



Methodenpapier Frauengesundheitszentrum

Gute Gesundheitsinformation Österreich Die 15 Qualitätskriterien

Verfasst von Mag.^a Ulla Sladek, Dr.ⁱⁿ Felice Gallé, © Frauengesundheitszentrum
Externer Begutachter der Erstauflage Dr. rer. medic. Klaus Koch
2. Auflage, Graz, August 2021
Nächste geplante Aktualisierung des Methodenpapiers: 2024

mitglied der
österreichischen plattform
gesundheitskompetenz



Liebe Leserin,

das Frauengesundheitszentrum stellt Informationen zu Frauen- und Mädchengesundheit zur Verfügung. Hier erfahren Sie, wie wir sicherstellen, dass Sie sich auf diese Informationen verlassen können.

Impressum

(c) Frauengesundheitszentrum
Joanneumring 3, 8010 Graz
0043 316 83 79 98, frauen.gesundheit@fgz.co.at

Hg.: Frauengesundheitszentrum
F.d.l.v.: Felice Gallé
Autorinnen: Ulla Sladek, Felice Gallé
Mitarbeit: Marlene Schader
Grafische Gestaltung: Rita Obergeschwandner

Graz, August 2021

Inhalt

Hintergrund	4
Die 15 Qualitätskriterien	5
1. Identifizierung besonderer Informationsbedürfnisse	5
2. Systematische Recherche	7
3. Auswahl der Evidenz	9
4. Wahl und Darstellung von Ergebnissen (Endpunkte)	10
5. Wahl und Darstellung von Vergleichen	10
6. Umgang mit Zahlen und Risikoangaben	11
7. Berücksichtigung von Alters- und Geschlechterunterschieden	13
8. Anpassung an die Zielgruppe	14
9. Sachlich angemessene Darstellung	15
10. Bewertungen und Empfehlungen	17
11. Vorgehen bei der Erstellung von Entscheidungshilfen	17
12. Transparenz über Verantwortliche	18
13. Darlegung von Interessenkonflikten	19
14. Beschreibung der Formate und Inhalte	19
15. Aktualisierung der Inhalte der Gesundheitsinformationen und des Methodenpapiers	20

Hintergrund

Das Frauengesundheitszentrum ist ein unabhängiger gemeinnütziger Verein. Seit seiner Gründung 1993 ist das Frauengesundheitszentrum ein Gegengewicht zu anderen Interessensgruppen im Gesundheitswesen: Es ist speziell für Mädchen und Frauen da und vertritt ihre Gesundheitsinteressen.

Frauen und Mädchen sind selbst die Expertinnen für sich und ihren Körper. Was sie benötigen, um informierte und selbstbestimmte Entscheidungen treffen zu können, sind

- evidenzbasierte¹,
- verständliche und
- nützliche Gesundheitsinformationen.

Gesundheitsinformationen, die diesen Qualitätskriterien entsprechen, sind immer noch rar: Viel häufiger sind verzerrende oder falsche Informationen, die zu Trugschlüssen führen und Frauen schaden können.

Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen geben über relevante Unterschiede zwischen Frauen und Männern in Bezug auf Gesundheit, Krankheiten sowie deren Entstehung, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten Auskunft. Das müssen sie tun, denn Frauen und Männer unterscheiden sich biologisch (Sex) und es gibt unterschiedliche gesellschaftliche Vorstellungen und Erwartungen, wie Frauen und Männer sind und sein sollen (Gender). Beides hat Auswirkungen auf die Gesundheit von Frauen und Männern. Werden relevante Unterschiede in der medizinischen Forschung, in Publikationen, in Leitlinien und in Gesundheitsinformationen für Patient*innen nicht berücksichtigt, führt dies zu Unter-, Über- oder Fehlversorgung von Frauen und Männern. Inzwischen gibt es zwar bereits viele Beispiele, die dies belegen, dennoch werden die Faktoren Sex und Gender noch unzureichend erforscht und dargestellt. (Sundari Ravindran et al.: Making pharmaceutical research and regulation work for women. BMJ 2020) Das Frauengesundheitszentrum nimmt bestehende Lücken wahr, benennt sie und fordert geschlechtergerechte medizinische Forschung und Gesundheitsinformationen ein.

Das Frauengesundheitszentrum arbeitet kontinuierlich daran, Frauen gute Gesundheitsinformationen zur Verfügung zu stellen. Wie das Frauengesundheitszentrum bei der Auswahl oder der Erstellung von Gesundheitsinformationen vorgeht, wird im Folgenden beschrieben. Wir orientieren uns dabei an Gute Gesundheitsinformationen Österreich. *Die 15 Qualitätskriterien. Der Weg zum Methodenpapier – Anleitung für Organisationen* (gutegesundheitsinformation.at).

Mehr zu Gesundheitskompetenz und guter, geschlechtergerechter Gesundheitsinformation: www.frauengesundheitszentrum.eu/gesundheitskompetenz

¹ Evidenz kommt vom englischen Wort evidence und bedeutet Nachweis oder Beleg. Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen stützen sich auf wissenschaftliche Belege, die aus qualitativ hochwertigen Studien stammen.

Die 15 Qualitätskriterien



1. Identifizierung besonderer Informationsbedürfnisse

Vielfältige Frauen und Mädchen – vielfältige Erwartungen an Gesundheitsinformationen

Frauen und Mädchen erhalten im Frauengesundheitszentrum derzeit vorrangig Informationen zu folgenden Themenbereichen:

- Älter werden
- Brustgesundheit
- Essprobleme
- Gebärmuttergesundheit
- Gesundheitliche Folgen von Gewalt
- Leben mit chronischen Erkrankungen
- Mädchengesundheit
- Schwangerschaft, Geburt, Mutter sein
- Schwangerschaftsabbruch
- Sexuelle Gesundheit
- Seelische Gesundheit
- Verhütung
- Wechseljahre
- Zyklus, Menstruation

Daneben stellt das Frauengesundheitszentrum Materialien bereit, die die Gesundheitskompetenz von Frauen und Männern fördern, etwa:

- Woran erkenne ich gute Gesundheitsinformationen?
- Welche verlässlichen Webseiten gibt es?
- Wie kann ich mich gut auf ein Gespräch mit der Ärztin oder mit dem Arzt vorbereiten? Welche Fragen kann ich stellen?
- Frauen und Männer gut informieren – Geschlechtergerechte Forschung, Publikation und Gesundheitsinformation für Verbraucher*innen und Patient*innen

Die Zielgruppe des Frauengesundheitszentrums ist vielfältig: Mädchen, Frauen in verschiedenen Lebensphasen, Frauen mit und ohne Migrationserfahrung, Frauen mit und ohne Behinderungen oder chronischen Erkrankungen, heterosexuelle, lesbische und bisexuelle Frauen, Frauen mit und ohne Kinder, Frauen unterschiedlicher ethnischer Herkunft, Religion und Weltanschauungen. So vielfältig Frauen und Mädchen sind, so unterschiedlich können ihre Erwartungen an Gesundheitsinformationen sein.

Welche Fragestellungen im Vordergrund stehen, welche Informationen besonders relevant sind, um Entscheidungen treffen zu können, und wie die Informationen aufbereitet sein müssen, erfahren wir zum Beispiel in Beratungsgesprächen oder Workshops mit Frauen und Mädchen, in der Zusammenarbeit mit Fachpersonen aus dem Sozial- und Gesundheitswesen und indem wir Frauen und Mädchen direkt bei der Erstellung und Beurteilung von Informationsmaterialien beteiligen (siehe auch Qualitätskriterium 8). Außerdem ziehen wir aktuelle Forschungsergebnisse, die sich mit Informationsbedürfnissen verschiedener Zielgruppen befassen, heran. Welche Methoden wir anwenden, entscheiden wir je nach Thema, Zielgruppe und Ressourcen.



2. Systematische Recherche

Was, wo, wie? Die Suche nach guten Informationen

Informationen, die wir nutzen, weitergeben oder veröffentlichen, basieren auf dem besten, derzeit verfügbaren Wissen zu einer bestimmten Fragestellung.

Wir verwenden und verweisen auf Materialien anerkannter Ersteller*innen von evidenzbasierter Patient*inneninformation wie zum Beispiel

- des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (www.gesundheitsinformation.de),
- des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (www.patienten-information.de),
- den Patient*innenleitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), (<http://www.awmf.org/leitlinien/patienteninformation.html>),
- der Verbraucher*innenzeitschrift Gute Pillen – Schlechte Pillen (www.gutepillen-schlechtepillen.de),
- der Seite www.medizin-transparent.at der Donau-Universität Krems
- auf die sogenannten Faktenboxen des Harding-Zentrums für Risikokompetenz (www.harding-center.mpg.de/de/faktenboxen) oder des österreichischen Hauptverbands der Sozialversicherungsträger (www.hauptverband.at/faktenbox),
- der Seite www.gesund-bund.de des deutschen Bundesministeriums für Gesundheit
- und der Seite www.krebsinformationsdienst.de des deutschen Krebsforschungszentrums

Zur Überprüfung der Qualität von Patient*inneninformationen anderer Anbieter*innen verwenden wir Checklisten (etwa Discern, Check-In oder die Profi-Checkliste Gute Gesundheits-information der ÖPGK). In vielen Checklisten fehlt noch das Kriterium Geschlechtergerechtigkeit. Wir überprüfen immer, ob Geschlecht in der Patient*inneninformation ausreichend berücksichtigt wurde und weisen darauf hin, falls solche Angaben fehlen.

Existiert zu einer Fragestellung noch keine evidenzbasierte Patient*inneninformation, suchen wir systematisch nach geeigneten Informationen. Dabei greifen wir auf die Publikationen unabhängiger wissenschaftlicher Institutionen zurück, die nachweislich evidenzbasiert arbeiten, etwa das deutsche Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) oder die Cochrane Collaboration. Wir suchen nach evidenzbasierten Leitlinien (etwa den S3-Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) und nach Health Technology Assessments (etwa unter <http://hta-guide.biogg.at>).

Wenn es um aktuelle Informationen zu Arzneimitteln geht, verwenden wir als Quelle häufig die unabhängige und evidenzbasierte Zeitschrift *arznei-telegramm*, die sich an Ärzt*innen und Apotheker*innen richtet.

Auch nach Stellungnahmen von Vereinen, Netzwerken und Organisationen, die unabhängig und evidenzbasiert arbeiten, wie das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (EbM Netzwerk) oder der Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF) recherchieren wir.

Werden wir auch in diesen Quellen nicht fündig oder berücksichtigen die Publikationen die Faktoren Sex und Gender nicht, führen Mitarbeiterinnen im Frauengesundheitszentrum, die Kompetenzen in der systematischen Literaturrecherche und kritischen Bewertung von Studien haben, eigene Literaturrecherchen in medizinischen Datenbanken wie etwa PubMed durch.

Viele Frauen, die Beratung im Frauengesundheitszentrum in Anspruch nehmen, interessieren sich auch für sogenannte komplementärmedizinische Verfahren. Die Beraterinnen des Frauengesundheitszentrum recherchieren dazu etwa in der Zeitschrift *Clio* des feministischen Frauengesundheitszentrums e.V. in Berlin. Fehlen wissenschaftliche Belege für die Wirksamkeit komplementärmedizinischer Verfahren oder gibt es Belege für deren Nichtwirksamkeit/ Risiken (etwa auf der Medizin-Transparent.at), weisen die Beraterinnen darauf hin.

2 Die Cochrane Library wird von der Cochrane Collaboration betrieben. Sie ist ein unabhängiges, internationales Netzwerk aus ForscherInnen, Gesundheitsfachpersonen und Patient*innen. Das Netzwerk hat das Ziel, verbindliche und verlässliche Informationen zu erstellen, die frei von kommerziellen Interessen und Einflüssen sind (<http://austria.cochrane.org/de/cochrane-allgemein>).

3 Die Cochrane Collaboration definiert Health Technology Assessment (HTA) als „den Prozess der systematischen Bewertung medizinischer Verfahren und Technologien mit Bezug zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung.“ Weiterlesen unter: <http://www.cochrane.de/de/hta>



3. Auswahl der Evidenz

Keine Qual der Wahl

Wenn wir keine Informationen zu unseren Fragestellungen bei anerkannten Anbieter*innen evidenzbasierter Gesundheitsinformationen finden und selber in medizinischen Datenbanken recherchieren, stützen wir uns in der Regel auf systematische Übersichtsarbeiten⁴ von randomisiert kontrollierten Studien⁵. Diese bieten die beste Evidenz, wenn es um die Frage geht, welchen Nutzen und welche Risiken bestimmte Maßnahmen (etwas die Teilnahme an einem Früherkennungsprogramm oder die Durchführung einer bestimmten Therapie) haben. Wenn es um die persönlichen Erfahrungen von Frauen geht, etwa um das Erleben eines Kaiserschnitts oder um die Erfahrungen im Umgang mit bestimmten Erkrankungen, recherchieren wir nach qualitativen Studien. Im Rahmen von qualitativen Studien werden Interviews geführt und die Ergebnisse systematisch ausgewertet.

Sind keine systematischen Übersichtsarbeiten verfügbar, recherchieren wir auch nach Einzelstudien. Wir sind uns bewusst, dass diese nicht dieselbe Aussagekraft wie systematische Übersichtsarbeiten besitzen und weisen darauf hin.

Studien, die Basis für Informationen sind, die wir weitergeben, wählen wir nach folgenden Kriterien aus:

- Berücksichtigung von Sex und Gender (wenn es ein Thema ist, das Frauen und Männer betrifft)
- Relevanz der Fragestellung für die gesuchte Information
- Unabhängigkeit
- Methodische Qualität (Beurteilung von systematischen Reviews nach AMSTAR)
- Aktualität⁶

Wenn es zu einer bestimmten Fragestellungen aus unserer Sicht keine ausreichend zuverlässigen und unabhängigen Studien gibt oder Unsicherheiten und Möglichkeiten für Verzerrungen (Bias) bestehen, benennen wir dies.

⁴ Systematische Übersichtsarbeiten fassen die Ergebnisse von qualitativ hochwertigen Einzelstudien zu einer bestimmten Fragestellung zusammen. Einzelne Studien können zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Systematische Übersichtsarbeiten sind aussagekräftiger als einzelne Studien.

⁵ Mit randomisiert kontrollierten Studien kann man herausfinden, wie eine Maßnahme wirkt. Bei dieser Art der Studie werden die TeilnehmerInnen nach dem Zufallsprinzip in zwei oder mehr Gruppen aufgeteilt (randomisiert). Die eine Gruppe wird mit der zu untersuchenden Therapie, zum Beispiel einem bestimmten Medikament behandelt, die andere Gruppe erhält ein anderes Medikament oder ein Scheinmedikament. Im Idealfall wissen weder die Teilnehmenden noch die behandelnden Fachpersonen, wer welche Therapie erhält. In diesem Fall handelt es sich um eine Doppelblind-Studie.

⁶ A Measurement Tool to Assess systematic Reviews: https://amstar.ca/Amstar_Checklist.php



4. Wahl und Darstellung von Ergebnissen (Endpunkte)

Was bedeutet das für mein Leben?

Informationen, die wir nutzen, weitergeben oder veröffentlichen, orientieren sich an den Lebensrealitäten von Frauen und Mädchen und daran, welche Informationen für sie von Nutzen sind. Dabei geht es neben der Frage, ob ihr Leben durch eine Maßnahme verlängert wird, vor allem auch darum, wie die Maßnahme sich auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität auswirkt: Werden ihre Schmerzen gelindert, erleichtert sie den Umgang mit ihrer Krankheit im Alltag, verhindert sie Komplikationen? Außerdem ist für Frauen relevant, wie eine Maßnahme das alltägliche Leben beeinflusst: Etwa wie zeitaufwändig eine Behandlung ist oder ob sie mit sozialen oder finanziellen Belastungen einhergeht. Wir suchen gezielt nach Patient*inneninformationen, die solche Aussagen beinhalten oder nach verlässlichen Studien, die diese Daten erhoben haben.

Ergebnisse von Studien werden anhand von sogenannten Endpunkten beschrieben. Als Endpunkte werden manchmal Messwerte definiert wie etwa die Knochendichte. Solche Messwerte, die auch Surrogat-Endpunkte (Surrogat = Ersatz) genannt werden, sind allerdings alleine nicht aussagekräftig. Denn Letztendlich geht es um etwas anderes: Bei dem Beispiel Knochendichte etwa geht es tatsächlich um die Vermeidung von Knochenbrüchen. Die Vermeidung von Knochenbrüchen ist ein sogenannter patient*innenrelevanter Endpunkt.

Sind solche Informationen nicht vorhanden, etwa weil in Studien nur Surrogat-Endpunkte erhoben wurden, weisen wir auf die daraus entstehenden Unsicherheiten hin.



5. Wahl und Darstellung von Vergleichen

Wie wirkt die Behandlung im Vergleich zu ...

Damit Frauen und Mädchen sich für oder gegen eine Maßnahme, etwa eine bestimmte Therapie, entscheiden können, benötigen sie Informationen darüber, welchen Nutzen und Schaden diese Therapie im Vergleich zu anderen üblichen Therapien hat. Außerdem ist relevant, was passiert, wenn Frauen erst einmal abwarten oder auf eine Behandlung verzichten. Wir verwenden Patient*inneninformationen oder Studien, die diese Information beinhalten.



6. Umgang mit Zahlen und Risikoangaben

Wie wahrscheinlich ist es, dass ...

Eine gute Gesundheitsinformation, die als Entscheidungsgrundlage dienen soll, beinhaltet auch zahlenmäßige Angaben zum Nutzen und zum Schaden einer Maßnahme. Wir stellen Zahlen so dar, dass sie verständlich sind und eine korrekte Einschätzung von Nutzen und Schaden ermöglichen. Dafür richten wir uns nach den Empfehlungen der Guten Gesundheitsinformation Österreich, der Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation und aktuellen Ergebnissen der Gesundheitskommunikationsforschung. Außerdem orientieren wir uns an Good Practice-Beispielen wie den sogenannten Faktenboxen des Harding-Zentrums für Risikokompetenz und des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger.

Wir verwenden Materialien und Studien, die Zahlen geschlechterspezifisch erhoben haben und darstellen. Fehlen diese Daten, weisen wir darauf hin. Außerdem machen wir deutlich, dass es sich bei allen Angaben nur um Wahrscheinlichkeiten handelt und dass sich daraus keine sichere Vorhersage ableiten lässt, wie eine Maßnahme bei einer bestimmten Frau wirken wird.

Zentrale Empfehlungen zum Umgang mit Zahlen und Risikoangaben, nach denen wir uns richten, sind etwa:

- Eine Gesundheitsinformation soll auch Zahlen zum natürlichen Krankheitsverlauf bereitstellen: Damit ist die Wahrscheinlichkeit gemeint, mit der sich ein Beschwerdebild ohne Behandlung verbessert, verschlechtert oder konstant bleibt.
- Zahlen sollen mit einer sinnvollen Bezugsgröße dargestellt werden. Das macht es möglich, die Größenordnung eines Problems oder die Effektivität einer Maßnahme einzuschätzen. Statt „Jedes Jahr erkranken 50.000 Personen“, „Jedes Jahr erkranken 5 von 10.000 Personen“.
- Es sollen einheitliche Bezugsgrößen verwendet werden. Immer die gleiche Bezugsgröße zu verwenden (etwa x von 1000) ist verständlicher als verschiedene Bezugsgrößen (etwa x von 100, x von 500 und x von 1000) nebeneinander darzustellen.
- Wie sich eine medizinische Maßnahme auswirkt, soll durch absolute Häufigkeiten dargestellt werden. Zum Beispiel: Von 1000 Frauen, die zwischen ihrem 50. und 69. Lebensjahr an der Mammografie teilnehmen, versterben 13 bis 17. Von 1000 Frauen, die nicht an der Mammografie teilnehmen, versterben 19⁷.
- Wie ein Risiko durch eine Maßnahme verändert wird, soll durch die absolute Risikoreduktion (ARR) dargestellt werden. Die relative Risikoreduktion (RRR) soll nur in Kombination mit der absoluten Risikoreduktion verwenden, da sie dazu beiträgt, dass Effekte überschätzt werden: Versterben in einer Gruppe von 1000 Personen ohne Be-

handlung 3 Personen und in der Gruppe von 1000 Personen mit Behandlung nur 2 Personen, beträgt die relative Risikoreduktion ca. 30 Prozent, die absolute Risikoreduktion aber nur 0,1 Prozentpunkte⁸.

- Zusätzlich zu verbalen Erklärungen können Balkendiagramme und Piktogramme zur Veranschaulichung eingesetzt werden.

Wenn 1000 Frauen zwischen 50 und 69 Jahren regelmäßig am Mammografieprogramm teilnehmen ..



© Rita Obergeschwandner, Frauengesundheitszentrum
Eigene Darstellung nach: Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.): Mammographie-Screening. Eine Entscheidungshilfe. Programm zur Früherkennung von Brustkrebs für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren. 2017

7 Die Zahlen sind der Broschüre „Mammographie-Screening. Eine Entscheidungshilfe. Programm zur Früherkennung von Brustkrebs für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, Juli 2017) entnommen.

8 Wie wird hier gerechnet? Vergleicht man die Anzahl der verstorbenen Personen in den beiden Gruppen, ergibt sich ein Unterschied von einer Person. Eine von drei Personen sind ca. 30 Prozent. Bezieht man diese eine Person auf die Gesamtgruppe von 1000 Personen, kommt man auf 0,1 Prozentpunkte. Weiterlesen auf der Wissensplattform Gesundheit der Universität Hamburg unter <https://www.gesundheit.uni-hamburg.de/wissen/grundwissen/risikoreduktion.html>.



7. Berücksichtigung von Alters- und Geschlechterunterschieden

Frauenspezifisch und an Vielfalt orientiert

Frauen und Männer unterscheiden sich biologisch und durch die von der Gesellschaft an sie gestellten Erwartungen. Beides hat Auswirkungen auf ihre Gesundheit. Etwa auf die natürlichen Krankheitsverläufe, die Risiken, die Symptome, die Beschwerden und Komplikationen, die Sterblichkeit, die Wirkungen und unerwünschten Wirkungen und die gesundheitsbezogene Lebensqualität und Begleitumstände der Behandlung. Das Frauengesundheitszentrum hat stets einen geschlechterspezifischen Blick und sucht konsequent nach Patient*inneninformationen, die die Einflüsse von biologischem Geschlecht und geschlechterspezifischen Rollenerwartungen erforschen und benennen.

Frauen sind eine vielfältige Gruppe. Es gibt eine Vielfalt von Gender- und Geschlechtsidentitäten und auch das biologische Geschlecht muss eher als Kontinuum denn als zwei entgegengesetzte, einander ausschließende Kategorien gesehen werden (vgl. https://erwachsenenbildung.at/themen/gender_mainstreaming/theoretische_hintergruende/geschlecht_und_gender.php#biologisch_eindeutig). Außerdem haben Alter und soziale Faktoren wie Bildung, Einkommen oder Migrationserfahrung Einfluss auf Gesundheit und Krankheit. Das Frauengesundheitszentrum beachtet diese Kriterien bei der Recherche von Gesundheitsinformationen und Studien.

Gibt es keine geschlechterspezifischen Daten, keine Daten zu Alter und sozialen Faktoren, weisen wir darauf hin. Unser Ziel ist damit auch auf den Handlungsbedarf aufmerksam zu machen, geschlechter- und altersspezifische Daten sowie Daten zu sozialen Einflussfaktoren zu erheben und auszuwerten.



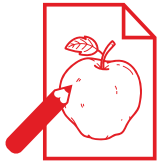
8. Anpassung an die Zielgruppe

Nicht für mich, sondern mit mir

Damit unsere eigenen Gesundheitsinformationen verständlich und nützlich sind, beteiligen wir Frauen und Mädchen an der Erstellung von Materialien.

Wir definieren die Zielgruppe, an die sich die Gesundheitsinformation richtet. Wir laden Mädchen und Frauen aus dieser Zielgruppe ein, uns mitzuteilen, welche Fragestellungen für sie relevant sind. Das erfahren wir in Einzelinterviews, in Fokusgruppen oder indem wir Multiplikator*innen, die mit der Zielgruppe arbeiten, bitten, Mädchen und Frauen zu befragen.

Wir erstellen einen Entwurf und holen Rückmeldungen zum Format der Gesundheitsinformation (etwa Broschüre, Video, Website, App ...), zum Umfang, zum Inhalt (sind alle aus Sicht der Frauen wichtigen Inhalte abgedeckt?), zur Verständlichkeit und zur Angemessenheit der Sprache und der Bilder (nicht diskriminierend, stigmatisierend oder paternalistisch) ein. Die Rückmeldungen fließen in die Überarbeitung der Gesundheitsinformation ein.



9. Sachlich angemessene Darstellung

Weil Worte wirken – und Bilder erst recht

Wir verwenden eine neutrale, nicht dramatisierende Sprache, um ein realistisches und angemessenes Bild, etwa zu einer Erkrankung, zu zeichnen. Wir vermeiden sowohl beunruhigende als auch verharmlosende Darstellungen. Vielfalt ist als zentraler Wert im Leitbild des Frauengesundheitszentrums verankert. Wir vermeiden Stereotypen, beschreiben Vielfalt und benutzen inklusive Sprache.

Große Sorgfalt legen wir auf eine angemessene und geschlechtergerechte Darstellung von Frauen und Mädchen, denn: Sprache formt das Bewusstsein und damit die Wahrnehmung der Wirklichkeit. Sprache, die Frauen und Mädchen nicht benennt, lässt sie verschwinden und stützt bestehende Ungerechtigkeiten. Ein einfaches Experiment zeigt diesen Zusammenhang: Werden Studierende nach ihrem liebsten Romanhelden, ihrem Lieblingsmaler, Lieblingsmusiker oder Lieblingssportler gefragt, kommen ihnen signifikant weniger Frauen in den Sinn als wenn Formulierungen wie Lieblingssportler oder Lieblingssportlerin verwendet werden (vgl. Dagmar Stahlberg, Sabine Sczesny: Effekte des generischen Maskulinums und alternativer Sprachformen auf den gedanklichen Einbezug von Frauen. *Psychologische Rundschau*, 52 (3), 131-140, 2001) Für die gesundheitliche Versorgung von Frauen und Mädchen stellt dies ein großes Problem dar. Wir verwenden daher ausschließlich geschlechtergerechte Sprache, die Frauen und Mädchen sowie Männer und Buben benennt und aufzeigt, dass es neben weiblich und männlich weitere Geschlechter und Geschlechtsidentitäten gibt.

Auch Fotos, grafische Darstellungen und Piktogramme erzeugen bewusste und unbewusste Vorstellungen und Interpretationen über die Wirklichkeit, insbesondere auch über Geschlechterverhältnisse und Geschlechterrollen. Daher haben wir Kriterien für geschlechtergerechte Gesundheitsinformation formuliert, die wir anwenden:

- Sichtbarmachen von Frauen und Mädchen im Bezug auf Frauengesundheit auf Bildern, Piktogrammen, Grafiken.
- Passende Bilder: So sollte für eine Brustkrebsfrüherkennungsbroschüre keine junge Frau abgebildet werden, wenn Mammographie Screening ab dem 45. Lebensjahr angeboten wird.
- Symmetrie: gleichberechtigte Darstellung von Frauen und Männern in den Rollen von Patient*innen, Ärzt*innen, Pflegepersonen usw.
- Aufbrechen von Rollenklischees: auch Frauen in traditionell männlichen Situationen, Männer in traditionell weiblichen Situationen.
- Frauen ≠ passiv, Objekt, Nähe/Emotion, Unterlegenheit, Sexualisierung, Opfer, Familie/Wellness, Fürsorge, Kinder.

- Männer ≠ aktiv, Subjekt, Distanz/Kühnheit, Überlegenheit, Beschützer, Auto/Technik, Egoismus.
- Achten auf: Körperhaltung, Bildhintergrund, Ausstattungselemente, Perspektive, Anordnung der Personen, Blicke (wer schaut in die Kamera, wer schaut weg), Bildtexte.
- Vielfalt darstellen: Alter, Aussehen, mit und ohne Einschränkungen, unterschiedlicher Körperbau, aus verschiedenen Ländern und Kulturen kommend, auch Menschen darstellen, die sich nicht eindeutig einem Geschlecht zuordnen (lassen) etc.

Das Frauengesundheitszentrum hat eine eigene Grafikerin und Fotografin, die auf die Einhaltung dieser Kriterien achtet.



10. Bewertungen und Empfehlungen

Fakten, Fakten, Fakten

Das Frauengesundheitszentrum gibt in der Regel keine Empfehlungen sondern evidenzbasierte Gesundheitsinformationen, die Frauen auf ihrem Weg zu einer selbstbestimmten Entscheidung unterstützen. Falls wir zusammenfassende Bewertungen oder Empfehlungen formulieren, machen wir diese als solche erkennbar: „Deshalb empfiehlt das Frauengesundheitszentrum ...“



11. Vorgehen bei der Erstellung von Entscheidungshilfen

Für meine Entscheidung

Sogenannte Entscheidungshilfen zeichnen sich dadurch aus, dass sie neben Informationen auch Elemente beinhalten, die das Treffen einer individuellen Entscheidung unterstützen: Sie stellen zum Beispiel Behandlungsalternativen einander gegenüber oder helfen bei der Klärung individueller Präferenzen entsprechend den eigenen Werten, Wünschen, Ängsten, Bedürfnissen.

Bei der Auswahl von Entscheidungshilfen, die wir an Frauen weitergeben, prüfen wir, ob diese den Anforderungen der Guten Gesundheitsinformation Österreich und den Kriterien der International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) Collaboration (<http://ipdas.ohri.ca>) entsprechen.



12. Transparenz über Verantwortliche

Wer steht dahinter?

Wir machen transparent, woher wir unsere Informationen haben und belegen unsere Aussagen mit Quellen. Bei eigenen Publikationen, ob in Form von Broschüren, Artikeln oder Texten auf der Website, werden die Autorinnen namentlich genannt. Studien oder aufbereitete Materialien wählen wir danach aus, ob Verfasser*innen und Herausgeber*innen genannt werden und ob diese frei von Interessenskonflikten (siehe Qualitätskriterium 13) sind. Gibt es keine solchen Quellen oder bestehen Unsicherheiten, benennen wir dies.

Der Schutz personenbezogener Daten hat bei uns oberste Priorität. So werden E-Mail-Anfragen garantiert vertraulich behandelt. Daten werden nicht verkauft, vermietet oder in irgendeiner Weise Dritten verfügbar gemacht.

Allgemein gilt das österreichische Datenschutzgesetz. Weiters verpflichten wir uns, die juristischen Mindestanforderungen, die für medizinische/gesundheitsbezogene Daten in Österreich gültig sind, einzuhalten oder zu übertreffen.

Wir sind Mitglied bei Transparency International – Austrian Chapter (www.transparency.org/).

Unsere Daten veröffentlichen wir entsprechend den Vorgaben der Initiative Transparente Zivilgesellschaft auf unserer Website

(<http://www.frauengesundheitszentrum.eu/gesunde-transparenz-2/>).



13. Darlegung von Interessenkonflikten

Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser

Das Gesundheitswesen ist nicht frei von ökonomischen Interessen. Ganz im Gegenteil: Pharmaindustrie, Medizintechnik- und Nahrungsmittelindustrie lassen gewaltige Summen ins Marketing fließen. Um ihre Produkte zu bewerben und zu verkaufen, wenden sie sich gerne direkt an die Verbraucher*innen, zum Beispiel über das Internet und Social Media. Bedenklich daran ist, dass diese Texte meist nicht als Werbung zu erkennen sind.

Unabhängige Organisationen, wie das Frauengesundheitszentrum, verfolgen keine kommerziellen Interessen. Wir wollen nicht verkaufen, sondern informieren. Wir sind ein gemeinnütziger Verein und unabhängig von großen Interessengruppen im Gesundheitswesen. Wir erhalten keine Finanzierung von Pharmafirmen, Medizingerätehersteller*innen oder anderen Firmen, sondern sind öffentlich finanziert (<http://www.frauengesundheitszentrum.eu/unsere-subventionsgeberinnen>).

Gesundheitsinformationen, die wir weitergeben, stammen ebenfalls von Einrichtungen, die sich dazu verpflichtet haben, unabhängige evidenzbasierte Informationen zu erstellen.



14. Beschreibung der Formate und Inhalte

Was nützt mir das?

Damit unsere Nutzer*innen sich angesprochen fühlen und leicht feststellen können, ob eine bestimmte Broschüre, ein Video oder ein Websiteartikel für sie von Interesse ist, beschreiben wir eingangs oder in Begleittexten (etwa zu Videos), worüber wir in welcher Form informieren.

Das Frauengesundheitszentrum wählt die Inhalte, die Methoden, die Kanäle und die Formate von Gesundheitsinformationen je nach Bedürfnissen der Zielgruppe, dem Thema, dem Ziel und den zur Verfügung stehenden Ressourcen.



15. Aktualisierung der Inhalte der Gesundheitsinformationen und des Methodenpapiers

Frische Fakten oder Schnee von gestern?

Wir überprüfen kontinuierlich, ob es aktualisierte Versionen von Materialien gibt, die wir in Beratungen verwenden oder an Frauen weitergeben und ersetzen die alten gegebenenfalls durch neue.⁹

Als Fachfrauen im Frauengesundheitszentrum bleiben wir bei den Themenbereichen des Frauengesundheitszentrums auf dem neuesten Stand. Wir tun das, indem wir qualitätsvolle Fachmagazine (etwa arznei-telegramm, Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ), Public Health Forum, Gynäkologische Praxis), Magazine für Verbraucher*innen (etwa Gute Pillen – Schlechte Pillen) und Newsletter (etwa der Cochrane Collaboration, des Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF), des Deutschen Netzwerks evidenzbasierte Medizin (EbM Netzwerk), des Austrian Institute for HTA, der deutschen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) oder des Kooperationsverbandes Gesundheitliche Chancengleichheit lesen und an Mailinglisten wie jener von Gendered Innovation in Science (Stanford University) oder vom Public Health Forum Österreich teilnehmen. Außerdem recherchieren wir regelmäßig auf den Websites von anerkannten Anbieter*innen von Gesundheitsinformationen (siehe Qualitätskriterium 2). Verändert sich die Datenlage aktualisieren wir unsere Informationen.

Wie häufig und in welchen Abständen wir unsere Materialien aktualisieren können, hängt aber auch von unseren Ressourcen und der Höhe unserer Förderungen ab.

Das jeweilige Erstelldatum der Information wird stets transparent gemacht.

Das Frauengesundheitszentrum koppelt die Aktualisierung des Methodenpapiers an die interne, alle vier Jahre stattfindende Qualitätszertifizierung nach LQW. Aktuelle Forschungsergebnisse und Leitlinien zur Erstellung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen werden bei der Aktualisierung berücksichtigt.

⁹ Grundsätzlich verwenden wir das beste, derzeit verfügbare Wissen. Eine ältere systematische Übersichtsarbeit (siehe Fußnote 4) kann allerdings verlässlichere Daten liefern als die neueste Einzelstudie. Aus diesem Grund ist Aktualität nicht immer das entscheidende Kriterium sondern eines von mehreren Kriterien evidenzbasierter Gesundheitsinformationen.