

1.2 Die Ottawa-Charta als Auslöserin und Impulsgeberin

Therese Stutz Steiger, Rainer Frei, Thomas Mattig

«Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen» (Ottawa Charta 1986). Mit diesem programmatischen Satz beginnt die Charta, die 1986 an der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa verabschiedet wurde. Seither hat sich die Ottawa-Charta in einer für ein gesundheitspolitisches Dokument seltenen Weise verbreitet und als wichtige Impulsgeberin bewährt.

Auch das Konzept der Gesundheitskompetenz ist in der Ottawa-Charta bereits angedacht. Der Begriff «Gesundheitskompetenz» wird zwar nicht explizit verwendet. Aber das, was der Begriff bedeutet, ist in der Charta bereits präsent und wird unter dem Begriff «Gesundheitsförderung» subsumiert.

Dies mag mit ein Grund dafür sein, dass die Begriffe «Gesundheitskompetenz» und «Gesundheitsförderung» heute teilweise synonym verwendet werden. Kommt hinzu, dass der Begriff «Kompetenz» in der Jurisprudenz, in den Sozialwissenschaften und in der Pädagogik unterschiedliche Bedeutungen hat. Diese Mehrdeutigkeit färbt sich auch auf den Begriff «Gesundheitskompetenz» ab (von Kardoff 1996).

Die Ottawa-Charta wurde formuliert als Aktionsprogramm für das von der WHO gesetzte Ziel «Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000». Um dieses Ziel zu erreichen, werden in der Charta folgende drei grundlegende Handlungsstrategien aufgezeigt:

- Anwaltschaft für Gesundheit
- Befähigen und ermöglichen
- Vermitteln und vernetzen

und folgende fünf prioritäre Handlungsfelder:

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
- Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen
- Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen
- Persönliche Kompetenzen entwickeln
- Gesundheitsdienste neu orientieren

«Gesundheitsförderndes Handeln bemüht sich darum, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr grösstmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen» (Ottawa Charta 1986). Mit dieser Kernaussage zur Handlungsstrategie «Befähigen und ermöglichen» wird deutlich, dass in der Ottawa-Charta eine Gesundheitskompetenz gemeint ist, bei der es bei weitem nicht nur um Wissen und Fähigkeiten geht, sondern um möglichst selbstbestimmtes Handeln aller Menschen.

Diese Ausrichtung kommt im Handlungsfeld «Persönliche Kompetenzen entwickeln» noch deutlicher zum Ausdruck: «Gesundheitsförderung will den Menschen helfen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben, und will ihnen zugleich ermöglichen, Veränderungen in ihrem Lebensalltag herbeizuführen, die ihrer Gesundheit zu gute kommen» (Ottawa Charta 1986).

So verstandene Gesundheitsförderung basiert auf Empowerment – ein Wort, das sich bezeichnenderweise kaum auf Deutsch übersetzen lässt – und meint die Kompetenz, das eigene Leben und die eigene Lebenswelt gesundheitsfördernd gestalten zu können (Frei 2004).

Die grosse Bedeutung der Lebenswelten für die Gesundheit zeigt sich im Handlungsfeld «Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen» – am eindrücklichsten im vermutlich bekanntesten, ganz sicher poetischsten Satz der Ottawa-Charta: «Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben» (Ottawa Charta 1986).

Was die Gesundheitskompetenz-Definition von Ilona Kickbusch unter dem Stichwort «Systemorientierung» festhält (vgl. Kasten auf Seite 19), ist in der Ottawa-Charta im prioritären Handlungsfeld «Gesundheitsdienste neu orientieren» bereits angedacht: Die verschiedenen Akteure der Gesundheitsdienste «müssen gemeinsam darauf hinarbeiten, ein Versorgungssystem zu entwickeln, das auf die stärkere Förderung der Gesundheit ausgerichtet ist und weit über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinausgeht» (Ottawa Charta 1986).

Ganz besonders auch für Patientinnen und Patienten sowie Menschen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung gilt somit das im ersten Satz der Ottawa-Charta gesetzte Ziel: «Allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen» (Ottawa Charta 1986). Im Sinne der Gesundheitskompetenz bedeutet dies die Fähigkeit, im Gesundheitssystem so autonom wie möglich entscheiden und handeln zu können.

Die Ottawa-Charta wurde 1986 als gesundheitspolitische Vision formuliert und blieb in der Folge auch nicht ohne Einfluss auf die schweizerische Gesundheitspolitik. Dass dieser Einfluss aber begrenzt ist, hat die Diskussion und das – wenn auch äusserst knappe – Scheitern des Präventionsgesetzes (2012) einmal mehr deutlich gemacht.

Zugleich hat die Charta aber auch Leitbild-Charakter für die Arbeit all jener, die in Public Health neu denken und handeln wollen (Ruckstuhl 2011). Hier erweist sich die Ottawa-Charta bis heute auch hierzulande immer wieder als inspirierende Impulsgeberin, nicht zuletzt auch für das Konzept der Gesundheitskompetenz.

Entwicklung in der Schweiz

Die Schweizerische Gesundheitsstiftung RADIX hat sich bei ihrer Gründung 1992 die Ottawa-Charta zum Programm gemacht. Um dieses zukunftsweisende Dokument in der Schweiz einem breiteren Publikum aus Politik und Fachwelt bekannt zu machen, hat RADIX 1996 anlässlich des 10-Jahre-Jubiläums der Charta in der ganzen Schweiz Tagungen und Diskussionsforen realisiert.

Bis heute ist die lebensweltorientierte Gesundheitsförderung in den Settings Gemeinde und Schulen ein Schwerpunkt der Tätigkeit von RADIX. Eine besonders wichtige Rolle für die Stärkung der Gesundheitskompetenz kommt dabei dem «Schweizerischen Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen» zu, an dem sich heute mehr als 1700 Schulen aus der ganzen Schweiz aktiv beteiligen (www.radix.ch). Das Schweizerische Netzwerk ist Teil des Europäischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Schulen (ENHPS), einem Programm der WHO, der EU und des Europarates.

Das Thema «Gesundheitskompetenz» wird seit 2005 von Gesundheitsförderung Schweiz bearbeitet; damals wurde ein erstes umfassendes Grundlagenpapier erstellt, das Denkanstösse für ein Rahmenkonzept zu Health Literacy vermitteln sollte (Gesundheitsförderung Schweiz 2006).

Das Bundesamt für Gesundheit BAG hat in der gleichen Periode interessierte Experten zu einem Workshop eingeladen und erste Berichte zu ausgewählten Problemen erstellen lassen (BAG 2006). Man befasste sich im Rahmen dieser Arbeiten vorwiegend mit Definitionsfragen, wobei die umfassende Definition von Kickbusch et al. (Kickbusch 2006, 2008) im Zentrum stand. Es wurde jedoch schon damals darauf hingewiesen, dass für die jeweiligen Präventions- und Forschungsprojekte vermutlich jedes Mal aufgezeigt werden müsse, von welchem Teilbereich des Begriffs die Rede sei.

2010 wurde die Allianz Gesundheitskompetenz Schweiz (Allianz Gesundheitskompetenz 2010) gegründet. Damit konnte eine bereits bestehende Netzwerk-Partnerschaft¹ auf fünf Mitglieder² erweitert werden. Die Akteure aus Gesundheitswesen, Wissenschaft, Bildung, Politik, Wirtschaft und Medien sollten eine gemeinsame Plattform zur Förderung der Gesundheitskompetenz erhalten. Die Allianz strebt als Vision eine deutlich erhöhte Gesundheitskompetenz der EinwohnerInnen der Schweiz an: Möglichst alle sollen befähigt sein, ihre Gesundheitsdeterminanten (Wilkinson 2003) positiv zu beeinflussen, Risiken einzuschätzen und sich im Gesundheitssystem autonomer zu bewegen. Der Ausgleich der unterschiedlichen Verteilung der Gesundheitskompetenz bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen ist der Allianz ein wichtiges Anliegen.

Im Entwurf zum Präventionsgesetz (BAG 2009) war im Zweckartikel festgehalten, dass die Gesundheitskompetenz jeder und jedes Einzelnen zu fördern sei. Der Gesetzgebungsprozess rund um dieses Projekt hatte sich um strukturelle und finanzielle Fragen, aber auch um die individuelle Freiheit gedreht (Mattig 2011); dabei wurde wiederholt hervorgehoben, dass die Kompetenz in Gesundheitsfragen eine wichtige Voraussetzung für die Ausübung der persönlichen Freiheit darstelle. Das Thema Gesundheitskompetenz war nie umstritten, stand aber auch nie im Zentrum einer tiefgründigeren Diskussion.

1 Merck, Sharp & Dohme und Gesundheitsförderung Schweiz

2 zusätzlich Public Health Schweiz, FMH, Careum

Rollenaufteilung zwischen den Beteiligten

Eine Stärkung der Gesundheitskompetenz ist wichtig für die individuelle und die öffentliche Gesundheit (Public Health). Damit dies gelingt, müssen die Rollen der verschiedenen Akteure und Akteurinnen des Gesundheitswesens neu überdacht werden. Zu diesen Akteuren zählen einerseits PolitikerInnen, ExpertInnen aus dem Forschungs- und Bildungsbereich sowie Gesundheitsfachleute. Wichtig ist andererseits, dass auch die Bevölkerung – StimmbürgerInnen, Versicherte und Patienten – sich ihrer aktiven Rolle bewusst ist und sich auf geeignete Weise organisiert, um ihre Ansprüche deutlich zu machen. Laien und Experten müssen vermehrt ein gemeinsames Verständnis der Rollenaufteilung entwickeln.

Tabelle 1 listet die verschiedenen Rollen der Akteure auf, die in Fachkreisen und der Öffentlichkeit noch (zu) wenig diskutiert werden.

Einwohner in ihren Rollen	Kernkompetenzen
als Konsumentinnen und Konsumenten	Konsumkompetenz (informiert sein, Informationen bewerten können, Angebotsentscheide treffen)
als Gesunde	gesund leben; gesund bleiben; Fähigkeit, sich zu informieren, Informationen auszuwerten und zu handeln
als Patientinnen und Patienten	Koproduktion von Gesundheit; sich im Gesundheitssystem zurechtfinden; Selbst-Management (z. B. Therapietreue, Erhaltung der Lebensqualität u. a.); Interessenvertretung; Austausch unter seinesgleichen (Peers)
als Arbeitnehmende	Gesundheitsbewusstsein in Bezug auf Arbeit und Arbeitsplatz, auf die eigene Gesundheit und die der Mitarbeitenden; Interessenvertretung
als (Stimm)-bürgerinnen und -bürger	Mitgestalten der Rahmenbedingungen für Gesundheit (im Wohnumfeld, auf lokaler, kantonaler und nationaler Ebene), Interessenvertretung
Experten	Aufgaben
Politik	Gesetzgebung, Rahmenbedingungen
BAG und Kantone	Regulation, Informationsvermittlung; System lesbar machen, Navigationshilfen, gesetzgeberische Prozesse gestalten
Health Professionals (öffentlich und privat)	Informationslieferanten, Aufklärende, Mediatoren, Betreuende, Beratende, Diagnostizierende, Therapierende, Coaches
Sonstige Anbieter	Berücksichtigung von Qualitätskriterien und ethischen Normen

Quelle: modifiziert nach Rödiger und Stutz Steiger 2009

Es lässt sich leicht erkennen, dass die hier aufgezeigten Beispiele nicht vollständig sind. Alle Beteiligten – auch Menschen mit chronischen Krankheiten und Fachleute – sind aufgefordert, ihre Rollen vermehrt zu klären und wahrzunehmen. Jede fähige Person sollte sich fragen, wie weit sie ihr Potential ausschöpft bzw. ob sie vielleicht durch Weiterbildung oder gezielten Austausch in Patienten-, Gesundheits- oder Fachorganisationen für sich und ihr Umfeld profitieren kann. Die Bemühungen des Einzelnen gilt es durch die Schaffung von geeigneten Rahmenbedingungen zu unterstützen.

Fazit

Eine gesunde Bevölkerung und eine nachhaltige Entlastung unseres Gesundheitssystems sind Anliegen unserer Gesellschaft. Alle Beteiligten könnten eine aktivere Rolle wahrnehmen, als dies heute der Fall ist. Die Förderung der Gesundheitskompetenz muss sich daher zu einem wesentlichen Element künftiger Gesundheitsstrategien entwickeln. Kompetenzförderung ist keinesfalls eine Einschränkung der persönlichen Entscheidungsfreiheit. Vielmehr trägt kritische Urteilsfähigkeit dazu bei, die persönliche Freiheit besser auszuschöpfen und Angebote kritischer zu beurteilen. Die grossen Fortschritte der Hightech-Medizin zwingen alle, ihre Wertssysteme immer wieder zu überprüfen.

Es braucht attraktive Bildungsmöglichkeiten für die Bevölkerung, die mehr und mehr mit dem zum Teil hektischen Alltagsleben konfrontiert ist, sowie für die Versicherten, die mit der ökonomischen Seite der medizinischen Betreuung Schritt halten müssen.

Generell ist Patientenbildung (auch für Angehörige) ein Desiderat, das punktuell erfüllt ist, aber gesamtschweizerisch schlecht umsetzbar ist. Die digitalen Möglichkeiten werden von den Gesundheitsfachleuten und den Gesundheitsbehörden nur teilweise genutzt.

Eine Herausforderung liegt darin, auch bildungsferne Menschen vermehrt einzubinden. Das ist vor allem für kantonale und kommunale Gesundheitsförderungsstrategien und für die Grundversorgung wichtig. Auch im Bildungssektor können wichtige Beiträge geliefert werden; teilweise geschieht das heute schon durch die Vermittlung der Grundkompetenzen.

Die Notwendigkeit für Prävention besteht auch ohne Gesetz weiterhin; verbesserte Koordination wird auf anderen Wegen gesucht. Die Arbeit der Allianz Gesundheitskompetenz zeigt, dass es wichtig wäre, auf der nationalen Ebene vermehrt Massnahmen zur Kompetenzförderung von Bürgerinnen und PatientInnen zu initiieren und zu unterstützen, damit diese eine gesunde und kritische Anspruchshaltung entwickeln.

Es bleibt festzuhalten, dass eine minimale gesamtschweizerische Koordination und ein begrifflicher Konsens (wenn möglich im Einklang mit internationalen Richtlinien) viele Einzelbemühungen im Zusammenhang mit Kompetenz- und Gesundheitsförderung erleichtern und deren Effizienz steigern könnten.

Definition «Gesundheitskompetenz»

Es gibt zahlreiche Definitionen von Gesundheitskompetenz; eine davon lautet: «Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, so zu entscheiden und zu handeln, dass es für mich und meine Umwelt gesund ist» (T. Abel, Präsentation an einer Veranstaltung).

Eine andere Definition beschreibt Gesundheitskompetenz im Einklang mit WHO und EU aus dem Blickwinkel von (New) Public Health. Ilona Kickbusch und Daniela Maag haben Gesundheitskompetenz definiert als die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Gesundheitskompetenz befähigt Personen zur Selbstbestimmung und zur Übernahme von Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit bezüglich ihrer Gesundheit. Sie verbessert die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen.

Die Definition von Kickbusch umfasst fünf Bereiche:

- persönliche Gesundheit: individuelle Gestaltung der Gesundheit; Wissen und Anwendung von entsprechendem Verhalten beim Selbst-Management und bei der Betreuung der Familie
- Systemorientierung: die Fähigkeit, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden und gegenüber dem Fachpersonal als kompetente/r Partner/in aufzutreten
- Konsumverhalten: die Fähigkeit, Konsum- und Dienstleistungsentscheidungen unter gesundheitlichen Gesichtspunkten zu treffen
- Arbeitswelt: Unfälle und Berufskrankheiten vermeiden, Einsatz für die Sicherheit und für gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen sowie eine angemessene Balance zwischen Beruf und Privatleben
- Gesundheitspolitik: informiertes gesundheitspolitisches Handeln (Eintreten für Gesundheitsrechte, Stellungnahmen zu Gesundheitsfragen, Mitgliedschaften in Patienten- und Gesundheitsorganisationen)

Literatur

BAG (2006) **Arbeitsbericht Gesundheitskompetenz**. www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/02873/index.html?lang=de (Zugriff 19.6.2015)

BAG (2009) **Präventionsgesetz**. www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07492/index.html?lang=de (Zugriff 22.7.2012)

Frei R (2004) **Von der Beglückung zum Empowerment – Prävention bei einer «schwierigen Zielgruppe»**, SuchtMagazin.

Haslbeck J, Kickbusch I (Hrsg.) (2011) **Evivo. Gesund und aktiv mit chronischer Krankheit leben**. www.evivo.ch

Kickbusch I, Wait S, Maag D (2006) **Navigating Health: The Role of Health Literacy**. London: International Longevity Centre-UK.

Kickbusch I, Maag D (2008) **Health Literacy**, in: International Encyclopedia of Public Health, First Edition, Academic Press, vol. 3, 204–11.

Lehmann P, Stutz Steiger T (2011) **im Auftrag der Allianz Gesundheitskompetenz Schweiz: Förderung der Gesundheitskompetenz – Erhebung der Aktivitäten der Kantone**. www.allianz-gesundheitskompetenz.ch

Mattig T (2011) **Bevormundung und Freiheit**. Schweizerische Ärztezeitung (SÄZ), 38: 1465–6.

Mattig T (2012) **Gesundheit braucht Freiheit**. Gesundheitsförderung Schweiz.

OECD (2007) **Understanding the Social Outcomes of Learning**. Paris OECD

Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986) www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf

Rödiger A, Stutz Steiger T et al. (2009) **«Gesundheitskompetenz: Hintergrund, Begriffsbestimmung und Auswirkungen»**: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hg.), Gesundheitskompetenz. Zwischen Anspruch und Umsetzung.

Ruckstuhl B (2011) **Gesundheitsförderung – Entwicklung einer neuen Public-Health-Perspektive**, Weinheim und München.

Sommerhalder K, Abel T (2007) **Institut für Sozial- und Präventivmedizin: Gesundheitskompetenz: Eine konzeptuelle Einordnung**. Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.

Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonsk Z, Brand H and (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project Europea (2012) **Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models**.

Stutz Steiger T, Gasser J, Graf-Litscher E, Weng T, Rödiger A (2009) **Therapietreue, Gesundheitskompetenz und E-Health: Bausteine für das Gesundheitswesen der Zukunft**, Schweizerische Ärztezeitung (SÄZ), 19: 773–5.

Stutz Steiger T (2011) **Gesundheitskompetenz: ein Thema auch für die Weiterbildung**; Education Permanente 2011–4: Gesundheit: 5–7.

Von Kardorff E (1996) in **Leitbegriffe der Gesundheitsförderung**, Schwabenheim a. d. Selz.

Wang J et al. (2012) **The Swiss Health Literacy Survey: development and psychometric properties of a multidimensional instrument to assess competences for health**.

Wilkinson R, Marmot R (2003) **The social determinants of health: the solid facts**, 2nd edn. WHO Europe, Copenhagen.

1.3 De l'éducation thérapeutique aux compétences en santé

Monique Chambouleyron, Alain Golay

Le concept des compétences en matière de santé (health literacy) prend peu à peu place dans les politiques de santé. Pour preuve, le Conseil Fédéral Suisse, fixant dans son rapport «Santé 2020» les priorités de la politique sanitaire de la Confédération, cite parmi les mesures à mettre en œuvre «le renforcement des compétences en matière de santé et de la responsabilité individuelle des assurés et des patients afin qu'ils utilisent plus efficacement le système de santé, qu'ils puissent mieux prévenir les maladies et qu'ils se préoccupent davantage de leurs maladies» (OFSP 2013).

Ce concept des compétences en matière de santé s'adresse à l'ensemble de la population au travers de 3 champs de préoccupation (The European Health Literacy Conference 2011) (Fig. 1):

- les personnes en bonne santé et la promotion de la santé,
- les sujets à risque (sujets porteurs de facteurs de risque, par exemple de maladies cardiovasculaires) et la prévention des maladies,
- les patients avec maladie chronique et leurs soins.

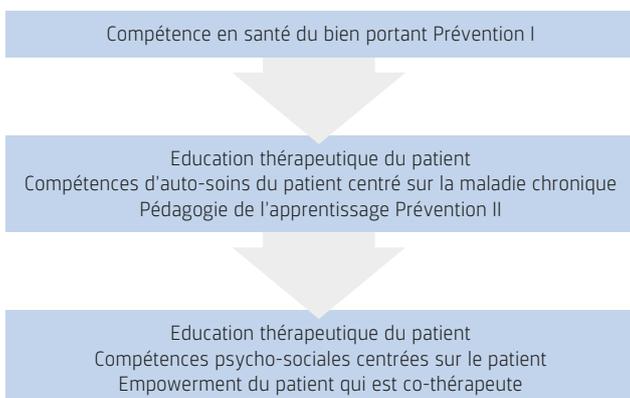


Fig. 1: Compétences

Nous allons décrire, dans cet article, l'évolution du concept des compétences en santé en éducation thérapeutique des patients. Nous ne traiterons pas des aspects concernant la promotion de la santé des sujets sains.

Concernant les patients, particulièrement ceux porteurs de maladies chroniques nécessitant des soins de longue durée, la question de leur besoin d'acquérir des compétences en matière de santé s'est imposée déjà à partir des années 1970. L'Education Thérapeutique des Patients (ETP) s'est développée pour répondre à ce besoin, en s'adressant dans un premier temps aux personnes diabétiques insulino-dépendantes et aux patients asthmatiques (Lacroix & Assal 2003).

Au cours de ces 45 années de pratique de l'ETP, les professionnels impliqués se sont progressivement confrontés à des problématiques de plus en plus complexes. D'une part, avec le recul, ces praticiens de l'éducation thérapeutique ont dû faire le constat que la seule maîtrise des compétences d'auto-soins n'assurait pas obligatoirement une adhésion aux traitements (Golay et al. 2013). D'autre part, le champ de l'ETP s'est progressivement élargi à d'autres maladies comme l'obésité, les addictions, le cancer, etc. Des programmes d'ETP ont, par exemple, été mis en place par l'École de Genève pour plus de 46 maladies chroniques (Lasserre Moutet et al. 2008). La rencontre avec ces nouveaux publics, la mise en évidence de leurs problématiques spécifiques et la compréhension de leurs besoins éducatifs ont amené les praticiens à élargir leur vision des compétences en santé nécessaires à ces patients pour vivre quotidiennement avec leurs maladies et traitements afin de devenir réellement co-thérapeutes.