



Schlussbericht für Tabakpräventionsprojekte und -programme

(bitte nicht handschriftlich ausfüllen)

Projektname	Queer Quit Nachfolgestudie
Projektstart	31.01.2012
Projektende	Vorzeitig 31.10.2014 (ursprünglich 31.01.2015)
Beitragsempfängerin / Beitragsempfänger	Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF Konradstrasse 32 Postfach 8031 Zürich
Kontaktperson	PD Dr. Michael Schaub
Verfügungsnummer	12.000693
Verfügungssumme	CHF 376'936.-

Ort /

Zürich / 2. Oktober

Datum

Unterschrift

2014

INHALTSVERZEICHNIS

Teil A

1	Zusammenfassung des Schlussberichts	2
2	Beurteilung der Resultate	3
	Ergebnisse	6
	Ergebnisse bei Kursstart	6
	<i>Übersicht über die Teilnehmer pro durchgeführten Kurs</i>	<i>6</i>
	<i>Soziodemographische Angaben</i>	<i>6</i>
	<i>Wohnsituation</i>	<i>6</i>
	<i>Bisheriger Rauchstopp-Hintergrund</i>	<i>7</i>
	<i>Rauchverhalten (Fagerström)</i>	<i>7</i>
	<i>Alkohol- und Drogenkonsum</i>	<i>7</i>
	<i>Körperliche und psychische Gesundheit</i>	<i>8</i>
	<i>Lebensgefühl (BDI - Beck Depression Inventory)</i>	<i>8</i>
	<i>Ängstlichkeit (BAI - Beck Anxiety Inventory)</i>	<i>8</i>
	<i>Interpretation der Ausgangsvariablen</i>	<i>8</i>
	Verlaufsergebnisse	8
	<i>CO-Messwerte</i>	<i>8</i>
	<i>Tabakabstinenz</i>	<i>9</i>
	<i>Rückfällige Kursteilnehmer (Fagerström)</i>	<i>10</i>
	<i>Medizinische Hilfsmittel</i>	<i>10</i>
	<i>Verlaufsergebnisse der Zusatzangaben</i>	<i>10</i>
3	Nachhaltigkeit und Valorisierung (Nutzung)	12
4	Chancengleichheit	13

Teil B

1	Projektreflexion	14
2	Empfehlungen / Erkenntnisse für ähnliche Projekte*	15

Teil A

1 Zusammenfassung des Schlussberichts

Stellen Sie kurz den Projektverlauf, wichtigste Erkenntnis über Ergebnisse sowie Ihre Empfehlungen dar.

Dieses Projekt ist eine Nachfolgestudie der erfolgreich abgeschlossenen Hauptstudie aus den Jahren 2008-2010 zu einem Rauchstopp-Programm für schwule Männer. In Anlehnung an den Kurs von Gay Men's Health Charity GMFA aus London wurde in der Schweiz unter dem Namen „Queer Quit“ ein Programm durchgeführt, das explizit auf die Förderung der Chancengleichheit von homosexuellen Männer abzielt. Diese sind gegenüber heterosexuellen Männern in vielen Bereichen der Gesundheit schlechter gestellt.

Die Nachfolgestudie wurde vom Tabakpräventionsfond finanziert und war ursprünglich von Anfang 2012 bis Ende 2014 geplant. Aufgrund von Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Teilnehmern und dem dadurch entstandenen Projektverzug wurde im gegenseitigen Einvernehmen die Nachfolgestudie vorzeitig abgebrochen. Der vorliegende Bericht beinhaltet deshalb nur die Angaben, die bis zum Abbruch vorhanden waren. Mehrere Ziele wurden unter anderem wegen des Abbruchs nicht erreicht, bei manchen ist die Zielerreichung unbekannt. Statistische Analysen sind aufgrund der kleinen Stichprobe von 32 Teilnehmern kritisch zu betrachten.

Alle Teilnehmer zusammen hatten nach 6 Monaten eine 7-Tages-Abstinenzrate von 21.8% (Hauptstudie: 28.6%), wobei die Dropout-Rate mit 40.6% höher war, als in der Hauptstudie (28.6%). Eine Neuerung der Folgestudie war die Einbindung der französischen Schweiz. Dort lag die Abstinenzrate bei dem einen durchgeführten Kurs bei 0%. Erwartungsgemäss höher lag sie in der Deutschschweiz bei 31.8% – und damit vergleichbar mit der Hauptstudie, die nur in der Deutschschweiz stattfand. Unter Berücksichtigung der hohen Dropout-Rate lag die Abstinenz-Rate bei deutschschweizerischen Kursabsolventen sogar bei 70% (Hauptstudie: 40%).

2 Beurteilung der Resultate

Welches waren Ihre Detailziele und angezielten Ergebnisse (Meilensteine) und wie beurteilen Sie die Zielerreichung?

Bitte füllen Sie die untenstehende Tabelle aus.

Ziel (Meilensteine und Detailziele gemäss Gesuchseingabe Abschnitt 3.3.2)	erreicht	teilweise erreicht	nicht erreicht	Kommentar
1.1. Es können insgesamt mindestens 140 Teilnehmer aus der Deutschschweiz und der Romandie rekrutiert werden. 70% der Teilnehmenden besuchen während 2 Monaten den geplanten Kurs bis und mit dem letzten Kursabend.			x	Es wurden nur 32 Teilnehmer (10 aus der Romandie und 22 aus der Deutschschweiz) vollständig erfasst und nur 19 (60%) besuchten den Kurs bis und mit dem letzten Abend.
1.2. Die Rauchstopp-Kurse verlaufen ohne nennenswerte Komplikationen, die die Weiterführung grundsätzlich in Frage stellen würden.		x		Die Kurse an sich liefen gut. Die Teilnehmerzahl war gering (32) und die Dropout-Rate relativ hoch (40%).
1.3. Die Kursleiter beurteilen das Programm auch nach der Durchführung als sinnvoll und umsetzbar.				Aufgrund des Abbruchs fanden keine Programmevaluationen aus Sicht der Kursleiter statt. Eine qualitative telefonische Rückfrage bestätigt aber, dass das Programm weiterhin als sinnvoll erachtet wird.
1.4. In mindestens 7 grösseren Schweizer Städten werden Queer Quit Rauchstopp-Kurse durchgeführt.			x	Es fanden in vier Städten Kurse statt: in Basel, Zürich, Luzern und Genf.
1.5. Die Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz, die Kompetenzzentren für HIV Behandlungen, HIV-Pract Ärzte, AIDS-Hilfe Schweiz und Pink Cross Schweiz schätzen das Projekt als sinnvoll ein und werben um potentielle Kursteilnehmer (Vorhandensein von Links auf den Webseiten und/oder Auflegen von Flyern).		x		Verlinkungen entstanden bei AT-Schweiz, Aids-Hilfe Schweiz, Lunge-Zürich, drgay.ch, Homosexuelle Arbeitsgruppe Luzern. Unterstützung für homosexuelle spezialisierte HIV-Pract Ärzte aus Zürich.
2.1. Mindestens 80% der Teilnehmer können am Ende des Kurses die wichtigsten Inhaltsstoffe von Zigaretten und deren Auswirkungen auf den Körper nennen.		x		Auswirkungen und Zusammenhänge waren teilweise bekannt (siehe Antworten auf Quiz in Tabelle 6) Wissen Am Ende des Kurses wurde ein kleines Quiz durchgeführt, siehe Ergebnisse in Tabelle 6 Fehler! Ungültiger Eigenverweis auf Textmarke.. Insgesamt schnitten die Teilnehmer sehr gut ab. Den Teilnehmern ist bekannt, dass bereits wenige Zigaretten schädlich sind und leichte Zigaretten die Gesundheitsschäden nicht begrenzen. Auch der negative Einfluss für die HAART-Medikation

				bei HIV-positiven ist mehrheitlich bekannt und dass Passiv-Rauchen das Herzinfarkt-Risiko erhöht. Tabelle 6, Seite 12)
2.2. Die Teilnehmer können am Kursende je drei persönliche Alternativen zum Tabakkonsum aufzählen, die sie anwenden können, wenn sie Verlangen nach Tabakrauchen verspüren.		x		Von den 19 Teilnehmern bei Kursende nannten 9 (47.4%) mindestens eine alternative Bewältigungsstrategie, die ihnen geholfen hat.
2.3. Mindestens 80% der HIV-positiven Teilnehmer können mindestens zwei relevante Zusammenhänge nennen, weshalb Rauchen bei HIV-positiven Personen besonders schädlich ist und sich eine Raucherentwöhnung umso mehr lohnt.		x		Nur 71.4% (5 von 7 HIV-positiven Teilnehmern) wussten, dass Rauchen die HAART-Medikation negativ beeinflussen kann.
3.1. 90% der Teilnehmer unternehmen während des Kurses einen Tabak-Rauchstopp von mindestens zwei Tagen Dauer und belegen dies mittels eines CO-Atemtests.	x			Von den 19 Kursabsolventen, hatten 18 (94.7%) Teilnehmer mindestens einmal einen CO-Wert unter 7.
3.2. Vier Monate nach Kursende (bzw. 6 nach dem Quit Day) äussert eine Mehrheit derjenigen Personen, die aufgehört haben, Tabak und Cannabis zu konsumieren, ihre Bereitschaft, weiterhin rauchfrei zu bleiben.	x			100% der Ex-Raucher (7 Teilnehmer) äusserten den Wunsch weiterhin Nicht-Raucher zu bleiben.
3.3. Vier Monate nach Kursende sind insgesamt 30% aller Teilnehmer nach dem Intention-to-Treat-Prinzip tabakabstinent.			x	Nur 21.9% von denjenigen die den Kurs begonnen haben. Aber 36.8% derjenigen, die den Kurs abgeschlossen haben.
3.4. Vier Monate nach Kursende haben 50% derjenigen, die noch Tabak rauchen oder wieder mit dem Rauchen begonnen haben, ihren Konsum im Vergleich zum Kursbeginn reduziert.			x	Nur 11% haben ihren Konsum reduziert. 11% haben ihn gesteigert und bei 77.8% ist er gleich geblieben.
4.1. Mind. 20 Informationsveranstaltungen werden in Vereinen, Gruppierungen und Organisationen der Zielgruppe durchgeführt.			x	Es wurden wegen des erwähnten Studienabbruchs weniger Informationsveranstaltungen durchgeführt. Insgesamt waren es 9 Infoabende.
4.2. Zweimal jährlich erscheinen Hinweise oder redaktionelle Beiträge in Medien der Schwulengemeinschaft.	x			Mythengay (Newsletter 2013), CR-Magazin (04.04.2013), Blick am Abend (13.02.2014), actioner.ch (07.05.2014)
5.1. Die Integration von Queer Quit in die Regelversorgung in Zusammenarbeit mit Checkpoint Zürich und Genf, in Kooperation mit den relevanten zielgruppenspezifischen Organisationen (Pink Cross Schweiz, relevante regionale Arbeitsgruppen) und Fachorganisationen (AIDS-Hilfe Schweiz, AT-Schweiz) sowie den Kompetenzzentren für HIV ist vollzogen und ein entsprechendes selbsttragendes Finanzierungskonzept liegt vor.			x	Aufgrund der mangelnden Nachfrage und des Projektabbruchs wurde die Integration in die Regelversorgung nicht weiter vollzogen.

Nennen Sie Beispiele an denen man den Unterschied sehen kann, den das Projekt bei der Zielgruppe macht (Income-Outcome-Relation) und nehmen Sie dabei Bezug zum Wirkungsmodell (www.tabak-praevention.ch / Rubrik Wirkungsmanagement).

Wirkungsmodell gemäss Univation (2006)

Kontext

Der Anteil rauchender Personen ist unter den Homosexuellen fast doppelt so hoch, wie unter den Heterosexuellen. Deshalb wurde das Programm „Queer Quit“ entwickelt, das explizit auf die Förderung der Chancengleichheit von homosexuellen Männer abzielt. Von 2008-2010 wurde dazu eine Hauptstudie durchgeführt.

Income

- Homosexuelle **mittelstarke Raucher**, häufig mit mehreren erfolglosen Rauchstopp-Versuchen.
- Stärkere **Neigung zum illegalen Drogenkonsum**
- **Psychisch und physisch überdurchschnittlich belastet**

Input

- Ursprünglich budgetierte Kosten: CHF 376'936.- (tatsächliche Kosten nach Abbruch noch nicht definiert)
- Personal: Forschungsleitung, wissenschaftlicher Mitarbeiter, Gruppenleiter, Sekretariat
- Dauer: 31.01.2012 - 31.10.2014

Struktur

- Kooperation von ISGF und Checkpoint Zürich und Checkpoint Genf.

Aktivitäten

- Weitere Gruppenleiter ausbilden
- Werbemassnahmen um Teilnehmende zu akquirieren.
- Ausweitung der Kurse auf weitere Sprachgebiete der Schweiz

Outputs

- Französische Übersetzung des Kurses, inkl. Fragebögen, Manuale für Teilnehmer und Gruppenleiter
- Übersetzung der Website ins Französische und Italienische.

Outcome

In Bezug auf die wichtigsten obengenannten Income-Punkte lassen sich die folgenden Ergebnisse fest halten:

- **Tabakabstinenz:** Eine Abstinenzrate von 21.9% (Punktprävalenz der Tabak-abstinenz in den letzten 7 Tagen) nach 6 Monaten wurde erreicht (31.8% in der deutschen und 0% in der französischen Schweiz).
- **Alkohol und Cannabiskonsum:** Der Alkohol- und Cannabiskonsum hat zum Kursende hin signifikant abgenommen, war aber bis zum Follow-Up nach 6 Monaten nur noch tendenziell geringer.
- **Psychische und physische Verfassung** hat sich nicht signifikant verändert.

Nicht intendierte Nebenresultate

- In der französischen Schweiz lag die Abstinenzrate unerklärlicherweise bei 0%.

Wurde ein Wirkungsnachweis oder eine Kosten-Nutzen-Analyse durchgeführt? Was sind die Ergebnisse?

Ergebnisse

Ergebnisse bei Kursstart

Übersicht über die Teilnehmer pro durchgeführten Kurs

Die Anzahl Kursteilnehmer schwankte zwischen 3 und 11 Teilnehmer. Von den anfänglich registrierten 32 Teilnehmern besuchten 19 den Kurs bis zum Ende, was eine relativ hohe Dropout-Rate von 40.6% ergibt (Hauptstudie: 28.6%). Details siehe Tabelle 1.

Tabelle 1. Übersicht der Rekrutierungen

Kurs	GE-JAN-13 ^a	ZH-APR-13	BS-MAI-13	LU-AUG-13	ZH-OKT-13	(ZH-MAI-14) ^b	Total
Teilnehmer bei Kursstart	10 (11)	5	3	4	10	(7)	32 (40)
Teilnehmer bei Kursende	5	3	2	2	7	(7)	19 (26)
Teilnehmer bei Follow-Up	6	2	2	1	5	-	16

^a Ein Teilnehmer hat sich nach der ersten Sitzung bereits wieder vom Kurs abgemeldet und dabei die Eingangsbefragung nicht abgegeben. Die Follow-Up-Erhebung hat er verweigert. Da nun keine Daten zu ihm bestehen, wurde er in der Auswertung nicht berücksichtigt.

^b Dieser Kurs wurde nicht ausgewertet, da seine Follow-Up-Erhebung bis zum Abgabetermin dieses Berichts nicht vorhanden war.

Soziodemographische Angaben

Die 32 Teilnehmer waren bei Kursbeginn zwischen 21 und 58 Jahren alt, wobei der Durchschnitt bei 40.4 Jahren ($SD = 10.7$) lag. 26 Schweizer machten den grössten Anteil (81.3%) der Teilnehmer aus, daneben waren noch 1 Deutscher, 2 Franzosen, 1 Kubaner, 1 Spanier und 1 Türke. Als höchsten Bildungsabschluss gaben 11 Teilnehmer (34.4%) eine Fachhochschule, 8 (25%) eine Berufslehre/Lehre, 7 (21.9%) eine Hochschule (Uni/ETH), 2 (6.3%) die Matura, 2 (6.3%) eine weiterführende Berufsschule/BMS und einer (3.1%) die Volksschule an. Einer der Teilnehmer hat keine Angaben gemacht.

In der vorhergehenden Hauptstudie war das Durchschnittsalter vergleichbar (43 Jahre), jedoch lag der Anteil Schweizer leicht tiefer (72.9%), ebenso das Bildungsniveau (41.5% hatten einen Fach- oder Hochschulabschluss, während es hier 56.3% sind).

Wohnsituation

Zu Beginn der Kurse lebten 17 Teilnehmer (53.1%) alleine. In einer WG wohnten 6 (18.4%), zusammen mit ihrem Partner 7 (21.9%), einer wohnte bei seinen Eltern und einer gab das Gefängnis an. Von denjenigen, die nicht alleine lebten, gaben 66.7% an, dass ihre Mitbewohnenden rauchten. Bei 33.3% derer, die mit rauchenden Mitbewohnern zusammenlebten, rauchten die Mitbewohner auch innerhalb des Wohnbereichs.

Diese Daten sind vergleichbar mit der Hauptstudie, lediglich der Anteil der innerhalb der Wohnung rauchenden Mitbewohner lag früher höher (64.7% versus 33.3%).

Bisheriger Rauchstopp-Hintergrund

Von allen 32 Teilnehmern hatten 29 (90.6%) bereits mindestens einmal probiert mit dem Rauchen aufzuhören. Entsprechend starteten 3 Teilnehmer mit Queer Quit den ersten Versuch. Die Teilnehmer, die schon mal versucht hatten aufzuhören, hatten durchschnittlich 3.12 Versuche hinter sich (Hauptstudie: 3.38). Die Werte schwankten zwischen 1 und 6.

Von diesen 29 Teilnehmern, die mit dem Rauchen versuchten aufzuhören, verwendeten 16 (55.2%) eine Nikotinersatztherapie. Hiervon probierten es 12 (75%) mit Nikotinkaugummis, 10 (62.5%) mit Nikotinpflastern, 2 (12.5%) mit Inhalator und 1 mit anderer Ersatztherapie (Naturprodukt als Spray). Microtabs und Nasenspray wurden von keinem Teilnehmer angegeben (Mehrfachnennung möglich).

Zudem versuchten 3 (10.3%) dieser 29 Teilnehmer mit Vorerfahrung, ihren Entwöhnungsversuch mittels Medikamenten, wobei alle 3 Champix und keiner Zyban oder ein anderes Medikament angegeben hatte (Mehrfachnennung möglich).

Unter den alternativen Methoden wurden von diesen 29 Teilnehmern mit Vorerfahrung 11 (39.3%) mal Allen Carr's Methode, 5 (17.9%) mal Hypnose, 4 (14.3%) mal Akupunktur und 3 (10.7%) mal eine anderen Methode (Sophrologie, Chinesische Medizin, Neurolinguistische Programmierung NLP) genannt (Mehrfachnennungen möglich). 10 Teilnehmer (35.7%) gaben an, keine dieser alternativen Methoden ausprobiert zu haben.

Rauchverhalten (Fagerström)

Als die Teilnehmer mit regelmäßigem Rauchen begannen, waren sie durchschnittlich 18.6 Jahre alt (Minimum: 13 Jahre, Maximum 41 Jahre). Im Mittel rauchten die Teilnehmer schon seit 19.8 Jahren, wobei die kürzeste Dauer bei 4 Jahren lag und die längste bei 40 Jahren. Im Monat vor Kursbeginn haben nur 2 (6.3%) weniger als 11 Zigaretten geraucht. Die meisten (50%) haben zwischen 11 und 20 Zigaretten, 10 Teilnehmer (31%) zwischen 21 und 30 und 4 Teilnehmer (12.5%) sogar mehr als 30 Zigaretten geraucht. Im Fagerström Test für Nikotinabhängigkeit schnitten die Teilnehmer mit einer durchschnittlichen Punkteanzahl von 4.95 Punkten ab und bewegten sich somit im Bereich der mittleren Nikotinabhängigkeit. In der Hauptstudie lag der Wert bei 4.6.

Alkohol- und Drogenkonsum

Alkohol wurde von 3 Teilnehmern (9.4%) in den letzten 30 Tagen nie getrunken. 7 Teilnehmer (21.9%) tranken 1-4 mal pro Monat oder seltener, 18 Teilnehmer (56%) tranken ein- bis viermal wöchentlich und 4 Teilnehmer (12.5%) tranken 5-6 mal pro Woche bis zu mehrmals täglich Alkohol. Der Durchschnittskonsum lag im Median bei 2 bis 3 Gläsern.

Cannabis wurde von 15 Teilnehmer (46.9%) in den letzten 30 Tagen nie konsumiert. 9 Teilnehmer (28.1%) konsumierten 1-4 mal im Monat oder seltener, 3 Teilnehmer (9.4%) konsumierten 1-4 mal wöchentlich und 4 Teilnehmer (12.5%) 1-4 mal pro Tag oder mehr. 1 Teilnehmer machte keine Angaben.

Kokain wurde von 24 Teilnehmern (75%) in den letzten 30 Tagen nie konsumiert. 6 Teilnehmer (18.8%) konsumierten 1-2 mal oder seltener pro Monat. 2 Teilnehmer machten keine Angaben.

Partydrogen (Ecstasy, GHB, Poppers, etc.) wurden von 22 Teilnehmern (68.8%) in den letzten 30 Tage nie konsumiert. 7 Teilnehmer (21.9%) konsumierten sie 1-2 mal pro Monat oder seltener, eine Person 3-4 mal wöchentlich. 2 Teilnehmer machten keine Angaben.

Körperliche und psychische Gesundheit

Körperliche Gesundheit: 9 Teilnehmer (28.1%) gaben an HIV-positiv zu sein (Hauptstudie 12.9%), 6 Teilnehmer (18.8%) nannten Lungen-/Atembeschwerden (Hauptstudie: 8.6%), 3 Teilnehmer (9.4%) Herzprobleme (Hauptstudie 7.1%), einer (3.1%) Chronische/Langzeiterkrankung (Hauptstudie: 7.1%) und keiner Krebs.

Psychische Gesundheit: 9 Teilnehmer (28.1%) wurden wegen einer Depression behandelt (Hauptstudie: 18.6%), 1 Teilnehmer wegen Schizophrenie, einer (3.1%) wegen Angststörungen (Hauptstudie: 8.6%) und einer wegen einer anderen psychischen Krankheit.

Lebensgefühl (BDI - Beck Depression Inventory)

Die Teilnehmer wiesen im Mittel einen Summenwert von 24.2 Punkten ($SD = 12.4$) im Beck Depression Inventory auf (Hauptstudie: 29.3 Punkte). Ab einem Wert von 35 Punkten kann mit 90%iger Sicherheit davon ausgegangen, dass eine klinisch relevante Depression vorliegt. Dies war bei 5 Teilnehmern (15.6%) der Fall (Hauptstudie: 24.6%). In einer deutschen Normierungsstichprobe lag dieser Anteil bei 15.0%.

Ängstlichkeit (BAI - Beck Anxiety Inventory)

Die Teilnehmer wiesen im Mittel einen Summenwert von 7.5 Punkten ($SD = 6.7$) im Beck Anxiety Inventory auf (Hauptstudie: 10.7 Punkte). Dieser Wert liegt genau zwischen einer *minimalen* (bis 7) und einer *milden* (ab 8) Ängstlichkeit. In einer Normstichprobe von deutschen Männern lag der Mittelwert bei 2.4 Punkten.

Interpretation der Ausgangsvariablen

Bei den Kursteilnehmern handelte es sich – wie auch in der Hauptstudie – vorwiegend um mittelstarke Raucher, die schon diverse erfolglose Rauchstopp-Versuche hinter sich hatten.

Im Vergleich mit Normaldaten aus der Gesamtbevölkerung waren die Teilnehmer häufiger psychisch und physisch vorbelastet und zeigten einen deutlich höheren Konsum von illegalen Drogen.

Im Vergleich zu den Daten aus der Hauptstudie, waren über doppelt so viele Teilnehmer HIV-positiv und etwas mehr in Behandlung wegen Depressionen. Im Beck Depression Inventory schnitten sie allerdings besser ab und auch der Anteil im klinisch relevanten Ausmass war geringer, so dass er in etwa dem der Normalbevölkerung entspricht.

Verlaufsergebnisse

CO-Messwerte

Mittels der CO-Messwerte (ppm) wurde der jeweilige Kohlenmonoxid-Wert in der Atemluft der Teilnehmer bei den einzelnen Therapiekursen gemessen (siehe Tabelle 2). Der Rauchstopp fand in der Regel zwischen dem 3. und 4. Kursabend statt. Tabelle 2 zeigt anhand der Mittelwerte der CO-Konzentration in der Atemluft deutlich, wie die Nichtraucher ihren niedrigen Stand zu halten vermochten. Laut Angaben des Herstellers (Bedfont Scientific Ltd) des eingesetzten Messgerätes (pico smokerlizer ®) weist ein ppm-Wert zwischen 0 und 6 einen Nichtraucher aus, Werte zwischen 7 und 10 ppm gelten als „Gefahrenbereich“ und Werte darüber weisen klar auf einen Raucher hin.

Tabelle 2. Übersicht der mittleren CO-Messwerte für die Kursabende 1-7

Kurs	Anzahl Kursteilnehmer	CO-Wert 1	CO-Wert 2	CO-Wert 3	CO-Wert 4	CO-Wert 5	CO-Wert 6	CO-Wert 7
GE-JAN-13	10	35.6	15.4	21.7	5.7	11.0	7.1	6.0
ZH-APR-13	5	-	22.3	5.0	5.6	2.0	5.5	3.0
BS-MAI-13	3	-	38.3	50.0	10.0	2.0	2.0	1.5
LU-AUG-13	4	-	38.5	17.8	3.0	3.0	3.0	2.0
ZH-OKT-13	10	-	9.8	7.5	2.0	2.9	1.7	1.8
Total (gewichtet)	32	35.60	20.70	16.87	4.87	4.32	4.17	3.17

Tabakabstinenz

Insgesamt gaben 7 Teilnehmer (21.9%) beim Follow-up (t3) nach 6 Monaten an, in der letzten Woche nicht geraucht zu haben (Hauptstudie: 28.6%), genau gleich viel wie bezüglich den letzten 30 Tagen (Hauptstudie 24.3%). Teilnehmer, welche während dem Kurs ausgestiegen sind oder nicht am Follow-up teilnahmen wurden nach dem Intention-to-treat-Prinzip als Raucher gewertet. Nimmt man als Gesamtteilnehmerzahl nur diejenigen, welche den Kurs auch abgeschlossen haben, steigt die 7-Tages-Abstinenzrate nach 6 Monaten auf 36.8% (Hauptstudie: 40%). Eine Neuerung gegenüber der Hauptstudie war, dass auch Kurse in der französischen Schweiz durchgeführt wurden. Wenn man nur die Kurse der deutschen Schweiz in Betracht zieht, dann steigen die Abstinenzraten auf 31.8% (Intention-to-treat-Prinzip) beziehungsweise sogar 70% (bei Teilnehmern, die den Kurs auch abgeschlossen haben). Details siehe Tabelle 3.

Tabelle 3: Übersicht der erfolgreichen/nichterfolgreichen Teilnehmer

Kurs	Teilnehmer bei Kursstart (t1)	Teilnehmer bei Kursende (t2)	Teilnehmer bei Follow-up (t3)	Tabak-abstinenz (t3) in den letzten 30 Tagen Anzahl (Prozent ¹ /Prozent ²)	Tabak-abstinenz (t3) in der letzten Woche Anzahl (Prozent ¹ /Prozent ²)
GE-JAN-13	10	5	6	0 (0% / 0%)	0 (0% / 0%)
ZH-APR-13	5	3	2	1 (20% / 33.3%)	1 (20% / 33.3%)
BS-MAI-13	3	2	2	2 (66.6% / 100%)	2 (66.6% / 100%)
LU-AUG-13	4	2	1	1 (25% / 50%)	1 (25% / 50%)
ZH-OKT-13	10	7	5	3 (30% / 42.9%)	3 (30% / 42.9%)
Französische Schweiz	10	5	6	0 (0% / 0%)	0 (0% / 0%)
Deutsche Schweiz	22	14	10	7 (31.8% / 70%)	7 (31.8% / 70%)
Total	32	19	16	7 (21.9% / 36.8%)	7 (21.9% / 36.8%)

Bemerkung: Teilnehmer die während des Kurses ausgestiegen sind oder nicht am Follow-up teilnahmen wurden als Raucher gewertet.

Prozent¹: Prozentzahl bezüglich Teilnehmerzahl bei Kursstart (t1)

Prozent²: Prozentzahl bezüglich Teilnehmerzahl bei Kursende (t2)

Rückfällige Kursteilnehmer (Fagerström)

Die rückfälligen Teilnehmer bewegten sich zu Kursbeginn im Bereich einer mittleren Nikotinabhängigkeit (Fagerström-Wert: 4.71 ($SD=0.96$)) und veränderten sich nach 6 Monaten kaum (Fagerström-Wert: 5.00 ($SD = 1.5$)). Im Gegensatz dazu, hatten sich in der Hauptstudie die rückfälligen Teilnehmer signifikant verbessert.

Medizinische Hilfsmittel

In Sitzung 3, 4 und 5 wurde nach den verwendeten medizinischen Hilfsmittel beim Rauchstopp gefragt. Der Anteil der Teilnehmer, die gar keine Hilfsmittel verwendeten, sank über die drei Sitzungen hinweg leicht von 28.1% auf 12.5% (siehe Tabelle 4).

Im Vergleich zur Hauptstudie vor ein paar Jahren, zeichnen sich möglicherweise gewisse Trends im Nutzerverhalten ab. So war früher der Anteil Teilnehmer höher die Kaugummi, Pflaster oder Zyban® nutzten. Bei den Kaugummi sank der Anteil von 26% auf durchschnittlich 11.5%, bei Pflastern von 12% auf 4.2% und bei Zyban® von 8% auf 0%. Der Anteil der Nutzer von Nasensprays, Inhalatoren, Microtabs und Champix blieb etwa gleich.

Tabelle 4: Anzahl Teilnehmer mit medizinischen Hilfsmitteln in Sitzung 3, 4 und 5 (Mehrfachantworten möglich)

Hilfsmittel	Sitzung 3	Sitzung 4	Sitzung 5
Keine	9 (28.1%)	7 (21.9%)	4 (12.5%)
16h Pflaster	0	0	0
24h Pflaster	1 (3.1%)	2 (6.3%)	1 (3.1%)
2mg Kaugummi	1 (3.1%)	3 (9.4%)	2 (6.3%)
4mg Kaugummi	2 (6.3%)	2 (6.3%)	1 (3.1%)
Nasenspray	0	0	0
Inhalator	1 (3.1%)	1 (3.1%)	2 (6.3%)
Microtab	0	1 (3.1%)	1 (3.1%)
Zyban® 150mg	0	0	0
Zyban® 300mg	0	0	0
Champix®	7 (21.9%)	6 (18.8%)	6 (18.8%)
Missing Teilnehmer	11 (34.4%)	11 (34.4%)	16 (50.0%)

Verlaufsergebnisse der Zusatzangaben

In Tabelle 5 ist ersichtlich, dass der Alkohol- und Cannabiskonsum der letzten 30 Tage bis zum Kursende signifikant abgenommen hat ($p < 5\%$), danach jedoch wieder angestiegen ist, so dass im Vergleich zum Follow-Up nach 3 Monaten kein signifikanter Unterschied zum Ausgangswert mehr vorhanden war ($p = 0.15$ und $p = 0.22$). Für Kokain und Partydrogen konnten keine signifikanten Veränderungen gefunden werden – weder von Kursstart bis Kursende noch von Kursstart bis Follow-Up. Das gleiche Bild zeigte sich für die Depression (BDI) und Ängstlichkeit (BAI) sowie für die körperliche und physische Gesundheit (SF12). Dieser bescheidene Wirkungsbefund darf jedoch nicht überbewertet werden, da die Signifikanz stark von der Stichprobengröße abhängt, die hier durch den vorzeitigen Projektabbruch eher klein ist. In der Hauptstudie nahm zusätzlich zum Alkohol- und Cannabiskonsum auch der Partydrogenkonsum ab und die Depressions- und Ängstlichkeitswerte verbesserten sich sowohl zum Kursende wie auch zum Follow-Up hin.

Tabelle 5: Verlaufsergebnisse der Zusatzangaben von Kursstart (t1), Kursende (t2) bis Follow-Up (t3)

	Messzeitpunkt						Veränderung vom Kursstart an			
	Kursstart (t1)		Kursende (t2)		Follow-Up (t3)		bis Kursende (t2 – t1)		bis Follow-Up (t3 – t1)	
	M (SD)	N	M (SD)	N	M (SD)	N	U	Sign. (2-seitig)	U	Sign. (2-seitig)
Alkoholkonsum letzte 30 Tage	3.81 (2.16)	32	3.26 (2.17)	19	3.75 (2.24)	16	-2.333	.02	-1.414	.15
Cannabis letzte 30 Tage	2.06 (2.50)	31	0.95 (1.90)	19	1.87 (2.13)	16	-2.324	.02	-1.219	.22
Kokain letzte 30 Tage	0.23 (0.50)	30	0.16 (0.50)	19	0.13 (0.50)	16	-0.577	.56	-1.000	.32
Partydrogen letzte 30 Tage	0.47 (1.04)	30	0.47 (1.02)	19	0.56 (1.09)	16	0	1.00	-0.368	.71
Depression (BDI-V)	24.20 (12.43)	25	-	-	26.27 (17.23)	11	-	-	-0.178	.86
Ängstlichkeit (BAI)	7.50 (6.68)	28	-	-	6.80 (7.92)	15	-	-	-0.070	.94
Körperliche Gesundheit (Subskala von SF12)	42.86 (5.37)	28	40.96 (5.43)	17	41.84 (6.18)	16	-1.079	.28	-0.621	.54
Psychische Gesundheit (Subskala von SF12)	46.80 (6.33)	28	48.42 (5.34)	17	47.19 (6.15)	16	-1.079	.28	0.000	1.00

Wissen

Am Ende des Kurses wurde ein kleines Quiz durchgeführt, siehe Ergebnisse in Tabelle 6. **Fehler! Ungültiger Eigenverweis auf Textmarke..** Insgesamt schnitten die Teilnehmer sehr gut ab. Den Teilnehmern ist bekannt, dass bereits wenige Zigaretten schädlich sind und leichte Zigaretten die Gesundheitsschäden nicht begrenzen. Auch der negative Einfluss für die HAART-Medikation bei HIV-positiven ist mehrheitlich bekannt und dass Passiv-Rauchen das Herzinfarkt-Risiko erhöht.

Tabelle 6: Antworten beim Wissensquiz am Kursende

Frage	Ja-Antworten	Nein-Antworten	Korrekte Antwort
Rauchen ist nur ab einer bestimmten Anzahl Zigaretten schädlich. (n=19)	1 (5.3%)	18 (94.7%)	nein
Mit dem Rauchen von leichten Zigaretten kann man die Gesundheitsschäden begrenzen. (n=19)	0	19 (100%)	nein
Regelmässiges Passivrauchen erhöht das Risiko für einen Herzinfarkt. (n=17)	14 (82.4%)	3 (17.6%)	ja
Rauchen kann die Einnahme von HAART Medikation bei HIV-positiven Personen negativ beeinflussen. (n=17)	15 (88.2%)	2 (11.8%)	ja

3 Nachhaltigkeit und Valorisierung (Nutzung)

Wie beurteilen Sie die Nachhaltigkeit Ihres Projekts? z.B.

- bleibt die Wirkung des Projekts auch nach Projektende bestehen?
- zieht das Projekt weitere Wirkungen nach sich (Nachahmung, Schneeballeffekt)?
- gehen die durch das Projekt entstandenen Prozesse weiter und wirken sie über die Zielgruppe hinaus?

Haben Sie die Möglichkeiten der Multiplikation des Projekts geprüft? Welche Möglichkeiten haben Sie ausgemacht?

Wie werden Sie das erarbeitete Know-how sowie die gemachten Erfahrungen für andere Projekte und Anliegen nutzbar machen? Über welche spezifischen Kanäle (Präsentation, Artikel und Publikationen, Internet, Radio / TV) wurden/ werden die Ergebnisse verbreitet?

Die Website www.queer-quit.ch wird vorläufig weiter online bleiben, wobei mit den verantwortlichen Personen der Checkpoints vereinbart wurde, bis spätestens 2015 über die Weiterführung des Programms und der Webseite durch andere Finanzierungsmodelle zu entscheiden. Interessierte homosexuelle Raucher können sich dort zumindest bis zu diesem Zeitpunkt zum Thema Rauchstopp, Homosexualität und HIV informieren und falls sie benachrichtigt werden wollen, ihre Kontaktdaten für neue Kurse bei den Checkpoints hinterlassen.

4 Chancengleichheit

Haben Sie spezifische Massnahmen zur Förderung der Chancengleichheit unternommen (Gender, soziale Schicht und ethnische Zugehörigkeit)? Ja / Nein?

Wenn ja, welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?

Wenn nein, hätten dank solcher Massnahmen Ihrer Meinung nach bessere Ergebnisse erzielt werden können?

Das Projekt zielte explizit auf die Förderung der Chancengleichheit betreffend der auch für die Schweiz dokumentierten gesundheitlichen Ungleichheit zwischen homosexuellen und heterosexuellen Männern ab. Grundsätzliche strategische Ausrichtung des Projektes war es, allen betroffenen Bevölkerungsgruppen wirksame Hilfen für den Rauchstopp anbieten zu können. Mit der Bereitstellung einer effektiven und evaluierten Intervention für schwule Männer wurde ein Beitrag zur Reduktion der signifikant höheren Belastung durch Tabakkonsum und damit eine Verbesserung der gesundheitlichen Lage in dieser Bevölkerungsgruppe angestrebt.

Teil B

1 Projektreflexion

Bitte beantworten Sie alle Fragen:

1) Welche Massnahmen zur Zielerreichung haben sich bewährt, welche nicht? Welche alternativen Massnahmen würden Sie rückblickend vorschlagen?

2) Können Sie nichtintendierte Nebenresultate identifizieren?

3) Welches sind rückblickend die 3 wichtigsten Stärken und Schwächen Ihres Projektes?

4) Weitere Erfahrungen / Aspekte?

Das Queer Quit Gruppenrauchstopp-Programm hat sich weiterhin bei den durchgeführten Kursen mit aufhörwilligen homosexuellen Männern bewährt. Weshalb trotz viel ausführlicheren und diversifizierteren Rekrutierungsmassnahmen nicht mehr an die anfänglichen Rekrutierungserfolge aus der Queer Quit Hauptstudie angeknüpft werden konnte, ist schwierig zu beurteilen. Eine Vermutung liegt in der Vielzahl der zwischenzeitlich für homosexuelle Männer bestehenden Kampagnen sowie medizinischen, psychosozialen und psychotherapeutisch/psychiatrischen Angebote, unter welchen Queer Quit inzwischen ein Angebot unter vielen darstellt. Es wurde zwar gerade bei den HIV Präventions- und Therapieangeboten in den Checkpoints intensiv versucht Teilnehmer für die Queer Quit Kurse zu rekrutieren, aber auch das stellte sich als mässig erfolgreich heraus. Immerhin verdoppelte sich der prozentuale Anteil an HIV-positiven Teilnehmer gegenüber der Hauptstudie.

Die nach den ersten Misserfolgen zusätzlich begonnene Kampagne, die auf den in der Zielgruppe typischen Humor aufbaute, brachte letztendlich auch wenig. Dasselbe scheint leider auch der Fall zu sein für die in diesem Zusammenhang entwickelten Kleber für Zigarettenspäckchen, die auf die Queer Quit Kurse hinwiesen und an unterschiedlichen Orten der Zielgruppe verteilt wurden sowie für die verschiedenen sorgfältig vorbereiteten Medienberichte in Szenemedien und bei „Dr. Gay“ in der Pendlerzeitschrift Blick am Abend. Rückwirkend wurde praktisch alles im gegebenen Rahmen mögliche versucht, weshalb es schwierig ist noch andere, alternative Massnahmen vorzuschlagen.

Was rückblickend sicherlich ungünstig war und auch so dem Tabakpräventionsfonds kommuniziert wurde, sind die beiden unerwarteten personellen Wechsel in der Projektleitung beim Checkpoint Zürich gewesen, welche zu zusätzlichen Verzögerungen sowie zu Wissens- und Erfahrungsverlust führten. Die letzteren Aspekte liessen sich nur durch einen Mehraufwand von Seite des ISGFs und des Checkpoint Zürichs ausmerzen. Beim Checkpoint Genf kam es zudem zu personellen Engpässen und es liess sich lange niemand finden, der nebst dem Kursleiterinstructor auch noch Kurse durchführen wollte.

Nicht intendierte Nebenresultate bestehen in dem gleichzeitigen insgesamt signifikanten Rückgang von Alkohol- und Cannabiskonsum zwischen Kursbeginn und Kursende. Weshalb die Abstinenzrate in dem einen in Genf durchgeführten Kurs so viel schlechter ist als jene in den Kursen in der Deutschschweiz ist schwierig zu interpretieren.

Rückblickend bestehen die drei wichtigsten Stärken 1) in dem gut strukturierten und wissenschaftlich fundierten Kursprogramm, das auch die Zusammenhänge zwischen HIV, HAART und Rauchen integriert, 2) in der Fokussierung des Queer Quit Programms auf die Zielgruppe und 3) in der wissenschaftlichen Validierung der Ergebnisse. Gleichzeitig ist gerade durch den schlechten Rekrutierungserfolg, welcher den grössten Negativpunkt darstellt, die wissenschaftliche Validierung stark eingeschränkt. Als zweiten negativen Punkt sind die bereits erwähnten gewichtigen personellen Wechsel zu nennen, die vor allem mit Zeitverzögerungen und Erfahrungsverlust einhergingen. Als drittletzten Negativpunkt lässt sich die im Vergleich zur Hauptstudie höhere Drop-out-Rate nennen, die im Zusammenhang mit der leider wenig

erfolgreichen, stark intensivierten Rekrutierung zu sehen ist. Diese hat vermutlich auch dazu geführt, dass auch weniger aufhörbereite Personen in die Kurse kamen. Allerdings fehlen geeignete Daten um diesbezüglich einen Vergleich zur Hauptstudie zu ziehen.

2 Empfehlungen / Erkenntnisse für ähnliche Projekte*

Welche Empfehlungen würden Sie anderen Akteuren abgeben, die ein ähnliches Projekt planen?

Bezgl. Massnahmen und Ergebnisse / Wirkungen

Bezgl. Projektmanagement

Aufgrund des deutlich unter den Erwartungen gebliebenen Rekrutierungserfolgs, aufgrund dessen schliesslich die Studie abgebrochen bzw. nicht verlängert wurde, gestaltet sich die Ableitung von Empfehlungen für ähnliche Projekte schwierig. Projekten die mit einem ähnlichen Einbruch und Schwierigkeiten bei der Rekrutierung bei der weiteren Verbreitung eines anfänglich auf eine gute Nachfrage gestossenen Rauchstopp-Projekts konfrontiert werden, wird empfohlen, in regelmässigen, z. B. vierteljährlichen Abständen sich das Kosten-Nutzenverhältnis der angebotenen Kurse zu vergegenwärtigen.

Die folgenden Empfehlungen die sich bereits in der Queer Quit Hauptstudie ergeben haben konnten auch in der Queer Quit Folgestudie bestätigt werden: Eine Gruppengrösse von ca. 10 bis 12 Teilnehmern bei Kursstart erwies sich als besonders geeignet. Die wöchentlichen CO-Messungen der Teilnehmer wurden wiederum durchaus als Verifizierung des gesundheitlichen Fortschritts und der Rauchabstinenz geschätzt und als motivierend erlebt.