

# FRAUENGESUNDHEITZENTRUM

*beraten, begleiten, bewegen*

## **Gute Gesundheitsinformation Österreich**

### Der Weg zu evidenzbasierter, geschlechtergerechter Gesundheitsinformation

Für alle, die Gesundheitsinformationen in Auftrag geben, verfassen und vermitteln

Eine Maßnahme der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK)  
zur Umsetzung des Gesundheitsziels 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung  
stärken

mitglied der  
österreichischen plattform  
gesundheitskompetenz



Für Österreich adaptierte Fassung auf Basis  
der *Guten Praxis Gesundheitsinformation 2.0*  
des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V.

21. April 2017

## Inhalt

1	Vorwort .....	3
2	Was sind Gesundheitsinformationen? .....	5
3	Anforderungen an Transparenz, Inhalt und Vermittlung .....	8
4	Gestaltungsspielraum .....	10
5	Methodenpapiere: Was sollen sie beschreiben? .....	11
5.1	Identifizierung besonderer Informationsbedürfnisse .....	11
5.2	Systematische Recherche .....	11
5.3	Auswahl der Evidenz .....	12
5.4	Auswahl der dargestellten Ergebnisse (Endpunkte) .....	12
5.5	Wahl und Darstellung von Vergleichen.....	13
5.6	Umgang mit Zahlen und Risikoangaben.....	13
5.7	Berücksichtigung von Alters- und Geschlechterunterschieden.....	14
5.8	Anpassung an die Zielgruppe .....	15
5.9	Sachlich angemessene Darstellung.....	15
5.10	Bewertungen und Empfehlungen.....	16
5.11	Vorgehen bei der Erstellung von Entscheidungshilfen.....	16
5.12	Transparenz über Verantwortliche .....	17
5.13	Darlegung von Interessenkonflikten.....	17
5.14	Beschreibung der Formate und Inhalte.....	18
5.15	Aktualisierung der Inhalte der Gesundheitsinformationen .....	18
5.16	Aktualisierung von Methodenpapieren.....	18
6	Literatur .....	19
7	Impressum, Entstehung der <i>Guten Gesundheitsinformation Österreich</i> .....	22

# 1 Vorwort

Frauen und Männer sind ExpertInnen für ihre Gesundheit. Immer wieder gilt es Entscheidungen zu treffen: für oder gegen ein gesundheitsförderliches Angebot, eine Früherkennung, 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 Versicherten und PatientInnen auch, sich im Gesundheitssystem zu beteiligen [6-9].

Doch wie gelangt man zu informierten selbstbestimmten Entscheidungen? 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, 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. Alle, die solche Gesundheitsinformationen, auch Consumer Health Information genannt, herausgeben, verfassen und verbreiten, haben eine besondere Verantwortung. Zugleich sind sie Schlüsselpersonen dafür, die Qualität der Gesundheitsinformationen in Österreich zu verbessern – Agents of Change.

Um falsche und mangelnde Information in Gesundheitsbelangen zu vermeiden, sind bestimmte Kriterien zu berücksichtigen. *In der Guten Gesundheitsinformation Österreich* sind solche Kriterien gesammelt. Alle, die Gesundheitsinformationen finanzieren und herausgeben, können sich auf sie berufen und ihre Berücksichtigung in Aufträgen festschreiben. Allen, die Gesundheitsinformationen verfassen, dient sie

als praktisches Instrument. In jedem Fall unterstützt *Die Gute Gesundheitsinformation Österreich* sie auf dem Weg zu evidenzbasierter, geschlechtergerechter Gesundheitsinformation, die ankommt und wirkt. Damit trägt sie dazu bei, die Gesundheitskompetenz [10,11,12] der Bevölkerung zu erhöhen – dies ist ein wichtiger Eckpunkt der gesundheitlichen Chancengleichheit aller in Österreich lebender Menschen. Zugleich ist es gesundheitspolitisches Ziel, das Gesundheitswesen einfacher zu gestalten und dadurch für Patientinnen und Patienten leichter nutzbar zu machen.

**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]**

Ergänzend zur *Guten Gesundheitsinformation Österreich* steht Ihnen ein **Werkzeugkoffer** mit Checklisten, Leitlinien, Beispielen und Fakten zur Verfügung: [www.frauengesundheitszentrum.eu/gesundheitskompetenz](http://www.frauengesundheitszentrum.eu/gesundheitskompetenz) und <https://oepgk.at/wissenscenter/werkzeugkoffer-zu-gute-gesundheitsinformation-oesterreich/>.

Er kann es erleichtern, gute, also evidenzbasierte und geschlechtergerechte, Gesundheitsinformation zu beauftragen, zu verfassen und zu erkennen. Und er liefert zusätzliche fundierte Argumente, warum wir alle diese Informationen brauchen.

## 2 Was sind Gesundheitsinformationen?

Gesundheitsinformationen beziehen sich insbesondere auf

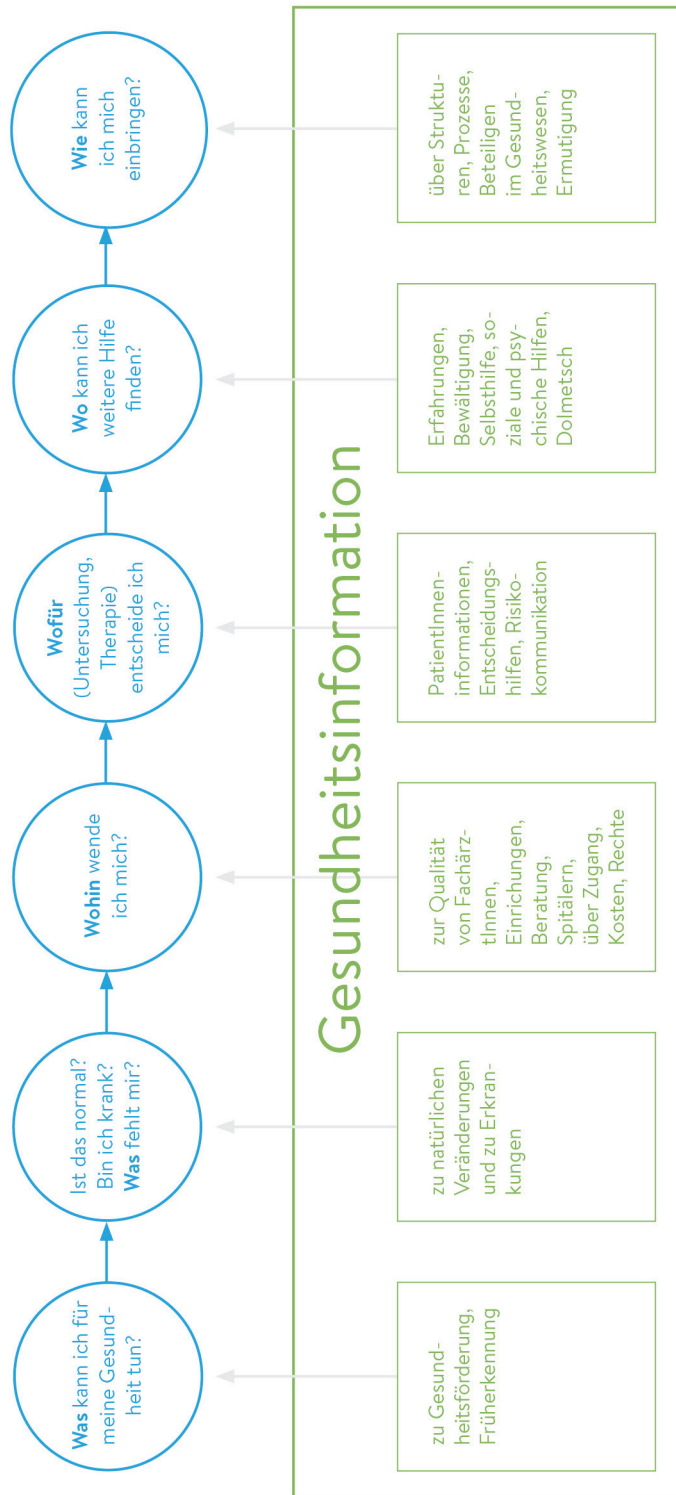
- das allgemeine Wissen über Gesundheit, Erkrankungen, ihre Auswirkungen und ihren Verlauf,
- Maßnahmen zur Gesunderhaltung (Prävention und Gesundheitsförderung),
- Früherkennung, Diagnostik, Behandlung, Palliation, Rehabilitation und Nachsorge von Krankheiten und damit im Zusammenhang stehenden medizinischen Entscheidungen,
- Pflege sowie
- 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 einer **professionellen 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, Sozialversicherung und gemeinnützige Vereine.
- **Interessengebundene Anbieter** von Gesundheitsinformationen im Sinn von Werbung für Leistungen und Produkte.



© Groth, Obergeschwandner

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

## Welche Aufgaben können Gesundheitsinformationen haben?

- **Information individueller Personen:** zum Beispiel die persönliche Information von Frauen und Männern, aber auch individuelle telefonische und elektronische Beratung
- **Information einer breiten Zielgruppe:** alle schriftlichen Informationen (gedruckt und in digitaler Form), aber zum Beispiel 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 die relevante Inhalte für Gesundheitsentscheidungen haben. 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 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).

### 3 Anforderungen an Transparenz, Inhalt und Vermittlung

Grundlage der Erstellung von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen ist ein transparentes 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 der Suche nach den Variablen Alter, Ethnie, biologisches und soziales Geschlecht (nur bei geschlechterspezifischen Erkrankungen wie Prostatakrebs oder Gebärmutterhalskrebs ist dies nicht relevant)
- Begründete Auswahl der für die Fragestellung geeigneten Evidenz und Quellenangaben
- 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 einem Abwarten oder Nichthandeln
- Entweder Verzicht auf direktive Empfehlungen oder klare Trennung zwischen der Darstellung von Ergebnissen und der Ableitung von Empfehlungen
- Berücksichtigung der aktuellen Evidenz zur Kommunikation von Zahlen, Risikoangaben und Wahrscheinlichkeiten
- Transparente Darstellung der Angaben über Verfasser und Verfasserin, Herausgeber und Herausgeberin der Gesundheitsinformation und deren Finanzierung, Datum der Erstellung und Aktualisierungsdatum

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 zugrunde liegenden 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.

## 4 Gestaltungsspielraum

Die Qualität einer Gesundheitsinformation hat mehrere Dimensionen. Dazu gehören neben der inhaltlichen Korrektheit, Aktualität und Vollständigkeit (auch in Bezug auf Frauen und Männer), 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 Gesundheitsinformationen 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](http://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de)).

## 5 Methodenpapiere: Was sollen sie beschreiben?

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 folgenden Aspekte berücksichtigen:**

### 5.1 Identifizierung besonderer Informationsbedürfnisse

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 bei jedem Thema spezifische Probleme und Fragen, verbreitete Missverständnisse und Wissenslücken geben. [19]

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

### 5.2 Systematische Recherche

Grundlage evidenzbasierter Gesundheitsinformationen ist eine systematische Recherche der aktuellen Literatur, die für die jeweilige Fragestellung angemessenen ist. 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].

Ein Methodenpapier beschreibt, wie die Recherche erfolgt und welche Kriterien aus welchen Gründen berücksichtigt werden.

### 5.3 Auswahl der Evidenz

Für evidenzbasierte Gesundheitsinformationen sind die für die Zielgruppe relevanten, vorhandenen 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 bei der Erstellung der Gesundheitsinformation zu berücksichtigen. Sie werden häufig mit GRADE beurteilt [35]. Wenn Unterlagen der „besten“ Evidenzstufe fehlen, schließt das die Erstellung von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen nicht aus. Wichtig ist, dass dieser Umstand transparent gemacht wird.**

Das gilt auch, wenn Informationen nur auf Grundlage von Unterlagen niedriger Evidenzstufen verfügbar sind (etwa Beobachtungsstudien, Fallserien) oder wenn bekannt ist, dass Studienergebnisse nicht vollständig vorliegen.

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

### 5.4 Auswahl der dargestellten Ergebnisse (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 auch finanzielle Belastungen. Liegen zu diesen Endpunkten keine ausreichend verlässlichen Ergebnisse vor, ist dieser Umstand in der Gesundheitsinformation anzusprechen. Wenn mangels klinischer Endpunkte nur bestimmte Ersatzendpunkte (Surrogatparameter, Biomarker) wie etwa Blutwerte herangezogen werden, ist auf die sich daraus ergebenden Unsicherheiten hinzuweisen.

Ein Methodenpapier beschreibt die allgemeinen Kriterien zur Auswahl dargestellter Endpunkte.

## 5.5 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).

Ein Methodenpapier beschreibt, wie diese Anforderungen bei der Suche und Auswahl nach Studien umgesetzt werden.

## 5.6 Umgang mit Zahlen und Risikoangaben

Auch für gesundheitliche Entscheidungen und Behandlungen mit einem nachgewiesenen Nutzen gilt, dass nicht bei allen 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 in Studien gefundenen Ergebnisse 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, und
- 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. Welches Maß an Sicherheit die Zahlen haben, sollte benannt werden. Auf Daten, die nicht ausreichend sicher sind, sollte verzichtet werden. Hierbei ist jeweils zu überprüfen, ob die Studienergebnisse Frauen und Männer berücksichtigen und daher die Anwendung auf Personen des jeweiligen Geschlechts möglich ist [25].
- Wie sich Wahrscheinlichkeiten von Ergebnissen nach Interventionen verändern, 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 absolutes Risiko und relatives 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. Ausgewogenheit beim Framing ist erforderlich, um nicht einseitig zu beeinflussen.

Ein Methodenpapier beschreibt, wie diese ausgewogene Darstellung gesichert wird.

## **5.7 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 zu benennen, falls dies für die Fragestellung nicht relevant ist. Es ist ebenfalls zu benennen, wenn eine Studie keine gesonderten Angaben macht und daher die Evidenz für das jeweilige Geschlecht oder Alter fraglich ist [19-30].

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

## **5.8 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, Grafiken, Comic, Audio, Video, LEICHTE Sprache) gewählt werden.

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

Ein Methodenpapier beschreibt die Art des Einbezugs von Zielgruppen und den Auswahlprozess.

## **5.9 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 Darstellungen. Bedeutsame Unsicherheiten sollen in geeigneter Form angegeben werden.

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

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

### **5.10 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 oder ein Herausgeber eigene zusammenfassende Bewertungen oder Empfehlungen formuliert, sollten diese in der Gesundheitsinformation klar erkennbar und abgegrenzt sein.

Ein Methodenpapier beschreibt, wie Bewertungen und Empfehlungen abgeleitet und wie sie von der Darstellung der Informationen abgegrenzt werden.

### **5.11 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].

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



## 5.12 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](http://www.afgis.de)) wie auch die HON Kriterien (Stiftung Health on the Net <https://www.healthonnet.org/HONcode/German/>).

Ein Methodenpapier beschreibt, wie Transparenz und Datenschutz erreicht werden sollen.

## 5.13 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 und herausgeben, Interessenkonflikte zu vermeiden.

Wenn dies nicht möglich ist, sind Vorgehensweisen nötig, die das Risiko von 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.**

Ein Methodenpapier beschreibt den Umgang mit Interessenkonflikten.

#### **5.14 Beschreibung der Formate und Inhalte**

Gesundheitsinformationen können sehr unterschiedliche Formate und Inhalte haben, zum Beispiel Informationen über natürliche Veränderungen, zu 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.

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

#### **5.15 Aktualisierung der Inhalte der Gesundheitsinformationen**

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.

Ein Methodenpapier beschreibt, wann und in welchen Fällen (etwa neue Datenlage) Aktualisierungen der Gesundheitsinformationen vorgesehen sind.

#### **5.16 Aktualisierung von Methodenpapieren**

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

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

## 6 Literatur

1. Gesundheit.gv.at. Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs. Patientenrechte. [www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/patientenrechte\\_ueberblick.html](http://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/patientenrechte_ueberblick.html)
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. [www.chemie.uni-hamburg.de/igtw/Gesundheit/images/pdf/Bunge\\_patientinformation.pdf](http://www.chemie.uni-hamburg.de/igtw/Gesundheit/images/pdf/Bunge_patientinformation.pdf)
3. Steckelberg A, Berger B, Köpke S, Heesen C, Mühlhauser I. Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformationen. ZaeFQ 2005; 99: 343-351. [www.chemie.uni-hamburg.de/igtw/Gesundheit/images/pdf/Steckelbergetal.pdf](http://www.chemie.uni-hamburg.de/igtw/Gesundheit/images/pdf/Steckelbergetal.pdf)
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](http://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. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15471772](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15471772)
6. Bundesministerium für Gesundheit. Gesundheitsziel 3. Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken. Bericht der Arbeitsgruppe. [www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2014/10/RGZ3\\_Bericht\\_201404142.pdf](http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2014/10/RGZ3_Bericht_201404142.pdf)
7. Gesundheit.gv.at. Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs. Bundeszielsteuerungsvertrag. Zielsteuerung Gesundheit 2013. [www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/gesundheitssystem-gesundheitsreform2013.html](http://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/gesundheitssystem-gesundheitsreform2013.html)
8. Bundesministerium für Finanzen. Bundesfinanzgesetz (2015) und Detaildokumente. [https://service.bmf.gv.at/BUDGET/Budgets/2014\\_2015/bfg2015/start.htm](https://service.bmf.gv.at/BUDGET/Budgets/2014_2015/bfg2015/start.htm)
9. Bundesministerium für Gesundheit. Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundeszielsteuerungsvertrages. [www.bmg.gv.at/home/Gesundheitsfoerderungsstrategie](http://www.bmg.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. [www.nap.edu/catalog/10883/health-literacy-a-prescription-to-end-confusion](http://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. <http://heapro.oxfordjournals.org/content/15/3/259.abstract>
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](http://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. Enthält Kriterienkatalog für Journalistinnen und Journalisten [http://www.medien-doktor.de/wp-content/uploads/downloads/2014/12/MD\\_Kriterien\\_Doppel\\_Uebersicht.pdf](http://www.medien-doktor.de/wp-content/uploads/downloads/2014/12/MD_Kriterien_Doppel_Uebersicht.pdf) [www.medien-doktor.de/medizin](http://www.medien-doktor.de/medizin),

- [www.medizin-transparent.at](http://www.medizin-transparent.at). Medizin-Transparent.at überprüft den Wahrheitsgehalt von Berichten in österreichischen Medien- und Werbebeiträgen.
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). [www.iqwig.de/de/methoden/methodenpapier.3020.html](http://www.iqwig.de/de/methoden/methodenpapier.3020.html)
  16. Nilsen Elin S, Myrhaug Hilde T, 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). <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004563.pub2/abstract>
  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](http://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de)
  18. Die Liste der Unterzeichnerinnen und Unterzeichner der deutschen *Guten Praxis Gesundheitsinformation* und deren Methodenpapiere (Stand 19.2.2016) hat das DNEbM dokumentiert unter <http://www.ebm-netzwerk.de/pdf/publikationen/gpgi-unterzeichner.pdf>
  19. Moerman C J, Deurenberg R; Haafkens J A. Locating sex-specific evidence on clinical questions in MEDLINE: a search filter for use on OvidSP™. BMC Medical Research Methodology. 2009. [www.biomedcentral.com/1471-2288/9/25](http://www.biomedcentral.com/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. <http://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](http://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. <http://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](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/](http://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. <http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://www.ebm-netzwerk.de/was-wir-tun/pdf/interessenkonfliktregulierung-2011.pdf)
35. Cochrane Deutschland: Über GRADE. [www.cochrane.de/de/%C3%BCber-grade](http://www.cochrane.de/de/%C3%BCber-grade)

## **Werkzeugkoffer**

Ergänzend zur Guten Gesundheitsinformation Österreich steht Ihnen ein Werkzeugkoffer mit Checklisten, Leitlinien, Beispielen und Fakten zur Verfügung: [www.frauengesundheitszentrum.eu/gesundheitskompetenz](http://www.frauengesundheitszentrum.eu/gesundheitskompetenz) und <https://oepgk.at/wissenscenter/werkzeugkoffer-zu-gute-gesundheitsinformation-oesterreich/>.

## **7 Impressum, Entstehung der *Guten Gesundheitsinformation Österreich***

Gute Gesundheitsinformation Österreich. Der Weg zu evidenzbasierter, geschlechtergerechter Gesundheitsinformation.

Für alle, die Gesundheitsinformationen in Auftrag geben, verfassen und vermitteln

Graz, Wien, März 2017

Hg.: Frauengesundheitszentrum und Redaktionsgruppe

### **Redaktionsgruppe**

Mag.a Dr.in Felice Gallé, Kommunikationswissenschaftlerin, Mitglied des Geschäftsführungsteams des Frauengesundheitszentrum, Graz, [felice.galle@fgz.co.at](mailto:felice.galle@fgz.co.at)

Mag.a Sylvia Groth MAS, Soziologin und Frauengesundheitsaktivistin, externe Projektleitung der *Guten Gesundheitsinformation Österreich*, Graz, [sylviagroth@gmx.at](mailto:sylviagroth@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* erarbeitete die Redaktionsgruppe im Rahmen der Maßnahme 1.4.2 zur Umsetzung des österreichischen Gesundheitsziels 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken, [www.gesundheitsziele-oesterreich.at](http://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:

Autorengruppe GPGI. *Gute Praxis Gesundheitsinformation*. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. Wesen (ZEFQ) 2015; 109:144-152. <http://www.ebm-netzwerk.de/pdf/publikationen/gpgi/2.pdf>. 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](mailto:gpgi@ebm-netzwerk.de).

Das Grazer Frauengesundheitszentrum und die Redaktionsgruppe 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, Referenzen und um geschlechtergerechte Kriterien vertieft.

Dank gilt auch den Expertinnen und Experten, die Gesundheitsinformationen beauftragen, herausgeben und verfassen, und die in einer Feedbackrunde im Sommer 2016 Rückmeldungen gaben. Die Redaktionsgruppe hat ihre Anregungen aufgenommen und die *Gute Gesundheitsinformation Österreich* im März 2017 dem Kern-Team der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) übergeben.

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 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/for 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 Josefs Hof, Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB)  
Elisabeth Tschachler, Journalistin  
Mag.a Friederike Widholm, Leiterin Frauengesundheitszentrum Linz  
Mag.a Hilde Wolf, Leiterin Frauengesundheitszentrum FEM Süd, Wien

Das Frauengesundheitszentrum ist



Das Frauengesundheitszentrum wird gefördert von

