astra plus

Gesundheitskompetenz
Rauchfrei in der Pflege

Abschlussbericht

Anschluss-Projekt „astra-Implementationsforschung“

in Folge der Entwicklung des Programms

„astra – Aktive Stressprävention durch Rauchfreiheit in der Pflege“

Förderkennzeichen: ZMVI5-2515DSM202

30. Mai 2017

vorgelegt beim Bundesministerium für Gesundheit

ENSH GLOBAL NETWORK FOR TOBACCO FREE HEALTH CARE SERVICES Deutschland
Hochschule Esslingen University of Applied Sciences
HOCHSCHULE HANNOVER UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES AND ARTS
IFT

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit
aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Titel und Verantwortliche

Förderkennzeichen: ZMVI5-2515DSM202

Projektleitung: Dr. Anneke Bühler

ProjektmitarbeiterInnen mit Kontaktdaten:

Name	Institut	Telefon; E-Mail
Dr. Bühler, Anneke	IFT München	Tel. 089-36080483 buehler@ift.de
Schulze, Katrin (02/15-08/16)	IFT München	Tel. 089-36080484 schulze@ift.de
Rustler, Christa	DNRfK e.V. Berlin	Tel. 030-49855691 rustler@rauchfrei-plus.de
Sautter, Dorothea (ab 06/16)	DNRfK e.V. Berlin	Tel. 030-49855692 sautter@rauchfrei-plus.de
Scheifhacken, Sabine (02/15-04/16)	DNRfK e.V. Berlin	Tel. 030-49855692 über DNRfK Büro
Prof. Dr. Bonse-Rohmann, Mathias	Hochschule Hannover	Tel. 0511-92963105 mathias.bonse-rohmann@hs-hannover.de
Schweizer, Ines	Hochschule Esslingen	über DNRfK Büro

Laufzeit: 01.02.2015 – 31.12.2016

Fördersumme: 249.587,00€

Datum der Erstellung des Abschlussberichtes: 30. Mai 2017

Die in diesem Bericht vorgestellte Forschungsarbeit zur Implementierung, wie auch schon die Entwicklung und Evaluation des astra-Programms, war in dieser Qualität nur möglich durch die Beiträge und gute Zusammenarbeit aller KooperationsparterInnen, die als Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter genannt sind. Ein großer Dank gilt hier auch den Trägerorganisationen für die Unterstützung, vor allem dem IFT München für die Übernahme der verwaltungstechnischen Arbeit, aber ganz besonders für die großzügige Nutzung der vorhandenen Programme zur Stressprävention und Tabakkontrolle.

Wir danken den Mitgliedern des Wissenschafts- und Praxisbeirats, die uns bei Fragen immer mit wertvollen Rückmeldungen unterstützt haben. Ein ganz konkreter Anlass war hier die ExpertInnentagung, zu der auch Stakeholder eingeladen waren, und die uns hier richtungsweisende Kommentare und Rückmeldungen gaben und für Fragen zur Verfügung standen.

Ein ganz besonderer Dank gilt den Teams in den teilnehmenden Pflegeschulen und den astra-TrainerInnen, die mit hohem Engagement die Implementierung an der eigenen Schule durchführen und mit ihren Erfahrungen zur Weiterentwicklung und Verfeinerung des Programms beitragen.

© astra 2016

Unter dem Titel astra plus ist es in diesem Folgeprojekt gelungen, die zentralen Bausteine des „astra-Programms“ mit den Unterrichtskonzepten des Parallelprojekts „PA-TRES“ synergetisch zu verknüpfen um es zukünftig in einem gemeinsamen Programm anzubieten. Ohne die großzügige und kompetente Zusammenarbeit mit Andrea Reusch und Anja Müller, beide Universität Würzburg, wäre dies nicht möglich gewesen und dafür danken wir sehr. In der Entwicklung und Testung des Moduls KRIPS wurden wir zusätzlich von erfahrenden KursleiterInnen, Dr. Karin Vitzthum (Vivantes Klinikum Neukölln) und Matthias Pforr (Universitätsklinikum Tübingen) unterstützt.

Ohne die Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit, im Besonderen von Frau Gaby Kirschbaum, wäre dieses Programm nicht entstanden. Wir danken ihr und auch Frau Spohn vom Bundesverwaltungsamt für die Beratung und Geduld in der Abwicklung des Projekts.

Ein großer Dank geht an die DAK Gesundheit, die sich schon frühzeitig über den Beirat für die Entwicklung und später für die Förderung der Implementierung und Begleitung der astra plus-Schulen eingesetzt hat. Mit ihr konnte eine Krankenkasse als Partner gewonnen werden, die sich schon länger besonders für die Gesundheit in Pflegeberufen engagiert und die Förderung der Implementierung an Pflegeschulen bis 2018 übernommen hat.

© astra 2016

Inhaltsverzeichnis

1 Zusammenfassung 1

2 Einleitung 2

2.1 Ausganglage des Projekts 2
2.2 Ziele des Projekts 3
2.3 Projektstruktur 3

3 Erhebungs- und Auswertungsmethodik 5

3.1 Operationalisierung der Teilziele und Indikatoren 5
3.2 Datenerhebung und Datenauswertung 7
3.2.1 Evaluation der Fortbildung zur/zum astra-TrainerIn 7
3.2.2 Evaluation des Moduls zum Aufbau von Beratungskompetenz bei PflegeschülerInnen 8
3.2.3 Befragung der Schlüsselpersonen 8
3.2.4 Befragung Pflegeschulen einer Region 10
3.2.5 Evaluation ExpertInnentagung 10
3.2.6 Follow-Up Befragung der PflegeschülerInnen 11

4 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan 16

4.1 Erreichte Ziele 17
4.2 Verschiebungen und Abweichungen in der Planung 17
4.3 Positive und negative Erfahrungen und Probleme 17

5 Ergebnisse 19

5.1 Kompetenzentwicklung 19
5.1.1 Fortbildungskonzept astra-TrainerIn und Ergebnisse der Pilotstudie 19
5.1.1.1 Inhalte des Fortbildungskonzeptes 19
5.1.1.2 Ergebnisse der Pilotstudie 20
5.1.2 Modul zum Aufbau von Beratungskompetenz bei PflegeschülerInnen und Ergebnisse der Pilotstudie 23
5.1.2.1 Inhalte des Moduls 23
5.1.2.2 Ergebnisse der Pilotstudie 27
5.1.3 Ergebnisse Implementierung des Themas in der generalistischen Ausbildung 30
5.2 Implementationsbereitschaft und Normenentwicklung 32
5.2.1 Ergebnisse Expertentagung und Workshop 32
5.2.2 Ergebnisse Befragung Schlüsselpersonen (Stakeholderbefragung) 34
5.2.3 Ergebnisse Workshop und Positionspapier (Berlin) 34

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

© astra 2016

5.2.4 Ergebnisse Handreichung für astra-BotschafterInnen 36
5.2.5 Ergebnisse Identifizierung von astra-BotschafterInnen 37
5.2.6 Ergebnisse Erhebung Implementationsbereitschaft von Pflegeschulen 39
5.2.7 Ergebnisse Platzierung des Themas in der Pflegewissenschaft 41
5.3 Unterstützung: Aufbau einer Betreuungsstruktur für die breite Implementation ..43
5.3.1 Ergebnisse Koordination der Fortbildung (Berlin) 43
5.3.2 Ergebnisse Betreuung der implementierenden Schulen 43
5.3.3 Ergebnisse Finanzierung der Fortbildung und Durchführung von astra 45
5.4 Evidenzgenerierung für und zu Implementationsprozessen 46
5.4.1 Ergebnisse Follow-Up Befragung PflegeschülerInnen und Pflegeschulen 46
5.4.1.1 PflegeschülerInnen 46
5.4.1.2 Schulebene 49
5.4.2 Ergebnisse Nutzenanalyse 51

6 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung 55

6.1 Soll-Ist Vergleich der Teilziele und ihrer Erreichung 55
6.2 Diskussion der Ergebnisse 57
6.2.1 Arbeitsbereich Können: Qualifizierung und Kompetenzförderung - Diskussion der Ergebnisse in Bezug auf die pflegeberufliche Bildung 57
6.2.2 Arbeitsbereich Wollen: Implementationsbereitschaft und Normveränderung ...60
6.2.3 Arbeitsbereich Unterstützen: Aufbau einer dauerhaften Betreuungsstruktur – Diskussion in Bezug auf die Verstetigung der Tabakprävention und Reduktion in der Pflegeausbildung 61
6.2.4 Arbeitsbereich Evidenzgenerierung: Diskussion der Ergebnisse in Bezug auf den Nutzen von Tabakprävention und Reduktion in der Pflege und auf Forschung .63

7 Gender Mainstreaming Aspekte 66

7.1 Betrachtung des Projektverlaufs und der Ergebnisse unter dem Aspekt des Gender Mainstreaming 66

8 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse 67

8.1 Beiträge auf Kongressen und Konferenzen 67
8.2 Publikationen 68
8.3 Pressemitteilungen 70
8.4 Newsletter 70
8.5 Internet: Webseite www.astra-programm.de, neu www.astra-plus.de 70

9 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential) 72

Abbildungsverzeichnis 74

© astra 2016

Tabellenverzeichnis 75

Publikationsverzeichnis 76

Anlage

© astra 2016

1 Zusammenfassung

Im Rahmen des Modellprojektes „astra - Aktive Stressprävention durch Rauchfreiheit in der Pflege“ wurde eine Intervention zur Prävention und Reduktion des Tabakkonsums bei Auszubildenden in Pflegeberufen entwickelt, in acht Schulen umgesetzt und gegenüber einer Kontrollgruppe als erfolgreich evaluiert. Im Folgeprojekt „astra-Implementationsforschung“ stand der Aufbau von Strukturen für eine nachhaltige Implementierung der astra-Intervention im Mittelpunkt. Das Modellprojekt hatte gezeigt, dass es systematischer Unterstützungen von außen bedarf, damit eine nachhaltige Umsetzung durch die Berufsgruppe selbst geleistet werden kann. Basierend auf den Ergebnissen des Modellprojekts sowie der internationalen Implementationsforschung wurden vier Bereiche erfolgreich bearbeitet:

(1) Qualifizierung: Entwicklung und Pilottestung eines Fortbildungskonzepts zur Implementation von astra für Multiplikatoren und eines Fortbildungsmoduls für Auszubildende zur rauchbezogenen Kurzintervention (KRIPS)

(2) Implementationsbereitschaft und Normenentwicklung: Steigerung des Problembewusstseins bei Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft sowie der Berufsverbände u.a. durch vielfache Präsenz auf einschlägigen Veranstaltungen, eine Kampagne „Gemeinsame Initiative für eine rauchfreie Pflege“ und Ernennung von Schlüsselpersonen als „astra-BotschafterInnen “

(3) Unterstützung: Aufbau einer Betreuungsstruktur für die breite Implementation einschließlich einer bundesweiten Koordinationsstelle, Fortbildungsangebote, Rekrutierung und Betreuung aktiver Schulen, Finanzierungskonzept und Sicherstellung der Finanzierung bis einschließlich 2018 durch die DAK Gesundheit.

(4) Evidenzgenerierung: Evidenzen zum langfristigen Nutzen der astra-Intervention für Teilnehmende und Träger (v.a. kurzfristige Effekte auf Risiko- und Schutzfaktoren der SchülerInnen , kontinuierliche Verbesserung der Tabakpolitik der Schulen, Teilnahme an astra als Möglichkeit, wichtiges Thema anzugehen und Curriculumsanforderungen zu erfüllen)

Entsprechend den Erwartungen wurde mit dem Folgeprojekt eine Struktur zur nachhaltigen, breiten und qualitätsgesicherten Implementierung von evidenzbasierter Tabakprävention und –reduktion in Pflegeberufen aufgebaut, die derzeit zur bundesweiten Implementierung in einer dritten Projektphase genutzt wird. Da der erarbeitete Implementierungsprozess den Struktur- und Qualitätsanforderungen des Präventionsleitfadens des GKV-Spitzenverbands entspricht, können Pflegeschulen hier nach § 20a PrävG Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten beantragen. Die DAK Gesundheit hat hier die Finanzierung vorerst bis 2018 in einem Letter of Intent mit der Koordinierungsstelle im Büro des DNRfK e.V. vereinbart.

Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

© astra 2016

2 Einleitung

2.1 Ausganglage des Projekts

Wenn auch bevölkerungsweit in den letzten zwei Jahrzehnten der Tabakkonsum erfreulicherweise stark zurückgegangen ist (Orth, 2015), muss davon ausgegangen werden, dass pflegende Berufe weiterhin unter Rauchern überproportional vertreten sind. Die Raucherprävalenz liegt mit 42% in der Altenpflege, 41% unter Helfer*innen in der Altenpflege sowie 31% in der Krankenpflege über dem Bevölkerungsdurchschnitt von 25% (Statistisches Bundesamt, 2014). Pflegende beginnen meist vor dem Einstieg in die Ausbildung mit dem Rauchen (Kolleck, 2004). Es wird geschätzt, dass etwa 50% der PflegeschülerInnen bereits zu Ausbildungsbeginn Tabak konsumieren (Hirsch et al., 2010; Vitzthum et al., 2012). Angesichts des Befundes, dass eigenes Rauchverhalten die Unterstützung des Rauchstopps bei PatientInnen verringert (Vitzthum et al., 2012; Sarna et al., 2005) kann jede Maßnahme, die zu einem geringeren Anteil von rauchenden Pflegenden führt, sowohl die Gesundheit der Pflegenden insgesamt verbessern als auch zur Gesundheitsförderung und Tabakkontrolle in der gesamten Bevölkerung beitragen.

Aufgrund des Handlungsbedarfs wurden vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zwei Modellprojekte zur Prävention und Reduktion des Tabakkonsums gefördert und zwar „astra - aktive Stressprävention durch Rauchfreiheit in der Pflege“ sowie „PA-TRES Lebensstil in der Pflegeausbildung“. Im der ersten Förderphase des Modellprojekts „astra“ (2013-2016) wurde eine Maßnahme entwickelt, an acht Schulen implementiert und im Rahmen einer kontrollierten Studie auf Machbarkeit und Wirksamkeitshinweise untersucht (s. Abschlussbericht Bühler et al., 2016). Zentrales Ergebnis war, dass umfassende Tabakprävention und -entwöhnung in Pflegeschulen umgesetzt und eine messbare Veränderung erzielt werden kann. Für messbare Veränderungen waren sowohl verhaltens-, als auch umfassende verhältnisorientierte Maßnahmen erforderlich. Für eine nachhaltige Implementierung dieser komplexen Intervention erschienen daher sowohl von der Einrichtungsleitung getragene und zugleich partizipativ von allen Akteuren gestaltete Veränderungen der allgemeinen und einrichtungsspezifischen Rahmenbedingungen erforderlich.

Dabei wurde die derzeit schwierige Ausgangslage für ein Projekt im Kontext Pflege, die sich mit Themen wie Fachkräftemangel, Nachwuchsprobleme, Neuorientierung der Ausbildung und Neuregelungen im Alltagsgeschäft auseinandersetzen muss, als Herausforderung begriffen. Das Thema Gesundheitsförderung in der Ausbildung und die notwendigen Veränderungsprozesse wurden eher als Teil der Lösung als ein zusätzliches Problemfeld gesehen.

© astra 2016

2.2 Ziele des Projekts

Mit dem Vorhaben sollten die genannten Veränderungsprozesse initiiert oder begleitet werden. Ziel des Folgeprojekts war die Förderung der nachhaltigen Implementierung von „astra – Aktive Stressprävention durch Rauchfreiheit in der Pflege“ bzw. der evidenzbasierten Tabakprävention und -reduktion in der Pflege Die Prozesse betreffen die Qualifizierung, die Sensibilisierung und Motivierung für evidenzbasierte Tabakprävention und –reduktion im Setting Pflege und ihre Finanzierung und fachliche Begleitung. Zudem sollte die Evidenzbasis für dieses Unterfangen verbreitert werden.

2.3 Projektstruktur

Demnach gliederte sich die Projektstruktur in vier Bereiche: Kompetenzentwicklung, Implementationsbereitschaft und Normentwicklung, Externe Betreuungsstruktur und Evidenzgenerierung für und zu Implementationsprozessen. Diese vier Bereiche werden im Folgenden zusammenfassend beschrieben. Die konkreten Ziele und Indikatoren finden sich unter Punkt 5.1.

1) Kompetenzentwicklung: Fortbildung von astra-TrainerInnen und Förderung der Beratungskompetenz in der pflegeberuflichen und hochschulischen Bildung

Im ersten Aufgabenpaket sollten zum einen Voraussetzungen geschaffen werden, die eine Qualifikation von Multiplikatoren erlauben, welche die im Modellprojekt entwickelte astra-Intervention umsetzen können. Zum anderen sollte ein weiteres astra-Modul entwickelt werden, damit die Raucherberatungskompetenz Eingang in die Pflegeausbildung findet. Zum dritten sollte Einfluss genommen werden auf die Gestaltung des diskutierten Curriculums für die generelle Pflegeausbildung insofern, als dass dort die Themen Stressbewältigung, Tabakprävention, Tabakentwöhnung und Raucherberatung curricular Berücksichtigung finden.

(2) Implementationsbereitschaft und Normenentwicklung: Steigerung des Problembewusstseins bei Pflegeschulen und Praxiseinrichtungen und deren Bereitschaft, astra zu implementieren einschließlich der Förderung rauchfreier Normen in der Berufsgruppe

Um Bildungs- und Praxiseinrichtungen zur Durchführung von evidenzbasierter Tabakprävention und -reduktion, d.h. hier konkret zur Implementierung von astra, zu motivieren, ist es notwendig, den Kontext der Pflegeausbildung bezüglich des Rauchverhaltens zu verändern (Durlak & Dupre, 2008). Dazu sollten normensetzende Organe der Pflegeberufe (wie Berufsverbände und deren Landes- und Arbeitsgruppen sowie pflegewissenschaftliche Institutionen) angeregt und unterstützt werden, sich mit dem beschriebenen Handlungsbedarf aus dem BMG-Modellprojekt zu befassen, die Rolle der Pflegeberufe in der Tabakkontrolle (in Deutschland) zu definieren, berufsspezifische Normen und Ziele zu formulieren und die Umsetzung aktiv zu unterstützen.

© astra 2016

(3) Unterstützung: Aufbau einer Betreuungsstruktur für die breite Implementation

Im dritten Arbeitspaket sollte für implementierungsbereite Personen, Pflegeschulen und Einrichtungen eine Stelle geschaffen werden, die Fortbildungsangebote und deren Finanzierungsmöglichkeiten koordiniert sowie eine pro-aktive Betreuung während der Implementierung leisten kann.

(4) Evidenzgenerierung für und zu Implementierungsprozessen

Es sollten, um für eine nachhaltige Implementierung argumentieren zu können, zum einen der langfristige Nutzen der astra-Intervention für die teilnehmenden Auszubildenden und Schulen überprüft werden und zum anderen der Nutzen für potenzielle Träger und durchführende Schulen eingeschätzt werden, einschließlich Abschätzung der Kosten, die durch das Rauchen in Pflegeberufen entstehen. Drittens sollten die im Folgeprojekt angestoßenen Implementationsprozesse selbst dokumentiert und ausgewertet werden, um ggf. Korrekturen im Vorgehen vornehmen und die Praxiserfahrung an andere Projekte weiter geben zu können.

© astra 2016

3 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

3.1 Operationalisierung der Teilziele und Indikatoren

Ziel des Folgeprojekts war die Förderung der nachhaltigen Implementierung von „astra – Aktive Stressprävention durch Rauchfreiheit in der Pflege“ bzw. der evidenzbasierten Tabakprävention und -reduktion in der Pflege[1]. Einfach gesagt: Die Pflegeberufe können und wollen Tabakprävention und –entwöhnung in ihrer eigenen Berufsgruppe durchführen und es gibt Strukturen, die eine breite Durchführung unterstützen. Vier Teilziele mit jeweiligen Indikatoren zur Messung der Zielerreichung wurden bestimmt, welche im astra-Projektteam (DNRfK, IFT, HE und HH) kooperativ bearbeitet wurden (s. Tabelle 1).

Tabelle 1: Ziel und Teilziele mit Indikatoren zur Messung der Zielerreichung

Ziele:	**Indikatoren zur Messung der Zielerreichung**
Ziel:	
Förderung der nachhaltigen Implementierung der astra-Intervention bzw. der evidenzbasierten Tabakprävention und –reduktion in der Pflege[1]	
Teilziele:	
1 Können: Qualifizierung und Kompetenzförderung	
1.1 Erstellung eines Fortbildungskonzepts für die astra-Intervention	– astra Fortbildungskonzept ist erstellt – Pilottestung mit 5-10 TeilnehmerInnen ist erfolgt – Befragte Fortbildungsteilnehmende geben an, sich kompetent zu fühlen, das astra-Interventionsprogramm durchzuführen
1.2 Aufbau von Beratungskompetenz bei Auszubildenden aus Pflegeberufen	– Evidenzbasierte Beratungskonzepte zum Rauchstopp für das zweite und/oder dritte Ausbildungsjahr sind identifiziert und das Modul an zwei Schulen pilot-getestet – befragte Auszubildende verfügen über vermehrtes Wissen und trauen sich die Beratung zum Rauchstopp zu
1.3 Nachhaltige curriculare Implementierung in der generalistischen Ausbildung	– Stressprävention, Tabakprävention und -entwöhnung sind in die Dekanekonferenz "Pflegewissenschaft" in die Diskussion um die generalistische Ausbildung eingebracht
2 Wollen: Implementationsbereitschaft und Normenentwicklung	
2.1 Verantwortliche in Pflegeberufen motivieren Schulen und Praxiseinrichtungen zur Durchführung von evidenzbasierter Tabakprävention und -reduktion	– eine Handreichung für die Motivationsarbeit ist entwickelt und wird von den Verantwortlichen als hilfreich bezeichnet – fünf astra-Botschafter werben für das astra-Programm – Befragte Schlüsselpersonen geben an, für das Thema sensibilisiert zu sein, kennen astra (Homepage) und sind motiviert, andere zur Umsetzung anzuhalten – Befragte Berufsfachschulen berichten Problembewusstsein, kennen die Angebote und äußern Interesse an dem Thema und an astra

[1] Es wird hier allgemein von evidenzbasierter Tabakprävention und –reduktion gesprochen, da die Nachhaltigkeitsprozesse auch für andere Interventionen (z.B. PA-TRES) bedeutsam sein sollten.

© astra 2016

Ziele:	Indikatoren zur Messung der Zielerreichung
2.2 Pflegeverbände integrieren Normen in Bezug auf Beratung zur Prävention des Tabakkonsums, der personalen Tabakentwöhnung und der strukturellen Rauchfreiheit in nationale Zielsetzungen	– Expertentagung zu den Ergebnissen aus beiden Modellprojekten des BMG mit 30 TeilnehmerInnen hat stattgefunden – Workshop mit Schlüsselpersonen hat stattgefunden – ein Positionspapier zum Thema Rauchen ist zusammen mit dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK)/ Deutschen Pflegerat e.V. (DPR) erstellt – das Positionspapier orientiert sich an internationalen Strategiepapieren (WHO, ICN, TFU)
2.3 Pflegewissenschaftler sind motiviert, sich mit dem Thema Tabakprävention und –reduktion zu befassen	– astra ist dem Deutschen Bildungsrat für Pflegeberufe, der Dekane-Konferenz der Pflegestudiengänge sowie der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft vorgestellt; – Symposium zur Stressprävention, Tabakprävention und –reduktion auf der Fachtagung der Pflegewissenschaft zur Bündelung derzeitiger Forschungsaktivitäten ist durchgeführt
3 Unterstützung: Aufbau einer dauerhaften Betreuungsstruktur	
3.1 Die astra-Fortbildung wird von einer Stelle koordiniert	– Sektion „astra“ ist im DNRfK e.V. installiert – Anbieter Fortbildung ist gefunden – astra- Webseite ist aktuell
3.2 Die astra-Fortbildung und astra-Durchführung wird finanziell unterstützt	– Ein Finanzierungskonzept ist erstellt – Eine Mischfinanzierung ist über Mitgliedschaft, Zuschuss von Krankenkassen, Unfallkassen, Berufsgenossenschaft, Stiftungen, für drei Jahre gesichert
3.3 astra-Multiplikator*innen und Pflegeschulen werden bei der Implementation betreut	– Online-coaching Modul entwickelt und angeboten – Ausbau und Pflege der Webseite
4 Generierung von Evidenz für und zu Implementationsprozessen	
4.1 Nachweis des längerfristigen Nutzens der Teilnahme an astra für Auszubildende und Pflegeschulen	– Follow-Up Befragung bei mind. 60 % der Modellprojektstichprobe; – befragte Auszubildende geben eine höhere Selbstwirksamkeit und stärkere soziale Normen bezüglich Rauchfreiheit an sowie eine höhere Rauchfreiheit – befragte Schulen geben eine effektivere Tabakpolitik an
4.2 Schätzung des Nutzens von Gesundheitsförderung und Rauchfreiheit aus der Perspektive der Kostenträger, Schulen und Praxis-einrichtungen	– partizipativer Prozess zur Bestimmung des Nutzens mit den Stakeholdern (Attraktivität als Arbeitsgeber, Fluktuation, Fehlzeiten etc.) – Analyse der Forschungsliteratur zu den identifizierten Aspekten von Nutzenaspekten einschließlich Kostenanalyse und Veröffentlichung in einer Fachzeitschrift

ENSH Global Network for Tobacco Free Health Care Services Deutschland
Hochschule Esslingen University of Applied Sciences
Hochschule Hannover University of Applied Sciences and Arts
IFT
Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages
© astra 2016

Ziele:	Indikatoren zur Messung der Zielerreichung
4.3 Beurteilung der angestoßenen Implementierungsprozesse	– Pilotstudie (Vor- und Nachtest) zur Fortbildung astra und Beratungskompetenzmodul durchgeführt – Online-Befragung Schlüsselpersonen – Dokumentation Erstellung Positionspapier, – Einflussnahme Curriculum, – Aufbau Betreuungsstruktur – Online-Befragung Pflegeschulen einer Region

3.2 Datenerhebung und Datenauswertung

3.2.1 Evaluation der Fortbildung zur/zum astra-TrainerIn

Procedere

Die Fortbildung wurde durchgeführt und pilotgetestet, um Machbarkeit und Akzeptanz der Fortbildung unter realen Feldbedingungen zu überprüfen. Die zweitägige Präsenzveranstaltung mit anschließender Nachbetreuung wurde im Rahmen des BMG-Projektes kostenlos angeboten:

22.-23.06.2015 in Berlin (vier TN aus drei Organisationen)
18.-19.02.2016 in Würzburg (fünf TN aus vier Organisationen und zwei PA-TRES-Mitarbeiterinnen)

Die Fortbildung wurde auch bereits einmal außerhalb des BMG-Projekts im Rahmen der Finanzierung durch die DAK Gesundheit mit weiteren 10 TeilnehmerInnen durchgeführt (s. Verwertungskapitel). Referentinnen waren dabei stets die astra-Projektmitarbeiterinnen, die dabei auf die Erfahrungen in der astra-Implementierung in Gesundheitsorganisationen zurückgreifen konnten.

Vor dem Seminar wurden die Teilnehmenden darum gebeten den „Fragebogen vor dem Seminar“ auszufüllen. Dieser beinhaltete Fragen zur Person und zu deren allgemeinen wie auch spezifischen Kompetenzen. Nach dem Seminar erhielten die Teilnehmenden den „Fragebogen nach dem Seminar“. Mit diesem wurde die Bewertung des TTT Seminars, sowie die jetzige Einschätzung der eigenen Kompetenzen erhoben. Um die Anonymität zu gewährleisten, wurden die Teilnehmenden gebeten einen Code zu erstellen. So wurde sichergestellt, dass der vorangegangene Fragebogen dem richtigen Nachbefragungsbogen zugeordnet werden konnte ohne Klarnamen verwenden zu müssen. Die Bogen wurden zur Eingabe und Auswertung an das IFT geschickt.

Stichprobe

19 Personen haben an der Fortbildung teilgenommen und 18 Personen haben auch jeweils die zwei Fragebögen ausgefüllt. Unter den 18 Teilnehmenden waren elf Frauen (61%) und sieben Männer (39%), die zu 39% (7) zwischen 25 und 35 Jahre alt waren, zu 17% (3)

© astra 2016

zwischen 36 und 45 Jahre und zu 44% (8) über 46 Jahre alt waren. Lehrkräfte stellten die größte Gruppe dar (n=14). Dazu kamen drei Praxisanleiterinnen und eine Sozialpädagogin.

Die meisten Teilnehmenden arbeiteten nur in der Schule (67% (12), sechs Personen (33%) arbeiteten sowohl in der Schule als auch in der Praxiseinrichtung. Drei Teilnehmende (17%) hatten bereits Berufspraxis im Bereich Tabakentwöhnung und Prävention.

3.2.2 Evaluation des Moduls zum Aufbau von Beratungskompetenz bei PflegeschülerInnen

Procedere

Zwei ExpertInnen in Tabakentwöhnung, die bereits an Pflegeschulen in Berlin bzw. Tübingen unterrichten, konnten für die Durchführung des Moduls gewonnen werden. Mit ihnen wurden die erarbeiteten KRIPS-Materialien besprochen und in insgesamt vier online-Sitzungen diskutiert und angepasst. Zur Evaluation des Moduls füllten die teilnehmenden PflegeschülerInnen vor Beginn, nach Ende des ersten Schulblocks sowie nach Ende des zweiten Schulblocks Fragebögen aus. Die Bogen wurden zur Eingabe und Auswertung an das IFT geschickt.

Stichprobe

30 SchülerInnen aus dem zweiten Ausbildungsjahr haben an dem Modul teilgenommen und 27 davon die zwei Fragebögen ausgefüllt. Alle waren in der Ausbildung zur Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege. Es handelte sich um 20 Frauen (67%) und zehn Männer (33%), die zu 75% zwischen 20 und 23 Jahre alt waren. Zwölf SchülerInnen hatten einen Real- oder Mittelschulabschluss, 18 einen höheren Schulabschluss. Unter den Teilnehmenden hatten elf noch nie geraucht und eine Person war Ex-Raucher. Von den Rauchenden waren fünf tägliche RaucherInnen. Monatlich oder seltener konsumierte ein Schüler E-Zigaretten und zehn SchülerInnen Shisha. Acht der 30 Teilnehmenden berichteten von einem monatlichen bis wöchentlichen exzessiven Alkoholkonsum.

3.2.3 Befragung der Schlüsselpersonen

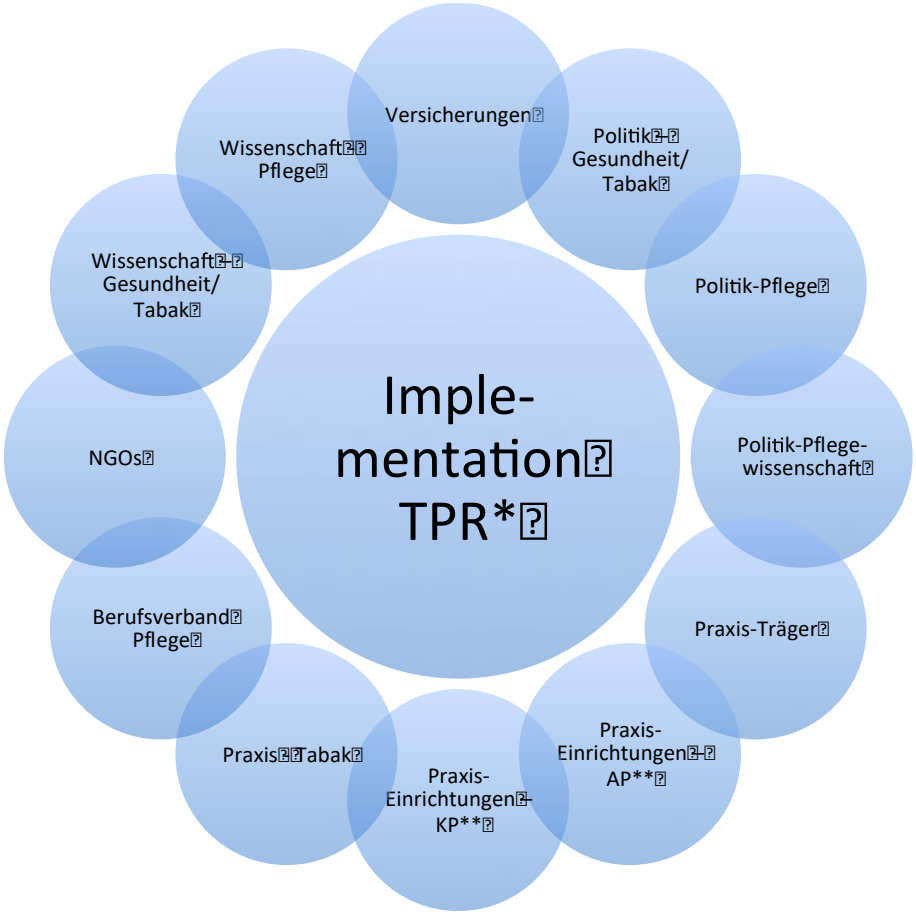
Procedere

Um Schlüsselpersonen im Bereich Tabakkonsumprävention und -reduktion in der Pflege zu identifizieren wurde in drei Schritten vorgegangen. (1) Es wurde eine Liste aus Kontakten, die schon mit dem DNRfK e.V. kooperieren erstellt und die eine Einladung zur Expertentagung erhalten sollten. (2) Diese Liste wurde vom IFT systematisiert nach Handlungsbereichen der vorgeschlagenen Personen und in einer Abbildung (Abb. 1) visualisiert. 3) Anhand der systematischen Aufstellung wurden die Zielgruppen und Kontakte überprüft und ergänzt. Das PA-TRES-Projektteam wurde um weitere Ergänzungen gebeten. Die identifizierten potenziellen Stakeholder wurden dann per Telefon interviewt. Insgesamt nahmen 37 Stakeholder an der Befragung teil, 18 davon waren auch auf der Expertentagung präsent.

ENSH Global Network for Tobacco Free Health Care Services Deutschland · Hochschule Esslingen University of Applied Sciences · Hochschule Hannover University of Applied Sciences and Arts · IFT · Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages
© astra 2016

Befragungsinstrument

In Orientierung an Weible (2006), wurden Fragen zur eingeschätzten Notwendigkeit, Machbarkeit und Wirksamkeit von Tabakkonsumprävention und -reduktion (TPR), im Allgemeinen und ganz persönlich, formuliert. Die Fragen sind in Tabelle 2 gelistet. Es wurde auch nach Gründen der Betreffenden gefragt, warum sie gegebenenfalls nicht an der



Expertentagung teilnehmen.

Abbildung 1. Stakeholder im Bereich Tabakkonsumprävention und –reduktion (TPR) in der Pflege.

Die Fragen sind in Tabelle 2 gelistet. Es wurde auch nach Gründen der Betreffenden gefragt, warum sie gegebenenfalls nicht an der Expertentagung teilnehmen.

Tabelle 2: Fragen der Stakeholderanalyse

Wie ist Ihre persönliche Einschätzung zur Tabakkonsumprävention und -reduktion (TPR) in der Pflege?	1= gering 10=hoch
1. Wie relevant/ notwendig ist TPR in der Pflege?	
2. Wie ausgeprägt ist die allgemeine Bereitschaft, TPR in der Pflegeausbildung umzusetzen?	
3. Wie machbar (gestaltbar) ist TPR in der Pflegeausbildung?	
4. Wie wirksam sind Maßnahmen der TPR in der Pflegeausbildung, um den Tabakkonsum in der Pflege zu reduzieren?	
5. Wie schätzen Sie Ihre persönliche Einflussmöglichkeit ein, TPR in der Pflegeausbildung stärker zu verankern?	

ENSH Global Network for Tobacco Free Health Care Services Deutschland
Hochschule Esslingen University of Applied Sciences
Hochschule Hannover University of Applied Sciences and Arts
IFT
Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages
© astra 2016

6. Wie motiviert sind Sie persönlich, die Verankerung von TPR in der Pflegeausbildung zu unterstützen?	
7. Wie wahrscheinlich ist es für Sie, dass sich der Raucheranteil in der Pflege in absehbarer Zeit auf den Anteil der Gesamtbevölkerung reduzieren kann?	
8. Wie stark schätzen Sie die Widerstände bei der Umsetzung von TPR in der Theorie Schule der Pflegeausbildung ein?	
9. Wie stark schätzen Sie die Widerstände zur Umsetzung von TPR in der Praxis (= Praxiseinrichtung) der Pflegeausbildung ein?	
10. Wie günstig schätzen Sie die Perspektiven einer Verknüpfung der TPR in der Pflegeausbildung mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement (auch Arbeitsschutz) ein?	

3.2.4 Befragung Pflegeschulen einer Region

Im Modellprojekt wurden um die Jahreswende 2014/15 zur Ermittlung des Bedarfs an Tabakpräventions- und -interventionsprogrammen für PflegeschülerInnen exemplarisch in einer Region alle Kranken- und Altenpflegeschulen angeschrieben und gebeten einen kurzen Fragebogen auszufüllen.

Insgesamt antworteten 49 Schulen auf die damalige kurze Befragung. Um eine eventuelle Veränderung des wahrgenommenen Bedarfs seit 2015 zu überprüfen wurden im August 2016 wieder die gleichen 203 Schulen in Baden-Württemberg per E-Mail kontaktiert. Dieses Mal antworteten nur n=13 Schulen. Die Urlaubszeit mag ein Grund für den schwachen Rücklauf gewesen sein, möglicherweise zeigten sich aber auch „Ermüdungserscheinungen“, was die Auskunftsbereitschaft betrifft. Aus diesem Grund können keine Ergebnisse zur veränderten Implementationsbereitschaft der Pflegeschulen einer Region dargestellt werden.

Die Erhebung und Förderung der Implementationsbereitschaft von interessierten Pflegschulen ist im Projekt weiter ausführlich bearbeitet worden. Ein Instrument zur differenzierten und handlungsorientierten Erfassung des Status quo an einer Pflegeschule /Bildungseinrichtung, die sich für die Umsetzung von Tabakprävention und -reduktion interessiert, ist entwickelt worden und wird in der Vorbereitung zur Implementierung eingesetzt (s. 7.2.6).

3.2.5 Evaluation ExpertInnentagung

Procedere

Am 19. Juni 2015 fand eine Expertentagung zur Prävention und Reduktion des Tabakkonsums in der Pflege mit systematisch identifizierten Stakeholdern (siehe 3.2.3) statt. In einer Prozessevaluation wurden die Rekrutierungsrate, die Zusammensetzung der erreichten Gruppe und die Qualität der Tagung aus Sicht der Teilnehmenden überprüft und dokumentiert. Dazu wurde die Dokumentation der Anmeldung ausgewertet und die Daten, die die Teilnehmenden am Ende des Tages in einen selbst entwickelten Feedbackbogen berichteten.

© astra 2016

3.2.6 Follow-Up Befragung der PflegeschülerInnen

Methode

Das Studiendesign ist eine Interventionsstudie mit Wartelisten-Kontrollgruppe und vier Erhebungszeitpunkten im Zeitraum zwischen September 2014 und Juli 2016 durchgeführt. SchülerInnen, deren Schule sich für die Teilnahme an den astra-Interventionen entschieden hatte, wurden mit SchülerInnen aus Schulen verglichen, die aktuell nicht an der Durchführung von astra teilnahmen. Die Wartelistenkontroll-Schulen wurden mit der Follow-Up-Befragung der Interventionsgruppe zugeordnet.

© astra 2016

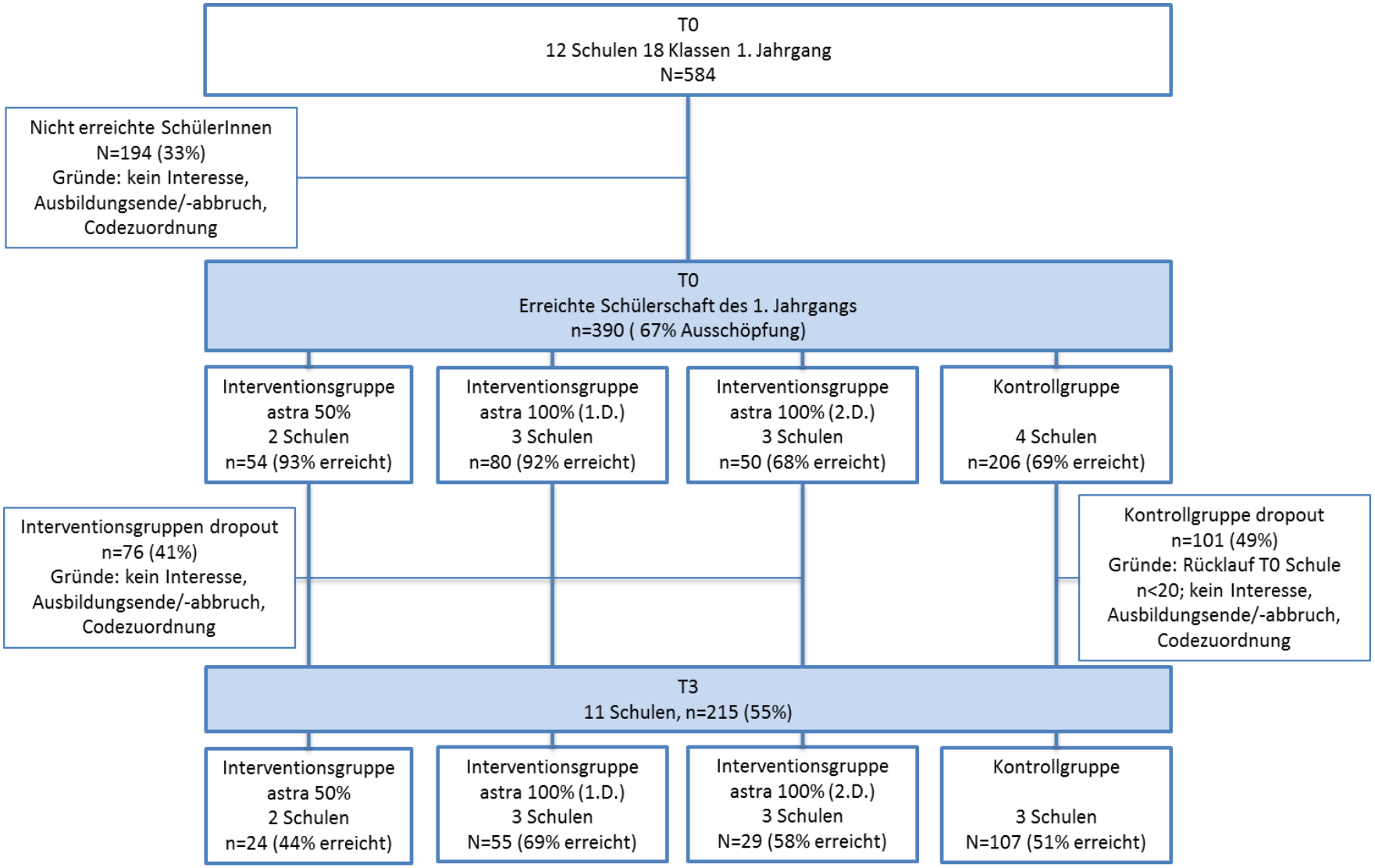


Abbildung 1. Flowdiagramm der Längsschnittstudie.

© astra 2016

Procedere Follow-Up

Die Durchführung der Studie bis zum dritten Messzeitpunkt wurde bereits im Abschlussbericht des ersten Modellprojekts vom März 2015 dargestellt. Für die Follow-Up Befragung sollte zwischen Mai und Juli 2016 an den Schulen, die am astra-Modellprojekt teilgenommen hatten, alle PflegeschülerInnen in den Klassen des mittlerweile dritten Ausbildungsjahrs per Fragebogen befragt werden. In einer Schule musste aufgrund von Terminschwierigkeiten eine online-Befragung organisiert werden. In *Abbildung 1* ist das Flow-Diagramm zur Stichprobenentwicklung dargestellt.

Interventionsgruppen

In einigen Schulen wurden nicht alle fünf, sondern nur die ersten zwei bis drei Module (Informationsveranstaltung, Workshop und Aktive Stressprävention) durchgeführt. Die Interventionsgruppen umfassen deswegen die Schulen, in denen astra reduziert durchgeführt (IG 1 - astra 50%) oder vollständig (IG 2 und IG 3- astra 100% 1. und 2. Durchgang) implementiert wurde. In den Kontrollschulen wurden keine astra-Module durchgeführt. Um die Vergleiche zwischen größeren Gruppen durchführen zu können, wurden Interventionsgruppen 2 und 3 zusammengefasst (IG2/3). Dies scheint gerechtfertigt, da alle Mitglieder dieser Gruppen das gesamte astra-Programm durchlaufen haben. Die langfristigen Fragestellungen konnten anhand der Daten von 215 PflegeschülerInnen (55% der zu T0 befragten Stichprobe) überprüft werden. In der Kontrollgruppe lagen Daten von n=108 vor, in IG1 n=24, und in IG2/3 n=84.

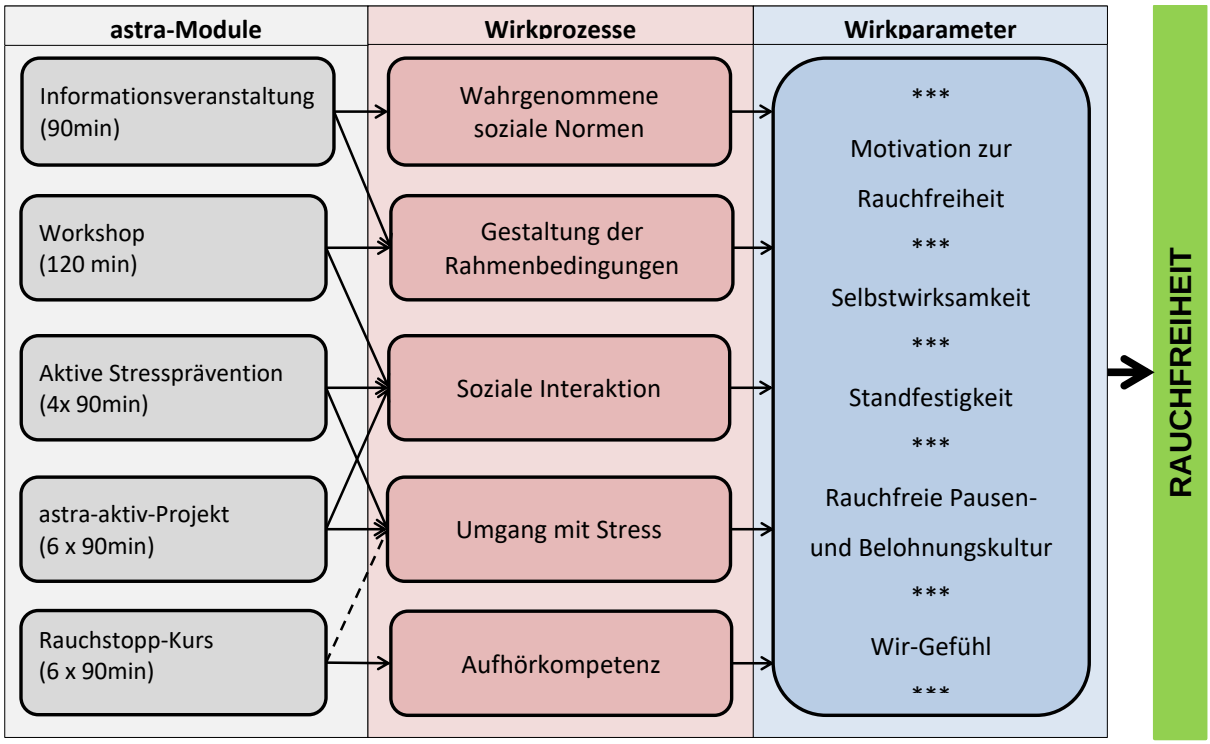


Abbildung 2. astra-Wirkmodell.

© astra 2016

Messinstrumente

Die verwendeten Messinstrumente und ihre psychometrischen Kennwerte sind im Abschlussbericht des Modellprojekts dargestellt worden. *Abbildung 2.* astra-Wirkmodell. fasst im Wirkmodell schematisch zusammen, mit welchen astra-Komponenten (outputs) auf welche Ergebnisparameter (outcomes) Effekte erwartet wurden.

Ausfallanalyse auf Ebene der Auszubildenden

Im Vergleich scheiden aus der Kontrollgruppe (KG) und aus der IG1 (astra 50%) erheblich mehr TeilnehmerInnen aus als in IG2/3 (astra 100%). Die Halterate ist in der letzteren Gruppe höher bzw. die Drop-out-Rate niedriger (siehe Tabelle 3). Würden sich die Ausscheidenden (Drop-out) systematisch je nach IG unterscheiden, müsste dies in den Auswertungen berücksichtigt werden, um die interne Validität des Zusammenhangs zwischen Intervention und Veränderung in den Ergebnisparametern nicht zu beeinträchtigen. In Bezug auf Geschlecht, Alter, Rauchverhalten und Aufhörmotivation ist kein differentieller Ausfall zu beobachten.

Überprüfung der Baselineäquivalenz

Für den Rückschluss auf den Zusammenhang zwischen Intervention und beobachteten Veränderungen wäre es problematisch, wenn die in der Studie verbleibenden, auch zu T2 erreichten Mitglieder von Kontroll- und Interventionsgruppen (Retention) sich zu Beginn der Intervention nicht ähnlich wären. Hier zeigen sich signifikante Unterschiede hinsichtlich des Alters und der Rauchmenge der Rauchenden. Die verbleibenden PflegeschülerInnen aus IG2/3 sind älter (M=25 Jahre) als die sowohl zu T0 als auch zu T3 erreichten Auszubildenden in der Kontrollgruppe (M=20.7 Jahre). Dies ist statistisch signifikant (p=.024). Im Vergleich zu den verbleibenden Fällen aus der KG (M=6,9 Zigaretten täglich) rauchten die verbleibenden TeilnehmerInnen aus der IG2/3 vor Beginn des Programms signifikant mehr (M=8,9 Zigaretten täglich) (p=.0003).

Statistische Auswertung

Zur Ermittlung von Interventionseffekten auf Ergebnisparameter wurden Regressionen gerechnet, in denen die Signifikanz der Gruppenzugehörigkeit als Prädiktor des Ergebnisparameters zu T3 getestet wurde. Um die Veränderung im Ergebnisparameter testen zu können, ging in die Regressionsgleichung der Ergebnisparameter zu T0 mit ein. Aus der Überprüfung der Baselineäquivalenz ergibt sich als Konsequenz für die statistische Auswertung, dass die inferenzstatistische Überprüfung eventueller Interventionseffekte unter statistischer Kontrolle des Alters erfolgt. Die statistische Kontrolle der Rauchmenge wird bei Analysen eingesetzt, die sich auf Rauchende beschränken.

© astra 2016

Tabelle 3: Attritionanalyse und Baselineäquivalenz der Interventionsgruppen

	KG n=213		**IG1 – astra 50% n=55**		**IG2 und IG3 astra 100% (1. & 2. Durchgang), n=130**		**Vergleiche**	**p Baseline**	**diff. Dropout**
	Retention 50.2 (107)	drop-out 49.8 (106)	Retention 43.6 (24)	drop-out 56.4 (31)	Retention 64.6 (84)	drop-out 35.4 (46)			.009[2]
Frauen in % (n)	75.7 (81)	75.5 (80)	79.2 (19)	64.5 (20)	81.9 (83)	71.7 (33)		.582[2]	.487[2]
Alter Mittelwert (SD) [Spanne]	20.7 (3.7) [16-38]	21.5 (3.9) [16-41]	21.3 (6.0) [17-47]	20.6 (4.4) [17-34]	25.0 (9.5) [16-53]	24.0 (8.2) [17-54]	IG1 vs. KG IG23 vs. KG	.453[3] .024[3]	.427[4] .198[4]
Raucher in % (n)	51.4 (55)	49.1 (52)	37.5 (9)	48.4 (15)	63.1 (53)	56.5 (26)		.058[2]	.669[2]
MFI Mittelwert (SD) [Spanne]	6.1 (5.5) [0.04-20]	6.6 (5.7) [0.03-20]	5.5 (4.7) [0.9-15]	7.4 (7.1) [0.1-20]	8.9 (6.1) [0.08-20]	12.1 (7.8) [0.6-35]	IG1 vs. KG IG2 vs. KG	.627[3] .0003[3]	.595[4] .151[4]
Veränderungs-motivation Mittelwert (SD) [Spanne]	1.3 (1.0) [0-3]	1.4 (1.0) [0-3]	0.8 (0.6) [0-2]	1.2 (0.7) [0-2]	1.4 (0.8) [0-3]	1.1 (0.7) [0-3]	IG1 vs. KG IG2 vs. KG	.456[3] .137[3]	.530[4] .135[4]

[2] CHI²-Test
[3] Anova Haupteffekt Interventionsgruppe
[4] Anova Interaktionseffekt Gruppe x Drop-out

ENSH Global Network for Tobacco Free Health Care Services Deutschland
Hochschule Esslingen University of Applied Sciences
Hochschule Hannover University of Applied Sciences and Arts
IFT
Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

© astra 2016

4 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Der aktualisierte Arbeits- und Zeitplan ist in folgender Abbildung 4 dargestellt.

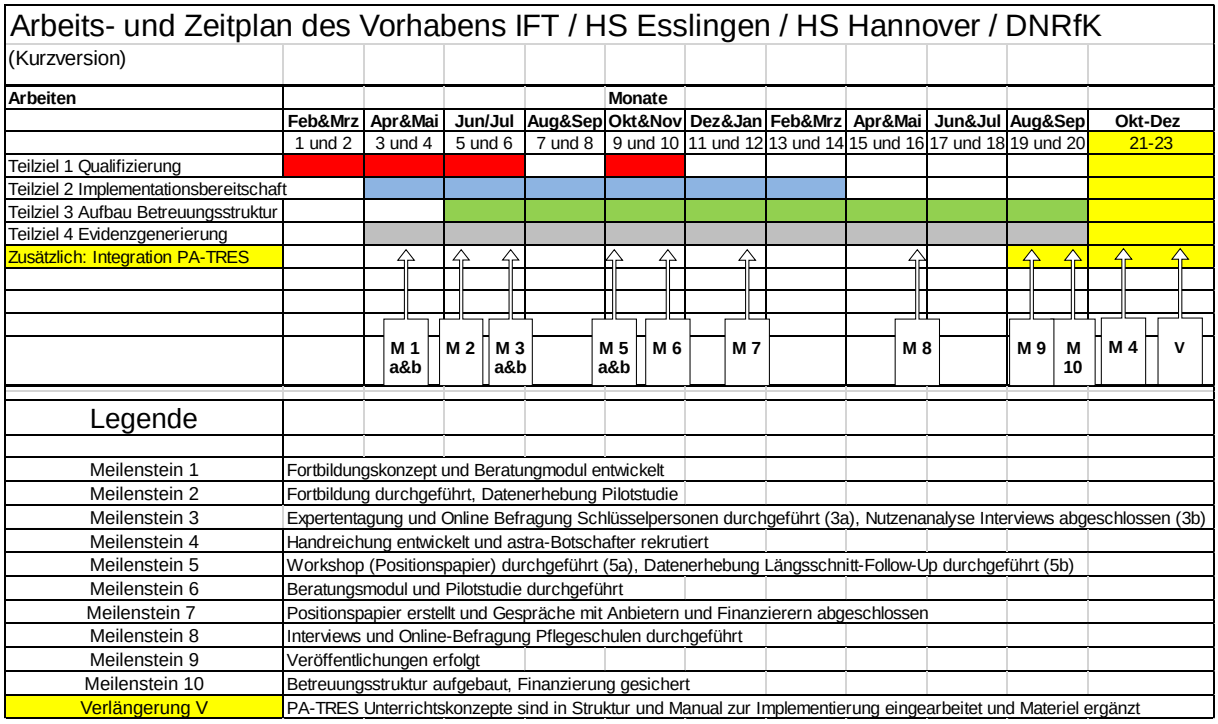


Abbildung 3. Aktualisierter Arbeits- und Zeitplan.

Eine kostenneutrale Verlängerung des Projekts auf den 31.12.2016 wurde aufgrund der zuvor nicht geplanten, zusätzlichen Aufgabe „Integration astra und PA-TRES“ aus der Zielsetzung des Parallelprojekts der Universität Würzburg erforderlich. Die Aufgabe ist zwar formal im PA-TRES-Projekt verortet, erforderte jedoch umfangreiche zusätzliche Arbeiten wie die Neustrukturierung der Implementierungsphasen, die Überarbeitung des Implementierungsmanuals sowie aller Inhalte in der Webseite und den entwickelten Medien (Flyer, Präsentationen, Messebanner, Poster, Templates, usw.). Die Arbeiten wurden in enger Abstimmung und Kooperation mit dem PA-TRES Projektteam durchgeführt um die Inhalte sinnvoll und synergetisch ergänzend in das bestehende Programm zu integrieren. So wurden schon im August 2016 in einem gemeinsamen Klausurtag die Inhalte und Struktur des gemeinsamen Programms astra plus diskutiert und die erforderlichen Arbeitsschritte geplant. Es wurde ein neuer Titel und ein neues Logo erarbeitet und dann bis Dezember 2016 in enger Abstimmung alle Teile des Programms gesichtet und überarbeitet. Im Februar 2017 fand dann eine gemeinsame Abschlusstagung und die erste Fortbildung nach dem neuen Programm astra plus, unter Beteiligung der Projektleitung PA-TRES, statt. Alle bisherigen astra-Trainer werden in 2017 die Gelegenheit erhalten, kostenfrei an einer Fortbildung zum Programm astra plus teilzunehmen.

© astra 201

4.1 Erreichte Ziele

Eine detaillierte Beschreibung der Zielindikatoren und Zielerreichungsgrade ist unter Punkt 8.1: Soll-Ist-Vergleich der Teilziele und ihrer Erreichung auf Seite 52 in Tabelle 20 dargestellt.

4.2 Verschiebungen und Abweichungen in der Planung

Verschiebungen innerhalb des Arbeits- und Zeitplans haben sich zum einen aufgrund der Mutterschaft von Frau Katrin Schulze ergeben (Längsschnittbefragung, Pilotstudie Beratungsmodul). Zum anderen waren die Rahmenbedingungen günstig, sich zuerst auf die Finanzierungsfrage zu konzentrieren, so dass die Nutzenanalyse und die Rekrutierung von astra-Botschaftern zeitlich nach hinten geschoben wurden.

Personelle Veränderungen ergaben sich durch das Ausscheiden zum 30.04.2016 von Frau Sabine Scheifhacken. Sie ist als Beirätin des Projekts weiterhin aktiv. Als Ersatz für Frau Scheifhacken konnte Frau Dorothea Sautter gewonnen werden. Die Hebamme und Psychologin trat zum 24.06.2016 in das DNRfK ein und hat wesentliche Aufgaben im astra-Programm und der Überführung zu astra plus übernommen. Frau Dr. Anneke Bühler und Frau Katrin Schulze beendeten ihre Tätigkeit am IFT zum 31.8.2016 und schlossen die Projektarbeiten somit formal zum 31.8.2016 ab.

4.3 Positive und negative Erfahrungen und Probleme

Die Entwicklung und Umsetzung des Programms wurde zu Recht in der Expertentagung als „dickes Brett“ bezeichnet. Der Fachkräftemangel und die daraus resultierende Unterbesetzung führen zu einer Leistungsverdichtung. Dies führt häufig dazu, dass ausreichende Erholungspausen durch kurze „Zigarettenpausen“ ersetzt werden und diese eine hohe Akzeptanz haben. Rauchen wird mit einem Nutzen verbunden und da andere Lösungen nicht einfach erscheinen, wird diese Routine stark verteidigt.

Der Ansatz, gerade die neuen SchülerInnen für diese Problematik zu sensibilisieren erscheint auf den ersten Blick eigentlich wenig erfolgreich, da sie den geringsten Einfluss auf diese starken Normen zu haben scheinen. Allerdings konnte darin auch eine Chance gesehen werden, da sie offener für ein Berufsbild in Sinne einer Vorbildfunktion sind und in den Diskussionen, z.B. im astra-Aktiv Projekt oder der Steuerungsgruppe, die aktuelle Praxis in Frage stellen. Da sie damit die LehrerInnen und PraxisanleiterInnen indirekt in ihrer Vorbildrolle ansprechen, löst dies eine Reflektion des eigenen Verhaltens das die viel positiver gesehen wird, als eine Vorschrift oder Verbot.

Mit der sich veränderten Haltung zum Rauchen in der Gesellschaft, wird der Zigarettenkonsum zunehmend mit niedrigem Status verknüpft. Zwar ist das Ansehen der Pflegeberufe traditionell sehr hoch, jedoch haben Träger von Gesundheitseinrichtungen und Pflegeschulen erkannt, dass Maßnahmen zur Reduktion des Tabakkonsums auch zur Verbesserung des Images und die Attraktivität gerade bei höher qualifizierten und karriereorientierten BerufsanfängerInnen fördern kann.

© astra 201

In der Nutzenanalyse, die bei astra-Schulen als Interview von Schulleitungen und astra-TrainerInnen durchgeführt wurde, konnten weitere Erfahrungen erfasst werden. Dabei wurde die Einstiegsphase in die Implementierung des komplexen Programms doch als sehr aufwendig formuliert, jedoch überwog für alle beteiligten Schulen der Nutzen, so dass alle Befragten die Implementierung des astra-Programms auch anderen Schulen empfehlen würden. Gründe waren dafür, dass die Identifizierung der SchülerInnen mit der Schule und das Eigenengagement gefördert wird, sowie die vorbereiteten Materialien im Manual als hilfreich wahrgenommen werden und so das Schulcurriculum mit sinnvollen Inhalten zur Prävention und Gesundheitsförderung gestaltet werden kann. Als Anforderung wurde eine Flexibilität genannt, in der die Inhalte und Methoden auch noch an den eigenen Lehrstil und an die Bedürfnisse der SchülerInnen angepasst werden können. Dies stellt eine zukünftige Herausforderung bei der Verbreitung des Programms dar, denn bei der erforderlichen Flexibilität des Programms müssen die evaluierten Wirkfaktoren erhalten bleiben. Darauf wird in der Trainerausbildung und in der langfristigen Betreuung eingegangen werden müssen. Da das Programm die Qualitätsanforderungen für Präventionsleistungen der Krankenkassen erfüllt, können implementierungsbereite Pflegeschulen eine Förderung durch die Krankenkassen nach § 20a des Präventionsgesetzes beantragen. Die DAK Gesundheit hat hier vorrangig die Förderung übernommen. Da dies auch die weitere Evaluation des Programms umfasst können hier datengestützt Veränderungen beobachtet und Anpassungen vorgenommen werden. Insgesamt kann berichtet werden, dass über den partizipativen Entwicklungsprozess und die pflegespezifischen Inhalte eine gute Akzeptanz und Identifikation mit dem Programm erreicht werden konnte. Der bedeutsamste Aspekt ist sicher, dass alle Inhalte in das Schulcurriculum integrierbar sind und so Übernahme in die Routine der Ausbildung mit dem Ziel eine professionelle Gesundheitskompetenz zu fördern, erreicht wurde.

© astra 201

5 Ergebnisse

5.1 Kompetenzentwicklung

Im Folgenden wird die Fortbildung von astra-TrainerInnen und die Förderung der Beratungskompetenz in der pflegeberuflichen und hochschulischen Bildung beschrieben.

5.1.1 Fortbildungskonzept astra-TrainerIn und Ergebnisse der Pilotstudie

5.1.1.1 Inhalte des Fortbildungskonzeptes

Ein Schulungskonzept zur Qualifizierung von astra-TrainerInnen (Multiplikatoren) wurde entwickelt. In dieser Fortbildung für Lehrkräfte und Praxisanleiter*innen werden die Einstellung, das tabakpräventionsspezifische Wissen und die didaktischen Kompetenzen vermittelt, um das astra-Programm entsprechend dem im Modellprojekt erstellten Manual planen und durchführen zu können. In Tabelle 4 sind die Struktur, die Themen und Inhalte der Train-the-Trainer-Veranstaltung (TTT) dargestellt.

Tabelle 4: Themen und Inhalte der zweitägigen Schulung zum/zur astra-TrainerIn

Tag	Thema	Inhalte
1	Veranstaltungsbeginn	• Einführung, Blick auf Agenda • Gegenseitiges Kennenlernen; Abgleich von Erwartungen & Angebot • Ziel der TTT-Veranstaltung
	Evaluation der astra-TrainerInnen-Schulung	
	10 Fakten zum Tabakkonsum in der Pflege	
	Vorstellung des astra-Programms	• astra – das Wichtigste in Kürze • Fragen der TN
	Aufgaben als astra-TrainerIn	• Aufgaben im Überblick • Zeitplan des astra-Programms • Unterstützung der astra-TrainerInnen bei der astra-Implementierung • Logbuch als Planungshilfe
	astra-Modul 1: Steuerungsgruppe	• Planung, Durchführung & Nachbereitung laut Manual • TrainerInnenverhalten • Steuerungsgruppen-Mitglieder*innen identifizieren
	astra-Modul 2: Informationsveranstaltung	• Planung, Durchführung & Nachbereitung laut Manual • TrainerInnenverhalten • Werbematerialien, Giveaways
2	astra-Modul 3: Workshop	• Planung, Durchführung & Nachbereitung laut Manual • TrainerInnenverhalten
	astra-Modul 4: Aktive Stressprävention	• Planung, Durchführung & Nachbereitung laut Manual • TrainerInnenverhalten
	PA-TRES	• Vorstellung des PA-TRES-Programms
	astra-Modul 4: astra-aktiv-Projekt	• Planung, Durchführung & Nachbereitung laut Manual • TrainerInnenverhalten
	astra-Modul 5b: Rauchstopp-Angebote	• Planung, Durchführung & Nachbereitung laut Manual • TrainerInnenverhalten
	Planung, Durchführung & Nachbereitung der Programmevaluation	• Planung, Durchführung & Nachbereitung laut Manual

© astra 201

Tag	Thema	Inhalte
	Diskussion und Abschluss	• Diskussion zu noch offenen Fragen • 10 Fehler, die man vermeiden sollte
	Individuellen Zeitplanung	• Konkreter Plan für Implementierung
	Ausblick	• Terminvereinbarung der drei Webinar-Termine • Kontaktdatenaustausch der astra-TrainerInnen (bei Einverständnis)
	Evaluation der astra-TrainerInnen-Schulung	

Die zweitägige Präsenzveranstaltung mit anschließender Nachbetreuung wurde mit der BMG-Förderung zweimal kostenlos angeboten und pilotgetestet:

22.-23.06.2015 in Berlin (vier TN aus drei Organisationen)
18.-19.02.2016 in Würzburg (fünf TN aus vier Organisationen + zwei PA-TRES-Mitarbeiterinnen)

Referentinnen waren dabei stets die astra-Projektmitarbeiterinnen, die dabei auf die Erfahrungen in der astra-Implementierung in Gesundheitsorganisationen zurückgreifen konnten. Insgesamt konnten neun TeilnehmerInnen aus Theorie (Lehrkräfte) und Praxis (Praxisanleitungen) zum/zur astra-TrainerIn fortgebildet werden.

Die Schulung wurde auch bereits einmal außerhalb des BMG-Projekts im Rahmen der Finanzierung durch die Krankenkasse DAK Gesundheit durchgeführt (s. Verwertungskapitel). Somit stehen Daten aus drei Veranstaltungen zur Verfügung, die im Sinne einer Pilotstudie eine Überprüfung der Machbarkeit und Akzeptanz der Fortbildung unter realen Feldbedingungen ermöglichen

5.1.1.2 Ergebnisse der Pilotstudie

Die Fragestellung der Pilotstudie lautete: „Wie wurde die Schulung von den TeilnehmerInnen wahrgenommen und bewertet und können Veränderungen hinsichtlich der spezifischen Kompetenzen beobachtet werden?“ Die Methode ist unter 3.2.1 beschrieben worden.

Ausgangslage vor der Schulung: Allgemeine Lehrkompetenzen und Erwartungen

Die Daten zeigen (Tabelle 5), dass die Teilnehmenden sich im Bereich der Erwachsenenbildung bereits auskennen und sicher fühlen. Sie erwarten sowohl Wissensvermittlung als auch die Übung von Fertigkeiten.

Tabelle 5: Ausgangslage vor der Schulung

Aussagen zu den allgemeinen Kompetenzen	Skala 1-6* M (SD), Min-Max
Ich kenne die Vor-und Nachteile verschiedenerer Methoden der Erwachsenenbildung.	5 (1.1); 1-6
Bei der Durchführung der einzelnen Methoden fühle ich mich sicher.	4.4 (1.2); 1-6
Ich kenne die Vor-und Nachteile des Einsatzes unterschiedlicher Medien.	5.2 (1.0); 2-6
Im Umgang mit Medien fühle ich mich sicher.	5 (.5); 4-6
Erwartungen an das TTT-Seminar	**Skala 1-6 MW (SD)***
Ich erwarte mir vom TTT-Seminar die Vermittlung von Wissen.	4.9 (1.2); 2-6
Ich erwarte mir vom TTT-Seminar die Einübung von Fertigkeiten.	5.1 (1.4); 2-6

**1=Trifft überhaupt nicht zu, 2= Trifft überwiegend nicht zu, 3=Trifft eher nicht zu, 4= Trifft eher zu, 5= Trifft weitgehend zu, 6= Trifft völlig zu*

© astra 201

Beurteilung der Schulung

Wie Tabelle 6 zeigt, wird die Schulung hinsichtlich Verständlichkeit der Inhalte und Methodik sehr gut bewertet. Die Mittelwerte liegen über dem zweitbesten Wert (>5). Auch zur Übertragbarkeit in die Praxis äußern sich die Teilnehmenden sehr positiv, die Werte liegen um den Wert 5. Insgesamt hat die Schulung die Erwartungen der Teilnehmenden erfüllt. Sie würden fast alle die Schulung weiterempfehlen.

Tabelle 6: Aussagen zur Fortbildung

Aussagen zur Fortbildung	Skala 1-6* M (SD), Min-Max
Verständlichkeit und Methodik	
Der Aufbau der Fortbildung war logisch und nachvollziehbar	5.3 (1.1); 2-6
Die Inhalte der Fortbildungen waren verständlich.	5.3 (.8); 4-6
Die eingesetzten Medien verdeutlichten die vorgesetzten Inhalte.	5.5 (.7); 4-6
Der Medieneinsatz war angemessen.	5.2 (.8); 3-6
Aussagen zur Fortbildung (Übertragbarkeit in die Praxis)	
Das vermittelte Wissen wird hilfreich für die Gestaltungen meiner Schulungen sein.	5.3 (1.0); 2-6
Die durchgeführten Übungen haben meine Kompetenz für die Durchführung des astra Programms gestärkt.	4.8 (1.0); 2-6
Auf den Transfer der Seminarinhalte wurde eingegangen	5.1 (.9); 3-6
Ich glaube, dass ich das Gelernte gut in meinen Schulungsalltag einsetzen kann.	5.1 (.8); 3-6
Abschließende Beurteilungen	
Die Fortbildung hat meine Erwartungen erfüllt.	5.2 (1.4); 1-6
Insgesamt bin ich mit der Fortbildung zufrieden.	5.2 (1.0); 3-6
Ich würde die Fortbildung weiter empfehlen	5.5 (.9); 3-6

**1=Trifft überhaupt nicht zu, 2= Trifft überwiegend nicht zu, 3=Trifft eher nicht zu, 4= Trifft eher zu, 5= Trifft weitgehend zu, 6= Trifft völlig zu*

Allerdings wird der Anteil an praktischen Übungen von etwa zwei Drittel der zukünftigen astra-TrainerInnen als viel oder etwas zu gering bezeichnet (Tabelle 7). Diese zu erhöhen würde allerdings bedeuten, an der Zeit für andere Themen zu streichen. Die Wichtigkeit der Themen wird nämlich durchgängig als sehr hoch eingeschätzt (Tabelle 8). Durch die Integration Unterrichtskonzepte aus dem Projekt PA-TRES wurden die Inhalte nochmals erweitert, so dann aktuell (2017) mit einer Fortbildungsdauer von 2,5 Tagen geplant wird und die Inhalte in Webinaren und Praxiserfahrungen der Teilnehmenden noch vertieft werden.

Tabelle 7: Verteilung von Theorie und Praxis und Schwierigkeit der Übungen: % (n)

Theorie und Praxisvermittlung	Viel oder etwas zu gering	Genau richtig	Viel oder etwas zu hoch
Der Anteil an Theorie war für mich…	17% (3)	66% (12)	17% (3)
Der Anteil an praktischen Übungen war für mich…	61% (11)	33% (3)	6% (1)
Der Schwierigkeitsgrad war für mich…	24% (4)	76% (13)	

© astra 201

Tabelle 8: Wichtigkeit der Themen und die Qualität der dazugehörigen Methoden (Linke Spalte zeigt die Themen und ihre Wichtigkeit, die rechte Spalte die dazugehörigen Methoden und ihre Qualitätsbewertung)

Wichtigkeit der Themen	Skala 1-5 MW(SD)*	Qualität der Methoden	Skala 1-5 M (SD)**
Agenda	1.3 (.7)	Kurzvortrag	1.2 (.4)
Gegenseitiges Kennenlernen	1.4 (.7)	Vorstellungsrunde	1.6 (.7)
Abgleichen der Erwartungen	1.8 (.7)	Nennung der Erwartungen	1.7 (.7)
10 Fakten	1.3 (.5)	Dozentenvortrag	1.3 (.5)
Vorstellung von astra	1.3 (.5)	Gruppenarbeit/ Vortrag durch TeilnehmerIn	1.1 (.3)
Aufgaben als astra TrainerIn	1.0 (.0)	Vortrag	1.4 (.7)
Vorstellung der astra Module	1.3 (.5)	Sonstiges	1.7 (.7)
Steuerungsgruppe	1.2 (.4)	Einzel- und Gruppenarbeit	1.0 (.0)
Informationsveranstaltung	1.0 (.0)	Kurzvorträge durch TeilnehmerIn	1.0 (.0)
Stressbewältigungskurs	1.0 (.0)	Vortrag	1.3 (.5)
Astra-aktiv-Projekt	1.0 (.0)	Vortrag	1.3 (.5)
rauchfrei-Kurs	1.5 (.5)	Vortrag	1.4 (.5)
Planung, Durchführung & Nachbereitung der Programmevaluation	1.2 (.7)	Kurzvortrag	1.4 (.5)
Individuelle Zeitplanung	1.4 (.5)	Angeleitete Einzelarbeit	1.2 (.4)

** 1 = sehr wichtig; 5= gar nicht wichtig; ** 1 = sehr gut; 5= unbefriedigend*

Veränderung der spezifischen Kompetenzen

Aus **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** geht hervor, dass sich die s pezifischen Kompetenzen der Teilnehmenden in vielen Punkten gesteigert haben. Die Überzeugung, verhältnispräventive Maßnahmen in der Praxis etablieren zu können, das Gesundheitsverhalten der PflegeschülerInnen fördern und sie zu den notwendigen Veränderungen motivieren zu können sowie insgesamt das Thema Tabakprävention und -reduktion in die Pflegeschule bringen zu können hat sich vergrößert. astra-unspezifische didaktische Fertigkeiten wie das Abstimmen der Inhalte auf die Bedürfnisse der SchülerInnen und die Motivation zur Mitarbeit im Unterricht haben sich nicht verändert.

© astra 201

Aussagen zu den aktuellen spezifischen Kompetenzen	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft über-wiegend nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft weit-gehend zu	Trifft völlig zu	Vor dem Seminar M (SD)	Nach dem Seminar M (SD)	Signi-fikanz
Ich kann auf die individuelle Motivationslage der PflegeschülerInnen und den Mitarbeitern in Schule und Praxis eingehen							4.6 (1.0)	4.7 (1.1)	Ns
Ich kann die PflegeschülerInnen bzw. die Mitarbeiter zu den notwendigen Verhältnis- und Verhaltensänderungen motivieren							4.0 (1.0)	4.6 (.8)	*
Ich kann die Inhalte meiner Schulungen gut auf die Erfahrungen/Bedürfnisse meiner Schüler abstimmen							4.7 (1.2)	4.7 (.8)	Ns
Ich merke es, wenn PflegeschülerInnen nicht bereit sind, die Inhalte der Schulungen aufzunehmen.							5.1 (.7)	5.2 (.64)	Ns
Ich kann „schwierige" Teilnehmer zur kooperativen Mitarbeit motivieren, sodass die Gruppenarbeit und –atmosphäre nicht langfristig gestört sind.							4.2 (.9)	4.5 (.9)	Ns
Ich weiß, wie ich verhältnispräventive Maßnahmen in meiner Schule/Praxiseinrichtung etablieren kann.							3.5 (1.2)	4.6 (.9)	*
Ich weiß, wie ich das Gesundheitsverhalten der PflegeschülerInnen fördern kann.							3.8 (1.2)	4.9 (.66)	**
Ich weiß, wie ich das Thema Tabakprävention und –reduktion an die PflegeschülerInnen und Mitarbeiter herantragen kann.							3.6 (1.3)	4.8 (1.0)	*

*(Vorher: ▬, Nachher: ▬, Signifikanz: *<.05, **<.01)*

Abbildung 4. Prä-Post Vergleich der Mittelwerte spezifischer Kompetenzen.

Insgesamt zeichnet sich in den Ergebnissen also ein sehr positives Bild für die astra-Schulung ab. Zum Stand September 2016 gibt es insgesamt 21 geschulte astra-TrainerInnen, darunter zehn aus den Projekten der BMG-Förderung und bereits elf aus der Verstetigungsphase. Konkrete Veränderungen des Konzepts wurden zum Projektende und ich der Weiterführung durch die Integration von PA-TRES erforderlich. Nach Abschluss der Projektphase hat bereits eine weitere Fortbildung zum Programm astra plus stattgefunden. Die Expertise und die Rückmeldungen der Teilnehmenden als pädagogische Fachpersonen sind bei der Weiterentwicklung des Programms eine wesentliche Ressource und tragen vor allem zur methodischen Qualitätsverbesserung bei.

5.1.2 Modul zum Aufbau von Beratungskompetenz bei PflegeschülerInnen und Ergebnisse der Pilotstudie

5.1.2.1 Inhalte des Moduls

Ein Modul zur Qualifizierung von PflegeschülerInnen in der Kurzintervention der Raucherberatung wurde entwickelt. Ein Manual steht zur Verfügung. Ziel dieses Moduls ist, dass PflegeschülerInnen in der Lage sind, eine Kurzintervention zur Beratung bei rauchenden PflegeempfängerInnen selbstständig durchzuführen. Im Einzelnen heißt das, Informationen zum Rauchstatus und Veränderungsmotivation der Pflegeempfänger*innen zu erheben und zu dokumentieren und weitere pflegefachlich relevante Konsequenzen zu initiieren. D. h. auf Basis einer kritischen Reflexion der Grenzen eigener Kompetenzen einen Bedarf an

ENSH GLOBAL NETWORK FOR TOBACCO FREE HEALTH CARE SERVICES Deutschland
Hochschule Esslingen University of Applied Sciences
HOCHSCHULE HANNOVER UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES AND ARTS
IFT
Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages
© astra 201

vertieften therapeutischen Interventionen an entsprechende verantwortliche Personen weiterzugeben. Das Modul umfasst drei Blöcke, darunter zwei Schulblöcke und einen Praxisblock.

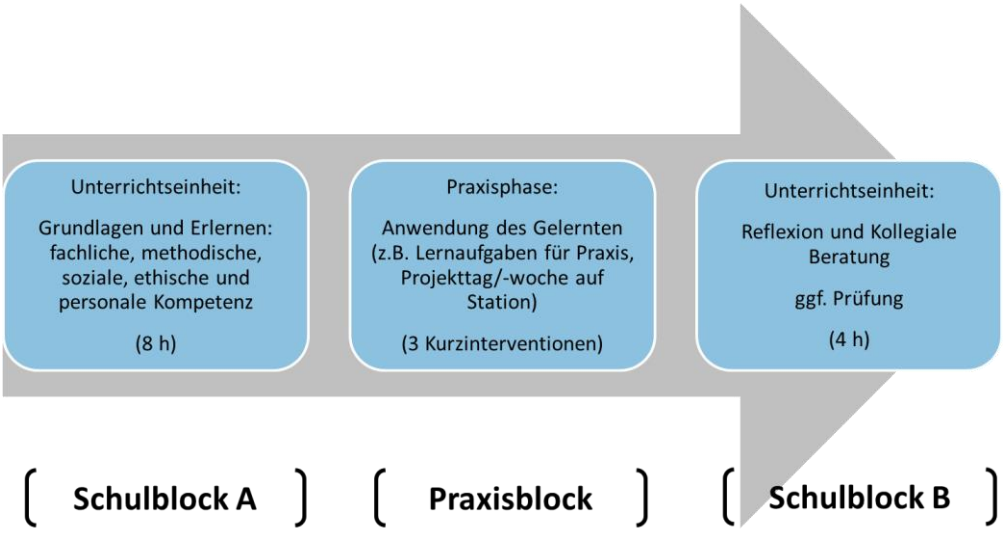


Abbildung 5. Modulablauf KRIPS.

Zielgruppe des Moduls sind alle PflegeschülerInnen des zweiten Jahrgangs an astra-Schulen. Die Veranstaltung ist als Teil des Curriculums verpflichtend. Vermittelt werden sollte KRIPS von Personen, die erfahren in der Pflege(ausbildung) und in der Raucherberatung sind einschließlich der Beratung, wie Passivrauchen verhindert werden kann (häusliche Pflege, Eltern und Schwangere). Zudem sollten sie informiert über neue Formen des Nikotinkonsums (Shisha, E-Zigarette) sein. Die Übung in der Praxisphase wird idealerweise von erfahrenen Pflegefachpersonen angeleitet und reflektiert. Die Lernorte erhalten entsprechende Informationen. Die Übung kann jedoch auch selbständig von den SchülerInnen durchgeführt, dokumentiert und dann im Unterricht reflektiert werden.

In Tabelle 9 sind die Struktur, die Themen und Inhalte des Moduls dargestellt. Das KRIPS-Modul ist ein herausragendes Beispiel der Integration des PA-TRES- und astra-Projektes. Ein Großteil der Inhalte stammt aus dem PA-TRES-Manual. Ebenso sind einige Elemente des RIKE-Manuals (Rapp et al., 2006) aufgenommen worden.

Tabelle 9: Themen und Inhalte des Schulblocks A des KRIPS-Moduls

Thema	Inhalte	Methoden, Material
Begrüßung und Einführung	• Punktabfrage Poster • T0 Fragebogen	• Evaluationsbogen 1: KRIPS vorher
Tabakabhängigkeit und Anamnese		
Fallgeschichten Tabakabhängigkeit	• Fallgeschichten Mike Koch, Jens Linke, Diana Sevcik: Gründe und Motive für das Rauchen, Einschätzung Abhängigkeit • Körperliche und psychische Symptome der Tabakabhängigkeit • Kriterien der Sucht • Rauchen als erlernte Sucht • Entzugssymptome	• Partnerübung • Interaktiver Kurzvortrag • (Arbeitsblätter 1-3: Fallgeschichten)

© astra 201

Thema	Inhalte	Methoden, Material
Erfassung der Tabakabhängigkeit, Anamnese	• SchülerInnen lernen Anamnesebogen aus Leitfaden Kurzintervention (BZgA) kennen und füllen ihn aus • Kennenlernen Fagerström-Test • Einführung Methoden der Tabakentwöhnung	• Übung • (Arbeitsblatt 4: Anamnese CO-Messgerät)
Ansprache, eigene Haltung und Rolle		
Erfahrungen von RaucherInnen	• Austausch zu Erfahrungen bezüglich Ansprache von RaucherInnen und angesprochen werden anhand unterschiedlicher Personengruppen • Erarbeitung von Kriterien und Rahmenbedingungen für ein gutes Beratungsgespräch	• Kurzvortrag • Partnerübung • (Flipchart)
Zusammenfassung Motivierungsgespräche	• Ansatz und Verständnis von „Motivational Interviewing“	• Kurzvortrag
Anklopfen (positive Reaktion)	• Kurzübung Ansprache Patienten mit positiver Reaktion • Kurze Auswertung der Erfahrung	• Partnerübung • (ggf. Flipchart)
Rolle der PflegeschülerInnen in der Kurzintervention zur Raucherberatung (Anklopfen und negative Reaktion)	• Übung Ansprache Patient*innen mit negativer Reaktion • Sammlung der Erfahrungen/ Antworten der Patienten • Rolle der Pflege(SchülerInnen) in Raucherberatung und gute Gründe für die Ansprache von Patient*innen	• Partnerübung • (ggf. Flipchart)
Transtheoretisches Modell (TTM) und Strategien der Tabakentwöhnung		
Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung am Beispiel der Fallgeschichten	• Vorstellung TTM • Zuordnung der Fallgeschichten zum TTM	• Interaktiver Kurzvortrag
Strategien der Tabakentwöhnung	• Kennenlernen unterschiedlicher Strategien anhand des TTM Modells	• Kurzvortrag
Raucherberatung		
Einführung in das ABC der Raucherberatung	• Kennenlernen Ablauf strukturierter Raucherberatung und Tabakentwöhnung in Gesundheitseinrichtungen	• Kurzvortrag
Raucherberatung vs. Kurzintervention	• Vorstellung 5 A und 5 R der Raucherberatung • Partnerarbeit zu Rolle der PflegeschülerInnen in Raucherberatung	• Kurzvortrag • Arbeitsblatt 5: 5 A & 5 R
KRIPS (Kurzintervention der Rauchberatung durch PflegeschülerInnen)		
Einführung: KRIPS vorstellen	• Vorstellung KRIPS (Änderung: Empfehlung zum Rauchstopp bzw. Hinweis auf pflegerisches oder ärztliches Gespräch und Übergabe Informationsmaterial)	• Kurzvortrag • (Pflege Anamnesebogen Klinik)
KRIPS üben	• KRIPS als Modell vor Kurs vorspielen • SchülerInnen notieren Beobachtungen auf Protokoll • anschließend Übung in Dreier-Gruppen (Pflege, PatientIn, BeobachterIn): KRIPS dreimal mit getauschten Rollen üben und Beobachtungsbogen besprechen (10 min pro Gesprächssituation)	• Übung • (Arbeitsblatt 6: Beobachtung Protokoll KRIPS)
Vorbereitung auf den Praxisblock		
Organisation und	• Organisation und Durchführung von KRIPS im	• Praxisblock_1 Anamnese

ENSH GLOBAL NETWORK FOR TOBACCO FREE HEALTH CARE SERVICES Deutschland
Hochschule Esslingen University of Applied Sciences
HOCHSCHULE HANNOVER UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES AND ARTS
IFT
Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages
© astra 201

Thema	Inhalte	Methoden, Material
Durchführung Praxisblock	Praxiseinsatz • Anleitung anhand von Infoblatt vorstellen • Auftrag: Praxisreflexionsbogen für 3-5 Patient*innen ausfüllen und zum nächsten Termin wieder mitbringen	• Praxisblock_2 Dokumentations- und Reflexionsbogen • Praxisblock_4 Beobachtungsprotokoll für anleitende Personen • Praxisblock_5 Infoblatt für Station
Abschluss		
Abschluss und Diskussion		• Evaluationsbogen 2: KRIPS nach dem ersten Schulblock • Evaluationsbogen 3: Bewertung TrainerIn

In der Praxisphase sollen die SchülerInnen als Lernaufgabe wenigstens bei drei Patient*innen eine KRIPS Kurzintervention durchführen. Sie erhalten dazu eine entsprechende Anzahl von Starterkits der BZgA, alle erforderlichen Unterlagen und Arbeitsblätter zur Dokumentation und Reflektion der Durchführung. Es wurde ein Informationsblatt für die Lernorte erstellt, in dem über KRIPS informiert und um Hilfe bei der Durchführung gebeten wird.

Tabelle 10: Themen und Inhalte des Schulblocks B des KRIPS Moduls

Thema	Inhalte	Methoden, Material
Begrüßung und Einführung	• Punktabfrage Poster	
Austausch zu den Erfahrungen mit KRIPS		
Selbstreflektion	• Auswertung und Visualisierung der eigenen Dokumentation • Formulierung des weiteren Lern- oder Übungsbedarfes	• Stillarbeit • Arbeitsblatt
Kollegiale Beratung	• SchülerInnen lernen Kollegiale Beratung kennen • SchülerInnen bearbeiten ihren Bedarf im Rahmen der Kollegialen Beratung	• Film • Kurzvortrag • Übung
Auffrischung der KI-Inhalte und Fertigkeiten		
Videoanalyse Raucher-beratung im Krankenhaus	• Wiederholung der wesentlichen Punkte der Raucherberatung anhand eines Negativbeispiels	• Video • Arbeitsblatt • Plenum
Auffrischung 5As und 5 Rs, Drehbuch Raucherberatung	• Wiederholung aus Block A und Vertiefung nach Bedarf aus Erfahrungen im Praxisblock	• Arbeitsblatt • Kurzvortrag • Partnerübung
KRIPS in Gänze	• Wiederholung aus Block A und Vertiefung nach Bedarf aus Erfahrungen im Praxisblock	• Übung
Wertschätzung der geleisteten Arbeit und Abschluss	• Visualisierung der Lernfortschritte und erwarteten Wirkung von KRIPS	• Plenum
Evaluation	• Punktabfrage Poster	• Evaluationsbogen 3

Die zweitägige Präsenzveranstaltung mit anschließender Nachbetreuung wurde zwei Mal angeboten. Aus terminlichen Gründen konnte der zweite Schulblock jeweils erst im August und September stattfinden, so dass für den Abschlussbericht die Evaluationsdaten des ersten Schulbocks zur Verfügung standen.

© astra 201

5.1.2.2 Ergebnisse der Pilotstudie

Die Fragestellung der Pilotstudie lautete: „Wie wurde das Modul von den PflegeschülerInnen wahrgenommen und bewertet und können Veränderungen hinsichtlich des Wissens über Raucherberatung, der Bereitschaft zur Raucherberatung und der Selbstwirksamkeit, Raucherberatung durchzuführen beobachtet werden?“ Die Methode ist unter 3.2.2 beschrieben worden.

Ausgangslage vor dem Modul: Wissen über und Bereitschaft zur Raucherberatung und Einschätzung der Durchführung einzelner Komponenten von KRIPS

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. illustriert, dass die P flegeschülerInnen angeben, bereits etwas über Tabakabhängigkeit zu wissen, aber wenig zu den Grundlagen oder Strategien der Tabakentwöhnung. Sie sehen zu einem gewissen Grad, dass Raucherberatung zu ihrer Aufgabe als Pflegekraft gehört und würden gerne in der Lage sein, Raucherberatung durchzuführen.

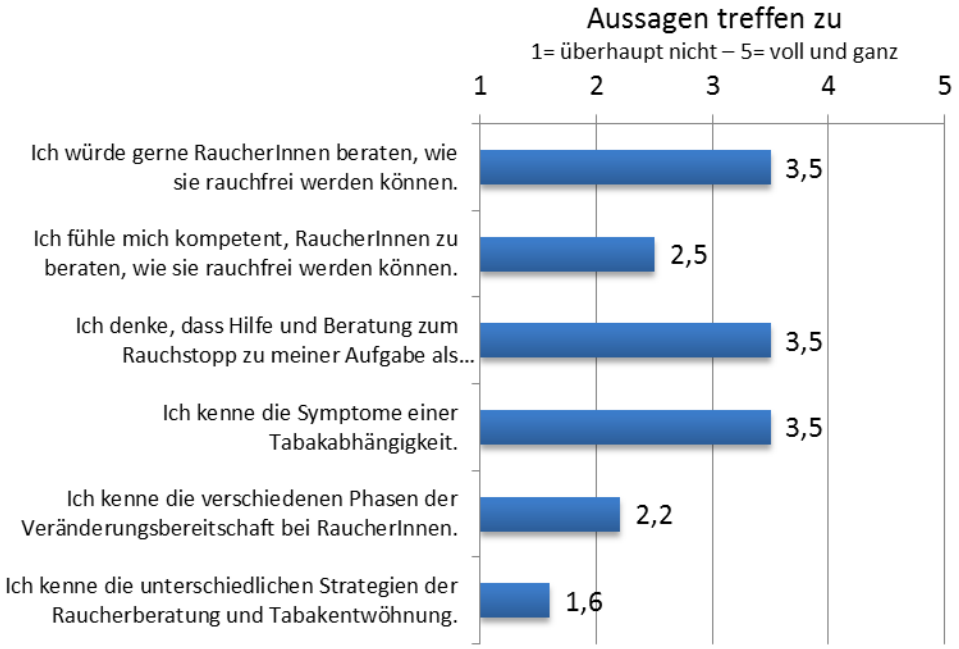


Abbildung 6. Ausgangslage vor dem Modul.

Die PflegeschülerInnen schätzen vor Beginn ihr Wissen über die einzelnen KRIPS-Komponenten weniger ausgeprägt ein als ihr Zutrauen darin, diese Komponenten (in Zukunft) durchführen zu können.

© astra 201

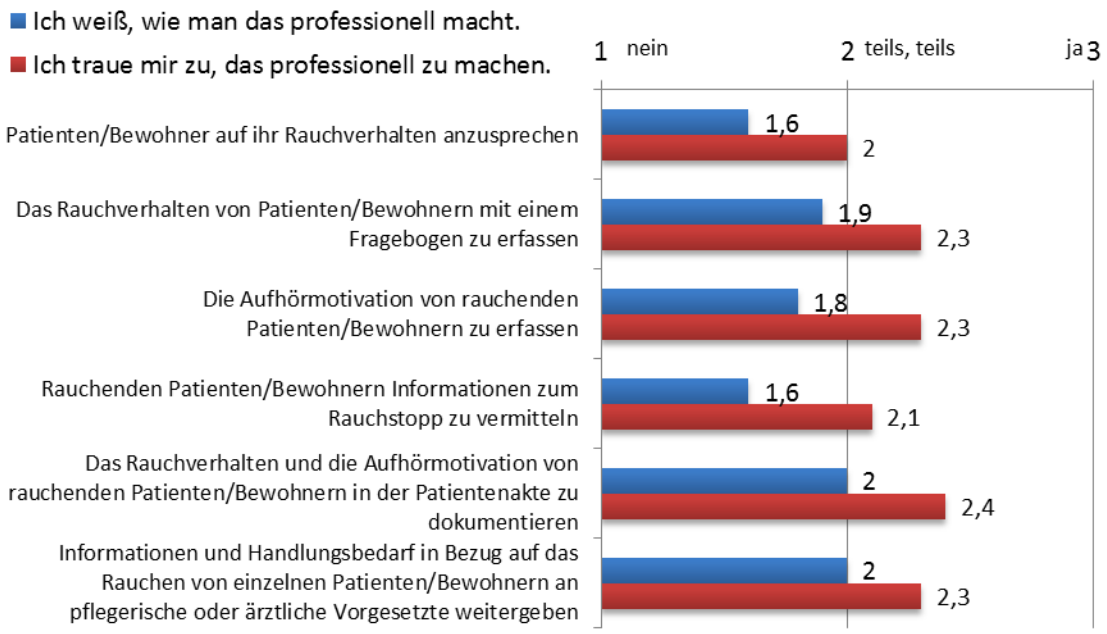


Abbildung 7. Ausgangslage vor dem Modul.

Beurteilung des KRIPS-Moduls

Wie Tabelle 11 zeigt, wird der erste Modultag (Schulblock 1) hinsichtlich Aufbau, Verständlichkeit der Inhalte und Methodik gut bewertet. Die Mittelwerte liegen um den zweitbesten Wert (4). Auch zur Übertragbarkeit in die Praxis äußern sich die Teilnehmenden positiv, allerdings liegen die Mittelwerte hier um den Skalenwert 3,5.

Tabelle 11: Aussagen zum ersten Schulblock

Aussagen zum ersten Schulblock	Skala 1-5* M (SD), Min-Max
Verständlichkeit und Methodik	
Der Aufbau des heutigen Tages war logisch und nachvollziehbar	3.8 (1.1); 1-4
Die Inhalte der Fortbildungen waren verständlich.	4.3 (.7); 3-5
Die eingesetzten Medien verdeutlichten die vorgesetzten Inhalte.	4.1 (1.1); 2-5
Der Medieneinsatz war angemessen.	4.3 (.9); 3-5
Übertragbarkeit in die Praxis	
Das vermittelte Wissen wird hilfreich für die Lernaufgabe im Praxiseinsatz sein.	3.7 (.8); 2-5
Die durchgeführten Übungen haben meine Kompetenz für die Durchführung einer Kurzintervention gestärkt.	3.6 (1.0);1-5
Es wurde darauf eingegangen, wie ich die Seminarinhalte in der Praxis durchführen kann.	3.7 (.9); 1-5
Ich glaube, dass ich das Gelernte gut in meinem Praxisalltag einsetzen kann.	3.4 (.8); 1-5

**1=Trifft überhaupt nicht zu, 5= Trifft voll und ganz zu*

Der Modultag hat die Erwartungen der Teilnehmenden sehr unterschiedlich erfüllt. Die Bewertungen verteilen sich über die gesamte Skala (Tabelle 12). Dies trifft auch für die Weiterempfehlung zu, wobei sich hier 50% der PflegeschülerInnen dafür aussprechen und etwa 25% (eher) nicht.

© astra 201

Tabelle 12: Allgemein Bewertung 1.Tag (n)

	trifft überhaupt nicht zu (1)	(2)	(3)	(4)	trifft voll und ganz zu (5)
Der heutige Tag hat meine Erwartungen erfüllt. (M=3,0)	3	7	7	6	4
Ich würde die Teilnahme am Modul weiterempfehlen. (M=3,4)	3	4	4	9	6

Die Verteilung von Theorie und praktischen Übungen wurde von der Gesamtgruppe im Durchschnitt als „genau richtig“ bezeichnet (M=3,3 (SD=1.1) auf einer Skala von 1 =Viel zu gering über 3=Genau richtig zu 5=Viel zu hoch). Der Schwierigkeitsgrad der Übungen wurde eher geringer eingeschätzt (M=2,3, SD=.7).

Veränderung der Einschätzung des Wissens über und der Bereitschaft zur Raucherberatung

Aus *Abbildung 8* geht hervor, dass die Bereitschaft, Raucherberatung mit Patienten zu machen, bei den PflegeschülerInnen etwas zunimmt und dass sie ihre Kompetenz, dieses zu tun, größer einschätzen als zu Beginn des Moduls.

Noch stärkere Fortschritte beobachten die PflegeschülerInnen bei ihrem Wissen über Grundlagen der Tabakentwöhnung. Sie kennen jetzt das Transtheroretische Modell zur Veränderungsbereitschaft bei RaucherInnen und sind mit den unterschiedlichen Strategien der Raucherberatung und Tabakentwöhnung viel stärker vertraut.

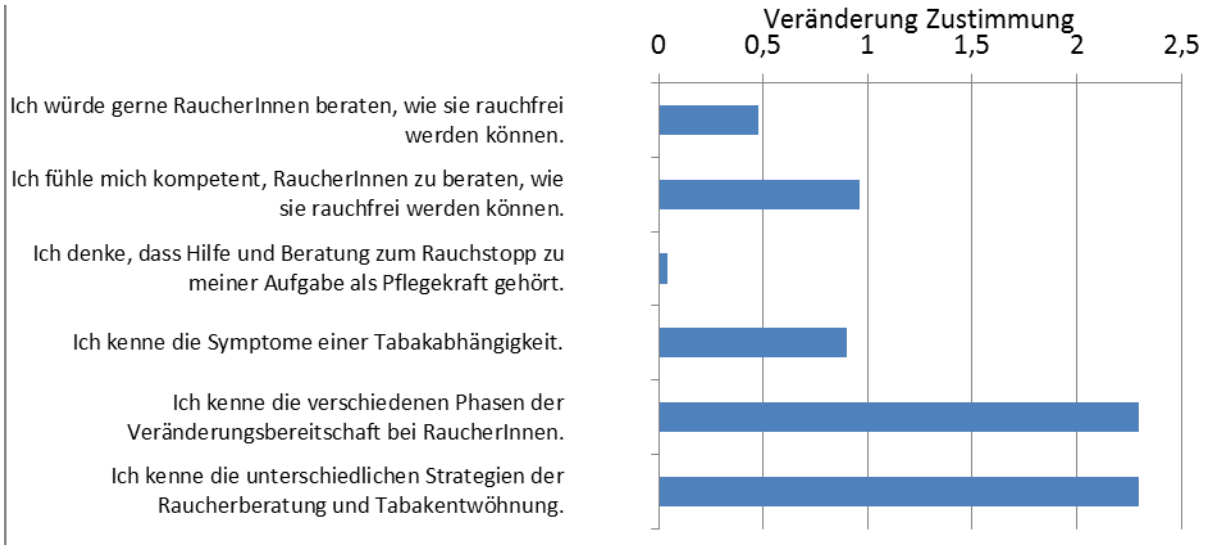


Abbildung 8. Differenzwerte zwischen Vorbefragung und nach dem ersten Schulblock.

Ähnlich stark hat sich die Zustimmung zu den KRIPS-spezifischen Wissensitems verändert (*Abbildung 9*). Durchgängig berichten die PflegeschülerInnen, dass sie jetzt besser wissen, wie man die einzelnen Komponenten einer Kurzintervention professionell umsetzt. Das Zutrauen in die eigenen Fertigkeiten, die erlernten Inhalte auch umzusetzen hat ebenfalls zugenommen, insbesondere im Bereich Ansprache der Patienten oder Bewohner und Informationsvermittlung zum Thema Rauchstopp an die Patienten oder Bewohner.

© astra 201

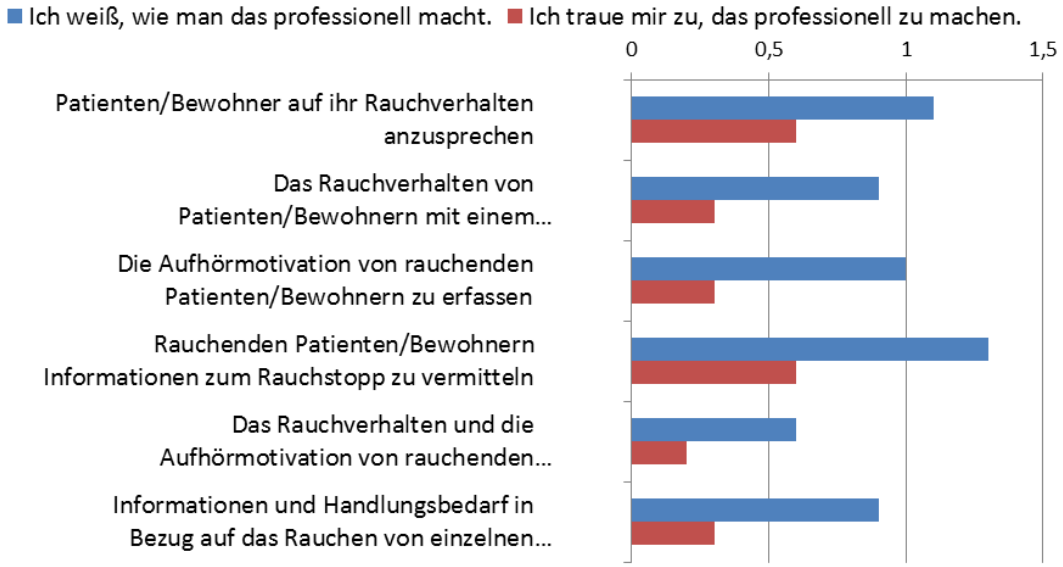


Abbildung 9. Differenzwerte zwischen Vorbefragung und nach dem ersten Schulblock.

Insgesamt weisen die bisherigen Ergebnisse der Pilotstudie darauf hin, dass die Ziele des Moduls so weit erreicht werden konnten. Die Vermittlung der Grundlagen und das erste Einüben der Kurzintervention scheinen geglückt. Inwiefern der erste Transfer in die Praxis ebenso erfolgreich war, lässt sich derzeit nicht beantworten. Die Ergebnisse der gesamten Evaluation werden in einer Fachzeitschrift veröffentlicht werden. Konkrete Veränderungen des Konzepts sind aufgrund der positiven Rückmeldung sowohl der SchülerInnen als auch der Trainer derzeit nicht geplant.

5.1.3 Ergebnisse Implementierung des Themas in der generalistischen Ausbildung

Mit dem Ziel der Förderung von Beratungskompetenz in der Pflegeaus- und -weiterbildung, sollte nach der Zielsetzung des Projektes „astra-Implementationsforschung“ das Thema Tabakprävention und Rauchstoppberatung offensiv in die curricularen Diskussionen bzw. Entwicklungen einer künftig generalistischen Pflegeausbildung eingebracht werden.

Dazu wurde das Thema „Prävention des Tabakkonsums“ im November 2015 sowohl gegenüber dem Vorsitzenden der *Dekanekonferenz Pflegewissenschaft* kommuniziert als auch den die AG *Fachqualifikationsrahmen Pflegepädagogik* koordinierenden KollegInnen erstmalig vorgestellt. Allerdings muss an dieser Stelle festgestellt werden, dass sich die Entwicklung des „Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe“ inzwischen erheblich verzögert hat; diese Entwicklung soll im Folgenden skizziert werden.

Der Entwurf zur Gesetzesreform – hier Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Stand: 26.11.2015) enthielt zunächst noch keine genaueren Angaben zu den Ausbildungsinhalten, machte jedoch bereits Aussagen zu den Ausbildungszielen. Die Ausbildungsziele der berufsbildenden Ausbildung in der Pflege (Teil 2) wurden im §5 geregelt. Im §5 Absatz 3 sollte festgelegt werden, dass die

© astra 201

Pflegeausbildung insbesondere dazu befähigt „[…] e) Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen bei der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit […]“. Die Ausbildungsziele der hochschulischen Pflegeausbildung (Teil 3) sollten in §37 geregelt werden und neben erweiterten Ausbildungszielen, auch die Ziele der mehrheitlich weiterhin beruflichen Pflegeausbildung aufgreifen.

Am 13.01.’16 wurde hierzu - etwas konkreter - auch als Kabinettsbeschuss ein „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe – Pflegeberufereformgesetz PflBefG“ vorgelegt, der jedoch bis in die Gegenwart noch die Stufen des eigentlich Gesetzgebungsverfahrens erreicht hat, da gleichzeitig einerseits Widerstände aus den einzelnen Pflegeberufen und anderseits auch weiterhin Unterstützungen (anteilig auch aus dem Hochschulbereich) zu dieser Entwicklung einer generalistischen Pflegeausbildung gab bzw. auch aktuell noch zu geben scheint. Vorgesehen war nach § 53 bereits in diesem Kabinettsbeschluss „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe – Pflegeberufereformgesetz PflBefG“ die Einrichtung einer Fachkommission zur Erstellung eines Rahmenlehrplans und eines Rahmenausbildungsplans. Ein Auszug aus diesem § 53 des noch nicht verabschiedeten Gesetzes wird in Abbildung 11 dargestellt:

Zu § 53 (Fachkommission; Erarbeitung von Rahmenplänen)

Die Einrichtung einer Fachkommission unterstützt die qualitative und bundesweit einheitliche inhaltliche Ausgestaltung der beruflichen Pflegeausbildung. Die Fachkommission soll einen integrierten Bildungsplan, bestehend aus einem Rahmenlehrplan und einem Rahmenausbildungsplan, für die berufliche Ausbildung nach Teil 2 erarbeiten. Sie nimmt darüber hinaus weitere Aufgaben wahr, die ihr das Gesetz zuweist. Dies gilt für die Erarbeitung standardisierter Module im Rahmen des § 14.

Abbildung 10. Auszug aus dem „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe – Pflegeberufereformgesetz PflBefG“.

Am 30. Mai 2016 fand ferner eine gemeinsame öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit und des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 09.03.2016 statt. Unter dem weiterhin vorgesehenen § 53 dieses Gesetzentwurfes der Bundesregierung werden die Einsetzung, die Mitgliedschaft und die Unterstützung der Fachkommission durch eine Geschäftsstelle präzisiert. Dabei sind konkrete Arbeitsergebnisse der noch einzusetzenden Fachkommission allerdings erst in mehreren Jahren zu erwarten, da diese für die Dauer von fünf Jahren eingesetzt werden soll (s. Abb. 12).

© astra 201

Die Fachkommission wird durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam für die Dauer von jeweils fünf Jahren eingesetzt. Beide Bundesministerien berufen die Mitglieder der Fachkommission gemeinsam. Die Länder werden in dieses Berufungsverfahren dadurch einbezogen, dass die Berufung der Mitglieder im Benehmen mit den Ländern zu erfolgen hat. Die Fachkommission soll sich aus Experten aus dem Pflegebereich, insbesondere aus Vertreterinnen und Vertretern der Pflegepädagogik, der Pflegewissenschaft, der Pflegeberufsverbände, der Krankenhäuser, der Pflegeeinrichtungen, der Länder und, soweit die Ausbildung nach Teil 3 betroffen ist, der Hochschulen zusammensetzen. Je nach zugewiesener Aufgabe werden sich die konkret berufenen Mitglieder unterscheiden können. Näheres zur Errichtung, Zusammensetzung und Konkretisierung der Aufgaben der Fachkommission regelt die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, das Bundesministerium für Gesundheit und der Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege können zu den Sitzungen der Fachkommission Vertreterinnen und Vertreter entsenden.

Die Fachkommission gibt sich eine Geschäftsordnung, in der insbesondere auch die Verfahren zur Wahl von Vorsitz und vertretendem Vorsitz geregelt wird. Darüber hinaus können beispielsweise Regelungen zur Einberufung und Vorbereitung der Sitzungen, zur Protokollführung und zur Beschlussfassung getroffen werden. Die Geschäftsordnung bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Bundesministeriums für Gesundheit.

Die Fachkommission wird von einer Geschäftsstelle unterstützt, die die Arbeitsfähigkeit sicherstellt und verwaltende Aufgaben übernimmt. Die Geschäftsstelle ist beim Bundesinstitut für Berufsbildung angesiedelt. Die Fachaufsicht über die Geschäftsstelle üben das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam aus.

Abbildung 11. Einsetzung, Mitgliedschaft und Unterstützung der Fachkommission.

Vor diesem Hintergrund muss also festgestellt werden, dass eine curriculare Verankerung des Themas „Prävention des Tabakkonsums in der erwarteten bzw. künftig generalistischen Ausbildung“ an den weiteren Gesetzgebungsprozess und die zukünftige Arbeit der für die curriculare Arbeit zuständigen Fachkommission gebunden ist, also innerhalb des Berichtszeitraums so noch gar nicht möglich ist.

5.2 Implementationsbereitschaft und Normenentwicklung

Die Steigerung des Problembewusstseins bei Pflegeschulen und Praxiseinrichtungen und deren Bereitschaft, astra zu implementieren, einschließlich der Förderung rauchfreier Normen in der Berufsgruppe, wird im Folgenden erläutert.

5.2.1 Ergebnisse Expertentagung und Workshop

Am 19. Juni 2015 fand eine Expertentagung zur Prävention und Reduktion des Tabakkonsums in der Pflege mit systematisch identifizierten Stakeholdern (siehe 3.2.3, 5.2.2) statt. Auf der Tagung wurden die aktuelle Situation und der Handlungsbedarf dargestellt und mit den 18 Teilnehmenden diskutiert (http://www.astra-programm.de/expertentagung/).

In einer Prozessevaluation wurden die Rekrutierungsrate, die Zusammensetzung der erreichten Gruppe und die Qualität der Tagung aus Sicht der Teilnehmenden überprüft und dokumentiert. Die Ergebnisse zeigen, dass von den ursprünglich 37 identifizierten Stakeholdern 18 Personen an der Expertentagung teilnahmen (Rekrutierung 49%). Eine Nachbefragung der Teilnehmenden der Expertentagung (n=15) belegt eine hohe Zufriedenheit mit der Veranstaltung hinsichtlich der Inhalte, der Zusammensetzung der Expertengruppe und der Motivierung, sich für das Thema zu engagieren (s. Abbildungen 13-16).

© astra 201

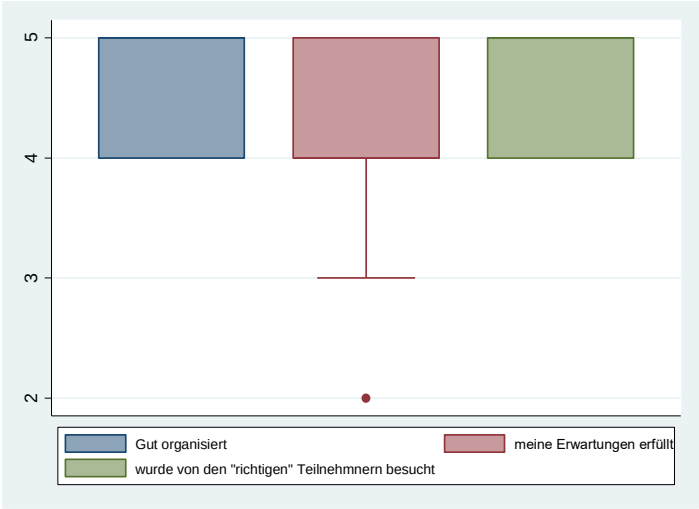


Abbildung 12. Feedback zu Rahmenbedingungen

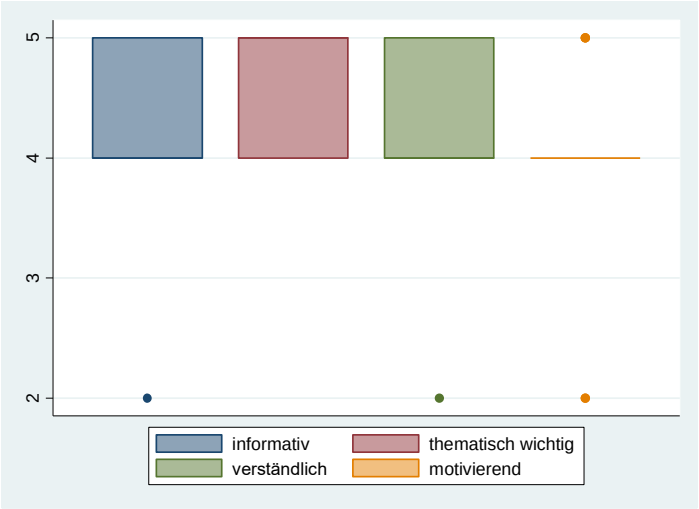


Abbildung 13. Feedback zu Vorträgen.

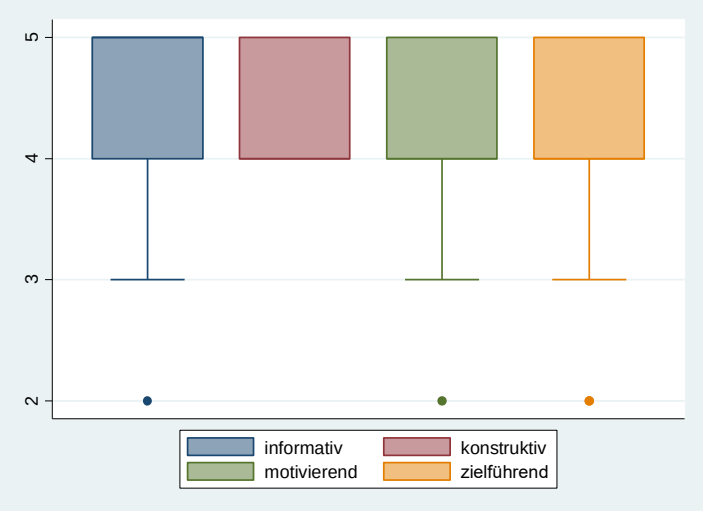


Abbildung 14. Feedback zum Austausch zwischen den Teilnehmenden.

Abbildung 15. Einschätzung der Experten zum Nutzen der Expertentagung.

© astra 2017

5.2.2 Ergebnisse Befragung Schlüsselpersonen (Stakeholderbefragung)

Mit der Online- sowie telefonischen Befragung der Stakeholder vor der Expertentagung konnten 37 Personen aus zwölf Handlungsfeldern erreicht werden. Die Ergebnisse sind in Abbildung 17 dargestellt. Sie belegt u.a. eine hohe persönliche Wichtigkeit des Themas und Motivation zum Engagement. Skeptischer wird die Implementationsbereitschaft insbesondere in den Praxiseinrichtungen gesehen. Damit einhergehend auch eine realistische Erwartung an die Wirksamkeit des Unterfangens. Eine Verknüpfung mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement wird stark befürwortet.

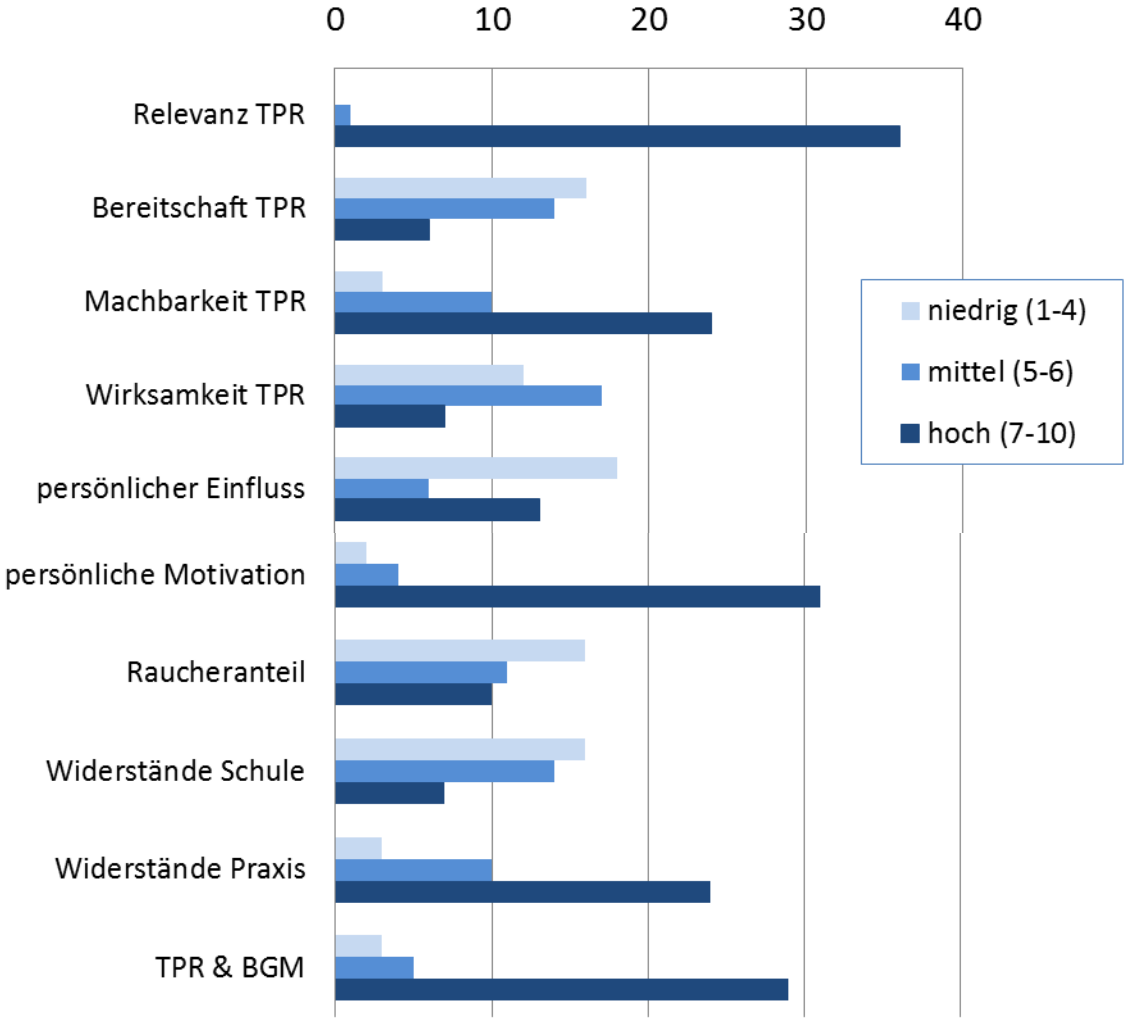


Abbildung 16. Einschätzungen der Stakeholder zur Tabakkonsumprävention und -reduktion (TPR) in der Pflege.

5.2.3 Ergebnisse Workshop und Positionspapier (Berlin)

Anstatt eines Workshops fand im Anschluss an die Expertentagung ein Hintergrund- und Planungsgespräch mit ausgesuchten Stakeholdern statt, um die Möglichkeiten und das beste Vorgehen bei der Entwicklung eines Positionspapieres auszuloten. Über einen Zeitraum von acht Monaten wurde das Positionspapier mit dem wichtigsten normgebenden Verband in der Pflege, dem Deutschen Berufsverband für Pflegekräfte Bundesverband DBfK e.V., und dem Partnerprojekt PA-TRES, erarbeitet. Das Papier orientiert sich an internationalen Strategiepapieren wie z.B. des International Council of Nurses (2012). Diese Zusammenarbeit

© astra 2017

mündete in der „Gemeinsamen Initiative Rauchfrei pflegen“ (http://www.astra-programm.de/inhalte/initiative/).“

RAUCHFREI PFLEGEN

Eine gemeinsame Initiative zur Förderung der Gesundheit von Pflegeberufen

Rauchen ist nach wie vor das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko in Deutschland. Eine/r von zwei RaucherInnen stirbt vorzeitig an den Folgen des Rauchens, insgesamt etwa 121.000 Menschen jährlich (dkfz, 2015). Das sind mehr Todesfälle als durch Aids, Alkohol, illegale Drogen, Verkehrsunfälle, Morde und Suizide zusammengenommen. Die Zahl der aktiven RaucherInnen ist mit 24,5% der deutschen Bevölkerung zwar rückläufig, aber noch immer zu hoch. Die weitere Reduzierung des Rauchens ist als vorrangiges und quantifiziertes Präventionsziel in der Nachhaltigkeitsstrategie der Bundesregierung aufgeführt (Drogen- und Suchtbericht, 2015).

Die Pflegeberufe sind wichtige Multiplikatoren und Akteure, wenn es um die Reduzierung des Tabakkonsums in der Bevölkerung geht. Sie haben als Professionelle im Gesundheitswesen eine Schlüsselrolle in Prävention, Beratung und Tabakentwöhnung und viele Möglichkeiten, die Förderung gesunder Lebensweisen anzustoßen. Diese wichtige Rolle ist in den Leitlinien zur Umsetzung des WHO-Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC) formuliert und der International Council of Nurses hat dies in Fact Sheets konkretisiert (International Council of Nurses, 1999).

Aus diesem Grund ist das Thema „Rauchfreiheit durch die Pflege“

1. Gesundheitsberatung durch Pflegende ist erforderlich, um den Tabakk
durch eine Stärkung und Vermittlung von Raucherberatungskompetenz
2. Aufgrund der hohen Raucherprävalenz stellen Pflegende selbst eine Zie
dar und können gut über das schulische und betriebliche Setting erreich
3. Rahmen- und Arbeitsbedingungen für die Pflegeberufe sind zu verbess
Pflege(-wissenschaft) auch im Berufsalltag wirksam umgesetzt werden

Auf folgende Herausforderungen weisen wir hin:

... Tabakkonsum wird von PflegeschülerInnen als funktional wahrgenomme
mit anderen, zur Kompensation von psychischen Belastungen, Stressredu
... Inanspruchnahme von professioneller Hilfe zum Rauchstopp ist unter P
(Schulze et al., 2014).
... Rauchende PflegeschülerInnen fühlen sich stärker belastet, haben ein h
ernähren sich ungesünder und treiben weniger Sport als Nichtraucher
... AusbilderInnen der theoretischen und praktischen Bildung haben eine
SchülerInnen und PatientInnen bzw. BewohnerInnen.
... Der eigene Rauchstatus von PflegeschülerInnen beeinflusst die Behand
BewohnerInnen: Im Vergleich zu Ex-RaucherInnen, Gelegenheitsrauche
RaucherInnen das Rauchen der PatientInnen, die Erhebung des Rauchst
Therapieplänen seltener eine Rolle (Vitzthum, 2012).
... Das Image und die Attraktivität der Pflegeberufe werden durch den Tab
und Professionalität als Akteure im Gesundheitswesen werden hingege

Pflegende in Deutschland sind jedoch zu einem großen Prozentsatz selber RaucherInnen. Laut Mikrozensus 2013 rauchen 30% der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, 36% der Kra
gerinnen (St
valenz unter
mals höher
70% davon
erweiterten
stopp einhe
der Allgeme
bedarf deut

Warum rauc
das Rauchen
und jungen
ist das Rauc
den Situatio
wenig Perso
Belastungen
Akzeptanz d
2014).

RAUCHFREI PFLEGEN

Eine gemeinsame Initiative zur Förderung der Gesundheit von Pflegeberufen

Deshalb tragen wir mit unserer Unterschrift diese Initiative aktiv mit und setzen uns dafür ein, ...

... Prävention und Reduktion des Tabakkonsums durch verhaltens- und verhältnisorientierte Programme wie „astra“ in die schulische und praktische Ausbildung sowie in die Fort- und Weiterbildung zu implementieren.
... eine ganzheitliche Sichtweise auf den Tabakkonsum einzunehmen und damit Themen wie Stress, Ernährung und Bewegung im Unterricht und in zusätzlichen Programmen zu berücksichtigen.
... Belastungen zu reduzieren und das Arbeitsumfeld so zu gestalten, dass es nicht nur die Pflegequalität erhöht, sondern auch die Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Berufszufriedenheit der professionell Pflegenden erhält und fördert.
... erholungswirksame und gesundheitsförderliche Pausen im Pflegealltag zu sichern.
... Pflegende für ihre Vorbildfunktion zu sensibilisieren und sie darin zu unterstützen, ihr Verhalten im Dienst daran zu orientieren.
... mit Pflegepädagog:innen, Pflegedienstleitungen und Praxisanleitungen über ihre Vorbildfunktion hinaus Rahmenbedingungen und Inhalte im Sinne des astra-Programms zu gestalten.
... Programme zur Tabakprävention und Module zum Aufbau von Beratungskompetenzen in berufliche Curricula der Aus- und Weiterbildung sowie in Studienprogramme der Pflegewissenschaft, der Pflegepädagogik und des Pflegemanagements zu integrieren.

Berlin, München, Esslingen, Hannover, Würzburg, im Januar 2016

Für die Initiative
Entwickler des astra-Programms

ENSH Global Network for Tobacco Free Health Care Services Deutschland | Hochschule Esslingen University of Applied Sciences | Hochschule Hannover University of Applied Sciences and Arts | IFT

Erstunterzeichner der Initiative sind:

DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband e.V. | PA-TRES „Pflege-Ausbildung – Training, Raucherberatung, Ernährung, Stressbewältigung“, ein Projekt der Universität Würzburg

Wir unterzeichnen:

Name/ Einrichtung: .....

Adresse: .....

.....

Unterschrift Vertretungsberechtigte/r Stempel

Literatur und Tipps zu „Rauchfrei pflegen“ und Informationen zum Programm „astra – Aktive Stressprävention durch Rauchfreiheit in der Pflege“ unter www.astra-programm.de, Kontakt: info@astra-programm.de
Das astra-Programm wurde mit Fördermitteln des Bundesministeriums für Gesundheit entwickelt.
Für das astra-Projektteam: Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen DNRfK e.V., Pettenkoferstr. 16-18, 10247 Berlin, Telefon: +49 30 48855691, www.rauchfrei-plus.de

© astra 2016 Seite 2/2

Abbildung 17. Positionspapier der „Gemeinsamen Initiative Rauchfrei pflegen“.

Neben den Erstunterzeichnern unterstützen die Initiative aktuell: die DAK-Gesundheit, die Dekanekonferenz Pflegewissenschaft, die Hochschulen Hannover und Esslingen, das IFT München, der DNRfK e.V., Frauen Aktiv Contra Tabak (FACT e.V.), die Thoraxklinik Heidelberg, das Tumorzentrum Aachen, das Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e.V., die INQA Offensive Gesund Pflegen sowie die astra-Schulen Ludwig Schlaich Akademie, AMEOS Institut Ost "Albert Schweizer" und Bamberger Akademien für

© astra 201

Gesundheits- und Pflegeberufe (Stand: 15.2.2017). Ankündigungen zur Unterstützung liegen u.a. aus der Pflegekammer Rheinlandpfalz vor. Nachdem wohl offene Aufrufe nicht zur den gewünschten Resonanz führen, werden weitere Personen aus der Stakeholderanalyse direkt und persönlich zur Unterstützung der Initiative eingeladen. Die Entwicklung des Positionspapers lässt sich nachvollziehen anhand der Daten der dafür erstellten Unterlagen (s. Tabelle 13).

Tabelle 13: Zeitliche Dokumentation der Tätigkeiten für die normändernde Kampagne

Laufend	Beilage in allen Mappen mit Informationsmaterial (Versand und Veranstaltungen)
18.11.16	Information und persönliche Einladung im Sektionstreffen Bilden – Informieren -Schulen der Dt. Gesellschaft für Pflegeberufe
September 16	Initiative als Anlage der Mitgliederinformation an alle Geschäftsführungen des DNRfK e.V.
13.05.16	Newsletter zum Weltnichtrauchertag mit Hinweis zur Initiative
Frühjahr 2016	Aufruf in schriftlicher Mitgliederinformation an alle Geschäftsführungen mit der Rechnungsstellung des DNRfK e.V.
08.03.16	Aufruf in DNRfK Newsletter (ca 2.500 Kontakte)
24.2.16	DBfK Pressemitteilung zur Initiative
23.2.16	Positionspapier fertig, Pressemitteilung astra Programm
7.1.16	Letzte Abstimmung astra-Team
17.12	Graphische Überarbeitung
15.12.	Entscheidung DBfK Erstunterzeichnung
14-16.12.	Erstellung Begleitmaterial
2.11.- 8.12.	Abstimmung wegen Ownership
22.-26.10.	Abstimmung astra-Team und PA-TRES
22.10.	Überarbeitung
6.8./12.8.	Abstimmung astra-Team und PA-TRES
4.8.	Erste Skizze
15.7.	Gespräch mit DBfK
18.6.15	Expertentagung mit Hintergrund- und Planungsgespräch

5.2.4 Ergebnisse Handreichung für astra-BotschafterInnen

Zahlreiches Informationsmaterial zum Thema Tabakkonsum, -prävention und -entwöhnung in der Pflegeausbildung ist während der Projektlaufzeit entwickelt worden. Eine Handreichung mit den wichtigsten Informationen wurde zusammengestellt. Darin sind die Informationen leser- und nutzerfreundlich aufbereitet. Alle Materialien wurden inzwischen mit den Inhalten zu astra plus überarbeitet (s. Abb. 19).

© astra 201

Abbildung 19. Mappe Handreichung für astra plus-BotschafterInnen.

Die Mappe der Handreichung enthält:

- Flyer zum Programm astra plus
- Infokarten zum Programm astra plus
- Präsentation 10 Fakten zum Tabakkonsum bei PflegeschülerInnen
- Foliensammlung mit Informationen zum Programm astra plus
- Argumente für den Nutzen von Tabakprävention und Reduktion
- Info für Interessierte an der Implementierung inkl. Finanzierung.

Die astra BotschafterInnen erhielten alle Dateien und eine Anzahl von Informationsmappen zur Weitergabe an Interessierte. Die Inhalte der Handreichung werden nach Bedarf aktualisiert.

5.2.5 Ergebnisse Identifizierung von astra-BotschafterInnen

Für die Auswahl der astra-BotschafterInnen wurden die Kontakte und Erfahrungen aus der Stakeholderanalyse genutzt und eine erste Personenliste erstellt. Die Rekrutierung verzögerte sich einmal durch die im Sommer 2016 geplante Neuwahl des DBfK Bundesvorstands die für die Auswahl abgewartet werden musste. Dann ergaben sich günstige Gelegenheiten, das Angebot der Finanzierung durch die DAK Gesundheit zu realisieren, so dass dies in der Projektdurchführung zeitlich vorgezogen wurde.

Folgende Kriterien sollten die Personen erfüllen:

- Positives Vorbild für Pflegefachpersonen und PflegeschülerInnen
- In einer Funktion mit regionalem und überregionalem Einfluss oder Bekanntheit
- Bereitschaft und Fähigkeit die Ziele der Gemeinsamen Initiative Rauchfrei Pflegen und des Programms astra plus in der Öffentlichkeit und in Gremien auf die Tagesordnung zu bringen

© astra 201

Für die ersten astra-BotschafterInnen waren folgende Gremien und Personen vorgesehen. Tabelle 14 gibt einen aktuellen Überblick. Die ersten drei astra-BotschafterInnen wurden in der Abschlusstagung am 15.02.2017 von der Schirmherrin des Programms, der Bundesdrogenbeauftragten Marlene Mortler MdB, beauftragt. Die Benennung aus dem DBfK Vorstand steht aufgrund interner Gründe noch aus. Die Zusage einer Vertreterin aus der „Jungen Pflege“ kann wegen Mutterschutz noch nicht aktiv ausgeführt werden. Die astra-BotschafterInnen gaben in der Abschlusstagung Statements ab, die in der Webseite veröffentlicht wurden.

Tabelle 14: Auswahl und aktueller Stand astra-BotschafterInnen

Gremium	**Funktion**	**Aktueller Stand**
Verbände Pflegeberufe		
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - DBfK Bundesverband e.V.	Vorstand	Aktuell keine Person benannt. Johanna Knüppel vertritt den Verband im Beirat und in der Öffentlichkeit
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - Junge Pflege Bildungsrat	Sprecherin Landesverband, Mitglied Bildungsrat	Zusage von Christine Zink aber 2017 in Mutterschutz und Elternzeit
Repräsentanz Altenpflege	Verbandsvertretung	Noch nicht benannt
Pflegemanagement/-direktion / Geschäftsführung / Heimleitung	Verbandvertretung	Noch nicht benannt
ExpertInnen Pflegebildung, Pflegewissenschaft		
Universität Halle, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft	Leitung	Absage wg. fehlender Ressourcen, Prof. Gabriele Meyer
Landesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe e.V. (BLGS e.V.)	2. Vorsitzende BLGS, Gesundheitswissenschaftler in, astra plus-Trainerin	Ernannt: Barbara Driescher, Akademie für med. Berufe am Uniklinikum Freiburg
Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft	Sektion Bilden-Informieren-Schulen	Ernannt: Andreas Kocks, Pflegewissenschaftler Uniklinik Bonn

© astra 201

ExpertInnen Tabakkontrolle /(Sucht)Forschung		Noch nicht benannt
Betriebliches Gesundheitsmanagement / Prävention Setting		
DNBGF / Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz psyGA	DNBGF in Auflösung, Kooperationsanfrage an psyGA wurde 2015 abgelehnt	Neue Anfrage in 2017
INQA Offensive Gesund Pflegen	Leitung	Zusage Claudia Stiller-Wüsten

Erste Aktivitäten der BotschafterInnen sind geplant:

- Weiterleitung der Informationen an die Mitglieder des Bildungsrats (erfolgt, Zink)
- Vorstellung des Programms astra plus in der Vorstandssitzung und Mitgliederversammlung des Landesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe e.V. (BLGS e.V.), Baden-Württemberg (Driescher)
- Vortrag beim Treffen der Akademieleitungen in Baden-Württemberg (Driescher)
- Einladung der Sozialministerin Baden-Württemberg zum „Markt der Möglichkeiten“ an der Akademie der Uniklinik Freiburg (Driescher)

Inwieweit die Handreichung dabei als hilfreich gesehen wird, konnte aufgrund der bisher fehlenden Erfahrung noch nicht belegt werden.

5.2.6 Ergebnisse Erhebung Implementationsbereitschaft von Pflegeschulen

Das Thema Implementationsbereitschaft an Pflegeschulen ist im Projekt anders als geplant bearbeitet worden. Da der Rücklauf der Online-Befragung nicht ausreichte, um eine Auswertung durchzuführen, können keine Ergebnisse zur Implementationsbereitschaft von Pflegeschulen berichtet werden.

Stattdessen wurde im Projekt ein Instrument zur differenzierten und handlungsorientierten Erfassung des Status quo in einer Pflegeeinrichtung, die sich für die Umsetzung von Tabakprävention und -reduktion interessiert, entwickelt. Dazu wurde ein Instrument zur Messung der Implementierungsbereitschaft übersetzt und die Items für das Setting Pflegeschule angepasst (Shea, 2014; Weiner, 2015). Es kommt aktuell in der dritten Förderphase durch die DAK-Gesundheit zum Einsatz. In Abbildung 20 ist das Instrument dargestellt.

© astra 201

Je besser die Vorbereitung, desto besser klappt es mit der Implementierung. Dazu ist es hilfreich, die folgende Checkliste vorab zu diskutieren. Wir bitten Sie daher zur Vorbereitung auf das astra-Programm um die Beantwortung und Diskussion der folgenden Fragen*:

Nr	Bitte zutreffende Antwortkategorie auswählen	Trifft gar nicht zu (nein)	Trifft kaum zu	Trifft eher zu	Trifft völlig zu (ja)	Weiß nicht	Was kann fördernd oder unterstützend sein? Als Anregungen, mit eigenen Ideen zu ergänzen
1.	Wir sind fest entschlossen, das astra-Programm zu implementieren	☐	☐	☐	☐	☐	Wichtige Gründe benennen. Was, wenn das astra-Programm nicht aufgegriffen wird? Welche Erfahrungen haben wir mit Widerständen und wie wir erfolgreich damit umgehen können?
2.	Wir haben die Unterstützung der Führungsebene bei der Implementierung des astra-Programms.	☐	☐	☐	☐	☐	Entscheiderebene gut informieren, Probleme anhand von Szenarien mit Lösungsansätzen diskutieren und Unterstützung sichern. „Gute Gründe“ für/mit Leitungen formulieren.
3.	Wir können interne Entscheidungsprozesse für die Implementierung des astra-Programms beeinflussen und voranbringen.	☐	☐	☐	☐	☐	Kontakte zu den EntscheidungsträgerInnen und MeinungsführerInnen aufbauen. PromoterInnen, die auch hohe Akzeptanz haben, identifizieren.
4.	Wir kooperieren mit dem (externen) astra-Team bei erforderlichen Abstimmungen.	☐	☐	☐	☐	☐	AnsprechpartnerInnen im Team benennen, Grenzen und Möglichkeiten kommunizieren.
5.	Wir sind in der Lage, die entstehenden Herausforderungen bei der Implementierung zu meistern.	☐	☐	☐	☐	☐	Überlegen wer /was hilft bei den Lösungen? Wer kann von außen helfen? Vernetzung herstellen, in Online-Meetings werden Inhalte und Methoden erläutert. Veränderungen bei Problemen und Lösungen kommunizieren, Hilfe suchen
6.	Wir können die Aufgaben (u.a. mit Lernorten) koordinieren um einen reibungslosen Ablauf sicherzustellen	☐	☐	☐	☐	☐	Lernorte wählen, die ebenfalls eine hohe Motivation und Bereitschaft haben. Strukturen für die Koordinierung vereinbaren. Rollen klären. PartnerInnen wählen, die Kooperationen gut unterstützen und ausgleichend wirken.
7.	Wir unterstützen die KollegInnen/astra-TrainerInnen bei der astra -Implementierung.	☐	☐	☐	☐	☐	Welche kollegialen Ressourcen können mobilisiert werden? Vernetzung nutzen, Programm zeitlich strecken. Kollegiale (auch emotionale) Beratung und Unterstützung.
8.	Wir stellen den astra-TrainerInnen die erforderliche Zeit zur Implementierung des astra-Programms zur Verfügung.	☐	☐	☐	☐	☐	Vertretungen benennen, Entlastung von anderen Aufgaben planen. Welchen Vorteil hat das Team/ die Ausbildung, wenn die/der KollegeIn hier unterstützt wird? astra-TrainerIn berichtet über Prozess und gibt Erfahrungen weiter.
9.	Wir können den Implementierungsprozess am Laufen halten.	☐	☐	☐	☐	☐	Stehen andere konkurrierende Prozesse an? Stabile Personalsituation? Jemand ist verantwortlich. Konsequenzen beschreiben, wenn der Prozess stoppt? SMARTE Teilziele?
10.	Wir haben uns verpflichtet das astra-Programm zu implementieren.	☐	☐	☐	☐	☐	Bewerbung um Kostenübernahme mit Vereinbarung zur Durchführung des Programms.

Abbildung 20. Instrument zur Erhebung der Implementationsbereitschaft an Pflegeschulen

© astra 2017

5.2.7 Ergebnisse Platzierung des Themas in der Pflegewissenschaft

Die Platzierung des Themas in der Pflegewissenschaft wurde vor allem über Kongresse, Fachtagungen und Workshops (siehe Kapitel 10 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse) geleistet. Hier werden 24 Veranstaltungen aufgelistet, die dem Bereich der Pflegewissenschaft und der Qualifizierung der Berufsgruppe der Pflegenden explizit zuzuordnen sind und in denen das astra-Programm vorgestellt und diskutiert wurde. Durch das Modellprojekt und die Kontakte, die z. B. mit der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaften und der INQA Offensive Gesund Pflegen geknüpft wurden entstand mittlerweile eine dauerhafte Zusammenarbeit mit dem DNRfK Büro, die für die weitere Implementierung und Entwicklung genutzt werden kann.

Tabelle 15: Pflegewissenschaftliche Veranstaltungen und Qualifizierungsangebote für die Berufsgruppe der Pflegenden

	Veranstaltung	*Datum und Ort*	*Aktion*
1.	11. Süddeutscher DBfK-Schülerkongress: "Bleib am Ball - Selbstmotivation und Antrieb im Pflegealltag"	25.02.15, Esslingen	Workshop und Informationsstand
2.	Offensive Gesund Pflegen der Initiative Neue Qualität der Arbeit	02.-03.03.15, Hamburg	Vortrag
3.	Deutscher Pflegetag 2015	12.-14.03.15, Berlin	Vortrag
4.	Fachtagung Gesundheit und Pflege	19.03.15, Hannover	Vortrag
5.	Bremer Pflegekongress	06.-08.05.15, Bremen	Vortrag
6.	8. Fachtagung zu Handlungsfeldern für Absolventinnen und Absolventen des Bachelorstudienganges Pflege an der Hochschule Hannover	19.05.15, Hannover	Vortrag
7.	Tagung für Expertinnen und Experten zur Prävention und Reduktion des Tabakkonsums in der Pflegeausbildung	19.06.15, Berlin	Expertentagung
8.	BGW-Forum 2015 - Gesundheitsschutz und Altenpflege	07.-09.09.15, Hamburg	Vortrag
9.	Die sprechende Pflege - Tagung zu Ehren von Prof. Zegelin	06.10.15, Witten-Herdecke	Vortrag
10.	DGP-Hochschultag	16.10.15, Freiburg	Posterpräsentation
11.	Forum Praxisanleitung	19.10.15, Berlin	Informationsstand und Kurzbeitrag
12.	Forum Praxisanleitung	25.11.15, Essen	Informationsstand und Kurzbeitrag
13.	DNBGF Tagung: „Pflegekräfte am Limit?! – Höchste Zeit für Prävention und Gesundheitsförderung“	11.12.15, Berlin	Vortrag
14.	12. Süddeutscher DBfK-Schülerkongress	24.02.16, Esslingen	Informationsstand
15.	Deutsche Pneumologische Gesellschaft, Kongress 2016	02.-05.03.16, Leipzig	Poster, Informationsstand
16.	Deutscher Pflegetag	10.-12.03.16, Berlin	Akquise Initiative „Rauchfrei Pflegen“
17.	DBfK Forum Praxisanleitung	16.03.16, Ulm	Informationsstand und Kurz-Input

© astra 2017

18.	Armut und Gesundheit	17.-18.03.16, Berlin	Learning Café: Berufsfeld Gesundheit
19.	ENSH Symposium Zürich (Internationales Symposium)	1.04.2016, Zürich Schweiz	Vortrag und Diskussion
20.	Tübinger Suchttherapietage	06.-08.04.16, Tübingen	Informationsstand und Workshop
21.	9. Fachtagung zu Handlungsfeldern für Absolventinnen und Absolventen des Bachelor-Studienganges Pflege an der Hochschule Hannover	18.05.16, Hannover	Impulsvortrag
22.	Deutscher Suchtkongress 2016	06.09.2016 Berlin	Vortrag, Informationsstand
23.	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft, Sektion BIS Bilden-Informieren-Schulen	18.11.2016, Unna	Vortrag und Diskussion
24.	Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle	30.11.2016	Vortrag, Informationsstand

Ferner konnte für die Erklärung *„Rauchfrei Pflegen – Eine Gemeinsame Initiative zur Gesundheitsförderung von Pflegeberufe“* auch eine prominente Pflegewissenschaftlerin und ein bundesweit bekannter Vertreter eines pflegewissenschaftlich maßgeblichen Gremiums gewonnen werden: So wurde diese Initiative des Projektes „astra-Implementationsforschung“ sowohl von Frau Prof. Dr. Astrid Elsbernd, als Pflegewissenschaftlerin und als Dekanin der Fakultät SAGP der Hochschule Esslingen, als auch von Herrn Prof. Dr. Johannes Korporal, Vorstandsmitglied der Dekanekonferenz Pflegewissenschaft unterzeichnet. Darüber hinaus wird das Thema „Rauchfrei Pflegen“ und das Interventionsprogramm „astra“ auch seit November 2015 in die neu gegründete Arbeitsgruppe „Fachqualifikationsrahmen Pflegepädagogik“ eingebacht, einer Initiative der *Sektionen Bildung und Hochschullehre* der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft. Hierbei handelt es sich um eine Fachgruppe von ca. 20 PflegewissenschaftlerInnen und Pflege- , Gesundheits-und BerufspädagogInnen, die von der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft initiiert wurde und deren Ergebnisse im Rahmen des Internationalen Kongresses Pflegewissenschaft vom 07. und 08. September 2017 vorgestellt werden.

Mit Blick auf die gesundheitswissenschaftliche Bedeutung soll hier ebenfalls auf die Gründung des „Fachbereichstages Gesundheitswissenschaften“ im März 2016 hingewiesen werden, zu den Initiatoren und aktuellen Sprechern auch einer der Projektleitungen des Projektes „astra-Implementationsforschung“ zählt: Auch in diesem primär gesundheitswissenschaftlichen bundesweiten Gremium sind zahlreiche pflegewissenschaftliche bzw. pflegepädagogische Studiengänge bzw. Hochschulstandort vertreten.

Des Weiteren ist nach der erfolgreichen Verschmelzung der parallelen Projekte (PA-TRES und astra) zu „astra-plus“ ein Symposium in 2017 geplant, in dem derzeitige Forschungsgruppen der Pflegewissenschaft zu den Themen Stressprävention, Tabakkonsumprävention und gesunder Lebensstil ihre Tätigkeiten vorstellen.

© astra 201

5.3 Unterstützung: Aufbau einer Betreuungsstruktur für die breite Implementation

5.3.1 Ergebnisse Koordination der Fortbildung (Berlin)

Für implementationsbereites Bildungspersonal, Pflegeschulen und Gesundheitseinrichtungen wurde eine Koordinationsstelle beim Deutschen Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen DNRfK e.V. geschaffen, die Fortbildungsangebote und deren Finanzierungsmöglichkeiten koordiniert.

Der DNRfK e.V. hat Anfang 2016 eine Vereinbarung mit der DAK Gesundheit über drei Jahre zur Finanzierung der Implementierung geschlossen und kann dies nun kostenfrei für interessierte Pflegeschulen bundesweit anbieten. Die Finanzierung schließt die Fortbildung der astra plus TrainerInnen, die Begleitung der selbständigen Durchführung an den Schulen durch die TrainerInnen und die Evaluation der Implementierung ein.

Zur Rekrutierung von Pflegeschulen werden die zuständigen Landesministerien regelmäßig über die Angebote zur Weiterleitung an die Schulleitungen informiert. Es wurde ein Verteiler von über 1000 Adressen von Pflegeschulen angelegt, über den Informationen zum Programm versandt werden.

Es wurden bisher drei Fortbildungen für astra-TrainerInnen und eine Fortbildung für astra plus-TrainerInnen durchgeführt. Es sind 21 TrainerInnen für die Durchführung des Programms qualifiziert. Die astra plus-Fortbildung ist so konzipiert, das astra-TrainerInnen an einem Tag eine Aufbaufortbildung zum erweiterten Konzept erhalten. Dies ermöglicht gleichzeitig einen praktischen Erfahrungsaustausch zwischen erfahrenen TrainerInnen und neuen TeilnehmerInnen. Geplant sind wenigstens drei Fortbildungen für astra plus-TrainerInnen.

In Planung sind Fortbildungen in Motivierender Gesprächsführung aus dem Projekt PA-TRES, zu Kollegialer Beratung mit der Sektion BIS der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaften und ein Treffen der astra plus-Trainer im Rahmen der Deutschen Konferenz für Tabakkontrolle in Heidelberg 2017.

Das DNRfK Büro bietet themenspezifische Webinare für die astra plus-TrainerInnen an. Zusätzliche Webinare werden für interessierte Pflegeschulen angeboten oder auch individuell vereinbart.

5.3.2 Ergebnisse Betreuung der implementierenden Schulen

Die Betreuung der implementierenden Schulen findet bereits vor der Fortbildung statt. Als erster Schritt wird dem Schulteam das astra-Programm persönlich, in einem Online-Meeting oder Telefonat vorgestellt und Fragen beantwortet. Um die Entscheidung zur Implementierung vorzubereiten, sollten aus den interessierten Pflegeschulen und/oder Praxiseinrichtungen Leitungen aus Schule und Praxis teilnehmen. Die Entscheidung zur Teilnahme wird dann im mit Unterstützung Team getroffen. Hier kann die „astra plus-Implementierungs-Checkliste zur Vorbereitung" als Diskussionsgrundlage helfen. Die

© astra 201

Koordinationsstelle bereitet den Antrag zur Förderung der Implementierung für die Krankenkasse vor und plant das weitere Vorgehen und die Termine zur Umsetzung der einzelnen Module mit der Schule.

Die Implementierung bis zur selbständigen Durchführung und Integration ins Curriculum lässt sich in drei Phasen darstellen:

Phase 1:

- Vorbereitungsphase und Entscheidung zur Implementierung im Kollegium und Beauftragung eines Implementierungsteams durch die Leitungen.
- Planung der Implementierung und Antrag auf Fördermittel.
- Fortbildung von astra plus-TrainerInnen (Lehrpersonen und Praxisanleitungen).

Phase 2:

- Durchführung des Programms astra plus durch das DNRfK Büro und im Team-Teaching mit astra plus-TrainerInnen.
- Integration der Module im Curriculum.

Phase 3:

- Selbstständige Durchführung des Programms durch die astra plus-TrainerInnen.
- Begleitung der Implementierung durch das DNRfK Büro und Online-Beratungen.
- Kollegialer Austausch und Beratung mit astra plus-TrainerInnen und Unterstützung im Netzwerk,
- Vernetzung durch Mitgliedschaft als astra plus-Schule im Deutschen Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen DNRfK e. V.
- Fortbildungen und Informationen zu Weiterentwicklungen im Programm astra plus

Nach der Fortbildung leistet die Koordinationsstelle eine proaktive Betreuung während der Implementation per Telefon, Visite oder online-Meeting. Die regelmäßigen online-Meetings aller derzeit aktiven astra-TrainerInnen dienen auch der Qualitätssicherung. Beginnend nach der ersten Trainerfortbildung wurden von August 2015 bis Dezember 2016 wurden 14 90-minütige Online-Beratungen durchgeführt. Dazu wurde eine Struktur entwickelt, in der jeweils ein Thema vom DNRfK Büro angeboten wird, Erfahrungen aus durchgeführten Modulen berichtet werden oder Fragen zur Vorbereitung einer bevorstehenden Durchführung geklärt werden können. Zusätzlich wurde ein Template für die strukturierte Darstellung von Praxisbeispielen erarbeitet.

Die Webseite www.astra-programm.de, bzw. www.astra-plus.de ist im Rahmen der Koordination und dem Kompetenzaufbau ein zentraler und nachhaltiger Bestandteil der Betreuungsstruktur. Sie beinhaltet einen zielgruppenspezifischen Überblick über Inhalte, Module und Manuale des astra-Programms, über die zehn astra-Kriterien sowie über bewährte Praxisbeispiele.

© astra 201

Es wurde ein passwortgeschützter Bereich für die astra plus-TrainerInnen eingerichtet, in dem alle Kontaktdaten, die aktuellen Dateien für die Durchführung und Hintergrundliteratur zur Verfügung gestellt wird.

5.3.3 Ergebnisse Finanzierung der Fortbildung und Durchführung von astra

Um die Finanzierung des astra-Programms längerfristig zu sichern, wurde das Konzept auf die Förderrichtlinien der Krankenkassen und Unfallversicherer/BWG hin ausgerichtet und entspricht somit den Qualitätsanforderungen des Spitzenverbands der Krankenkassen zur Umsetzung der §§20 und 20a SGB V. Intensive Verhandlungen über zehn Monate haben zu einem erfolgreichen Abschluss mit der DAK-Krankenkasse geführt, die eine Finanzierung der Umsetzung des astra Programms für interessierte Schulen (inkl. Koordination, Fortbildung, Online-Betreuung und Evaluation) bis mindestens 2018 sicherstellt. Über einen Letter of Intent gibt es eine Zusage, dass pro Jahr bis zu 100.000€ für die Implementierung an den Schulen abrufbar sind. Es wurde bereits die Implementierung von sechs Schulen über die DAK Gesundheit übernommen. Aktuell wird die Förderung für zwei weitere Schulen beantragt. Weitere sieben Schulen befinden sich in der Vorbereitungsphase. Das vorgesehene Budget wird damit noch nicht ausgeschöpft, so dass weitere Rekrutierungsaktivitäten sinnvoll sind.

Tabelle 16: Zeitliche Dokumentation der Tätigkeiten zur Sicherstellung der Finanzierung

Dezember 2016	Geförderte Implementierung in fünf Pflegeschulen nahezu abgeschlossen
September 2016	Präsentation des Programms und der Ergebnisse der Modellprojekte in der Hauptverwaltung der DAK Hamburg
Juni 2016	Erste Antragstellung einer astra-Schule
1/2016	Letter of Intent der DAK
1/15	Weitere Abstimmung mit erster Krankenkasse
10/15	Vorläufige Zusage der ersten Krankenkasse
8-10/15	Eruieren der Finanzierung bei 3 Krankenkassen
7/ 15	Antrag angepasst
26.6.15	Präventionsgesetz tritt in Kraft
6/15	Vorstellung astra bei ersten Vertretern von Krankenkassen, Erstellung eines Informationsdokuments
5/15	Leistungs-Kostenschätzung
5/15	Erster Antragsentwurf
1-4/15	Interviews mit 3 Krankenkassen und 3 unterstützenden Verbänden zu bestem Vorgehen bei Beantragung der Finanzierung

© astra 201

5.4 Evidenzgenerierung für und zu Implementationsprozessen

5.4.1 Ergebnisse Follow-Up Befragung PflegeschülerInnen und Pflegeschulen

Die Auswertungen zur Veränderung der PflegeschülerInnen zwischen den Zeitpunkten T0 und T2 wurden im Abschlussbericht zum ersten Projekt berichtet und in einer internationalen Fachzeitschrift veröffentlicht (Bühler et al., 2017). Im Folgenden werden die Ergebnisse zum Vergleich zwischen T0 und T3 dargestellt.

5.4.1.1 PflegeschülerInnen

Im Folgenden werden die Follow-Up Ergebnisse berichtet, die eine längerfristige Veränderung der primären und sekundären Ergebnisparameter bei den PflegeschülerInnen überprüfen. Vorbereitende Analysen wurden in Hinblick auf den Vergleich von aus der Studie ausgeschiedenen und verbleibenden Fällen (Retention vs. Drop-out) und auf die Baselineäquivalenz der Interventionsgruppen (Kontrollgruppe, IG1 astra 50%, IG2/3 astra 100% (1. und 2. Durchgang)) durchgeführt. Unter Punkt 3.2.6 sind die Ergebnisse dieser Analysen dargestellt.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass zwar der Ausfall in den Interventionsgruppen unterschiedlich stark war, aber sich die ausscheidenden Fälle zwischen den Interventionsgruppen nicht unterschieden. Auch sind sich die in der Studie verbliebenen Mitglieder der Interventionsgruppen vor der Durchführung von astra in Geschlechtsverteilung, Rauchverhalten und Aufhörmotivation statistisch gesehen ähnlich. Allerdings ist die Gruppe IG2/3 im Durchschnitt statistisch signifikant älter als die KG und die Rauchenden in der IG2/3 rauchen stärker als die in der KG. Statistisch nicht überzufällig aber bemerkenswert ist auch der viel höhere Anteil an Rauchenden in der IG2/3 der Haltestichprobe. Deshalb wird in den Regressionen zur Überprüfung der Interventionseffekte für das Alter und Rauchstatus kontrolliert und Analysen für RaucherInnen und NichtraucherInnen getrennt durchgeführt. In Tabelle 17 ist die Veränderung in den primären Ergebnisparametern des Wirkmodells von astra je nach Interventionsgruppe dargestellt. In *Abbildung 18*1 sind die Veränderungswerte in den Konstrukten graphisch illustriert, auf denen zu T2 Interventionseffekte festzustellen gewesen waren (siehe Abschlussbericht Modellprojekt).

Tabelle 17: Veränderung in den primären Ergebnisparametern je nach Interventionsgruppe

Haltestichprobe (N=215)	KG (n=107)		IG1 astra 50% (n=24)		IG2/3 astra 100% (n=84)		P Interventions-effekt (Referenz-gruppe KG)*		Explorativ: Signifikante Effekte innerhalb der NR und R **
							IG1	IG2/3	
Deskriptive Norm: Wahrnehmung Verbreitung	1.7 (0.3)	1.8 (0.3)	1.8 (0.3)	2.0 (0.4)	1.7 (0.2)	1.8 (0.3)	<.001	.769	NR - R -
Subjektive Norm: Wahrnehmung Akzeptanz	4.1 (0.9)	4.4 (0.6)	3.9 (0.8)	4.3 (0.6)	4.2 (0.7)	4.3 (0.7)	.660	.223	NR- R -
Injunktive Norm: Unvereinbarkeit	2.9 (1.3)	2.9 (1.3)	2.8 (1.3)	2.9 (1.2)	2.5 (1.0)	2.5 (1.2)	.819	.467	NR – R -

© astra 201
ENSH Global Network for Tobacco Free Health Care Services Deutschland
Hochschule Esslingen University of Applied Sciences
Hochschule Hannover University of Applied Sciences and Arts
IFT
Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Berufsverständnis									
Soziale Unterstützung	3.8 (0.7)	3.1 (0.7)	4.0 (0.6)	3.0 (0.7)	3.8 (0.8)	3.5 (0.8)	.306	<.0001	NR .001 R -
Widerstandsgewissheit	3.8 (1.3)	3.9 (1.4)	4.0 (1.3)	4.2 (1.2)	3.4 (1.3)	3.4 (1.5)	.415	.390	NR – R -
Strikter Nicht-raucherschutz	3.1 (1.3)	3.2 (1.2)	3.1 (1.0)	2.9 (.9)	2.7 (1.1)	2.6 (1.1)	.276	.021	NR - R .020
Beratungskompetenz	2.6 (0.9)	3.2 (0.9)	2.4 (1.1)	3.2 (1.0)	2.1 (0.9)	2.8 (0.8)	.733	.006	NR - R (.058)

**Signifikanz des Regressionskoeffizienten des Prädiktors IG (KG, IG1, IG2/3) kontrolliert für t0 und Alter*

*** Signifikanz des Regressionskoeffizienten des Prädiktors IG (KG, IG2/3) kontrolliert für t0 in der Untergruppe der Nichtraucher zu t0 (NR) bzw. der Raucher zu t0 (R)*

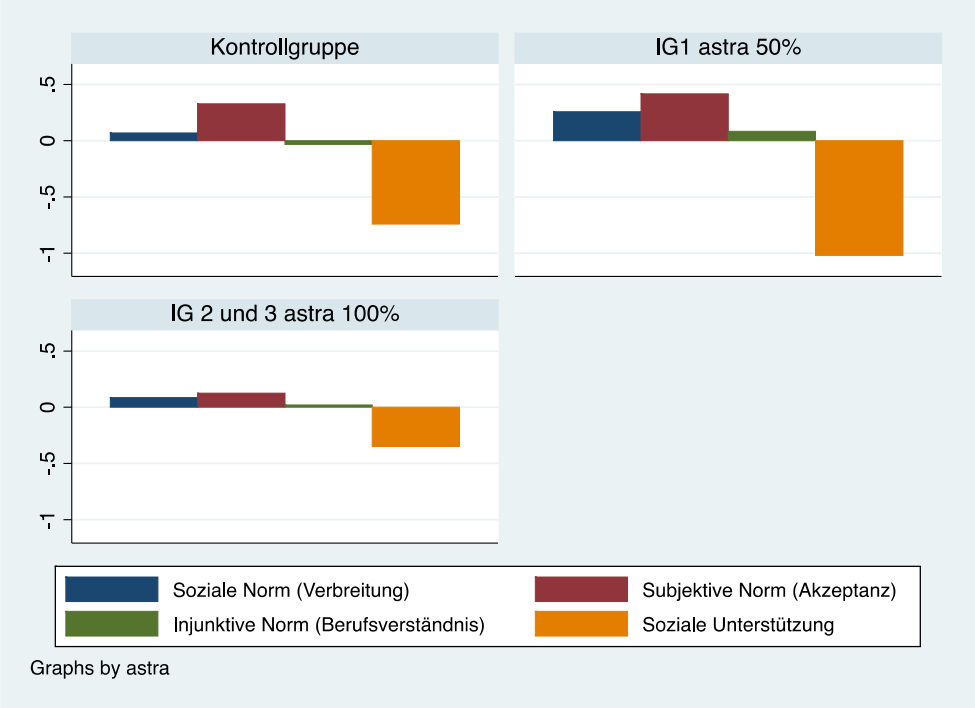


Abbildung 18. Differenzwerte zwischen t3 und t0 in Normwahrnehmung und sozialer Unterstützung.

Deskriptive Norm: Wahrnehmung der Raucherprävalenz. Die Wahrnehmung der Verbreitung des Rauchens unter SchülerInnen, KurskollegInnen und PraxiskollegInnen nahm in allen Gruppen geringfügig zu. Während kein Unterschied zwischen IG2/3 und KG zu verzeichnen ist, ist die Zunahme in IG1 signifikant stärker als in der KG.

Subjektive Norm: Akzeptanz und Möglichkeit in Ausbildungseinrichtungen zu Rauchen. Die wahrgenommene Akzeptanz und Möglichkeit in Schule und Praxis zu rauchen, nimmt mit einem Differenzwert von 0,3 in KG und einem Differenzwert von 0,4 in IG1 stärker zu als in der IG2/3 mit einem Differenzwert von 0,1. Allerdings ist der geringere Zuwachs nicht statistisch überzufällig.

Injunktive Norm: Widerspruch zwischen eigenen Rauchverhalten und der Ausbildung in einem Gesundheitsberuf. Eine nennenswerte Veränderung der injunktiven Norm, also der wahrgenommenen Unvereinbarkeit des eigenen Rauchverhaltens und der Ausbildung in einem Gesundheitsberuf, ist nicht zu beobachten.

© astra 201

Soziale Unterstützung. Bezüglich der sozialen Unterstützung durch die KurskollegInnen, Lehrer*innen und Praxisanleiter*innen konnte zwischen den Messzeitpunkten eine höhere Zuversicht bei den PflegeschülerInnen den Interventionsschulen gehalten werden, die astra komplett umsetzten (IG2 und IG3), während diese in den Kontrollschulen und der Gruppe, die astra nur zur Hälfte umsetzte, zwischen den Messzeitpunkten abfiel. Statistisch überzufällig geringer ist die Abnahme bei IG2/3 im Vergleich zu KG ($p<.001$). Wechselwirkungen zwischen Rauchstatus zu Beginn der Intervention und Intervention werden in Hinblick auf die wahrgenommene soziale Unterstützung bedeutsam, die - getrennt berechnet - einen statistisch signifikanten Interventionseffekt vor allem bei NichtraucherInnen feststellt ($p<.001$).

Sicherheit, einer Zigarette widerstehen zu können. Hinsichtlich der Widerstandsgewissheit einer angebotenen Zigarette widerstehen zu können, zeigte sich ein gleichbleibender Wert in der IG2/3 und geringe Zunahmen in KG und IG1. Allerdings weist der statistische Test auf nicht signifikante Unterschiede in der Veränderung hin.

Einstellungen strikter Nichtraucherschutz. Die Befürwortung strikter Regelungen, wie einem generellen Rauchverbot und einer Bestrafung bei Regelverstößen, ist zwischen den Messzeitpunkten in der IG1 und IG2/3 geringfügig geringer geworden und hat in KG leicht zugenommen. Der Test weist auf eine signifikant unterschiedliche Veränderung zwischen KG und IG2/3 hin ($p<.05$). Getrennt für zu Beginn der Intervention Rauchende und Nichtrauchende berechnet, stellt sich der Effekt vor allem bei Rauchenden als signifikant heraus.

Explorative Auswertung: Beratungskompetenz zum Rauchstopp. In Hinblick auf die Beratungskompetenz RaucherInnen beim Rauchstopp zu unterstützen, zeigt sich ein Anstieg allen Gruppen. Die Veränderung ist statistisch gesehen stärker in der IG2/3 als in der KG.

Eine statistische Überprüfung der Wechselwirkungen zwischen Geschlecht und Intervention auf die primären Ergebnisparameter werden nicht signifikant.

Rauchverhalten. Tabelle 148 zeigt die Veränderung in Rauchverhalten, Rauchmenge und Veränderungsmotivation von T0 zu T3 in den zwei Interventionsgruppen und der Kontrollgruppe. Die Daten der Haltestichprobe weisen darauf hin, dass zwischen T0 und T3 in der KG etwa 5% weniger als Raucher und in der IG2/3 etwa 4% weniger als Raucher klassifiziert werden. Die prozentuale Verringerung des Anteils ist nicht statistisch überzufällig. Hinsichtlich der Rauchmenge, hat die durchschnittliche Zigarettenanzahl pro Rauchtag in der Kontrollgruppe und IG1 zugenommen und hat in der IG2/3 abgenommen. Diese Unterschiede werden aber nicht signifikant. Schließlich nimmt die Motivation zur Rauchfreiheit in KG und IG1 ab während sie in der IG2/3 leicht zunimmt. Statistisch signifikant unterschiedlich ist die Veränderung zwischen KG und IG2/3 nicht.

© astra 201

Tabelle 148: Veränderung in Rauchverhalten je nach Interventionsgruppe (Per Protocol Analyse)

Haltestichprobe (N=215)	KG (n=107)		IG1 – astra 50 (n=24)		IG2/3 astra 100 (n=84)		P Interventionseffekt (Referenzgruppe KG)[1]		P Interaktion IG x sex[2]
	T0	T3	T0	T3	T0	T3	IG1	IG2/3	
Raucheranteil	51.4 (55)	46.7 (50)	37.5 (9)	41.7 (10)	63.1 (53)	59.5 (50)	.449	.576	.376
MFI (nur Raucher)	6.1 (5.5)	7.3 (5.3)	5.5 (4.7)	6.2 (5.4)	8.9 (6.1)	7.6 (5.7)	.382[1]	.065	.606
Veränderungsmotivation (nur Raucher)	2.7 (1.0)	2.4 (0.8)	3.1 (0.7)	2.4 (0.8)	2.6 (0.8)	2.7 (0.7)	.952	.073	.290

Tabelle 19 stellt die intraindividuelle Veränderung des Rauchverhaltens in den Gruppen dar, die aus dem Gruppenvergleich in Tabelle 19 nicht herauszulesen ist. In der KG gehören 20% der ursprünglichen Raucher zu t3 nicht mehr der Rauchergruppe an. In der IG2/3 beläuft sich dieser Anteil auf 8%. Im Gegensatz dazu werden in der KG 12% der ursprünglichen Nichtraucher zu aktuellen Rauchern während dies für die IG2/3 nur 3% sind.

Tabelle 19: Schematische Darstellung der Veränderung des Rauchverhaltens in den Gruppen

	Raucher hören auf	Nichtraucher werden Raucher
Kontrollgruppe	20%	12%
IG1 (astra 50%)	11%	13%
IG2 und IG3 (astra 100%)	8%	3%

5.4.1.2 Schulebene

Als zentraler Indikator für die Wirkung der Intervention auf Schulebene wurde die schulische Tabakpolitik gesetzt. Sie kann anhand der Aspekte Verankerung und Organisation, Durchsetzung der Regelungen, Förderung des Nichtrauchens sowie Rauchverbote beschrieben werden (Bühler & Piontek, 2010). Wie aus Abbildung 19 hervorgeht, berichten die astra-Schulen an allen Dimensionen eine kontinuierliche Zunahme über die drei Befragungszeitpunkte zu Beginn (t0), etwa 5 bis 6 Monaten nach Beginn (t2) und 16-18 Monate nach Beginn der Intervention (t3). Die folgenden Abbildungen (Abb. 22-26) zeigen die Veränderung der schulischen Tabakpolitik über die drei Messzeitpunkte (n=9) mit unterschiedlichen Faktoren:

© astra 201

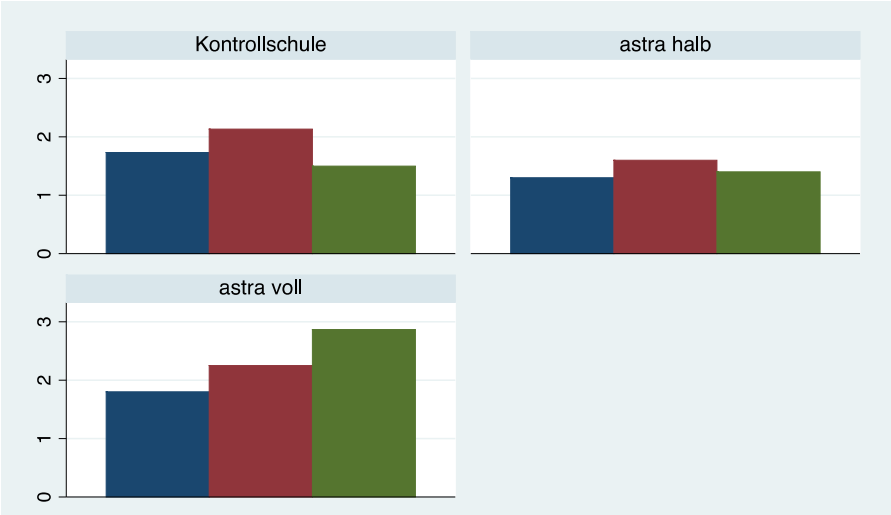


Abbildung 22. Faktor Verankerung und Organisation.

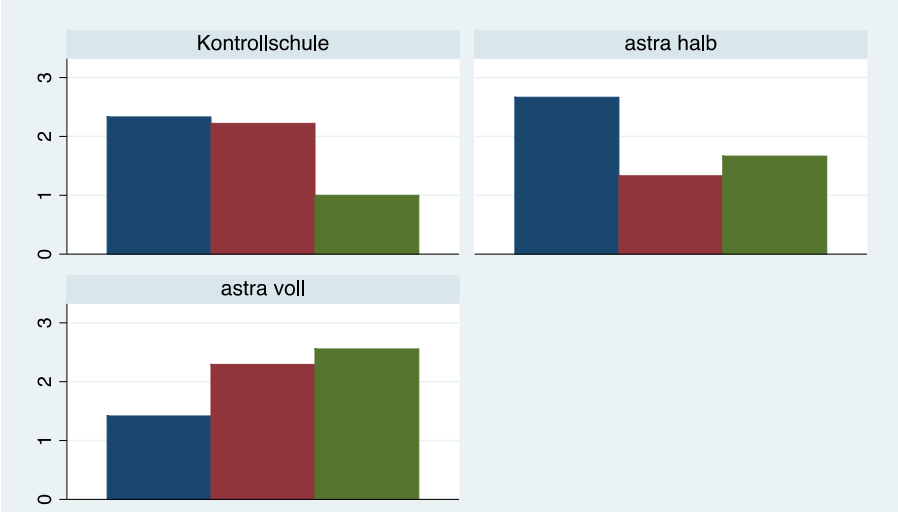


Abbildung 23. Faktor Durchsetzung der Regelungen (Schüler).

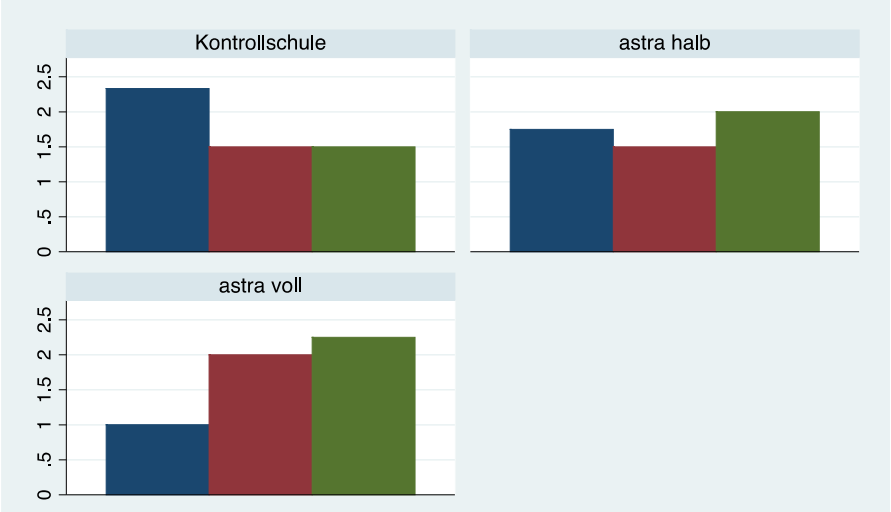


Abbildung 24. Faktor Durchsetzung der Regelungen (Personal).

© astra 201

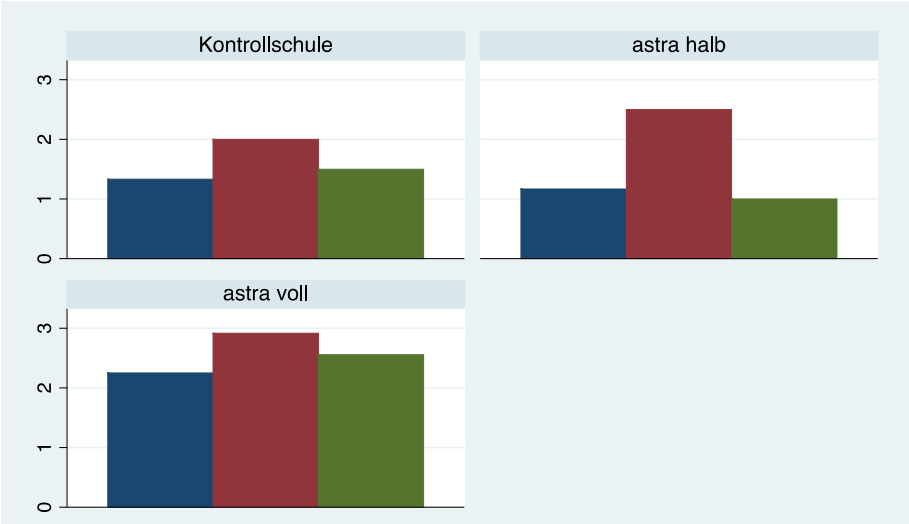


Abbildung 25. Faktor Förderung des Nichtrauchens.

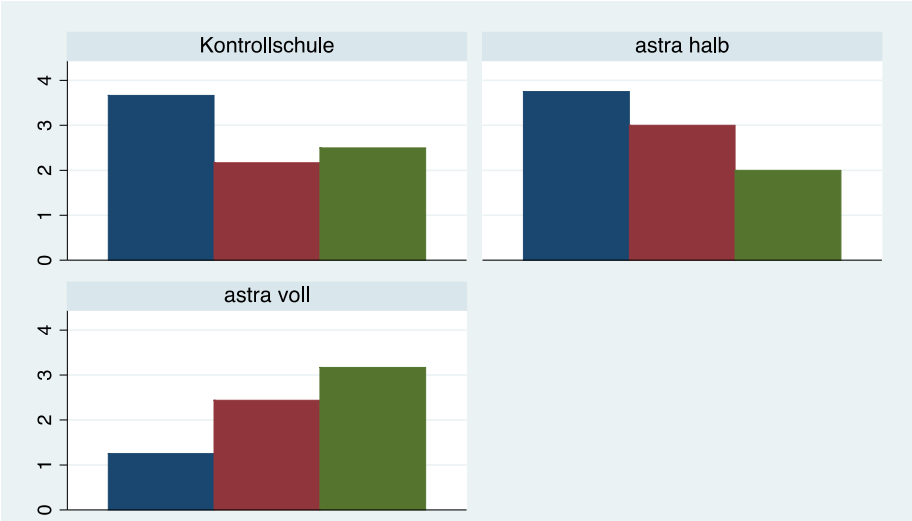


Abbildung 26. Faktor Rauchverbote.

In den Kontrollschulen ist eine solche Veränderung nicht zu beobachten. Insbesondere zwischen T2 und T3 ist hier eine Abnahme zu beobachten. Da es sich bei den Daten allerdings um lediglich 9 Schulen handelt und um selbstberichtete Einschätzungen, ist die Belastbarkeit der Aussage eingeschränkt.

5.4.2 Ergebnisse Nutzenanalyse

Um den Nutzen der astra-Implementation zu bestimmen, wurden Informationen zu ökonomischen Aspekten des Rauchens gesammelt sowie Schulleitungen von astra-Schulen interviewt. Ziel der Nutzenanalyse war den astra-Botschaftern Argumente für die Überzeugung von Pflegeeinrichtungen und Schulen an die Hand zu geben. Nutzen wurde definiert in Hinblick auf Ökonomie, Erfüllung des Bildungsauftrags, Beziehungsqualität und Werte, Normen und Identität.

Die Literaturrecherche erbrachte keine Treffer bei der Suche nach pflegespezifischen, auf Deutschland bezogene Kosten des Rauchens oder Kosten-Nutzen-Analysen von

© astra 201

Tabakprävention oder Reduktion. Deswegen wurde auf Sekundärliteratur zu allgemeineren Kostenabschätzungen zurückgegriffen (BZgA rauchfrei im Betrieb). In Abbildung 27 ist der betreffende Auszug aus der Handreichung für die astra-Botschafter dargestellt.

Ökonomie

Wenn MitarbeiterInnen und PflegeschülerInnen weniger und seltener rauchen, dann werden aus Rauchpausen Arbeitszeit.

- Konkret geschätzt: Bei einem Anteil von 40% rauchenden Pflegekräften[1], die zu 75% im Dienst rauchen[2], und insgesamt 15min pro Tag während inoffizieller Pausen rauchen, summiert sich bei einer Belegschaft von 100 Pflegenden die „verpaffte" Arbeitszeit auf 450min, also 7,5 Stunden pro Arbeitstag.
- Würden diese Rauchpausen ausfallen, stände in dieser Einrichtung zusätzlich das Arbeitspensum einer Vollzeitpflegekraft zur Verfügung.

Wenn MitarbeiterInnen und PflegeschülerInnen weniger und seltener rauchen, werden weniger Mitarbeiter krank und die Fehlzeitkosten geringer.

- Konkret geschätzt: Bei einem Anteil von 40% rauchenden Pflegekräften summieren sich die 2 Tage zusätzlicher Fehlzeit aufgrund von tabakassoziierten Krankheiten[3] bei einer Belegschaft von 100 Pflegenden auf 80 Tage pro Jahr.
- Würden diese Fehlzeiten wegfallen, stände zusätzlich quasi die Arbeitskraft einer 0,4 Vollzeitstelle zur Verfügung.

[1] Statistisches Bundesamt 2014
[2] Vitzthum 2011
[3] IGM/GSF

Abbildung 197. Ökonomische Nutzenaspekte (Auszug aus Handreichung für astra-Botschafter).

Die acht Interviews mit Schulleitungen von astra-Schulen wurden inhaltlich ausgewertet. Antworten auf die folgenden drei Fragen wurden gruppiert und finden sich in den Abbildungen 28 bis 30:

- „An welchen konkreten Beispielen macht es sich für Sie fest, dass die Teilnahme an astra für Sie, Ihre Schule, Ihre KollegInnen, Ihre SchülerInnen gewinnbringend/nützlich ist oder dass etwas in Bewegung gekommen ist?"
- „bzw. wenig nützlich ist oder die Erwartungen nicht erfüllt?"
- „Welche guten Gründe würden Sie der anderen Schule nennen, dass es sich lohnt, das astra-Programm zu implementieren?"

© astra 201

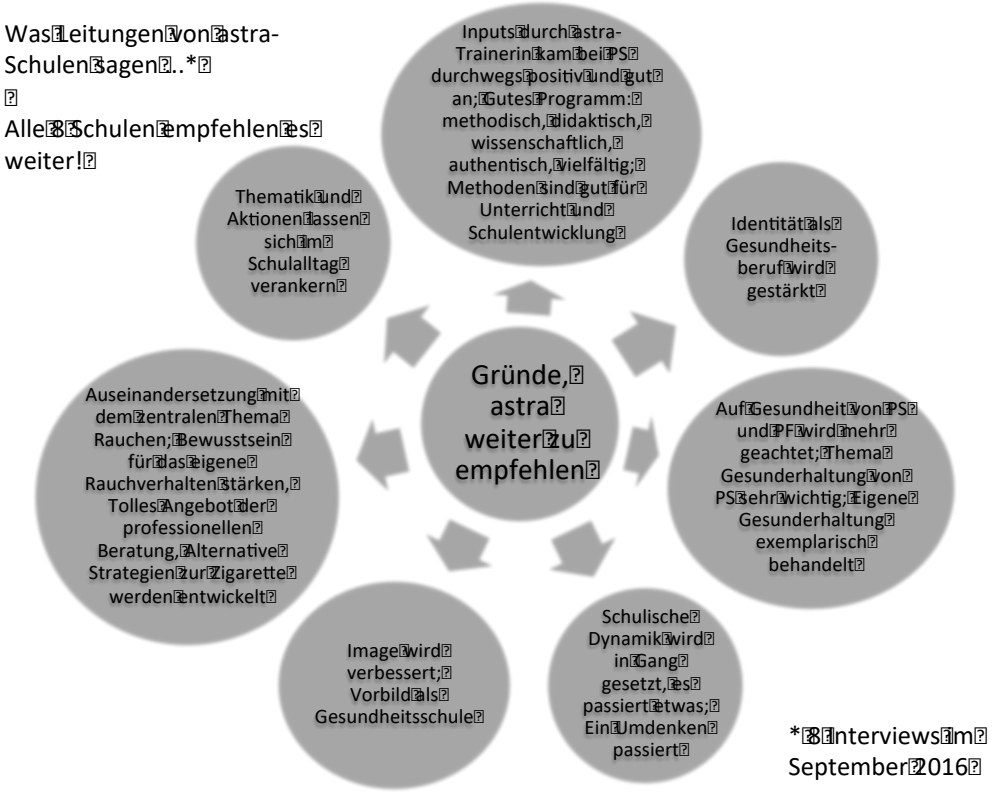


Abbildung 28. Gründe für astra-Schulen, astra weiter zu empfehlen.

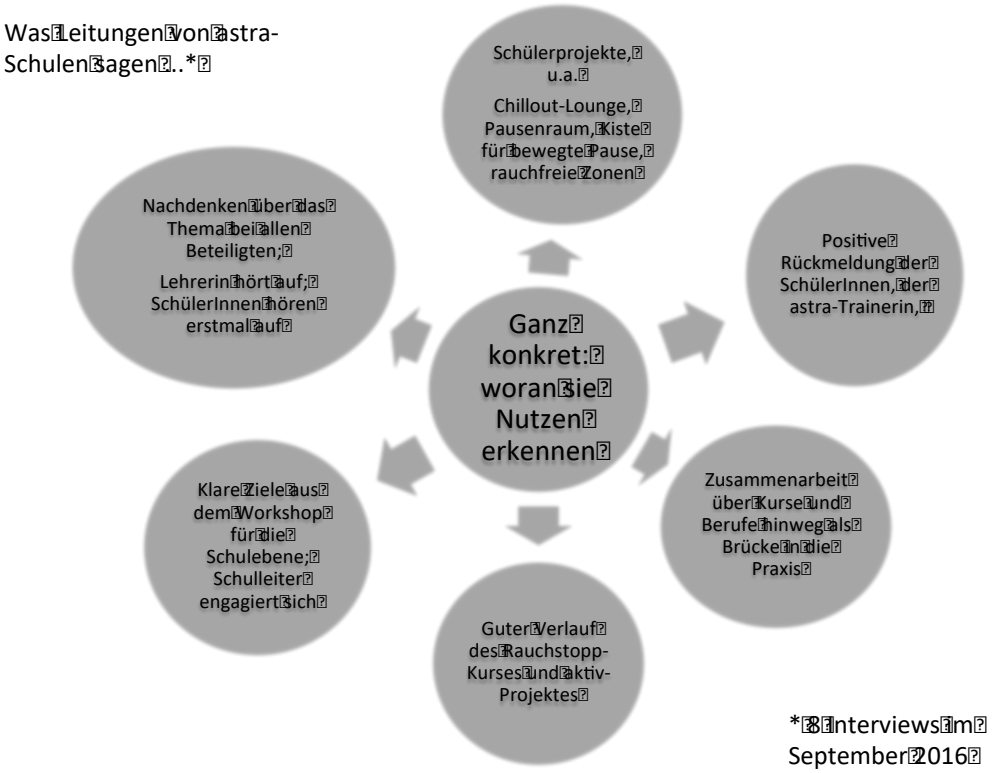


Abbildung 209. Indikatoren für astra-Schulen, woran sie Nutzen erkennen.

© astra 201

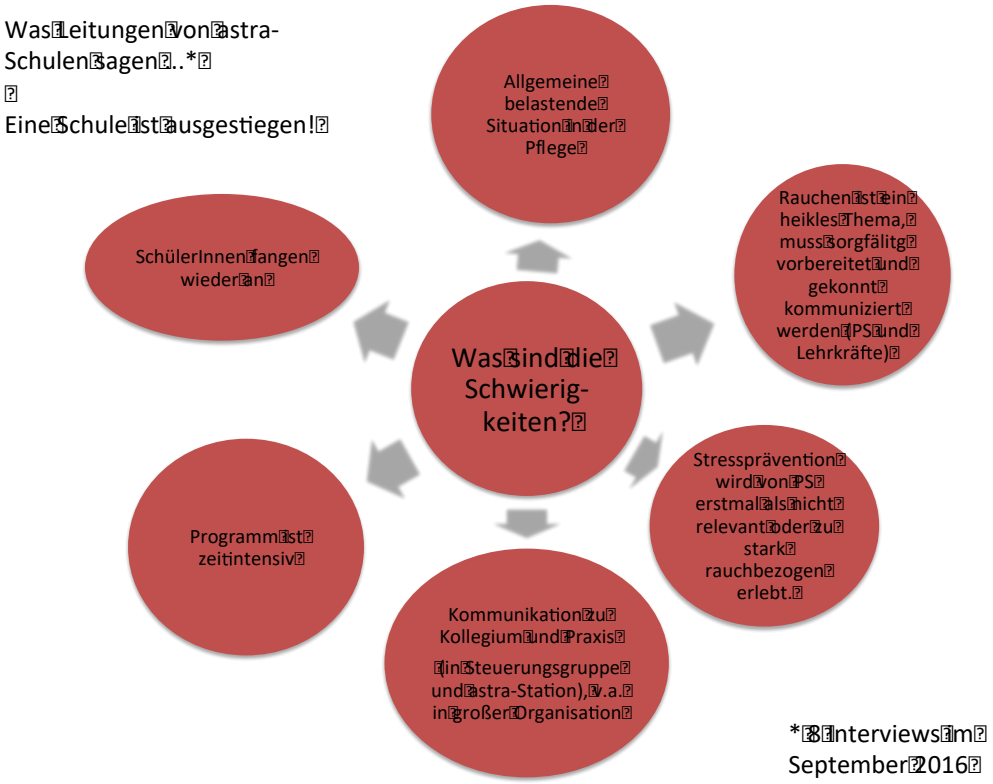


*Abbildung 30.*21: Schwierigkeiten und nicht erfüllte Erwartungen für astra-Schulen beim Umsetzen von astra.

Zusammenfassend sehen die acht astra-Schulen den größten Nutzen der Teilnahme darin, dass zu einem zentralen Thema (Rauchen) und einer immer wichtigeren Aufgabe (Gesunderhaltung) der Pflege(ausbildung) etwas in Bewegung gekommen ist. Alle Befragten aus den Schulen empfehlen die Implementierung des astra-Programms für andere Pflegeschulen.

© astra 201

6 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

6.1 Soll-Ist Vergleich der Teilziele und ihrer Erreichung

Die Diskussion der Ergebnisse erfolgt als Soll-Ist Vergleich hinsichtlich der im Antrag formulierten Projektziele. In Tabelle 20 ist dargestellt, inwiefern die Ziele erreicht wurden und welche Änderungen sich gegebenenfalls ergeben haben. Darauf folgend werden die Ergebnisse der einzelnen Arbeitsbereiche diskutiert und ein Fazit gezogen.

Tabelle 2015: Ziele, Indikatoren und ihre Erreichung zum Ende des Förderzeitraumes

Ziele	Indikatoren zur Messung der Zielerreichung	
1. Können: Qualifizierung und Kompetenzförderung		**Erreichung**
1.1 Erstellung eines Fortbildungskonzepts für die astra-Intervention	– astra Fortbildungskonzept ist erstellt	Erreicht
	– Pilottestung mit 5-10 TeilnehmerInnen ist erfolgt	Erreicht
	– Befragte Fortbildungsteilnehmende geben an, sich kompetent zu fühlen, das astra-Interventionsprogramm durchzuführen;	Erreicht
1.2 Aufbau von Beratungskompetenz bei Auszubildenden aus Pflegeberufen	– Evidenzbasierte Beratungskonzepte zum Rauchstopp für das zweite und/oder dritte Ausbildungsjahr sind identifiziert	Erreicht
	– Modul an zwei Schulen pilot-getestet	Erreicht
	– befragte Auszubildende verfügen über vermehrtes Wissen und trauen sich die Beratung zum Rauchstopp zu	Erreicht
1.3 Nachhaltige curriculare Implementierung in der generalistischen Ausbildung	– Stressprävention, Tabakprävention und -entwöhnung sind in die Dekanekonferenz "Pflegewissenschaft" in die Diskussion um die generalistische Ausbildung eingebracht	Erreicht
2 Wollen: Implementationsbereitschaft und Normenentwicklung		**Erreichung**
2.1 Verantwortliche in Pflegeberufen motivieren Schulen und Praxiseinrichtungen zur Durchführung von evidenzbasierter Tabakprävention und -reduktion	– eine Handreichung für die Motivationsarbeit ist entwickelt und wird von den Verantwortlichen als hilfreich bezeichnet	Teilweise erreicht
	– fünf astra-Botschafter werben für astra	Teilweise erreicht
	– Befragte Schlüsselpersonen geben an, für das Thema sensibilisiert zu sein, kennen astra (Homepage) und sind motiviert, andere zur Umsetzung anzuhalten	Erreicht
	– Befragte Berufsfachschulen berichten Problembewusstsein, kennen die Angebote und äußern Interesse an dem Thema und an astra (Änderung s. 4.3)	Nicht erreicht
2.2 Pflegeverbände integrieren Normen in Bezug auf Beratung zur Prävention des Tabakkonsums, der personalen Tabakentwöhnung und der strukturellen Rauchfreiheit in nationale Zielsetzungen	– Expertentagung zu den Ergebnissen aus beiden Modellprojekten des BMG mit 30 TeilnehmerInnen hat stattgefunden	Teilweise erreicht
	– Workshop mit Schlüsselpersonen hat stattgefunden	Erreicht
	– ein Positionspapier zum Thema Rauchen ist zusammen mit dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK)/ Deutschen Pflegerat e.V. (DPR) erstellt – das Positionspapier orientiert sich an internationalen Strategiepapieren (WHO, ICN, TFU)	Erreicht
2.3 Pflegewissenschaftler sind motiviert, sich mit dem Thema	– astra ist dem Deutschen Bildungsrat für Pflegeberufe, der Dekane-Konferenz der Pflegestudiengänge sowie der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft vorgestellt	Erreicht

© astra 2017

Tabakprävention und -reduktion zu befassen	– Symposium zur Stressprävention, Tabakprävention und -reduktion auf der Fachtagung der Pflegewissenschaft zur Bündelung derzeitiger Forschungsaktivitäten ist durchgeführt – Einladung in die Sektion „Beraten, Informieren und Schulen“ der DG Pflegewissenschaft zum Thema Kurzberatung/-intervention in der zweiten Jahreshälfte	Teilweise erreicht
3 Unterstützung: Aufbau einer dauerhaften Betreuungsstruktur		**Erreichung**
3.1 Die astra-Fortbildung wird von einer Stelle koordiniert	– Sektion „astra“ ist im DNRfK installiert	Erreicht
	– Anbieter Fortbildung ist gefunden	Erreicht
	– astra- Webseite ist aktuell	Erreicht
3.2 die astra-Fortbildung und astra-Durchführung wird finanziell unterstützt	– Ein Finanzierungskonzept ist erstellt	Erreicht
	– Eine Mischfinanzierung ist über Mitgliedschaft, Zuschuss von Krankenkassen, Unfallkassen, Berufsgenossenschaft, Stiftungen, für drei Jahre gesichert	Erreicht
3.3 astra-Multiplikator*innen und Pflegeschulen werden bei der Implementation betreut	– Online-coaching Modul entwickelt und angeboten	Erreicht
	– Ausbau und Pflege der Webseite	Erreicht
4 Generierung von Evidenz für und zu Implementationsprozessen		**Erreichung**
4.1 Nachweis des längerfristigen Nutzens der Teilnahme an astra für Auszubildende und Pflegeschulen	– Follow-Up Befragung bei mind. 60% der Modellprojektstichprobe; – befragte Auszubildende geben eine höhere Selbstwirksamkeit und stärkere soziale Normen bezüglich Rauchfreiheit an sowie eine höhere Rauchfreiheit – befragte Schulen geben eine effektivere Tabakpolitik an	Teilweise erreicht
4.3 Schätzung des Nutzens von Gesundheitsförderung und Rauchfreiheit aus der Perspektive der Kostenträger, Schulen und Praxiseinrichtungen	– partizipativer Prozess zur Bestimmung des Nutzens mit den Stakeholdern (Attraktivität als Arbeitsgeber, Fluktuation, Fehlzeiten etc.) – Analyse der Forschungsliteratur zu den identifizierten Aspekten von Nutzen einschließlich Kostenanalyse und Veröffentlichung in einer Fachzeitschrift	Teilweise erreicht
4.3 Beurteilung der angestoßenen Implementationsprozesse	– Pilotstudie (Vor- und Nachtest) zur Fortbildung astra und Beratungskompetenzmodul durchgeführt	Erreicht
	– Online-Befragung Schlüsselpersonen	Erreicht
	– Dokumentation Erstellung Positionspapier, Einflussnahme Curriculum, Aufbau Betreuungsstruktur	Erreicht
	– Anstatt Online-Befragung Pflegeschulen einer Region (TZ 2.1) Erarbeitung einer Checkliste Implementationsbereitschaft	Erreicht

Der Soll-Ist-Vergleich ergibt eine positive Bilanz. Das Projekt hat fast alle seiner Ziele erreicht. Nur teilweise erreicht wurden Teilziele vor allem deswegen, weil z.B. die anvisierte Personenanzahl nicht ganz erreicht wurde (TZ 2.1: 3 anstatt 5 astra-Botschafter, TZ 2.2: 18 anstatt 30 Teilnehmende an Expertentagung oder TZ 4.1: 55% anstatt 60% der Modellstichprobe). Das Ergebnis des Projekts stärker betrifft das Nichterreichen einer repräsentativen regionalen Stichprobe von Schulen, um deren Implementationsbereitschaft zu eruieren (TZ 2.1), und die fast gänzlich ausbleibenden längerfristigen Veränderungen bei den PflegeschülerInnen aus der Modellstichprobe (TZ 4.1). Die erreichten und nicht erreichten Ziele werden im Folgenden diskutiert.

© astra 201

6.2 Diskussion der Ergebnisse

Ziel des Projekts war die Förderung der nachhaltigen Implementierung von „astra – Aktive Stressprävention durch Rauchfreiheit in der Pflege“ bzw. der evidenzbasierten Tabakprävention und -reduktion in der Pflege. Den theoretischen und empirischen Hintergrund dafür stellte die internationale Wissensbasis zu effektiven Implementierungsprozessen nach Durlak und DuPre (2008) dar. In Abbildung 31 sind die Ergebnisse schematisch dargestellt und die Ansatzpunkte des Projekts veranschaulicht. Die im Projekt anvisierten Prozesse betreffen die Qualifizierung, die Sensibilisierung und Motivierung für evidenzbasierte Tabakprävention und –reduktion im Setting Pflege und ihre Finanzierung und fachliche Begleitung. Zudem sollte die Evidenzbasis für dieses Unterfangen verbreitert werden.

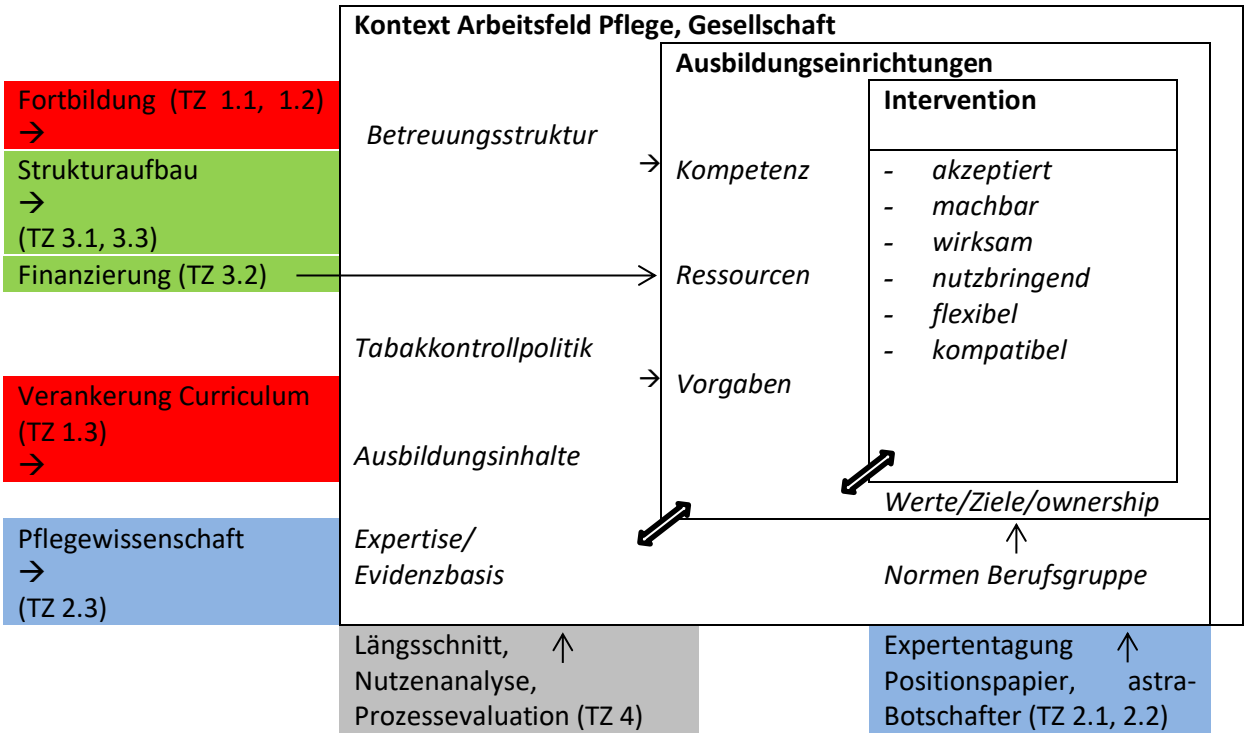


Abbildung 31 Ansatzpunkte des Folgevorhabens (Teilziele (TZ)) zur Förderung von Faktoren, die eine nachhaltige Implementation von astra begünstigen (nach Durlak & Dupre, 2008 und Johnson et al., 2004).

6.2.1 Arbeitsbereich Können: Qualifizierung und Kompetenzförderung - Diskussion der Ergebnisse in Bezug auf die pflegeberufliche Bildung

Mit der programmatischen Auswahl der *Auszubildenden* der drei Pflegeberufe (aktuell formal, d.h. rechtlich und curricular noch eigenständig) als primäre *Zielgruppe* durch das BMG zur *Prävention und Reduktion des Tabakkonsums* in diesen Gesundheitsfachberufen stellte sich die Anforderung, das im astra-Modellprojekt entwickelte und erprobte astra-Programm in möglichst allen relevanten Bereichen der pflegeberuflichen Bildung zu verbreiten und nachhaltig zu implementieren.

Damit bestand für die astra-Implementationsforschung eine vorrangige Aufgabe darin, die an der Ausbildung beteiligten Personen bzw. Statusgruppen in den Lernorten bzw. Settings

© astra 201

der beruflichen Ausbildung, d.h. in Schulen und Betrieben des Gesundheitswesens, aber anteilig auch darüber hinaus (perspektivisch auch in öffentlichen berufsbildenden Schulen) zu erreichen. Als Zielgruppen spezifisch anzusprechen und dann entsprechend aus- und fortzubilden waren damit vor allem die Auszubildenden bzw. SchülerInnen aus den Pflegeberufen selber, dann aber auch das schulische und betriebliche Bildungspersonal, d.h. die Lehrenden bzw. Anleiter*innen in der theoretischen und praktischen Berufsausbildung.

Mit Fokus auf die Auszubildenden in den Pflegeberufen waren (bzw. sind) diese eine beteiligte oder zentrale Zielgruppe nahezu durchgängig in allem Modulen bzw. Phasen des astra-Programms auch in der Steuerungsgruppe (1), dann zentral in der *Informationsveranstaltung* (2), anteilig im betrieblich orientierten *Workshop mit dem astra-Tool* (3), zentral im Unterricht zur *Stressprävention* (4), sowie ferner zentral auch im *Rauchstopp-Kurs* (5.1) und im parallelen *astra-aktiv-Projekt* (5.2).

Wenn auch nicht vorrangiges Ziel des Projektes astra-Implementationsforschung, konnte die Anzahl der Interventionsschulen erweitert werden, vor allem indem sich mehrere ursprüngliche Kontrollschulen für das astra-Programm entschieden und hierbei durch das astra-Forschungsteam angeleitet und begleitend unterstützt wurden.

Strukturell und strategisch war für das Ziel einer nachhaltigen Implementierung des astra-Programms dessen *Verankerung im jeweiligen schulspezifischen Curriculum* der betreffenden Interventionsschulen von herausragender Bedeutung. Hierzu wurde den Schulen einerseits eine Matrix der landesspezifischen Curricula der drei Pflegeausbildungen zur Verfügung gestellt, in denen eine offensive und rechtlich gesicherte curriculare Implementierung der Ziele des astra-Programms aufgezeigt wurde. Darüber hinaus fanden jeweils unterstützende und beratende Gespräche des astra-Teams zur Implementierung in das jeweils schulspezifische Curriculum der beteiligten Interventionsschulen statt.

Die *Fortbildung des schulischen und betrieblichen Bildungspersonals*, d.h. von Lehrer*innen und Praxisanleiter*innen (möglichst als Tandem) der beteiligten bzw. interessierten astra-Interventionsschulen stellten innerhalb des Projektes astra-Implementationsforschung eine besonders wichtige, aber auch zeitlich und personell aufwändige Aufgabe dar. Hierbei ging es um die Fortbildung von Multiplikator*innen sowohl für die theoretische als auch für die praktische Ausbildung der Pflegeberufe. Eine Fortbildung zur „astra-TrainerIn“ wurde konzipiert und entwickelt und steht nun als Manual zur Verfügung. Durch diese gezielten und systematischen, jeweils zweitägigen Fortbildungen zum astra-Programm (also zu allen Schritten des fünfstufigen Interventionsprogramms) wurden Lehrkräfte und Praxisanleiter*innen qualifiziert, künftig eigenständig dieses Programm zur *Prävention und Reduktion des Tabakkonsums* in der Pflegeausbildung durchzuführen und dauerhaft zu implementieren. Die Prozessevaluation zu Durchführung und Selbsteinschätzungen zu Lernerfolg ergaben ein durchweg positives Urteil der Teilnehmenden über die Fortbildung.

Als *Erweiterung des grundlegenden astra-Programms* für Auszubildende in den Pflegeberufen, das sich zunächst auf den Beginn bzw. die erste Hälfte des ersten Ausbildungsjahres konzentrierte, wurde das Thema *Kurz-Beratung von Patient*innen durch*

© astra 201

Auszubildende für das zweite und dritte Ausbildungsjahr innerhalb des Projektes *astra-Implementationsforschung* entwickelt und erprobt. Hierzu wurde seitens des Projektteams einerseits ein Konzept einer Kurzintervention bzw. einer Kurzberatung für bzw. durch Auszubildende entwickelt, für deren Entwicklung zunächst ein Experten-Workshop bzw. eine vorbereitende Klausurtagung an der Hochschule Hannover (hier: 26.-27.01.2015) durchgeführt wurde.

Auf Basis der Anregungen und Empfehlung von Expertinnen aus der Tabakprävention, aber auch der Pflegewissenschaft wurde ein Modul mit dem Titel KRIPS zur Kurzberatung entwickelt. Als wichtiger Punkt stellte sich dabei heraus, ein realistisches und bewältigbares Ziel für die PflegeschülerInnen zu bestimmen, die offensichtlich nicht alle Aufgaben von qualifizierten Tabakentwöhnungsexperten übernehmen können. Sinnvoll erschien es, die PflegeschülerInnen in den ersten Schritten der Kurzintervention in der Raucherberatung auszubilden, d.h. in der Ansprache, der Anamnese des Rauchverhaltens und der Aufhörmotivation, die Information über Hilfsangebote, der Dokumentation des Gesprächs sowie der Übergabe an pflegerische oder ärztliche Vorgesetzte. Dieses Modul KRIPS wurde inzwischen mit SchülerInnen an zwei Standorten erprobt und evaluiert. Auch hier zeigten Prozessevaluation und Selbsteinschätzung des Lernerfolgs positive Ergebnisse. Der Praxisblock des Moduls stellt sich da als Herausforderung und spiegelt damit die bekannten Schwierigkeiten des Transfers zwischen Theorie und Praxis, Schule und Einrichtung wider, die aber nichtsdestotrotz von vielen PflegeschülerInnen sehr gut gemeistert wurden.

Mit Blick auf die Fortbildung von Lehrkräften im Bereich öffentlicher berufsbildender Schulen, an denen in einzelnen Bundesländern Teil der Ausbildungsberufe der Pflege theoretisch ausgebildet wird (hier vorrangig Altenpflege, bislang deutlich seltener auch Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) soll betont werden, dass bereits während des astra-Modellprojekts erste Kontakte mit einzelnen Kultusministerien aufgenommen wurden: So wurden die Kultusministerien der Länder Baden-Württemberg (schriftlich und telefonisch) und Hessen (persönlich bzw. durch eine Präsentation vor Ort) ausführlich über das astra-Programm und die Angebote eines wissenschaftlich fundierten, erprobten und evaluierten Fortbildungsprogramms zur „astra-TrainerIn“ zur Implementierung des Themas Prävention und Reduktion des Tabakkonsums für Auszubildende in Pflegeberufe informiert.

An dieser Stelle ist Umsetzung und Erweiterung der Implementierung in den Bereichen der Lehrfortbildung für öffentliche berufsbildenden Schulen (in Zuständigkeit der Kultusministerien der Länder) anzustreben, die anteilig im dem erweiterten Projekt astra-plus (d.h. der erfolgreichen Integration des ursprünglichen Parallel-Projektes PA-TRES und damit anknüpfend an Ressourcen und Erfahrungen des Fortbildungsnetzes für Lehrer*innen und Lehrer der Pflegeausbildungen an der Universität Würzburg) und auch des hier zu skizzierten Folgeprojektes an der Hochschule Hannover (hier die Bereiche der Pflege- und Gesundheitspädagogik) verfolgt werden soll.

© astra 201

Als unmittelbare Anschlussperspektive und Erweiterung auf die Bereiche der hochschulischen Bildung der Pflegeberufe, aber auch als Erweiterung für sich zunehmend interdisziplinär wie auch interprofessionell orientierende Gesundheitsberufe ist dieses neue Projekt mit einer Laufzeit von fünf Jahren ab 01.11.2016 an der Hochschule Hannover gestartet unter dem Titel „Gesundheitsförderung und Prävention des Tabakkonsums in der hochschulischen Bildung der Gesundheits- und Pflegeberufe“. Unter der Projektleitung einer der bereits in den astra-Projekte kooperierenden Einrichtungen, Hochschule Hannover (hier Prof. Dr. Mathias Bonse-Rohmann), sollen insbesondere die Transfermöglichkeiten des astra-Programms in die akademische Bildung der Gesundheits- und Pflegeberufe geprüft und unter spezifischen Bedingungen des Settings Hochschule modifiziert werden. Dabei wird es zunächst um eine Analyse von aktuellen Studienprogrammen, d.h. um quantitative und qualitative Untersuchungen zur Gesundheitsförderung und Prävention des Tabakkonsums in einschlägigen Studiengängen, gehen. Nach weiteren mehrperspektivischen Analysen (Studierende, Lehrende und externe ExpertInnen) zu ggfs. bereits etablierten nationalen und internationalen Konzepten bzw. Modulen zur Gesundheitsförderung und Prävention des Tabakkonsums in Studiengängen für akademische Gesundheits- und Pflegeberufe sollen eigene innovative hochschuldidaktische Konzepte systematisch entwickelt, exemplarisch erprobt und überwiegend formativ evaluiert werden.

Dabei ist ein intensiver Austausch der beiden astra-Anschlussprojekte einerseits weiterhin in der beruflichen Bildung der Pflegeberufe (astra-plus) und neu auch in der hochschulischen Bildung der Gesundheits- und Pflegeberufe vorgesehen. Dieser intendierte Austausch wird über die wechselseitige Berufung in den jeweiligen Praxis- und Wissenschaftsbeirat der beiden parallelen Projekte organisiert.

6.2.2 Arbeitsbereich Wollen: Implementationsbereitschaft und Normveränderung

Eine kurzfristige sowie nachhaltige Implementierung von tabakbezogenen Interventionen ist nicht zu erwarten, wenn allgemein die Berufsgruppen der Pflege und die direkt Verantwortlichen das Thema Rauchen nicht zu ihrem Thema machen. Dies ist angesichts der vielen grundlegenden Themen, die die Pflege derzeit beschäftigen, kein Selbstläufer. Im Gegenteil, dies erwies sich sowohl im Modellprojekt als auch im hier berichteten Projekt als „dickes Brett“. Die Prioritäten der Verantwortlichen liegen beim Thema Fachkräftemangel und Nachwuchsprobleme. Die Schulen sind verunsichert aufgrund der ausstehenden Entscheidung über die Einführung einer generalistischen Ausbildung. Die täglichen Arbeitsbelastungen, wie sie die NEXT Studie (Hasselhorn et al., 2005) zusammenfasst, sind offensichtlicher als die tabakbezogenen Einschränkungen. Schließlich löst trotz des Problembewusstseins und Veränderungswunsches Vieler das Thema Rauchen häufig anfängliche Widerstände auf allen Ebenen aus.

Vor diesem Hintergrund ist die Gewinnung des größten Berufsverbands DBFK als Erstunterzeichner der Initiative rauchfrei pflegen als herausragender Erfolg des Projekts zu sehen. Hier besteht mit dem DNRfK e.V. seit 2005 eine konstante Zusammenarbeit und der

ENSH GLOBAL NETWORK FOR TOBACCO FREE HEALTH CARE SERVICES Deutschland
Hochschule Esslingen University of Applied Sciences
HOCHSCHULE HANNOVER UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES AND ARTS
IFT
Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages
© astra 201

Verband unterstützt die Verbreitung des astra-Programms über Artikel, Presseberichte und Einladungen zu Veranstaltungen wie z. B. zu den jährlichen Foren Praxisanleitung die an drei Orten im Bundesgebiet stattfinden.

Im unmittelbaren Anschluss an die vom BMG geförderten Projekt „astra -Modellversuch“ und „astra-Implementationsforschung“ wurde im November 2016 an der Hochschule Hannover das neue komplexe Forschungsvorhaben „Gesundheitsförderung und Prävention des Tabakkonsums in der hochschulischen Bildung der Gesundheits- und Pflegeberufe“ gestartet. Dieses aus Landesmitteln (HP 2020, Niedersachsen) geförderte Projekt zielt explizit auf den Hochschulbereich, auf Interventionen zugunsten weiterer akademischer Gesundheitsberufe und auf eine stärkere Internationalisierung. Bundesweit sollen dazu hochschuldidaktische Konzepte zur Gesundheitsförderung und spezifischer auch zu einer national bislang wenig verbreiteten Tabakprävention systematisch analysiert werden. Diese sind weiter zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren, um eine international etabliertere Prävention des Tabakkonsums künftig auch in nationalen Studienprogrammen für Gesundheits- und Pflegeberufe nachhaltig zu verankern. Mit dem Ziel kooperativer Promotionen werden aktuell auch zwei wissenschaftliche Mitarbeiterinnen an der Hochschule Hannover qualifiziert. Zusätzlich wird dieses Projekt zur Prävention und Gesundheitsförderung im Hochschulbereich für fünf Jahre durch die Techniker Krankenkasse gefördert.

Mit der „Gemeinsamen Initiative Rauchfrei Pflegen“ steht eine gesundheitspolitische Strategie zur Verfügung, über das mit Verbänden, Gremien und Organisationen die Inhalte des astra-Programms diskutiert werden kann und mit der Zeichnung ein Bekenntnis zur Unterstützung der Ziele des Programms öffentlich gemacht wird. Alle unterstützenden Organisationen werden in den regelmäßig erscheinenden Newslettern genannt und mit Logo in der Webseite dargestellt. Die Unterzeichner sind in 7.1.3 bereits genannt. Besonders die Gremien wie die INQA Offensive Gesund Pflegen oder der Verein Patientenedukation sind aufgrund der dort vernetzten Multiplikatoren wichtig für die Diskussion der Normenveränderung.

6.2.3 Arbeitsbereich Unterstützen: Aufbau einer dauerhaften Betreuungsstruktur – Diskussion in Bezug auf die Verstetigung der Tabakprävention und Reduktion in der Pflegeausbildung

Viele Programme, die in Modellprojekten entwickelt wurden, stehen zwar der Praxis zur Verfügung, werden aber kaum in den Praxiseinrichtungen umgesetzt. Erklären kann man dies mit dem Modell von Durlak und DuPre (2008) unter anderem damit, dass eine externe Unterstützung der Praxis bei der Implementierung oft nicht vorhanden ist. Mit dem Aufbau einer umfassenden Betreuungsstruktur im hier berichteten Projekt sind für das astra-Programm außerordentlich günstige Bedingungen für implementationsbereite Schulen geschaffen worden. Eine Fortbildung und nachhaltige Betreuung wurde konzipiert und wird in bundesweiten Trainings, Vor-Ort-Besuchen und online-Meetings geleistet. Die Finanzierung der Umsetzung an der Schule wurde konzipiert, die Finanzierungsbereitschaft

© astra 201

von Krankenkassen eruiert und schließlich eine dreijährige Finanzierungszusage von der DAK erhalten. Ein Evaluationskonzept wurde erarbeitet und als Routine eingeführt. Diese unterstützenden Tätigkeiten sind in einer Koordinationsstelle (Sektion „astra“ am DNRfK) gebündelt, die Fortbildung, Betreuung, Finanzierung, Evaluation und Abwicklung organisiert. Mit dem Aufbau einer solch umfassenden Betreuungsstruktur konnten im Projekt die Pflegeschulen in eine bereits bestehende Struktur und einen Kreis von ExpertInnen zugeführt werden. Dadurch besteht eine große Chance, dass die Pflegeberufe auch in Deutschland die Rolle im Kreis der Gesundheitsberufe einnehmen, die ihnen nach den Leitlinien zur Umsetzung des WHO-Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC) in Prävention, Beratung und Tabakentwöhnung zugeschrieben wird.

So ist hier zusammenfassend festzustellen, dass eine Reihe von Interventions- und Implementationszielen erreicht werden konnten, indem es gelungen ist,

(1) im Rahmen eines komplexen, interdisziplinären Forschungsprojektes, unter den realen Bedingungen der pflegeberuflichen Ausbildungen in acht Modellschulen ein erfolgreiches Interventionsprogramm zur Tabakprävention zu entwickeln, das über Projektbezüge innerhalb der theoretischen Ausbildung (astra-aktiv-Projekt) auch Bezüge zu einer komplexeren Gesundheitsförderung in Pflegeschulen herzustellen,

(2) zugleich Bezüge mehrerer Interventionselemente (vor allem Auftaktveranstaltung und Workshop mit astra-Tool) zu beruflichen Praxis bzw. zu einer in mehreren Krankenhäusern bereits etablierten betrieblichen Gesundheitsförderung herzustellen,

(3) innerhalb des anschließenden, ebenfalls vom BMG geförderten Projektes „astra-Implementationsforschung“ eine erfolgreiche Dissemination und weitere Implementierung des Interventionsprogramms erfolgreich umzusetzen: Dieses betrifft einerseits die Ausweitung auf weitere Pflegeschulen und Gesundheitseinrichtungen und andererseits insbesondere die Fortbildung von „astra-TrainerInnen“ in Tandems von schulischem (theoretischen) und betrieblichen (praktischen) Bildungspersonals, d.h. jeweils von zwei LehrerInnen und PraxisanleiterInnen je interessierter Einrichtung,

(4) das Projekt „astra-Implementationsforschung“ um das neue Beratungs-Element „KRIPS“ zu erweitern, um so bereits während der Pflegeausbildung das Thema Beratung zu integrieren und auf die Zielgruppe von Pflege-EmpfängerInnen und PatientInnen auszudehnen,

(5) die beiden astra-Projekte intensiv sowohl über die Berufsverbände (hier insbesondere DBfK) als auch in der Pflegewissenschaft (Dekanekonferenz Pflegewissenschaft, Fachqualifikationsrahmen Pflegedidaktik als Initiative der DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR PFLEGEWISSENSCHAFT) zu verbreiten und so eine breite Fachöffentlichkeit der Pflege dafür zu gewinnen,

© astra 201

(6) die „astra“-Initiative (astra-Modellprojekt und astra-Implementationsforschung) mit dem zunächst parallelen Projektes „PA-TRES“ synergetisch zu einem gemeinsamen Interventionsprogramm „astra-plus“ zu verknüpfen, in dem MultiplikatorInnen systematisch fortgebildet und auch anschließend betreut und unterstützt werden,

(7) eine von der Förderung des BMG unabhängige Finanzierungsstruktur für die Fortbildung weiterer MultiplikatorInnen als „astra-TrainerInnen“ (8/2016) zu entwickeln: Mit Unterstützung der DAK kann so deren weitere Fortbildung unter dem Projekttitel „astra plus : Gesundheitskompetenz – Rauchfrei in der Pflege“ gesichert und konsequent verbreitet werden und

(8) an der Hochschule Hannover das neue komplexe Forschungsvorhaben (11/2016-10/2021) „Gesundheitsförderung und Prävention des Tabakkonsums in der hochschulischen Bildung der Gesundheits- und Pflegeberufe“ zu etablieren und dafür ebenfalls eine zusätzliche finanzielle Förderung seitens der Techniker Krankenkasse zu erreichen,

(9) dieses neue Projekt „Gesundheitsförderung und Prävention des Tabakkonsums in der hochschulischen Bildung der Gesundheits- und Pflegeberufe“ unter dem Titel „MAtCHuP“ über einen Praxis- und Wissenschaftsbeirat mit dem Projekt „astra Plus“ weiterhin zu verknüpfen,

(10) dieses hochschulische Folgeprojekt „MAtCHuP“ auch im Bereich der Gesundheitswissenschaften zu verbreiten, indem der Projektleiter dieses Projektes zugleich als einer der SprecherInnen des 2016 gegründeten FACHBEREICHTAGES GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN“ fungiert.

6.2.4 Arbeitsbereich Evidenzgenerierung: Diskussion der Ergebnisse in Bezug auf den Nutzen von Tabakprävention und Reduktion in der Pflege und auf Forschung

Die Evidenzbasis zu verbreitern ist ein mittelbarer Erfolgsfaktor von effektiver Implementierung (s. Abbildung 24; Durlak & Dupre, 2008). In diesem Projekt wurden Evidenzen in verschiedenen Bereichen generiert. Mit den bereits erwähnen Pilotstudien zur neu entwickelten astra-Fortbildung und zum KRIPS-Modul liegen nun Evidenzen vor, dass diese Maßnahmen von der Zielgruppe akzeptiert werden und die Erwartungen an die Qualifizierung erfüllen. Ebenso bereits erwähnt ist die Stakeholderanalyse und Befragung der Schlüsselpersonen auf Verbands-, Politik- und Wissenschaftsebene, deren Ergebnisse eine systematischere Herangehensweise an die Tätigkeiten zur Normbildung und Implementationsbereitschaft ermöglicht. Nicht gelungen ist es, auf Ebene der direkten Zielgruppe, der Schulebene, eine repräsentative Gruppe wiederholt zu ihrer Implementationsbereitschaft zu befragen. Der Rücklauf der zweiten online-Befragung war zu gering, so dass ein systematisches, evidenzbasiertes Konzept zur Ansprache der Schulen noch nicht zur Verfügung steht. Anstatt dessen wurde ein Instrument entwickelt, dass praxisrelevant und umfassend die Implementationsbereitschaft in Zukunft bei interessierten

© astra 201

Teams erheben und fördern kann. Dieses Instrument, dessen Vorlage sich international bereits bewährt hat, könnte in einer zukünftigen Studie zur Bereitschaft von Pflegeschulen, Tabakprävention und Reduktion zu implementieren, verwendet werden. Es würde Anfangshürden und Treiber der Implementierung identifizieren können, die in der Motivierungsarbeit der Koordinationsstelle verstärkt Berücksichtigung finden könnten.

Das Hauptaugenmerk der Arbeiten zur Evidenzgenerierung lag im Bestimmen des langfristigen Nutzens der Teilnahme am astra-Programm für PflegeschülerInnen und Pflegeschulen. Nutzen wurde zum einen über die quantitativ beobachtbaren Veränderungen bei Schülerschaft und Schule definiert, zum anderen qualitativ über die von den Schulen frei formulierten Nutzenaspekte. Die quantitativen Ergebnisse lassen sich so zusammenfassen, dass kurz- bis mittelfristig bedeutende Risiko- und Schutzfaktoren des Rauchens und Aufhörens bei den PflegeschülerInnen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe verringert oder gestärkt werden konnten.

Die bei den astra-SchülerInnen günstigere Normwahrnehmung hat sich als bedeutender Faktor für den Einstieg in und den Ausstieg aus dem Tabakkonsum bei jungen Erwachsenen erwiesen (für eine eingehende Diskussion siehe Bühler et al., 2017). Längerfristig konnte dieser Unterschied zwischen astra- und Kontrollgruppe allerdings nicht beobachtet werden. Die Normwahrnehmung ist stark vom Umfeld abhängig. Anscheinend haben die PflegeschülerInnen über die Ausbildungszeit verstärkt erlebt, dass Rauchen im weiteren Kontext doch noch stark verbreitet, normal, akzeptiert und eben doch vereinbar mit einem Gesundheitsberuf ist. Mittel- und längerfristig ließ sich anhand der Daten beobachten, dass PflegeschülerInnen sich weiterhin stärker von ihren KurskollegInnen und Vorgesetzten sozial unterstützt fühlen. Damit wurde stärker als in der Kontrollgruppe ein Schutzfaktor erhalten, der als wichtig für einen gesunden Umgang mit Stressbelastungen in der Pflegeausbildung angesehen wird (Reeve et al., 2013). Das Rauchverhalten der PflegeschülerInnen hat sich zwar intraindividuell sowohl in astra-, also auch in der Kontrollgruppe verändert, ein Absinken der Raucherquote in den astra-Schulen lässt sich aber nicht feststellen.

Die quantitativ beobachtbaren Veränderungen auf Schulebene sprechen für einen zunehmend effektiven schulischen Umgang mit Tabakkonsum, was die Regelungen, ihre Durchsetzung und die strukturelle Verankerung betrifft. Die kontinuierliche Zunahme der Werte bei den astra-Schulen darf aber nicht darüber hinweg sehen lassen, dass es sich bei diesen Auswertungen um Evidenz aus lediglich 9 Schulen handelt.

Als Fazit aus den quantitativen Ergebnissen ziehen wir, dass man mit einem Ansatz wie dem astra-Programm auf dem richtigen Weg ist, da sich empirisch bedeutsame Schutz- und Risikofaktoren bei SchülerInnen und an der Schule – insbesondere anfänglich - in eine gesunde Richtung zu entwickeln scheinen. Das letztendliche Ziel zu erreichen, die Raucherquote unter PflegeschülerInnen zu verringern, bedarf noch langfristiger Anstrengungen auf allen Ebenen. Dies tut dem Engagement der derzeitigen astra-Schulen keinen Abbruch. Sie würden geschlossen anderen Schulen die Teilnahme empfehlen. Den qualitativen Ergebnissen zufolge liegt der Hauptgrund dafür darin, dass zu einem zentralen

© astra 201
ENSH Global Network for Tobacco Free Health Care Services Deutschland
Hochschule Esslingen University of Applied Sciences
Hochschule Hannover University of Applied Sciences and Arts
IFT
Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Thema (Rauchen) und einer immer wichtigeren Aufgabe (Gesunderhaltung) der Pflege(ausbildung) etwas an ihrer Schule (endlich) etwas in Bewegung gekommen ist.

© astra 201

7 Gender Mainstreaming Aspekte

7.1 Betrachtung des Projektverlaufs und der Ergebnisse unter dem Aspekt des Gender Mainstreaming

Der Genderaspekt trat zum einen bei der Frage des Angebots von Tabakentwöhnungsmaßnahmen auf. Angesichts des hohen Frauenanteils unter den Auszubildenden, die sich in einem Alter befinden, in dem Kinderwunsch ein Thema ist, wurde das Angebot um das IRIS-Programm für Schwangere erweitert. Zum anderen ist die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, die von vielen Frauen in Pflegeberufen mit einer Teilzeitbeschäftigung gelöst wird, auch für das Format der Ausbildung und Betreuung von astra-TrainerInnen zu berücksichtigen. Die Online-Betreuung scheint da eine gute Flexibilität zu ermöglichen. Der Gefahr einer zu hohen Fluktuation von ausgebildeten TrainerInnen kann nur durch die Ausbildung mehrerer Personen einer Einrichtung entgegen gewirkt werden.

Schließlich soll erwähnt werden, dass im Rahmen der normsetzenden Kampagne „Gemeinsame Initiative Rauchfrei Pflegen“ die Organisation FACT – Frauen aktiv contra Tabak mit als erste zur Unterzeichnung erfolgreich angefragt wurde.

© astra 2017

8 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

8.1 Beiträge auf Kongressen und Konferenzen

Im Verlauf des Modellprojektes konnten die Inhalte und erste Ergebnisse von astra auf mehreren Veranstaltungen (Tabelle) präsentiert werden. Dies geschah zum Teil auf Einladung der Veranstalter, was auf hohes Interesse am Thema schließen lässt und dass der Handlungsbedarf für die Prävention und Reduktion des Tabakkonsums in der Pflegeausbildung durchaus wahrgenommen wird.

Tabelle 21: Übersicht bisheriger Beiträge auf Kongressen und Konferenzen

Veranstaltung	*Datum und Ort*	*Aktion*
11. Süddeutscher Schülerkongress: "Bleib am Ball - Selbstmotivation und Antrieb im Pflegealltag"	25.02.15, Esslingen	Workshop, Informationsstand
Offensive Gesund Pflegen der Initiative Neue Qualität der Arbeit	02.-03.03.15, Hamburg	Vortrag
Deutscher Pflegetag 2015	12.-14.03.15, Berlin	Vortrag
Fachtagung Gesundheit und Pflege	19.03.15, Hannover	Vortrag
56. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin	19.-21.03.15, Berlin	Posterpräsentation
Tagung des Netzwerk Patienten- und Familienedukation	24.-26.03.15, Bonn	Vortrag
Bremer Pflegekongress	06.-08.05.15, Bremen	Vortrag
8. Fachtagung zu Handlungsfeldern für Absolventinnen und Absolventen des Bachelorstudienganges Pflege an der Hochschule Hannover	19.05.15, Hannover	Vortrag
Tagung für Expertinnen und Experten zur Prävention und Reduktion des Tabakkonsums in der Pflegeausbildung	19.06.15, Berlin	Expertentagung
23rd International Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services	10.-12.06.15, Oslo	Vortrag
BGW-Forum 2015 - Gesundheitsschutz und Altenpflege	07.-09.09.15, Hamburg	Vortrag
Deutscher Suchtkongress 2015	16.-18.09.15, Hamburg	2 Vorträge, Informationsstand
Die sprechende Pflege - Tagung zu Ehren von Prof. Zegelin	06.10.15, Witten-Herdecke	Vortrag
DGP-Hochschultag	16.10.15, Freiburg	Posterpräsentation
Forum Praxisanleitung	19.10.15, Berlin und 25. November, Essen	Informationsstand, Kurzbeitrag
1. Perspektive Management Kongress	21.10.15, München	Vortrag
Forum Praxisanleitung	25.11.15, Essen	Informationsstand, Kurzbeitrag
13. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle	02.12.15, Heidelberg	Vortrag, Informationsstand
DNBGF Tagung: „Pflegekräfte am Limit?! – Höchste Zeit für Prävention und Gesundheitsförderung“	11.12.15, Berlin	Vortrag
DBfK Schülerkongress	24.02.16, Esslingen	Informationsstand
57. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin	02.-05.03.16	Posterpräsentation, Informationsstand
Deutscher Pflegetag	10.-12.03.16, Berlin	Akquise Initiative „Rauchfrei Pflegen“

© astra 2017

DBfK Forum Praxisanleitung	16.03.16, Ulm	Informationsstand, Kurz-Input
Armut und Gesundheit	17.-18.03.16, Berlin	Learning Café: Berufsfeld Gesundheit
1st ENSH Global Symposium „Tobacco Cessation Needs“	01.04.16, Zürich	Vortrag
Tübinger Suchttherapietage	06.-08.04.16, Tübingen	Informationsstand, 90-minütiger Workshop
IBK-Studientag	20.04.16, Bregenz	Vortrag
IBK-Symposium für Gesundheitsförderung und Prävention 2016	21.04.16, Bregenz	Preisverleihung (Nominierung als eins von 25 Projekten)
PA-TRES Fortbildung	29.04.16, Würzburg	Teilnahme, Vorstellung der Integration der Programme
9. Fachtagung zu Handlungsfeldern für AbsolventInnen des Bachelor-Studienganges Pflege an der Hochschule Hannover	18.05.16, Hannover	Impulsvortrag
Deutscher Suchtkongress	05.-07.09.16, Berlin	Vortrag, Informationsstand
Chinese German Lung Cancer Forum	08.09.16, Dresden	Vortrag
Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle	30.11.-1.12.2016	Symposium, Vortrag und Informationsstand

Die Vorträge aus den Konferenzen werden teilweise in der astra-Webseite zum Download zur Verfügung gestellt. In der Koordinierungsstelle wurde eine Liste von relevanten Kongressen und Veranstaltungen mit den jeweiligen Terminen für die Beitragseinreichung zusammengestellt und die Anmeldungen vorgenommen und auch mit den Partnern koordiniert um eine regelmäßige Präsenz des astra-Programms sicherzustellen.

8.2 Publikationen

Wissenschaftliche Artikel

Bonse-Rohmann, M. (2015): Strukturen, Orientierungen und neuere Entwicklungen der Lehrerinnen- und Lehrerbildung in den beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege. In: Pundt, J., Kälble, K. (Hrsg.): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Apollon University Press, Bremen, S. 165-197.

Bonse-Rohmann, M., Ertl-Schmuck, R., Weyland, U. (2016): Fachtagung Gesundheit und Pflege. Neue Herausforderungen für die Gesundheits- und Pflegeberufe – Bildung zwischen Sozialisation und Professionalisierung. Tagungsband der 18. Hochschultage Berufliche Bildung 2015, TU Dresden

Bühler, A., Schulze, K., Rustler, C., Scheifhacken, S., Schweizer, I. & Bonse-Rohmann, M. (2016). Geschlechtsbezogene Analyse des Tabakkonsums bei Auszubildenden in Pflegeberufen. SUCHT (2016), 62 (2), S. 73-81. DOI: 10.1024/0939-5911.a000413.

Bühler, A., Schulze, K., Rustler, C., Scheifhacken, S., Schweizer, I. & Bonse-Rohmann, M. (2017). Tobacco prevention and reduction with nursing students: a non-randomized controlled feasibility study. Nurse Education Today. 48 (1), 48-54. DOI: 10.1016/j.nedt.2016.09.008

© astra 201

Bühler, A., Schulze, K., Bonse-Rohmann, M., Rustler, C., Sautter, D. & Schweizer, I. (in Vorbereitung). Journal Gesundheitsförderung.

Huber, J., Eckstein, C., Riedel, A., Kimmerle, B., Ruhland, E., Bonse-Rohmann, M. (2016): Bildungsübergänge durch Tutorien erfolgreich gestalten. In: PADUA (2016), 11(1), S. 45–51

Schweizer, I., Bonse-Rohmann, M., Bühler, A., Rustler, C., Scheifhacken, S., Schulze, K. (2015). Kooperatives Modellprojekt astra – rauchfrei durch die Pflegeausbildung: Prozessevaluation zur Prävention und Reduktion des Tabakkonsums. In: Pädagogik der Gesundheitsberufe, 2. Jg., Heft 2/2015, S. 46-60.

Schneider, C., Bonse-Rohmann, M., Heidenreich, T. (2015): Ressourcen und Belastungen im Berufsalltag von Lehrenden an Altenpflegeschulen - Erste Konsequenzen für eine umfassende Gesundheitsförderung. In: Pädagogik der Gesundheitsberufe, 2. Jg., Heft 2/2015, S. 22-32.

Tabakatlas

Im November 2015 wurde der Tabakatlas 2015 des Deutschen Krebsforschungszentrums in einer gemeinsamen Pressekonferenz mit der Bundesdrogenbeauftragten, Marlene Mortler MdB, vorgestellt. Neben aktuellen Zahlen zum Tabakkonsum und seinen gesundheitlichen Folgen, wird auch die Tabakkontrollpolitik mit der Umsetzung des WHO-Rahmenübereinkommens zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (FCTC) für Deutschland und Europa beschrieben. Das astra-Programm ist in Artikel 12 („Aufklärung, Information, Schulung und Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit“; S. 102) und in Artikel 14 („Maßnahmen zur Verminderung der Nachfrage im Zusammenhang mit der Tabakabhängigkeit und der Aufgabe des Tabakkonsums“; S. 109) als Maßnahme für Deutschland aufgenommen worden.

astra-bezogene Druckerzeugnisse

Unterschiedliche Projektinformationen in Form von z.B. Banner, Postern, Flyern, Postkarten, und Visitenkarten wurden erstellt und den Kooperationsschulen zur Verfügung gestellt, bzw. zur Verbreitung auf Veranstaltungen genutzt. Mit der Veränderung durch astra plus wurde eine Überarbeitung aller Materialien und teilweise ein Neudruck erforderlich.

Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt - psyGA

Die Offensive Gesund Pflegen als Partnernetzwerk der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA), ist ein interdisziplinärer Arbeitskreis, welcher u.a. Handlungshilfen für die Praxis fördert und damit den Austausch zu Best-Practice Ansätzen erstellt. Im Projekt Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt (psyGA) wird derzeit ein Praxisordner für Führungskräfte in der Langzeitpflege erstellt. Zum Thema Tabakprävention und -reduktion wurden aktuelle Informationen auf Anfrage zusammengestellt um in den Praxisordner behandelt zu werden. Leider wurden die Inhalte nicht aufgegriffen und auch kein Hinweis auf das Angebot des Programms astra plus aufgenommen.

© astra 201

8.3 Pressemitteilungen

Verschiedene Anlässe wurden im astra-Modellprojekt zur Veröffentlichung von Pressemitteilungen genutzt:

Juni 2015:	Tagung für Expertinnen und Experten zur Prävention und Reduktion des Tabakkonsums bei Auszubildenden in der Pflege
Januar 2016:	astra als „Projekt des Monats“ der Drogenbeauftragten der Bundesregierung
Februar 2016:	Gemeinsame Initiative „Rauchfrei Pflegen“
April 2016:	Nominierung auf der Internationalen Bodensee Konferenz (IBK)
Februar 2017:	Pressemitteilung der DAK Gesundheit anlässlich der Abschlusstagung am 15.02.2017

Zudem berichteten einzelne Kooperationsschulen lokal oder in internen Medien, wie beispielsweise dem Intranet oder einer Mitarbeiterzeitschrift, über das Modellprojekt.

8.4 Newsletter

Seit dem astra-Modellprojekt werden kontinuierlich Interessenten gelistet und über den gemeinsamen DNRfK/astra-Newsletter über aktuelle Aktivitäten informiert. Der Newsletter-Verteiler des DNRfK umfasst ca. 45000 Kontakte, als astra-Interessenten sind davon mittlerweile 160 Kontakte gelistet (Stand: Dezember 2016). Der Newsletter wird ca. monatlich versandt und enthält aktuelle Informationen und Termine. Zusätzliche Terminerinnerungen werden bei Bedarf versandt.

Verteiler Landesministerien

Zur Informationsverbreitung an die Pflegeschulen konnten die Kultus- und Sozialministerien der Länder gewonnen werden. Hierbei wurden im astra-Modellprojekt die Ansprechpartner für die Gesundheits- und Krankenpflege- sowie Altenpflegeausbildung der Länder recherchiert und um Unterstützung angefragt. Im November 2015 wurden die Ansprechpartner erneut um Unterstützung in der Bekanntmachung der astra-TrainerInnen-Fortbildung gebeten. Von zehn Ansprechpartnern gab es eine positive Rückmeldung und die Einladung wurde über den internen Verteiler verbreitet.

8.5 Internet: Webseite www.astra-programm.de, neu www.astra-plus.de

Die astra-Webseite (www.astra-programm.de) ist seit Dezember 2014 online und ist seit Ende 2016 auch als www.astra-plus.de erreichbar. Eine Software zur Analyse der Besuche wurde im Februar 2016 neu eingerichtet und hat seitdem ca. 3.500 Besuche sowie ca. 1.500 Downloads verzeichnet - davon betreffen ca. 140 Downloads die Gemeinsame Initiative „Rauchfrei Pflegen“.

Mithilfe einer News-Funktion können nun auch aktuelle Berichte auf der Webseite integriert werden. Seit Start des Projektes „astra-Implementierungsforschung“ im Februar 2015 konnten 16 News-Artikel auf der Webseite veröffentlicht werden.

© astra 201

Die astra-Webseite konnte im Januar 2016 auch um einen passwortgeschützten Bereich (Bibliothek) erweitert werden. Die ausgebildeten astra-TrainerInnen erhalten so die Möglichkeit, alle Materialien zur Umsetzung des astra-Programms (Manual, Logbuch, Power-Point-Präsentation, Vorlagen für Unterricht und Protokolle, usw.) sowie Hintergrundliteratur zu nutzen. Die Materialien werden laufend aktualisiert. Ferner wird auf der Webseite über aktuelle Veranstaltungen berichtet, auf denen astra präsent ist.

© astra 201

9 Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit/Transferpotential)

Wesentliche Aspekte für die Verwertung der Erkenntnisse aus den Modellprojekten betreffen u.a. die Normen zum Nichtraucherschutz in der Pflegeausbildung, die Qualität und Zuverlässigkeit von erholungswirksamen Pausen und gesundheitsförderlicher Arbeitsorganisation sowie den Stellenwert der Förderung einer professionellen Gesundheitskompetenz im Rahmen der curricularen Entwicklung für die generalistische Pflegeausbildung auch zur Förderung der Attraktivität des Berufes.

Zu den Normen des Nichtraucherschutzes wurde z.B. deutlich, dass auf dem Gelände der Ausbildungseinrichtungen für Gesundheitsberufe geraucht werden darf, während das Rauchen auf dem Gelände anderer Berufs- und Berufsfachschulen je nach Landesrecht auch verboten ist. Diese gesetzliche Lücke widerspricht der angestrebten Normenveränderung im Sinne einer Denormalisierung des Tabakkonsums an Pflegeschulen. Dies sollte nicht der Initiative einzelner Schulleitungen überlassen werden, sondern einheitlich und verbindlich geregelt werden. Inwieweit PflegeschülerInnen am Arbeitsplatz oder auch bei der häuslichen Pflege Passivrauch ausgesetzt sind, wurde im Modellprojekt nicht erfasst. Dies könnte jedoch eine Fragestellung zukünftiger Pflegeforschung sein. Aus anderen europäischen Ländern sind Kampagnen bekannt, die den Schutz vor Passivrauchen bei der häuslichen Pflege thematisieren und regeln.

Die Pflegeberufe gehören mit zu den höchstbelasteten Berufsgruppen. Die Förderung der professionellen Gesundheitskompetenz hat nicht alleine die Gesundheit der Pflegefachpersonen zum Ziel. Im Sinne von astra plus bedeutet eine professionelle Gesundheitskompetenz sowohl die Bereitschaft und Fähigkeit die eigene Gesundheit zu erhalten und zu fördern, als auch das eigene gesundheitliche Fachwissen auf individueller und organisatorischer Ebene im beruflichen Handeln umzusetzen. Neben der Umsetzung der beschlossenen Personaluntergrenzen werden weitere Lösungen, die die Arbeitsbelastungen für Pflegende verringern, dringend erforderlich. Dies ist alleine mit einer Verbesserung der individuellen Stressbewältigung und Selbstmanagement nicht zu lösen. Es erfordert vielmehr Veränderungen in der Arbeitsorganisation, die in gut kooperierenden Teams strukturell und situativ zur Verbesserung der Arbeitsprozesse und damit zur Pflegequalität beitragen. Konzepte wie kollegiale Beratung in Problemlöseprozessen, Teamarbeit, Projektmanagement und Beteiligung an Veränderungsprozessen, wie sie im astra-Aktiv Projekt etabliert werden, fördern die Methodenkompetenz und die Selbstwirksamkeit von Pflegenden um diese Veränderungen aktiv zu gestalten.

Die kürzlich beschlossene Ausbildungsreform bedeutet eine Überarbeitungsphase der Curricula und es sollte darauf geachtet werden, dass die Ausbildungsinhalte, die für das Programm astra plus genutzt werden nicht der Integration der drei Ausbildungsberufe in eine generalistische Ausbildung zum Opfer fallen.

Eine der großen Herausforderungen im Rahmen der weiteren Verbreitung wird die

© astra 2017

Qualitätssicherung im Routinebetrieb sein. Wie bedeutsam die Betreuungsstruktur in der Implementierungsphase ist, wurde beschrieben. Die Aufgaben, die sich bei der langfristigen Durchführung ergeben zeichnen sich schon ab. So bestehen teilweise schon ähnliche Unterrichtsangebote an engagierten Schulen und es fördert die Akzeptanz eher, wenn es zu einer integrativen Zusammenführung statt zu einem Austausch der Inhalte komme. Es bestehen auch Anfragen, wie die Inhalte auch andere Gesundheitsberufe wie Notfallsanitäter oder Hebammen übertragbar gemacht werden können.

Diese Anfragen sowie die positiven Rückmeldungen aus den astra plus-Schulen, die allen Pflegeschulen die Implementierung des Programms empfehlen, zeigen, dass es gelungen ist die Initiative des Modellprojekts in einen nachhaltigen Veränderungsprozess umzusetzen. Die astra plus TrainerInnen und die astra plus-Schulen identifizieren sich mit den Inhalten und engagieren sich für die Weiterentwicklung und Verbreitung des Programms indem sie KollegInnen in die Fortbildung schicken und weitere Schulen anwerben. Es wird sich wohl erst in einigen Jahren zeigen, ob es gelingt, nicht nur den Tabakkonsum der PflegeschülerInnen und auch der Pflegefachpersonen zu reduzieren sondern dass die Berufsgruppe eine aktive Rolle in der Tabakkontrolle einnimmt.

© astra 201

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Stakeholder im Bereich Tabakkonsumprävention und –reduktion (TPR) in der Pflege. 9
Abbildung 1. Flowdiagramm der Längsschnittstudie. 12
Abbildung 2. astra-Wirkmodell. 13
Abbildung 3. Aktualisierter Arbeits- und Zeitplan. 16
Abbildung 4. Prä-Post Vergleich der Mittelwerte spezifischer Kompetenzen. 23
Abbildung 5. Modulablauf KRIPS. 24
Abbildung 6. Ausgangslage vor dem Modul. 27
Abbildung 7. Ausgangslage vor dem Modul. 28
Abbildung 8. Differenzwerte zwischen Vorbefragung und nach dem ersten Schulblock. 29
Abbildung 9. Differenzwerte zwischen Vorbefragung und nach dem ersten Schulblock. 30
Abbildung 10. Auszug aus dem „Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe – Pflegeberufereformgesetz PflBefG“. 31
Abbildung 11. Einsetzung, Mitgliedschaft und Unterstützung der Fachkommission. 32
Abbildung 12. Feedback zu Rahmenbedingungen 33
Abbildung 13. Feedback zu Vorträgen. 33
Abbildung 14. Feedback zum Austausch zwischen den Teilnehmenden. 33
Abbildung 15. Einschätzung der Experten zum Nutzen der Expertentagung. 33
Abbildung 16. Einschätzungen der Stakeholder zur Tabakkonsumprävention und -reduktion (TPR) in der Pflege. 34
Abbildung 17. Positionspapier der „Gemeinsamen Initiative Rauchfrei pflegen“. 35
Abbildung 19. Mappe Handreichung für astra plus-BotschafterInnen. 37
Abbildung 20. Instrument zur Erhebung der Implementationsbereitschaft an Pflegeschulen40
Abbildung 18. Differenzwerte zwischen t3 und t0 in Normwahrnehmung und sozialer Unterstützung. 47
Abbildung 22. Faktor Verankerung und Organisation. 50
Abbildung 23. Faktor Durchsetzung der Regelungen (Schüler). 50
Abbildung 24. Faktor Durchsetzung der Regelungen (Personal). 50
Abbildung 25. Faktor Förderung des Nichtrauchens. 51
Abbildung 26. Faktor Rauchverbote. 51
Abbildung 197. Ökonomische Nutzenaspekte (Auszug aus Handreichung für astra-Botschafter). 52
Abbildung 28. Gründe für astra-Schulen, astra weiter zu empfehlen. 53
Abbildung 209. Indikatoren für astra-Schulen, woran sie Nutzen erkennen. 53
*Abbildung 30.*21: Schwierigkeiten und nicht erfüllte Erwartungen für astra-Schulen beim Umsetzen von astra. 54
Abbildung 31 Ansatzpunkte des Folgevorhabens (Teilziele (TZ)) zur Förderung von Faktoren, die eine nachhaltige Implementation von astra begünstigen (nach Durlak & Dupre, 2008 und Johnson et al., 2004). 57

© astra 201

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ziel und Teilziele mit Indikatoren zur Messung der Zielerreichung 5
Tabelle 2: Fragen der Stakeholderanalyse.....9
Tabelle 3: Attritionanalyse und Baselineäquivalenz der Interventionsgruppen. 15
Tabelle 4: Themen und Inhalte der zweitägigen Schulung zum/zur astra-TrainerIn.....19
Tabelle 5: Ausgangslage vor der Schulung. 20
Tabelle 6: Aussagen zur Fortbildung. 21
Tabelle 7: Verteilung von Theorie und Praxis und Schwierigkeit der Übungen: % (n). 21
Tabelle 8: Wichtigkeit der Themen und die Qualität der dazugehörigen Methoden (Linke Spalte zeigt die Themen und ihre Wichtigkeit, die rechte Spalte die dazugehörigen Methoden und ihre Qualitätsbewertung). 22
Tabelle 9: Themen und Inhalte des Schulblocks A des KRIPS-Moduls. 24
Tabelle 10: Themen und Inhalte des Schulblocks B des KRIPS Moduls. 26
Tabelle 11: Aussagen zum ersten Schulblock. 28
Tabelle 12: Allgemein Bewertung 1.Tag (n).....29
Tabelle 13: Zeitliche Dokumentation der Tätigkeiten für die normändernde Kampagne. 36
Tabelle 14: Auswahl und aktueller Stand astra-BotschafterInnen 38
Tabelle 15: Pflegewissenschaftliche Veranstaltungen und Qualifizierungsangebote für die Berufsgruppe der Pflegenden.....41
Tabelle 16: Zeitliche Dokumentation der Tätigkeiten zur Sicherstellung der Finanzierung. ...45
Tabelle 17: Veränderung in den primären Ergebnisparametern je nach Interventionsgruppe. 46
Tabelle 18: Veränderung in Rauchverhalten je nach Interventionsgruppe (Per Protocol Analyse). 49
Tabelle 19: Schematische Darstellung der Veränderung des Rauchverhaltens in den Gruppen. 49
Tabelle 20: Ziele, Indikatoren und ihre Erreichung zum Ende des Förderzeitraumes. 55
Tabelle 21: Übersicht bisheriger Beiträge auf Kongressen und Konferenzen. 67

© astra 201

Publikationsverzeichnis

International Council of Nurses ICN (2012): Tobacco use an health. Position Statement. Onlin http://www.icn.ch/publications/position-statements/ (22.04.2017)

Bühler, A., Schulze, K., Rustler, C., Scheifhacken, S., Schweizer, I. & Bonse-Rohmann, M. (2017). Tobacco prevention and reduction with nursing students: a non-randomized controlled feasibility study. *Nurse Education Today. 48 (1)*, 48-54. DOI: 10.1016/j.nedt.2016.09.008

Durlak, J.A.; DuPre, E.P. (2008). Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. *American Journal of Community Psychology, 41*, 327-350.

Hasselhorn, H. M. & Müller, B. H. (2004). Arbeitsbelastung und –beanspruchung bei Pflegepersonal in Europa – Ergebnisse der Next-Studie. In B. Badura, H. Schellschmidt & C. Vetter (Hrsg.) *Fehlzeiten-Report 2004* (S. 21-47). Berlin: Springer.

Hirsch, K., Voigt, K., Gerlach, K., Kugler, J. & Bergmann, A. (2010). Tabak -, Alkohol- und Drogenkonsum sowie Impfverhalten von Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen in Sachsen-Anhalt. *HB Science, 1*, 127-132.

Kolleck, B. (2004): Rauchen in der pflegerischen Ausbildung. *Pflege, 17*, 98-104

Orth, B. & Töppich J. (2015). *Rauchen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland 2014.* Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention. Accessed September 26, 2015.

Rapp, K., Büchele, G., Jähnke, A. & Weiland, S. (2006). A cluster-randomized trial on smoking cessation in German student nurses. *Prev Med, 42*, 443-448.

Reeve, K., Shumaker, C., Yearwood, E., Crowell N. & Riley, J. (2013). Perceived stress and social support in undergraduate nursing students' educational experiences. *Nurse Educ Today, 33*, 419-24.

Sarna, L., Bialous, S.A., Wewers, M.E., Froelicher, E.S., Danao, L. (2005) Nurses, Smoking and the Workplace. *Research in Nursing & Health, 28 (1)*, 79-90

Shea, C. et al. (2014) Organizational readiness for implementing change: a psychometric assessment of a new measure. *Implementation Science 2014*, 9:7

Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen (Hrsg.): *Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V* vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014.

Statistisches Bundesamt (2014). *Mikrozensus 2013 – Fragen zur Gesundheit – Rauchgewohnheiten der Bevölkerung*. Wiesbaden

Vitzthum, K., Koch, F., Groneberg, D., Kusma, B., Mache, S., Marx, P., Hartmann, T. & Pankow, W. (2012). Smoking behaviour and attitudes among German nursing students. *Nurse Education in Practice, 13(5)*, 407-412.

Weiner, B. (2015). *Assessing and Creating Implementation Readiness.* Unveröffentlichte Workshop Präsentation. Global Implementation Conference 2015, Dublin

© astra 2017