig mit einem höheren Knowledge-Behavior-Gaps einher (Wicher et al., 2026, S. 8). So zeigte sich, dass Informationen zwar aufgenommen werden, jedoch nicht hinsichtlich der eigenen Situation bewertet werden, sodass Klüfte zwischen Wissen und Verhalten auftreten können. Da die österreichische Bevölkerung in der Vergangenheit eine vergleichsweise niedrige Gesundheitskompetenz aufwies (Sørensen et al., 2015, S. 1055), könnte dies ebenfalls erklären, dass das Wissen der Befragten signifikant höher war, wenn sie entsprechende Informationen erhielten, sich dies jedoch nicht in signifikant höheren Verhaltensabsichten zur Darmkrebsvorsorge widerspiegelte.

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass Verhaltensabsichten zur Darmkrebsvorsorge nicht ausschließlich durch einzelne Gesundheitsbotschaften beeinflusst werden, sondern vielmehr das Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels aus Wissen, emotionalen Faktoren, individuellen Erfahrungen, Gesundheitskompetenz sowie soziodemographischen Merkmalen darstellen. Kurzfristige kommunikative Interventionen stoßen daher möglicherweise an Grenzen, wenn strukturelle oder psychologische Barrieren einer tatsächlichen Verhaltensänderung entgegenstehen (Hornik, 1989, S. 113). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sprechen somit dafür, Gesundheitskommunikation nicht isoliert zu betrachten, sondern stärker in umfassendere Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien einzubetten.

## 5.2 Limitationen

Mit der vorliegenden Studie wurden Effekte der Art der Kommunikation auf Wissen und Verhaltensabsichten untersucht. Hierbei wurde eine partizipative Entscheidungshilfe mit einer persuasiven Gesundheitsbotschaft und zwei Kontrollbedingungen verglichen, um Ergebnisse über alle Gruppen hinweg analysieren zu können. Diese Ergebnisse sollten jedoch unter konzeptionellen sowie methodischen Limitationen betrachtet werden. Diese ergeben sich sowohl aus der Konzeption des Forschungsdesigns, sowie aus äußeren Einflüssen.

Eine zentrale Limitation der vorliegenden Arbeit besteht darin, dass nicht das tatsächliche Verhalten der Teilnehmenden, sondern lediglich deren Verhaltensabsichten erhoben wurden.

Für die Forschungsfrage wäre insbesondere relevant gewesen, ob die Befragten infolge der Gesundheitsbotschaften tatsächlich eine Darmkrebs-Vorsorgeuntersuchung durchführen lassen. Aufgrund begrenzter zeitlicher und organisatorischer Ressourcen konnte das reale Verhalten jedoch nicht erfasst werden. Eine Messung des tatsächlichen Vorsorgeverhaltens hätte ein Studiendesign erfordert, bei dem die Teilnehmenden erst mehrere Monate nach der experimentellen Manipulation erneut befragt werden, um festzustellen, ob eine Vorsorgeuntersuchung tatsächlich durchgeführt wurde. Dies hätte den Rahmen der vorliegenden Arbeit überschritten. Stattdessen wurde erhoben, ob grundsätzlich die Absicht besteht, eine Darmkrebs-Vorsorgeuntersuchung durchführen zu lassen. Verhaltensabsichten gelten jedoch innerhalb der Theory of Reasoned Action als die wichtigsten unmittelbaren Prädiktoren tatsächlichen Verhaltens (Fishbein & Ajzen, 2010, S. 50f), weshalb ihre Erhebung dennoch einen relevanten Hinweis auf potentielle Effekte liefert.

Bei der Konzeption des Studiendesigns kann an dieser Stelle noch eine weitere Einschränkung diskutiert werden. So wurde im Zuge der Studie das Wissen der Teilnehmenden ausschließlich nach der Rezeption der jeweiligen Gesundheitsbotschaft abgeprüft. Dadurch kann nicht mit vollständiger Sicherheit ausgeschlossen werden, dass Unterschiede in den Wissens-Scores zumindest teilweise auf bereits bestehenden Wissensunterschiede zwischen den Teilnehmer\*innen zurückzuführen sind. Es ist somit möglich, dass einzelne Personen unabhängig von der jeweiligen experimentellen Bedingung bereits mit einem höheren Vorwissen zur Darmkrebsprävention in die Studie gestartet sind und deshalb höhere Wissenswerte erzielten. Eine zusätzliche Erhebung vor der experimentellen Manipulation hätte es ermöglicht, Veränderungen des Wissensstands präziser zu erfassen und Effekte eindeutiger auf die experimentelle Manipulation zurückzuführen. Es sei jedoch angemerkt, dass im Rahmen des experimentellen Designs eine Randomisierung der Teilnehmenden auf die verschiedenen Gruppen vorgenommen wurde. Dadurch sollte sichergestellt werden, dass sich potentielle Unterschiede im Vorwissen möglichst gleichmäßig auf die Untersuchungsbedingungen verteilen und systematische Verzerrungen reduziert werden.

Hinsichtlich der externen Validität des Erhebungsinstruments muss an dieser Stelle auch auf die soziale Erwünschtheit hingewiesen werden. Da es sich bei der vorliegenden Studie um ein Online-Experiment handelte und kein direkter Kontakt zu Versuchsleiter\*innen bestand, ist das Risiko der sozialen Erwünschtheit geringer. Dennoch können auch in eben jenem Setting Verzerrungen aufgrund sozialer Erwünschtheit nicht ausgeschlossen werden.

Auch bezüglich der Stichprobe ergeben sich einige Limitationen. Zunächst könnte argumentiert werden, dass die Stichprobengröße von  $N = 209$  nicht vollständig der ursprünglich angestrebten Größe entspricht. Die im Vorfeld durchgeführte a-priori Poweranalyse ergab bei einer angenommenen Teststärke von  $1 - \beta = .90$  eine erforderliche Stichprobengröße von 232 Teilnehmer\*innen. Dieses Ziel wurde nicht vollständig erreicht. Allerdings hätte bei einer häufig verwendeten Teststärke von  $1 - \beta = .80$  bereits eine Stichprobe von 180 Personen ausgereicht. In Anbetracht der zeitlichen und organisatorischen Ressourcen der Studie genügt die vorliegende Studie den Anforderungen (Lakens, 2022, S. 5f). Darüber hinaus handelt es sich um eine Gelegenheitsstichprobe, die überwiegend im persönlichen Umfeld der Studienautorin rekrutiert wurde. Dahingehend ist die Repräsentativität der Stichprobe eingeschränkt. Insbesondere waren weibliche sowie formal hochgebildete Personen überrepräsentiert. Die Ergebnisse lassen sich daher nur eingeschränkt auf die Gesamtbevölkerung übertragen, es kann nicht ausgeschlossen werden, dass Personen mit anderen demografischen Merkmalen Gesundheitsbotschaften anders wahrgenommen oder bewertet hätten. Zukünftige Studien sollten daher untersuchen ob sich die vorliegenden Ergebnisse auch in diverseren und repräsentativeren Stichproben bestätigen lassen.

Zusätzlich mussten bei der Konzeption der Stimulus-Materialien Einschränkungen in Kauf genommen werden. Für die vorliegende Studie wurden fiktive Gesundheitskampagnen bzw. eigens erstellte Stimulus-Materialien verwendet. Der Einsatz eben jener Stimulus-Materialien bot den Vorteil einer hohen internen Validität, da sich die verschiedenen Stimuli weitgehend ausschließlich im Inhalt unterscheiden. Layout und Gestaltung wurden über alle Stimulus-Materialien hinweg konsistent gehalten. Dies ging jedoch mit einer eingeschränkten externen Validität einher, da keine realen Gesundheitskampagnen untersucht wurden. Allerdings orientierten sich die entwickelten Materialien eng an bestehenden Gesundheitskampagnen etablierter Institutionen. Sämtliche Inhalte basierten auf realen Informationsquellen. Die partizipative Entscheidungshilfe wurde in Anlehnung an eine partizipative Entscheidungshilfe zur Darmkrebsprävention der University of Colorado erstellt (vgl. Matlock et al., 2023). Die persuasive Gesundheitsbotschaft orientiert sich an der Gesundheitskampagne zur Darmkrebsvorsorge der Ärztekammer Wien (vgl. Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien, o. J.), während die Inhalte der beiden Kontrollbedingungen auf Fact Sheets der WHO basierten (vgl. World Health Organisation, 2024; World Health Organization, 2023). So konnte eine hohe interne Validität durch die Konstanthaltung der Gestaltung gewährleistet werden, während realitätsnahe Stimulus-Materialien verwendet wurden.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die unterschiedlichen Kommunikationsformen nicht vollständig trennscharf voneinander abgegrenzt werden können. Die Grenzen zwischen partizipativer und persuasiver Gesundheitskommunikation sind in der praktischen Umsetzung häufig fließend, wodurch eine vollkommen eindeutige Zuordnung einzelner Kommunikationsinhalte nur eingeschränkt möglich ist. Zwar wurden insbesondere in beiden Versuchsgruppen gezielt typische Merkmale partizipativer bzw. persuasiver Kommunikation integriert, eine vollständige Trennung der Ansätze lässt sich jedoch auch im experimentellen Kontext kaum realisieren. Nichtsdestotrotz unterscheiden sich die Stimuli in zentralen Merkmalen der Kommunikationslogik. So wurde ausschließlich in der partizipativen Entscheidungshilfe hervorgehoben, dass auch die Nicht-Teilnahme an der Darmkrebsvorsorge eine legitime Entscheidung sein kann. Die persuasive Gesundheitsbotschaft stellte zwar mehrere Behandlungsoptionen dar, fokussierte sich im weiteren Verlauf jedoch ausschließlich auf die Koloskopie, welche von der Ärztekammer Wien als „Goldstandard“ der Darmkrebsprävention bezeichnet wird (Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien, o. J.). So sollte gewährleistet werden, unterschiedliche Kommunikationsformen trotz fließender Übergänge möglichst klar voneinander abzugrenzen.

## 6 Fazit und Ausblick

„Unsere Studie zeigt, dass die Art der Kommunikation selbst ein Risikofaktor sein kann“, sagt die Psychologin Alina Schneider gegenüber dem ORF in einem Interview (ORF science, 2026) zu einer aktuell erschienenen Studie, welche Auswirkungen der Gesundheitskommunikation auf die Impfzögerlichkeit untersuchte (Böhm et al., 2026). Die Art und Weise wie Gesundheitsbotschaften kommuniziert werden, erscheint aus dieser Perspektive ein wichtiger Faktor, um Gesundheitsinformationen erfolgreich an das Zielpublikum zu übermitteln. Ziel der vorliegenden Arbeit war es somit, zu analysieren, wie sich verschiedene Kommunikationsformen bei präventiven Informationsangeboten zur Darmkrebsprävention auf Patient\*innen auswirken. Hierbei galt es Effekte auf zwei zentrale Outcome-Variablen zu untersuchen: das Wissen und die Verhaltensabsichten der Befragten. Das Wissen der Patient\*innen und die Aufklärung eben jener sind zentral im Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung, welches in der aktuellen Debatte die ideale Ärzt\*innen-Patient\*innen Beziehung darstellt (Bieber et al., 2016, S. 195). Hierbei sollen Patient\*innen entsprechend informiert und aufgeklärt werden, um in Übereinstimmung mit ihren Werten und Vorstellungen evidenz-basierte Entscheidungen treffen zu können (O'Connor et al., 2007, S. 717). Für die vorliegende Arbeit wurde somit angenommen, dass das Wissen der Befragten steigt, wenn sie eine partizipative Entscheidungshilfe erhalten im Vergleich zu dem Wissen der Befragten, welche eine persuasive Gesundheitsbotschaft oder eine der zwei Kontrollbedingungen erhielten. Ambivalenter sind die Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung hinsichtlich der zweiten Outcome-Variable der vorliegenden Studie: den Verhaltensabsichten der Patient\*innen. Die Studienlage ist hierbei noch nicht eindeutig (vgl. Perestelo-Perez et al., 2019; Schroy et al., 2012; Stacey et al., 2024; Steckelberg et al., 2011; Trevena et al., 2008; Volk et al., 2016). Daher sollte mit der vorliegenden Arbeit analysiert werden, inwiefern eine Partizipative Entscheidungsfindung die Verhaltensabsichten der Befragten beeinflussen kann.

Insgesamt deuteten die Ergebnisse der vorliegenden Studie darauf hin, dass partizipative Entscheidungshilfen ein hohes Potential bergen, das Wissen von Patient\*innen positiv zu beeinflussen. Die Befunde legen nahe, dass sich die partizipative Entscheidungshilfe am besten eignet, um Informationen und Wissen zu transportieren. Befragte, welche eine partizipative Entscheidungshilfe erhielten, erzielten die höchsten Wissens-Scores im Vergleich zu jenen Befragten in den anderen Experimentalgruppen. Die Befunde bestätigen vorangegangene Studien (vgl. Perestelo-Perez et al., 2019; Schroy et al., 2012; Steckelberg et

al., 2011; Trevena et al., 2008) und zeigen somit einmal mehr auf, dass Patient\*innen durch Aufklärung und Informationen autonome und selbstbestimmte Entscheidungen treffen können. Ergebnisse hinsichtlich der Verhaltensabsichten sind unklarer und spiegeln die ambivalente Studienlage wider (vgl. Perestelo-Perez et al., 2019; Schroy et al., 2012; Stacey et al., 2024; Steckelberg et al., 2011; Trevena et al., 2008; Volk et al., 2016). Befragte, welche eine partizipative Entscheidungshilfe erhielten, wussten zwar signifikant mehr hinsichtlich der Darmkrebsprävention, dies hatte jedoch keine Effekte auf die Verhaltensabsichten der Befragten. Diese Diskrepanz zwischen Wissen und Verhalten wird in der Wissenschaft unter dem Begriff des „Knowledge-Behavior-Gaps“ stark beforscht (Hornik, 1989, S. 113). Faktoren für eine Kluft zwischen Wissen und Verhaltens(-absichten) sind vielschichtig, ein Faktor könnte die fehlende Health Literacy bzw. fehlende Gesundheitskompetenzen der Patient\*innen sein (Wicher et al., 2026, S. 8). Da eben jene in Österreich vergleichsweise niedrig ist (Sørensen et al., 2015, S. 1055), könnte dies eine mögliche Erklärung für die Befunde dieser Arbeit sein. Eine Förderung der Gesundheitskompetenz in Österreich könnte somit dazu beitragen, dass Patient\*innen nicht nur Wissen über die Darmkrebsprävention erwerben, sondern auch die persönliche Relevanz und den Nutzen von Vorsorgeuntersuchungen besser verstehen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit verdeutlichen zugleich die Herausforderungen einer erfolgreichen Gesundheitskommunikation. Während die Partizipative Entscheidungsfindung das Wissen und die informierte, aufgeklärte Entscheidungsfindung der Patient\*innen fördern kann, muss nichtsdestotrotz hinterfragt werden, wie Gesundheitsbotschaften gestaltet werden müssen, wenn gesellschaftliche Gesundheitsziele – wie etwa eine steigende Inanspruchnahme der Darmkrebsvorsorge – erreicht werden sollen. Aus einer Public Health-Perspektive kann so die Frage gestellt werden, ob eine persuasive Kommunikationsstrategie gerechtfertigt sein kann, sofern gesundheitliche Risiken reduziert und Erkrankungen frühzeitig erkannt werden können (Volk et al., 2016, S. 788). Jedoch sollte an dieser Stelle erwähnt werden, dass Befunde dieser Arbeit verdeutlichen, dass Gesundheitskommunikation nicht ausschließlich anhand kurzfristiger Verhaltensänderungen bewertet werden sollte. Ebenso relevant erscheinen die Förderung der Gesundheitskompetenz und eine informierte, evidenzbasierte Entscheidungsfindung, um der Patient\*innen-Autonomie gerecht zu werden. Somit bewegt sich die Gesundheitskommunikation in einem Spannungsfeld zwischen Zielen des Public Health-Bereichs und dem Anspruch, Patient\*innen selbstbestimmte Entscheidungen zu ermöglichen.

Gleichzeitig gilt es, die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit im Kontext konzeptioneller und methodischer Limitationen zu betrachten. Es handelt sich bei den Befunden der vorliegenden Arbeit um Ergebnisse aus einem experimentellen Setting und keiner realen Kommunikationssituation. Für das Experiment wurden keine realen Gesundheitskampagnen verwendet. Zudem ist eine trennscharfe Unterscheidung der Kommunikationsformen nicht möglich. Während es zwar typische Merkmale einzelner Modelle der Entscheidungsfindung gibt, sind die Grenzen fließend. Außerdem ist eine Generalisierung der Ergebnisse der vorliegenden Studie nicht ratsam. Bei der Stichprobe der Studie handelt es sich um eine zum Großteil weibliche, gut gebildete Gruppe der Bevölkerung. Um umfassendere Aussagen treffen zu können, wäre eine Wiederholung der Studie mit einer repräsentativeren, diverseren Stichprobe sinnvoll. Zuletzt soll auch an dieser Stelle erneut angemerkt werden, dass für die vorliegende Studie Verhaltensabsichten untersucht wurden, das tatsächliche Verhalten der Studienteilnehmer\*innen wurde nicht erhoben oder analysiert.

Daraus ergeben sich zugleich Ansatzpunkte für zukünftige Forschung. Neben einer Wiederholung mit einer diverseren Stichprobe, sollten auch langfristige Effekte der unterschiedlichen Kommunikationsformen in Hinblick auf die Darmkrebsprävention untersucht werden. Hier könnten nicht nur Verhaltensabsichten, sondern auch das tatsächliche Verhalten der Studienteilnehmenden analysiert werden. Außerdem könnten reale Gesundheitskampagnen in einem experimentellen Setting verglichen werden. Dabei sei jedoch angemerkt, dass hier auf eine hohe interne Validität geachtet werden müsste, um Effekte tatsächlich auf Unterschiede in den Kommunikationsformen zurückführen zu können. Zuletzt könnten zusätzliche Faktoren erhoben werden, um Aufschluss darüber geben zu können, weshalb sich das höhere Wissen nicht in erhöhten Verhaltensabsichten zur Darmkrebsvorsorge niederschlägt. Insbesondere für Österreich wäre die Erhebung der Health Literacy der Befragten von Interesse. So könnte analysiert werden, ob geringere Gesundheitskompetenzen dafür verantwortlich ist, dass neues Wissen nicht automatisch auch für die persönliche Situation bewertet wird und entsprechend gehandelt wird.

Die vorliegende Arbeit zeigt somit, dass Gesundheitskommunikation weit über die reine Vermittlung medizinischer Informationen hinausgeht. Die Art und Weise, wie Gesundheitsbotschaften formuliert werden, beeinflusst nicht nur Wissen und Verhaltensabsichten, sondern auch die Möglichkeit von Patient\*innen, informierte und selbstbestimmte Entscheidungen über ihre eigene Gesundheit treffen zu können. Vor dem Hintergrund sich ändernder Anforderungen an die Ärzt\*innen-Patient\*innen-Kommunikation

gewinnt die Frage nach einer verantwortungsvollen Gestaltung von Gesundheitskommunikation zunehmend an Bedeutung. Die Förderung informierter und evidenzbasierter Entscheidungen könnte dabei langfristig einen zentralen Beitrag zu einer patient\*innenorientierten Gesundheitsversorgung leisten.

# Literaturverzeichnis

- Arendt, F., & Matthes, J. (2017). Media Effects: Methods of Hypothesis Testing. In *The International Encyclopedia of Media Effects* (4. Aufl.). Wiley Blackwell.
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behavior: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40, 471–499.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman.
- Baron, R. C., Rimer, B. K., Breslow, R. A., Coates, R. J., Kerner, J., Melillo, S., Habarta, N., Kalra, G. P., Chattopadhyay, S., Wilson, K. M., Lee, N. C., Mullen, P. D., Coughlin, S. S., & Briss, P. A. (2008). Client-Directed Interventions to Increase Community Demand for Breast, Cervical, and Colorectal Cancer Screening. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(1), S34–S55. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.04.002>
- Berner Institut für Hausarztmedizin. (o. J.). *Darmkrebs-Früherkennung*. Universität Bern. Abgerufen 24. April 2026, von [https://www.biham.unibe.ch/entscheidungshilfen/praevention/colon\\_ca/index\\_ger.htm](https://www.biham.unibe.ch/entscheidungshilfen/praevention/colon_ca/index_ger.htm)
- 1
- Bieber, C., Gschwendtner, K., Müller, N., & Eich, W. (2016). Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) – Patient und Arzt als Team. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 66(05), 195–207. <https://doi.org/10.1055/s-0042-105277>
- Böcken, J., Braun, B., & Meierjürgen, R. (2014). *Gesundheitsmonitor 2014* (1. Aufl.). Bertelsmann Stiftung.
- Böhm, R., Schneider, A., Betsch, C., & Lilleholt, L. (2026). CDC communication undermines trust in vaccines. *Science*, 392(6797), 475–477.

- Brosius, H.-B., Haas, A., & Unkel, J. (2012). *Methoden der empirischen Kommunikationsforschung, Studienbücher zur Kommunikations- und Medienwissenschaft*. Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien.
- Büro Studienpräses. (2018). *Anleitung zur studentischen sozialwissenschaftlichen Forschung: Auswirkungen der DSGVO für die Praxis*. Universität Wien.  
[https://studienpraeses.univie.ac.at/fileadmin/user\\_upload/p\\_studienpraeses/Studienpraeses\\_Neu/Studienpraeses\\_Intern/2018\\_12\\_14Auswirkungen\\_fuer\\_die\\_Praxis\\_der\\_studentischen\\_sozialwissenschaftlichen\\_Forschung.pdf](https://studienpraeses.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/p_studienpraeses/Studienpraeses_Neu/Studienpraeses_Intern/2018_12_14Auswirkungen_fuer_die_Praxis_der_studentischen_sozialwissenschaftlichen_Forschung.pdf)
- Canva. (o. J.). *About*. Abgerufen 28. April 2026, von <https://www.canva.com/about/>
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*, 44(5), 681–692. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00221-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00221-3)
- Chewning, B., Bylund, C. L., Shah, B., Arora, N. K., Gueguen, J. A., & Makoul, G. (2012). Patient preferences for shared decisions: A systematic review. *Patient education and counseling*, 86(1).
- Damhus, C. S., Byskov Petersen, G., Ploug, T., & Brodersen, J. (2018). Informed or misinformed choice? Framing effects in a national information pamphlet on colorectal cancer screening. *Health, Risk & Society*, 20(5–6), 241–258. <https://doi.org/10.1080/13698575.2018.1499877>
- De Looper, M., Damman, O., Smets, E., Timmermans, D., & Van Weert, J. (2020). Adapting Online Patient Decision Aids: Effects of Modality and Narration Style on Patients' Satisfaction, Information Recall and Informed Decision Making. *Journal of Health Communication*, 25(9), 712–726. <https://doi.org/10.1080/10810730.2020.1840674>
- Dobbinson, S. J., Wakefield, M. A., Jansen, K. M., Herd, N. L., Spittal, M. J., Lipscomb, J. E., & Hill, D. J. (2008). Weekend Sun Protection and Sunburn in Australia. *American*

- Journal of Preventive Medicine*, 34(2), 94–101.  
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.09.024>
- Durkin, S., Broun, K., Guerin, N., Morley, B., & Wakefield, M. (2020). Impact of a mass media campaign on participation in the Australian bowel cancer screening program. *Journal of Medical Screening*, 27(1), 18–24. <https://doi.org/10.1177/0969141319874372>
- Elwyn, G., Edwards, A., & Kinnersley, P. (1999). Shared decision-making in primary care: The neglected second half of the consultation. *British Journal of General Practice*, 49, 477–482.
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361–1367. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6>
- Elwyn, G., Laitner, S., Coulter, A., Walker, E., Watson, P., & Thomson, R. (2010). Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ*, 341(c5146), 1–4. <https://doi.org/10.1136/bmj.c5146>
- Elwyn, G., O'Connor, A., Stacey, D., & Volk, R. (2006). Developing a quality criteria framework for patient decision aids: Online international Delphi consensus process. *BMJ*, 333(7565), 1–6. <https://doi.org/10.1136/bmj.38926.629329.AE>
- Emanuel J., E., & Emanuel, L. L. (1992). Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA*, 267(17).
- European Cancer Organisation. (o. J.). *European code of cancer practice*. Abgerufen 23. April 2026, von <https://www.europeancancer.org/content/european-code-of-cancer-practice>
- European Commission. (2007). *Together for Health. A Strategic Approach for the EU 2008—2012*. European Comission.
- Field, A., Miles, J., & Field, Z. (2012). *Discovering Statistics using R*. SAGE Publications Inc.

- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. Psychology Press, Taylor & Francis Group.
- Gadd, N., Lee, S., Sharman, M. J., & Obamiro, K. (2024). Educational interventions to improve bowel cancer awareness and screening in Organisation for Economic Co-operation and Development countries: A scoping review. *Preventive Medicine Reports*, 39. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2024.102653>
- Härter, M. (o. J.). Shared decision making – from the point of view of patients, physicians and health politics is set in place. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 98(2), 89–92.
- Hermans, J., Kuijten, G., Vandeborne, L., Rombauts, K., Buyens, G., Bollue, M., Deroost, P., Huys, I., & Janssens, R. (2025). Information Service “My Cancer Navigator” to Support Shared Decision-Making: An Online Survey Among Patients with Cancer and Their Caregivers. *Journal of Health Communication*, 30(1–3), 82–92. <https://doi.org/10.1080/10810730.2025.2450618>
- Holden, C. E., Wagland, R., Harle, A., & Wheelwright, S. (2024). The experiences and decision making of patients with incurable cancer and health literacy difficulties. *PLOS ONE*, 19(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0309104>
- Hornik, R. (1989). The knowledge-behavior gap in public information campaigns: A development communication view. In *Information campaigns: Balancing social values and social change* (Bd. 18). Sage Annual Reviews of Communication Research.
- Hornik, R., & Yanovitzky, I. (2003). Using Theory to Design Evaluations of Communication Campaigns: The Case of the National Youth Anti-Drug Media Campaign. *Communication Theory*, 13(2), 204–224. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2885.2003.tb00289.x>

- IARC. (2019). *Colorectal cancer screening*. International Agency for Research on Cancer, World Health Organization.
- Joseph-Williams, N., Newcombe, R., Politi, M., Durand, M.-A., Sivell, S., Stacey, D., O'Connor, A., Volk, R. J., Edwards, A., Bennett, C., Pignone, M., Thomson, R., & Elwyn, G. (2014). Toward Minimum Standards for Certifying Patient Decision Aids: A Modified Delphi Consensus Process. *Medical Decision Making*, 34(6), 699–710. <https://doi.org/10.1177/0272989X13501721>
- Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien. (o. J.). *Darmkrebsvorsorge*. Abgerufen 20. April 2026, von <https://www.aekwien.at/darmkrebsvorsorge>
- Kammer für Ärztinnen und Ärzte in Wien. (2025). *Wie Österreich darmkrebsfrei werden kann*. [https://www.aekwien.at/pressekonferenzen/-/asset\\_publisher/dwFaXtW3IYQX/content/wie-%C3%B6sterreich-darmkrebsfrei-werden-kann](https://www.aekwien.at/pressekonferenzen/-/asset_publisher/dwFaXtW3IYQX/content/wie-%C3%B6sterreich-darmkrebsfrei-werden-kann)
- Kehl, K. L., Landrum, M. B., Arora, N. K., Ganz, P. A., Van Ryn, M., Mack, J. W., & Keating, N. L. (2015). Association of Actual and Preferred Decision Roles With Patient-Reported Quality of Care: Shared Decision Making in Cancer Care. *JAMA Oncology*, 1(1), 50. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2014.112>
- Kickbusch, I., Pelikan, J., Apfel, F., & Agis, T. (2013). *Health Literacy: The Solid Facts* (1. Aufl.). World Health Organisation Regional Office for Europe.
- Kim, J., Whitney, A., Hayter, S., Lewis, C., Campbell, M., Sutherland, L., Fowler, B., Googe, S., McCoy, R., & Pignone, M. (2005). Development and initial testing of a computer-based patient decision aid to promote colorectal cancer screening for primary care practice. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6947-5-36>

- Lakens, D. (2022). Sample Size Justification. *Collabra: Psychology*, 8(1).  
<https://doi.org/10.1525/collabra.33267>
- Légaré, F., Ratté, S., Gravel, K., & Graham, I. D. (2008). Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: Update of a systematic review of health professional's perceptions. *Patient Education and Counseling*, 73.
- Levine, M. N., Gafni, A., Markham, B., & MacFarlane, D. (1992). A bedside decision instrument to elicit a patient's preference concerning adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Annals of internal medicine*, 117(1), 53–58.
- Mackenzie, C. (2008). Relational Autonomy, Normative Authority and Perfectionism. *Journal of Social Philosophy*, 39(4).
- Marcus, A. C., & Crane, L. A. (1998). A Review of Cervical Cancer Screening Intervention Research: Implications for Public Health Programs and Future Research. *Preventive Medicine*, 27(1), 13–31. <https://doi.org/10.1006/pmed.1997.0251>
- Marteau, T. M., Dormandy, E., & Michie, S. (2001). A measure of informed choice. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 4(2), 99–108.
- Matlock, D. D., Lewis, C., Richmond, N., Jenkins, A., Combs, B., & Moles, M. (2023). *A decision aid for Colon Cancer Screening You have options...* University of Colorado. [https://patientdecisionaid.org/wp-content/uploads/2023/09/2023.09.20-Colon-Cancer-DA-\\_paper.pdf](https://patientdecisionaid.org/wp-content/uploads/2023/09/2023.09.20-Colon-Cancer-DA-_paper.pdf)
- McQueen, A., Caburnay, C., Kreuter, M., & Sefko, J. (2019). Improving Adherence to Colorectal Cancer Screening: A Randomized Intervention to Compare Screener vs. Survivor Narratives. *Journal of Health Communication*, 24(2), 141–155.  
<https://doi.org/10.1080/10810730.2019.1587109>

- Muscat, D. M., Cvejic, E., Smith, J., Thompson, R., Chang, E., Tracy, M., Zadro, J., Linder, R., & McCaffery, K. (2025). Equity in Choosing Wisely and beyond: The effect of health literacy on healthcare decision-making and methods to support conversations about overuse. *BMJ Quality & Safety*, 34(4), 213–222. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2024-017411>
- Nagy-Pénzes, G., Vincze, F., Sándor, J., & Bíró, É. (2020). Does Better Health-Related Knowledge Predict Favorable Health Behavior in Adolescents? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph17051680>
- NHS England. (o. J.). *About shared decision making*. Abgerufen 22. April 2026, von <https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/shared-decision-making/about/>
- NHS Patient Survey Programme. (2025). *Adult inpatient survey 2024* [Datensatz]. <https://www.cqc.org.uk/publications/surveys/adult-inpatient-survey>
- O'Connor, A., Elwyn, G., Holmes-Rovner, M., Barry, M., Coulter, A., Moumjid, N., Llewellyn-Thomas, H., O'Kane, M., Thomson, R., Stacey, D., & Whelan, T. (2005). *IPDAS 2005: Criteria for Judging the Quality of Patient Decision Aids*.
- O'Connor, A., Wennberg, J. E., Legare, F., Llewellyn-Thomas, H. A., Moulton, B. W., Sepucha, K. R., Sodano, A. G., & King, J. S. (2007). Toward The „Tipping Point“: Decision Aids and Informed Patient Choice. *Health Affairs*, 26(3).
- OECD & European Commission. (2025). *Länderprofile Krebs: Österreich 2025*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/fl856ead-de>
- ORF science. (2026). *Geänderte Kommunikation fördert Impfskepsis*. ORF. <https://science.orf.at/stories/3235350>
- Ottawa Health Research Institute. (2025). *A to Z Inventory of Patient Decision Aids*. <https://decisionaid.ohri.ca/azinvent.php>

- Parsons, T. (1951). *The Social System*. The Free Press of Glencoe.
- Penz, D., Waldmann, E., Hackl, M., Jiricka, L., Rockenbauer, L. M., Gessl, I., Zessner-Spitzenberg, J., Ferlitsch, A., Trauner, M., & Ferlitsch, M. (2023). Colorectal Cancer and Precursor Lesion Prevalence in Adults Younger Than 50 Years Without Symptoms. *JAMA Network Open*, (6).
- Perestelo-Perez, L., Rivero-Santana, A., Torres-Castaño, A., Ramos-Garcia, V., Alvarez-Perez, Y., Gonzalez-Hernandez, N., Buron, A., Pignone, M., & Serrano-Aguilar, P. (2019). Effectiveness of a decision aid for promoting colorectal cancer screening in Spain: A randomized trial. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12911-019-0739-6>
- Pignone, M., Harris, R., & Kinsinger, L. (2025). Videotape-Based Decision Aid for Colon Cancer Screening: A Randomized, Controlled Trial. *Annals of Internal Medicine*, 133(10), 761–769.
- PubMed. (2025). *About PubMed* [Datensatz]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>.
- Rimal, R. N. (2000). Closing the Knowledge-Behavior Gap in Health Promotion: The Mediating Role of Self-Efficacy. *Health Communication*, 12(3), 219–237. [https://doi.org/10.1207/S15327027HC1203\\_01](https://doi.org/10.1207/S15327027HC1203_01)
- Ruffin IV, M. T., Feters, M. D., & Jimbo, M. (2007). Preference-based electronic decision aid to promote colorectal cancer screening: Results of a randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 56, 267–273.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55(1).
- Savage, R., & Armstrong, D. (1990). Effect of a general practitioner's consulting style on patient satisfaction: A controlled Study. *BMJ*, 301.

- Schrager, S., Yogendran, L., Wakefield, H., & Christensen, L. (2025). Shared Decision Making in Colorectal Cancer Screening: A Scoping Review. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 38(4), 635–660. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2024.240424R1>
- Schroy, P. C., III, Emmons, K. M., Peters, E., Glick, J. T., Robinson, P. A., Lydotes, M. A., Mylvaganam, S. R., Coe, A. M., Chen, C. A., Chaisson, C. E., Pignone, M. P., Prout, M. N., Davidson, P. K., & Heeren, T. C. (2012). Aid-Assisted Decision Making and Colorectal Cancer Screening: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 43(6), 573–583. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.08.018>
- Sligo, F. X., & Jameson, A. M. (2000a). The knowledge-behavior gap in use of health information. *Journal of the American Society for Information Science*, 51(9), 858–869. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4571\(2000\)51:9%3C858::AID-ASI80%3E3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4571(2000)51:9%3C858::AID-ASI80%3E3.0.CO;2-Q)
- Sligo, F. X., & Jameson, A. M. (2000b). The knowledge-behavior gap in use of health information. *Journal of the American Society for Information Science*, 51(9), 858–869. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4571\(2000\)51:9%3C858::AID-ASI80%3E3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4571(2000)51:9%3C858::AID-ASI80%3E3.0.CO;2-Q)
- Smith, S. K., Trevena, L., Simpson, J. M., Barratt, A., Nutbeam, D., & McCaffery, K. J. (2010). A decision aid to support informed choices about bowel cancer screening among adults with low education: Randomised controlled trial. *BMJ*, 341(oct26 2). <https://doi.org/10.1136/bmj.c5370>
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agraftotis, D., Ueters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., Broucke, S. V. D., & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>

SoSci Survey. (o. J.). *SoSci Survey—Der onlineFragebogen*. Abgerufen 29. April 2026, von <https://www.soscisurvey.de/>

Sprengholz, P., Tannert, S., & Betsch, C. (2023). Explaining Boomerang Effects in Persuasive Health Communication: How Psychological Reactance to Healthy Eating Messages Elevates Attention to Unhealthy Food. *Journal of Health Communication*, 28(6), 384–390.

Stacey, D., Légaré, F., Lewis, K., Barry, M. J., Bennett, C. L., Eden, K. B., Holmes-Rovner, M., Llewellyn-Thomas, H., Lyddiatt, A., Thomson, R., & Trevena, L. (2011). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10.

Stacey, D., Lewis, K. B., Smith, M., Carley, M., Volk, R., Douglas, E. E., Pacheco-Brousseau, L., Finderup, J., Gunderson, J., Barry, M. J., Bennett, C. L., Bravo, P., Steffensen, K., Gogovor, A., Graham, I. D., Kelly, S. E., Légaré, F., Sondergaard, H., Thomson, R., ... Trevena, L. (2024). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2024(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub6>

Statistik Austria. (2026a). *Krebsinzidenz nach ausgewählten Lokalisationen und Geschlecht, Österreich ab 1983*.

Statistik Austria. (2026b). *Krebstotalität nach ausgewählten Lokalisationen und Geschlecht, Österreich ab 1983*. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/krebserkrankungen>

Steckelberg, A., Hulfenhaus, C., Haastert, B., & Mühlhauser, I. (2011). Effect of evidence based risk information on „informed choice“ in colorectal cancer screening: Randomised controlled trial. *BMJ*, 342(jun02 1). <https://doi.org/10.1136/bmj.d3193>

- Stewart, M. A. (1995). Effective Physician-Patient Communication and Health Outcomes: A Review. *Canadian Medical Association Journal*, 152(9).
- The Lithuanian Presidency on behalf of the European Union. (2013). *The Vilnius Declaration. All for Action. Sustainable Health Systems for Inclusive Growth in Europe*. The Lithuanian Presidency on behalf of the European Union.
- Trevena, L. J., Irwig, L., & Barratt, A. (2008). Randomized trial of a self-administered decision aid for colorectal cancer screening. *Journal of Medical Screening*, 15(2), 76–82. <https://doi.org/10.1258/jms.2008.007110>
- Universität Wien. (2025). *Guidelines for Ethical Research at the Department of Communication, University of Vienna*. [https://publizistik.univie.ac.at/fileadmin/user\\_upload/publizistik/Dateien/IRB/IRBGuidelines.pdf](https://publizistik.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/publizistik/Dateien/IRB/IRBGuidelines.pdf)
- University of Colorado. (o. J.). *Colon Cancer Screening*. Colorado Program for Patient Centered Decisions. Abgerufen 26. April 2026, von [https://www.patientdecisionaid.org/colon\\_cancer\\_screening/](https://www.patientdecisionaid.org/colon_cancer_screening/)
- Verma, P., Cohen, K., & Berke, E. M. (2022). The Effect of a Shared Decision-Making Process on Acceptance of Colorectal Cancer Screening. *The Annals of Family Medicine*, 20(1), 89–89. <https://doi.org/10.1370/afm.2765>
- Volk, R. J., Linder, S. K., Lopez-Olivo, M. A., Kamath, G. R., Reuland, D. S., Saraykar, S. S., Leal, V. B., & Pignone, M. P. (2016). Patient Decision Aids for Colorectal Cancer Screening. *American Journal of Preventive Medicine*, 51(5), 779–791. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.06.022>
- Wagner, A. D., & Koutstaal, W. (2002). Priming. In *Encyclopedia of the Human Brain* (S. 27–46). Academic Press.

- Wakefield, M. A., Loken, B., & Hornik, R. C. (2010). Use of mass media campaigns to change health behaviour. *The Lancet*, 376, 1261–1271. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60809-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60809-4)
- Wegwarth, O., Kurzenhäuser-Carstens, S., & Gigerenzer, G. (2014). Overcoming the knowledge–behavior gap: The effect of evidence-based HPV vaccination leaflets on understanding, intention, and actual vaccination decision. *Vaccine*, 32(12), 1388–1393. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2013.12.038>
- Whelan, T. J., Levine, M. N., Gafni, A., Lukka, H., Mohide, E. A., Patel, M., & Streiner, D. L. (1995). Breast irradiation postlumpectomy: Development and evaluation of a decision instrument. *Journal of Clinical Oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 13(4), 847–853.
- Wicher, A., Radziwon, M., Borowski, K., Pastuszek, O., Bolesta-Okuniewska, E., Michalak, P., Marchwińska-Pancer, A., Kopeć, K., & Ceryn, J. (2026). Why Health Knowledge Does Not Translate into Health Behavior: Educational and Psychological Perspectives. *Journal of Education, Health and Sport*, 88. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2026.88.68589>
- World Health Organisation. (2024). *Heat and Health*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-heat-and-health>
- World Health Organisation Regional Office for Europe. (2012). *Health 2020. A European Policy Framework Supporting Action Across Government and Society for Health and Well-Being*. World Health Organisation Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2021). *Health promotion glossary of items*. World Health Organization. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/96da8799-4938-4d66-b171-04770ed4b243/content>

World Health Organization. (2023). *Colorectal cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer>

World Health Organization. (2025). *Health literacy*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>

World Health Organization. (2026). *Colorectal Cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer>

Yang, E. F., Shah, D. V., Burnside, E. S., Little, T. A., Garino, N., & Campbell, C. E. (2020). Framing the Clinical Encounter: Shared Decision-Making, Mammography Screening, and Decision Satisfaction. *Journal of Health Communication*, 25(9), 681–691. <https://doi.org/10.1080/10810730.2020.1838003>

# Anhang

## Anhang A: Abstract (deutsch)

Darmkrebs ist weltweit eine der häufigsten krebsbedingten Todesursachen, wobei regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen entscheidend für eine frühzeitige Erkennung sind. Im Gegensatz zum paternalistischen Modell zielt die Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) darauf ab, Patient\*innen aktiv in medizinische Entscheidungen einzubeziehen. Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Effekte unterschiedlicher Kommunikationsformen auf Wissensstände und Verhaltensabsichten zur Darmkrebsprävention zu untersuchen. Hierfür wurde ein experimentelles Studiendesign gewählt, bei welchem Teilnehmende entweder eine partizipative Entscheidungshilfe, eine persuasive Gesundheitsbotschaft oder eine Kontrollbedingung (mit oder ohne Bezug zu Darmkrebs) erhielten. Die Ergebnisse einer einfaktoriellen Varianzanalyse zeigten ein hohes Potential partizipativer Entscheidungshilfen, um das Wissen von Patient\*innen positiv zu beeinflussen. Dieser Wissensanstieg schlug sich jedoch nicht in geänderten Verhaltensabsichten nieder. Gründe für diese Kluft zwischen Wissen und Verhalten können vielschichtig sein und sollten in zukünftigen Studien stärker beforscht werden.

Schlüsselwörter: Darmkrebsprävention, Gesundheitskommunikation, Partizipative Entscheidungsfindung, Gesundheitskompetenz

## Anhang B: Abstract (englisch)

Colorectal cancer is one of the leading causes of cancer-related deaths worldwide, and regular screening is crucial for early detection. In contrast to the paternalistic model, shared decision making aims to actively involve patients in medical decisions. The aim of this study was to investigate the effects of different forms of communication on knowledge levels and behavioral intentions regarding colorectal cancer prevention. An experimental study design was chosen for this purpose, in which participants received either a patient decision aid, a persuasive health message, or a control condition (with or without reference to colorectal cancer). The results of a one-way analysis of variance indicated that patient decision aids have high potential to positively influence patients' knowledge. However, this increase in knowledge did not translate into changed behavioral intentions. The reasons for this gap between knowledge and behavior might be multifaceted and should be further investigated in future studies.

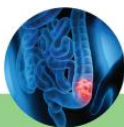
Keywords: colorectal cancer prevention, health communication, shared decision making, health literacy

University of Colorado: Matlock et al., 2023

A decision aid for  
Colon Cancer Screening  
You have options...

This information is for you, if you:

- Are between the ages of 45 to 75
- Are at average risk for colon cancer
- Have not had colon cancer, colon polyps, inflammatory bowel disease, or family history of colon cancer.



### What are my screening options?

Doctors generally recommend a colonoscopy, and a colonoscopy is a very good test. But, some people do not want a colonoscopy. For people who do not want a colonoscopy, there are stool based tests that can be done at home. Colonoscopy may be a little bit better than stool based tests, but it has some risks.

The best test is the one that gets done.

### Why should I get screened?

Screening for colon cancer saves lives. It is important to have a screening test before symptoms begin. With screening, cancer can be caught in the early stages and before it spreads to other parts of the body. In some cases, screening prevents colon cancer. Fortunately, there are other screening options for people who do not want a colonoscopy.

Learn more about these tests and your options in the following pages...



-1-

## Which test is right for me?

Weighing your options:

Weighing your options:



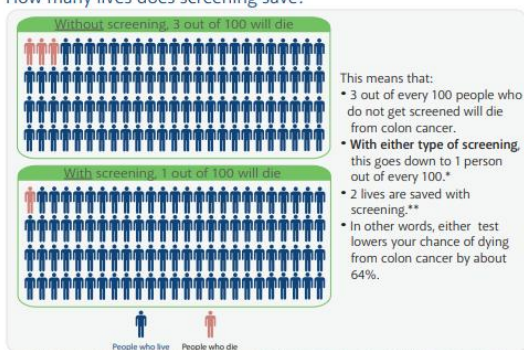
You may decide to have a colonoscopy because...

- » It finds polyps and removes polyps during screening
- » It may not have to be done as frequently as a stool based test.
- » It does not involve you handling your stool

You may decide to have a **stool based test** because...

- » There is no risk of injury
- » It is done at home
- » You don't mind doing a test every 1 to 3 years
- » You are willing to have a colonoscopy if the test is positive

How many lives does screening save?



<sup>1</sup> Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians, Qaseem, A, et al., Screening for Colorectal Cancer in Asymptomatic, Average-Risk Adults: A Guidance Statement from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*. 2019 Nov 5;171(9):643-654. <https://doi.org/10.12688/aim.2019.17196>

3.

## Which type of test is right for me?

Colonoscopy or Stool Based Tests:

|                                                                | Colonoscopy                                                                                                                                                                                                          | Stool Based Tests                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Description of the screening test:                             | <p>Doctor uses a narrow tube to look inside your colon. The doctor will remove any polyps to prevent cancer from developing.</p>  | <p>You will collect a small stool sample to be tested for <b>signs of blood</b>.</p>  |
| Preparation for the screening test:                            | You drink medication that cleans out your colon the night before the test. This causes loose stool, gas, bloating, and a need to go to the bathroom more often.                                                      | There is no preparation needed.                                                                                                                                          |
| Location of the screening test:                                | In the doctor's office.                                                                                                                                                                                              | At home.                                                                                                                                                                 |
| How long the screening test takes:                             | Less than 1 hour. After the test, you will need the rest of the day to recover. Some people need several days to recover completely.                                                                                 | Less than 5 minutes.                                                                                                                                                     |
| Requires help from family or friend on the screening test day: | Yes, you will be given medication to help you relax. This means you will need someone to drive you home after the test.                                                                                              | No.                                                                                                                                                                      |
| What the screening test finds:                                 | Polyps and colon cancer.                                                                                                                                                                                             | Signs of blood in your stool, which can be from polyps or colon cancer.                                                                                                  |
| What the screening test may find other than cancer:            | Polyps that are not cancer.                                                                                                                                                                                          | The test may show blood when nothing is wrong.                                                                                                                           |
| How often you need the screening test:                         | Every 10 years, if no polyps are found. Every 5-7 years if polyps are found.                                                                                                                                         | Every 1 to 3 years depending on which test, <b>if no signs of blood</b> are found.                                                                                       |
| Will I need follow up after the test?                          | No.                                                                                                                                                                                                                  | Yes, if the test finds blood, you will need a colonoscopy. Every year, about 7% out of 100 people tested will need a follow-up colonoscopy.                              |
| Reduces risk of death from colon cancer?                       | Yes, if you complete regular screenings.                                                                                                                                                                             | Yes, if you complete the tests on schedule.                                                                                                                              |
| Chance of injury from the screening test:                      | Out of 1,000 colonoscopies done: 21** people will have complications requiring hospitalization. Very rarely, someone may die from complications.                                                                     | There is no risk of injury from the stool based tests.                                                                                                                   |

\*Attendance and yield over three rounds of population-based fecal immunochemical test screening. Koshiro, A. et al. *Am J Gastroenterol* 2014 Apr; 109:1202

<sup>††</sup>Estimation of Benefits, Burden, and Harms of Colorectal Cancer Screening Strategies: Modeling Study for the US Preventive Services Task Force. Knudsen, AB, et al. JAMA. 2016 Jun 21;315(25):2595-604.

## What are the next steps?

If you know which choice is best for you:

- |                                     |                                             |                                                         |
|-------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | If you know you will get a colonoscopy.     | Call your doctor to schedule a colonoscopy.             |
| <input checked="" type="checkbox"/> | If you know you will get a stool blood test | Call your doctor to request to have a stool based test. |

Still not sure?

Screening is important for everyone, but not everyone has the same questions or concerns. Use the space below to write down questions or concerns you may have and want to discuss with your doctor. Bring these to your next appointment.

My questions and concerns are:

[illegible]

<https://patientdecisionaid.org>



Copyright © 2023 by The Regents of the University of Colorado on behalf of its employees: Daniel D Mallick MD MPH, Carmen Lewis MD, Nicole Richardson MPP, Amy Jenkins MS, Corbin Brandon MD, and Mohan Mallick MD. This work was supported through "17C3690-0001 and the Patient-Centered Outcomes Research Institute [PICO]011-01". Conflicts of Interest: Mallick - None. Hearing level: 8.5. Last Update 7/6/2023. Contact: 303-724-6060 or jaym@kenyon.com/kennedy.com. Some rights reserved. No part of this publication may be used in any manner without written permission from the copyright owner. All other rights are reserved. This publication is intended solely for personal use of the individual user and is not to be disseminated broadly. Reproduction or distribution of this publication without prior written permission from the publisher and/or copyright holder(s) is prohibited. The University of Colorado at Boulder does not warrant the accuracy or completeness of the information provided herein. User shall remain liable for any damages resulting from his reliance on the information. The content is solely the responsibility of the authors and does not necessarily represent the official views of funding agencies (NIH, PCORI) or the medical profession. The material provided on this infographic is intended for informational purposes only and is not provided as medical advice. Any individual should consult with his or her own physician before determining whether a left ventricular assist device is right for him or her. This work is licensed under a Creative Commons Attribution, Non-



4

## Anhang D: Stimulus-Material Versuchsgruppe 1 (partizipative Entscheidungshilfe)

# DAMKREBSVORSORGE ES GIBT OPTIONEN...



### WARUM SOLLTE ICH MICH UNTERSUCHEN LASSEN?

Eine Darmkrebs-Vorsorgeuntersuchung kann Leben retten. Durch die Vorsorgeuntersuchung kann Krebs im Frühstadium erkannt werden. Ältere Personen (ab 45 Jahren) sind besonders gefährdet, an Darmkrebs zu erkranken.

### WELCHE VORSORGEUNTERSUCHUNGEN STEHEN MIR ZUR VERFÜGUNG?

Mediziner\*innen empfehlen in der Regel eine Koloskopie (= Darmspiegelung). Für Menschen, die keine Koloskopie durchführen lassen möchten, gibt es Stuhltests, die zu Hause durchgeführt werden können. Außerdem ist es legitim, sich nach sorgfältiger Abwägung bewusst gegen eine Vorsorgeuntersuchung zu entscheiden – wichtig ist, dass die Entscheidung informiert und selbstbestimmt getroffen wird.

### FAKTEN ÜBER DARMKREBS

- Darmkrebs beginnt als Polyp im Dickdarm.
- Darmkrebs wächst in der Regel langsam.
- Betroffen sind sowohl Männer als auch Frauen.



### WIE VIELE LEBEN RETTET DIE DARMKREBS-VORSORGE?

- 3 von 100 Menschen, die sich keiner Vorsorgeuntersuchung unterziehen, sterben an Darmkrebs.
- **Mit beiden Vorsorgeuntersuchungen** sinkt diese Zahl auf 1 von 100 Menschen.

### WELCHE VORSORGEUNTERSUCHUNG SOLL ICH WÄHLEN?

| Koloskopie                                                                                                                | Stuhltest                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Der Arzt bzw. die Ärztin führt in der Arztpraxis einen Schlauch in den Darm ein. Die Untersuchung dauert etwa 1 Stunde.   | Sie entnehmen zu Hause eine kleine Stuhlprobe, die auf Anzeichen von Blut untersucht wird. Das Prozedere dauert weniger als 5 Minuten |
| In Vorbereitung für Ihre Darmspiegelung trinken Sie am Abend vor der Untersuchung ein Medikament, das Ihren Darm reinigt. | Keine Vorbereitungen sind notwendig.                                                                                                  |
| Es können Polypen und Darmkrebs erkannt werden.                                                                           | Es kann Blut im Stuhl erkannt werden, welches auf Polypen oder Darmkrebs hinweisen kann.                                              |
| Von 1.000 durchgeführten Koloskopien: 2 Personen leiden unter Komplikationen.                                             | Bei den Stuhltests besteht kein Verletzungsrisiko.                                                                                    |

## DARM CHECKEN LEBEN RETTEN



### DARMKREBSVORSORGE

Seit 1. Oktober 2025 können alle Versicherten in Österreich schon ab dem 45. Lebensjahr kostenlos zur Darmkrebsvorsorge gehen. Denn je früher Hinweise auf Darmkrebs entdeckt werden, desto besser sind die Chancen auf Heilung.

### WELCHE VORSORGEUNTERSUCHUNGEN GIBT ES?

- **Stuhltest:** Der Stuhltest wird zu Hause durchgeführt. Damit kann man verstecktes Blut im Stuhl feststellen.
- **Koloskopie** (Darmspiegelung): Dabei untersucht der Arzt bzw. die Ärztin den ganzen Darm von innen. Vorteil: Auffällige Stellen oder Polypen können sofort entfernt werden. Deshalb gilt sie als „Goldstandard“.

### FAKTEN ÜBER DARMKREBS

- Darmkrebs ist eine bösartige Tumorerkrankung.
- Oft merkt man lange nichts davon, weil die Krankheit lange Zeit keine Symptome verursacht.
- Betroffen sind sowohl Männer als auch Frauen.



### WIE HÄUFIG IST DARMKREBS?

- Darmkrebs ist eine häufige Krebserkrankung in Österreich.
- **Jedes Jahr erkranken rund 5.000 Menschen neu.**
- Meistens erkranken ältere Menschen.

### WIE LÄUFT EINE KOLOSKOPIE AB?

|                     |                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Dauer</b>        | Eine Koloskopie dauert meist 20 bis 40 Minuten.                                                                                                                                                 |
| <b>Schmerzen</b>    | Dank Sedierung (einem kurzen „Dämmerschlaf“) ist die Untersuchung schmerzfrei.                                                                                                                  |
| <b>Vorgehen</b>     | Bei der Darmspiegelung wird der gesamte Dickdarm mittels Koloskop - einem flexiblen Schlauch - untersucht.                                                                                      |
| <b>Vorbereitung</b> | Vermeiden Sie in den Tagen vor der Untersuchung ballaststoffreiche Nahrungsmittel, sowie Hülsenfrüchte und faserreiches Fleisch. Am Tag vor der Untersuchung wird ein Abführmittel eingenommen. |
| <b>Risiken</b>      | Eine Darmspiegelung ist eine Routineuntersuchung und sehr sicher. Komplikationen sind selten. Auch die Sedierung kann Nebenwirkungen haben. Insgesamt überwiegt der Nutzen aber eindeutig.      |

## Anhang F: Stimulus-Material Kontrollgruppe 1 (allgemeine Informationen mit Bezug zu Darmkrebs)

# DARMKREBS DIE WICHTIGSTEN FAKTEN



### ÜBERSICHT

Darmkrebs gehört weltweit zu den häufigsten Krebsarten. Das Risiko für Darmkrebs steigt mit zunehmendem Alter. Viele Menschen haben in den frühen Stadien der Erkrankung keine Symptome.

### RISIKOFAKTOREN

- Alter: Das Risiko steigt mit zunehmendem Alter (v. a. ab 50 Jahren).
- Familiäre Vorbelastung: Darmkrebs in der Familie erhöhen das Risiko.
- Eigene Krankengeschichte: Frühere Darmkrebserkrankung oder bestimmte Polypen erhöhen das Risiko.
- Lebensstil: Ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht, Rauchen und viel Alkohol erhöhen das Risiko.

### SYMPTOME

- veränderte Stuhlgewohnheiten
- anhaltende Bauchschmerzen oder Blähungen
- Blut im Stuhl
- ungewollter Gewichtsverlust
- anhaltende Müdigkeit und Erschöpfung



### DIAGNOSE

Zu den Diagnosemethoden gehören körperliche Untersuchungen, bildgebende Verfahren, Untersuchungen des Dickdarms, die Entnahme von Gewebeproben sowie molekulare Tests zur Identifizierung spezifischer genetischer Mutationen.

### PRÄVENTION

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Änderung des Lebensstils</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• gesunde Ernährung, reich an Obst und Gemüse</li><li>• Bewegung und Sport im Alltag</li><li>• kein Tabak</li><li>• Alkoholkonsum einschränken</li></ul>                                                        |
| <b>Vorsorge</b>                 | Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen sind der beste Weg, um die Krankheit frühzeitig zu erkennen.                                                                                                                                                       |
| <b>genetische Beratung</b>      | Personen mit einer familiären Vorgeschichte von Darmkrebs oder bestimmten genetischen Erkrankungen können von einer genetischen Beratung und genetischen Tests profitieren, um ihr Risiko einzuschätzen und geeignete Vorsorgemaßnahmen zu bestimmen. |
| <b>bei Verdacht</b>             | Personen, die vermuten, dass sie an Darmkrebs erkrankt sein könnten, sollten umgehend ihren Arzt konsultieren.                                                                                                                                        |

## Anhang G: Stimulus-Material Kontrollgruppe 2 (allgemeine Informationen ohne Bezug zu Darmkrebs)

# EXTREME HITZE - EIN GESUNDHEITSRISIKO



### ÜBERSICHT

Hitze ist eine bedeutende Gefahr für die Umwelt und die Gesundheit. Hitzestress ist die häufigste Ursache für wetterbedingte Todesfälle und kann Grunderkrankungen verschlimmern und die Übertragung von Infektionskrankheiten erhöhen.

### WIE BEEINFLUSST ES DIE GESUNDHEIT?

- Hitzeerschöpfung/Hitzeschlag: Die Unfähigkeit des Körpers die innere Temperatur zu regulieren, erhöht das Risiko einer Hitzeerschöpfung/Hitzeschlag.
- Todesfälle und Krankenhausaufenthalte: Aufgrund extremer Hitze treten solche häufiger und schneller ein.
- Gesundheitsdienste werden durch Hitze ebenfalls beeinträchtigt und gefährdet.
- Luftverschmutzung: Hitzewellen können auch mit Luftverschmutzung einhergehen.

### WER IST BETROFFEN?

- Bevölkerungsgruppen in tropischen und subtropischen Klimazonen
- Arbeiter\*innen im Freien, Sportler\*innen, Mitarbeitende des Zivilschutzes
- arme Bevölkerungsgruppen in Städten und ländlichen Gebieten

### ZUNEHMENDE RELEVANZ

Die Häufigkeit und Intensität von extremer Hitze wird im aufgrund des Klimawandels weiter zunehmen. Hitzewellen können innerhalb kurzer Zeit große Bevölkerungsgruppen akut beeinträchtigen. Sie können auch zu einem Verlust der Kapazitäten im Gesundheitswesen führen.

### WAS KANN GETAN WERDEN?

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Fernhalten von Hitze</b>             | <ul style="list-style-type: none"><li>• anstrengende Aktivitäten draußen vermeiden während der heißesten Zeit des Tages</li><li>• tagsüber 2 - 3 Stunden an einem kühlen Ort verbringen</li><li>• informieren über offizielle Hitzewarnungen</li></ul>                                           |
| <b>Zuhause kühl halten</b>              | Nutzen Sie die Nachtluft, um Ihr Zuhause zu kühlen, indem sie nach Einbruch der Dunkelheit die Fenster öffnen. Schließen Sie tagsüber die Fenster, um direktes Sonnenlicht abzuhalten. Schalten Sie so viele Elektrogeräte wie möglich aus.                                                      |
| <b>Körper kühl halten und hydrieren</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• leichte und locker sitzende Kleidung</li><li>• kühle Duschen oder Bäder nehmen</li><li>• regelmäßig Wasser trinken (mind. 2 - 3 Liter pro Tag)</li><li>• auf gefährdete Personen achten (z.B. ältere Menschen, Menschen mit Grunderkrankungen)</li></ul> |

# Anhang H: Fragebogen der vorliegenden Studie



0% ausgefüllt

## Herzlich Willkommen!

Diese Umfrage beschäftigt sich mit Kampagnen zur Gesundheitsvorsorge.

Im Rahmen dieser Forschung werden personenbezogene Daten ausschließlich anonymisiert erhoben und vertraulich behandelt. Die Teilnahme ist freiwillig, und Sie können diese jederzeit ohne Angabe von Gründen abbrechen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen.

Vielen lieben Dank für Ihre Unterstützung!

Weiter



7% ausgefüllt

## Datenschutzerklärung und Einwilligung zur Teilnahme

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist mir bei dieser Befragung ein besonderes Anliegen. Ihre Daten werden daher ausschließlich auf Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen (§ 2f Abs 5 FOG) erhoben und verarbeitet.

Diese Befragung wird im Rahmen einer wissenschaftlichen Arbeit an der Universität Wien erstellt. Die Daten können von der Lehrveranstaltungs-Leitung für Zwecke der Leistungsbeurteilung eingesehen werden. Die erhobenen Daten dürfen gemäß Art 89 Abs 1 DSGVO grundsätzlich unbeschränkt gespeichert werden. Es besteht das Recht auf Auskunft durch die Verantwortlichen an dieser Studie über die erhobenen personenbezogenen Daten sowie das Recht auf – Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung der Daten sowie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung sowie des Rechts auf Datenübertragbarkeit.

Wenn Sie Fragen zu dieser Erhebung haben, wenden Sie sich bitte gerne an die Verantwortliche dieser Untersuchung:

Julia Ferdan ([a11910809@unet.univie.ac.at](mailto:a11910809@unet.univie.ac.at)),  
Studentin der Studienrichtung Publizistik und Kommunikationswissenschaften  
Universität Wien  
Universitätsring 1  
1010 Wien

Für grundsätzliche juristische Fragen im Zusammenhang mit der DSGVO/FOG und studentischer Forschung wenden Sie sich an den Datenschutzbeauftragten der Universität Wien, Dr. Daniel Stanonik, LL.M. ([verarbeitungsverzeichnis@univie.ac.at](mailto:verarbeitungsverzeichnis@univie.ac.at)). Zudem besteht das Recht der Beschwerde bei der Datenschutzbehörde (bspw. über [dsb@dsb.gv.at](mailto:dsb@dsb.gv.at)).

### 1. Einwilligungserklärung

Bitte bestätigen Sie, dass Sie die Datenschutzerklärung gelesen haben und mit der Verarbeitung Ihrer Angaben im Rahmen der beschriebenen Forschungsarbeit einverstanden sind:

☐ Ich habe die Informationen zur Datenverarbeitung gemäß DSGVO gelesen und erkläre mich mit der Teilnahme an der Umfrage einverstanden.

Weiter

## Vielen Dank für Ihre Zustimmung zur Teilnahme!

Hier beginnt der inhaltliche Teil dieser Forschung. Bitte betrachten Sie im Folgenden die Gesundheitskampagne und nehmen Sie sich ausreichend Zeit, um die Informationen gründlich zu lesen.

[Weiter](#)

## Die nächsten Schritte

Im nächsten Schritt werden Sie gebeten, einige Fragen zum Thema Darmkrebs und Darmkrebsprävention zu beantworten. Bitte wählen Sie jene Antwort aus, die Sie für die richtige halten.

[Weiter](#)

## Allgemeine Fragen

Bitte beantworten Sie nun allgemeine Fragen zum Thema Darmkrebs und Darmkrebsprävention. Bitte wählen Sie jene Antwort aus, die Sie für die richtige halten.

### 2. Welche Erkrankung soll eine Koloskopie (=Darmspiegelung) oder ein Test auf Blut im Stuhl nachweisen?

- ☐ Reizdarmsyndrom
- ☐ entzündliche Darmerkrankungen
- ☐ Darmkrebs
- ☐ Hämorrhoiden
- ☐ Weiß ich nicht.

### 3. Sowohl Frauen als auch Männer sind einem Risiko ausgesetzt, an Darmkrebs zu erkranken.

- ☐ Richtig
- ☐ Falsch
- ☐ Weiß ich nicht.

**4. Das Risiko, an Darmkrebs zu erkranken nimmt mit steigendem Alter zu (ab ca. 45 Jahren).**

- ☐ Richtig
- ☐ Falsch
- ☐ Weiß ich nicht.

**5. Die meisten Darmkrebserkrankungen entwickeln sich aus Wucherungen, die als Polypen bezeichnet werden.**

- ☐ Richtig
- ☐ Falsch
- ☐ Weiß ich nicht.

**6. Das Ziel von Vorsorgeuntersuchungen ist es, Polypen und Krebs zu erkennen, bevor sie Symptome verursachen.**

- ☐ Richtig
- ☐ Falsch
- ☐ Weiß ich nicht.

**7. Die Vorsorgeuntersuchung senkt das Risiko, an Darmkrebs zu sterben. Stellen Sie sich vor, 100 Menschen nehmen regelmäßig an dem Vorsorgeprogramm teil. Wie viele Menschen würden Ihrer Schätzung nach weniger an Darmkrebs sterben?**

- ☐ 2 Personen
- ☐ 12 Personen
- ☐ 22 Personen
- ☐ 32 Personen
- ☐ Weiß ich nicht.

Weiter



42% ausgefüllt

## Fragen zur Koloskopie

Im nächsten Schritt werden Sie gebeten, einige Fragen zur Koloskopie zu beantworten. Bitte wählen Sie jene Antwort aus, die Sie für die richtige halten.

**8. Eine Koloskopie kann mit schwerwiegenden Nebenwirkungen verbunden sein. Bitte bewerten Sie, welche Nebenwirkungen bei einer Koloskopie auftreten können. Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten.**

- ☐ Stuhlinkontinenz
- ☐ Blutungen
- ☐ Darmverschluss
- ☐ Darmperforation
- ☐ Tod
- ☐ Weiß ich nicht.

**9. Stellen Sie sich vor, 1000 Menschen lassen eine Koloskopie durchführen. Wie viele Menschen würden Ihrer Schätzung nach Komplikationen erleiden?**

- ☐ 2 Personen
- ☐ 12 Personen
- ☐ 22 Personen
- ☐ 32 Personen
- ☐ Weiß ich nicht.

Weiter



49% ausgefüllt

## Fragen zum Test auf Blut im Stuhl

Im nächsten Schritt werden Sie gebeten, einige Fragen zur Testung auf Blut im Stuhl zur Darmkrebsvorsorge zu beantworten. Bitte wählen Sie jene Antwort aus, die Sie für die richtige halten.

**10. Welche Gründe sprechen für die Durchführung eines Tests auf Blut im Stuhl zur Darmkrebsvorsorge? Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten.**

- ☐ Früherkennung
- ☐ Komfort
- ☐ Senkung der Sterblichkeits- und Erkrankungsrate
- ☐ Darmkrebs kann sofort entdeckt werden bei positivem Test
- ☐ Es gibt keine Faktoren, die für einen Test auf Blut im Stuhl sprechen.
- ☐ Weiß ich nicht.

**11. Welche Gründe sprechen gegen die Durchführung eines Tests auf Blut im Stuhl zur Darmkrebsvorsorge? Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten.**

- ☐ Unzureichende Testgenauigkeit (weitere Tests könnten notwendig sein)
- ☐ Risiko, dass im Nachgang noch eine Koloskopie durchgeführt werden muss
- ☐ Es gibt keine Faktoren, die gegen einen Test auf Blut im Stuhl sprechen.
- ☐ Weiß ich nicht.

Weiter

Vielen Dank für Ihre Einschätzungen.

Im nächsten Schritt werden Sie gebeten, vorgegebene Situationen für Sie selbst zu bewerten. Bitte bewerten Sie jede Aussage von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft voll zu“.

Weiter

## Selbstauskünfte

Bitte bewerten Sie jede Aussage von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft voll zu“.

### 12. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie persönlich zu?

|                                                                                                                                           | trifft gar<br>nicht zu | trifft eher<br>nicht zu | neutral               | trifft eher<br>zu     | trifft voll<br>zu     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ich beabsichtige, eine Koloskopie zur Darmkrebsvorsorge durchführen zu lassen.                                                            | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich werde eine Koloskopie durchführen lassen, sobald sie für mich empfohlen wird (in Österreich aktuell ab dem 45. Lebensjahr).           | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich habe vor, einen Termin für eine Koloskopie innerhalb der nächsten 6 Monaten zu vereinbaren (oder sobald sie für mich empfohlen wird). | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### 13. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie persönlich zu?

|                                                                                                                                      | trifft gar<br>nicht zu | trifft eher<br>nicht zu | neutral               | trifft eher<br>zu     | trifft voll<br>zu     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ich beabsichtige, einen Test auf Blut im Stuhl zur Darmkrebsvorsorge durchzuführen.                                                  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich werde einen Test auf Blut im Stuhl durchführen, sobald er für mich empfohlen wird (in Österreich aktuell ab dem 45. Lebensjahr). | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ich habe vor, innerhalb der nächsten 6 Monate einen Test auf Blut im Stuhl zu machen (oder sobald er für mich empfohlen wird).       | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### 14. Inwieweit trifft die folgende Aussage auf Sie persönlich zu?

|                                                                      | trifft gar<br>nicht zu | trifft eher<br>nicht zu | neutral               | trifft eher<br>zu     | trifft voll<br>zu     |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ich tendiere dazu, keine Vorsorgeuntersuchung durchführen zu lassen. | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Weiter