

**Eine Maßnahme zur Umsetzung des Gesundheitsziels 3:
Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken**

Auf Basis der Guten Praxis Gesundheitsinformation 2.0 des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V., für Österreich adaptiert
November 2018, 3. Auflage

Inhalt

	Vorwort	3
I	Was sind Gesundheitsinformationen?	4
II	Anforderungen an Transparenz, Inhalt und Vermittlung	7
III	Gestaltungsspielraum	8
IV	Methodenpapiere und ihre 15 Qualitätskriterien	9
1	Identifizierung besonderer Informationsbedürfnisse	9
2	Systematische Recherche	10
3	Auswahl der Evidenz	10
4	Wahl und Darstellung von Ergebnissen (Endpunkte)	11
5	Wahl und Darstellung von Vergleichen	11
6	Umgang mit Zahlen und Risikoangaben	12
7	Berücksichtigung von Alters- und Geschlechterunterschieden	13
8	Anpassung an die Zielgruppe	13
9	Sachlich angemessene Darstellung	14
10	Bewertungen und Empfehlungen	14
11	Vorgehen bei der Erstellung von Entscheidungshilfen	15
12	Transparenz über Verantwortliche	15
13	Darlegung von Interessenkonflikten	16
14	Beschreibung der Formate und Inhalte	16
15	Aktualisierung der Inhalte der Gesundheitsinformationen und des Methodenpapiers	17
	Literatur	18
	Impressum und Entstehung der Guten Gesundheitsinformation Österreich	21

Gute Gesundheits- information Österreich

unterstützt Sie auf dem Weg zu
evidenzbasierter, geschlechter-
gerechter Gesundheitsinformation,
die ankommt und wirkt.



Alle Information und Unterlagen auf
gutegesundheitsinformation.at

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

immer wieder gilt es Entscheidungen zu treffen: für oder gegen ein gesundheitsförderliches Angebot, einen Screeningtest, eine Untersuchung, eine Therapie oder Rehabilitation. Wer informiert und selbstbestimmt entscheidet, ist zufriedener mit dem Ausgang einer Behandlung, nützt die Angebote des Gesundheitswesens eher sinnvoll und passend und verringert das Risiko, eine Über-, Unter- oder Fehlbehandlung zu erhalten. All das bedeutet einen persönlichen Gewinn an Lebensqualität und vielleicht auch Lebenszeit. Außerdem verhindert es unnötige Kosten im Gesundheitssystem.

Das Recht auf umfassende, verständliche, geschlechtergerechte, unabhängige, dem aktuellen medizinischen Wissensstand entsprechende — also evidenzbasierte — Information zu Gesundheit und Krankheiten ist in den österreichischen Patientenrechten verankert [1–3]. Ebenso haben Frauen und Männer ein Recht darauf, an allen Entscheidungen, die ihre Gesundheit oder Krankheiten betreffen, beteiligt zu werden. Diese Entscheidungen sollen ihren Einstellungen, Wertvorstellungen, ihrer Lebensphase und Lebenssituation entsprechen [3–5]. Gute Gesundheitsinformationen ermöglichen es, sich im Gesundheitssystem zu beteiligen [6–9] und stärken die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung [10–13].

Alle, die Gesundheitsinformationen herausgeben, verfassen und verbreiten, haben eine besondere Verantwortung.

Technische Möglichkeiten verändern sich ständig, die Medizin und mit ihr das Gesundheitswesen werden immer spezialisierter, der (digitale) Gesundheitsinformations-Dschungel dichter, der Wellness- und Gesundheitsmarkt größer ... Gerade deshalb ist qualitätsvolle Gesundheitsinformation so nötig. Diese kann in individuellen, persönlichen Gesprächen durch Ärztinnen und Ärzte, Pflegende und andere Angehörige von Gesundheitsberufen sowie in Beratungsstellen vermittelt werden.

Information erfolgt aber auch schriftlich auf Papier und Bildschirmen sowie durch Video- und Audiobeiträge, die sich nicht an einzelne Frauen und Männer richten, sondern an größere Gruppen.

Sie sind Schlüsselpersonen dafür, die Qualität der Gesundheitsinformationen in Österreich zu verbessern — Agents of Change.

Die 15 Qualitätskriterien der *Guten Gesundheitsinformation Österreich*

Diese Broschüre ist ein Wegweiser für Sie und Ihre Organisation. Wenn Sie sich selbst zu qualitätsvoller Gesundheitsinformation verpflichten wollen, können Sie ein Methodenpapier verfassen, das beschreibt, wie sie die Qualitätskriterien der *Guten Gesundheitsinformation Österreich* berücksichtigen. Durch die Veröffentlichung des Methodenpapiers auf Ihrer Website stärken Sie die Glaubwürdigkeit ihrer Organisation und wirken als Vorbild. Gutes Gelingen!



Was sind Gesundheitsinformationen?

Gesundheitsinformationen betreffen insbesondere:

- Allgemeines Wissen über Gesundheit, Erkrankungen, ihre Auswirkungen und ihren Verlauf
- Maßnahmen zur Gesunderhaltung (Prävention und Gesundheitsförderung)
- Früherkennung, Diagnostik, Behandlung, Palliation, Rehabilitation und Nachsorge von Krankheiten und damit im Zusammenhang stehende medizinische Entscheidungen
- Pflege
- Krankheitsbewältigung und das alltägliche Leben mit einer Erkrankung

Gesundheitsinformationen können daher in sehr unterschiedlichen Situationen, Formaten und für sehr verschiedene Zielgruppen eingesetzt werden. Die *Gute Gesundheitsinformation Österreich* fokussiert auf Consumer Health Information, also Gesundheitsinformationen für Bürgerinnen und Bürger, Einwohnerinnen und Einwohner, Konsumentinnen und Konsumenten gesundheitlicher Leistungen, Versicherte und Nicht-Versicherte, Patientinnen und Patienten, Angehörige und Interessierte.

Personen und Institutionen, die solche Gesundheitsinformationen beauftragen, haben die Möglichkeit, in der Auftragsdefinition die in diesem Papier beschriebenen Kriterien festzulegen. Damit stellen sie die Qualität und Nützlichkeit ihrer Gesundheitsinformationen sicher.

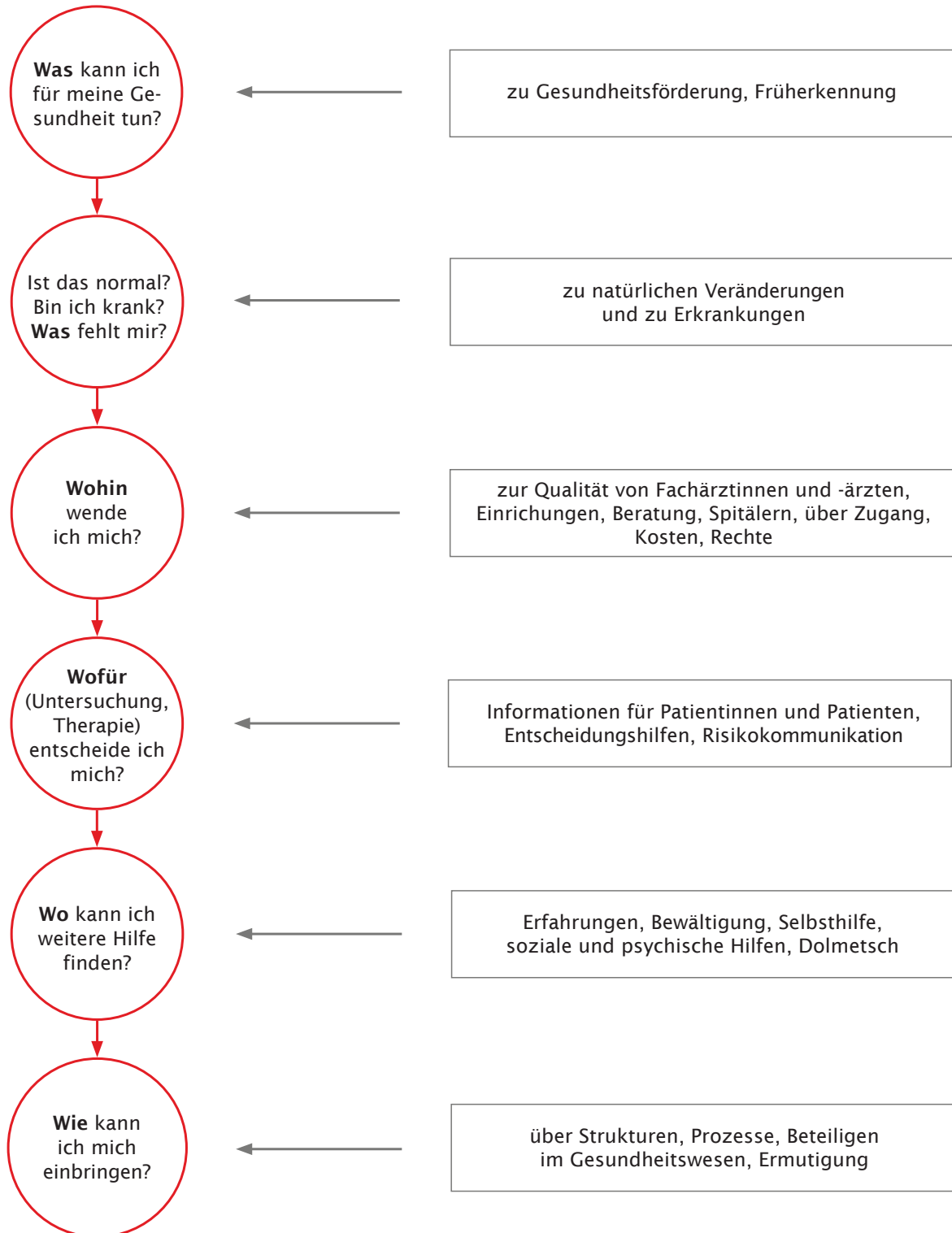
Wer verfasst und veröffentlicht Gesundheitsinformationen?

- Fachleute und Institutionen mit **professioneller Verantwortung**: Dazu gehören Gesundheitswissenschaftlerinnen und Gesundheitswissenschaftler, Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige anderer Gesundheitsberufe, aber auch Institutionen und Organisationen, die Gesundheitsinformationen beauftragen und öffentlich verbreiten, etwa Bund, Länder, Gemeinden, Sozialversicherungen und gemeinnützige Vereine.
- **Interessengebundene Anbieter** von Gesundheitsinformationen im Sinn von Werbung für Leistungen und Produkte.

Wofür brauchen Frauen und Männer evidenzbasierte, geschlechtergerechte Gesundheitsinformationen?

Fragen, Probleme, Wünsche

Gesundheitsinformationen



Grafik: Wofür brauchen Frauen und Männer evidenzbasierte, geschlechtergerechte Gesundheitsinformationen?

© Groth, Obergeschwandner

Welche Aufgaben können Gesundheitsinformationen haben?

- **Information individueller Personen:** zum Beispiel persönliches Informieren von Frauen und Männern, aber auch individuelle telefonische und elektronische Beratung
- **Information einer breiten Zielgruppe:** alle schriftlichen Informationen (gedruckt und in digitaler Form), aber auch Audio- oder Videoformate, die sich an viele Personen gleichzeitig richten. Dazu gehören auch dynamische Internetformate, wie interaktive Entscheidungshilfen.

Die Anforderungen der *Guten Gesundheitsinformation Österreich* gelten für alle Formate, die Fachleute mit professioneller Verantwortung herausgeben und deren Inhalte für Gesundheitsentscheidungen relevant sind. Wie diese Anforderungen umgesetzt werden können, hängt im Detail vom jeweiligen Format ab.

Auch Medien, Betroffene und Selbsthilfegruppen geben Informationen zu Gesundheitsfragen heraus. Die Anforderungen der *Guten Gesundheitsinformation Österreich* sind auch für sie hilfreich in der Erstellung von Beiträgen zu Gesundheitsthemen [14].

Abgrenzung von Erfahrungsberichten sowie von offener und verdeckter Werbung

Formate wie Chats und Foren im Internet geben auch „Nicht-Fachleuten“ die Möglichkeit, als Absender von Gesundheitsinformationen aufzutreten und untereinander Erfahrungen auszutauschen. Bei diesen Formaten kann die Grenze zwischen persönlichem Erfahrungsbericht und Gesundheitsinformation im engeren Sinne verschwimmen. Sie stehen daher nicht im Fokus der *Guten Gesundheitsinformation Österreich*.

Strikt abzugrenzen von Gesundheitsinformationen ist offene oder verdeckte Werbung. Informationen (gleich welchen Formats) zu Produkten oder Leistungen, die direkt oder indirekt (zum Beispiel durch das Umfeld, in dem sie veröffentlicht sind) der Vermarktung dienen, erfüllen die Anforderungen der *Guten Gesundheitsinformation Österreich* nicht (siehe 5.12; 5.13).



Anforderungen an Transparenz, Inhalt und Vermittlung

Grundlage der Erstellung von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen ist ein nachvollziehbares methodisches Vorgehen mit dem Ziel, den aktuellen Stand des Wissens verständlich, transparent und unverzerrt darzustellen.

Um das zu gewährleisten, beruhen evidenzbasierte Informationen auf folgenden Grundsätzen [2–4,15–16]:

- Systematische Recherche zu den für die Zielgruppe relevanten Fragestellungen inklusive Suche nach den Variablen Alter, Ethnie, biologisches und soziales Geschlecht (nur bei geschlechtsspezifischen Erkrankungen wie Prostatakrebs oder Gebärmutterhalskrebs ist dies nicht relevant)
 - Begründete Auswahl der für die Fragestellung geeigneten Evidenz und Quellen
 - Unverzerrte, geschlechterbezogene Darstellung der für Frauen und Männer relevanten Ergebnisse, wie Sterblichkeit (Mortalität), Beschwerden und Komplikationen (Morbidität) und gesundheitsbezogene Lebensqualität
 - Angemessene inhaltliche und sprachliche Darstellung von Unsicherheiten zur Wirksamkeit einer Intervention und von Abwarten oder Nichthandeln
 - Entweder Verzicht auf direktive Empfehlungen oder klare Trennung zwischen der Darstellung von Ergebnissen und abgeleiteten Empfehlungen
- Berücksichtigung der aktuellen Evidenz zur Kommunikation von Zahlen, Risikoangaben und Wahrscheinlichkeiten
 - Transparentes Nennen von Verfasserin bzw. Verfasser, Herausgeberin bzw. Herausgeber der Gesundheitsinformation und deren Finanzierung, Datum der Erstellung und der Aktualisierung

Den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin zufolge sollen Gesundheitsinformation der Fragestellung und den Zielen angemessen erstellt werden. Die *Gute Gesundheitsinformation Österreich* schreibt deshalb den Personen, die Gesundheitsinformationen herausgeben und verfassen, nicht vor, welche Methoden und Prozesse verwendet werden müssen (siehe 4 Gestaltungsspielraum).

Eine unverzichtbare Anforderung bleibt, dass Personen, Institutionen und Organisationen, die Gesundheitsinformationen verfassen und herausgeben, ihr Vorgehen nachvollziehbar darlegen. Dies geschieht durch eine transparente Beschreibung der zugrundeliegenden Methoden und Prozesse in einem Methodenpapier. Das Methodenpapier wird auf der Website veröffentlicht.

In Kapitel 5 werden die Kriterien guter Gesundheitsinformation beschrieben. Außerdem werden die Aspekte, die ein Methodenpapier ausführen soll, näher erläutert.



Gestaltungs- spielraum

Die Qualität einer Gesundheitsinformation hat mehrere Dimensionen. Dazu gehören neben der inhaltlichen Korrektheit, Aktualität und Vollständigkeit (auch in Bezug auf Frauen und Männer) vor allem Verständlichkeit, angemessener Umfang, geschlechtergerechte Gestaltung und Barrierefreiheit. Nicht alle Dimensionen lassen sich gleichzeitig optimieren. In der Realität sind Kompromisse erforderlich.

Wie diese Dimensionen für sich optimiert und miteinander in Einklang gebracht werden können, ist selbst Gegenstand aktiver Forschung. Wichtig ist, die Weiterentwicklung der Standards evidenzbasierter Gesundheitsinformation aufzunehmen und die eigenen Methoden an den Stand des Wissens anzupassen.

Bei der praktischen Umsetzung unterstützt auch die Leitlinie evidenzbasierter Gesundheitsinformation [17].

Sie wurde unter dem Dach des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin erstellt und enthält die Wissensgrundlagen zu den hier ausgeführten Kriterien.



www.leitlinie-gesundheitsinformation.de

IV

Methodenpapiere und ihre 15 Qualitätskriterien



Die Methoden, mit denen Informationen erstellt werden, sollen den Fragestellungen und Zielen angemessen sein. Dies entspricht den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin. Deshalb müssen die gewählten Methoden transparent beschrieben und in einem Methodenpapier [18] frei zugänglich publiziert werden.

Herausgeberinnen und Herausgeber von Gesundheitsinformationen gemäß der *Guten Gesundheitsinformation Österreich* legen in einem Methodenpapier dar, wie sie in ihren Gesundheitsinformationen die 15 Qualitätskriterien zu **Grundlagen (Kriterium 1 bis 3), **Auswahl und Darstellung von Fakten (4 bis 11)** sowie **Glaubwürdigkeit (12 bis 15)** berücksichtigen:**



1. Identifizieren besonderer Informations- bedürfnisse

Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen orientieren sich an den Informationsbedürfnissen und den Fähigkeiten der Zielgruppe. Neben allgemeinen Aspekten, die bei den meisten Themen für alle Zielgruppen gleich relevant sind, kann es zu jedem Thema spezifische Probleme und Fragen, verbreitete Missverständnisse und Wissenslücken geben. [19]



Das Methodenpapier beschreibt die Maßnahmen, um solche Aspekte zu identifizieren.



2. Systematische Recherche

Grundlage evidenzbasierter Gesundheitsinformationen ist eine systematische Recherche der aktuellen Literatur, die sich mit der jeweiligen Fragestellung angemessen beschäftigt. Eine systematische Recherche bedeutet nicht zwangsläufig, dass die gesamte medizinische und gesundheitswissenschaftliche Literatur in mehreren Datenbanken gesucht werden muss. Je nach Fragestellung kann eine systematische Recherche zum Beispiel auf wenige Datenbanken, kurze Zeiträume, wenige Sprachen, bestimmte Studientypen oder Teilfragestellungen eingeschränkt sein. Entscheidend ist, dass der Umfang der Recherche und die Ein- und Ausschlusskriterien den Zielen der Information entsprechen und die Ergebnisse angemessen dargestellt werden. Die Fragestellung und die Suchkriterien sollen die Variable Geschlecht enthalten [19–30].



Das Methodenpapier beschreibt, wie recherchiert wird und welche Kriterien aus welchen Gründen berücksichtigt werden.



3. Auswahl der Evidenz

Für evidenzbasierte Gesundheitsinformationen sind die für die Zielgruppe relevanten wissenschaftlichen Erkenntnisse aus den aktuellen und ausreichend zuverlässigen Studien zu berücksichtigen. Welche Studientypen angemessen sind, hängt von der Fragestellung ab. Für Aussagen zum Nutzen gesundheitsförderlicher, präventiver, diagnostischer und therapeutischer sowie rehabilitativer Methoden gelten im Allgemeinen Unterlagen der Evidenzstufe I (systematische Übersichtsarbeiten von randomisierten kontrollierten Studien oder einzelne randomisierte kontrollierte Studien) mit patientenrelevanten Endpunkten (wie Mortalität, Morbidität, Lebensqualität) als beste Informationsbasis.

Unsicherheiten und die Möglichkeit von Verzerrungen (Bias) sind grundsätzlich in der Erstellung der Gesundheitsinformation zu berücksichtigen. Sie werden häufig mit dem System GRADE beurteilt [35]. Wenn Unterlagen der „besten“ Evidenzstufe fehlen, schließt das die Erstellung von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen nicht aus. Wichtig ist, dass das Fehlen transparent gemacht wird. Auch wenn Informationen nur auf Grundlage von Unterlagen niedriger Evidenzstufen verfügbar sind (etwa Beobachtungsstudien, Fallserien) oder wenn bekannt ist, dass Studienergebnisse nicht vollständig vorliegen, muss dies deutlich gemacht werden.



Das Methodenpapier beschreibt, wie Quellen ausgewählt werden und wie die Datenlage berücksichtigt und vermittelt wird.



4. Wahl und Darstellung von Ergebnissen (Endpunkte)

Informationen über Behandlungsergebnisse sollen sich auf Endpunkte beziehen, die für Frauen und Männer relevant sind, also insbesondere auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die Sterblichkeit (Mortalität), die Beschwerden und Komplikationen (Morbidität). Wichtig sind auch die Begleitumstände der Behandlung, etwa Zeitaufwand, körperliche, seelische, soziale und finanzielle Belastungen. Liegen zu diesen Endpunkten keine ausreichend verlässlichen Ergebnisse vor, ist dieser Umstand in der Gesundheitsinformation anzusprechen. Wenn mangels klinischer Endpunkte nur bestimmte Ersatz-Endpunkte (Surrogatparameter, Biomarker) wie etwa Blutwerte herangezogen werden, ist auf die sich daraus ergebenden Unsicherheiten hinzuweisen.



Das Methodenpapier beschreibt die allgemeinen Kriterien zur Auswahl dargestellter Endpunkte.



5. Wahl und Darstellung von Vergleichen

Um Nutzen und Schaden einer medizinischen Maßnahme (Intervention) individuell abzuwägen, sind Informationen über die patientenrelevanten Ergebnisse im Vergleich zu einer Scheinintervention (zum Beispiel Placebo) oder zu einer anderen Behandlungsoption erforderlich. Eine Information sollte auch beinhalten, welche Ergebnisse zu erwarten sind, wenn keine medizinische Intervention gewählt wird (Verzicht auf eine Behandlung oder Abwarten).



Das Methodenpapier beschreibt, wie diese Anforderungen in der Suche und Auswahl nach Studien umgesetzt werden.



6. Umgang mit Zahlen und Risikoangaben

Auch für gesundheitliche Entscheidungen und Behandlungen mit einem nachgewiesenen Nutzen gilt, dass nicht bei allen Frauen und Männern positive Effekte eintreten. Manche erleiden sogar einen Schaden. Deshalb ist eine ausgewogene und geschlechterbezogene Darstellung des möglichen Nutzens und Schadens einer Intervention für jede Gesundheitsinformation erforderlich.

Ein Methodenpapier erläutert, wie eine realistische Einschätzung der Vor- und Nachteile gesundheitsbezogener und medizinischer Maßnahmen erreicht werden soll.

Allgemein sollte deutlich werden,

- dass die Studienergebnisse keine sichere (ja/nein) Vorhersage über das Eintreten eines Ereignisses (Behandlungserfolg, Nebenwirkung etc.) für das Individuum erlauben;
- dass sich evidenzbasierte Gesundheitsinformationen auf öffentlich zugängliche Studienergebnisse stützen, die an bestimmten Gruppen von Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern gewonnen wurden;
- dass für die Übertragung auf eine individuelle Person eine Bewertung der Gültigkeit (Validität) und Relevanz der Studienergebnisse nötig ist. Sofern sich für Nutzen oder Schaden geschlechterbezogene Unterschiede zeigen, ist eine differenzierte Darstellung je nach Geschlecht erforderlich.

Für die Kommunikation von Zahlenangaben und Wahrscheinlichkeiten gelten unter anderem folgende Grundsätze:

- Zahlen mit einer sinnvollen Bezugsgröße ermöglichen es, die Größenordnung eines Problems oder der Effektivität einer Maßnahme zu erkennen.
- Für Nutzen und für Schaden sollten – soweit möglich – einheitliche Bezugsgrößen wie das relative Risiko gewählt werden. Ausgangspunkt der Information sollte ein Basisrisiko sein. Ein Beispiel dafür ist der „natürliche Krankheitsverlauf“, also die Wahrscheinlichkeit, mit der sich ein Beschwerdebild auch ohne medizinische

Intervention verbessert, verschlechtert oder konstant bleibt. Die Information, dass sich viele Beschwerdebilder auch ohne Behandlung bessern können, sollte den Nutzerinnen und Nutzern vermittelt werden.

- Der Effekt einer medizinischen Maßnahme sollte durch die Darstellung der absoluten Ereignishäufigkeiten in den zu vergleichenden Gruppen angegeben werden. Wie wahrscheinlich es ist, dass die Ergebnisse nicht Zufall sind, sollte benannt werden. Auf Daten, die nicht ausreichend sicher sind, sollte verzichtet werden. Hierbei ist jeweils zu überprüfen, ob die Studien Frauen und Männer berücksichtigen und daher Aussagen für das jeweilige Geschlecht möglich sind [25].
- Wie sich die Wahrscheinlichkeiten von Ergebnissen nach Intervention verändert, sollte als absolute Risikoänderung dargestellt werden.
- Je nach Kontext kann es sinnvoll sein, zusätzlich zur absoluten Risikoänderung auch relative -änderungen darzustellen. Die alleinige Darstellung der relativen Risikoänderung ist jedoch zu vermeiden, weil damit die Größenordnung von Effekten nicht vermittelt wird.
- Angemessen kann die Kombination von Darstellungen sein, zum Beispiel von absolutem Risiko und relativem Risiko. Unterstützend wirken grafische Darstellungen.

Behandlungsergebnisse können als Nutzen und Schaden ausgedrückt werden – beispielsweise „x von 100 Behandelten überleben“ oder „y von 100 Behandelten versterben“ (Bezugsrahmensetzung, Framing). Unterschiedliches Framing desselben Sachverhalts kann unterschiedlich auf Frauen und Männer wirken, etwa in der Risikowahrnehmung, dem Verständnis und der Motivation. Ausgewogenes Framing ist erforderlich, um nicht einseitig zu beeinflussen.



Das Methodenpapier beschreibt, wie diese ausgewogene Darstellung gesichert wird.



7. Berücksichtigung von Alters- und Geschlechterunterschieden

Der natürliche Krankheitsverlauf, die Risiken, Symptome, Morbidität, Mortalität, Wirkungen und unerwünschte Wirkungen von Interventionen, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Begleitumstände einer Behandlung können je nach Alter und Geschlecht variieren. Auch die Lebenszusammenhänge (Umfeld, Beruf, Ausbildung, Lebensstil, Behinderung, Sprache, sexuelle Orientierung etc.) beeinflussen Gesundheit und Krankheit von Frauen, Männern und Kindern.

Daher sind in der Fragestellung, der Suchstrategie, der Auswertung, der Analyse und Darstellung sowohl das Alter wie auch das biologische und soziale Geschlecht gesondert anzugeben. Es ist anzuführen, falls dies für die Fragestellung nicht relevant ist. Es ist ebenfalls zu nennen, wenn eine Studie keine gesonderten Angaben macht und daher die Evidenz für das jeweilige Geschlecht oder Alter fraglich ist [19-30].



Das Methodenpapier beschreibt, wie Alter und Geschlecht in den Zielen, der Fragestellung, der Suchstrategie, der Auswahl der Studien, ihrer Analyse und Auswertung berücksichtigt werden.



8. Anpassung an die Zielgruppe

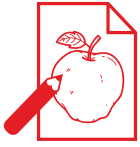
Gesundheitsinformationen sollen in Komplexität, Inhalten, Darstellung und Verständlichkeit an die Bedürfnisse und Kompetenzen der Zielgruppe angepasst sein. Auch sprachliche, kulturelle und Bildungshintergründe verschiedener Zielgruppen sollen berücksichtigt werden.

Um die Verständlichkeit für die Zielgruppe zu sichern, können unterschiedliche Formate (Text, Grafik, Comic, Audio, Video, LEICHTE Sprache) gewählt werden.

Um Relevanz, Verständlichkeit und Gebrauchstauglichkeit einer Gesundheitsinformation zu erhöhen, sollen die Perspektiven von Nutzerinnen und Nutzern beziehungsweise Patientinnen und Patienten bereits während der Entwicklung einbezogen werden. Die Auswahl beteiligter Personen hängt auch davon ab, in welcher Funktion sie einbezogen werden (etwa in die Erstellung des redaktionellen Konzepts, das Schreiben des Textes, die Begutachtung, um die Verständlichkeit und den Nutzen zu prüfen). Wie Nutzerinnen und Nutzer ausgewählt und gewonnen werden, soll begründet und nachvollziehbar sein.



Das Methodenpapier beschreibt die Art des Einbeziehens von Zielgruppen und den Auswahlprozess.



9. Sachlich angemessene Darstellung

Informationen für Entscheidungen über gesundheitliche, diagnostische und therapeutische Maßnahmen sollen ein realistisches, in neutraler Sprache und in einem angemessenen Bezugsrahmen (Framing) dargestelltes Bild vermitteln. Tendenziöse und insbesondere unangemessen beunruhigende Formulierungen sind ebenso zu vermeiden wie verharmlosende Darstellung.

Bedeutsame Unsicherheiten sollen in geeigneter Form angegeben werden.

Sprache, Grafik und Bild beeinflussen die Wahrnehmung von Gesundheitsinformationen. Ein wichtiger Aspekt der Qualitätssicherung ist daher, Stereotypen, insbesondere auch Geschlechterstereotypen, zu vermeiden und Vielfalt sichtbar zu machen [22, 28, 29].



Das Methodenpapier beschreibt redaktionelle Prozesse und Instrumente, die die sprachliche und gestalterische Angemessenheit und das Vermeiden von Stereotypen sichern.



10. Bewertungen und Empfehlungen

Grundlage für eine individuelle Abwägung von Nutzen und Schaden sind möglichst genaue Informationen über patientenrelevante Ergebnisse. Damit sollen Frauen und Männer die Möglichkeit erhalten, Entscheidungen zu treffen, die ihren Werten und Präferenzen entsprechen. Informationen sollen deshalb inhaltlich und sprachlich neutral formuliert werden. Sofern eine Herausgeberin bzw. ein Herausgeber eigene zusammenfassende Bewertungen oder Empfehlungen formuliert, sollten diese in der Gesundheitsinformation klar erkennbar und abgegrenzt sein.



Das Methodenpapier beschreibt, wie Bewertungen und Empfehlungen abgeleitet und wie sie von den Informationen abgegrenzt werden.



11. Vorgehen bei der Erstellung von Entscheidungshilfen

Entscheidungshilfen sind Materialien, die es Personen erleichtern, über gesundheitsbezogene Maßnahmen zu entscheiden. Sie bieten Informationen über verschiedene Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten, unterstützen beim individuellen Abwägen zwischen Entscheidungsoptionen und helfen Frauen und Männern dabei, ihre persönlichen Werte und Präferenzen im Hinblick auf die verschiedenen Optionen zu klären und zu kommunizieren. Für die Evidenzbasierung der Inhalte gelten die Anforderungen der *Guten Gesundheitsinformation Österreich*. Der Prozess der Entwicklung sollte sich darüber hinaus an den Standards der International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) Collaboration orientieren (<http://ipdas.ohri.ca>) [30, 31].



Das Methodenpapier beschreibt, wie Entscheidungshilfen erstellt werden und wie ihre Qualität gesichert wird.



12. Transparenz über Verantwortliche

Wer eine Gesundheitsinformation verfasst, herausgegeben oder finanziert hat, soll transparent sein. Pflichtangaben über diese Personen und Institutionen, etwa im Impressum, sind durch rechtliche Vorgaben geregelt. Um Transparenz zu schaffen, sind aber weitere Angaben nötig, etwa zur Finanzierung des Angebots, zu Qualifikationen der Verfasserinnen und Verfasser, zum Datenschutz bei interaktiven Formaten und Apps, zu Kontaktmöglichkeit und zu möglichen Interessenkonflikten. Eine Orientierung bieten die vom deutschen Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (afgis) e.V. entwickelten Transparenzkriterien für Internetangebote (www.afgis.de) wie auch die HON-Kriterien (Stiftung Health on the Net <https://www.healthonnet.org/HONcode/German/>).



Das Methodenpapier beschreibt, wie Transparenz und Datenschutz gewährleistet wird.



13. Darlegung von Interessenkonflikten

Interessenkonflikte können das Urteilsvermögen von Personen, die eine Gesundheitsinformation herausgeben oder verfassen, beeinträchtigen. Sie können eine Fehleinschätzung von Nutzen und Schaden bewirken und dadurch Nutzerinnen und Nutzer gefährden. Interessenkonflikte können sich beispielsweise aus finanziellen Interessen, Karrierestreben oder Eigeninteressen einer Organisation oder Berufsgruppe ergeben [32–34].

Die *Gute Gesundheitsinformation Österreich* fordert daher von Personen, die Gesundheitsinformationen verfassen oder herausgeben, Interessenkonflikte zu vermeiden. Wenn dies nicht möglich ist, sind Vorgehensweisen nötig, die das Risiko von Verzerrung (Bias) minimieren, wie das Hinzuziehen neutraler Expertinnen und Experten, eine externe Begutachtung oder öffentliche Konsultation. In jedem Fall muss angegeben werden, wer die Gesundheitsinformation verfasst und herausgegeben hat (Personen und Institutionen) und wer sie finanziert hat (siehe 5.12).

Im Vordergrund stehende kommerzielle Interessen (zum Beispiel an Produkten oder Leistungen) sind mit den Grundsätzen der *Guten Gesundheitsinformation Österreich* nicht vereinbar.



Das Methodenpapier beschreibt den Umgang mit Interessenkonflikten.



14. Beschreibung der Formate und Inhalte

Gesundheitsinformationen können in unterschiedlichen Formaten erscheinen. Auch ihre Inhalte können sehr unterschiedlich sein, zum Beispiel natürliche Veränderungen, Ursachen von Erkrankungen, Krankheitshäufigkeit, Erscheinungsbild (Symptomatik), Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation, Verlauf, Prognose, Sterblichkeit (Mortalität), Krankheitsvorbeugung (Prävention), Früherkennung (Screening), Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung (Coping), Orientierung im Gesundheitswesen, Beratungs- und Kontaktmöglichkeiten.



Das Methodenpapier nimmt insbesondere auf die gewählten Inhalte und Formate Bezug.



15. Aktualisierung der Inhalte der Gesundheitsinformationen und des Methodenpapiers

Evidenzbasierte Gesundheitsinformation beruht darauf, dass die Fakten aktuell sind. Die Datenlage kann sich themenspezifisch schnell oder langsamer ändern. Wenn keine Aktualisierung möglich oder vorgesehen ist, wird dies benannt.

Auch die Methoden, wie Gesundheitsinformationen erstellt werden, ändern sich. Entsprechend ist das Methodenpapier anzupassen.



Das Methodenpapier beschreibt, wann und in welchen Fällen (etwa bei neuer Datenlage) Aktualisierungen der Gesundheitsinformationen vorgesehen sind.

Das Methodenpapier beschreibt außerdem, wie die Methoden der Recherche, der Informationspräsentation und der Qualitätssicherung selbst aktualisiert werden.

Literatur

- [1] Gesundheit.gv.at. Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs. Patientenrechte.
<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/patientenrechte/inhalt>
- [2] Bunge M, Mühlhauser I, Steckelberg A. What constitutes evidence-based patient information? Overview of discussed criteria. Patient Educ Couns 2010; 78(3): 316-328.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20005067>
- [3] Steckelberg A, Berger B, Köpke S, Heesen C, Mühlhauser I. Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformationen. ZaeFQ 2005; 99: 343-351.
- [4] Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Handbuch Patientenbeteiligung. Beteiligung am Programm für Nationale Versorgungsleitlinien. 2008.
www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe33.pdf
- [5] Sepucha KR, Fowler FJ, Jr., Mulley AG, Jr. Policy support for patient-centered care: the need for measurable improvements in decision quality. Health Aff (Millwood) 2004; Suppl Variation: VAR54-62.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- [6] Bundesministerium für Gesundheit. Gesundheitsziel 3. Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken. Bericht der Arbeitsgruppe.
<https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2017/05/bericht-arbeitsgruppe-3-gesundheitsziele-oesterreich.pdf>
- [7] Gesundheit.gv.at. Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs. Bundeszielsteuerungsvertrag. Zielsteuerung Gesundheit 2013.
<https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/gesundheitsystem-gesundheitsreform2013.html>
- [8] Bundesministerium für Finanzen. Bundesfinanzgesetz (2015) und Detaildokumente.
https://service.bmf.gv.at/BUDGET/Budgets/2014_2015/bfg2015/_start.htm
- [9] Bundesministerium für Gesundheit. Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundeszielsteuerungsvertrages.
<https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheitsfoerderungsstrategie>
- [10] Institute of Medicine of the National Academies. Health Literacy: A prescription to end confusion. Washington, DC: The National Academies Press; 2004.
<https://www.nap.edu/catalog/10883/health-literacy-a-prescription-to-end-confusion>
- [11] Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 2000; 15(3): 259-267.
<https://academic.oup.com/heapro/article/15/3/259/551108>
- [12] Weltgesundheitsorganisation. Gesundheitskompetenz. Die Fakten. Deutsche Fassung veröffentlicht von der Careum Stiftung, Schweiz, und gefördert vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und dem AOK-Bundesverband, Deutschland. 2016.
www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.628301&version=1456215959
- [13] Lohr KN. Medicare: a strategy for quality assurance. J Qual Assur 1991; 13(1): 10-13.
- [14] Medien-Doktor. The German Health News Review.
www.medien-doktor.de/wp-content/uploads/downloads/2014/12/MD_Kriterien_Doppel_Uebersicht.pdf
www.medien-doktor.de/medizin
www.medizin-transparent.at

- [15] Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Allgemeine Methoden 4.2. vom 22.4.2015. Zurzeit wird die Fassung 5.0 entwickelt (Februar 2017). <https://www.iqwig.de/de/methoden/methodenpapier.3020.html>
- [16] Nilsen ES, Myrhaug HT, Johansen M, Oliver S, Oxman AD. Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006; (3). <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004563.pub2/full>
- [17] Fachbereich Patienteninformation und -beteiligung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V. in Kooperation mit der Fachwissenschaft Gesundheit der Universität Hamburg. Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation. 2016. www.leitlinie-gesundheitsinformation.de
- [18] Liste der Unterzeichnerinnen und Unterzeichner der deutschen Guten Praxis Gesundheitsinformation und deren Methodenpapiere (Stand 19.2.2016) hat das DNEbM dokumentiert unter www.ebm-netzwerk.de/pdf/publikationen/gpgi-unterzeichner.pdf
- [19] Moerman CJ, Deurenberg R; Haafkens JA. Locating sex-specific evidence on clinical questions in MEDLINE: a search filter for use on OvidSP™. *BMC Medical Research Methodology*. 2009. <https://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-9-25>
- [20] IOM (Institute of Medicine). Sex-specific reporting of scientific research: A workshop summary. Washington, DC: The National Academies Press. 2012. <https://orwh.od.nih.gov/resources/policyreports/pdf/Sex-Specific-Reporting-Scientific-Research-2011.pdf>
- [21] International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Recommendations for the conduct, reporting, editing, and publication of scholarly work in medical journals. 2016. www.icmje.org/recommendations
- [22] Heidari S, Babor TF, DeCastro P, Tort S, Curno M. Sex and Gender Equity in Research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use. *Research Integrity and Peer Review* (2016) 1:2 DOI 10.1186/s41073-016-0007. <https://researchintegrityjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41073-016-0007-6>
- [23] European Commission: Gendered Innovations – How gender analysis contributes to research. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2013. http://ec.europa.eu/research/science-society/document_library/pdf_06/gendered_innovations.pdf
- [24] World Health Organisation (WHO), Department of Gender and Women´s Health. Gender mainstreaming manual for health managers: a practical approach. 2011. www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/health_managers_guide/en/
- [25] Johnson J, Greaves L, Repta R. Better science with sex and gender. Facilitating the use of a sex and gender-based analysis in health research. *International Journal for Equity in Health*, 2009: 1-11. <https://link.springer.com/article/10.1186/1475-9276-8-14>
- [26] Doull M, Welch V, Puil L, Runnels V, Coen SE, Shea B, O'Neill J, Borkhoff C, Tudiver S, Boscoe M. Development and evaluation of 'briefing notes' as a novel knowledge translation tool to aid the implementation of sex/gender analysis in systematic reviews: a pilot study. *PLOS One*, 2014. DOI: 10.1371/journal.pone.0110786. <http://equity.cochrane.org/sex-and-gender-analysis-publications>
- [27] Runnels V, Tudiver S, Doull M, Boscoe M. The challenges of including sex/gender analysis in systematic reviews: a qualitative survey. *Systematic Reviews*, 2014. <http://equity.cochrane.org/sex-and-gender-analysis-publications>

- [28] Tudiver S, Boscoe M, Runnels V E, Doull M. Challenging "dis-ease": sex, gender and systematic reviews in health. Canadian Institutes of Health Research, Institute of Gender and Health. What a difference sex and gender make: A gender, sex and health research casebook 2012: 25-33.
www.cihr-irsc.gc.ca/e/44734.html#a04
- [29] Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO) and Dimitri Project. Communicating gender for rural development. Integrating gender in communication for development, 2011.
www.fao.org/docrep/014/am319e/am319e00.pdf
- [30] United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO). Gender-sensitive indicators for media. Framework of indicators to gauge gender sensitivity in media operations and content. 2012.
www.unesco.org/new/en/communication-and-information/resources/publications-and-communication-materials/publications/full-list/gender-sensitive-indicators-for-media-framework-of-indicators-to-gauge-gender-sensitivity-in-media-operations-and-content
- [31] International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) Collaboration. What are patient decision aids?
<http://ipdas.ohri.ca/what.html>
- [32] Joseph-Williams N, Newcombe R, Politi M, Durand MA, Sivell S, Stacey D et al. Toward minimum standards for certifying patient decision aids. A modified delphi consensus process. Med Decis Making. 2014 Aug; 34(6):699-710. doi: 10.1177/0272989X13501721.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23963501
- [33] Klemperer D. Interessenkonflikte. Gefahr für das ärztliche Urteilsvermögen. Deutsches Ärzteblatt 2008; 105(40): A 2098-2100.
www.aerzteblatt.de/archiv/61694
- [34] Strech D, Klemperer D, Knüppel H, Kopp I, Meyer G, Koch K. Interessenkonfliktregulierung: Internationale Entwicklungen und offene Fragen. 2011.
www.ebm-netzwerk.de/was-wir-tun/pdf/interessenkonfliktregulierung-2011.pdf
- [35] Freiburg GRADE Center: <http://de.gradeworkinggroup.org/>



Weitere Informationen und Dokumente zur *Guten Gesundheitsinformation Österreich* finden Sie auf gutegesundheitsinformation.at

Impressum und Entstehung der Guten Gesundheitsinformation Österreich

Gute Gesundheitsinformation Österreich. Die 15 Qualitätskriterien.

Der Weg zum Methodenpapier – Anleitung für Organisationen

Herausgegeben von Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) und Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) in Zusammenarbeit mit dem Frauengesundheitszentrum

Grafische Gestaltung: Mag.^a Rita Obergeschwandner, Frauengesundheitszentrum
Graz, Wien, November 2018, 3. Auflage

Redaktionsgruppe

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Felice Gallé, Kommunikationswissenschaftlerin, Mitglied des Geschäftsführungsteams des Frauengesundheitszentrums, Graz, felice.galle@fgz.co.at

Mag.^a Sylvia Groth MAS, Soziologin und Frauengesundheitsaktivistin, externe Projektleitung, Graz, sylviaagroth@gmx.at

Mag. Roland Schaffler, Herausgeber Das österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ, Chefredakteur QUALITAS, Schaffler Verlag, Graz, Wien

Elisabeth Tschachler, Journalistin, Wien

Beratung: Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Sylvia Sänger MPH, Gesundheitswissenschaftlerin, Jena

Entstehung der Guten Gesundheitsinformation Österreich

Die *Gute Gesundheitsinformation Österreich* wurde erarbeitet von der Redaktionsgruppe im Rahmen der Maßnahme 1.4.2 zur Umsetzung des österreichischen Gesundheitsziels 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken, www.gesundheitsziele-oesterreich.at.

Der Auftrag war explizit, einen **evidenzbasierten und geschlechtergerechten Kriterienkatalog** für Gesundheitsinformation zu entwickeln, der auf der österreichischen Gesetzeslage basiert. Die Notwendigkeit, die Gesundheit von Frauen und Männern geschlechtergerecht zu sichern, ist durch die österreichischen Gesundheitsziele, das Bundeshaushaltsgesetz, das Bundesfinanzgesetz (BFG 2015) und die Wirkungsziele der Bundesregierung vorgegeben.

Die *Gute Gesundheitsinformation Österreich* basiert auf:

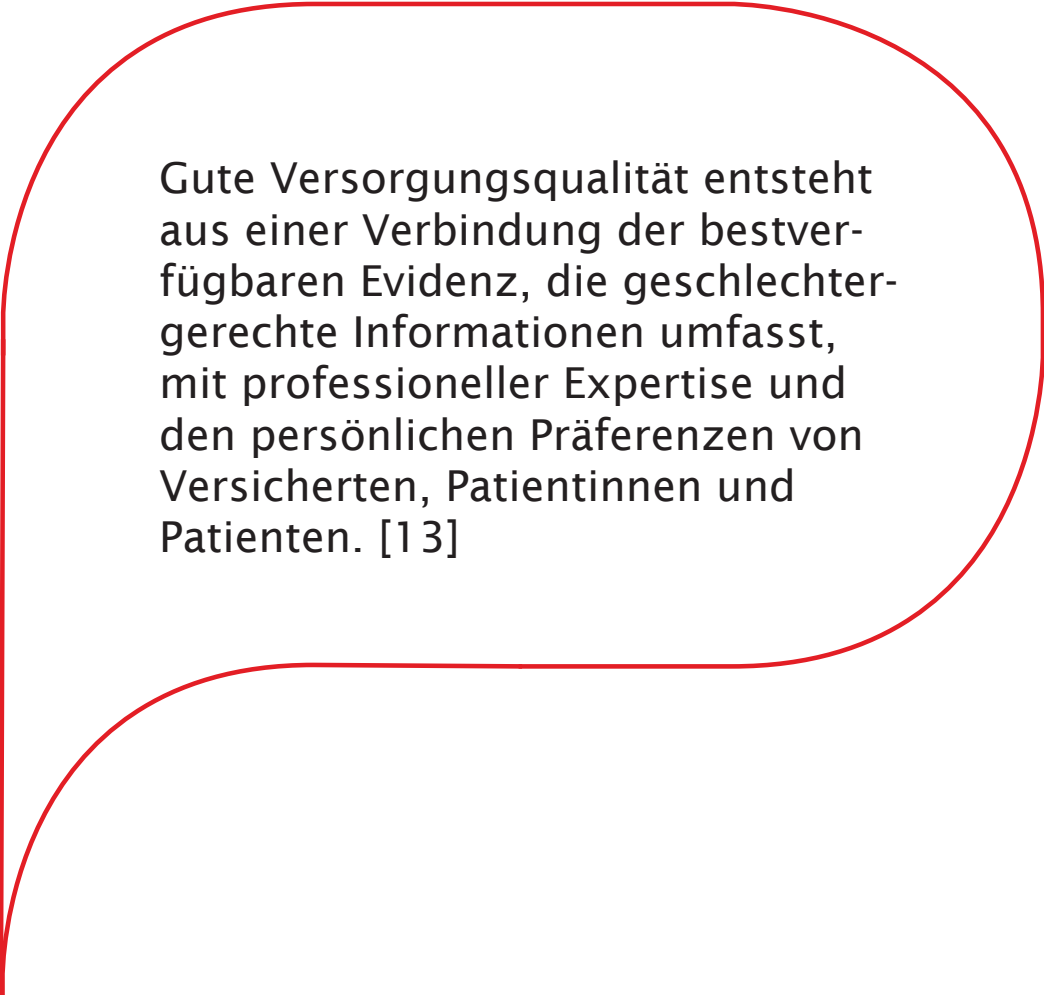
Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin. Gute Praxis Gesundheitsinformation. Berlin: 2015. <http://www.ebm-netzwerk.de/gpgi>. Die Erstellung und Überarbeitung der Guten Praxis Gesundheitsinformation ist ein Projekt des Fachbereichs Patienteninformation und -beteiligung des Deutschen Netzwerks für Evidenzbasierte Medizin (DNEbM), Kontakt: Dr. Klaus Koch, gpgi@ebm-netzwerk.de.

Das Grazer Frauengesundheitszentrum, die Redaktionsgruppe und die Herausgeber danken der Fachgruppe Patienteninformation und -beteiligung des DNEbM für die Erlaubnis, die Gute Praxis Gesundheitsinformation als Grundlage für eine adaptierte österreichische Fassung nutzen zu dürfen. Diese wurde mit Informationen zu österreichischen Gesetzen und Referenzen sowie um geschlechtergerechte Kriterien vertieft.

Dank gilt auch den Expertinnen und Experten, die Gesundheitsinformationen beauftragen, herausgeben und verfassen und die im Sommer 2016 Feedback gaben. Die Redaktionsgruppe hat ihre Anregungen aufgenommen und die *Gute Gesundheitsinformation Österreich* im März 2017 dem Kern-Team der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) übergeben. Diese hat im Mai eine Arbeitsgruppe eingerichtet. Im November 2017 wurde die *Gute Gesundheitsinformation Österreich* gemeinsam von BMGF und ÖPGK herausgegeben und auf der 3. Konferenz der ÖPGK präsentiert.

Folgende Expertinnen und Experten haben mit Rückmeldungen und Anregungen an der *Guten Gesundheitsinformation Österreich* mitgearbeitet:

Dr. Thomas Amegah MPH, Amtsarzt, Amt der Steiermärkischen Landesregierung
Christine Appesbacher, Gesundheitsinformationszentrum, Salzburger Gebietskrankenkasse
Dr. Gerald Bachinger, Patientenanwalt Niederösterreich
Mag.^a Maria Bernhart, Leiterin Frauengesundheitszentrum FEM Wien
Mag.^a Gudrun Braunegger-Kallinger, Gesundheitsreferentin, Fonds Gesundes Österreich, Gesundheit Österreich GmbH
Bert Ehgartner, Medizinjournalist
Mag.^a Dr.ⁱⁿ Edith Flaschberger, Koordinationsstelle der ÖPGK, Fonds Gesundes Österreich, Gesundheit Österreich GmbH
Univ.-Prof. Dr. Gerald Gartlehner MPH, Departmentleiter Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie, Donau Universität Krems
Mag. Alexander Gratzner, Leiter Abteilung Gesundheit, Pflege und Betreuung, Arbeiterkammer Steiermark
Ewald Gspurning MPH, Grundsatzangelegenheiten. Recht und Organisation, Steiermärkische Gebietskrankenkasse
SR Richard Gauss, Abteilungsleiter MA 24, Wien
Mag.^a Kristina Hametner, Leiterin Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele, MA 24, Wien
Mag.^a Aline Halhuber, Leiterin Frauengesundheitszentrum Salzburg
Mag.^a Margot Ham-Rubisch, Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft
Mag.^a Gabriele Jaksch, Präsidentin, Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs (MTD-Austria)
Mag. Andreas Keclik, Abteilungsleiter, Wiener Gesundheitsförderung
Thomas Lampesberger, Büro der Stadträtin für Gesundheit, Lisa Rücker, Graz
Mag. Dr. Peter Nowak, Leiter der Abteilung Gesundheit und Gesellschaft am Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), Gesundheit Österreich GmbH
Dr.ⁱⁿ Brigitte Piso MPH; Stv. Leiterin des Ludwig Boltzmann Instituts für Health Technology Assessment, Wien
a.o.Univ.Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Éva Rásky MME MSc, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Medizinische Universität Graz
Alexander Riegler MPH, EMPH, BSc; Health Consulting
Mag.^a Dr.ⁱⁿ Marlene Sator, Abteilung Gesundheit und Gesellschaft am ÖBIG, Gesundheit Österreich GmbH
Univ.Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Andrea Siebenhofer-Kroitzsch, Leiterin Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Universität Graz
Dr. Jürgen Soffried MPH, Leiter Geschäftsbereich Public Health, Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (IfGP)
Mag. Stefan Spitzbart MPH, Gesundheitsförderung und Prävention, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien
Mag.^a Regina Steinhauser, Leiterin Frauengesundheitszentrum Kärnten
MMag.^a Uschi Sucher MPH, Gesundheitseinrichtung Josefshof, Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB)
Mag.^a Friederike Widholm, Leiterin Frauengesundheitszentrum Linz
Mag.^a Hilde Wolf, Leiterin Frauengesundheitszentrum FEM Süd, Wien



Gute Versorgungsqualität entsteht aus einer Verbindung der bestverfügbaren Evidenz, die geschlechtergerechte Informationen umfasst, mit professioneller Expertise und den persönlichen Präferenzen von Versicherten, Patientinnen und Patienten. [13]

Um informierte Entscheidungen zu ermöglichen, sind verständliche, evidenzbasierte, geschlechtergerechte und unverzerrte Gesundheitsinformationen nötig.