Methodenpapier Medizin transparent

Version 2.0 vom 23. Oktober 2026

Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation

Autor*innen

MMag. Bernd Kerschner

Dipl.Ing. Teresa König, BSc

Dr.med. Jana Meixner, MSc

Interne Begutachtung

Univ.-Prof. PD Dr. Barbara Nußbaumer-Streit, MSc BSc

Impressum

Universität für Weiterbildung Krems

Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation

Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30

3500 Krems

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 4
1 Zielsetzung 4
1.1 Ziele von Medizin transparent 4
1.2 Zielgruppe 4
1.3 Format und Inhalt der Beiträge 5
2 Grundlagen unserer Methodik 5
2.1 Identifizierung besonderer Informationsbedürfnisse 5
2.2 Systematische Recherche 6
2.2.1 Hintergrund-Recherche 6
2.2.2 Fragestellung 6
2.2.3 Verwendete Datenbanken 6
2.2.4 Suchstrategie 7
2.2.5 Studienarten 7
2.2.6 Sprachen 7
2.2.7 Gegenprüfung 7
2.3 Auswahl der Evidenz 8
2.3.1 Dokumentieren der Suchergebnisse 8
2.3.2 Abstract-Screening 8
2.3.3 Volltext-Screening 8
2.3.4 Kriterien für die Qualitätsbewertung bzw. Risk of Bias-Bewertung von Studien 8
2.3.5 Präferenz für Studien mit geringem Verzerrungsrisiko 8
2.3.6 Einschätzung der Stärke der Gesamt-Evidenz 9
2.3.7 Gegenprüfung 9
2.3.8 Zusammenfassung der Ergebnisse 9
3 Auswahl und Darstellung der Fakten 9
3.1 Wahl und Darstellung von Ergebnissen 9
3.2 Wahl und Darstellung von Vergleichen 10
3.3 Umgang mit Zahlen und Risikoangaben 10
3.4 Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtsunterschieden 11
3.5 Anpassung an die Zielgruppe 12
3.6 Sachlich angemessene Darstellung 12
3.7 Bewertungen und Empfehlungen 12
3.8 Abgrenzung von Entscheidungshilfen 13
4 Glaubwürdigkeit und Transparenz 13
4.1 Transparenz über Verantwortliche 13
4.2 Darlegung von Interessenskonflikten 13
4.3 Aktualisierung der Inhalte 14
4.4 Sicherstellung von Objektivität und Qualität 14
4.4.1 Standardisierte Dokumentation 14
4.4.2 Interne Qualitätskontrolle 14
5 Referenzen 16

Einleitung

Medizin transparent ist eine Online-Plattform, die evidenzbasierte Gesundheitsinformationen für Laien anbietet. Medizin transparent ist ein Projekt von Cochrane Österreich am Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation, Universität für Weiterbildung Krems.

Den Empfehlungen der *Guten Gesundheitsinformation Österreich [1]* zufolge ist die Grundlage von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen ein offengelegtes, methodisches Vorgehen mit dem Ziel, den aktuellen Stand des Wissens verständlich, transparent und objektiv darzustellen. Medizin transparent orientiert sich an diesen Empfehlungen und strebt danach, die darin aufgestellten Kriterien zur Gänze zu erfüllen.

Das nachfolgende Methodenpapier beschreibt das methodische Vorgehen von Medizin transparent. Es orientiert sich im Aufbau an den Kriterien der Guten Gesundheitsinformation Österreich [1] und ist auf abrufbar.

1 Zielsetzung

1.1 Ziele von Medizin transparent

Viele Menschen machen Entscheidungen zu ihrer Gesundheit von Informationen aus dem Internet, (soziale) Medien oder der Werbung abhängig. Diese Inhalte sind jedoch oft nicht wissenschaftlich belegt.

Medizin transparent ist eine evidenzbasierte Service-Plattform, welche die Evidenz für Behauptungen aus den Medien, dem Internet oder der Werbung sowie für andere verbreitete Gesundheitsmythen aufzeigen will. Ziel ist, Leserinnen und Lesern objektive und leicht verständliche Informationen zu geben, damit diese selbst informierte Entscheidungen treffen können. Zu diesem Zweck können Leserinnen und Leser kostenlos Themen zur Bearbeitung vorschlagen.

Beiträge auf Medizin-transparent.at sollen klar umrissene Fragen beantworten. Es ist dabei nicht unser Ziel, einen Themenkomplex umfassend darzustellen, wir verweisen in unseren Texten aber nach Möglichkeit auf Angebote, die dies gemäß den Richtlinien der Guten Praxis Gesundheitsinformation [2] beziehungsweise der *Guten Gesundheitsinformation Österreich* [1] tun.

1.2 Zielgruppe

Mit Medizin transparent wollen wir die Bevölkerung im deutschen Sprachraum erreichen, insbesondere jene Menschen, die im Internet nach Gesundheitsinformationen suchen.

1.3 Format und Inhalt der Beiträge

Die Inhalte von Medizin transparent betreffen in erster Linie die Prävention, Früherkennung, Diagnostik und Behandlung von Gesundheitsproblemen bei Kindern und Erwachsenen.

Für weitere Informationen wie Ursachen, Häufigkeiten, Symptomatik oder Verlauf von Erkrankungen verweisen wir nach Möglichkeit auf Angebote anderer Gesundheitsinformationen, die den Richtlinien der *Guten Praxis Gesundheitsinformation* [2] beziehungsweise der *Guten Gesundheitsinformation Österreich* [1] entsprechen.

In jedem Medizin transparent-Beitrag versuchen wir, eine oder mehrere Fragen zu beantworten, die sich durch Behauptungen in (sozialen) Medien, Internet oder Werbung sowie durch verbreitete Gesundheitsmythen stellen.

Am Anfang eines jeden Beitrags geben wir sowohl in Textform als auch mittels Symbole eine Kurzantwort. Die Symbole drücken dabei einerseits die Richtung der Antwort aus, also ob eine Gesundheitsbehauptung stimmt oder nicht; und andererseits das Vertrauen in die Studienlage (Stärke der Evidenz). Sie sind unter beschrieben.

Die Beiträge selbst geben eine Einleitung in das Thema und die Fragestellung(en), und beantworten diese nachvollziehbar und leicht verständlich anhand der gefundenen Evidenz mit Hinblick auf die entsprechende(n) Betroffenengruppe(n). Nach Möglichkeit enthalten sie auch Hintergrundinformationen zum Thema sowie zum behandelten Krankheitsbild und zu weiteren Behandlungsmöglichkeiten, oder verweisen auf evidenzbasierte und laienverständliche Quellen, in denen diese Informationen zu finden sind.

In einem an den Hauptteil des Beitrags anschließenden Abschnitt gehen wir auf Details derjenigen Studien ein, die wir zur Bewertung der Gesamtevidenz herangezogen haben (Abschnitt „Die Studien im Detail“). Dieser Abschnitt ist für das Grundverständnis nicht nötig und ist nur für interessierte Leserinnen und Leser gedacht.

2 Grundlagen unserer Methodik

2.1 Identifizierung besonderer Informationsbedürfnisse

Bei der Auswahl der Themen für unsere Faktenchecks orientieren wir uns an Anfragen von Webseiten-Leserinnen und -Lesern, von Userinnen und Usern in unseren Sozialen Netzwerk-Kanälen, von ärztlichem oder pharmazeutischem Gesundheitspersonal oder von journalistischen Medien. Zusätzlich durchsuchen wir in unregelmäßigen Abständen Soziale Netzwerke, Online-, Print und Rundfunk-Medien nach Gesundheitsbehauptungen.

Es ist allerdings nicht möglich, alle Anfragen und gefundenen Gesundheitsbehauptungen zu bearbeiten. Bei der Themenauswahl entscheiden wir daher nach zwei Grundsätzen:

- **Breites Interesse:** Wir wählen bevorzugt Gesundheitsbehauptungen mit sehr hoher Verbreitung und sehr vielen Suchanfragen im Internet aus.
- **Bedenklichkeit:** Gesundheitsbehauptungen, die einen gesundheitlichen oder finanziellen Schaden verursachen könnten, behandeln wir prioritär.

Über die Auswahl der Faktencheck-Themen entscheidet das Redaktionsteam einstimmig oder in strittigen Fällen per Mehrheitsbeschluss.

2.2 Systematische Recherche

2.2.1 Hintergrund-Recherche

Medizinische Hintergrundinformationen, die das Verständnis einer Thematik für unsere Leserinnen und Leser erleichtern, recherchieren wir ausschließlich in evidenzbasierten Informationsquellen wie zum Beispiel Dynamed Plus®, UpToDate® oder dem Informationsportal des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) *gesundheitsinformation.de*.

2.2.2 Fragestellung

Um auf eine Fragestellung zu einem Gesundheitsthema nachvollziehbare und objektive Antworten finden zu können, ist es wichtig, die Frage schon vorab präzise definiert zu haben. Dazu wenden wir das PICO-Schema an. PICO steht dabei für die zu untersuchende **P**opulation, die zu erforschenden **I**ntervention, der zu Vergleichszwecken gesetzte Kontroll-Intervention (**C**), das gemessene **O**utcome (Endpunkt) der Studie [3]. Diese „PICO“-Komponenten werden in den Ein-/Ausschlusskriterien noch genauer definiert. Dabei werden in der formulierten Fragestellung unter P(opulation) explizit auch die Variablen Geschlecht und Alter berücksichtigt. Zusätzlich definieren wir bereits in der Fragestellung, welche Studientypen wir zur Beantwortung heranziehen.

2.2.3 Verwendete Datenbanken

Standardmäßig durchsuchen wir die Datenbanken PubMed und Epistemonikos nach Systematischen Übersichtsarbeiten. Wenn wir nach randomisiert-kontrollierten Einzelstudien suchen, verwenden wir die Datenbanken PubMed und Central via Cochrane Library. Abhängig vom Inhalt der Fragestellung ziehen wir bei Bedarf weitere Datenbanken heran, wie zum Beispiel Embase, PsycINFO, AMED (Allied

and Complementary Medicine Database) oder CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature).

2.2.4 Suchstrategie

Anhand der nach dem PICO-Prinzip definierten Fragestellung suchen wir nach möglichen Suchbegriffen inklusive Synonymen und verschiedenen Schreibweisen für diese sowie nach passenden Schlagworten im PubMed-Schlagwortkatalog MeSH (Medical Search Headings). Durch Kombination der vorhandenen MeSH-Schlagworte mit Freitext-Suchbegriffen erstellen wir eine Suchstrategie, mit Hilfe derer wir in den beschriebenen medizinischen Datenbanken nach Systematischen Reviews und Studien suchen.

2.2.5 Studienarten

Für Aussagen zum Nutzen gesundheitsförderlicher, präventiver, diagnostischer und therapeutischer sowie rehabilitativer Maßnahmen berücksichtigen wir in erster Linie systematische Übersichtsarbeiten von randomisiert-kontrollierten Studien. Diese suchen wir in den Datenbanken PubMed und Epistemonikos.

Finden sich systematische Übersichtsarbeiten, die von ausreichender Qualität und Aktualität (Suche nicht älter als drei Jahre) sind, ziehen wir keine weiteren Studienarten zur Evidenzbeurteilung heran. Können wir keine solchen systematischen Übersichtsarbeiten finden, suchen wir zusätzlich nach randomisierten kontrollierten Studien (RCTs). Wenn die Fragestellung nicht mithilfe von RCTs zu beantworten ist, schließen wir auch prospektive und retrospektive Beobachtungsstudien ein. Dabei berücksichtigen wir nur Beobachtungsstudien mit vergleichendem Studiendesign und paralleler Kontrolle. Nicht berücksichtigt werden Studien, die nicht am Menschen durchgeführt wurden (In vitro - Studien, Tierstudien) oder unkontrollierte Studien (z.B. Fall-Studien).

2.2.6 Sprachen

Wir beschränken uns auf Publikationen, die in englischer oder deutscher Sprache veröffentlicht worden sind. Sollte ein(e) Mitarbeiter*in weitere Sprachen in ausreichendem Ausmaß verstehen, berücksichtigen wir auch Publikationen in diesen Sprachen.

2.2.7 Gegenprüfung

Die Fragestellung entwirft eine Person, eine zweite Person prüft diese dann auf Vollständigkeit und Korrektheit gegen.

Standardmäßig führt eine Person die Literatursuche durch, eine zweite Person prüft davor die Suchstrategie auf Vollständigkeit und Korrektheit.

2.3 Auswahl der Evidenz

2.3.1 Dokumentieren der Suchergebnisse

Alle bei der Literatursuche gefundenen Publikationen werden inklusive Abstract in einer Textdatei in einem Maschinen-lesbaren Format (beispielsweise dem RIS-Format) abgespeichert.

2.3.2 Abstract-Screening

Die Abstracts aller gefundenen Publikationen werden von einer Person entweder direkt in einer Textdatei oder mit Hilfe einer Screening-Software durchgesehen. Dabei werden all jene Publikationen ausgeschlossen, die mit Sicherheit nicht den zuvor definierten Einschlusskriterien entsprechen.

2.3.3 Volltext-Screening

All jene Publikationen, die zuvor nicht sicher ausgeschlossen werden konnten, werden von derselben Person im Volltext gelesen. Anhand der zuvor definierten Ein- und Ausschlusskriterien entscheidet diese dann, ob die Publikation für die Beantwortung der Fragestellung relevant ist. Bei sämtlichen gelesenen und ausgeschlossenen Volltexten wird der Grund für den Ausschluss dokumentiert.

Aus den eingeschlossenen Volltexten extrahiert dieselbe Person sämtliche relevante Informationen, wie Studiendesign, Teilnehmendenanzahl, Studiendauer, Intervention, Kontrollbedingung, gemessene Endpunkte, Resultate, Finanzierung der Studie und etwaige Interessenskonflikte der Autor*innen.

2.3.4 Kriterien für die Qualitätsbewertung bzw. Risk of Bias-Bewertung von Studien

Für alle eingeschlossenen Publikationen beurteilen wir die methodische Qualität bzw. das Risiko für Bias anhand etablierter Bewertungstools und für jeden Endpunkt gesondert:

Bei RCTs verwenden wir das Cochrane Risk of Bias Tool 2.0 für RCTs [4,5], bei systematischen Übersichtsarbeiten AMSTAR-2 (Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews) [6] und bei Beobachtungsstudien die Newcastle Ottawa Scale [7].

2.3.5 Präferenz für Studien mit geringem Verzerrungsrisiko

Als Grundlage für unsere Gesundheitsinformation verwenden wir immer die beste und verlässlichste Evidenz, also diejenigen Studien mit dem geringsten Verzerrungsrisiko. Können wir nur Studien mit

hohem Verzerrungsrisiko finden, verwenden wir auch diese, weisen aber explizit darauf hin, dass diese Publikationen eine hohe Wahrscheinlichkeit für einen systematischen Fehler aufweisen.

2.3.6 Einschätzung der Stärke der Gesamt-Evidenz

Die Stärke der gesamten Evidenz pro Endpunkt (also über alle Studien hinweg) beurteilen wir nach dem GRADE-Schema (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) [8,9]. Zur besseren Veranschaulichung stellen wir die Evidenzstärke auch grafisch dar: https://medizin-transparent.at/bewertungs-kriterien/

2.3.7 Gegenprüfung

Die gesamte Recherche, die eingeschlossenen Volltexte, die extrahierte Daten, die Bewertung der methodischen Qualität bzw. des Verzerrungsrisikos der eingeschlossenen Studien sowie die Beurteilung der Gesamt-Evidenzstärke nach dem GRADE-Schema wird am Ende von einer zweiten Person kontrolliert.

2.3.8 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die gefundenen Ergebnisse fassen wir deskriptiv zusammen. In seltenen Fällen und wenn es die Heterogenität und die untersuchten Endpunkte erlauben, rechnen wir auch eine Metaanalyse.

Liegen mehrere systematische Übersichtsarbeiten zu unserer Fragestellung vor, wählen wir jene als Grundlage für unsere Einschätzung aus, die

a) am aktuellsten die Studienlage zusammenfasst und
b) das geringste Verzerrungs-Risiko (laut AMSTAR-2) aufweiset.

3 Auswahl und Darstellung der Fakten

3.1 Wahl und Darstellung von Ergebnissen

Sofern vorhanden, werden jene Ergebnisse (Endpunkte) berücksichtigt, die wahrscheinlich am meisten für unsere Leserinnen und Leser relevant sind. Das sind insbesondere Sterblichkeit (Mortalität), Beschwerden und Komplikationen (Morbidität), geschlechterspezifische Aspekte, die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Begleitumstände der Behandlung (z.B. Zeitaufwand, körperliche, seelische, soziale und auch finanzielle Belastungen).

Liegen zu diesen Endpunkten keine ausreichend verlässlichen Ergebnisse vor, erwähnen wir diesen Umstand. Studien, die ausschließlich Surrogat-Parameter untersucht haben, die für Betroffene kaum Relevanz haben, oder nicht als eine Veränderung ihres Gesundheitszustandes oder ihres Befindens spürbar sind, berücksichtigen wir nicht. Sollten Ergebnisse nicht geschlechterspezifisch vorliegen, erwähnen wir dies ebenfalls.

3.2 Wahl und Darstellung von Vergleichen

Für die individuelle Abwägung von Nutzen und Schaden einer Maßnahme oder eines Produkts (Intervention) sind Informationen über Ergebnisse erforderlich, die

1) auf einem Vergleich mit einer Scheinintervention (zum Beispiel Placebo) oder einer anderen Behandlungsoption beruhen;
2) für Patientinnen und Patienten geschlechterspezifisch relevant sind und ihnen eine selbstbestimmte Entscheidung erleichtern sollen.

Daher ziehen wir hauptsächlich jene Studien für die Evidenzbeurteilung heran, in denen eine Intervention entweder mit Placebo oder einer bereits als wirksam bestätigten Intervention verglichen wird. Sind solche Studien nicht verfügbar, erwähnen wir die daraus hervorgehende Unsicherheit. Zusätzlich geben wir nach Möglichkeit an, welche Ergebnisse zu erwarten sind, wenn keine Intervention gewählt wird, also auf eine Behandlung verzichtet wird.

3.3 Umgang mit Zahlen und Risikoangaben

Auch für gesundheitliche Entscheidungen und Behandlungen mit einem nachgewiesenen Nutzen gilt, dass nicht bei allen Patientinnen oder Patienten positive Effekte eintreten, manche erleiden sogar einen Schaden. Beiträge auf Medizin-transparent.at versuchen daher, möglichen Nutzen und Schaden einer Intervention ausgewogen und geschlechterbezogen darzustellen.

Wir wollen sicherstellen, dass Leserinnen und Leser das Ausmaß von Vor- und Nachteilen von Behandlungen und Gesundheits-Produkten realistisch einschätzen können. Daher wollen wir in unseren Texten darauf aufmerksam machen, dass die in Studien gefundenen Ergebnisse einerseits keine sichere Vorhersage über das Eintreten eines Ereignisses (Behandlungserfolg, Nebenwirkung etc.) für das Individuum erlauben. Und andererseits, dass sich Studienergebnisse auf bestimmte Gruppen von Studienteilnehmende beziehen und nicht für jede betroffene Person gelten müssen.

Sofern sich für Nutzen oder Schaden geschlechterbezogene Unterschiede zeigen, stellen wir die Ergebnisse je nach Geschlecht differenziert dar.

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

- Wir verwenden Zahlen mit einer sinnvollen Bezugsgröße, um es unseren Leserinnen und Lesern zu ermöglichen, die Größenordnung eines Problems bzw. der Wirksamkeit einer Maßnahme zu erkennen.
- Für Nutzen und für Schaden wählen wir – soweit möglich – einheitliche Bezugsgrößen. Informationen geben wir möglichst im Hinblick auf ein Basisrisiko an (zum Beispiel den „natürlichen Krankheitsverlauf"). Damit meinen wir die Wahrscheinlichkeit, mit der sich ein Beschwerdebild auch ohne medizinische Intervention verbessert, verschlechtert oder konstant bleibt. Leserinnen und Lesern wollen wir dabei verdeutlichen, dass sich viele Beschwerdebilder auch ohne Behandlung bessern können.
- Das Ausmaß des Effekts einer medizinischen Maßnahme wird möglichst in Form von absoluten Ereignishäufigkeiten in den zu vergleichenden Gruppen angegeben. Dabei wird auch angegeben, welches Maß an Sicherheit die Zahlen haben. Auf Daten, die nicht ausreichend sicher sind, wird in den Beiträgen verzichtet. Hierbei überprüfen wir, ob die Studienergebnisse Frauen und Männer berücksichtigen und daher die Anwendung auf Personen des jeweiligen Geschlechts möglich ist. Falls es nicht möglich ist, aus den Ergebnissen auf die Wirkung beim jeweils anderen Geschlecht zu schließen, weisen wir darauf hin.
- Wie sich Wahrscheinlichkeiten von Ergebnissen nach Interventionen verändern, stellen wir nach Möglichkeit als absolute Risikoänderung dar.
- Je nach Kontext kann es sinnvoll sein, zusätzlich zur absoluten Risikoänderung auch relative Änderungen darzustellen. Wir vermeiden jedoch die alleinige Darstellung der relativen Risikoänderung, 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 Personen überleben" bzw. „y von 100 Personen versterben" (Bezugsrahmensetzung, „Framing"). Unterschiedliches Framing desselben Sachverhalts kann unterschiedliche Effekte bei Patientinnen und Patienten bewirken, z.B. in der Risikowahrnehmung, dem Verständnis und der Motivation. Daher achten wir auf Ausgewogenheit beim Framing, um Patienten und Patientinnen nicht einseitig zu beeinflussen.

3.4 Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtsunterschieden

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.

Daher berücksichtigen wir in der Fragestellung, der Suchstrategie, der Auswertung, der Analyse und Darstellung sowohl das Alter wie auch das biologische und soziale Geschlecht. Wir streben an,

beispielsweise den natürlichen Krankheitsverlauf, Wirkungen, Risiken und unerwünschte Wirkungen einer Intervention jeweils nach Alter, Geschlecht, Lebenszusammenhang und Begleitumständen anzugeben. Wir weisen darauf gesondert hin, falls dies für die Fragestellung nicht relevant ist oder falls eine Studie keine gesonderten Angaben macht und daher die Evidenz für das jeweilige Geschlecht oder Alter fraglich ist.

3.5 Anpassung an die Zielgruppe

Beiträge auf Medizin-transparent.at veröffentlichen wir in Textform. Um sie für unsere Leserinnen und Leser leicht verständlich zu machen, berücksichtigen wir nach Möglichkeit die entsprechenden Empfehlungen der Leitlinie Evidenzbasierte Gesundheitsinformation [10]. Zusätzlich veröffentlichen wir die Ergebnisse unserer Evidenzrecherchen als Beiträge in unseren Social-Media-Kanälen.

Zudem beabsichtigen wir, in unregelmäßigen Abständen die Verständlichkeit und Nützlichkeit unserer Texte zu evaluieren. Dabei wollen wir auch die sprachlichen, kulturellen und Bildungshintergründe unserer Leserinnen und Leser erheben.

Um sicherzustellen, dass unsere Faktenchecks für unsere Leserinnen und Leser möglichst relevant sind, haben diese die Möglichkeit, Themen per Anfrage vorzuschlagen.

3.6 Sachlich angemessene Darstellung

Unsere Informationen für Entscheidungen über gesundheitliche, diagnostische und therapeutische Maßnahmen sollen ein realistisches, in neutraler Sprache und in einem angemessenen Bezugsrahmen (Framing) dargestelltes Bild vermitteln. Wir vermeiden tendenziöse und insbesondere unangemessen beunruhigende Formulierungen ebenso wie verharmlosende Darstellungen. Bedeutsame Unsicherheiten geben wir in geeigneter Form wieder. Zudem streben wir danach, Stereotypen – insbesondere Geschlechterstereotype – zu vermeiden und Vielfalt sichtbar zu machen.

Um die Einhaltung dieser Kriterien sicherzustellen, prüft eine zweite Person aus dem Team sowie eine Person mit medizinischer Ausbildung die Texte vor der Veröffentlichung gegen.

3.7 Bewertungen und Empfehlungen

Informationen auf Medizin-transparent.at sind inhaltlich und sprachlich neutral formuliert. Empfehlungen geben wir nicht ab, bieten aber objektive Informationen an, die die Basis für eine informierte Entscheidung über die eigene Gesundheit sein können.

3.8 Abgrenzung von Entscheidungshilfen

Auf Medizin-transparent.at versuchen wir, spezifische Fragen zu Gesundheitsmythen oder -behauptungen zu beantworten. Dabei legen wir den Fokus meist auf eine spezielle Intervention. Wir können jedoch keine umfassenden Entscheidungshilfen für komplexe Entscheidungen mit mehreren Optionen anbieten.

Nach Möglichkeit verweisen wir in unseren Beiträgen jedoch auf Entscheidungshilfen, die etwa Informationen über verschiedene Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten beinhalten oder Menschen dabei helfen, ihre persönlichen Werte und Präferenzen im Hinblick auf die verschiedenen Optionen zu klären und zu kommunizieren. Voraussetzung dafür ist, dass solche Entscheidungshilfen den Anforderungen der *Guten Gesundheitsinformation Österreich* [1][8,9] sowie den Standards der International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) Collaboration zu entsprechen ().

4 Glaubwürdigkeit und Transparenz

4.1 Transparenz über Verantwortliche

Wir legen auf unserer Webseite offen, wie Medizin transparent finanziert wird, wer Herausgeber ist, wie wir mit den Daten von Nutzer*innen umgehen, sowie Namen, Qualifikationen und mögliche Interessenskonflikte unserer Autoren und Autorinnen.

4.2 Darlegung von Interessenskonflikten

Medizin transparent ist bestrebt, nur mit Personen zusammenzuarbeiten, die keine Interessenskonflikte haben. Um eventuell dennoch vorhandene Interessenskonflikte transparent zu machen, veröffentlichen wir auf Medizin-transparent.at eine entsprechende Deklaration für alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen.

Bei der Benennung von Wirkstoffen und medizinischen Methoden und Geräten bevorzugen wir generische Namen. Da Menschen aber zum Beispiel Wirkstoffnamen oft nicht kennen und Handelsnamen verwenden, nennen wir manchmal auch zusätzlich entsprechende Handelsnamen. Hier legen wir Wert darauf, nicht einen Hersteller stärker zu betonen als andere. Manchmal verwenden wir auch Handelsnamen, weil sich die Anfragen von Leserinnen und Lesern auf ein bestimmtes Produkt beziehen.

4.3 Aktualisierung der Inhalte

Für evidenzbasierte Gesundheitsinformationen ist es essentiell, dass deren Fakten aktuell sind. Schließlich kann sich die Datenlage themenspezifisch schnell oder langsamer ändern. Wir versuchen, die Beiträge auf Medizin transparent regelmäßig zu aktualisieren. Die Beiträge sind zudem immer mit einem Datum versehen, sodass für Leser*innen die Aktualität des Beitrags ersichtlich ist.

Auch dieses Methodenpapier aktualisieren wir regelmäßig.

4.4 Sicherstellung von Objektivität und Qualität

4.4.1 Standardisierte Dokumentation

Unsere Einschätzung der Evidenz zu den beantworteten Fragestellungen können wir auf Anfrage jederzeit transparent begründen. Dazu haben wir eine standardisierte Vorgehensweise entwickelt, anhand derer wir intern alle Schritte und Entscheidungen mit genauer Angabe von Gründen dafür dokumentieren. Dies betrifft insbesondere die folgenden Punkte:

- PICO-Fragestellung
- Definition der Ein- und Ausschlusskriterien für die Suche und Auswahl der Studien
- Genaue Suchstrategie inklusive Angabe von durchsuchten Datenbanken, Datum der Suche, und Anzahl der Suchergebnisse vor und nach Ausschließen von doppelten Treffern
- Anzahl der ausgeschlossenen Publikationen nach Durchsicht der Abstracts
- Aufzählung der ausgeschlossenen Volltexte inklusive nachvollziehbarer Begründung des Ausschlusses
- Beurteilung der methodischen Qualität aller eingeschlossenen Volltexte
- Beurteilung der Gesamt-Evidenzstärke nach GRADE [8,9]

4.4.2 Interne Qualitätskontrolle

Eine umfassende interne Gegenprüfung stellt sicher, dass Beiträge auf Medizin-transparent.at die in diesem Dokument beschriebenen Kriterien für evidenzbasierte Gesundheitsinformationen einhalten. In einem ersten Schritt führt eine Person alleine alle Schritte von der Definition der Fragestellung bis hin zur Evidenzeinschätzung und der daraus folgenden Beantwortung durch. Eine zweite Person prüft parallel dazu oder im Anschluss die folgenden Schritte auf Richtigkeit und Objektivität gegen:

- PICO-Fragestellung sowie Ein- und Ausschluss-Kriterien (siehe Abschnitt 3.2.1)
- Suchstrategie (siehe Abschnitt 3.2.3)
- Volltext-Ein-/Ausschlüsse (siehe Abschnitt 3.3.3)
- Bewertung der Studienqualität (siehe Abschnitt 3.3.4)
- GRADE-Bewertung (siehe Abschnitt 3.3.6)
- Nachvollziehbarkeit der Gesamt-Schlussfolgerung

Nach erfolgter Gegenprüfung erstellt jene Person, die die Recherche durchgeführt hat einen laienverständlichen Text nach den unter Kapitel 4 beschriebenen Kriterien der *Guten Gesundheitsinformation Österreich* [1], wobei wir das Sprachniveau B2 anstreben.

Dieser Text wird vor der Veröffentlichung von einem anderen Team-Mitglied und zumindest einmal von einer Person mit medizinischer Ausbildung gegengelesen.

5 Referenzen

1. Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK). Gute Gesundheitsinformation Österreich. Die 15 Qualitätskriterien. Der Weg zum Methodenpapier - Anleitung für Organisationen. BMSGPK, Frauengesundheitszentrum. Accessed 19. Aug. 2026, https://oepgk.at/website2023/wp-content/uploads/2023/04/oepgk-gesundheitsinformation-die-gute-gesundheitsinformation.pdf
2. Arbeitsgruppe GPGI. Gute Praxis Gesundheitsinformation [Good practice guidelines for health information]. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2016;110-111:85–92.
3. Counsell C. Formulating questions and locating primary studies for inclusion in systematic reviews. *Ann Intern Med*. Sep 1 1997;127(5):380–7. doi:10.7326/0003-4819-127-5-199709010-00008
4. McGowan J. *PRESS Peer Review of Electronic Search Strategies: 2015 guideline explanation and elaboration (PRESS E&E)*. 2016.
5. Higgins JP, Green S. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Vol. 4. 2011.
6. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. Sep 21 2017;358:j4008. doi:10.1136/bmj.j4008
7. Wells GA, et. al. The Newcastle Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. Accessed 16. Nov. 2017, http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.htm
8. Berkman ND, Lohr KN, Ansari M, et al. Grading the Strength of a Body of Evidence When Assessing Health Care Interventions for the Effective Health Care Program of the Agency for Healthcare Research and Quality: An Update. 2013 Nov 18. *Methods Guide for Effectiveness and Comparative Effectiveness Reviews*. Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2013.
9. Atkins D, Best D, Briss PA, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *Bmj*. Jun 19 2004;328(7454):1490. doi:10.1136/bmj.328.7454.1490
10. Lühnen J, et. al. Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation. Accessed 16. Nov. 2017, http://www.leitlinie-gesundheitsinfromation.de