



Vorstudie und Bedarfsanalyse für die Entwicklung eines Rauchstopp-Programms für schwule Männer

PD Dr. David L.B. Schwappach, MPH
Domenic Schnoz, lic.phil.

Forschungsbericht Nr. 241 aus dem Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung
November 2007

Finanziert durch den Tabakpräventionsfonds des Bundesamt für Gesundheit BAG
Schweiz, Verfügung Nr. 07.005411



Inhalt

1	Executive Summary	1
2	Hintergrund	6
2.1	Rauchprävalenz in der männlichen, homosexuellen Bevölkerung	6
2.2	Spezifische Ausstiegsinterventionen und -programme für schwule Männer	9
3	Fragestellungen	11
4	Kurzübersicht methodisches Vorgehen	12
5	Ergebnisse	14
5.1	Quantitative Befragung schwuler Raucher	14
5.1.1	Smoking behavior, intention to quit, and preferences towards cessation programs among gay men living in Zurich, Switzerland	14
5.1.1.1	Background	14
5.1.1.2	Methods	15
5.1.1.3	Results	17
5.1.1.4	Discussion	24
5.1.2	Determinanten des Tabakkonsums und der Aufhörbereitschaft	27
5.1.3	Teilnahmebereitschaft an schwulem Entwöhnungsprogramm	29
5.2	Fokusgruppen	31
5.2.1	Methodisches Vorgehen	31
5.2.2	Ergebnisse	32
5.2.2.1	Fokusgruppen "aktuelle Raucher"	33
5.2.2.2	Fokusgruppe "ehemalige Raucher"	44
5.3	ExpertenInnen-Interviews	54
5.3.1	Methodisches Vorgehen	54
5.3.2	Ergebnisse	55
5.3.3	Fazit	88
6	Diskussion und Schlussfolgerungen	91
7	Referenzen	98

1 Executive Summary

Hintergrund:

Internationale epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass die Prävalenz des Rauchens in der homosexuellen männlichen Bevölkerung besonders hoch ist. Die vorliegenden Daten bestätigen dies auch für die Schweiz. Der überdurchschnittlich hohe Tabakkonsum unter schwulen Männern wird zunehmend als signifikantes Gesundheitsproblem erkannt und sowohl aus wissenschaftlicher als auch gesundheitspolitischer Sicht mit der Forderung nach gezielten Präventions- und Ausstiegsinterventionen verbunden. Gleichzeitig lässt sich feststellen, dass es trotz der vielzähligen Forderungen nur vereinzelt empirische Evidenz hinsichtlich Bedürfnissen und Präferenzen innerhalb der Zielgruppe gibt und wenig über die Effektivität spezifischer, kulturell-adaptierter Interventionen bekannt ist.

Zielsetzung:

Bei dem Forschungsvorhaben handelt es sich um eine Vorstudie zur Bedarfs- und Bedürfnisanalyse für ein Rauchstopp-Programm für homosexuelle Männer. Ziel des Projektes war es, im Rahmen einer Vorabklärung die potentielle Nachfrage, die Akzeptanz und das Interesse der Zielgruppe und damit den möglichen Nutzen eines spezifischen Angebotes zum Rauchstopp für schwule Männer zu untersuchen. Dabei sollen die folgenden Forschungsthemen empirisch beantwortet werden:

- 1) Beschreibung des Tabakkonsums und des Rauchstopp-Verhaltens schwuler Männer;
- 2) Untersuchung der Bedürfnisse und Präferenzen verschiedener Subgruppen schwuler Männer gegenüber Rauchstopp-Interventionen;

Während eine Untersuchung der Effektivität von spezifischen Angeboten für schwule Raucher erst möglich sein wird, wenn eine entsprechende Intervention im Rahmen eines Pilottests eingeführt und evaluiert wurde, so soll durch dieses Forschungsvorhaben analysiert werden, ob ein solcher Pilottest überhaupt sinnvoll und erfolgversprechend sein könnte.

Methode:

Das Forschungsvorhaben wurde in 3 Modulen in einem "mixed-methods" Design, also unter Verwendung quantitativer und qualitativer Methoden bearbeitet. Die Module beinhalteten folgendes Vorgehen:

Modul 1:	Quantitative Befragung schwuler Raucher: Neben epidemiologischen Daten zur Beschreibung der Population und tabakbezogenem Verhalten (Rauchverhalten, Aufhörbereitschaft, etc.) wurden insbesondere Daten zur Akzeptanz, Nachfrage und Präferenz gegenüber alternativen Formen des Rauchstopps generiert.
Modul 2:	Qualitative Befragung schwuler gegenwärtiger und ehemaliger Raucher: Durch die vertiefte Befragung von schwulen gegenwärtigen und ehemaligen Rauchern im Rahmen von Fokusgruppen wurden Erfahrungen und Präferenzen für verschiedene Rauchstopp-Methoden erfasst. Neben der Bedeutung des Rauchens für die schwule Identität wurde untersucht, welche Rahmenbedingungen für den Rauchstopp relevant sind.
Modul 3:	Qualitative Expertenbefragung: Im Rahmen von vertiefenden Einzelinterviews wurden Hypothesen aus professioneller Sicht darüber generiert, für welche Subpopulationen schwuler Männer und aus welchen Gründen ein spezifisches Angebot sinnvoll sein könnte, welche Erfahrungen mit existierenden generischen und spezifischen Angeboten gemacht wurden und welche Erfolgsfaktoren identifiziert werden können.

Alle Untersuchungen fanden zwischen Juni und November 2007 in Zürich statt.

Ergebnisse:

An der quantitativen Befragung nahmen 379 Männer teil, die sich selbst als homo- oder bisexuell definierten. Die befragten aktuellen Raucher rauchten durchschnittlich 20 Zigaretten/Tag und der durchschnittliche Nikotinabhängigkeits-Score (Fagerström) betrug 4.6. 17% der Raucher wiesen einen Fagerström Score von > 7 auf. Knapp die Hälfte der befragten Männer hatte mindestens einen Aufhörversuch innert der letzten 12 Monate unternommen (45%). Insgesamt planten etwa zwei Drittel der Raucher ihren Rauchstopp, und zwar 21% innerhalb der kommenden 30 Tage und 42% innert der kommenden 6 Monate. Logistische Regressionsanalysen zeigen, dass insbesondere positiver HIV-Serostatus, höheres Alter, die Anzahl bisheriger (gescheiterter) Aufhörversuche sowie "Einstellungs-Aspekte" oder kulturelle Merkmale wichtige Prädiktoren für die Aufhörbereitschaft sind.

Idealisierende Stereotype gegenüber dem Rauchen und Rauchern sowie spezifische, mit dem Rauchstopp verbundene Ängste waren häufig unter den befragten Männern. Bei-

spielsweise stimmen jeweils etwa die Hälfte der befragten Raucher zu oder sehr zu, dass "Rauchen einfach zur schwulen Szene gehört", "Raucher leichter andere Männer kennen lernen" und "Rauchende Männer attraktiv (sexy)" sind. Die antizipierte Gewichtszunahme wurde von jedem zweiten Mann als wichtigste Befürchtung in Verbindung mit einem Rauchstopp genannt. Unter den Situationen, in denen am schwersten auf das Rauchen verzichtet werden kann, wurde der "Ausgang in der schwulen Szene" von der Mehrzahl der Befragten genannt (71%).

In einem diskreten Wahlmodell, basierend auf faktoriellen Vignetten zeigte sich, dass die befragten schwulen Raucher eine starke Präferenz aufweisen für spezifische Gruppenangebote für schwule Männer (vs. Angeboten für die "allgemeine" Bevölkerung) und, als unabhängiger Faktor, solchen, die von einer schwulen Gesundheitsorganisation (vs. einem traditionellen Anbieter von Rauchstopp-Kursen) angeboten werden. Der "soziale Hintergrund" der anderen Teilnehmer (Einkommen, Bildung) hatte keinen Einfluss auf die Wahl zwischen alternativen Angeboten. Das nested-logit Modell liefert starke Hinweise dafür, dass die Eigenschaften eines Rauchstopp-Angebots nicht nur einen hohen Einfluss auf die (hypothetische) Wahl zwischen zwei Angeboten haben sondern ebenfalls die Entscheidung, *überhaupt* ein Angebot in Anspruch zu nehmen massgeblich beeinflussen. Daher kann davon ausgegangen werden, dass sich durch die Ausgestaltung des Angebotes nicht nur die Verteilung der Inanspruchnahme auf verschiedene Angebote verändert, sondern sich auf die Gesamt-Nachfrage durchleitet und diese erheblich positiv beeinflusst. Neben den Merkmalen des Programms hängt die Entscheidung, überhaupt an einem Angebot teilzunehmen, signifikant von der Aufhörbereitschaft und dem Fagerström Nikotinabhängigkeits-Score ab. Soziodemographische Merkmale wie Alter, Ausbildung und Berufstätigkeit hatten keinen signifikanten Effekt auf die Wahrscheinlichkeit an einem Angebot teilzunehmen.

Auch die Fokusgruppen bestätigten das Interesse und die Präferenz für spezifische Ausstiegshilfen für schwule Männer. Die Mehrzahl der Teilnehmer würden eine solche Gruppe präferieren und würden sich – selbst bei einer grundsätzlich eher zurückhaltenden Meinung gegenüber Gruppenangeboten – mindestens über die Details des Angebotes informieren. Dabei zeigte sich deutlich, dass das Rauchen, wie auch von den quantitativen Befunden angedeutet, eine grosse Bedeutung im kulturellen Leben der schwulen Männer spielt und in der Selbst-Identifikation einen relevanten Stellenwert einnimmt (z.B. Männlichkeitsideale; Selbst-Präsentation und Überspielen eigener Unsicherheit in der schwulen Szene). In den Fokusgruppen konnten insbesondere zwei Aspekte von schwu-

len Ausstiegsinterventionen identifiziert werden, die für potentielle Teilnehmer positiv bewertet wurden: Zum einen ist dies die Möglichkeit, sich in einer Gruppe schwuler Männer "angenommener", vertrauter und selbstverständlicher zu fühlen und Probleme des Rauchstopps offener thematisieren zu können. Zum anderen zeigte sich ein Bedürfnis, dass die Rauchstopp-Gruppe bei entsprechender Sympathie eine Art "Community"-Ersatz darstellen könnte, der für den Wegfall der Zugehörigkeit zur "rauchenden Community" kompensieren könnte. Tendenziell zeigten Männer mittleren Alters ein höheres Bewusstsein für die Schwierigkeiten des Rauchstopps und ein stärkeres Interesse an Unterstützungsmassnahmen und der Möglichkeit, gemeinsam mit anderen Männern ausserhalb der typischen Szene im Kontakt zu sein. Systematische bedeutsame Unterschiede zwischen Männern mit hohen vs. tieferen sozioökonomischen Status konnten nicht identifiziert werden. Trotz der positiven, erwartungsvollen Haltung gegenüber spezifischen Angeboten für schwule Männer zeigte sich auch eine gewisse Ambivalenz und Abneigung gegenüber "Gruppen-Prozessen" und Gruppendruck.

Die ExpertInneninterviews spiegelten ein weites Spektrum an Einschätzungen, Expertise und Erfahrungswelten wieder, die sowohl in wichtigen Gegensätzen, aber auch in Übereinstimmungen zwischen den verschiedenen Perspektiven deutlich wurden. In Institutionen der "allgemeinen" Tabak- und Entwöhnungspolitik und den entsprechenden Angeboten existieren bislang wenig Kenntnisse, Thematisierung und Bewusstsein für die hohe Prävalenz des Rauchens unter schwulen Männern. Aus Sicht der praktischen Rauchstopp-Beratung zeigte sich jedoch eine Offenheit für Angebote, wenn sie an schwulenspezifische Beratungs- und Gesundheitsangebote gekoppelt sind und von diesen Institutionen angeboten werden. Aus präventionspolitischer und strategischer Sicht der Tabakprävention wird die sexuelle Orientierung nicht als bedeutsames Kriterium für die Tabakentwöhnung bewertet, während Vertreter schwuler Gesundheits- und Interessenvertretungen stark und einheitlich auf "schwule Lebenswelten" referieren, die sich vor allem durch den "sozialen Kontext" von jenen heterosexueller Männer unterscheiden würden. Die Vertreter schwuler Institutionen halten ein schwulenspezifisches Rauchstopp-Angebot für absolut sinnvoll und erfolgreicher. Unterschiede existieren auch darin, dass Vertreter der allgemeinen Ausstiegspolitik und -praxis die sexuelle Orientierung als einen untergeordneten Aspekt bewerten, während andere, soziale Faktoren (Bildung, Einkommen) mindestens ebenso stark gewichtet werden. Im Gegensatz dazu sind sich die Vertreter der schwulenspezifischen Institutionen einig, dass diese sozialen Unterschiede innerhalb der Gruppe der schwulen Männer keine Rolle spielen. Grosse Einigkeit aller ExpertInnen be-

stand darüber, dass die allfällige Umsetzung und Implementierung eines Tabakentwöhnungsangebotes durch bereits existierende schwule Gesundheitsangebote erfolgen sollte. Von allen befragten ExpertInnen wurde hervorgehoben, dass einem entsprechenden Angebot für schwule Männer eine umfassende Informationspolitik *in der schwulenspezifischen Szene* vorausgehen müsste um die Zielgruppe zu erreichen und zu motivieren. Aus den Fokusgruppen und Expertinneninterviews ergaben sich zudem auch bereits wichtige Erkenntnisse für die konkrete Ausgestaltung und Einbindung spezifischer Angebote.

Schlussfolgerungen:

Viele der befragten schwulen Männer sind durch einen relativ hohen täglichen Zigarettenkonsum belastet, haben erfolglose Aufhörversuche hinter sich und bewegen sich häufig in einem sozialen Netzwerk, in dem das Rauchen unter Schwulen weit verbreitet ist. Gleichzeitig plant oder wünscht ein hoher Anteil dieser Männer den Rauchstopp. Die enge Verknüpfung des Rauchens mit den sozialen Lebenswelten schwuler Männer spiegelt sich in weit verbreiteten idealisierenden Stereotypen und in spezifischen Ängsten und Befürchtungen, die mit einem Rauchstopp verbunden werden.

Ein Grossteil der befragten Männern zeigt ein deutliches Interesse an schwulenspezifischen Entwöhnungsangeboten, und präferiert diese deutlich gegenüber "allgemeinen" Rauchstopp-Interventionen. Die Beteiligung schwuler Gesundheitsinstitutionen ist massgeblich für den Erfolg eines solchen Entwöhnungsangebotes. Sie geniessen ein hohes Mass an Vertrauen und Akzeptanz unter vielen schwulen Männern und können einerseits glaubwürdig die schwerwiegenden Gesundheitsgefahren, die mit dem Rauchen verbunden sind, in der schwulen Community kommunizieren und andererseits schwule Männer für einen Rauchstopp motivieren. Die vorliegende Studie kann keine Antwort auf die Frage geben, ob spezifische Rauchstopp-Angebote für schwule Männer in Ballungsräumen der Schweiz tatsächlich erfolgreich wären. Dies erfordert ein erstes Praxisprojekt, in dem sowohl die tatsächliche Nachfrage als auch die Effektivität der Massnahme untersucht werden. Aufgrund der prospektiv evaluierbaren Faktoren scheint die Durchführung eines solchen Pilotprojektes jedoch unbedingt gerechtfertigt und auch Erfolg versprechend.

2 Hintergrund

2.1 Rauchprävalenz in der männlichen, homosexuellen Bevölkerung

Epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass die Prävalenz des Rauchens, ebenso wie Alkoholkonsum und Substanzmissbrauch, in der homosexuellen Bevölkerung besonders hoch ist [1;2]. Ryan et al. schätzen die Prävalenz basierend auf den bisher publizierten, vornehmlich US-amerikanischen, Daten auf 28-35% unter homo- und bisexuellen Erwachsenen und sogar 38-59% unter Jugendlichen [3]. Die Prävalenz des Rauchens ist unter homosexuellen Männern etwa 10-15% höher als in heterosexuellen Vergleichsgruppen [4;5]. Für die Schweiz liegen bislang nur sehr begrenzt Daten vor, die eine Abschätzung des Tabakkonsums in der homosexuellen Bevölkerung erlauben. Im Rahmen des "Geneva Gay Men's Health Survey" wurde neben Gesundheitszustand, psychischen und physischen Beschwerden und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auch der Substanzmissbrauch der Befragten erfasst [6]. In der Untersuchung lag der Anteil der starken Raucher mit 25.3% deutlich höher als in der männlichen Allgemeinbevölkerung (15.5%, adjustiertes Odds ratio: 2.24). Insgesamt gaben zum Zeitpunkt der Befragung 25.8% an, niemals geraucht zu haben, 24.5% Ex-Raucher zu sein und 28.9% waren "leichte Raucher". Insgesamt lag also der Anteil der aktuellen Raucher bei 50%. Obwohl die Studie aufgrund der Stichprobenwahl und -rekrutierung die Rauchprävalenz bei homosexuellen Männern insgesamt sicher überschätzt, kann trotzdem davon ausgegangen werden, dass die internationalen Befunde einer deutlich höheren Prävalenz des Rauchens, gekoppelt mit höherem Missbrauch anderer psychoaktiver Substanzen und einem insgesamt schlechteren Gesundheitszustand unter schwulen Männern, auch auf die Schweiz übertragbar sind.

Es gibt verschiedene theoretische Überlegungen zur Erklärung der erhöhten Rauchprävalenz unter Homosexuellen, die hier nur kurz skizziert werden können:

- Ebenso wie bei anderen Minderheiten führen auch bei schwulen Männern die besondere Belastungssituation, Ausgrenzungs- und Stigmatisierungserfahrungen zu einer Vulnerabilität, die sich in Substanzmissbrauch, Depressivität und anderen Symptomen manifestieren kann [5;7;8]. Die *Geneva Gay Men's Health Study* zeigt auch für die Schweiz eine hohe Prävalenz psychischer Störungen und Erkrankungen [9].

- Eintritt und Teilhabe an mit der sexuellen Identität verbundenen sozialen Aktivitäten sind mit dem Beginn und der Fortführung des Rauchens assoziiert, häufig schon initiiert in der "Coming-out"- Phase [10-12].
- Homosexuelle werden zunehmend durch die Tabakindustrie als wichtige Zielgruppe erkannt und werden explizit in Werbung, durch Sponsoring und durch offene Solidarisierung der Industrie mit Homosexuellen adressiert [13-15].
- Die bisherigen Bemühungen um Gesundheitsförderung und –versorgung homosexueller Männer haben sich fast ausschliesslich auf HIV und sexuell-übertragbare Krankheiten (STD) fokussiert, während der hohe Tabakkonsum innerhalb des Gesundheitssystems nicht systematisch thematisiert wird und keine spezifischen Unterstützungsmassnahmen angeboten werden.

Tang et al. und Gruskin et al. zeigen für die USA, dass die populationsweiten Unterschiede im Tabakkonsum zwischen hetero- und homosexuellen Männern stabil auch für Subgruppen mit eher protektiven sozioökonomischen Merkmalen wie z.B. Bildung existieren [16;17]. Die Analysen von Tang et al. basieren auf dem California Health Interview Survey (CHIS), in dem auch Fragen zur sexuellen Identität eingesetzt werden. Diese Studie ist von grosser Bedeutung, da sie die erste und bisher einzige ist, die Tabakkonsum und seine Korrelate in der homosexuellen Bevölkerung anhand eines *Bevölkerungssurveys* mit entsprechender methodischer Güte untersucht hat. In dieser Studie lag die Rauchprävalenz unter schwulen Männern bei 33%. Die Tabelle zeigt die Rauchprävalenz der männlichen Bevölkerung Kaliforniens in 2001 nach verschiedenen Merkmalen [16]:

	Homosexuell (%)	Heterosexuell (%)
<i>Alter (Jahre)</i>		
18-34	29.9	22.5
35-44	41.4	21.4
45-65	25.6	19.7
<i>Bildung</i>		
Some college or lower	43.5	25.5
College or higher	23.1	12.6
<i>Haushaltseinkommen (\$)</i>		
< 30000	36.4	27.0
30000-79999	38.9	22.1
>= 80000	24.9	14.0

Diese Daten machen deutlich, dass zwar auch unter schwulen Männern der Tabakkonsum in höheren Bildungsgruppen proportional deutlich abnimmt. Dennoch ist die Rauchprävalenz immer noch doppelt so hoch wie bei der männlichen heterosexuellen

Bevölkerung höherer Bildung und entspricht etwa jener heterosexueller Männer geringerer Bildung. "Bildung" und "sexuelle Orientierung" scheinen zwei nebeneinander existierende Faktoren zu sein. Aus diesen Ergebnissen lässt sich die wichtige Hypothese ableiten, dass sich das Profil der homosexuelle Raucher deutlich von dem der männlichen heterosexuellen Vergleichspopulation unterscheidet: Homosexuelle Raucher sind eher besser gebildet, älter (und nicht-hispanischer Herkunft). Dies sind einerseits deutliche Signale dafür, dass der Effekt der sexuellen Orientierung offensichtlich sehr stark ist und durch die protektiven Effekte sozioökonomischer Merkmale hindurchträgt. Andererseits heisst dies, dass allgemeine Präventions- und Ausstiegsinterventionen aufgrund des spezifischen Strukturprofils möglicherweise nicht gleichermassen effektiv sind. Aus US-amerikanischen Untersuchungen wird berichtet, dass nicht nur die Prävalenz des Rauchens in der männlichen homosexuellen Bevölkerung höher ist, sondern sich auch das Risikobewusstsein und Aufhörverhalten systematisch unterscheidet [18-20].

Es ist umfassend für verschiedene Bereiche der Gesundheitsförderung dokumentiert, dass gesundheitsbezogene Angebote vor allem dann angenommen werden und wirksame Verhaltensänderungen erzielen können, wenn sie kultursensitiv gestaltet sind und die Normen, Wertvorstellungen und Lebenswelten der betroffenen Zielgruppe integrieren (oder sogar zum Gegenstand haben). Die Effektivität kultursensitiver Rauchstoppprogramme wurde bereits für verschiedene Gruppen dargestellt, z.B. Jugendliche und MigrantInnen [21-23]. Für homosexuelle Frauen und Männer besteht eine grosse Forschungslücke an entsprechenden Interventionen und ihrer Evaluation [24]. Für die Entwicklung einer gezielten Rauchstopp-Intervention für schwule Männer scheinen insbesondere drei Aspekte wichtig:

- Generische Angebote werden von vielen ungleichen Gruppen von Individuen mit unterschiedlichem Hintergrund frequentiert (Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, Bildung und Beruf), deren einzig verbindendes Element in der Regel das Ziel des Rauchstopps ist. In spezifischen Aufhörprogrammen für schwule Männer jedoch gibt es über das Rauchen hinaus verbindende Elemente zwischen den Gruppenteilnehmern, z.B. gesellschaftliche und soziale Erfahrungen, Sexualität, ähnliche Freizeitaktivitäten, die eine Bindung der Gruppenteilnehmer untereinander und in der Gruppe fördern.
- Viele Aspekte des Rauchens sind eng mit kulturellen Aspekten der schwulen Identität verwurzelt (Maskulinität, Sexualität, "cruising"). Diese Aspekte würden mit höchster Wahrscheinlichkeit nicht von schwulen Männern in generischen Gruppen thematisiert,

was eine Reflexion über das eigene Rauchverhalten und die Rolle des Rauchens verhindert und damit den Aufhörversuch erschwert.

- Durch den stärker verbreiteten Alkohol- und Drogenkonsum in der schwulen Szene und die bekannte Assoziation zwischen Tabak-, Drogen- und Alkoholkonsum werden Aufhörversuche erschwert. Die Tabakabstinenz wird zudem häufig mit der Notwendigkeit einer "Szene-Abstinenz", also einem potentiell wichtigen Aspekt der eigenen Identität, assoziiert.

2.2 Spezifische Ausstiegsinterventionen und -programme für schwule Männer

Der überdurchschnittlich hohe Tabakkonsum innerhalb der homosexuellen Bevölkerung wird international als signifikantes Gesundheitsproblem und Gegenstand gesundheitspolitischer Aktivitäten erkannt [25]. Besonders hervorzuheben ist das aktuelle *State-of-the-Science Conference Statement "Tobacco Use - Prevention, Cessation, and Control"* der *National Institutes of Health (NIH, USA)* von Dezember 2006: Hier wird unter dem Titel "*What Research Is Needed to Make the Most Progress and Greatest Public Health Gains Nationally and Internationally?*" die Evaluation von Ansätzen zur Reduktion des Tabakkonsums in besonders vulnerablen Populationen als prioritäres Ziel gefordert und hier explizit die homosexuelle Bevölkerung als Zielgruppe genannt [26]. Ähnliche Forderungen wurden auch in der "Healthy People 2010" Initiative der US-amerikanischen Gesundheitsbehörde, von der "Gay and Lesbian Medical Association", der "American Cancer Society", dem "Tobacco-related disease research program" und anderen anerkannten Institutionen publiziert [27-29]. Entsprechend diesen Forderungen investiert eine Vielzahl US-amerikanischer Bundesstaaten inzwischen in Forschungsaktivitäten und spezifische Anti-Tabak- und Rauchstopp-Kampagnen für die homosexuelle Bevölkerung. Beispielhaft seien hier genannt:

- Queers United to Interrupt Tobacco - Q.U.I.T. (American Lung Association) Tobacco use and interventions among Arizona Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender people (Arizona Department of Health Services)
- Community Guide for Supporting Effective Tobacco Cessation Services (First 5 Association of California; Center for Health Improvement)

- "Gay City Health Project ", "Queer Youth Kick Butt" (Washington State Department of Health Tobacco Prevention and Control Program)
- Closing the gaps: Identifying & Eliminating Tobacco Related Disparities in Oregon (Department of Human Services Tobacco Prevention & Education Program)

Für einige dieser Programme liegen kleinere Case-Studies vor, in denen Nachfrage oder Effektivität der Interventionen dokumentiert wird. Beispielsweise werden vom LGBT Tobacco Prevention and Control Project (finanziert durch die Centers of Disease Control) die Ergebnisse der PRIDE Befragung berichtet, in der 56% der befragten Raucher angaben, sie würden an einem kostenfreien Rauchstopp-Programm für Homosexuelle teilnehmen [30]. Eine vorläufige Evaluation des Projektes "Queers United to Interrupt Tobacco - QUIT" (finanziert durch die American Lung Association), einem Rauchstopp- Programm für homosexuelle Jugendliche, zeigt eine Quit-Rate von 55% nach 6 Wochen [31]. Ausserhalb der USA sind nur zwei spezifische Angebote für schwule Männer bekannt: Die Schwulenberatungsstelle Berlin (D) hat ein diversifiziertes Suchtberatungsangebot und bietet unter anderem Tabakentwöhnungsprogramme an. Es liegt keine formale Evaluation vor, die Einschätzung der Mitarbeiter fällt positiv aus (pers. Kommunikation). Ein ähnliches Programm wird von der AIDS-Hilfe München angeboten.

Das wohl am intensivsten entwickelte und eingesetzte Programm ist der Quit-Workshop der GMFA (Gay Men's Health Charity), der über verschiedene schwule Organisationen in England angeboten wird. Das Angebot basiert strukturell auf dem generischen abstinenzorientierten NHS-Rauchstopp-Gruppen-Programm, wurde aber umfassend adaptiert, um den Bedürfnissen und Lebenswelten homosexueller Männer zu entsprechen. Dazu gehören ein kultursensitives Angebots-Setting, spezifische Fokussierungen in der Gruppenarbeit, die Vermittlung spezifischer Informationen und spezifische Elemente der Gruppenbindung. Harding et al. evaluierten das Programm in einer Pilot-Studie [32]. Die Ergebnisse des Programms sind Erfolg versprechend, wenn sie auch aufgrund der kleinen Stichprobe vorsichtig interpretiert werden müssen. Die Teilnahme an den Sitzungen war insgesamt sehr hoch: Nur 13/532 (2%) Personen-Sitzungen wurden nicht wahrgenommen. Die Nikotin-Abstinenz wurde durch Selbstangabe erhoben und durch Kohlenmonoxid-Atemtests bestätigt. In Woche 7 des Programms waren 76% der Teilnehmer, die ein Stopp-Datum in Woche 3 gesetzt hatten (n=58), rauchfrei (44/58 Personen). Diese Cessation-Rate lag damit deutlich höher als die landesweit in England für das generische NHS-Rauchstopp-Programm dokumentierte (53%) [33].

In der Schweiz existieren bisher weder spezifische Informations-, Präventions- noch Aufhörprogramme für schwule Raucher obwohl die verfügbaren Daten auf einen Bedarf hindeuten: Die Aufhörbereitschaft der befragten Männer wurde in der *Geneva Gay Men's Health Study* nach dem trans-theoretischen Model ermittelt. Die Verteilung ergibt, dass unter den Jemals-Rauchern 24% ernsthaft einen Rauchstopp innert der kommenden 6 Monate erwogen und weitere 6% sich auf den Rauchstopp in den nächsten 6 Wochen vorbereitet (preparation) (J. Wang, ISPM Zürich, persönliche Kommunikation).

Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass es trotz der vielzähligen Forderungen nach spezifischen Präventionsmassnahmen für die homosexuelle Bevölkerung nur vereinzelt empirische Evidenz hinsichtlich Bedürfnissen und Präferenzen innerhalb der Zielgruppe gibt. Ebenso wurde bisher wissenschaftlich vernachlässigt, für welche Subgruppen spezifische Programme effektiv sind, und aus welchen Gründen. Zwar lässt sich die überlegene Wirksamkeit gegenüber allgemeinen Programmen theoretisch ableiten, empirische Daten liegen aber bisher fast ausschliesslich für die USA und UK vor.

3 Fragestellungen

Bei dem Forschungsvorhaben handelt es sich um eine Vorstudie zur Bedarfs- und Bedürfnisanalyse für ein Rauchstopp Programm für homosexuelle Männer. Aufbauend auf den internationalen Erkenntnissen und regionalen Vorabklärungen wurde ein Projekt konzipiert, dessen Gegenstand die Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines Rauchstopp-Gruppenprogramms für schwule Männer in der deutschsprachigen Schweiz ist. Um jedoch die Wirkung eines solchen Programms vorab einschätzen zu können, sollen zunächst die folgenden Forschungsfragen empirisch beantwortet werden:

- 1) Beschreibung des Tabakkonsums und des Rauchstopp-Verhaltens schwuler Männer:
 - a) Welche Beziehung besteht zwischen soziokulturellen Merkmalen und dem Rauchverhalten schwuler Männer? Können spezifische Subgruppen definiert werden?
 - b) Wie ist die Aufhörbereitschaft unter schwulen Männern und welche Aufhörhistorie gibt es?
 - c) Auf welche Gründe ist die hohe Raucherprävalenz bei schwulen Männern zurückzuführen (z.B. Belastungssituation, Risikoperzeption, Lifestyle u.a.)?

- d) Welche Entwöhnungshilfen werden (von welchen Subgruppen) in Anspruch genommen, welche Erfahrungen werden gemacht und wie wirksam sind sie?

2) Bedürfnisse und Präferenzen verschiedener Subgruppen schwuler Männer gegenüber Rauchstopp-Interventionen:

- a) Wie gross ist die Akzeptanz und (theoretische) Nachfrage nach spezifischen Entwöhnungsprogrammen?
- b) Gibt es eine Präferenz gegenüber individuellen Ausstiegsstrategien vs. Gruppenangeboten?
- c) Gibt es Präferenzen gegenüber "spezifischen" schwulen vs. allgemeinen Angeboten und wie stark sind diese? Wie lassen sich diese Präferenzen erklären?
- d) Bei welchen Subgruppen wäre die Bereitschaft zum Rauchstopp höher, würden spezifische Angebote bestehen und für welche Subgruppen sind bestehende Angebote sinnvoll?

Während eine Untersuchung der Effektivität von spezifischen Angeboten für schwule Raucher erst möglich sein wird, wenn eine entsprechende Intervention im Rahmen eines Pilottests eingeführt und evaluiert wurde, so soll durch diese Forschungsvorhaben vor allem analysiert werden, ob ein solcher Pilottest überhaupt sinnvoll und Erfolg versprechend sein könnte und auf Nachfrage, Akzeptanz und Interesse stossen würde.

4 Kurzübersicht methodisches Vorgehen

Das Forschungsvorhaben wurde in 3 Modulen in einem "mixed-methods" Design, also unter Verwendung quantitativer und qualitativer Methoden bearbeitet. Die Module beinhalteten folgendes Vorgehen:

Modul 1 - Quantitative Befragung schwuler Raucher:

Im Rahmen einer quantitativen Befragung schwuler Raucher aus der Deutschschweiz, insbesondere Kanton Zürich, wurden erstmalig Daten über das Rauchverhalten und Aufhörbereitschaft in dieser Gruppe gewonnen. Neben epidemiologischen Daten zur Beschreibung der Population und tabakbezogenem Verhalten wurden insbesondere Akzeptanz, Nachfrage und Präferenz gegenüber alternativen Formen des Rauchstopps erho-

ben. Damit wird eine quantitative Aussage über den Bedarf nach einem spezifischen schwulen Rauchstopp-Programm möglich.

Modul 2 – Qualitative Befragung schwuler Raucher und ehemaliger Raucher:

Im zweiten Studienmodul wurden durch die Befragung von schwulen gegenwärtigen und ehemaligen Rauchern Erfahrungen und Präferenzen für verschiedene Rauchstopp-Methoden erfasst und in ihren grundlegenden Argumenten skizziert. Dabei wurde untersucht, welche Bedeutung das Rauchen für die schwule Identität hat (z.B. Rauchverhalten), welche Präferenzen bezüglich Interventionen zum Rauchstopp bestehen, und welche Rahmenbedingungen erfüllt sein müssen. Von den ehemaligen Rauchern wurden vor allem Erkenntnisse darüber erwartet, unter welchen Bedingungen der Rauchstopp erfolgreich war, wie das Nichtrauchen in der schwulen Community aufgenommen wurde, und welche Erfolgsfaktoren von den Betroffenen identifiziert werden können.

Modul 3 – Qualitative Expertenbefragung:

Als Ergänzung zu der Erhebung von Bedürfnissen, Erfahrungen und Präferenzen aus Perspektive der Zielgruppe (schwule Raucher) wurden Hypothesen aus professioneller Sicht darüber generiert, für welche Subpopulationen schwuler Männer und aus welchen Gründen ein spezifisches Angebot sinnvoll sein könnte, bzw. welche Subpopulationen durch die bestehenden Angebote ausreichend angesprochen werden. Der methodische Zugang erfolgte über die Befragung von Experten.

Detaillierte Angaben zu den einzelnen Studienmodulen werden in der Ergebnispräsentation dargestellt.

5 Ergebnisse

5.1 Quantitative Befragung schwuler Raucher

5.1.1 Smoking behavior, intention to quit, and preferences towards cessation programs among gay men living in Zurich, Switzerland

5.1.1.1 Background

International data show that the prevalence of smoking is high among adolescent and adult gay males. Ryan reports from a review of the literature that estimated smoking rates for lesbians, gays, and bisexuals ranged from 38% to 59% among youth and from 11% to 50% among adults [3]. In a random sample of adult members of a large Northern California health plan aged 20-65, gay men had more than twice the odds of being current smokers compared to heterosexual males [17]. In a 2001 survey of men who have sex with men (MSM) in Chicago, 48% of MSM aged 18-24 years smoked compared to 30% of general population men that reported smoking in the National Health Interview Study (adjusted OR = 3.9, 95% CI = 2.4-6.2) [5]. Elevated levels of smoking have recently been confirmed in large population-based studies [34]. Data from the population-based sample of the California Health Interview Survey provide strong evidence that after controlling for demographic variables gay men were significantly more likely to smoke than heterosexual men (33% vs. 21%, adjusted OR = 2.1; 95% CI = 1.7-2.7)[16]. While having low-education attainment is a common demographic predictor of cigarette smoking, gay men of higher education attainment remain at significantly higher risk. For example, Gruskin et al. report that after adjusting for age and ethnicity being gay was associated with a threefold increase in risk of being a smoker (OR = 3.5, CI: 2.3–5.5) among male college-educated adults compared to heterosexual graduates, a much larger difference than observed for lower levels of education [17]. While gay men were significantly more likely to be depressed and highly stressed than their heterosexual counterparts, these psychosocial factors did not attenuate the relationship of sexual orientation with smoking among college-educated men when controlled for age and ethnicity. For Switzerland, data of the "Geneva Gay Men's Health Survey" confirm elevated smoking rates for urban men living in the French-speaking part of Switzerland. In this survey, 25% of gay men were heavy smokers (compared to 15% among the matched controls from the Swiss Health Survey, adjusted OR = 2.2) [6]. While many researchers and health organizations identified smoking a major health threat for the homosexual population and have acknowledged the need

for culture-sensitive prevention and smoking cessation interventions, there is still a paucity of research into feasibility, utilization and effectiveness of these interventions [24;26-29;34]. Being a rare exception, Harding et al. evaluated a gay cessation group program provided by a Gay Men's Health Charity in the United Kingdom in a pilot study [32]. This intervention is based on the generic NHS quit workshop but has been modified in content and arrangement to meet the needs of gay men. The course was well accepted with less than 2% of person-sessions being missed. The authors report that at week 7, 76% of those participants who set a quit date were confirmed as having quit using the CO monitor. This figure compares favorably to national UK monitoring data which reports a success rate for smoking cessation services as 53% [33]. While the results of this study are generally encouraging, still very little is known about gay men's attitudes and preferences towards tailored (group) cessation programs. The gay community is diverse and it remains unclear whether and which gay men prefer any, and *tailored* group cessation programs in particular. Specifically, sexual orientation may be a characteristic of fellow participants less important for participation decisions relative to other characteristics, such as a similar social background or education. Development and implementation of culturally adopted cessation programs are challenging and it remains unclear whether this would be justified by gay men's preferences and demand, in particular in comparatively small communities. The main aim of this study was therefore to investigate smoking, intention to quit in a sample of gay smokers living in the urban community of Zurich (Switzerland) and to explore their needs, attitudes and preferences towards a tailored smoking cessation group program.

5.1.1.2 *Methods*

The data for the study was collected using an anonymous survey administered via the internet in 2007. To achieve a diverse sample, personal and electronic recruitment activities were combined: Gay smokers were personally recruited at a variety of events surrounding the Christopher Street Day in Zurich in 2007 and at diverse gay venues in Zurich, including cafes, social centers, cinemas, bars and clubs, at three occasions. Ads were placed on a number of internet sites of the Zurich gay community, including health-related organizations, alliances of gay students, a network of gay managers, and other sites associated with gay leisure and city life. Responders to the survey were offered a shopping voucher in a lottery. The survey was programmed to detect and prevent multiple responses of the same individual by placement of mutually dependent 'cookies'.

Survey instrument

The survey consisted of five parts: 1) questions related to tobacco consumption and nicotine dependence and situations difficult to avoid smoking; 2) attitudes towards smoking assessed by asking for strength of agreement with a number of stereotype statements; 3) questions related to preparedness to quit, fears associated with quitting, history of quit attempts, and experiences with different approaches to quit smoking; 4) assessment of preferences towards group cessation programs for gay men, including choices between hypothetical programs; and 5) personal data. Standardized questions were used for the assessment of cigarette consumption, nicotine dependence (Fagerstrom Test of Nicotine Dependence (FTND)[35] and intention to quit (Transtheoretical model stages of change)[36]. Response categories of all questions were randomly rotated (nominal variables) or "flipped" vertically (ordinal variables) to minimize order effects. Unintended non-response was avoided by including checks for completeness with the option to select active response refusal.

Assessment of preferences

For the assessment of preferences towards group cessation programs, a series of vignettes were prepared using a full factorial design [37]. We used three variables to describe scenarios of hypothetical group cessation programs: "provider" ("Cancer league", a traditional national provider of smoking cessation services, vs. "Checkpoint", a well-known provider of health services for gay men located in Zurich-city), "gender and sexual orientation of fellow participants" ("general population mix" vs. "gay men only") and "social background of fellow participants" ("participants with similar social background in terms of education and income" vs. "participants with diverse social backgrounds in terms of education and income"). The variables and their values were translated into explanatory sentences which were then combined in alternative descriptions of services. Vignettes were randomly paired into choice sets and each individual responder was presented one random choice set. Current smokers were asked to imagine that they would want to quit smoking and two group cessation programs were available in their neighborhood. They were then provided the details of the two randomly assigned vignettes and were asked to select the service they personally would prefer, or to opt-out by choosing "neither of the programs". The ordering of the two vignettes was again randomly rotated.

Data analysis

Survey responses were analyzed using descriptive statistics and nonparametric tests. The level of significance was set at $p < 0.05$. Responses to the vignettes were analyzed in a random utility choice model in which an individual's choice between alternatives is explained by personal characteristics and the variables used to describe services (vignettes)[38]. However, the choice between cessation programs consists of the choice 1) whether to participate in any program (or to opt-out) and 2) which service to choose. In this multinomial choice between alternative services and the opt-out response the cross-elasticities of substitution across the alternatives are unclear. Alternative services and the opt-out may be close substitutes, and subjects simultaneously decide whether and which service to choose. Contrary, service packages may be substitutes to each other, but not to the opt-out and the participation decision is thus unrelated to service characteristics. Finally, substitution between the two services and the opt-out may be weaker than between alternatives with each other. The decision to participate would be influenced by the characteristics of the presented services and their expected utility *to some degree*. In the latter case, the nested logit model is appropriate. The advantage of the nested logit model is that the inclusive-value (IV) parameter, which indicates the degree of substitution between alternatives, can be estimated and can thus inform about the correct specification of the model [39]. If $IV=1$, all alternative choices are perfect substitutes and the nested logit reduces to a standard multinomial logit model. If however the $IV=0$, the decision to choose a program is unrelated to the characteristics of the presented alternatives and two sequential logit models would be appropriate. If the $0 < IV < 1$, alternative programs are closer substitutes with each other than with the opt-out and the nested logit specification is appropriate. The three characteristics of the vignettes were entered as effects-coded variables. Data were data were analyzed with STATA 10 [40].

5.1.1.3 Results

A total of 408 men completed the survey. Responders needed on average 10 minutes to complete the survey. Of the 408 participants, 80% were current smokers. 13% were former smokers, i.e., were currently not smoking but had a history of either having smoked ≥ 100 cigarettes lifetime or for ≥ 6 months. 29 individuals that were not current smokers and had no history of former smoking (< 100 cigarettes lifetime and not having smoked for ≥ 6 months) were defined "never smokers" and were excluded from analysis (7%). Details on the sample ($n=379$) are provided in table 1.

Demographic details, current and former smokers	n (%)#
Age, years	
<= 25	91 (24.0)
26-35	124 (32.7)
36-45	114 (30.1)
46-55	33 (8.7)
>=56	17 (4.5)
Sexual orientation	
Gay	354 (93.7)
Bisexual	24 (6.4)
Education	
Primary Education	28 (7.5)
Secondary Education	182 (48.8)
Tertiary Education	163 (43.7)
Occupation	
Fulltime employed	264 (70.0)
Part-time employed	42 (11.1)
Unemployed, Retired	27 (7.2)
Student, In Education	44 (11.7)
Self-rated health	
Very good	69 (18.2)
Good	222 (58.6)
Fair	70 (18.5)
Poor /very poor	18 (4.7)
HIV serostatus	
positive	44 (12.2)
negative	264 (73.3)
Not tested	52 (14.4)
Proportion of gay friends who smoke	
Fewer than half	66 (17.8)
About half	140 (37.8)
More than half	141 (38.1)
All or almost all	23 (6.2)
Proportion of friends who are gay	
Fewer than half	79 (21.4)
About half	165 (44.7)
More than half	125 (33.9)
Frequency of going out to gay venues/ month	
Hardly ever	90 (23.8)
1-2 times per month	106 (28.0)
2-4 times per month	107 (28.3)
> 4 times per month	75 (19.8)

Demographic details, current and former smokers	n (%)#
Gender / sexual orientation of most important confidant	
Gay male	211 (59.1)
Heterosexual male	33 (9.2)
Heterosexual female	99 (27.7)
Other (Lesbian, bisexual females or males)	14 (3.9)

n varies due to item-non response

Table 1: Personal data of survey responders

The number of cigarettes smoked per day ranged from 2 to 100 with a mean of 20 cigarettes (CI 18.9-21.5). Based on responses to the revised Fagerstrom Tolerance Questionnaire, the median nicotine dependence score was 5 (mean 4.6, CI 4.3-4.9) and 17.1% of men had a score > 7. Among current smokers that reported at least one quit attempt within the last 12 months (45.5%), the average number of attempts was 1.9 (CI 1.7-2.1).

Table 2 reports the strength of agreement with a number of positive and negative stereotype statements by smoking status. Idealizing attitudes towards smoking differed significantly between current and former smokers but were common among both groups. For example, every second current smoker and still a third of former smokers believed that smokers get in contact with other men easier.

	"Strongly" or "rather agree" on statement (% responders)#	
	Current smokers	Former smokers
Smoking is just part of the gay scene.	46.7	25.9**
Smoking is masculine.	41.2	14.8***
Smoking men are attractive ('sexy').	49.2	18.5***
Smokers look better (body weight and shape).	47.1	22.2***
Smokers get in contact with other men easier.	54.2	31.5**
Smoking males weaken faster.	55.1	75.9**
Smoking is a sign of weakness.	32.0	57.4***
Smokers usually look paler and sicker.	32.6	46.3*

Assessed using a four-point Likert scale from "strongly agree" to "strongly disagree".

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Table 2: Strength of agreement with stereotype statements by current smoking status

Among current smokers, 115 men (37.2%) had no intention to quit (precontemplation phase), 130 (42.0%) planned a quit within the next 6 months (contemplation phase) and 64 (20.7%) planned their quit within the next 30 day (preparation phase). Among participating former smokers, 15 (27.8%) reported having quit within the last 6 months (action)

and 39 (72.2%) quit longer than 6 months ago (maintenance). When asked to select a maximum of three out of ten situations in which they feel avoiding smoking for them would be very hard or difficult, the vast majority of current smokers selected "going out to parties or clubs" (71.1%). "After having meals" was reported by 40.6%, "in stress situations" by 39.7%, when "being together with friends" by 34.1%, and "before, during or after having sex" by 20.6%. The remaining situations were selected less frequently ("when getting to know other gay men, or while flirting": 18.5%; "being at work or when taking breaks from works": 15.4%; "in relaxing situations": 11.7%; "while playing computer games or surfing the internet": 9.5%; "while driving a car": 7.7%; and "other situations": 4.6%).

The most important fear men felt when thinking about quitting was "weight gain", reported by every second man (58.2%). Other important fears included "not being able to distract in tense situations" (32.3%), "physical craving" (27.7%), "not being able to cope with stress" (21.2%), "not being able to concentrate" (17.5%) and "not being able to party / have fun" (14.2%).

Among current smokers with at least one quit attempt in the preceding 12 months, the majority of men (60.1%) did not utilize any measures or supporting materials with their last attempt. 17.6% reported nicotine replacement therapy, 10.1% used pharmaceutical aids for smoking cessation such as Bupropion or Varenicline, 12.8% used information materials such as books or the internet, and 12.8% used any form of counseling (self-help groups, telephone counseling, personal smoking cessation services, or group cessation programs). Among men that intended to quit within in the next 30 days or 6 months, 58 planned to quit alone and without any supportive measures (31.2%), 18.3% intended to stop smoking by their own but with supportive medication or nicotine replacement therapy, 19.4% planned to participate in a group-cessation or self-help program (with or without pharmaceutical support) and one third (31.2%) did not yet know.

When asked to consider their potential participation in a group-cessation program, 129 current smokers (40.7%) responded they would prefer a group for gay men, 2.5% preferred a generic cessation program together with mainly heterosexual individuals, 24.9% responded that both groups would be equally good, and 31.9% had no interest in either program. The main reasons for choosing the cessation program for gay men were expectations regarding "similar living situations as other participants" (69.0%), "the ability to talk openly about private or intimate issues" (62.8%), "no need to disguise oneself" (59.7%)

and "similar problems as other participants" (49.6%). All current smokers, irrespective of their intention to quit, were then asked to imagine that a group-cessation program for gay men would be available in their neighborhood and were asked to choose their anticipated behavior. Nearly half of those that planned to quit responded that they would be most likely to participate (42.2%) or would be interested in participation and inform themselves about the details of the program, e.g., time and location of sessions (33.5%). 15.7% of men responded that they would not be interested in participation and 8.6% did not know. While significantly less, even 13.9% of those in the precontemplation stage answered that they would probably participate or would have interest to learn more about the program (33.9%). The remaining responders with no intention to quit refused interest (32.2%) or did not know how they would respond to the availability of the service (20.0%).

Current smokers were then presented two vignettes of alternative group-cessation programs and were asked to choose the program they would personally prefer, or to opt-out and choose none. Participants' choices were sensitive to the vignette descriptions with the choice rate in favor of either program ranging from as low as 3.5% to as high as 86.2%. The choice rate in favor of a specific program was highest when a gay cessation program provided by the gay provider involving participants with a similar background was paired with a generic cessation group involving fellow participants with various social backgrounds and being provided by the traditional service provider. In bivariate analyses only the intention to quit (OR=2.5, CI 1.4-4.4, p=0.003) was a significant predictor for a preference towards participation in a group-cessation program. The results of the nested logit regression model are presented in table 3.

Variable	Coefficient	95% confidence interval	p
<i>Decision of non-participation (neither)</i>			
Intention to quit within next 6 months	-0.9077	-1.4890 – -0.3263	0.002
Fagerstrom score	-0.1931	-0.3353 – -0.0508	0.008
Number of cigarettes smoked per day	0.0251	-0.0043 – 0.0545	0.095
Fulltime occupation	0.2982	-0.3582 – 0.9546	0.373
Going out to gay venues at least 1/month	-0.5310	-1.1384 – 0.0585	0.077
Age > 45 years	-0.1717	-1.3415 – 0.9982	0.774
Tertiary education	-0.3430	-0.9423 – 0.2562	0.262
<i>Utility function attributes of cessation group programs</i>			
Provider*	0.3098	0.0401 – 0.5785	0.024
Social background of participants*	0.0810	-0.0326 – 0.1946	0.162
Sexual orientation of participants*	0.3252	0.0110 – 0.6395	0.043
IV parameter	0.4061	0.0379 – 0.7743	0.006
Number of observations (individuals)	1008 (336)		
Chi-squared	110		
p	0.001		
Mc Fadden R ²	0.3219		

* Attributes in the vignettes were effects-coded with "Provider" ("gay"= 1; "traditional"= -1), "Social background of participants" ("similar"= 1; "diverse"= -1) and "Sexual orientation of participants" ("gay men"= 1; "heterosexual men and women"= -1).

Table 3: Random utility consistent nested logit regression model

The estimated coefficient for the inclusive value (IV) parameter differs significantly from zero and one, a result that confirms the nested logit model specification. The estimated IV parameter provides strong evidence that the decision to choose a group cessation program rather than to opt-out is rendered by the attributes of the service, i.e., service characteristics affect willingness to participate in a group program. Besides service attributes, intention to quit within in the next 6 months and higher Fagerstrom scores of nicotine dependence have significant *negative* effects on opting-out, i.e., they increase the likelihood of participation. Individuals that reported going out to gay venues at least monthly were also more likely to choose in favor of a group program but this effect did not reach statistical significance. Neither age, education, fulltime occupation or number of cigarettes smoked per day was significant in predicting whether a respondent preferred to participate in a group cessation program. Responders' choices were significantly affected by the two program attributes "sexual orientation of fellow participants" and "provider" but not "social background of fellow participants". Men strongly preferred group cessation programs for

gay men over generic programs, and services provided by the local gay health care provider over those offered by the traditional cessation course supplier. Figure 1 shows the predicted choice probabilities for choosing one of the extremes (a program for gay men provided by a gay men's healthcare provider vs. a generic program provided by the traditional provider) or to opt-out, relative to intention to quit and Fagerstrom scores for the average male respondent, i.e., keeping all other variables at their mean.

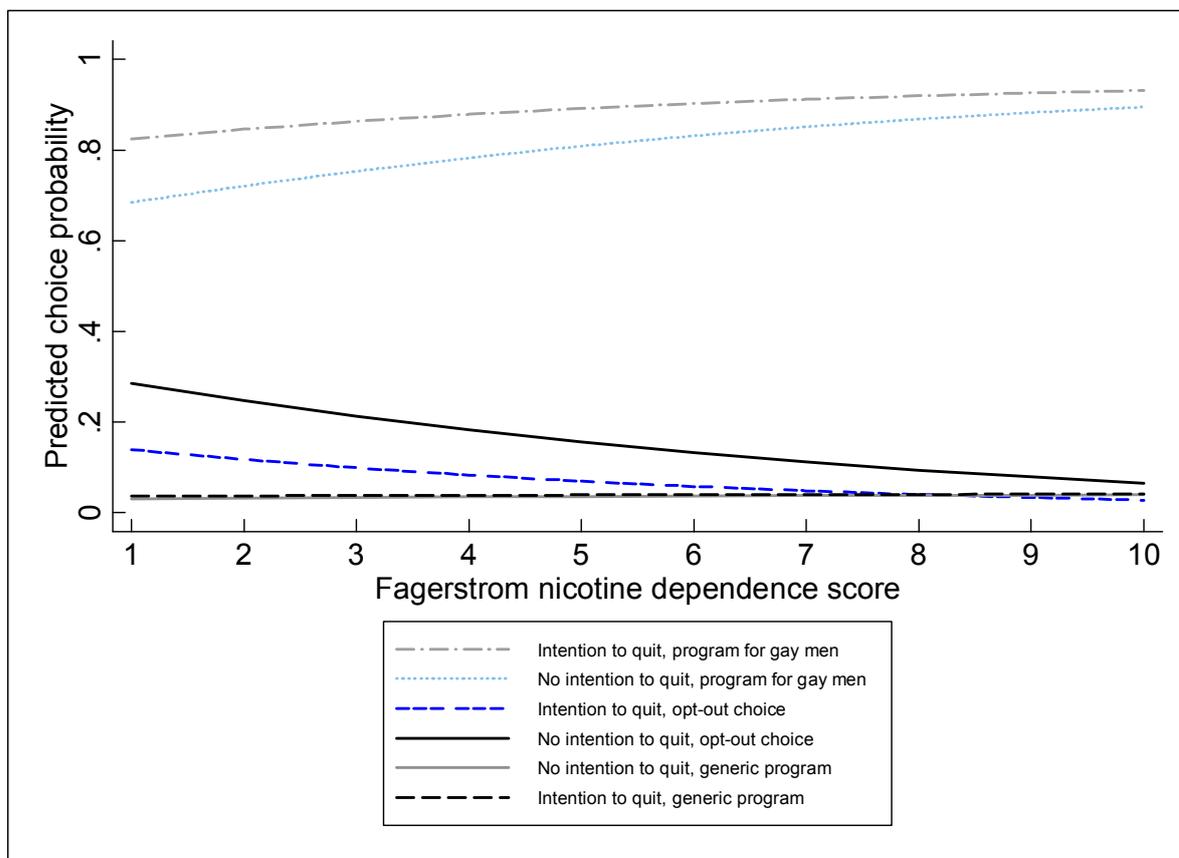


Figure 1: Predicted probability of hypothetical choices of cessation group programs

The likelihood of opting-out substantially decreases with intention to quit and higher Fagerstrom scores and is mirrored in the increasing probability of choosing the cessation program tailored for gay men. At the extreme options, choosing the generic program is only slightly affected by intention to quit and grade of nicotine dependence, and it is only with an intention to quit and Fagerstrom scores above 7 that the likelihood to participate in a generic program exceeds that of opting-out.

5.1.1.4 Discussion

In this study, we investigated smoking behavior, intention to quit and attitudes towards smoking and smoking cessation among gay men in an urban community in Switzerland. Men in our sample reported high numbers of cigarettes smoked per day, and nearly every second man reported that more than half of his gay friends smoke tobacco regularly. Our results also provide evidence regarding the close linkage between tobacco smoking and culture and norms in the gay male community, often initiated with increasing involvement in gay-related recreational and social activities during "coming-out" [11;12;15]. Idealizing stereotypes of smoking were very common among men with roughly half of responders agreeing that smokers would look better, that smoking men would be more attractive, smokers get in touch with other men easier and that smoking would just be part of the gay scene. A majority of men reported that avoiding smoking would be very difficult for them when going out to clubs and even a fifth of gay smokers reported that non-smoking before or after having sex would be hard. More than half of participants reported an intention to quit within the next 6 months, but these results emphasize the special needs of gay men in finding ways to abstain from smoking, without abstaining from gay social life.

To the author's knowledge, this is the first study that assessed gay men's preferences towards group cessation services as a function of service attributes and personal characteristics. Participants strongly preferred a cessation program for gay men, offered by a community-based gay men's health care provider. They had no clear preference towards the similarity of the social background of fellow participants. Indeed, men favored a cessation service for gay men with diverse social backgrounds over those attended by heterosexual men and women with backgrounds similar to their own. Remarkably, the provider of the service was an independent and significant attribute that strongly affected hypothetical participation in the cessation program. This influence of the provider variable on choices may also help to explain why more men preferred a group program in the vignette choices when compared to the results of the preceding attitude question that did not refer to specific providers and in which significantly fewer men chose a group cessation program. This clearly shows that credibility and trust in providers may be an important initial door opener for attracting gay men in cessation support services and may help to explain why gay men rarely utilize generic services. The fact that the choice of participation over opt-out was affected by the attributes of programs indicates that characteristics of the service will feed through the decision whether to participate in group cessation at all, and, as

the results for those in the precontemplation stage suggest, may even affect the decision to attempt quitting. Thus, providing programs with most preferred attributes is likely to increase participation rates.

This study also has some limitations: Due to our sampling procedure, results are certainly not generalizable to the entire population of gay men living in Zurich. As in most other countries, some US states such as California being a valuable exception, sexual orientation is not assessed in Swiss population-based studies. We thus have no representative data of gay men living in Switzerland and their health-related behavior such as smoking. However, the aim of this study was not to generate representative data on gay men. Rather, we intended to evaluate potential interest, demand and perception of tailored cessation programs in a certainly highly specific population, namely, gay smokers in a comparatively small urban community.

Another limitation relates to the assessment of preferences: We elicited *stated* rather than *revealed* preferences by asking participants for their hypothetical choice between alternative services. The technique of stated preference assessment has become increasingly popular in health services research during the last years, in particular as a tool for providing evidence for policy decisions when consumer decisions are not (yet) observable [41-43]. While some studies have shown good agreement between hypothetical and real choices [44-46], we do not know whether those that exposed strong preferences towards a cessation program for gay men would utilize the service in reality. Since men in our study had no real experience with the service under evaluation, they may overestimate their willingness to participate. Contrary, many men had experiences with quit attempts and alternative cessation approaches and can thus be regarded experts on this issue. Moreover, gay men in general are often familiar with seeking advice from specialized gay men's health services. Qualitative studies are currently underway to gain an in-depth knowledge of the reasons and expectations underlying men's preferences.

Greenwood et al. reports the results of a survey study among current and former MSM (men who have sex with men) smokers [4]. MSM who reported that more than half of their friends were gay or bisexual and those that reported that none or almost none of their gay or bisexual friends smoked were more likely to report cessation compared to men who reported that fewer than half of their friends were gay or bisexual (OR=2.5; CI 1.1-5.5) and who reported all or almost all of their friends smoked respectively (OR=3.8; CI 1.1-8.4).

This stresses the important role of social networks for cessation in this population and may also explain the favorable effectiveness of group cessation programs in gay males. Currently, there are no cessation support materials and services available in Switzerland that are tailored to the needs of gay men, and the LGBT population does effectively not exist in tobacco prevention strategies such as media campaigns or information materials.

Our results provide evidence that gay men, quite independently of their personal characteristics, strongly prefer tailored interventions and many men, even those without an intention to quit, were interested in and curious about cessation programs targeted at them. Thus, such interventions may serve as an initial step to reach this population and communicate the serious health threats for gay men caused by smoking. It is crucial that these interventions are culturally adopted, reflect gay men's special needs, provide strategies to participate in gay social and recreational activities as non-smokers and support men in managing anticipated weight gain, gay smokers' major concern. Finally, gay health care organizations need to sensitize to smoking as a serious health concern and need to be involved in global anti-tobacco strategies by institutions serving the general population.

5.1.2 Determinanten des Tabakkonsums und der Aufhörbereitschaft

Um die Beziehung zwischen soziokulturellen Merkmalen und Rauchverhalten in der Stichprobe näher zu beschreiben, wurde zusätzlich zu den deskriptiven Statistiken (s. vorherige Kapitel) auch eine multiple Regressionsanalyse mit stufenweisem Einschluss gerechnet. Dabei wird die Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten durch verschiedene demographische aber auch kulturelle Faktoren erklärt:

Variable	Coeff.	95% CI	p
Positiver HIV-Serostatus	-3.18	-7.14 - 0.77	0.114
Schlechter allgemeiner Gesundheitszustand	5.40	2.58 - 8.22	0.000
Tertiäre Ausbildung (zur Basis: Primäre Ausbildung)	-2.83	-5.21 - -0.45	0.020
<i>Alter (zur Basis: <26 Jahre)</i>			
26-35 Jahre	5.05	1.98 - 8.12	0.001
36-45 Jahre	7.46	4.27 - 10.66	0.000
46-55 Jahre	9.24	4.39 - 14.09	0.000
> 55 Jahre	12.12	5.49 - 18.74	0.000
<i>Freundeskreis (zur Basis: Vorwiegend homosexuelle Freunde)</i>			
Gleichermassen hetero- und homosex. Freunde	-3.29	-5.66 - -0.93	0.007
<i>Häufigkeit schwuler Ausgang (zur Basis: nie oder sehr selten)</i>			
2-4 mal im Monat	2.35	-0.31 - 5.01	0.083
> 4 mal im Monat	6.69	3.70 - 9.68	0.000
<i>Anteil schwuler Freunde, die rauchen (zur Basis: nur wenige)</i>			
etwa die Hälfte	1.70	-1.84 - 5.24	0.346
die Mehrheit	1.91	-1.69 - 5.50	0.297
alle, oder fast alle	7.78	2.00 - 13.56	0.009
Zustimmung zu positiven Raucher-Stereotypen	2.09	-1.43 - 5.61	0.020
Konstante	12.44	8.53 - 16.34	0.000
Modell $p < 0.001$; $R^2 = 0.27$			

Table 4: Regressionsmodell mit "Anzahl täglich gerauchter Zigaretten" als unabhängige Variable

Die Analyse zeigt, dass höheres Alter, schlechter Gesundheitszustand, ein hoher Anteil schwuler Freunde, die rauchen, häufiger als einmal im Monat in den schwulen Ausgang gehen und die Zustimmung zu positiven "Raucher-Stereotypen" (s. vorne) einen hohen täglichen Zigarettenkonsum erklären, während eine tertiäre Ausbildung und ein "gemischter Freundeskreis" (gleichermassen heterosexuelle und homosexuelle Freunde) eher schützenden Effekt haben. Den stärksten Zusammenhang mit dem täglichen Zigarettenkonsum haben dabei das Alter, der Anteil der schwulen Freunde, der raucht sowie eine hohe Frequenz, in den schwulen Ausgang zu gehen. Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass es sich häufig um interdependente Beziehungen handeln kann: So kann

der Zusammenhang zwischen schlechterem Gesundheitszustand und Anzahl gerauchter Zigaretten sowohl nahe liegend bezeichnen, dass Personen mit höherem Tabakkonsum in einem schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand sind. Gleichwohl – und dies ist hier nicht klärbar – kann dem Zusammenhang auch die reverse Kausalität zugrunde liegen, dass nämlich Personen mit schlechterem Gesundheitszustand mehr rauchen. Beim deutlichen Zusammenhang zwischen Alter und Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten handelt es sich vermutlich um einen Kohorteneffekt. Dieser konnte im Schweizerischen Tabakmonitoring auch für die allgemeine männliche Bevölkerung beobachtet werden [47].

Wie bereits gezeigt wurde, hat die Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören, einen erheblichen Einfluss darauf, ob die Teilnehmer *überhaupt* an einem Gruppenprogramm teilnehmen würden. Mittels multipler logistischer Regression wurden Prädiktoren für die Aufhörbereitschaft innert der kommenden 6 Monate geschätzt um Faktoren zu identifizieren, die aufhörereite Männer beschreiben können.

Variable	OR	95% CI	p
Positiver HIV-Serostatus	5.35	1.54 - 18.51	0.008
Schlechter allgemeiner Gesundheitszustand	1.41	0.68 - 2.93	0.355
Ausbildung (<i>zur Basis: Primäre Ausbildung</i>)			
Sekundäre Ausbildung	0.18	0.05 - 0.66	0.009
Tertiäre Ausbildung	0.30	0.08 - 1.13	0.075
Alter (<i>zur Basis: <26 Jahre</i>)			
26-35 Jahre	3.26	1.49 - 7.16	0.003
36-45 Jahre	2.74	1.21 - 6.24	0.016
46-55 Jahre	5.38	1.37 - 21.07	0.016
> 55 Jahre	4.27	0.79 - 23.23	0.093
Anzahl bisheriger Aufhörversuche	2.40	1.73 - 3.32	0.000
Anzahl täglich gerauchter Zigaretten	0.96	0.93 - 0.99	0.020
Zustimmung " <i>Raucher sehen kränker aus</i> "	2.16	1.13 - 4.13	0.019
Zustimmung " <i>Raucher haben eine bessere Figur</i> "	1.83	0.99 - 3.40	0.055
Rauchverzicht extrem schwierig in " <i>psychisch belastenden Situationen</i> "	3.58	1.93 - 6.65	0.000
Häufigkeit schwuler Ausgang (<i>zur Basis: nie oder sehr selten</i>)			
> 4 mal im Monat	0.73	0.35 - 1.50	0.389
Anteil schwuler Freunde, die rauchen (<i>zur Basis: nur wenige</i>)			
etwa die Hälfte	1.68	0.91 - 3.10	0.095

Model $p < 0.001$; $R^2 = 0.29$

Table 4: Logistisches Regressionsmodell mit "Aufhörbereitschaft innert 6 Monaten" als unabhängige Variable

Die Analyse zeigt, dass insbesondere positiver HIV-Serostatus (nicht aber ein selbsteingeschätzter schlechter allgemeiner Gesundheitsstatus) und höheres Alter wichtige Prädiktoren für die Aufhörbereitschaft sind. Neben einer höheren Anzahl bisheriger (gescheiterter) Aufhörversuche zeigen sich vor allem "Einstellungs-Aspekte" oder kulturelle Merkmale als Prädiktoren für die Aufhörbereitschaft: So sind sowohl die Zustimmung zum Stereotyp, dass "Raucher kränker aussehen", als auch zum Stereotyp dass "Raucher eine bessere Figur haben" mit einem etwa doppelten "Risiko" selber aufhören zu wollen verbunden. Dabei können natürlich wiederum keine Kausalitäten vorausgesetzt werden: Während es nachvollziehbar erscheint, dass die Einschätzung dass "Raucher kränker aussehen" den eigenen Wunsch mit dem Rauchen aufhören begünstigt, so ist dies bei der Zustimmung zum positiven Stereotyp, dass "Raucher eine bessere Figur haben" nicht a priori nachvollziehbar. Möglicherweise spiegelt sich hierin einfach die besondere Bedeutung der antizipierten Gewichtszunahme bei aufhörwilligen Männern.

Bemerkenswert ist zudem, dass Männer, die angegeben hatten, in psychisch belastenden Situationen besonders schwer auf das Rauchen verzichten zu können, 3.5-mal häufiger ihren Rauchstopp innert der kommenden 6 Monate planten. Auch hier bleibt die Kausalität unklar, das Resultat könnte jedoch auf eine spezifische Subgruppe von Rauchern deuten oder Hinweis auf eine stärkere Reflektion des eigenen Rauchverhaltens in dieser Gruppe sein. Dahingegen zeigen die beiden "Bildungs-Variablen", dass in der Stichprobe höhere Bildung eher eine geringere Aufhörbereitschaft vorhersagt. Höherer täglicher Zigarettenkonsum ist ebenfalls mit einer geringeren Bereitschaft aufzuhören verbunden. Andere Variablen, insbesondere weitere sozioökonomische Merkmale, wie Berufstätigkeit und Einkommen, spielten in beiden Regressionsmodellen keine Rolle.

5.1.3 Teilnahmereitschaft an schwulem Entwöhnungsprogramm

Neben dem komplexeren Vignetten-Ansatz, in dem der Einfluss von Ausgestaltungsmerkmalen auf die hypothetische Teilnahmereitschaft untersucht wird, wurde den Teilnehmern der Befragung auch die direkte Frage gestellt, ob sie an einem Aufhörprogramm für schwule Männern teilnehmen würden (oder sich für eine Teilnahme interessieren würden), sollten sie mit dem Rauchen aufhören wollen. Dabei wurden Programm-Merkmale nicht näher spezifiziert (z.B. Kurs-Anbieter). In einer logistischen Regressionsanalyse wurden nun untersucht, welche Eigenschaften der Respondenten das Interesse/Teilnahme an einem Entwöhnungsprogramm für schwule Männer beeinflusst.

Variable	OR	95% CI	p
Positiver HIV-Serostatus	1.28	0.35 - 4.65	0.704
Ausbildung (zur Basis: Primäre Ausbildung)		-	
Sekundäre Ausbildung	0.33	0.08 - 1.37	0.127
Tertiäre Ausbildung	0.28	0.06 - 1.21	0.087
Alter (zur Basis: <26 Jahre)			
26-35 Jahre	1.80	0.87 - 3.73	0.115
36-45 Jahre	2.24	1.00 - 5.03	0.051
46-55 Jahre	4.28	1.03 - 17.84	0.046
> 55 Jahre	1.93	0.30 - 12.27	0.486
Aufhörbereitschaft innert 6 Monaten	2.63	1.49 - 4.66	0.001
Fagerstrom Nikotinabhängigkeits-Score	1.16	1.04 - 1.30	0.007
Starke Angst vor Gewichtszunahme	1.76	1.00 - 3.11	0.051
Zustimmung zu positiven Raucher-Stereotypen	5.04	1.50 - 16.93	0.009

Modell $p < 0.001$; $R^2 = 0.21$

Table 5: Regressionsmodell mit "Interesse oder Teilnahme an schwulem Entwöhnungsprogramm" als unabhängige Variable

Die Resultate zeigen, dass Männer in den Altersgruppen zwischen 36 und 55 Jahren eher an einem schwulen Aufhörprogramm interessiert wären als Jüngere. Daneben haben die Aufhörbereitschaft und der Fagerstrom Nikotinabhängigkeits-Score einen signifikanten Einfluss auf die Teilnahmebereitschaft (dies wurde ja auch im Vignetten-Ansatz deutlich bestätigt). Auf der "Einstellungs-Seite" zeigt sich, dass die starke Sorge vor der eigenen Gewichtszunahme und insbesondere der "Zustimmungs-Index" zu positiven Raucher-Stereotypen (s. Tabelle 2) das Interesse an einer Teilnahme deutlich beeinflusst. Eine Detail-Analyse zeigt, dass dies vor allem auf eine häufige und starke Zustimmung zum Statement "Rauchen ist männlich" zurückzuführen ist, welche bei Personen, die an einem schwulen Entwöhnungsprogramm Interesse äussern, mehr als doppelt so häufig zu finden ist. Ausbildung und Berufstätigkeit (nicht im letzten Modell inkludiert) spielen erneut keine massgebliche Rolle. Gleiches gilt für den Gesundheitszustand sowie den HIV-Serostatus.

5.2 Fokusgruppen

5.2.1 Methodisches Vorgehen

In Fokusgruppen mit schwulen Rauchern und ehemaligen Rauchern wurden kulturelle und soziale Aspekte des Rauchens, Rahmenbedingungen für den Rauchstopp und Einstellungen gegenüber schwulen Rauchstopp-Programmen vertieft untersucht.

Die Teilnehmer wurden grundsätzlich über zwei Wege rekrutiert: Zum einen konnten Teilnehmer der quantitativen Befragung (s. oben) ihr Interesse, sich an einer Fokusgruppe zu beteiligen, dokumentieren. Zum anderen wurden potentielle Kandidaten der Zielgruppe durch Aushänge und Flyer und E-Mail-Aussand (z.B. Newsletter) durch relevante Organisationen angesprochen. Ein wichtiges Thema für die Untersuchung war, inwieweit die soziale Gruppenzugehörigkeit eine Relevanz hat für die Präferenz gegenüber Rauchstopp-Programmen. Daher wurde bei der Gruppenzusammenstellung explizit der soziodemographische Hintergrund der Teilnehmer berücksichtigt. So sollte analysiert werden, welche Bedeutung das Merkmal "schwuler Rauchstopp-Kurs" (und damit verbunden eine Aussage über die zu erwartenden anderen Teilnehmer) im Verhältnis zu anderen Merkmalen einnimmt (z.B. grosse Heterogenität in soziodemographischen Attributen der Teilnehmer). Aus diesem Grunde erfolgte die Gruppenzusammensetzung Theoriegeleitet: Aufgrund der für die Bewerber vorhandenen Daten konnten jeweils eine Gruppe mit Teilnehmern höheren und geringeren sozioökonomischen Status (Bildung und Einkommen) gebildet werden. Bei anderen relevanten Merkmalen, insbesondere Alter, Berufstätigkeit, und HIV-Serostatus, wurde auf eine starke Heterogenität innerhalb der Gruppen geachtet.

Bei den ehemaligen Rauchern zeigten sich alle Rekrutierungsmassnahmen als wenig erfolgreich. Trotz spezifischen und grossen Aufwandes konnten nicht genügend Interessenten zur Teilnahme gewonnen werden. In den Kontakten mit potentiellen Kandidaten zeigte sich, dass die Motivation in dieser Gruppe sehr gering war. Aus diesem Grunde konnte nur eine Fokusgruppe mit ehemaligen Rauchern durchgeführt werden, die zudem auch noch gering besetzt war. Die Gruppen fanden an drei Abenden in Zürich in Schulungsräumen der ARUD statt. Die Befragten erhielten jeweils eine Aufwandsentschädigung von 60 SFr. Die Fokusgruppen wurden entlang zwei vorgängig erstellten Leitfäden (Raucher und ehemalige Raucher) durchgeführt, auf Tonband aufgezeichnet und ausgewertet.

5.2.2 Ergebnisse

Alle drei Gruppensitzungen dauerten ca. 90 Minuten. Die Atmosphäre während der Fokusgruppen war sehr offen und angenehm und die Diskussion verlief im Allgemeinen sehr lebhaft. Folgende Teilnehmer nahmen an den Sitzungen teil:

Gruppenzusammensetzungen:

Aktuelle Raucher, "hoher sozioökonomischer Status" (High SES, HSES)

- 1) Alter: 25 Jahre, angefangen zu rauchen mit: 18 Jahren, momentan 20 Zigaretten pro Tag
 - 2) Alter: 39 Jahre, angefangen zu rauchen mit: 36, fast 40 Zigaretten/Tag.
 - 3) Alter: 30 Jahre, angefangen zu rauchen mit: 13 Jahren, 30-40 Zigaretten/Tag.
 - 4) Alter: 33 Jahre, angefangen zu rauchen mit: 17 Jahren, knapp 20 Zigaretten/Tag.
 - 5) Alter: 47 Jahre, angefangen zu rauchen mit: 27 Jahren, 20 Zigaretten/Tag.
 - 6) Alter 43 Jahre, angefangen zu rauchen mit: 14 Jahren, 20-40 Zigaretten/Tag.
 - 7) Alter 44 Jahre, angefangen zu rauchen mit: 19 Jahren, 20 Zigaretten/Tag.
-

Aktuelle Raucher, "tiefer sozioökonomischer Status" (Low SES, LSES)

- 1) Alter: 23 Jahre, angefangen zu rauchen mit: 13-14 Jahren, 10-15 Zigaretten/Tag.
 - 2) Alter: 42 Jahre, angefangen zu rauchen mit: 20 Jahren, 20 Zigaretten/Tag.
 - 3) Alter: 51 Jahre, angefangen zu rauchen mit: 18 Jahren, 10-20 Zigaretten/Tag.
 - 4) Alter: 26 Jahre, angefangen zu rauchen mit: 15 Jahren, 20 Zigaretten pro Tag.
 - 5) Alter: 52 Jahre, angefangen zu rauchen mit: 18 Jahren, 20 Zigaretten/Tag, im Ausgang 40 Zigaretten.
 - 6) Alter: 23 Jahre, angefangen zu rauchen mit: 18 Jahren, 20 Zigaretten/Tag.
-

Ehemalige Raucher

- 1) Alter: 62 Jahre, angefangen zu rauchen mit 16 Jahren, seit 1.5 Jahren Nichtraucher, rauchte vorher ca. 60 Zigaretten/Tag.
 - 2) Alter: 32 Jahre, angefangen zu rauchen mit 14 Jahren, seit 2.5 Jahren Nichtraucher, konnte nicht angeben, wie viel er geraucht hatte, da sein Rauchverhalten sehr unterschiedlich ausfiel, rauchte jedoch täglich.
 - 3) Alter: 42 Jahre, angefangen zu rauchen mit 15 Jahren, seit 14 Jahren Nichtraucher, rauchte vorher ca. 20 Zigaretten/Tag.
-

5.2.2.1 Fokusgruppen "aktuelle Raucher"

Frage 1:

Möchten Sie mit dem Rauchen aufhören?

Die knappe Mehrheit der beiden Gruppen möchte nicht in absehbarer Zeit mit dem Rauchen aufhören. Überraschenderweise ist die Anzahl Aufhörwilliger bei der LSES-Gruppe höher als bei der HSES-Gruppe, was vermutlich auf den etwas tieferen Altersdurchschnitt bei der ersteren erklärt werden kann. Auffallend ist nämlich, dass diejenigen, die einen Rauchstopp vollziehen wollen, fast ausschliesslich ältere Teilnehmer sind. (Der Zusammenhang zwischen höherem Alter und Aufhörbereitschaft zeigte sich ja auch in den quantitativen Ergebnissen). Bei den Befragten, die nicht mit dem Rauchen aufhören möchten, ist jedoch bei vielen der Wunsch vorhanden, die Anzahl gerauchter Zigaretten zu reduzieren oder sogar nur noch ein sogenannter "Gelegenheitsraucher" zu werden. Den Wunsch, ein Gelegenheitsraucher zu werden, äussern in der HSES-Gruppe zwar auch die beiden ältesten Raucher, aber sie haben feststellen müssen, dass dies nicht möglich ist für sie, weil sie bei einem entsprechenden Versuch immer wieder als regelmässige Raucher enden. Besonders prägnant drückt dieses Dilemma der zweitälteste Raucher aus:

"Ich rauche entweder gar nicht oder dann richtig. Anders geht es einfach nicht."

Diejenigen Raucher, welche in absehbarer Zeit nicht mit dem Rauchen aufhören wollen, begründen dies entweder mit gescheiterten Rauchstoppversuchen, die sie hinter sich haben oder damit, dass sie noch jung sind und die gesundheitlichen Konsequenzen zum jetzigen Zeitpunkt für sie irrelevant sind.

Frage 2:

Haben Sie bereits Aufhörversuche gemacht? Falls ja; Wie viele?

Warum denken Sie, hat es nicht geklappt bis jetzt?

Beide Gruppen äussern sich relativ homogen zu dieser Frage. Die grosse Mehrheit hat bereits mindestens einen Aufhörversuch hinter sich. Bei den jüngeren Teilnehmern entsteht allerdings der Eindruck, dass diese eher auf Druck von aussen, oder aus Experi-

mentierfreude heraus erfolgten und nicht auf Basis eines fundierten Entscheids. Das Benennen von Gründen für das Scheitern der Versuche fällt den Teilnehmern offenbar schwer. In der HSES-Gruppe vermag niemand der Befragten klar zu sagen, wieso er wieder angefangen hat zu rauchen. Bei der LSES-Gruppe wird hauptsächlich das soziale Umfeld erwähnt, in dem viel geraucht wird und, dass man dadurch wieder in Versuchung gekommen und rückfällig geworden ist. Deutlich wird hingegen, dass die Abhängigkeit meistens mit einer Zigarette, die man bedenkenlos raucht, wieder ihren Lauf nimmt. Der älteste Teilnehmer in der HSES-Gruppe drückt dies in seinen eigenen Worten aus:

"Man denkt, ja jetzt mal eine und dann ist man schon wieder drin."

Diese Aussage ist auch sinnbildlich für die Schwierigkeit, die Abstinenz dauerhaft zu wahren und unterstreicht die Wortmeldung eines anderen Teilnehmers:

"Aufhören ist nicht schwierig, aber dabei zu bleiben."

Frage 3:

Welches sind Situationen in denen Sie viel rauchen?

Die Situationen, in denen viel geraucht wird, ähneln sich bei fast allen Befragten beider Gruppen. Besonders häufig wird die Situation des Ausgehens erwähnt, gefolgt von typischen Stresssituationen bzw. der Phase unmittelbar danach, Arbeitspausen, Langeweile, Telefonieren u.ä. Alle Interviewten stimmen überein, vor allem im Ausgang besonders viel zu rauchen. Als Hauptmotiv dafür wird das Beschäftigen der Hände genannt. Daneben wird vor allem von den Jüngeren auch das bindende Element der Zigarette in sozialen Gruppen erwähnt. Ein Teilnehmer mittleren Alters drückt dies in seinen eigenen Worten besonders deutlich aus:

"Vielfach ist es dann auch bei sozialen Anlässen, äh, die Raucher finden sich einfach schneller. Es ist dann so ein verschworenes Grüppchen plötzlich, das draussen ist am Rauchen und so ist der soziale Kontakt auch besser."

Frage 4:

Wenn Sie mit dem Rauchen aufhören wollen/wollten, welche Methode würden Sie wählen?

Die Wahl der Methoden fällt in bei den Gruppen sehr individuell aus und hängt offenbar stark von der Dauer der "Raucherkarriere" ab. Jüngere Raucher, die noch nicht so lange rauchen, würden nach eigenen Angaben eher die *"radikale Methode"* wählen, was bedeutet, dass sie sich vorstellen, einfach vom einen Tag auf den anderen mit dem Rauchen aufzuhören – ohne jegliche Hilfsmittel. Sie weisen darüber hinaus einen deutlich geringeren Informationsstand über verschiedene Substitutionsmittel auf als die älteren Raucher. Jüngere Teilnehmer betonen, dass der Rauchstopp *"eine Kopfsache"* sei und sie aufhören könnten, wenn sie nur wollten. Besonders oft fällt hierbei der Begriff des *"starken Willens"* oder der *"Willenskraft"*. Dieser Umstand kann als Hinweis gedeutet werden, dass sich die jüngeren Teilnehmer noch nicht so sehr über die Ausmasse der Nikotinabhängigkeit bewusst sind und die Schwierigkeit des Rauchstopps tendenziell unterschätzen. Die älteren Männer zeigen ein deutlich stärkeres Bedürfnis nach externer Hilfe, vor allem eines Arztes, ggf. einer Rauchstoppgruppe oder einer Einzelberatung. Sie sind auch eher bereit dazu, zusätzliche Hilfsmittel wie Zyban® (Bupropion) oder Nikotinersatzprodukte zu verwenden. Dies trifft insbesondere auf die Teilnehmer der HSES-Gruppe zu. In der HSES-Gruppe wird darüber hinaus das Buch "Endlich Nichtraucher" von Alan Carr erwähnt, welches teilweise auch schon gelesen wurde.

Frage 4b:

Wie würden Sie vorgehen?

Bei dieser Frage zeigt sich wieder ein deutlicher Unterschied zwischen den jüngeren und den älteren Männern. Die jüngeren Teilnehmer sind der Überzeugung, dass sie das Rauchen *"irgendwann einmal so sehr ekeln wird"*, dass sie damit aufhören. In diesem Zusammenhang wird immer wieder die Willensstärke erwähnt, von der sie überzeugt sind, diese zu besitzen und darum erfolgreich mit dem Rauchstopp zu sein. Die älteren Teilnehmer zeigen sich differenzierter in ihrer theoretischen Vorgehensweise. Bei ihnen wird klar, dass sie Strategien nutzen möchten, die sich bei ihnen bereits – zumindest kurzfristig – bewährt haben (z.B. neuen Lebensabschnitt nutzen, externe Hilfe, Zyban®). Allerdings sind sie offen dafür, diese Methoden durch zusätzliche Strategien zu ergänzen.

Frage 4c:

Welche Situationen wären für Sie schwierig?

Bei dieser Frage zeigte sich, dass sich sowohl die einzelnen Gruppen, als auch die verschiedenen Teilnehmer einig über besonders schwierige Situationen sind, in denen nicht mehr geraucht werden könnte. Die Befragten empfinden Situationen, die sich im sozialen Nahraum abspielen, in dem viel geraucht wird, als besonders verleitend ebenfalls (mit-) zu rauchen. In diesem Zusammenhang fällt vor allem dem Ausgehen am Wochenende – insbesondere in Kombination mit Alkoholkonsum – besonderes Gewicht zu. Ebenfalls stimmen die meisten Befragten darin überein, dass allgemeine Stresssituationen (z.B. bei der Arbeit oder bei interpersonellen Konflikten und Streitereien) eine starke Belastung darstellen wenn es darum geht, eine Abstinenzphase aufrecht zu erhalten. Mehrere Teilnehmer berichten ausserdem über Ängste auf eine subtile Weise *"nicht mehr dazuzugehören"*, wenn man nicht mehr raucht:

"Du gehörst dann irgendwie nicht mehr zur Fraktion."

Wenn es um den konkreten Rauchstopp geht, ergibt sich ein breiter Gruppenkonsens insofern, dass ein grosses Hindernis darin besteht, sich für einen konkreten, bzw. idealen Rauchstopptag zu entscheiden. Bei den älteren Rauchern spielt offenbar auch die Angst vor dem (erneuten) Scheitern eine bedeutende Rolle.

Frage 5:

Wenn es um Ausgang / sich in der Gay-Szene bewegen geht: Wie ist das dann da, nicht mehr zu rauchen? Falls es schwierig ist; Wieso ist es so schwierig?

Beide Gruppen stimmen grösstenteils darin überein, dass das Ausgehen in der Gay-Szene als besonders schwierige Situation bewertet wird. Bei der Begründung für diese Wahrnehmung zeigen sich jedoch Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Die Gründe für die Schwierigkeiten besonders in der Gay-Szene nicht zu rauchen werden in der LSES-Gruppe hauptsächlich im sozialen Umfeld gesehen, da die meisten der engeren Freunde rauchen. Als besonders schwierig wird in diesem Zusammenhang das Zusammenspiel des Alkohols und der Lust zu Rauchen beschrieben. Einzig der älteste Teilneh-

mer in der LSES-Gruppe fiel bei dieser Frage aus dem Rahmen. Er empfand keinen spürbaren Unterschied bei seinem letzten Rauchstopp:

"Es ist komisch, aber es war eigentlich genau gleich."

Dies kann unter Umständen damit erklärt werden, dass er nach eigenen Angaben nicht mehr so häufig *"an diese Orte"* geht und sich durch seine breite Lebenserfahrung auf ein stärkeres Selbstbewusstsein stützen könnte.

In der HSES-Gruppe wird hingegen deutlich, dass das Rauchen in der schwulen Ausgangsszene offenbar eine wichtige Funktion übernimmt um dabei zu helfen, eine persönliche Unsicherheit zu überspielen. Ausserdem wird es als weitaus leichter empfunden *"cool"* zu wirken während man raucht. In der folgenden Frage wird dieses Phänomen noch detaillierter umschrieben und verdeutlicht.

Frage 6:

Glauben Sie, dass schwule Männer mehr rauchen als heterosexuelle Männer? Wenn ja; Wieso denken Sie ist das so?

Für den Forscher überraschend zeigten bei dieser Frage beide Gruppen ausgesprochen unterschiedliche Wahrnehmungen und eine breite Unsicherheit, ob diese Frage zu bejahen sei und was allfällige Gründe dafür sein könnten.

Die Hälfte der LSES-Gruppe glaubt, dass unter schwulen Männern mehr geraucht wird, die andere Hälfte empfindet die Prävalenz bei beiden Gruppen als gleich hoch. Jene Personen, die denken, dass die Raucherquote bei den schwulen Männern höher ist, führen dies hauptsächlich darauf zurück, dass sie mehr unterwegs und im Ausgang sind als Heterosexuelle. Ausserdem beschreiben sie, dass es in der Schwulen-Szene besonders wichtig ist, *"gesehen zu werden und sich zu zeigen"*, sich in Szene zu setzen und gewissermassen zu posieren.

"(...) und dabei ist das Rauchen vielleicht ein gewisser Prestige-Artikel. Einfach das Präsentieren von der Persönlichkeit, von sich selber, ein wenig auffallen."

"Cool" und "sexy" zu sein spielt beim Rauchen in der Schwulen-Szene offenbar eine wichtige Rolle. Vor allem bei den jungen Schwulen nimmt beim Rauchen sicherlich auch der "Socializing-Effekt" eine tragende Rolle ein.

Wie bereits die LSES- zeigt sich die HSES-Gruppe ebenfalls unsicher und uneinig, ob die schwulen Männer mehr rauchen. Einige wissen aus der Berichterstattung, dass die Prävalenz höher ist. Als Gründe für die höhere Rauchprävalenz werden verschiedene Erklärungsmodelle von den Befragten geliefert: Einerseits könnte demnach bei den schwulen Männern ein Kompensationsbedürfnis für ihre gesellschaftliche Situation eine Erklärung darstellen. Ein Befragter drückt dies in seinen eigenen Worten wie folgt aus:

"Ich denke bei Schwulen ist auch noch ein gewisses Kompensationsbedürfnis da, um sich anzupassen und um auch cool zu sein, weil man ja anders ist."

Weiter wird davon berichtet, dass die Suchtgefährdung bei schwulen Männern tendenziell grösser ist, was sich unter anderem in einer höheren Selbstmordrate oder häufigerem Drogenkonsum äussert. Die erwähnte Vulnerabilität und Risikobereitschaft bei schwulen Männern wird von mehreren Teilnehmern bestätigt, einer davon drückt dies besonders prägnant aus:

"Es könnte ja sein, dass schwule Männer finden; für was soll ich gesund bleiben? Für was soll ich alt werden, habe eh keine Enkelkinder, muss ja denen nicht schauen später oder irgendsowas (...). Das lange Leben ist gar nicht so erstrebenswert. Wenn du dann alt und verbraucht bist, bist du eh lieber tot."

Block 2, Einleitung Rauchstopp-Kurse

"Sie haben vielleicht schon einmal davon gehört, dass es Rauchstopp-Kurse gibt...."

Frage 7:

Wie stellen Sie sich so eine Gruppe vor? Was denken Sie passiert dort?

Die Teilnehmer beider Gruppen zeigen eine grosse Unsicherheit darüber, was in solchen Gruppen geschieht und weisen sehr unklare Vorstellungen darüber auf. Die meisten Interviewten beschäftigt dabei das Thema der Gruppe und der damit verbundenen Gruppendynamik bzw. des einhergehenden Gruppendrucks. Dieser Thematik stehen die Be-

fragten sehr geteilt gegenüber. Etwa die Hälfte LSES-Gruppe befürchtet, sich in so einer Gruppe einem Druck beugen zu müssen (Gruppendruck), die anderen Männer der LSES-Gruppe sehen auch einen Vorteil in einer gewissen Gruppendynamik, welche das Vorhaben mit dem Rauchen aufzuhören, bestärken kann und versprechen sich eher einen Gewinn aus der Teilnahme an einer Rauchstoppgruppe. Bei der HSES-Gruppe fiel die Skepsis gegenüber einer Gruppe aus den oben benannten Gründen noch etwas stärker aus als bei der LSES-Gruppe. Analog zur LSES-Gruppe wird eine deutliche Zurückhaltung gegenüber dem Begriff "Gruppe" deutlich, der von den meisten mit Befürchtungen eines unangenehmen Gruppendrucks assoziiert wird. Sämtliche Teilnehmer stellen sich vor, dass man dabei miteinander redet und sich gegenseitig versucht zu motivieren, mit dem Rauchen aufzuhören, bzw. abstinent zu bleiben und dabei von einer professionellen Leitung gezielt unterstützt wird. Vor allem die langjährigen Raucher wünschen sich ausdrücklich eine längerfristig angelegte Gruppe, die vor allem auch in der Abstinenzphase unterstützend wirkt.

Bei beiden Gruppen zeigt sich hier, wie auch bereits zuvor ein Unterschied zwischen den jüngeren Teilnehmern, die eine Gruppe mit mehr Skepsis betrachten und den älteren, langjährigen Rauchern, welche einer Rauchstoppgruppe offener gegenüber stehen. Von den Befürwortern einer Rauchstoppgruppe wird gewünscht, dass man sich in einer Rauchstopp-Gruppe mit den typischen kritischen Situationen beschäftigt, die ein Rauchstoppversuch mit sich bringt, und wie man mit diesen am besten umgehen kann. Konkret werden dabei das gemeinsame Erarbeiten von Strategien erwähnt sowie das eigene Verhalten in der Gruppe zu thematisieren und gemeinsam zu reflektieren.

Einer der älteren Probanden drückt dies folgendermassen in seinen eigenen Worten aus:

"Und jeder tut vielleicht einfach einmal sein Verhalten auf den Tisch legen, wie es ist und sagt es, wie das Verhalten dort und dort ist und so wird man wahrscheinlich irgendwie versuchen zusammen etwas zu erarbeiten, dass man am Schluss wirklich drauf kommt; ich brauche das gar nicht, also ich könnte mit dem aufhören."

Frage 8:

Was spricht für so eine Gruppe / was dagegen?

Bei dieser Frage wurde die starke Ambivalenz gegenüber einer Rauchstoppgruppe besonders deutlich spürbar. Alle Männer äussern sich wie bereits bei der vorangegangenen Frage grundsätzlich skeptisch gegenüber dem Begriff "Gruppe". Dies rührt hauptsächlich daher, dass damit ein gewisser Zwang oder ein (Gruppen-)Druck assoziiert wird:

"Beim Wort Gruppe stellt es mir die Nackenhaare zu Berge."

Vor allem von den jüngeren Befragten wird betont, dass es sich beim Rauchstopp um eine Frage des Willens handelt und man dies persönlich mit sich selber "ausmachen" muss. Sie würden wenn schon eher in eine Einzelberatung gehen. Die älteren Raucher sind einer Gruppe gegenüber, trotz der thematisierten Vorurteile eher aufgeschlossen - insbesondere einer schwulen Rauchstoppgruppe. Besonders prägnant drückt die beschriebene Ambivalenz einer der älteren Teilnehmer aus der HSES-Gruppe aus:

"Das Positive finde ich, es könnte eben auch sehr lustbetont sein (...) und gerade eine schwule Rauchergruppe, finde ich, das könnte eben auch witzig sein. Und dagegen sprechen, ähm, meine Vorurteile - so gegen gruppendynamische Dingsbums, Prozesse und so. Das sind so diese Vorurteile. Aber ich habe es ja noch nie gemacht. Ich habe es ja noch nie ausprobiert."

Frage 8:

Würden Sie an einer solchen Gruppe teilnehmen? Warum ja / warum nein?

Einer Rauchstoppgruppe stehen grundsätzlich alle Teilnehmer mit einer gewissen Zurückhaltung gegenüber, was hauptsächlich damit begründet wird, "nicht so der Gruppenmensch zu sein". Mehrfach fällt in diesem Zusammenhang auch der Begriff der Gruppentherapie, der teilweise auf klare Ablehnung stösst. Allerdings zeigt sich die Mehrheit in beiden Gruppen dennoch sehr neugierig darüber, was in einer solchen Gruppe genau geschieht. Aus diesem Grund würden die meisten zumindest einmal an einer solchen Rauchstoppgruppe teilnehmen, wenn sich die Gelegenheit böte – hauptsächlich wohl aus Neugierde:

"(...) einfach um zu schauen, was da erarbeitet wird, wie das läuft."

Die Bereitschaft eine solche Gruppe zumindest versuchsweise einmal zu besuchen, fällt bei der LSES-Gruppe etwas höher aus als bei der HSES-Gruppe, bei welcher sich eine stärkere Unschlüssigkeit zeigt. Besonders bei der HSES-Gruppe wird im Verlauf des Gesprächs unmissverständlich deutlich, dass die Gruppe aber als Schwulen-Rauchstopp-Gruppe angelegt werden müsste, um für die meisten Befragten attraktiv zu sein. Einige wenige Männer – vor allem aus der LSES-Gruppe – sprechen sich entschieden gegen eine persönliche Teilnahme aus, weil ihnen eine solche Gruppe zu intim wäre:

"Ich will nicht so viel Persönliches mit einer Gruppe teilen."

Frage 9:

Wie sollte so eine Gruppe sein, damit sie interessant wird?

Die Vorstellungen, welche zu dieser Frage geäußert wurden, waren bei der LSES-Gruppe deutlich unspezifischer als bei der HSES-Gruppe. Beiden Gruppen gemeinsam ist die Relevanz der Sympathie gegenüber den restlichen Teilnehmern einer solchen Rauchstoppgruppe. Bei der HSES-Gruppe ist insbesondere der Umstand, dass eine solche Gruppe als schwule Rauchstopp-Gruppe stattfindet besonders wichtig und wird mehrfach hervorgehoben.

Die Meinungen zeigen sich in der LSES-Gruppe insofern als sehr homogen, als dass die Teilnehmer einer solchen Gruppe sich gegenseitig sympathisch sind. Man müsste sich gut miteinander unterhalten können und man müsste offen sprechen können. Bezüglich Alter werden keine spezifischen Wünsche gemacht, jedoch, dass die Teilnehmer wirklich an der Gruppe teilnehmen und mit dem Rauchen aufhören wollen.

Der Gruppenkonsens in der HSES-Gruppe weist klar in die Richtung einer schwulen Rauchstoppgruppe. Abgesehen von einem jungen Teilnehmer wäre eine schwule Rauchstoppgruppe auf jeden Fall interessanter als eine gemischte. Vor allem bei den älteren Rauchern wird deutlich, dass sie ausschliesslich an einer schwulen Rauchstoppgruppe teilnehmen würden. Die Wichtigkeit einer schwulen Rauchstoppgruppe wird hauptsächlich damit begründet, dass man eher eine sympathiebezogene Verbundenheit von einer solchen Gruppe erwartet. Auf die gegenseitige Sympathie wird von allen Teilnehmern eindeutig das Hauptgewicht gelegt, um eine Rauchstoppgruppe attraktiv zu machen.

Ebenfalls sehr wichtig ist vor allem den älteren Teilnehmern, dass sie sich selber sein wollen und sich dies eher in einer schwulen Gruppe vorstellen können. Einer der älteren Befragten unterstreicht dies folgendermassen:

"Zum Beispiel, Du hast vorher gesagt, rauchen nach dem Sex, oder. Dann wissen hier alle gleich von was man redet. Ich glaube ein Heti würde das nicht einfach so sagen, nach dem Sex rauchen."

Von der grossen Mehrheit beider Gruppen wird klar ausgedrückt, dass ausserdem auch die Möglichkeit neue schwule Männer kennen zu lernen ein sehr motivierender Faktor wäre, an einer solchen Rauchstoppgruppe teilzunehmen. Bezogen auf den konkreten Rahmen, einer solchen Rauchstoppgruppe schlagen die beiden ältesten Männer vor, dass die zeitliche Frequenz sowie die Örtlichkeit einer solchen Gruppe so flexibel wie möglich gehalten wird und die Gruppe möglichst keinen Zwangcharakter aufweist

"Einfach nicht so etwas Starres. So dass man sich zum Beispiel auch mal in einem Restaurant oder so treffen kann."

Ebenfalls als wichtige Faktoren werden erwähnt: Eine gemässigte Anzahl Teilnehmer, ein sympathischer professioneller Moderator und die Möglichkeit, die Gruppe langfristig fortbestehen lassen zu können, um die Abstinenz über einen grösseren Zeitraum hinweg aufrecht zu erhalten.

Frage 10:

Was sollte / könnte dort passieren?

Bei dieser Frage zeigten sich beide Gruppen als sehr homogen in ihren Wünschen und Vorstellungen. Die Gruppe sollte demnach für alle Befragten ein verbindendes Element darstellen und man sollte auch einmal etwas anderes als eine Gruppensitzung miteinander machen können ("z.B. dass man mal alle zusammen in den Europapark geht oder so etwas."). Dabei wird jedoch betont, dass diese gemeinsamen Unternehmungen auf freiwilliger Teilnahme basieren sollen. Breiter Konsens herrscht auch darüber, dass die Gruppe zumindest anfänglich in einer gewissen Regelmässigkeit stattfindet, damit auch alle wieder kommen. Später wäre es durchaus für die Männer vorstellbar, dass die Frequenz, der Ort und die Art der Gruppensitzungen in einem flexibleren Rahmen gestaltet werden

könnten. Besonderes Gewicht wird ausserdem auf die Person, welche die Gruppe leitet, gelegt. Sie müsste den Teilnehmern unbedingt sympathisch und kompetent sein, um die Rauchstoppgruppe attraktiv zu machen. Auf der inhaltlichen Ebene sprechen sich vor allem ältere Teilnehmer dafür aus, die Problematik der Gewichtszunahme, welche als Folge eines Rauchstopps befürchtet wird, zu thematisieren.

Frage 11:

Wenn Sie an sich und Ihre Bekannten und Freunde denken, halten Sie ein Angebot für schwule Männer für sinnvoll?

Grundsätzlich gesehen, erachten alle Befragten eine schwule Rauchstoppgruppe als sinnvoll. Persönlich würden fast alle eine schwule Rauchstoppgruppe einer gemischten Gruppe vorziehen. Als Grund dafür wird vor allem die Tatsache genannt, dass man *"unter Gleichgesinnten"* ist und man sich in einer schwulen Rauchstoppgruppe einfach wohler fühlen würde. Eine Person würde eine schwule Rauchstoppgruppe grundsätzlich befürworten, würde jedoch lieber eine gemischte Gruppe wählen, da sie diese als spannender empfindet und eine junge Person spricht sich persönlich eher gegen eine schwule Rauchstoppgruppe aus, weil sie *"sonst schon überall mit Schwulen zusammen"* ist.

Frage 12:

Stellen Sie sich vor, es gibt ein spezielles Angebot (für schwule Männer) und Sie würden das in der Zeitung sehen. Würden Sie sich darüber informieren? Würden Sie dahin gehen?

Die Gruppen sind sich bei dieser Frage überraschend einig. Alle Befragten würden sich über eine solche Gruppe informieren und fast alle würden eine solche Gruppe zumindest versuchsweise einmal besuchen. Die Idee, sich anfänglich häufiger zu treffen und dann mit der Zeit diese Abstände zu vergrössern, dafür aber eine längerfristige Gruppe - d.h. länger als 6 Monate - stossen auf breite Zustimmung. Betont wird auch hier wieder, dass die Gruppe nicht durch einen Zwangscharakter geprägt ist.

Fazit:

Die Teilnehmer zeigen vor allem Unterschiede, die sich durch ihre verschiedenen Alterskategorien erklären lassen. Während jüngere Teilnehmer eher glauben, selber mit dem Rauchen aufhören zu können – wenn sie nur wollten – gestehen sich die älteren Teilneh-

mer meist offen ihre Sucht ein und betonen, dass sie es kaum ohne externe Hilfe schaffen könnten. Dementsprechend stehen sie einer Rauchstoppgruppe auch mit viel stärkerem Interesse gegenüber. Die jüngeren Teilnehmer fühlen sich offenbar – wenn schon mit fremder Hilfe – stärker von einer Einzelberatung angesprochen. Dem Begriff "Gruppe" stehen die meisten Männer mit einer ausgeprägten Ambivalenz gegenüber. Einerseits fürchtet man sich, einem unangenehmen Gruppendruck ausgesetzt zu sein, andererseits wird auch ein möglicher Gewinn in der gegenseitigen Unterstützung gesehen. Von einer schwulen Rauchstoppgruppe würden sich sogar die jüngeren Teilnehmer zumindest teilweise angesprochen fühlen. Die Frage, ob man sich eine solche Rauchstoppgruppe einmal versuchsweise "anschauen" würde, bejahten fast alle Teilnehmer aus beiden Gruppen. Der Gewinn einer schwulen Rauchstoppgruppe wird vor allem darin gesehen, dass man sich eher unter so genannten "Gleichgesinnten" hofft und auch der Aspekt des gegenseitigen Kennen Lernens ist offenbar ein wichtiges Element. Bezüglich der inhaltlichen Aspekte einer schwulen Rauchstoppgruppe bestehen unter den Befragten eher unspezifische Vorstellungen. Die meisten Interviewten wünschen sich einen verbindlichen aber zwanglosen Rahmen sowie einen kompetenten und sympathischen Gruppenleiter. Mehrfach werden Bedürfnisse geäußert, dass sich das Setting einer schwulen Rauchstoppgruppe nicht immer zwangsläufig am selben Ort befinden soll und, dass die Möglichkeit bestehen soll, gemeinsam Tätigkeiten ausserhalb der Rauchstoppberatung nachgehen zu können. Abschliessend kann festgehalten werden, dass der deutliche Bedarf nach einer schwulen Rauchstoppgruppe besteht. Allerdings sollte die inhaltliche und formale Ausgestaltung flexibel auf die systematischen und individuellen Bedürfnisse der Teilnehmer angepasst werden.

5.2.2.2 Fokusgruppe "ehemalige Raucher"

Frage 1:

Mit welcher Methode haben Sie aufgehört? (mehrere Versuche?)

Alle Teilnehmer hatten bereits mehrere Rauchstoppversuche hinter sich, bis sie es schafften, von der Zigarette dauerhaft loszukommen. Die Methoden, welche sie dazu angewandt hatten, fielen sehr unterschiedliche aus und werden im Folgenden kurz für jeden Teilnehmer einzeln ausgeführt:

Für den ältesten Befragten, war ein wichtiges Schlüsselerlebnis in Thailand entscheidend. Er berichtet, dass er eines Tages am Strand sass und all die vielen Menschen um sich herum betrachtete. Dabei fiel ihm auf, dass niemand ausser ihm rauchte. Dieses Erlebnis prägte ihn so sehr, dass er sich in diesem Moment vornahm, zu Hause nicht mehr zu rauchen. Entscheidend war dabei für ihn, dass er sich einen Plan zurechtlegte und sich genau überlegte, wie er vorgehen wollte. Zentral dabei war offenbar der Entschluss, sich eine Woche lang zu Hause einzuschliessen, alles zu waschen, das nach Rauch roch (z.B. Vorhänge) und alles wegzuworfen, das er mit dem Rauchen verband (z.B. Aschenbecher). Die ersten Tage nach seinem Rauchstopptag benützte er zusätzlich Nikotinpflaster. Der Jüngste der Teilnehmer hatte sich etwa ein halbes Jahr vor seinem 30. Geburtstag vorgenommen, dass er nach diesem Lebensabschnitt Nichtraucher sein wollte und hat diese Entscheidung am Tag nach seinem 30. Geburtstag entsprechend umgesetzt ("Einfach so, ohne Hilfsmittel oder so was"). Der dritte Teilnehmer hatte zuerst ein paar Bücher über den Rauchstopp gelesen, die ihm halfen, mit Situationen umzugehen, in denen er für gewöhnlich rauchte. Entscheidend ist für ihn aber der Umstand, dass er sich auf einer Motorradtour durch Frankreich eine starke Erkältung zugezogen hatte und diese als Anlass nahm, mit dem Rauchen aufzuhören.

Frage 2:

Wie war das Aufhören für Sie? Hat sich dadurch etwas verändert?

Die Befragten äussern sich zu dieser Frage zuerst mit einer gewissen Enttäuschung darüber, dass sich in ihrem Leben nicht viel verändert hat durch den Rauchstopp. Der älteste Teilnehmer betont, dass er darüber enttäuscht war, dass sich gar nichts veränderte. Die einzige Ausnahme ist, dass er innerhalb von zwei Monaten 8-9 Kilogramm zugenommen hat, die es ihm nicht mehr gelang abzunehmen. Der jüngste Teilnehmer vermisst manchmal das Vergnügen, dass er mit dem Rauchen verband. In seinen eigenen Worten drückt er dies folgendermassen aus:

"Ich habe das Rauchen immer als Vergnügen angesehen (...) eine Pause zu machen oder einfach eine zu rauchen, war ein Vergnügen, aber sonst hat sich nichts verändert. Weder negativ noch positiv."

Insgesamt zeigt er sich allerdings überrascht darüber, wie einfach es ihm fällt nicht mehr zu rauchen, vor allem auch an Parties. Die deutlichste Veränderung durch den

Rauchstopp hat der dritte Befragte erfahren, was ihm jedoch erst im Verlaufe des Gesprächs an sich selber auffällt. Er berichtet davon, jetzt mehr Sport zu machen als früher. Viel wichtiger ist für ihn aber, dass er in seinem Leben mit unangenehmen Situationen anders umzugehen gelernt hat, seit er nicht mehr raucht. In seinen eigenen Worten drückt er dieses Empfinden besonders prägnant aus:

"Du sitzt so am Tisch und es ist dir langweilig und dann nimmst du die Zigarette hervor, weil der andere mit dem du redest so einen Bullshit von sich gibt und dann habe ich gemerkt; stimmt eigentlich, wenn ich es doof finde, dann muss ich ja gar nicht rauchen, dann kann ich einfach aufstehen und gehen und sagen, , 'Was lässt du für einen Bullshit von dir?'."

Eine weitere Veränderung ist bei ihm dahingehend festzustellen, dass er nach eigenen Angaben nicht mehr so häufig ausgeht.

Frage 3:

Gibt es Situationen in denen das Nichtrauchen besonders schwer fällt?

Bei dieser Frage unterscheiden sich die Befragten wiederum stark voneinander. Der älteste Teilnehmer verbindet diese Situationen mit Phasen von Schlaflosigkeit, bei denen er früher auf den Balkon hinausging und ein paar Zigarette rauchte. Diese fehlen ihm manchmal, wenn er wieder auf dem Balkon steht und keine Zigarette anstecken kann. Der Interviewer mittleren Alters macht als einziger der Gruppe deutlich, dass er sich nicht mehr zur Gruppe der Raucher zugehörig fühlt. Dies wird ihm insbesondere bei der Arbeit bewusst, wenn die Raucher gemeinsam eine Arbeitspause einlegen und dabei eine Zigarette rauchen. In diesen Momenten vermisst er das Rauchen manchmal, aber nicht um des Rauchens, sondern um der Zugehörigkeit willens. In Bezug auf die Schwulenszene erwähnt er ausserdem Situationen in denen er seine Männlichkeit durch das Rauchen zu unterstreichen pflegte (z.B. im Darkroom). Der jüngste Teilnehmer vermisst zeitweise das "Vergnügen" welches er mit dem Rauchen verband.

Frage 4:

Gibt es Situationen, die Sie meiden, weil Sie wieder in Versuchung kommen könnten?

Alle Befragten berichten davon, anfänglich vor typischen Situationen, in denen sie vorher geraucht hatten Angst gehabt zu haben. Dabei werden ausschliesslich soziale Situationen genannt, in denen man mit anderen Rauchern zusammen ist. Bei den beiden jüngeren Personen sind diese vor allem im Party-Setting, beim Ältesten ist es der gemeinsame Kneipenbesuch nach der Arbeit, zusammen mit Arbeitskollegen. Mittlerweile meidet aber keiner der Befragten mehr solche Anlässe. Im Gegenteil erzählt der älteste Teilnehmer, dass er ca. 3 Monate nach seinem Rauchstopp sogar absichtlich wieder mit in die Kneipe ging und seine Umgebung dazu aufforderte, sich nicht seinetwegen mit dem Rauchen zurückzuhalten. Eine relativ riskante Strategie hat sich der dritte befragte Mann zu Recht gelegt. Wenn er an Parties ist, oder an Orten, an denen die Zigarette eine wichtige soziale Funktion für die Gruppenzugehörigkeit übernimmt, pafft er manchmal eine Zigarette - allerdings ohne sie zu inhalieren.

Frage 5:

Wie waren die Reaktionen im schwulen Freundeskreis oder auch sonst auf Ihren Rauchstopp?

Die berichteten Reaktionen des alltäglichen heterosexuellen Umfeldes waren offenbar durchwegs positiv. Besonders bestärkend wirkte die überaus freudige Reaktion des Hausarztes von einem Befragten, der ihn "überschwänglich" lobte. Der jüngste Teilnehmer bemerkte gar keine Reaktionen aus seinem Umfeld und der Älteste berichtet davon, dass sich sein Sohn sehr über seinen Rauchstopp freute.

Frage 6:

Haben Sie das Gefühl, dass Sie anders wahrgenommen werden in einer Schwulenbar oder an einer Schwulenparty?

Bis auf den Befragten mittleren Alters spürte niemand eine veränderte Wahrnehmung seiner Person durch das schwule Umfeld. Letzterer erzählt allerdings davon, dass er sich nicht mehr so wohl an Schwulenparties und in Schwulenbars fühle wie früher. Auch hier kommt sein Gefühl "nicht mehr dazu zu gehören" zum Ausdruck:

"Es hat aber auch mit diesem Community-Building zu tun, das du eigentlich in jeder Drogenszene hast, oder. Wenn du rauchst, dann gehörst du dazu, oder, ja, es ist dann noch cool wenn du so in cooler Pose dort sitzt und redest und rauchst und so."

An einer späteren Stelle wird offenkundig, dass er seine Identität "als richtiger Mann", die sich früher unter anderem mit dem Zigarettenrauchen verband mittlerweile anders wahrnimmt, seit er Nichtraucher ist und sich dadurch manchmal ausgeschlossen fühlt:

"(...) und das sind die richtigen Männer und wenn du nicht rauchst oder keine Drogen nimmst, dann gehörst du einfach irgendwie manchmal etwas weniger dazu. Diese Pose und dieses Image, das mit dem Rauchen zusammenhängt, verliert man und man komme sich dann etwas mehr wie ein Outsider vor."

Frage 7:

Wieso glauben Sie, sind Sie erfolgreich gewesen mit dem Aufhören?

Bei dieser Frage zeigen sich die Erklärungsansätze wiederum als sehr unterschiedlich. Gemeinsam ist zwei der drei Befragten, dass sie den Rauchstopptag genau geplant hatten und dass sie im Vorfeld Rauchstopp-Ratgeber gelesen hatten. Der älteste Befragte betont, wie wichtig es ist, dass man sich im Kopf zum Nichtrauchen entscheidet und diesen Vorsatz minutiös plant. Wie oben bereits beschrieben, hatte er sich dazu eine Woche lang bei sich zu Hause eingeschlossen, weil es für ihn wichtig war, den Rauchstopp ausserhalb seines Alltags durchzuführen. Ebenfalls gibt er an, zuvor ein paar Bücher zum Thema Rauchstopp gelesen zu haben, was ihm - allerdings unspezifisch - ebenfalls geholfen hat. Beim jüngsten Mann scheint die Wahl des 30. Geburtstages eine grosse Hilfe gewesen zu sein, den er sich ca. ein halbes Jahr vor dem Rauchstopp als feststehendes Datum vorgenommen hatte. Ausserdem glaubt er, dass der allgemeine Trend nicht mehr zu rauchen, sein Vorhaben unterstützte. Für den dritten Teilnehmer war die Situationsanalyse von Momenten, in denen er ein besonders starkes Verlangen nach einer Zigarette hatte, besonders wichtig. Dabei bemerkte er, dass er in vielen Situationen nicht so handelte, wie er es eigentlich am liebsten mochte, sondern sich statt dessen eine Zigarette ansteckte. Als ihm dies klar geworden war, entschied er sich dazu, sein Verhalten in solchen Momenten grundlegend zu ändern. In seinen eigenen Worten beschreibt er dies anhand eines typischen Beispiels sehr eindrücklich:

"Hey wieso nehme ich eine Zigarette, wenn mich die Leute nerven und sag denen nicht; ‚Hey ihr nervt mich!‘ Das ist ja gar kein richtiges Leben. Ich will ja richtig leben! Ich will ja authentisch sein! Oder wieso, wenn es mir langweilig ist, nehme ich eine Zigarette und mache nicht etwas anderes?"

Ebenfalls sehr hilfreich, war ausserdem die ausgesprochen überschwängliche Belobigung seines Hausarztes gewesen, als er diesem von seinem Rauchstopp erzählte sowie das verstärkte Treiben von Sport.

Frage 8:

Glauben Sie, dass schwule Männer mehr rauchen als heterosexuelle Männer?

Überraschenderweise empfinden alle Befragten, dass die schwulen Männer nicht mehr rauchen als die Heterosexuellen. Einer der Befragten erwähnt allerdings Studien, denen zufolge die homosexuellen Männer mehr rauchen. Er erklärt sich dies damit, dass dies mit dem Männerimage in der Schwulen-Szene zusammenhängt, welches durch den coolen, männlichen Marlboro-Cowboy geprägt sei.

"Man ist mit Männlichkeitsbildern ja vielleicht etwas anders unterwegs als ein Hetero und hätte ja vielleicht noch gerne eine Stütze in seiner Männlichkeit."

Ausserdem glaubt er, dass die schwulen Männer tendenziell mehr ausgehen und dadurch auch mehr rauchen.

Frage 9:

Gibt es etwas, dass Sie sich während des Rauchstopps als Unterstützung gewünscht hätten, das es leichter gemacht hätte?

Diese Frage fällt den Interviewten eher schwer zu beantworten. Erwähnt wird schliesslich, dass unter Umständen ein guter Freund, mit dem man zusammen aufhören könnte, unterstützend wirken könnte. Daneben wird von einem Teilnehmer erwähnt, dass die öffentlichen Rauchverbote, die heute an vielen Orten herrschen für ihn eine Hilfe gewesen wären. Der Befragte mittleren Alters erwähnt wiederum die soziale Zugehörigkeit zu den "coolen Rauchern". Wenn dieses Bedürfnis, zu dieser Gruppe dazuzugehören durch eine

andere Gruppe abgelöst hätte werden können - wie z.B. eine Sportgruppe – wäre ihm das Aufhören noch bedeutend leichter gefallen.

Block 2, Einleitung Rauchstopp-Kurse

"Sie haben vielleicht schon einmal davon gehört, dass es Rauchstopp-Kurse gibt...."

Frage 10:

Wie stellen Sie sich so eine Gruppe vor? Für wen könnte so eine Gruppe hilfreich sein?

Die Vorstellungen über eine Rauchstoppgruppe sind sehr vage und wie bereits in der Rauchergruppe von gewissen Ängsten gegenüber Gruppenzwängen und langweiligen Anlässen geprägt. Während der jüngste Teilnehmer eher die Meinung vertritt, dass der Rauchstopp etwas Persönliches ist, dass man *"alleine durchziehen muss"*, relativieren dies die anderen beiden Teilnehmer bis zu einem gewissen Grad: Der älteste Teilnehmer findet eine Gruppe nicht grundlegend etwas Schlechtes, aber er stellt sich vor, dass man dort gemeinsam seinen Zigarettekonsum langsam reduziert, bis man keine mehr raucht. Dies empfindet er als ungeheuren Stress, weil er es als einfacher erachtet, von heute auf morgen mit dem Rauchen aufzuhören. Der dritte Teilnehmer zeigt sich sehr ambivalent gegenüber einer Rauchstopp-Gruppe: Einerseits findet er es gut, wenn man ein solches Vorhaben nicht alleine durchstehen muss, andererseits befürchtet er, sich in einer solchen Gruppe bloss stellen zu müssen und sich fürchterlich zu langweilen

"(...)und es ist furchtbar stier und es sind alles so komische Leute und dann merke ich, hey jetzt gehöre ich auch zu diesen komischen Leuten, die nicht loskommen alleine.").

Frage 11:

Was spricht für eine Rauchstoppgruppe und was dagegen?

Bei dieser Frage zeigt sich ein deutlicher Gruppenkonsens: Für eine Rauchstoppgruppe spricht die Tatsache, dass man darin eine Art "Community-Ersatz" finden und sich gegenseitig unterstützen könnte. Grundsätzlich glauben alle, dass es leichter ist zusammen mit dem Rauchen aufzuhören. Besonders attraktiv wäre eine solche Gruppe für die Befragten, wenn sie jemanden, der ihnen sympathisch ist, kennen lernen würden oder die Gruppe von Anfang an mit einem guten Freund besuchen könnten. Gegen eine Rauchstopp-

Gruppe spricht für die Männer, dass der Rauchstopp eine persönliche Sache ist, dass die Gruppe langweilig sein könnte und dass man sich eventuell schämen würde.

Frage 12:

Wie müsste so eine Gruppe sein, damit sie interessant ist?

Hier zeigte sich ebenfalls, dass die Gruppe weitgehend ähnliche Vorstellungen darüber hat, was eine Rauchstoppgruppe interessant machen könnte. Demnach müsste sie von einer kundigen Fachperson geleitet sein und man müsste zumindest ein paar Personen in der Gruppe als sympathisch empfinden.

"Es müsste coole Typen haben."

Die Gruppenteilnehmer müssten das Gefühl bekommen, dass ihnen die Rauchstoppgruppe nützlich ist. Sie sollte in einem unverkrampften und angenehmen Rahmen stattfinden und es sollte eine breite Auswahl von verschiedenen Hilfsmitteln angeboten werden (z.B. Nikotinersatzprodukte). Darüber hinaus sollte die Rauchstoppgruppe dem Einzelnen ein positives Feedback über seine Erfolge geben und ihn für erreichte Ziele loben und belohnen. Wie dies allerdings konkret aussehen soll, konnte von den Befragten nicht spezifiziert werden. Besonders von einem Teilnehmer wird die Vorstellung hervorgehoben, dass man die typischen Situationen, in den man raucht, zusammen bespricht, analysiert und diese gemeinsam *"intellektuell verarbeitet"*. Der älteste Teilnehmer betont, dass man, vor allem bei den jungen Rauchern, auf keinen Fall mit Abschreckungen arbeiten sollte, sondern die positiven Seiten des Rauchstopps betonen muss (z.B. die Geldeinsparungen). In seinen eigenen Worten, macht er dabei auch auf die Befürchtung aufmerksam, dass eine Rauchstoppmethode, die auf Abschreckung basiert das genaue Gegenteil hervorrufen könnte:

"Aber nicht mit diesen alten Klischees, die abschrecken sollen. Bei den Jüngeren könnte das eher eine Art Trotz hervorrufen."

Frage 13:

Wenn Sie an Ihren/Euren schwulen Bekanntenkreis denken, wären da schwule Rauchstoppgruppen etwas?

Die beiden jüngeren Gruppenteilnehmer sind sich darüber einig, dass es eine gute Idee ist eine schwule Rauchstoppgruppe ins Leben zu rufen, während sich der älteste Teilnehmer in einer gemischten Gruppe wohler fühlen würde und die Meinung vertritt, dass Rauchen nichts mit der sexuellen Ausrichtung zu tun hat. Er fände es aber nicht schlecht, wenn es vor allem für jüngere Schwule so etwas gäbe. Der Befragte mittleren Alters äußert in diesem Zusammenhang jedoch auch die Angst, sich in der schwulen Szene zu blamieren, wenn er den Rauchstopp in einer solchen Gruppe nicht schaffen würde. In seinen eigenen Worten kommt wiederum das Gewicht einer starken männlichen Identität, die für ihn in der Schwulenszene relevant ist zum tragen.

"Es ist dann auch heikel oder, in der schwulen Welt will ich ja nicht irgendwie Schwächen zeigen. Vielleicht schaffe ich es nicht und dann habe ich das Gesicht verloren."

Während er bei einer gemischten Gruppe davon ausgehen kann, die anderen Teilnehmer nie mehr zu sehen, wäre dies bei der schwulen Rauchstoppgruppe unter Umständen anders. Dennoch spricht er sich grundsätzlich für eine schwule Rauchstoppgruppe aus, da er es als grossen Anreiz empfindet, neue schwule Männer auf diesem Weg kennen zu lernen.

Frage 14:

Wenn Sie noch rauchen würden, und Sie sehen ein Angebot für eine schwule Rauchstoppgruppe. Würden Sie sich darüber informieren?

Alle Befragten würden sich über eine solche Gruppe informieren. Für die beiden jüngeren Teilnehmer wäre es auch eine Option einmal zu so einer Gruppe hinzugehen, wobei beide bestätigen, dass es viel angenehmer für sie wäre, wenn sie zusammen mit einem Freund dorthin gehen könnten. Von einem Teilnehmer wird der Wunsch geäußert, dass man sich über das Internet ausführlich über den Kurs und dessen Inhalt informieren könnte.

Fazit:

Die gewählten Methoden, um mit dem Rauchen aufzuhören waren bei allen drei Teilnehmern sehr unterschiedlich. Zwei Teilnehmer nahmen sich einen fixen Rauchstopp-Tag vor und einer hörte auf Grund einer Erkältung auf zu rauchen. Grundsätzlich stehen alle Teilnehmer einer schwulen Rauchstoppgruppe positiv gegenüber. Besonders interessant ist der klare Hinweis bei einem Interviewten, dass für ihn das Rauchen bedeutend zu seiner Selbstidentität beitrug. Das Rauchen verbindet er immer noch mit einem selbstsicheren, maskulinen Männerimage. Durch das Nichtrauchen fühlt er sich in der Schwulen-Szene nicht mehr gleich zugehörig wie als Raucher. Bezüglich des inhaltlichen Rahmens einer Rauchstoppgruppe ist den Interviewten besonders wichtig, dass sich diese aus sympathischen Teilnehmern zusammensetzt. Vor allem für den Befragten mittleren Alters wäre sie auch als Kontaktplattform interessant, obwohl er auch gewisse Bedenken äussert, sein Gesicht zu verlieren, wenn er den Ausstieg in einer schwulen Rauchstoppgruppe nicht schaffte, da er diese Personen möglicherweise zu einem späteren Zeitpunkt wiedertreffen könnte. Alle Teilnehmer sind sich des Weiteren darüber einig, dass man in einer solchen Rauchstoppgruppe die Möglichkeit bekäme, verschiedene, individuelle Hilfsmittel zu benutzen (Nikotinersatzprodukte, etc.). Von den beiden jüngeren Teilnehmern wird die Verbindung mit dem Internet und einer schwulen Rauchstoppgruppe erwünscht - sei es als Informations- oder als Kontaktplattform.

5.3 ExpertenInnen-Interviews

5.3.1 Methodisches Vorgehen

Als Ergänzung zu der Erhebung von Bedürfnissen, Erfahrungen und Präferenzen aus Perspektive der Zielgruppe ("schwule Raucher") sollten auch Hypothesen aus professioneller Sicht darüber generiert werden, für welche Subpopulationen, aus welchen Gründen und unter welchen Rahmenbedingungen ein spezifisches Angebot sinnvoll sein könnte. Hierfür wurden ExpertInneninterviews mit Personen herausragender Expertise durchgeführt, die ein weites Spektrum an Sichtweisen der relevanten Player abdecken. Mit folgenden ExpertInnen wurden Gespräche geführt:

Name	Funktion / Institution
Verena El Fehri	Geschäftsführerin der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention
Anja Frei	Leiterin der Rauchstopp-Beratung ZIPP am Universitätsspital Zürich USZ
Urs Wittwer	Beauftragter Gesundheit, Pink Cross (Nationaler Dachverband der schwulen Männer in der Schweiz)
Arnd Bächler	Leiter des Beratungs- und Therapie-Teams der Schwulenberatung Berlin (D)
Benedikt Zahno	Leiter Bereich MSM (Männer die Sex mit Männern haben). Zürcher Aids-Hilfe. Leiter Checkpoint

Die Vorabklärungen stiessen auf grosse Bereitschaft der angefragten ExpertInnen, sich für ein Interview zur Verfügung zu stellen. Für jedes Interview wurde ein individueller Interview-Leitfaden erstellt. Mit Ausnahme eines Gespräches wurden alle Interviews persönlich durchgeführt. Einzig das Interview mit dem Experten aus Deutschland wurde telefonisch geführt. Die Gespräche wurden aufgezeichnet, transkribiert und anschliessend ausgewertet.

5.3.2 Ergebnisse

Interview mit V. El Fehri, Geschäftsführerin der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention

Frage 1:

Sie haben ja sehr langjährige Erfahrung in der Planung und strategischen Ausrichtung von Anti-Tabak-Massnahmen und Entwöhnungsangeboten. Ist in Ihrer Tätigkeit oder im Rahmen Ihrer theoretisch-inhaltlichen Expertise "Homosexualität und Rauchen" jemals ein Thema gewesen?

Homosexualität ist bislang nie ein spezifisches Thema gewesen.

Frage 1a:

Haben Sie Ideen, warum die Rauchprävalenz unter schwulen Männern so hoch ist (deutlich höher als bei heterosexuellen Männern)?

V. El Fehri betont, dass sie keine entsprechenden Zahlen kennt, die diese Aussage belegen. Angenommen, dass dies tatsächlich der Fall ist, hat sie keine Erklärungen dafür.

Frage 1b:

Ist die erhöhte Rauchprävalenz unter schwulen Männern in Ihrer Institution, oder bei den Ihnen bekannten Playern im Bewusstsein? Gibt es eine Wahrnehmung der Problematik?

Diese Frage wird klar verneint ("Nein, kein Thema."). Sie fragt in diesem Zusammenhang nach, auf welchen Studien, diese Aussage nach höheren Rauchprävalenzen unter schwulen Männern beruht.

Frage 1c:

Wie bewerten Sie das?

Bislang wird dies als relativ unproblematisch beurteilt, weil diese Gruppe schliesslich im Rahmen der allgemeinen Rauchprävention ebenfalls mit angesprochen wird. Die sexuelle Ausrichtung spielt für V. El Fehri eine untergeordnete Rolle bei der Beurteilung des Rauchverhaltens.

"Man kann natürlich sagen, man hat diese Gruppe nie als homosexuelle Gruppe spezifisch angesprochen, aber ich meine, das Leben definiert sich ja nicht nur über die sexuellen Neigungen."

Frage 1d:

Was wären sinnvolle Massnahmen, um die hohe Rauchprävalenz in der schwulen Bevölkerung zu reduzieren?

Durch die Vielzahl an bereits bestehenden Kanälen (Bereich sexuell übertragbare Krankheiten, spezifische Treffpunkte, etc.) zur homosexuellen Subgruppe könnte man – zumindest zu einem Teil – relativ leicht einen kostengünstigen Zugang nutzen, um Massnahmen zu initiieren.

Frage 1e:

Fühlt Ihre Organisation, und, soweit Sie das beurteilen können, die anderen Player, sich dafür zuständig? Wenn ja, in welcher Form? Wenn nein, warum nicht?

Diese Frage betrachtet A. El Fehri innerhalb einer grundsätzlichen Fragestellung der Tabakprävention: Entweder wird auf eine breite Population fokussiert, die das Ziel verfolgt, möglichst niederschwellige Angebote zu lancieren oder es werden eine Vielzahl von spezifischen Angeboten betrieben, die sich an einzelne Subpopulationen richten. Grundsätzlich vertritt sie eher die Meinung, dass die allgemeinen Angebote genug niederschwellig sind, damit sie auch von verschiedenen Subpopulationen in Anspruch genommen werden können (als Beispiel wird hier die nationale Rauchstopplinie genannt), aber sie erachtet spezifische Angebote für einzelnen Subpopulationen nicht generell als unnütz.

"In der Rauchstoppberatung und Therapie sehe ich persönlich das Schwergewicht jetzt nicht so sehr bei spezifischen Therapieangeboten. (...) ich sage nicht, das [spezifische Angebote für bestimmte Subpopulationen] soll es nicht geben."

Die quantitative Nutzung eines Angebotes stellt den wichtigsten Faktor dar, wenn es darum geht, ob ein Angebot sinnvoll ist oder nicht. Zuständig fühlen müssen sich diejenigen Player, welche die Rauchstoppberatung dort anbieten „wo sie gemacht werden muss.“ Als Beispiele werden hier das Gesundheitswesen oder die nationale Rauchstopplinie aufge-

führt. Aus Sicht von V. El Fehri braucht es kein schwulenspezifisches Rauchstoppangebot. Sie interessiert sich vielmehr für die Frage, wie man diese Subpopulation für einen Rauchstopp gewinnen kann und fokussiert somit eher auf die zielgruppenspezifische Informationsvermittlung in der homosexuellen Subpopulation, um breite Rauchstoppangebote zu bewerben.

Frage 2:

Es gibt ja in der Schweiz ein sehr umfangreiches Angebot an verschiedenen Hilfen zum Rauchstopp. Denken Sie, dass schwule Männer diese Angebote in Anspruch nehmen (in einem Ausmass entsprechend jenem von heterosexuellen Männern)?

Diese Frage kann von El Fehri nicht beantwortet werden, da sie über keine Kenntnis von Daten verfügt, welche darüber Auskunft geben können. Grundsätzlich werden die Angebote von der Allgemeinpopulation viel zu wenig in Anspruch genommen.

Frage 2:

Welche Barrieren sehen Sie für schwule Männer an "normalen" Rauchstoppangeboten teilzunehmen?

Hinsichtlich einer Beratung durch den Hausarzt oder einer Rauchstopplinie werden keine Barrieren hierzu gesehen. Innerhalb von Gruppenberatungen kann sich V. El Fehri gewisse Barrieren vorstellen, da man sich in diesen Angeboten persönlich einbringen muss und dies für manche schwule Männer ein Problem darstellen könnte. Allerdings relativiert sie in diesem Zusammenhang, dass die Anzahl der durchgeführten Rauchstoppgruppen in der Schweiz ohnehin eher gering ist und man dies berücksichtigen muss.

Frage 3:

Wie stehen Sie zu Angeboten spezifisch für schwule Männer? Zum Beispiel eine Rauchstopp-Beratung oder Gruppen-Ausstiegsprogramme für schwule Männer?

V. El Fehri äussert sich zu dieser Frage skeptisch, ob es spezifische Angebote für schwule Männer überhaupt braucht. Sie könnte sich aber zum Beispiel vorstellen, dass man die ästhetischen Aspekte im Zusammenhang mit Gewichtszunahmen nach einem

Rauchstopp bei schwulen Männern eher berücksichtigen muss, als bei der Allgemeinbevölkerung.

"Von mir aus bräuchte es jetzt nicht ein spezifisches Angebot, aber man müsste im Rahmen einer Behandlung solche Spezifitäten berücksichtigen."

Frage 3a:

Denken Sie an bestimmte Subgruppen, für die ein solches Angebot besonders sinnvoll wäre?

Bei dieser Frage zeigt sich V. El Fehri interessiert, ob Rauchstoppkurse, die ausschliesslich für homosexuelle Männer angeboten werden, erfolgreich wären. Bei der Einzelberatung ist es entsprechend eher wichtig, dass der Berater auf allfällige Spezifitäten hin geschult wird, um diese in die Beratung mit einbeziehen zu können. Grundsätzlich vermittelt V. El Fehri den Eindruck, dass sie für schwulenspezifische Angebote offen ist, wenn sich herausstellt, dass diese Besonderheiten unter schwulen Männern stark ins Gewicht fallen. In ihren eigenen Worten kommt die grundsätzliche Offenheit gegenüber dieser Thematik, aber auch die damit verbundene Skepsis besonders deutlich zum Ausdruck:

„Ich denke, wenn sich herausstellt, dass diese Spezifitäten so wahninnig wichtig sind – wieso nicht? Aber ich bin mir nicht so sicher, ob sie so matchentscheidend sind. Ich weiss es nicht.“

Frage 3b:

Was wären dafür aus Ihrer Erfahrung heraus wichtige Rahmenbedingungen, sowohl inhaltlich als auch organisatorisch?

Das Problem bei dieser Fragestellung ist aus Sicht von V. El Fehri, dass man eine Zielgruppe auf Grund ihrer geschlechtlichen Neigung definiert. Sie stellt dies in Frage und fügt an, dass es möglicherweise wichtiger ist, andere Rahmenbedingungen ins Zentrum zu stellen, wie z.B. den sozioökonomischen Hintergrund, den Bildungsstand, den Abhängigkeitsgrad, allfällige multiple Abhängigkeiten, die vorhandene Motivation oder gesundheitliche Probleme.

Frage 3c:

Ich glaube verstanden zu haben, dass sie einem schwulenspezifischen Angebot eher skeptisch gegenüberstehen. Nehmen wir jetzt aber einmal an, man würde trotzdem ein solches Angebot lancieren. Wann, unter welchen Bedingungen könnte ein solches Angebot sinnvoll sein?

Mittels eines solchen Angebotes müssten sehr viele schwule Raucher erreicht werden können. Räumlich würde sich hierzu ein grosses Einzugsgebiet wahrscheinlich am besten eignen. Dies wird als zentrale Rahmenbedingung erachtet.

Frage 3d:

Wie / bei welcher Institution würden Sie spezifische Angebote primär verankert und für die Umsetzung sehen?

Grundsätzliche eignen sich hierzu schwulenspezifische Beratungsstellen. Ein Angebot muss nahe an der Subpopulation verankert sein, weil dies eher Erfolg aufweisen wird und es auch kostengünstiger ist, bereits bestehende Strukturen zu nützen.

Frage 4:

Was geben Sie für Empfehlungen und Ratschläge, wenn in Zürich ein spezifisches Angebot für schwule Männer angeboten werden soll? Haben Sie Ratschläge?

Man muss bereits bestehende Kanäle, über welche man die Zielpopulation erreichen kann, optimal nutzen. Die Erfahrungen aus der Tabakprävention zeigen, dass man über die nötigen Mittel verfügen muss, um ein entsprechendes Angebot bei der Zielgruppe bekannt zu machen und, dass dies wiederholt stattfinden muss. Des Weiteren ist es zentral, dass man Glaubwürdigkeit vermittelt und die Einsicht in die Notwendigkeit für einen Handlungsbedarf erzielt. Systematisch betrachtet, lässt sich das zu verfolgende Konzept in zwei unterschiedliche Phasen gliedern. In einer ersten Phase muss bei der Zielgruppe für das Angebot ein Interesse und eine Motivation erzeugt werden, was relativ einfach und kostengünstig zu erreichen ist. In einer zweiten Phase steht dann die Nutzung dieser Angebote im Zentrum. Hierbei ist es vor allem wichtig, dass diese Angebote auch genügend Personen erreichen, um einen vertretbaren Kosten-Nutzen-Effekt zu erzielen. Ausserdem hat die Erfahrung gezeigt, dass die Motivation zu einem Rauchstopp in einem Umfeld

geschieht, das in diesem Zusammenhang auch glaubwürdig ist. In dieser Hinsicht eignet sich z.B. das medizinische Setting sehr gut, aber auch szenespezifische Orte oder Beratungsangebote kommen hier in Frage.

Interview mit A. Frei, Leiterin der Rauchstopp-Beratung ZIPP am Universitätsspital Zürich

Kurze Beschreibung des Rauchstopp-Angebots des ZIPP am USZ

Die Rauchberatung wurde vor ca. 1.5 Jahren aufgebaut. Das Angebot war anfänglich lediglich für Mitarbeiter am Universitätsspital gedacht, wurde dann jedoch rasch auch auf die Patienten ausgeweitet. Die Beratungen finden in Form von Einzelberatungen statt. Normalerweise beansprucht diese Beratung etwa 4 - 6 Einzelsitzungen pro Klient. Die andere Rauchberaterin, neben A. Frei, bietet auch Gruppenberatungen an. Es zeigte sich aber rasch, dass sich die Rekrutierung für die Gruppenberatungen als sehr schwierig erweist.

Grundstruktur der Rauchstoppberatung:

Die Klienten erzählen zuerst von sich und ihrer Raucherkarriere, danach erläutert die Expertin einige Dinge über das Rauchen sowie die damit verbundene Suchtwirkung und stellt Medikamente bzw. Substitutionsmittel vor (Bupropion, Champix, Nikotinpräparate). Als nächster Schritt werden die Situationen analysiert, in den geraucht wird und was dabei mit dem Rauchen verbunden wird (z.B. Entspannung). Innerhalb dieser Phase ist es besonders wichtig, die persönlichen Ziele und Gewinnerwartungen der Klienten zu thematisieren und hervorzuheben. Gemeinsam mit den Klienten versucht die Rauchstoppberaterin individuelle Bewältigungsstrategien zu erarbeiten (z.B. bestimmte Situationen zu verlassen, Entspannungsübungen, Einnahme von Substituten, Ablenkung). Als nächstes erfolgt die Ausarbeitung eines möglichen Rauchstopptages, falls die Klienten dazu bereit sind. Wird ein solcher Rauchstopptag festgelegt, hilft die Expertin dabei, diesen vorzubereiten. Falls der Klient bereits einmal eine rauchfreie Phase erlebt hat, versucht die Expertin diese Erfahrung zu thematisieren und mit ihr die Selbstwirksamkeit des Betroffenen zu fördern. Nach dem Rauchstopp beginnt die dritte Phase der Beratung, in welcher die Aufrechterhaltung der Abstinenzphase im Mittelpunkt steht. Hierbei gilt es vor allem zu erörtern, wie die Abstinenz erlebt wird und Gespräche über die Anwendung und Wirkung der

Medikamente zu führen. Ein wichtiges Prinzip in dieser letzten Phase der Rauchstoppberatung (Aufrechterhaltung der Abstinenz) besteht darin, allfällige Rückfälle nicht als Versagen zu thematisieren, sondern eher als "Ausrutscher", den es anschliessend wieder zu beheben gilt.

Frage 1:

Sie sind ja eine erfahrene Rauchstopp-Beraterin. Ist in Ihrer praktischen Tätigkeit oder im Rahmen Ihrer theoretisch-inhaltlichen Expertise "Homosexualität und Rauchen" jemals ein Thema gewesen?

Die Rauchstoppberaterin hat sich bislang noch nie mit der Thematik "schwule Raucher" befasst. Sie führt das vor allem auf ihre persönliche Einstellung zurück, dass die sexuelle Ausrichtung eines Menschen für sie keine Rolle spielt:

"Es interessiert mich schlichtweg nicht, was für eine sexuelle Orientierung die Leute haben."

Von zwei oder drei ihrer Rauchstoppklienten weiss sie zufällig, dass diese homosexuell sind, weil sie dies in der Rauchstoppberatung im Zusammenhang mit ihrer Partnerschaft erwähnten. Die Homosexualität war jedoch – selbst bei diesen erwähnten Fällen - in der Beratung nie ein Thema.

Frage 1a:

Haben Sie Ideen, warum die Rauchprävalenz unter schwulen Männern so hoch ist (deutlich höher als bei heterosexuellen Männern)?

Dass die Prävalenz des Tabakkonsums bei schwulen Männern höher ist als bei der Gesamtbevölkerung, wusste die Expertin bislang nicht. Sie kann sich aber vorstellen, dass ein Grund für die höhere Prävalenz unter schwulen Männern darauf zurückzuführen ist, dass die Phase der Pubertät, in welcher sich homosexuelle Neigungen meist erstmals bemerkbar machen, eine Erklärung bietet. Die Pubertät ist nämlich als sehr schwierige und stressige Lebensphase zu sehen. Durch die Auseinandersetzung mit der eigenen sexuellen Andersartigkeit, kann von homosexuellen Jugendlichen ein hoher Level an Stress empfunden werden, dem sie mit dem Rauchen entgegenwirken wollen.

"Es könnte eine Form von Copingstrategie sein, mit dem emotionalen Stress umzugehen."

Daneben vermutet sie soziale Faktoren als wichtige Gründe für den höheren Tabakkonsum. Spezifisch erwähnt sie hierbei die Ausgangsszene der homosexuellen Männer, in der viel geraucht wird. Allerdings weist sie drauf hin, dass auch in der Ausgangsszene der Heterosexuellen viel geraucht wird und es daher möglicherweise auch stark mit dem Ausgangsverhalten zu tun hat, ob jemand raucht, bzw. viel raucht und weniger mit der sexuellen Orientierung.

Frage 1b:

Ist die erhöhte Rauchprävalenz unter schwulen Männern in den Institutionen, die sich mit Rauchstoppangeboten befassen, im Bewusstsein? Gibt es eine Wahrnehmung der Problematik?

Das Angebot des Universitätsspitals ist noch relativ jung. Bislang war jedoch Homosexualität kein Thema unter den Klienten. Oftmals werden ausserdem körperlich erkrankte Menschen für die Rauchstoppberatung angemeldet, bei welchen dann eher die somatischen Probleme im Vordergrund stehen.

Frage 1c:

Wurden die Problematik und ein möglicher Bedarf an Angeboten jemals thematisiert, z.B. bei der Planung von Angeboten?

Die erwähnte Problematik und ein damit zusammenhängender Bedarf wurde bislang noch nie thematisiert.

Frage 1d:

Wie bewerten Sie das?

Dieser Umstand wird als relativ unproblematisch beurteilt. A. Frei ist der Meinung, dass man verstärkt auf die homosexuelle Ausrichtung von schwulen Rauchern eingehen kann und sollte, jedoch nicht in ihrem Setting (dem Setting des USZ), weil in diesem in erster Linie meist die körperliche Erkrankung im Vordergrund steht und als viel relevanter ange-

sehen wird. Grundsätzlich erachtet sie das Thema Homosexualität als Teil der Rauchstoppberatung bei den Mitarbeitern des Universitätsspitals eher als sinnvoll, weil bei diesen nicht primär ein körperliches Leiden im Vordergrund steht. Allerdings beurteilt sie die sexuelle Ausrichtung als einen unter vielen individuellen Faktoren und misst ihm daher nicht eine „*sehr grosse Bedeutung*“ zu. Als besonders sinnvoll beurteilt sie eine schwulenspezifische Rauchstoppberatung aber vor allem im Rahmen von Organisationen, die ihr Angebot auf homosexuelle Menschen ausrichten.

"In einer Institution wie dem Unispital ist es aber sicher nicht im Vordergrund."

Sie würde es auch begrüßen, wenn sie in ihrer Rauchstoppberatung in Einzelfällen - also bei schwulen Klienten - auf das Wissen bezüglich schwulen Rauchern zurückgreifen könnte.

Frage 2:

Wenn Sie an Ihre praktischen Erfahrungen in der Rauchstoppberatung (Einzel- und Gruppenberatung) denken: Denken Sie, dass unter den Teilnehmern regelmässig auch schwule Männer sind, vom persönlichen Eindruck her?

Diese Frage zu beantworten bereitet der Expertin offensichtlich grosse Mühe, da für sie das Thema "Homosexualität" nie von Bedeutung war. Sie vermutet, dass die Verteilung in ihren Rauchstoppberatungen analog zu jener in der Gesamtbevölkerung ausfällt. Wie hoch diese Rate ist, weiss sie jedoch nicht genau. Sie schätzt diese auf ca. 5 bis 10 Prozent. Persönlich hat sie jedoch das Gefühl, dass die Prävalenz von schwulen Männern unter den Mitarbeitern des Universitätsspitals möglicherweise leicht höher ausfällt als in der Gesamtbevölkerung.

Frage 2a:

Wenn ja, wie, wie häufig und warum? Wie kommen Sie zu Ihrer Einschätzung?

Bei den drei erwähnten Personen weiss sie über ihre Homosexualität Bescheid, weil diese explizit - im Zusammenhang mit ihrer festen Partnerschaft - erwähnt wurde. Bei den restlichen paar Prozenten handelt es sich um reine Schätzungen ihrerseits.

Frage 2b:

Gab es jemals Gespräche, Auseinandersetzungen, Diskussionen, in denen das Thema offen angesprochen wurde? Zum Beispiel ein schwuler Mann, der berichtet, grosse Probleme im Ausgang mit dem Nichtrauchen zu haben, oder dass es "in der Szene" schwer sei, nicht zu rauchen?

A. Frei berichtet davon keine Kenntnisse zu haben – abgesehen von den erwähnten Männern, die in einer homosexuellen Partnerschaft leben und dies in der Beratung angesprochen hatten.

Frage 2c:

Können Sie sich vorstellen, dass so eine offene Thematisierung möglich wäre?

A. Frei hält es durchaus für möglich, dies im Rahmen der Rauchstoppberatung zu thematisieren. Allerdings relativiert sie dies damit, dass sie diesen Faktor als nicht sehr zentral einstuft. Für A. Frei fallen offenbar eher die sozialen Faktoren ins Gewicht, die im Zusammenhang mit einem häufigen Ausgehen zu sehen sind. Es gibt ihrer Ansicht nach auch viele heterosexuelle Menschen, die viel ausgehen und dabei viel rauchen.

"Ich denke solche Sachen sind möglich, ja, aber die Homosexualität ist dann nicht im Vordergrund, sondern eine Begleiterscheinung, die man auch ansprechen kann."

A. Frei führt weiter aus, dass sie jedoch sehr vorsichtig dabei ist, das Thema Homosexualität anzusprechen, da es sich in ihrer Beratung nicht um eine Therapie handelt. Sie würde das Thema höchstens aufgreifen, wenn es von Klienten selber angesprochen würde.

"Ich würde das aber von mir selber nicht ansprechen."

Frage 2d:

Welche Barrieren sehen Sie für schwule Männer an "normalen" Rauchstoppangeboten teilzunehmen?

Vor allem in Gruppenberatungen kann sich die Expertin gut vorstellen, dass die Thematisierung der eigenen Homosexualität immer noch schwierig ausfällt. Dabei sieht sie die Angst sich vor der Gruppe "zu outen" als vordergründig, weil dadurch möglicherweise negative Reaktionen der anderen Teilnehmer erfolgen könnten. Ähnliche Barrieren kann sie sich auch bei Einzelberatungen vorstellen - jedoch entsprechend eher dem Berater gegenüber. Vor allem bei schwulen Männern, bei denen das Rauchen einen starken Zusammenhang mit ihrer Homosexualität aufweist, kann sie sich vorstellen, dass sich die betroffenen Personen von einem heterosexuellen Berater zu wenig verstanden fühlen.

"(...) dass gewisse Themen dann einfach einfacher sind, mit einem schwulen Berater zu besprechen als mit einem Heterosexuellen."

Frage 3:

*Wie stehen Sie zu Angeboten spezifisch für schwule Männer? Zum Beispiel eine Rauchstopp-Beratung oder Gruppen-Ausstiegsprogramme für schwule Männer?
Was für ein spezifisches Angebot (Einzel-, oder Gruppenangebot, anderes) würden Sie für am sinnvollsten erachten?*

In der Institution des Universitätsspitals erachtet sie es klar als nicht nötig, ein solches Angebot zu installieren. In Organisationen, die sich an schwule Männer richtet, sieht sie es aber als durchaus sinnvoll an.

Frage 3a:

Denken Sie an bestimmte Subgruppen, für die ein solches Angebot besonders sinnvoll wäre?

Die Expertin sieht vor allem die Subgruppe der schwulen Männer, die viel in den Ausgang gehen. Allerdings ist gerade diese Gruppe besonders gefährdet Rückfälle zu erleiden - auch bei den Heterosexuellen -, da es besonders schwierig ist, auf das Rauchen zu verzichten, wenn man sich in Umfeldern bewegt, in denen viel geraucht wird. Besondere Be-

rücksichtigung ist ausserdem bei psychischen Störungen, wie z.B. Depressionen angezeigt.

Frage 3b:

Was wären dafür aus Ihrer Erfahrung heraus wichtige Rahmenbedingungen, sowohl inhaltlich als auch organisatorisch?

Sie kann sich vorstellen, dass Gruppenberatungen besonders sinnvoll sein könnten. Inhaltlich weiss sie nichts dazu zu sagen. Sie betont, dass man individuelle Faktoren berücksichtigen und mit einbeziehen muss und dabei erachtet sie die sexuelle Ausrichtung lediglich als einen Faktor unter vielen anderen. Vorstellen könnte sie sich unter Umständen, dass man das Rauchverhalten in der Ausgangsszene (*"Wie geht man damit um, wenn dort alle rauchen."*) und vielleicht den Beginn der Raucherkarriere berücksichtigen könnte. Sie findet es vor allem wichtig, dass die schwulen Rauchtoppberatungen im Rahmen von Organisationen angeboten werden, die sich bereits mit den Anliegen schwuler Männer befassen. Um auf das Angebot aufmerksam zu machen, könnte man ihrer Meinung nach beispielsweise Flyers in Gay-Clubs auflegen. Als wichtig erachtet die Expertin vor allem, die schwulen Männer in ihrem direkten Umfeld anzusprechen und dies nicht über breit angelegte Kampagnen zu tun, die auch von der Gesamtbevölkerung wahrgenommen werden.

Frage 3c:

Wann, unter welchen Bedingungen könnte ein Angebot sinnvoll sein?

Das Wichtigste ist, dass das Rauchen unattraktiver dargestellt wird, als dies bis anhin der Fall war. Dies sollte in erster Linie durch strukturelle Massnahmen erfolgen, wie beispielsweise Rauchverbote in öffentlichen Räumlichkeiten (Bars, etc.), Verkaufsverbot für Jugendliche, Preiserhöhungen, das Rauchen *"uncool"* darzustellen. Die Massnahmen für Rauchstoppangebote sollten im Zuge dieser Massnahmen aber keinesfalls moralisierend, sondern informierend sein. Dabei erachtet sie niederschwellige Informationen als besonders wichtig, und dass man diese gut und attraktiv *"vermarktet"*.

Frage 3d:

Wie / bei welcher Institution würden Sie spezifische Angebote primär verankert und für die Umsetzung sehen?

Sie kennt keine Organisationen, die sich mit Schwulen befassen. Daher bereitet ihr diese Frage grosse Schwierigkeiten. Sie empfiehlt aber ein entsprechendes Angebot bei Organisationen zu initiieren, die sich generell bereits für schwule Anliegen einsetzen. In anderen Institutionen würde sie das Thema Homosexualität im Zusammenhang mit dem Rauchen nicht thematisieren.

Frage 4:

Was geben Sie für Empfehlungen und Ratschläge, wenn in Zürich ein spezifisches Angebot für schwule Männer angeboten werden soll? Haben Sie Ratschläge?

Besonders wichtig sind beim Rauchstopp die Motivation und das Bewusstsein des Gewinns, den ein Rauchstopp mit sich bringt:

"Wichtig ist, dass man mit den Leuten einen Gewinn des Aufhörens zu rauchen aufbauen kann."

In ihren Rauchstoppberatungen versucht sie, positive Erlebnisse, die sich in rauchfreien Zeiten einstellen, herauszuarbeiten und zu thematisieren. Dies kann beispielsweise ein verbesserter Geruchs- und Geschmackssinn sein, leichter atmen zu können oder das Küssen als lustvoller zu erleben. Ein weiterer Punkt ist die Erhöhung der Selbstwirksamkeit der Klienten (*"Zu merken, ja es geht!"*). Teilweise sind es auch äussere Faktoren, die den Betroffenen helfen das Rauchen aufzugeben. Dies kann beispielsweise das Vorhaben sein, in den kommenden Ferien nicht zu rauchen und diese Abstinenz kann dann nach der Rückkehr leichter aufrecht erhalten werden. Ebenfalls sehr wichtig ist die Thematisierung des Paradoxons der Belohnung, die mit dem Rauchen verbunden wird. Hierbei versucht sie den Klienten aufzuzeigen, dass die Zigarette lediglich belohnt, weil man durch sie Entzugssymptome lindert, und dass die Zigarette erst als Belohnung empfunden wird, wenn man bereits eine gewisse Abhängigkeit entwickelt hat (*"Wenn man nicht rauchen würde, würde man es gar nicht brauchen."*). Des Weiteren findet sie es besonders wichtig, den Klienten klar zu machen, dass es nicht einfach werden wird, mit dem Rau-

chen aufzuhören, aber dass es auch einfacher wird, je länger man die Abstinenz durchhält.

Interview mit U. Wittwer, Pink Cross (Dachverband der schwulen Männer in der Schweiz)

Frage 1:

Ist das Problem "Rauchen" unter schwulen Männern ein Thema für die gesundheitliche Ausrichtung von Pink Cross?

Zur Zeit ist dies kein Thema bei Pink Cross, weil es sich um ein sehr spezifisches „Subproblem“ handelt, um das sich Pink Cross – vor allem aufgrund seiner limitierten Ressourcen - nicht aktiv kümmern kann.

Frage 1a:

Es sterben ja mehr schwule Männer am Rauchen als an HIV, trotzdem gibt es keinerlei schwulenspezifische Informationsmaterialien und die Schwulenvertretungen scheinen das Thema bisher nicht als Aspekt schwuler Gesundheit angenommen zu haben. Warum ist das so?

U. Wittwer sieht dafür verschiedene Gründe: Erstens ist es noch gar nicht so lange bekannt, dass das Rauchen unter den Schwulen ein solches spezifisches Problem darstellt. Dieses Bewusstsein trat erst durch die entsprechenden Studien aus Genf und Zürich vor einigen Jahren ein. Zweitens haben immer noch viele Institutionen und Personen gar keine Kenntnis von diesen Resultaten. Vordergründig ist das Rauchen als ernsthafter Risikofaktor immer noch bei vielen Leuten kein besonders stark beachtetes Thema wie dies beispielsweise bei AIDS der Fall ist.

"Bei HIV, das ist viel bedrohlicher, da kannst du etwas Gutes tun. Rauchstopp – hmm, das ist halt irgendwie auch gar nicht so attraktiv, ganz böse gesagt."

Frage 1b:

Sieht sich Pink Cross hier nicht in der Verantwortung aktiv zu werden, und falls dem so ist, warum nicht?

Pink Cross sieht sich zwar in der Verantwortung, aber wie gesagt, fehlen dafür z. Z. die nötigen Ressourcen, um dieses Thema aktiv anzugehen. Ausserdem hat Pink Cross eine andere Ausrichtung, die auf die soziale, gesellschaftspolitische Ebene zielt. In seinem Selbstverständnis hat es zwar einen Aspekt der Gesundheit als Teilauftrag, aber dieser bildet nicht den Schwerpunkt, welcher auf der politischen und gesellschaftspolitischen Ebene verankert ist.

Frage 2:

Wie ist die Einschätzung / Erfahrung: Gibt es einen Bedarf, dass schwule Männer mit dem Rauchen aufhören wollen?

Dieser Bedarf dürfte nach Meinung von U. Wittwer nicht mehr und nicht weniger vorhanden sein als dies bei Heterosexuellen der Fall ist.

„Ich bin überzeugt davon, dass genauso viele Schwule wie Heterosexuelle aufhören wollen mit dem Rauchen. Der Grundbedarf ist klar vorhanden. Da zweifle ich keine Sekunde daran.“

Frage 3:

Es gibt ja in der Schweiz ein sehr umfangreiches Angebot an verschiedenen Hilfen zum Rauchstopp. Braucht es ein Angebot für schwule Männer und wenn ja, warum?

Ein solches Angebot ist nach Meinung von U. Wittwer mehr als ein „nice to have“. Er betont in diesem Zusammenhang, dass Angebote, die sich spezifisch an Schwule und Lesben richten erfolgreicher sind als solche, die in den allgemeinen Kontext eingebettet sind. Er ist überzeugt, dass diese Erkenntnis auch auf Rauchstoppangebote für Schwule zutrifft, und dass es den Einstieg enorm erleichtern wird, wenn ein Rauchstoppangebot schwulenspezifisch ausgerichtet und auch als solches beworben wird.

Frage 3a:

Warum nehmen schwule Männer nicht die allgemeinen Angebote in Anspruch?

Falls dem so ist – U. Wittwer hat von dieser Problematik keine Kenntnis – setzt er diesen Umstand in den Kontext der höheren Suchtproblematik, wie sie sich bei schwulen Männern allgemein stärker zeigt. Allgemein führt er dieses Verhalten auf eine verbreitetere „Gedankenlosigkeit“ unter schwulen Männern zurück, was allgemeines Risikoverhalten betrifft.

Frage 3b:

Gibt es spezifische Probleme für schwule Männer mit dem Rauchen aufzuhören, welche sind das?

Bezüglich Rauchstoppangeboten wird vermutet, dass die starke Berücksichtigung des sozialen Kontexts eine Hemmschwelle für schwule Männer darstellen kann, weil sich dieser oftmals deutlich von demjenigen eines Heterosexuellen unterscheidet. In seinen eigenen Worten unterstreicht U. Wittwer diese Vermutung bezüglich des sozialen Kontextes besonders anschaulich:

„Es ist mehr Partys. Es ist mehr Ausgang. Es ist mehr Suchtmittelmissbrauch – und Gebrauch (...) Du musst differenzieren: Wenn Du aufhörst zu rauchen, ist es schlau, wenn du dich auch eine Zeitlang von Leuten distanzierst, die rauchen und dies dürfte bei schwulen Rauchern, also solchen, die sich auch in der Schwulenszene bewegen, schwieriger sein.“

Frage 3c:

Woran scheitern Rauchstopps?

Der Hauptgrund für diese Problematik wird im ausgeprägten Suchtpotential des Nikotins gesehen. In diesem Punkt sieht U. Wittwer keinen Unterschied zwischen Hetero- und Homosexuellen. Abgesehen davon spielt jedoch auch der soziale Kontext eine Rolle und dieser ist bei schwulen Männern stärker mit Rauchern assoziiert als bei der Allgemeinpopulation.

Frage 4:

Was wären wichtige Rahmenbedingungen – organisatorisch und inhaltlich – damit ein Rauchstopp-Angebot für schwule Männer in Anspruch genommen würde und erfolgreich wäre?

Organisatorisch muss hinter einem Angebot unbedingt eine schwulennahe oder zumindest eine sehr vertrauenswürdige Institution stehen, damit diese auch glaubwürdig ist für schwule Männer. Es darf keinesfalls auf der „*vermarkterischen Ebene*“ angesiedelt sein und von einem wirtschaftsorientierten Anbieter lanciert werden. Das Angebot muss glaubwürdig sein und Schwule in ihrer Lebenswelt ernst nehmen. Wenn es gelingt, ein solches Rauchstoppprogramm auch inhaltlich auf die schwulen Lebenswelten anzupassen, kann es erfolgreich sein und zwar mehr, als dies bei einem Programm für die Allgemeinbevölkerung der Fall sein kann.

Frage 4a:

Was könnten Probleme bei der Umsetzung und in der Praxis sein?

Das Problem wird hauptsächlich im logistischen und organisatorischen Kontext gesehen. Die meisten Schwulenorganisationen sind nicht oder nur semi-professionell und verfügen nicht über die nötigen Ressourcen, ein entsprechendes Rauchstoppprogramm anzubieten und vor allem auch zu finanzieren. In Zürich, Bern und Genf wäre dies vermutlich weniger ein Hindernis, aber in kleineren Einzugsgebieten stellt dieser Umstand ein ernstes Problem dar.

"Aber sobald Du in die kleineren Regionen gehst und all die Schwulengrüppchen und die Minischwulengrüppchen, die haben die Ressourcen nicht und wie sollen die ein solches Programm auf die Beine stellen? Das ist unmöglich, unmöglich."

Diejenigen Organisationen, welche ein solches Rauchstoppprogramm anbieten, müssen auch eine Gegenleistung für die damit verbundenen Aufwände erhalten, so dass sie zumindest keine höheren finanziellen Ausgaben zu tragen haben. Die restlichen Problematiken sind dieselben, mit denen auch die üblichen Rauchstoppangebote zu kämpfen haben (Motivation und Durchhaltevermögen der Teilnehmer, relativ geringe Erfolgsquoten, etc.).

Frage 4b:

Was wäre bei der Ausgestaltung des Angebotes wichtig? Wie könnte / sollte die eher ablehnende Haltung schwuler Männer gegenüber "Gruppen" überwunden werden?

U. Wittwer zeigt sich bei dieser Frage überrascht, dass unter schwulen Männern eine ausgeprägte Abneigung gegen Gruppen vorherrschend sein soll. Er vermutet, dass dies eher eine Ausrede sein könnte, sich tatsächlich seiner eigenen Abhängigkeit zu stellen und vor allem zu versuchen, diese aktiv zu überwinden. Seiner Meinung nach müsste eine Rauchstoppgruppe, die nur aus schwulen Männern besteht eher das Gegenteil bewirken, nämlich, dass man sich in einer solchen als schwuler Mann viel wohler fühlt als in einer heterosexuellen Gruppe.

"Ich glaube auch, dass eine schwule Rauchstoppgruppe erfolgreicher wäre als eine gemischte, letztendlich. Du bist unter Deinesgleichen, da kommt vielleicht sogar noch ein Flirtaspekt hinzu, am Ende."

Abgesehen davon unterstreicht er nochmals die oben angesprochenen Faktoren, die ein solches Rauchstoppangebot erfüllen muss: Glaubwürdigkeit des Anbieters, schwulenspezifische Gestaltung auf der inhaltlichen und der strukturellen Ebene. Beispielsweise gehen schwule Männer länger (auf die Lebenszeit bezogen) und häufiger in den Ausgang als heterosexuelle Männer. Dadurch bewegen sich schwule Männer auch länger und häufiger in einem Rauch-intensiven, sozialen Kontext. Hinzu kommen all die Vulnerabilitäten, die unter schwulen Männern viel verbreiteter sind.

Die Andersartigkeit und zum Teil auch das mit dem Schwulsein verbundene „Aussenseitertum“ hat klare Auswirkungen auf die psychische Belastung und damit auf die Vulnerabilität der schwulen Männer. Solche Dinge müssen unbedingt in ein schwulenspezifisches Rauchstoppangebot integriert werden.

Frage 4c:

Wir haben in der Befragung schwuler Männer festgestellt, dass es eine grosse Neugier / Interesse an einem Rauchstopp-Angebot gibt und viele Männer sich zumindest über ein solches Angebot informieren würden. Wie könnte / sollte so eine Information sein, damit dann auch der Schritt zur Teilnahme stattfindet?

Ganz besonders wichtig ist ein unverbindlicher Einstieg in die Thematik. Man muss einen Anlass lancieren, der sich durch eine ausgeprägte Niederschwelligkeit auszeichnet. In einem ersten Schritt sollte Werbung über (schwulenspezifische) Internetplattformen, Printmedien (Akut, Cruiser, Gay-ch), Radio (CSD-Sendegefäss, Gayradio auf Rabe), Flyern, Plakaten und ähnlichem in der Schwulenszene gemacht werden. Die Schwulenszene zeichnet sich durch eine sehr gute Erreichbarkeit aus, die über die verschiedensten, bereits bestehenden Kanäle genutzt werden kann. Konkret könnte sich U. Wittwer beispielsweise einen Begrüssungsapéro vorstellen, in dessen Rahmen dieses Angebot vorgestellt wird. Diese Informationsveranstaltung sollte aber unbedingt so gestaltet sein, dass das Rauchstoppangebot nicht im alleinigen Mittelpunkt steht.

"Es muss versucht werden noch etwas dazu zu nehmen, dass das Ganze noch etwas interessanter macht."

Dies kann auf der sozialen Ebene stattfinden (z.B. ein Apéro, ein spannender Vortrag, einen Film zeigen, und ähnliches). Wichtig ist dabei, dass diese Veranstaltung bzw. dieser Rahmen zunächst völlig unverbindlich ist.

"Und wirklich völlig unverbindlich. Nach dem Motto: Kommt zuhören, wir haben euch etwas zu erzählen – und mehr nicht."

Hilfreich ist es sicherlich auch, wenn man eine solche Veranstaltung in einem Kontext lanciert, der auch sonst von Schwulen frequentiert wird (*"Zum Beispiel im Cranberry"*). Erfolgreich sind erfahrungsgemäss auch Angebote, die in der Szene - d.h. an szenespezifischen Orten - selber lanciert werden.

Frage 5:

Für welche Gruppe(n) schwuler Männer wäre so ein Angebot besonders sinnvoll bzw. welche Subgruppen werden es am wahrscheinlichsten in Anspruch nehmen? (z.B. hinsichtlich Alter, soziale Schicht, Serostatus, etc.)

Besonders sinnvoll ist ein solches Angebot für die Subpopulation, die in der Gay-Partyszene und/oder in der Fetischszene verkehrt und die „Single“ ist. Diese Gruppe ist auch am einfachsten zu erreichen. HIV-positive Menschen sterben sehr häufig an Herz-Kreislauf-bezogenen Krankheiten und können daher sicherlich besonders stark von einem Rauchstopp profitieren. Unsicher zeigt sich U. Wittwer allerdings bei der Frage, ob diese Subpopulation ein Rauchstoppangebot mit grösserer Wahrscheinlichkeit in Anspruch nehmen wird als HIV-negative Menschen. Vermutlich am häufigsten in Anspruch nehmen werden ein solches schwulenspezifisches Rauchstoppangebot Personen, die mindestens 30 Jahre alt sind.

Frage 6:

Welche Rolle / wie steht ein Rauchstopp-Angebot im allgemeinen Gesundheitsangebot für schwule Männer?

Es gibt momentan - nach U. Wittwer - kein allgemeines Gesundheitsangebot für schwule Männer. Die bestehenden Angebote sind sehr spezifisch ausgerichtet (z.B. HIV-Beratung und ähnliches). Zwar nehmen Checkpoint Zürich und Checkpoint Genf diesbezüglich eine gewisse Vorreiterrolle ein, aber auch diese Angebote sind sehr stark auf HIV bzw. AIDS und andere sexuell übertragbare Infektionen ausgerichtet. Das Rauchen stellt zwar ein wichtiges Problem unter schwulen Männern dar, aber es ist in den Augen von U. Wittwer nicht das Dringlichste. Diesbezüglich erachtet er die Thematik des Suizids unter schwulen Männern als noch wichtiger.

Interview mit A. Bächler, Leiter des Beratungs-Teams der Schwulenberatung Berlin (D)

Frage 1:

Die Schwulenberatungsstelle Berlin bietet seit einiger Zeit Rauchstopp-Gruppen für schwule Männer an. Bitte schildern Sie ...

... wie es zu diesem Angebot kam

Ungefähr im Jahr 2003 gab es Veranstaltungen der Schwulenberatung zum Thema AIDS. Im Rahmen dieser Veranstaltung berichteten Wissenschaftler davon, dass mehr homosexuelle Männer an den Folgen des Rauchens sterben als an AIDS. Diese Information brachte A. Bächler auf die Idee, dass man entsprechende Angebote schaffen muss, um die Gesundheit schwuler Männer zu verbessern. Zu dieser Zeit gab es in Deutschland keine Angebote für schwule Männer, die mit dem Rauchen aufhören wollten. Da die Schwulenberatung sich als „ganzheitliches Projekt“ versteht, welches sich für die Gesundheit von schwulen Männern einsetzt, beschloss A. Bächler folglich, entsprechende Rauchstoppprogramme für schwule Männer anzubieten.

Frage 1b:

... wie viele Gruppen bisher durchgeführt wurden

Pro Jahr wird eine schwule Rauchstoppgruppe durchgeführt.

Frage 1c:

... wie viele Männer pro Gruppe etwa teilnehmen

In der Regel sind dies zwischen 10 und 15 Personen. Ursprünglich wollte man die Teilnehmerzahl auf 12 Personen beschränken, aber einmalig wurden dann 15 Personen für eine Rauchstoppgruppe aufgenommen, weil die Nachfrage so gross war. Durchschnittlich nehmen jedoch schätzungsweise etwa 12 schwule Männer an einer solchen Gruppe teil.

Frage 1d:

Was genau ist das Angebot, wie laufen die Gruppen ab?

Konzeptuell orientiert sich die Durchführung der Rauchstoppgruppen stark am Modell „*Nichtrauchen in zehn Schritten*“, welches von den deutschen Krankenkassen entwickelt wurde. Dieses Modell wird bundesweit benutzt und zeichnet sich in verschiedenen Studien durch die höchste Erfolgsrate unter gängigen Rauchstoppangeboten aus. Dieses Programm existiert seit ca. 20 bis 30 Jahren und wird fortlaufend aktualisiert. Die Kurse sind in 10 einzelne Sitzungen unterteilt, die einmal pro Woche stattfinden. Der konzeptionelle Rahmen basiert auf einem verhaltenstherapeutischen Ansatz. Die Basis wird dabei durch die Motivationsklärung der Teilnehmer und die Bewusstmachung des eigenen Verhaltens gebildet. Das heisst konkret, dass die Teilnehmer lernen, sich selber zu beobachten. Das bedeutet beispielsweise, dass man seinen Zigarettenkonsum zählt und sich bewusst macht, in welchen Situationen man raucht. Zu diesem Zweck wird ein spezielles Tagebuch verwendet. Die Teilnehmer sollen sich auch darüber klar werden, wieso sie mit dem Rauchen aufhören wollen. In der zweiten Phase wird der Zigarettenkonsum reduziert und/oder gänzlich beendet. Nikotinprodukte und andere Substitute werden den Teilnehmern vorgestellt und erklärt. Die Entscheidung, ob man diese Hilfsmittel verwendet oder nicht, wird aber jedem selber überlassen. Die dritte Phase widmet sich der Stabilisierung des erlangten Status. Die Grundidee, auf welcher das Konzept basiert, besteht darin, dass die Gruppe dem individuellen Teilnehmer dabei hilft, mit dem Rauchen aufzuhören, dass man miteinander reden kann und nicht alleine ist mit seinen Bemühungen, das Rauchen aufzugeben. Ein wichtiges Thema beim Rauchen ist ausserdem das Ausgehen. Die Gruppe geht zusammen aus und versucht in diesen Ausgangssituationen gemeinsam nicht zu rauchen. Den Teilnehmern soll damit bewusst gemacht werden, dass es möglich ist, im Ausgang nicht zu rauchen. Das Ziel des Programms besteht weiter darin, dass in der Hälfte des Rauchstoppkurses, also etwa in der 5. Sitzung, alle mit dem Rauchen aufhören. Die Wahl eines so genannten „*Quit-Days*“ wird aber der individuellen Wahl der einzelnen Teilnehmer überlassen. Es gibt dabei auch Leute, die bereits am ersten Kursabend mit dem Rauchen aufgehört haben und andere, die erst nach der Hälfte der gesamten Kursdauer das Rauchen unterlassen. Die Kosten der Kurse werden in der Regel zu zwei Dritteln von den Krankenkassen bezahlt. Pro Kursteilnehmer belaufen sich die Gesamtkosten auf 120 Euro, wovon jedoch am Ende des Programms die erwähnten zwei Drittel von den Krankenkassen zurückerstattet werden. Die Krankenkasse binden diese Zurückerstattung daran, dass der Rauchstopptrainer von ihnen zertifiziert ist, die Veran-

staltung bei den Krankenkassen angemeldet wurde, und dass der Teilnehmer mindestens an 8 der 10 Kurse anwesend sein muss.

Frage 1e:

Gibt es – und wenn, ja welche – ganz spezifische schwule Inhalte in den Kursen?

Dies wird insofern berücksichtigt, dass in diesen Kursen das Nachtleben und das Ausgehen speziell gewichtet werden. Viele Schwule rauchen besonders viel im Ausgang oder wenn sie sich beispielsweise auf Sexpartys befinden. Solche intimen Themen werden in Kursen für Heterosexuelle weniger oder gar nicht angesprochen. Derartige Gelegenheiten wie auch schwule Partnerschaften und die damit verbundene Rolle des Rauchens, können in einer schwulen Gruppe viel einfacher und selbstverständlicher angesprochen und diskutiert werden. Hinzu kommt, dass es in diesen Gruppen auch öfters HIV-positive Männer gibt, bei denen das Rauchen einen besonderen Aspekt bezüglich ihrer Gesundheit einnimmt. Über diese Thematik lässt sich in Schwulengruppen ebenfalls viel leichter reden als in üblichen Rauchstoppkursen.

Frage 1f:

Haben Sie Vermutungen darüber, ob und wie wichtig diese Inhalte sind?

Die schwulenspezifischen Inhalte werden klar als zentral beurteilt. Wenn die angesprochenen Themen nicht offen in einer Rauchstoppgruppe besprochen und thematisiert werden können, sind die Rauchstoppkurse seiner Meinung nach für schwule Männer unnützlich. In seinen eigenen Worten drückt dies A. Bächler besonders deutlich aus:

"Also wenn man einen Schwulen in eine heterosexuelle Gruppe schicken würde und er könnte dort nicht reden über sein HIV, über seinen Freund oder übers Ausgehen, dann denke ich bringt das nichts."

Frage 2:

Wie sind die Erfahrungen mit dem Kurs? Wie würden Sie die Männer und ihren Hintergrund beschreiben, die daran teilnehmen?

Die Altersgruppe bewegt sich in der Regel zwischen 30 und 60 Jahren. Die ganz jungen Männer kommen nicht in diese Kurse. Die meisten Kursteilnehmer sind ausserdem langjährige Raucher und haben auch bereits mehrere Rauchstoppversuche hinter sich. Je

älter die Männer sind, desto schlechter ist in der Regel auch ihr Gesundheitszustand infolge des Rauchen. Bei den meisten Männern stellen dementsprechend auch die Nebenwirkungen, die das Rauchen mit sich bringt, die zentrale Motivation dar, sich in einen solchen Rauchstoppkurs zu begeben oder aber sie sind Sozialhilfeempfänger und spüren die Kosten, welche das Rauchen mit sich bringt in empfindlicher Weise. Teilweise gibt es auch Paare, die gemeinsam mit dem Rauchen aufhören wollen und zusammen in die Kurse kommen.

Frage 2a:

Sind die Gruppen sehr heterogen oder eher homogen, zum Beispiel hinsichtlich Alter oder Bildung, und spielt das eine Rolle?

Die Gruppen sind grundsätzlich sehr heterogen. Das Alter der Teilnehmer bewegt sich in der Regel zwischen 30 und 60 Jahren. Der Bildungsstand der Teilnehmer und deren nationale Herkunft sind sehr unterschiedlich und spielen keine Rolle in der Beratung.

Frage 2b:

Haben Sie Hinweise auf die Wirksamkeit des Kurses? Was bewirken die Kurse hinsichtlich Rauchstopp, aber ggf. auch hinsichtlich anderer Aspekte?

Es wird leider keine Katamnese – beispielsweise nach einem Jahr – erstellt und überprüft, ob jemand dann wieder raucht oder nicht. Nicht alle beenden die Kurse, aber die meisten besuchen mindestens 8 von 10 Kursen. Laut Auswertungen der Krankenkassen verzeichnen die Rauchstoppkurse aber eine Erfolgsquote von ca. 20%, was für Rauchstoppkurse eine gute Quote darstellt.

Frage 2c:

Gibt es Ideen, bei welchen Männern die Kurse eher wirksam oder eben nicht wirksam sind?

Die Kurse sind eher wirksam bei Männern, die als gruppenfähig bezeichnet werden können – die also nicht zu ängstlich innerhalb von sozialen Interaktionen sind -, die ein „coming-out“ vollzogen haben und die eine klare Krankheitssicht sowie die nötige Motivation mit dem Rauchen aufzuhören mitbringen. Ebenfalls sehr hilfreich ist ein unterstützendes soziales Umfeld. Eher nicht so wirksam ist das Programm bei Männern, deren soziales

Umfeld weiter raucht wie bisher. Hinsichtlich der Motivation der Teilnehmer spielt hauptsächlich eine Rolle, wie entschieden sie sich auf das Programm einlassen können. Kurzfristig helfen hier Ängste als Verstärker, die ganz persönliche Erfahrung des Rauchstoppberaters ist aber, dass negative Motive (Ängste, Befürchtungen, etc.) langfristig relativ unwirksam bis störend sind. Deshalb vertritt er die Theorie, dass es für eine nachhaltige Verhaltensänderung erforderlich ist, die negativ definierte Zielsetzung (Rauchstopp, Entwöhnung, Aufhören etc.) durch eine positive zu ersetzen. Statt *"weg von der Ersatzbefriedigung"* eher *"hin zum Erkennen und Befriedigen tatsächlicher natürlicher Bedürfnisse"*. Kurzum: Es geht eher um eine *"Freiheit zu"* als um eine *"Freiheit von"*. Das hält er für eine tatsächliche Bewusstseinsänderung. Dass in Deutschland sehr viel Geld dafür verschwendet wird, negative Motive zu erzeugen, indem man Sätze wie *"rauchen führt zu einem qualvollen Tod"* auf Zigarettenschachteln druckt, illustriert – laut Meinung des Rauchstopptrainers – nur ...

"die unfassbare Ignoranz und Schwerfälligkeit des dahinter stehenden Apparates."

Frage 2d:

Was sind die grössten Probleme mit dem Kurs? Sowohl innerhalb des Kurses, aber vor allem auch insgesamt aus Sicht der Schwulenberatungsstelle? Zum Beispiel geringe Nachfrage, fehlende Konzeptualisierung?

Die Kurse werden bewusst im Januar oder Februar durchgeführt, weil davon ausgegangen wird, dass sich viele Leute für das neue Jahr den Vorsatz nehmen, mit dem Rauchen aufzuhören. Ein Versuch, den Kurs im Mai/Juni anzubieten scheiterte an mangelnder Teilnehmerzahl, was von der Schwulenberatung dahingehend interpretiert wurde, dass der Vorsatz mit dem Rauchen aufzuhören am Jahresanfang häufiger und stärker bei den Rauchern vertreten ist. Ein Problem ist ausserdem die finanzielle Hürde für Personen, die über ein sehr geringes Einkommen verfügen und für die 120 Euro zu viel Geld ist, um sie – auch wenn zwei Drittel davon zurückbezahlt werden – in einen Kurs zu investieren. Bei solchen Fällen bietet die Schwulenberatung Ratenzahlungen an. Ein weiteres Hindernis ist es für einen Teil der Männer, sich einmal pro Woche zu einem gegebenen Zeitpunkt zu treffen. Bei manchen ist auch einfach die Motivation, bei solchen Kursen über mehrere Male hinweg mitzumachen, bzw. das Rauchen ernsthaft aufgeben zu wollen, nicht ausgeprägt genug und die brechen dann teilweise die Kurse vorzeitig ab. Speziell diesen Leuten

versucht man mit Informationsabenden den Einstieg zu erleichtern. An diesen Informationsabenden lernen die Interessierten auch den Rauchstopptrainer persönlich kennen.

Frage 2e:

Ist es schwierig diese Kurse zu füllen?

Solange sie am Anfang des Jahres angeboten werden, ist es bislang kein Problem gewesen, diese Kurse mit Teilnehmern zu füllen. A. Bächler betont in diesem Zusammenhang, dass hierbei auch der Bewerbung dieser Kursangebote eine wichtige Funktion zukommt. Die Werbung wird vor allem in schwulen Treffpunkten, Schwulenbars und ähnlichem sowie bei schwulenfreundlichen Ärzten und Therapeuten lanciert.

Frage 3:

Ist Welche Planungen gibt es für die Zukunft? Soll der Kurs weitergeführt werden und wenn ja, in welchem Umfang?

Die Kurse werden im bisherigen Rahmen bis auf Weiteres fortgeführt werden.

Frage 3a:

Soll der Kurs inhaltlich modifiziert werden, oder sonst irgendwie angepasst werden?

Es wird wieder ein Kurs im Januar angeboten werden und in diesem werden dann auch bestimmte inhaltliche Anpassungen vollzogen (Arbeitsmaterialien, Bilder, etc.). Die grösste Änderung ist jedoch die Schwerpunktverschiebung von der langsamen Verhaltensänderung (Entwöhnung über Reduktion innerhalb von ca. 6 Wochen) hin zum plötzlichen Rauchstopp in der vierten Stunde. Diese Modifikation geht analog zu dem Paradigmenwechsel in der Verhaltenstheorie, weg von der systematischen Desensibilisierung hin zur Reiz- bzw. Angstkonfrontation. Einerseits ist der ganze Kurs dadurch um ca. 2 Einheiten (von 10) kürzer geworden, andererseits gibt es so mehr Zeit für den rauchverhaltensanalytischen Teil, der schwerpunktmäßig am Beginn steht, vor allem aber für die Stabilisierungsphase inkl. Rückfallprophylaxe. Letztere zu "boosten" hält der Rauchstoppperater für die zweitwichtigste (längst fällige) Modifikation im Programm. Es konnte bisher eindeutig evaluiert werden, dass es zu selten zu einer nachhaltigen Verhaltensänderung kam und die Leute nach anfänglichen Erfolgen doch sehr oft nach einigen Monaten wieder in alte Muster zurückkehrten.

Grund dafür war: Einerseits eine schlechte Rückfallprophylaxe, andererseits - wie schon oben erwähnt - das Fehlen positiver Ziele (mehr Attraktivität, Gesundheit, Sinneswahrnehmung, Erfolg, Freude, Lust, Gelassenheit, schöne Haut, Sex, Spiritualität, Freunde, etc.)

Frage 3b:

Soll es ergänzende, weitere Angebote im Bereich Gesundheit geben?

Es gibt einige suchtspezifische Angebote (Gruppenberatungen, Einzeltherapien), welche von der Schwulenberatung betrieben werden. Weiterhin ergänzend sollten nach Ansicht von A. Bächler folgende Angebote initiiert werden:

- Angebote für suchtkranke schwule Männer, AA- und NA-Gruppen, ambulante Suchtberatung und Suchttherapie;
- Entspannungsmethoden zur Stressbewältigung (z.B. Yoga, PMR, Selbsthypnose);
- Sport/Laufgruppen gegen Depression und Übergewicht;
- Gruppen für Psychiatrieerfahrene zur Depressions- und Psychoserückfallprävention;
- Kochkurse und Ernährungsberatung, sowie
- Angebote für Essgestörte (bisher kleine Betroffenenzahl, aber zunehmend)

Frage 4:

Was geben Sie für Empfehlungen und Ratschläge, wenn in Zürich auch ein Rauchstopp-Kurs angeboten werden soll?

Die Kurse sollten, wie in Deutschland der Fall, am Jahresanfang lanciert werden. Des Weiteren hat die Schwulenberatung Berlin gute Erfahrungen mit dem Infoabend gesammelt, der in der Regel 3 Wochen vor dem Kursbeginn veranstaltet wird. Dieser Infoabend dient vor allem dazu, den Rauchstopptrainer, die Räumlichkeiten und das Kurskonzept kennen zu lernen. In der Zeit bis zum Kursbeginn haben die Interessierten dann genügend Zeit, sich über eine Teilnahme Gedanken zu machen, sich zu entscheiden und das Kursgeld zu überweisen. Ein zentraler Punkt sollte der Bewerbung der Kurse zukommen. Dies sollte beispielsweise in schwulenspezifischen Zeitschriften, Clubs, Bars, Saunen sowie bei Beratungsangeboten, Schwulen-freundlichen Ärzten und Therapeuten getätigt werden. Ausserdem denkt A. Bächler, dass ein Rauchverbot in öffentlichen Räumen die

Motivation von Rauchern, mit dem Tabakkonsum aufzuhören, zusätzlich erhöhen wird. Die Gruppengrösse sollte auf ca. 12 Teilnehmer beschränkt werden, damit ein „*persönliches Arbeiten*“ mit den Leuten erzielt werden kann.

Interview mit B. Zahno, Leiter Bereich MSM, Zürcher Aids-Hilfe

Frage 1:

Wird das Thema "Rauchen" oder "Aufhören mit dem Rauchen" gelegentlich thematisiert in der Gesundheitsberatung?

In der Organisation Checkpoint ist dies bislang kein besonderes Thema gewesen. Durch die Umfrage des ISGFs unter schwulen Rauchern erfolgten einzelne Anfragen in der allgemeinen AIDS-Beratung, ob es bereits entsprechende Rauchstoppangebote gibt¹. Allgemein gesehen ist ein Anstieg von Männern, die mit dem Rauchen aufhören wollen, zu verzeichnen, insbesondere weil sie ein baldiges Rauchverbot in Restaurants und Bars befürchten.

"So quasi, es wäre noch gut, wenn man vorher etwas hätte, damit man aufhören kann mit dem Rauchen, bevor das kommt."

B. Zahno weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass in der schwulen Ausgangsszene sehr viel geraucht wird. Auffällig ist auch, dass sich viele HIV-positive Männer für ein Rauchstoppangebot interessieren. Diese wünschen sich insbesondere ein Rauchstoppangebot, das speziell auf HIV-positive, schwule Männer abzielt.

Frage 2:

Wie ist die Einschätzung / Erfahrung: Gibt es einen Bedarf, dass schwule Männern mit dem Rauchen aufhören wollen?

Rauchen und Rauchstopp stellen ein Thema dar. Die meisten Personen haben bereits erfolglose Rauchstoppversuche hinter sich. Stark mit dem Rauchen verknüpft sind das

¹ Anmerkung: Solche Anfragen gingen auch im ISGF direkt ein, ebenso wie Nachfragen nach schwulen, "rauchfreien" Lokalen.

Ausgehen und das damit verbundene „*Kennen Lernen*“ von anderen schwulen Männern sowie der Konsum von illegalen Substanzen. An vielen Treffpunkten für schwule Männer ist das Alkoholtrinken sowie das Rauchen ein fester Bestandteil des Habitus und dies beschäftigt offenbar einen Teil der schwulen Männer in der Beratung der AIDS-Hilfe. Verstärkt präsent wurde das Thema Rauchen durch die anstehenden gesetzlichen Änderungen betreffend öffentlichen Lokalitäten:

"Also eine extreme Angst unter schwulen Männern, wenn dieses Rauchverbot kommt, haben wir automatisch weniger Leute, die kommen."

Aus diesen Befürchtungen heraus entsteht offenbar auch vermehrt das Bedürfnis nach Unterstützungsangeboten für Rauchstopps oder zumindest einer drastischen Reduktion des Zigarettenkonsums. Die Zigarette ist in der schwulen Ausgangsszene häufig auch eine Möglichkeit Kontakte zu knüpfen, bzw. einen anderen Mann anzusprechen - beispielsweise durch das Fragen nach Feuer und ähnliches. B. Zahno weist auch drauf hin, dass viele schwule Männer Probleme mit sozialen Kontakten oder gar Angststörungen aufweisen, und dass die Zigarette in bestimmten Situationen als Hilfsmittel verwendet wird um die Nervosität zu überspielen, sich zu beruhigen und "cool" zu wirken. In seinen eigenen Worten unterstreicht er diese Wahrnehmung besonders eindrücklich:

"Also wenn einer eine Phobie hat in eine Gesellschaft zu gehen, dann ist Rauchen ein gutes Mittel um zu entspannen und dann rauchst Du vor der Beiz eine, damit Du es überhaupt in diesen schwulen Laden hineinwagst. Das ist also eine Symptombekämpfung. (...) und drinnen kann es auch beruhigend sein. Wenn man alleine ist und mit niemandem reden kann, dann kann die Zigarette ein Partner sein (...)."

Weiter berichtet er davon, dass sich viele schwule Männer davor fürchten, dass die Plattformen der schwulen Ausgangsszene durch ein Rauchverbot grundlegend verändert werden und sie dadurch wichtige Kontaktmöglichkeiten verlieren. Für viele schwule Männer mit depressiven Störungen ist das Rauchen ausserdem eine Bewältigungsstrategie, um gewisse Symptome etwas besser "in den Griff zu kriegen". B. Zahno vermutet, dass gerade diese Subgruppe über ihre depressiven Störungen reden möchte, dies aber gerne über den Zigarettenkonsum als Anknüpfungspunkt machen würde. Der Zigarettenkonsum könnte nach Meinung von B. Zahno somit u. U. als "door-opener" für die Behandlung psychischer Probleme dienen.

Frage 3:

Es gibt ja in der Schweiz ein sehr umfangreiches Angebot an verschiedenen Hilfen zum Rauchstopp. Braucht es ein Angebot für schwule Männer und wenn ja, warum? Warum nehmen schwule Männer nicht die allgemeinen Angebote in Anspruch?

Schwule Männer nehmen das Gesundheitssystem entweder extrem oder gar nicht in Anspruch. Viele homosexuelle Männer brauchen ein schwulenspezifisches Angebot, um intime Probleme zu besprechen. Bei einer Rauchstoppgruppe ist es für schwule Männer grösstenteils leichter, über ihre Probleme und ihr Leben zu reden, wenn dies in Anwesenheit von anderen Männern mit der gleichen sexuellen Ausrichtung und Identität ist. Die gängigen Angebote sind auf heterosexuelle Lebenswelten ausgerichtet und nicht auf homosexuelle, was viele daran hindert, diese in Anspruch zu nehmen. Die Gründe für heterosexuelle Männer zu rauchen sind andere als diejenigen für schwule Männer. Man müsste diese noch eingehender erforschen. B. Zahno vermutet, dass diese Gründe mit einer grösseren Belastung durch psychische Probleme und einem häufigeren Leiden unter Einsamkeit unter schwulen Männern zusammenhängen.

Frage 3a:

Gibt es spezifische Probleme für schwule Männer mit dem Rauchen aufzuhören, welche sind das? Woran scheitern Rauchstopps?

Ein wichtiger Grund dafür ist sicherlich das Umfeld der Schwulenszene, in der sehr stark geraucht wird. B. Zahno geht davon aus, dass das Ausgehen unter den Schwulen eine wichtige Funktion innerhalb ihrer Lebenswelt einnimmt. Während bei Heterosexuellen oftmals die Übernahme der Vaterrolle zu einem Rauchstopp führt, fehlt dies bei den schwulen Männern weitgehend als Motivation. Ausserdem bieten die gängigen Rauchstoppangebote keine Tipps, welche für Schwule wirkungsvoll sind, weil sie deren Lebenswelten zu wenig berücksichtigen.

"Die Tipps sind heterosexuell-bezogen und haben nichts mit einer Schwulenwelt zu tun."

B. Zahno vermutet weiter, dass die meisten schwulen Männer in normalen Rauchstoppkursen nicht sagen, dass sie homosexuell sind und folglich Ratschläge und Tipps erhal-

ten, mit denen sie gar nichts anfangen können.

Frage 4:

Was wären wichtige Rahmenbedingungen – organisatorisch und inhaltlich – damit ein Rauchstopp-Angebot für schwule Männer in Anspruch genommen würde und erfolgreich wäre?

Es ist laut B. Zahno sicherlich gut und wünschenswert, wenn man ein Angebot aufziehen könnte, das Schwule nicht in erster Linie mit HIV assoziiert. Für viele schwule Männer ist es vermutlich attraktiv, wenn die Nachricht übermittelt wird:

"Eure Gesundheit ist uns wichtig - wir bieten dir etwas an, um mal zu überlegen, wie gehst du mit deiner Gesundheit um."

Das Thema Rauchen könnte hier insbesondere auch als „Türöffner“ dienen, um mit schwulen Männern über andere Probleme zu reden. Dies ist über die SDI- und HIV- Themen kaum in einem vergleichbaren Rahmen möglich. Eine gute Möglichkeit wäre hierbei auch mit Gay-Sport oder dem "warmen Mai" zusammen zu arbeiten. Dadurch könnte man eine neue Kontaktplattform generieren, die nichts mit der üblichen Ausgangsszene zu tun hat. Dies böte auch die Möglichkeit, eine Lebenswelt aufzuzeigen, die nichts mit Rauchen zu tun hat.

Frage 4a:

Was könnten Probleme bei der Umsetzung und in der Praxis sein?

Das grösste Problem sieht B. Zahno darin, dass Rauchstopp-Prävention unter Schwulen zu einer Abwehrhaltung führen könnte.

"Jetzt wollt ihr uns das Rauchen auch noch nehmen. Jetzt macht ihr Razzien und jetzt wollt ihr uns das Rauchen auch noch nehmen."

Diese Reaktion hat sich mehrfach im Rahmen der Verteilung von Flyern für die Queer-Quit-Befragung am CSD in Zürich gezeigt. Schwule reagieren hier oftmals sehr autoritätsfeindlich. Die Ausschreibung eines solchen Rauchstopps muss sehr sensibel auf diese

Probleme reagieren. Sie sollte stark auf den Gesundheitsaspekt setzen und nicht mit einem Verbot oder einem Abgewöhnungsaspekt assoziiert sein. Ein Problem könnte auch darin bestehen, dass das Angebot überrannt wird und dies teilweise auch von Personen, die nur wegen der sozialen Kontakte und nicht wegen des Rauchstopps kommen. Gerade wenn es eine gewisse Erfolgsrate geben muss - die sich durch die Anzahl rauchfreier Personen nach den Rauchstoppkursen zeigen muss - um das Angebot zu rechtfertigen, könnte die vordergründige Motivation, Kontakte zu knüpfen ein Problem darstellen. B. Zahno befürchtet, dass dies soweit führen könnte, dass man sich im Vorfeld überlegen muss:

"Wen nimmt man nun in solche Rauchstoppkurse auf und wen muss man davon ausschliessen, weil es ihm nicht in erster Linie um einen Rauchstopp geht?"

Frage 4b:

Was wäre bei der Ausgestaltung des Angebotes wichtig? Wie könnte / sollte die eher ablehnende Haltung schwuler Männer gegenüber "Gruppen" überwunden werden?

Diese ablehnende Haltung lässt sich kaum überwinden, aber man kann positive Erfahrungen sammeln, die dann zu einem Werbeträger (z.B. durch Mund-zu-Mund-Propaganda) für neue Interessenten wird. Man muss die Ansicht vermitteln, dass eine solche schwule Rauchstoppgruppe etwas sehr Bereicherndes sein kann. B. Zahno verweist in diesem Zusammenhang auf die schwulen Kochkurse, die anfänglich eher auf Abneigung stiessen und mittlerweile ein sehr starkes Interesse generiert haben. Dies ging bislang soweit, dass sich sogar private schwule Kochkurse gebildet haben, weil die offiziellen Angebote die riesige Nachfrage nicht mehr bewältigen konnten.

Frage 4c:

Wir haben in der Befragung schwuler Männer festgestellt, dass es eine grosse Neugier / Interesse an einem Rauchstopp-Angebot gibt und viele Männer sich zumindest über ein solches Angebot informieren würden. Wie könnte / sollte so eine Information sein, damit dann auch der Schritt zur Teilnahme stattfindet?

B. Zahno ist der Meinung, dass man die Erfahrungen aus der HIV-Prävention nutzen kann. Die Eckpfeiler dieser Präventionsmodelle können durchaus für die Bewerbung von

Rauchstoppangeboten verwendet werden. Konkret bedeutet dies: In einer ersten Phase Plakate, Flyers oder andere GVAs abgeben (z.B. kleine Werbegeschenke, die auf eine Kampagne oder eine Internetseite aufmerksam machen). Ausserdem könnte man Personen spezifisch schulen und sie anschliessend aktiv in die Szene schicken, wo sie diese neuen Angebote bewerben und darüber informieren (z.B. in Zusammenarbeit mit der Präventionsfigur „Hildegard“). Eine Kombination von stationären und ambulanten Angeboten hat bei der AIDS-Prävention sehr gut funktioniert und dies würde laut B. Zahno wahrscheinlich auch in Bezug auf das Rauchen funktionieren.

Eine gute Idee wäre es seiner Meinung nach auch, die Rauchstoppberater selber in die Szene zu schicken, damit sie über ihre Rauchstoppkurse informieren können. Dies bringt auch den Vorteil mit sich, dass die schwulen Männer gleich wissen, wer sie dann später beraten wird. Zahno ist überzeugt, dass, wenn man ein entsprechendes Angebot im Checkpoint bietet, sich viele Männer melden, denen es in erster Linie nicht ums Rauchen geht, sondern darum sich bezüglich psychischer Probleme beraten zu lassen. Für diese Personen müsste es dann vielleicht ein entsprechendes Alternativprogramm geben, welches mehr auf diese psychischen Aspekte, wie Depressionen und ähnliches fokussiert.

Frage 5:

Für welche Gruppe(n) schwuler Männer wäre so ein Angebot besonders sinnvoll bzw. welche Subgruppen werden es am wahrscheinlichsten in Anspruch nehmen? (z.B. hinsichtlich Alter, soziale Schicht, Serostatus, etc.)

Vor allem für ältere Schwule und für HIV-Positive ist ein solches Angebot wohl attraktiv. B. Zahno kann sich gut vorstellen, dass man die Teilnehmer in zwei Alterskategorien einteilt (z.B. bis und ab 35 Jahren) und, dass man Gruppen zusammenstellt, die ausschliesslich für HIV-positive Männer offen sind. Des Weiteren ist es seiner Meinung nach auch sinnvoll, für „politoxe“ Schwule eine eigene Gruppe anzubieten. Bezüglich der sozialen Schicht oder dem Bildungsstand sieht er unter den Schwulen keine Differenzierungen hinsichtlich dem Rauchen bzw. einer Rauchstoppgruppe. In der Schwulenwelt spielt diese Unterscheidung laut B. Zahno keine Rolle.

Frage 6:

Welche Rolle / wie steht ein Rauchstopp-Angebot im allgemeinen Gesundheitsangebot für schwule Männer?

Für Zürich wäre es die Möglichkeit, ein erstes Gesundheitsangebot für schwule Männer ausserhalb von HIV zu schaffen und dadurch bietet es eine sehr wichtige Funktion, die Gesundheitsförderung für schwule Männer zugänglich zu machen und sie nicht nur auf HIV und AIDS zu reduzieren. In seinen eigenen Worten drückt dies B. Zahno besonders prägnant aus:

"Das könnte ein neuer Weg werden, den man auf tun könnte und das wäre meiner Meinung nach ganz wichtig!"

B. Zahno findet es gerade auch unter dem Gesichtspunkt der allgemeinen *"Heterosexualisierung der Gesellschaft"* wichtig, für schwule Männer spezifische Gesundheitsangebote zu entwickeln. Er verspürt eine steigende Tendenz, Minderheiten in der Schweiz - zu welcher die Schwulen gehören - weniger zu tolerieren. Gerade auch vor diesem Hintergrund spricht er sich für eine Gesundheitsförderung aus, die speziell auf Homosexuelle zugeschnitten ist. B. Zahno betont, dass Rauchstopp-Angebote in diesem Zusammenhang eine wichtige Avantgardefunktion erfüllen können, die sich letztlich auch volkswirtschaftlich auszahlen werden.

5.3.3 Fazit

Die ExpertInneninterviews spiegeln ein weites Spektrum an Einschätzungen, Expertise und Erfahrungswelten wieder. Dabei zeigten sich einige wichtige Gegensätze, aber auch Übereinstimmungen zwischen den verschiedenen Perspektiven. Deutlich wurde, dass bislang insgesamt in Institutionen der "allgemeinen" Tabak- und Entwöhnungspolitik und den entsprechenden Angeboten wenig Kenntnisse, Thematisierung und Bewusstsein für die hohe Prävalenz des Rauchens unter schwulen Männern existieren. Aus Sicht der praktischen Rauchstopp-Beratung zeigte sich eine Offenheit für spezifische Angebote, die für bestimmte Gruppen (insb. solche mit hoher Ausgangs-Frequenz) als sinnvoll erachtet werden, wenn sie an spezifische Beratungs- und Gesundheitsangebote gekoppelt sind und von diesen Institutionen angeboten werden.

Aus präventionspolitischer und strategischer Sicht der Tabakprävention wird die sexuelle Orientierung nicht als bedeutsames Kriterium für die Tabakentwöhnung bewertet. Vielmehr wird eine spezifische Informationsvermittlung als möglicher Zugang zu allgemeinen Angeboten hervorgehoben. Dagegen referieren die Vertreter schwuler Gesundheits- und Interessenvertretungen stark und einheitlich auf "schwule Lebenswelten", die sich insgesamt von denen heterosexueller Männer unterscheiden würden. Für diese Experten zeichnet sich eine schwule Lebenswelt durch "mehr" aus als die Spezifität sexueller Kontakte, nämlich vor allem durch den "sozialen Kontext". Diese männliche, schwule Lebenswelt beeinflusst demnach massgeblich die Ursachen für das Rauchen, die Bedeutung und Funktion des Rauchens im alltäglichen Leben, als auch wichtige Rahmenbedingungen für den Rauchstopp.

Auch sind sich die Vertreter schwuler Institutionen, sowohl solcher, die eher auf gesellschaftspolitischer Ebene arbeiten als auch solche mit starkem Praxisbezug, einig, dass sie eine schwulenspezifische Rauchstopp-Gruppe für sinnvoll und erfolgreicher halten. Dabei beziehen sich die Experten einerseits auf psychologische Momente der Offenheit und Vertrautheit in einer Gruppe von schwulen Männern, andererseits auch auf spezifische Themen und Inhalte, die für schwule Männer relevant sind (Ausgang, intime Themen, HIV, etc.).

Deutlich wird auch, dass aus Sicht der Vertreter der allgemeinen Ausstiegspolitik und -erfahrung andere soziale Faktoren (Bildung, Einkommen) mindestens ebenso stark gewichtet und als bedeutsam bewertet werden, während die sexuelle Orientierung ein (eher unwichtiger) Aspekt ist. Im Gegensatz dazu sind sich die Vertreter der schwulenspezifischen Institutionen einig, dass diese sozialen Unterschiede innerhalb der Gruppe der schwulen Männer im Allgemeinen und im Rahmen der Rauchstopp-Thematik im Besonderen keine Rolle spielen.

Grosse Einigkeit bestand darüber, dass die allfällige Umsetzung und Implementierung eines Tabakentwöhnungsangebotes durch bereits existierende schwule Gesundheitsangebote erfolgen sollte. Als Hauptgründe wurden einerseits das Vertrauen und der Zugang zur relevanten Zielgruppe, andererseits auch Effizienzüberlegungen genannt. Ebenfalls als wichtiger Aspekt wurde von allen befragten ExpertInnen hervorgehoben, dass einem entsprechenden Angebot für schwule Männer eine umfassende "Bewerbung" und Informationspolitik *in der schwulenspezifischen Szene* vorausgehen müsste, um die Zielgrup-

pe zu erreichen und für eine Teilnahme zu motivieren. Dieser Aufwand darf nicht unterschätzt werden, zumal sich gerade in der Zürcher Schwulenszene derzeit eher ein "Abgrenzungs- und Ablehnungsklima" gegenüber der Mehrheitsgesellschaft etabliert, in dem spezifische Angebote als moralisierend oder invasiv eingreifend erlebt werden könnten (insbesondere im Zusammenhang mit den gesetzlichen Veränderungen zum Rauchen in öffentlichen Lokalen). Dieser Aspekt, das "Motivieren vor Moralisieren", wurde deutlich auch von der Vertreterin der Rauchstopp-Beratung hervorgehoben.

Aus Sicht der Experten, die tatsächlich in der Praxis mit Klienten tätig sind (Frei/Bächler/Zahno), wurde ebenfalls gemeinsam festgestellt, dass der Zusammenhang zwischen Rauchen und depressiven Symptomen/Erkrankungen vermutlich eine grosse Bedeutung aufweist, die bei einem allfälligen Angebot ernst genommen und berücksichtigt werden muss.

Vertreter schwuler Institutionen heben hervor, dass ein spezifisches Rauchstopp-Programm eine wichtige und globalere "Türöffner"-Funktion einnehmen könnte, die Gesundheit schwuler Männer abseits sexuell-übertragbarer Krankheiten zu thematisieren und der Zielgruppe ein Interesse an der Verbesserung ihrer gesundheitlichen Lage zu signalisieren.

6 Diskussion und Schlussfolgerungen

Ziel der vorliegenden Studie war es, den potentiellen Bedarf für ein Tabakentwöhnungsprogramm für schwule Männer zu untersuchen. Dabei wurde schwerpunktmässig einerseits Rauchverhalten, Rauchstopp-Historie und Aufhörbereitschaft und andererseits Wünsche und Präferenzen für Unterstützungsmassnahmen erhoben. Es sollte immer auch berücksichtigt werden, ob sich bestimmte Subgruppen von Männern identifizieren lassen, für die ein solches Angebot besonders geeignet wäre. Die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchungen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Der durchschnittliche tägliche Zigarettenkonsum (20 Zigaretten/Tag) und der durchschnittliche Fagerstrom Nikotinabhängigkeits-Score (Wert 5) der befragten Männer liegt relativ hoch. Höheres Alter, schlechter Gesundheitszustand, ein hoher Anteil schwuler Freunde, die rauchen, häufiger als einmal im Monat in den schwulen Ausgang gehen und die Zustimmung zu positiven "Raucher-Stereotypen" waren Prädiktoren für einen höheren täglichen Zigarettenkonsum.
- Insgesamt ist Idealisierung und Zustimmung zu positiven Raucher-Stereotypen weit verbreitet unter schwulen Männern. Ebenso zeigte sich in der Stichprobe ein relativ grosses Kollektiv von schwulen Rauchern, die hoch gebildet sind, mindestens regelmässig oder häufig in den schwulen Ausgang gehen, deren Hauptvertrauensperson ein schwuler Mann oder Partner ist, die einen überwiegend schwulen Freundeskreis haben, in dem wiederum Raucher sehr stark vertreten sind.
- Etwa die Hälfte der gegenwärtigen Raucher (46%) hat bereits mindestens einen, durchschnittlich jedoch 2 erfolglose Aufhörversuche hinter sich.
- In dem befragten Sample war die Aufhörbereitschaft unter den schwulen Männern mit 42% in den nächsten 6 Monaten und 21% in den nächsten 30 Tagen sehr hoch. In der *Geneva Gay Men's Health Study* erwogen unter den Jemals-Rauchern 24% ernsthaft einen Rauchstopp innert der kommenden 6 Monate und weitere 6% in den nächsten 6 Wochen (J. Wang, ISPM Zürich, persönliche Kommunikation). Allerdings beziehen sich die Daten der Genfer Studie auf die Jemals-Raucher, nicht auf die aktuellen Raucher. Zudem liegt die Genfer Untersuchung 5 Jahre zurück (2002) und der allgemeine Druck auf Raucher war zum Zeitpunkt der Untersuchung sicher geringer als in 2007.
- Neben höherem Alter ist vor allem ein positiver HIV-Serostatus ein wichtiger Prädiktor für die Aufhörbereitschaft. Daneben sind eine höhere Anzahl bisheriger (gescheiterter)

Aufhörversuche und "Einstellungs-Aspekte" oder kulturelle Merkmale relevant für die Aufhörbereitschaft.

- Bei den befragten Männern stellen die Angst vor einer antizipierten Gewichtszunahme und die Problematik, als "Nicht-Raucher" am schwulen Ausgang teilhaben zu können/wollen eine grosse Befürchtung dar.
- Von den Männern, die den Rauchstopp planen, gaben 42% an sie würden "sehr wahrscheinlich" an einem Angebot für schwule Männer teilnehmen, weitere 33% wären an einer Teilnahme interessiert und würden sich über Inhalte und Details informieren.
- Es existiert eine ambivalente Haltung zu "Gruppen-Angeboten": Einerseits besteht häufig ein starker Wunsch nach "vertrauensvoller Gemeinschaft", andererseits eine starke Konzentration auf die Individualisierung verbunden mit einer gewissen Ablehnung gegenüber "Therapie-ähnlichen" Gruppen-Strukturen. Diese Ambivalenz besteht vor allem darin, dass eine Gruppe schwuler Männer einerseits als hilfreich, vertraut und unterstützend wahrgenommen wird, andererseits auch Befürchtungen bestehen vor dieser Gruppe "Schwäche zu zeigen" und Gruppenmitgliedern später in anderen Rollen wieder zu begegnen (z.B. im Ausgang).
- Im Rahmen einer Präferenzmessung zeigten sich Aufhörbereitschaft und ein hoher Fagerstrom Nikotinabhängigkeits-Score als signifikante Prädiktoren für die (hypothetische) Entscheidung, an einem Gruppenprogramm teilzunehmen.
- Das nested logit Regressionsmodell zeigt deutlich, dass die Eigenschaften der angebotenen Rauchstopp-Programme "durchtragen" und entscheidend dafür sind, ob ein Teilnehmer *überhaupt* an einem Rauchstopp-Angebot interessiert ist. Dieses Ergebnis beantwortet die Frage, ob durch die Modifikation der Angebote die Teilnahmebereitschaft erhöht werden kann, eindeutig positiv.
- Die befragten schwulen Männern hatten starke Präferenzen für ein Rauchstopp-Angebot speziell für schwule Männer, welches - *unabhängig davon* - von einer schwulen Gesundheitseinrichtung angeboten wird. Der soziale Hintergrund der anderen Teilnehmer hatte praktisch keinen Einfluss auf die geäußerte Präferenz bzw. die Teilnahmeentscheidung.
- Insgesamt zeigen alle Untersuchungsteile ein hohes Mass an Interesse an schwulen Rauchstopp-Angeboten, auch wenn die konkreten Vorstellungen der Befragten oft vage sind. In den Studien zeigte sich jedoch, dass es ein grosses Bedürfnis nach "community-building" gibt, und dass gewisse Erwartungen in dieser Hinsicht an ein solches

Gruppen-Angebot geknüpft werden ("Teil einer Gruppe schwuler Nicht-Raucher zu sein", "gemeinsame Unternehmungen als Nicht-Raucher").

- Aus den qualitativen Untersuchungen ergibt sich ebenfalls, dass Männer ab einem Alter von etwa 35 Jahren, solche mit positivem HIV-Serostatus, sowie solche, die regelmässig in den schwulen Ausgang gehen, eine besonders relevante Zielgruppe für ein schwules Rauchstopp-Angebot wären.

Ein wichtiges Ergebnis ergibt sich hinsichtlich der Bedeutung sozialer Unterschiede (z.B. Bildung, Einkommen) zwischen schwulen Männern für ein Rauchstopp-Programm: Eine Hypothese zu Beginn der Untersuchungen war, dass soziale Unterschiede zwischen Männern möglicherweise eine viel grössere Bedeutung für die Inanspruchnahme und die Präferenz für ein Rauchstoppangebot haben als die Gemeinsamkeit der sexuellen Orientierung. Diese Annahme wurde auch von den befragten Expertinnen der allgemeinen Präventions- und Ausstiegsperspektiven wiederholt formuliert. Tatsächlich zeigen jedoch alle empirischen Untersuchungsteile, die die Perspektive der schwulen Männer abbilden, dass sozioökonomische Unterschiede nahezu bedeutungslos sind. Dies bezieht sich zum einen auf die Abhängigkeit der Wünsche und Präferenzen vom sozioökonomischen Status des Individuums, als auch auf die Präferenzen, die dieses Individuum gegenüber anderen Teilnehmern aufweist. Da man annehmen könnte, dass diese Ergebnisse auch auf soziale Erwünschtheitseffekte zurückzuführen sind ("soziale Unterschiede dürfen keine Rolle spielen"), sind die Ergebnisse der Präferenzmessung besonders relevant: Hier müssen Teilnehmer eine Präferenz gegenüber sozialen Gruppen nicht direkt offen legen, könnten diese aber durch ihre Wahlentscheidungen dennoch (unbewusst) dokumentieren, was tatsächlich aber nicht der Fall war. Verfahren der Präferenzmessung haben sich in der Vergangenheit denn auch als weitaus weniger empfindlich gegenüber sozialen Erwünschtheitseffekten gezeigt, was die Zuverlässigkeit der Aussagen erhöht [48;49]. Die Ergebnisse bestätigten sich auch deutlich in den qualitativen Untersuchungsmodulen. Dies soll nicht heissen, dass unter schwulen Männern nicht wichtige Unterschiede existieren, und sich diese Gruppe nicht ebenso in verschiedenen Dimensionen unterscheidet wie heterosexuelle Männer. Offensichtlich aber ist die Gemeinsamkeit der sexuellen Orientierung und die damit verbundenen gemeinsamen Erfahrungen und Realitäten ein Merkmal, welches stärker und konsequenter verbindet, als Faktoren der sozialen Schicht. Dies spiegelt sich auch in epidemiologischen Untersuchungen, in denen das höhere Risiko zu rauchen unter schwulen Männern durch die höheren Bildungsschichten hindurch-

wirkt und nicht durch den protektiven Effekt der Bildung kompensiert wird [16]. Insgesamt weisen die Ergebnisse darauf hin, dass, vereinfacht gesagt, schwule Männer lieber mit anderen schwulen Männern unterschiedlicher sozialer Hintergründe gemeinsam den Rauchstopp versuchen als mit heterosexuellen Menschen ähnlicher sozialer Hintergründe. Dies mag möglicherweise gerade in relativ kleinen schwulen Bevölkerungsgruppen zutreffen, in denen beispielsweise soziale Aktivitäten und Freizeitangebote für schwule Männer sehr viel weniger durch Differenzierungen nach sozialer Schicht gekennzeichnet sind.

Aufgrund des Studiendesigns und der generell schlechten Datenlage über schwule Männer in der Schweiz können keine Aussagen zur Generalisierbarkeit oder "Repräsentativität" der gewonnenen Daten und Erkenntnisse getroffen werden. Dennoch gibt es einige Hinweise darauf, dass die Ergebnisse auch über die befragte Gruppe von Männern hinaus eine hohe Relevanz haben:

- 1) Bei der Rekrutierung der Teilnehmer wurde ein sehr weites Spektrum von Massnahmen eingesetzt und so ein sehr unterschiedliches Zielpublikum erreicht. Potentielle Teilnehmer wurden sowohl persönlich als auch schriftlich/elektronisch angesprochen und eine Vielzahl von Institutionen hat ihre jeweils spezifischen Mitglieder/Anhänger auf die Befragung aufmerksam gemacht. Daher kann davon ausgegangen werden, dass - bezogen auf die Männer, die sich selber als "schwule Raucher" identifizieren - eine relativ hohe Ausschöpfung erreicht werden konnte und viele verschiedene Perspektiven in die Studie eingegangen sind.
- 2) Einige punktuelle Aspekte weisen darauf hin, dass die erhobenen Daten durchaus in Einklang stehen mit bereits existierenden Daten: So betrug der Anteil der Männer mit positivem HIV-Serostatus in der vorliegenden Stichprobe 12%, und ist damit durchaus vergleichbar mit der üblicherweise angenommenen Prävalenz von 10-15% unter schwulen Männern in Zürich [50].
- 3) Die Ergebnisse der quantitativen Befragung und der qualitativen Ergebnisse der Fokusgruppen und der ExpertInneninterviews stehen in sehr engem Einklang. Dies spricht dafür, dass die Daten ein sehr typisches Bild zeichnen und im übertragenen Sinne repräsentativ sind für die Gruppe von schwulen Männern, die sich in der schwulen Szene bewegen und die von Vertretern schwuler Institutionen wahrgenommen werden.

Schlussendlich ist "Repräsentativität" für das primäre Ziel der Studie, nämlich die Bedarfsabklärung für ein schwules Rauchstopp-Programm, nicht das entscheidende Kriterium, solange der Bedarf als ausreichend gross angenommen werden kann.

Die Studie hat auch eine Reihe konkreter Rahmenbedingungen herausarbeiten können, die bei der etwaigen Entwicklung eines Entwöhnungsangebotes für schwule Männer berücksichtigt werden sollten, um eine möglichst hohe Akzeptanz und damit verbunden eine Nutzenoptimierung zu erreichen. Dazu zählen die folgenden Aspekte:

- Frühzeitige Einbindung schwuler "Gesundheitsorganisationen" und schwuler Institutionen insgesamt: Dabei sollten einerseits diese Organisationen in die Verantwortung für die Tabakproblematik und die damit verbundenen Gesundheitsgefahren genommen werden, und andererseits der Erfolg der Tabakpräventionsmassnahmen gesichert werden, indem sie durch die akzeptierten und vertrauten Institutionen kommuniziert werden.
- Die Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen hinsichtlich des Rauchens in öffentlichen Lokalen, von denen schwule Männer vermutlich besonders stark betroffen sind, kann ein sehr guter "Kick off" und Anknüpfungspunkt für die Lancierung eines schwulen Rauchstopp-Angebotes sein. Diese Veränderung schwuler Ausgangslokalitäten durch Rauchverbote ist häufig verbunden mit einer Angst vor Verlust von Kontaktmöglichkeiten. Die parallele Etablierung eines Entwöhnungsangebotes könnte hier ein wichtiges Signal sein ("die Szene verändert sich, aber es gibt Hilfe, mit dieser Veränderung zurecht zu kommen"), und gleichzeitig als Motivation für den eigenen Rauchstopp dienen und damit die Nachfrage nach dem Programm erhöhen.
- Da unter schwulen Männern häufig nur vage Vorstellungen vorliegen, gleichzeitig aber die Neugier und das Interesse gegenüber einem Gruppen-Entwöhnungsprogramm sehr hoch ist, sollte die Einführung des Angebots von umfangreichen Informationsmassnahmen begleitet sein, beispielsweise Informationsabenden, Internetpräsentation, mobile Aktionen vor Ort, etc., über die sich potentielle Teilnehmer vorgängig informieren können. Der Ton, Stil und die Kommunikationspolitik wird eine entscheidende Bedeutung für das Interesse und die Nachfrage haben. Konkrete Hinweise ergeben sich aus den Erfahrungen der mobilen HIV-Prävention in Zürich und den Erfahrungen aus Berlin hinsichtlich der Rauchstopp-Kurse.

- Im Rahmen der Kommunikation sollte das Angebot nicht zwangsläufig als "Gruppe" deklariert werden, weil dieser Begriff häufig a priori zu Ablehnung führt. Besser wären beispielsweise Bezeichnungen wie "team", "squad", "Netzwerk", "Workshop" oder allenfalls "Kurs".
- "Ältere" Männer (ab circa 35 Jahren) zeigten sich einerseits eher aufhörbereit als jüngere Männer und hatten zudem auch ein grösseres Interesse, an einem spezifischen Angebot teilzunehmen. Daher sollte diese Gruppe gezielt angesprochen werden und sowohl inhaltlich als auch organisatorisch in ihren Bedürfnissen berücksichtigt werden (Uhrzeiten, Lokalitäten, etc.).
- Für HIV-positive Männer ist der Nutzen des Rauchstopps besonders hoch. Zudem waren sie in unserer Stichprobe besonders häufig aufhörbereit. Daher sollten die spezifischen Bedürfnisse dieser Männer gezielt berücksichtigt werden (z.B. besondere Gefährdung durch das Rauchen bei positivem Serostatus, Wechselwirkungen zwischen antiretroviraler Therapie und Entwöhnungsmedikamenten) und sie auch als Zielgruppe direkt angesprochen werden (über die Beratungs- und Testangebote, HIV-Schwerpunktpraxen, etc.).
- Thematisch müssen die Inhalte eines Rauchstopp-Angebotes konsequent an die für schwule Männer relevanten Themen angepasst sein. Dazu gehören zum Beispiel die häufigste Befürchtung der Gewichtszunahme, die Themen "soziale Kontakte/Ausgang", "Männlichkeit" und "cool-sein".
- Neben der inhaltlichen Ausrichtung müssen wichtige Aspekte im Rahmen des Rauchstopp-Angebotes auch gemeinsam erprobt und in Verhalten transferiert werden. Hier sind insbesondere das Ausgehen und der soziale Kontext wichtig. Zum Beispiel sollte im Rahmen der Entwöhnung das gemeinsame Ausgehen als Nichtraucher erprobt werden ("community building").
- Besonders wichtig ist die Konzeption und Betonung eines Nachsorge-Angebotes zur Rückfallverhinderung. Da auch hierfür vermutlich der soziale Kontext eine wichtige Bedeutung hat, muss ein Rauchstopp-Programm für schwule Männer während des Kernangebotes Vorsorge treffen, dass für die Zeit nach dem eigentlichen Entwöhnungskurs bereits ein so enges Netzwerk geschlossen wurde, dass die Teilnehmer auch nach Abschluss auf dieses Netzwerk zurückgreifen können. Hier scheint das in England entwickelte "Zellen"-Konzept sehr sinnvoll, in dem sich 2-4 Teilnehmer der Gruppe zu kleinen Zellen zusammenschliessen und diese Zellenstruktur auch nach Kursabschluss erhalten bleibt. Zudem könnten weitere, unregelmässige Treffen oder Aktivitäten in der Ursprungsgruppe hilfreich sein.

- Es kann vermutet werden, dass mit dem Angebot zur Tabakentwöhnung besonders auch Menschen angesprochen werden, die (andere) Abhängigkeits- oder psychische Probleme aufweisen (Depressionen, Phobien, etc.). Dies ist insbesondere deswegen wahrscheinlich, da die Prävalenz dieser Störungen und Erkrankungen unter den schwulen Männern sehr hoch ist. Bei der Etablierung eines Angebotes muss sorgsam geprüft werden, ob und welche begleitenden Massnahmen und Angebote bereit gestellt werden, in die die Interessierten dann gegebenenfalls weitergeleitet werden können. Dies ist einerseits wichtig, um den Personen Unterstützung anbieten zu können, andererseits aber auch das Rauchstopp-Angebot nicht mit anderen Themen/Problemen zu überladen oder "zu missbrauchen" und den Fokus auf die Tabakentwöhnung nicht zu verlieren.

Die konkrete Umsetzung dieser Hinweise und Erfolgsfaktoren wird auch davon abhängen, welchem konzeptionellen Modell man bei einer etwaigen Entwicklung eines Rauchstopp-Angebotes für schwule Männer folgt. Grundsätzlich existieren das Programm, welches in Deutschland adaptiert wurde, basierend auf dem "Nichtraucher in 10 Schritten Kurs", sowie das Konzept, welches für schwule Männer weiterentwickelt wurde und auf dem NHS-Programm beruht. Basierend auf den wenigen vorliegenden Daten scheint das britische Programm erfolgreicher im Sinne der "quit-rate" zu sein. Gleichzeitig wäre es vielleicht nötig, dieses Angebot kulturell zu adaptieren, dass es einer recht strikten, zum Teil autoritären, Kurs-Doktrin folgt (z.B. Ausschluss von Personen nach einem bestimmten Rauchstopp-Datum, regelmässige Kontrollen durch CO₂-Monitoring). Diese Adaption müsste allerdings sensibel und eher zurückhaltend geschehen, da möglicherweise genau diese Komponenten der Verbindlichkeit den Erfolg des Programms ausmachen.

Naturgemäss konnte diese Studie keine Antwort auf die Frage herstellen, ob spezifische Rauchstopp-Angebote für schwule Männer in Zürich tatsächlich erfolgreich wären. Dies erfordert ein erstes Praxisprojekt, in dem sowohl die tatsächliche Nachfrage als auch die Effektivität der Massnahme untersucht werden. Aufgrund der prospektiv evaluierbaren Faktoren scheint ein solches Pilotprojekt jedoch uneingeschränkt gerechtfertigt und auch Erfolg versprechend.

7 Referenzen

1. Bergmark KH. Drinking in the Swedish gay and lesbian community. *Drug Alcohol Depend* 1999;56:133-43.
2. Sandfort TG, Bakker F, Schellevis FG, Vanwesenbeeck I. Sexual orientation and mental and physical health status: findings from a dutch population survey. *Am J Public Health* 2006;96:1119-25.
3. Ryan H, Wortley PM, Easton A, et al. Smoking among lesbians, gays, and bisexuals: a review of the literature. *Am J Prev Med* 2001;21:142-9.
4. Greenwood GL, Paul JP, Pollack LM, et al. Tobacco use and cessation among a household-based sample of US urban men who have sex with men. *Am J Public Health* 2005;95:145-51.
5. McKirnan DJ, Tolou-Shams M, Turner L, et al. Elevated risk for tobacco use among men who have sex with men is mediated by demographic and psychosocial variables. *Subst Use Misuse* 2006;41:1197-208.
6. Wang J, Hausermann M, Vounatsou P, et al. Health status, behavior, and care utilization in the Geneva Gay Men's Health Survey. *Prev Med* 2007;44:70-5.
7. King M, Nazareth I. The health of people classified as lesbian, gay and bisexual attending family practitioners in London: a controlled study. *BMC Public Health* 2006;6:127.
8. King M, McKeown E, Warner J, et al. Mental health and quality of life of gay men and lesbians in England and Wales: controlled, cross-sectional study. *Br J Psychiatry* 2003;183:552-8.
9. Wang J, Hausermann M, Ajdacic-Gross V, et al. High prevalence of mental disorders and comorbidity in the Geneva Gay Men's Health Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42:414-20.
10. Washington HA. Burning Love: big tobacco takes aim at LGBT youths. *Am J Public Health* 2002;92:1086-95.
11. D'Augelli AR. High Tobacco Use Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youth: Mounting Evidence About a Hidden Population's Health Risk Behavior. *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine* 2004;158:309-10.
12. Rosario M, Schrimshaw EW, Hunter J. Predictors of substance use over time among gay, lesbian, and bisexual youths: an examination of three hypotheses. *Addict Behav* 2004;29:1623-31.
13. Stevens P, Carlson LM, Hinman JM. An analysis of tobacco industry marketing to lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) populations: strategies for mainstream tobacco control and prevention. *Health Promot Pract* 2004;5:129S-34S.

14. Smith EA, Malone RE. The outing of Philip Morris: advertising tobacco to gay men. *Am J Public Health* 2003;93:988-93.
15. Remafedi G, Carol H. Preventing tobacco use among lesbian, gay, bisexual, and transgender youths. *Nicotine Tob Research* 2005;7:249-56.
16. Tang H, Greenwood GL, Cowling DW, et al. Cigarette smoking among lesbians, gays, and bisexuals: how serious a problem? (United States). *Cancer Causes Control* 2004;15:797-803.
17. Gruskin EP, Gordon N. Gay/Lesbian sexual orientation increases risk for cigarette smoking and heavy drinking among members of a large Northern California health plan. *BMC Public Health* 2006;6:241.
18. Harris Interactive. Gays and Lesbians More Likely to Smoke than Other Adults Despite Risks. Available from: <http://www.harrisinteractive.com/news/allnewsbydate.asp?NewsID=289> [accessed 2006 Dec 15]
19. Ridner SL, Frost K, Lajoie AS. Health information and risk behaviors among lesbian, gay, and bisexual college students. *J Am Acad Nurse Pract* 2006;18:374-8.
20. Harris Interactive. Six Out Of Ten Adults Surveyed Prefer Smoke-free Bars and Clubs. Available from: <http://www.harrisinteractive.com/news/allnewsbydate.asp?NewsID=566> [accessed 2006 Dec 16]
21. Stevens W, Thorogood M, Kayikki S. Cost-effectiveness of a community anti-smoking campaign targeted at a high risk group in London. *Health Promot Int* 2002;17:43-50.
22. Albrecht SA, Caruthers D, Patrick T, et al. A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention for pregnant adolescents. *Nurs Res* 2006;55:402-10.
23. Ranney L, Melvin C, Lux L, et al. Systematic Review: Smoking Cessation Intervention Strategies for Adults and Adults in Special Populations. *Ann Intern Med* 2006;145:845-56.
24. Doolan DM, Froelicher ES. Efficacy of smoking cessation intervention among special populations: review of the literature from 2000 to 2005. *Nurs Res* 2006;55:S29-S37.
25. Health care needs of gay men and lesbians in the United States. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA* 1996;275:1354-9.
26. National Institutes of Health. National Institutes of Health State-of-the-Science conference statement: tobacco use: prevention, cessation, and control. *Ann Intern Med* 2006;145:839-44.
27. Center for Substance Abuse Treatment. A provider's introduction to substance abuse treatment for lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2001.

28. Gay and Lesbian Medical Association. Healthy People 2010. Companion document for lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) health. San Francisco, CA: Gay and Lesbian Medical Association, 2001.
29. US Department of Health and Human Services. Healthy People 2010. With Understanding and Improving Health and Objectives for Improving Health (2 ed.). Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 2000.
30. National Association of Lesbian Gay Bisexual and Transgender Community Centers. LGBT Tobacco Prevention & Control: Results of the *PRIDE* survey. Presented at the 2002 National Conference on Tobacco or Health. San Francisco: 2002.
31. Castillo E, Saiki C, Ereneta J, Gordon B. Queers United to Interrupt Tobacco - QUIT. Presented at the 2002 National Conference on Tobacco or Health. San Francisco: 2002.
32. Harding R, Bensley J, Corrigan N. Targeting smoking cessation to high prevalence communities: outcomes from a pilot intervention for gay men. *BMC Public Health* 2004;4:43.
33. Bauld L, Chesterman J, Judge K, et al. Impact of UK National Health Service smoking cessation services: variations in outcomes in England. *Tobacco Control* 2003;12:296-301.
34. Gruskin EP, Greenwood GL, Matevia M, et al. Disparities in smoking between the lesbian, gay, and bisexual population and the general population in California. *Am J Public Health* 2007;97:1496-502.
35. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict* 1991;86:1119-27.
36. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Prom* 1997;12:38-48.
37. Rossi PH, Nock SL. Measuring social judgments. The factorial survey approach. London: SAGE Publications, 1982.
38. Hensher DA, Rose JM, Greene WH. Applied choice analysis. A primer. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.
39. Ryan M, Skatun D. Modelling non-demanders in choice experiments. *Health Econ* 2004;13:397-402.
40. StataCorp. Stata Statistical Software: Release 10.0. College Station, TX: Stata Corporation, 2007.
41. Schwappach DLB, Strasmann TJ. Does location matter? A study of the public's preferences for surgical care provision. *J Eval Clin Pract* 2007;13:259-64.

42. Phillips KA, Maddala T, Johnson FR. Measuring preferences for health care interventions using conjoint analysis: an application to HIV testing. *Health Serv Res* 2002;37:1681-705.
43. Salkeld G, Solomon M, Short L, et al. Evidence-based consumer choice: A case study in colorectal cancer screening. *Aust N Z J Public Health* 2003;27:449-55.
44. Watson V, Ryan M, Watson E. Testing the validity of discrete choice experiments. Paper presented at the iHEA 5th World Congress of Health Economics. Universitat Pompeu Fabra, Barcelona. 2005.
45. Timmermans H, Borgers A, Waerden P. Choice Experiments versus Revealed Choice Models: A Before-After Study of Consumer Spatial Shopping Behavior. *The Professional Geographer* 1992;44:406-16.
46. Urama KC, Hodge ID. Are stated preferences convergent with revealed preferences? Empirical evidence from Nigeria. *Eco Econ* 2006;59:24-37.
47. Keller R, Krebs H, Radtke T, Hornung R. Der Tabakkonsum der Schweizer Wohnbevölkerung in den Jahren 2001 bis 2006. *Tabakmonitoring - Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum*. Zürich: Universität Zürich, Psychologisches Institut. Sozial- und Gesundheitspsychologie, 2007.
48. Schwappach DLB. Values, trade-offs and experience: The elicitation of "stated preferences" for the valuation of health care and health care policy. Habilitationsschrift zur Erlangung der venia legendi für das Fach "Public Health". Witten: Medizinische Fakultät der Universität Witten-Herdecke, 2006.
49. Phillips KA, Johnson FR, Maddala T. Measuring what people value: a comparison of "attitude" and "preference" surveys. *Health Serv Res* 2002;37:1659-79.
50. Wang J, Twisselmann W, Somaini B, Dubois-Arber F. HIV-Prävalenz und selbst mitgeteiltes Schutz- und Risikoverhalten bei homosexuellen Männern in Zürich 1998. *BAG Bulletin* 49. Bern: 1999.