



## Schlussbericht für Tabakpräventionsprojekte und -programme

(bitte nicht handschriftlich ausfüllen)

<b>Projektname</b>	Queer Quit
<b>Projektstart</b>	01.06.2008
<b>Projektende</b>	31.12.2010
<b>Beitragsempfängerin / Beitragsempfänger</b>	Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF Konradstrasse 32 Postfach 8031 Zürich
<b>Kontaktperson</b>	Dr. Michael Schaub
<b>Verfügungsnummer</b>	08.002268
<b>Verfügungssumme</b>	CHF 313.077

**Ort / Datum**

Zürich / 07.01.2010

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b>Zusammenfassung des Schlussberichts .....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Beurteilung der Resultate .....</b>	<b>3</b>
	Ergebnisse.....	5
	Ergebnisse bei Kursstart.....	5
	Übersicht über die Teilnehmer pro durchgeführten Kurs .....	5
	Soziodemographische Angaben.....	5
	Wohnsituation .....	5
	Bisheriger Rauchstopp-Hintergrund .....	5
	Rauchverhalten (Fagerström).....	6
	Alkohol- und Drogenkonsum .....	6
	Gesundheit .....	6
	Lebensgefühl ( <i>Beck Depression Inventory</i> ).....	6
	Ängstlichkeit.....	6
	Interpretation der Ausgangsvariablen.....	6
	Verlaufsergebnisse.....	7
	CO-Messwerte .....	7
	Tabakabstinenz .....	7
	Rückfällige Kursteilnehmer (Fagerström) .....	8
	Medizinische Hilfsmittel .....	9
	Verlaufsergebnisse der Zusatzangaben.....	9
	Prädiktoren von vorzeitigem Kursabbruch und Rückfall.....	12
	Tiefeninterviews mit den Kursleitern .....	13
	Teilnehmerumfrage .....	18
<b>3</b>	<b>Nachhaltigkeit und Valorisierung (Nutzung).....</b>	<b>19</b>
<b>4</b>	<b>Chancengleichheit.....</b>	<b>20</b>

---

## 1 Zusammenfassung des Schlussberichts

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

Das ISGF hat vom Tabakpräventionsfond ein Finanzierungsgesuch bewilligt erhalten, zusammen mit Check Point Zürich ein Rauchstopp-Programm für schwule Männer in Anlehnung an den Kurs von Gay Men's Health Charity GMFA aus London vorzubereiten und durchzuführen. Das Projekt zielte explizit auf die Förderung der Chancengleichheit ab, und zwar betreffend der auch für die Schweiz dokumentierten gesundheitlichen Ungleichheit zwischen homosexuellen und heterosexuellen Männern. Unter dem Namen „Queer Quit“ wurden so total 10 Kurse in knapp 1.5 Jahren in Zürich und Umgebung durchgeführt.

Sämtliche Ziele des Projektes hinsichtlich Durchführung und Auswertungen wurden erreicht, allerdings kam es nach einem höchst erfolgreichen Start zu Rekrutierungsproblemen, wofür eine zusätzliche intensive Rekrutierungswelle durchgeführt wurde. Letztlich konnte die angestrebte Zahl von Teilnehmern nicht ganz erreicht werden, aber zumindest so weit, dass es für eine ausführliche Wirksamkeitsanalyse ausgereicht hat.

Die Wirksamkeitsanalyse zeigte, dass sich die Gruppenintervention trotz der teilweise starken psychischen und physischen Vorbelastungen der Teilnehmer bewährt und zu einer Abstinenzrate von 28.6% nach 6 Monaten geführt hat (71.4% waren ausserdem für mindestens 1 Monat während dem Kurs rauchfrei, was mittels Atemtests bestätigt werden konnte). Dementsprechend konnten auch signifikante psychische Gesundheitsverbesserungen (bei sämtlichen Teilnehmern) statistisch nachgewiesen werden. Interessanterweise verringerte sich auch die Nikotinabhängigkeit der rückfälligen Teilnehmer insgesamt von einer mittleren Abhängigkeit knapp in den Bereich einer geringen Nikotinabhängigkeit.

Mithilfe von qualitativen Tiefeninterviews wurden ausserdem besonders wirksame Gruppenprozesse identifiziert sowie die Bedeutung der sogenannten „Quit cells“ und die Akzeptanz des Programms untersucht. Die gewonnen Erkenntnisse können nun in Folgeprojekten nachhaltig verwendet werden.

Eine Verbreitung von Queer Quit Kursen auch in anderen Schweizer Städten sowie deren Integration in die Konzepte der wichtigsten Zentren der Homosexuellen Arbeitsgruppen wird empfohlen. Das Projekt zieht bereits weitere Wirkungen nach sich, da sich verschiedene Organisationen auf nationaler Ebene für eine Kollaboration interessieren. Erste Gespräche sind geführt worden. Ein entsprechendes Gesuch zur Startfinanzierung ist in Vorbereitung.

## 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 (Detailziele / Meilensteine gemäss Gesuchseingabe Pt 4. / 4.1)	erreicht	teilweise erreicht	nicht erreicht	Kommentar
1. Die Projektstruktur ist aufgebaut, das Projekt ist bei allen Akteuren bekannt, die Experten-Gruppe ist konsultiert. Die Rekrutierungsstruktur ist aufgebaut.	X			
2. Das Rauchstopp-Programm ist entwickelt, die Schulungsmaterialien und –manuale sowie organisatorische Sitzungsplanungen liegen vor. Die Gruppenleiter sind ausgebildet. Konzept und Materialien sind positiv durch die Expertengruppe evaluiert.	X			
3. Alle Informationsmaterialien liegen vor und sind verbreitet, die Kommunikationsmassnahmen laufen kontinuierlich. Informationsveranstaltungen sind durchgeführt, die Rekrutierung ist erfolgreich abgeschlossen.		X		Allerdings kam es nach einem höchst erfolgreichen Start zu Rekrutierungsproblemen, wofür eine zusätzliche intensive Rekrutierungswelle durchgeführt wurde. Letztlich konnte die angestrebte Zahl von Teilnehmern nicht ganz erreicht werden, aber zumindest so weit, dass es für eine ausführliche Wirksamkeitsanalyse ausgereicht hat (folglich Wirksamkeitsnachweis).
4. Die Interventionsphase ist abgeschlossen, etwaige Nachfass-Sitzungen sind durchgeführt.	X			Nach einer Verzögerung von 12 Monaten aufgrund der Rekrutierungsprobleme konnte die Interventionsphase im Mai 2010 abgeschlossen werden.
5. a) Die Evaluation ist abgeschlossen, die Auswertung der Daten ist erfolgt und dokumentiert. b) Die Follow-up Erhebung ist durchgeführt und ausgewertet. Die Ergebnisse und der Prozess der Intervention sind evaluiert. Empirische qualitative und quantitative Daten zu Nachfrage, Rekrutierung, Wirksamkeit und Akzeptanz liegen vor.	X			Folglich Wirksamkeitsnachweis.
6. Publikation, Disseminationsmaterialien, Broschüren und Schlussbericht liegen vor.	X			Eine wissenschaftliche Publikation für eine Peer-reviewed Zeitschrift ist in Vorbereitung.

*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](http://www.tabak-praevention.ch) / Rubrik Wirkungsmanagement).*

### **Income**

- GMFA-Programm aus England
- Daten aus der Vorstudie: viele schwule Männer haben erfolglose Rauchstopp-Versuche hinter sich, sind zu einem hohen Anteil zum Rauchstopp bereit und weisen eine starke Präferenz für spezifische Rauchstopp-Interventionen auf.

### **Outcome I (Struktur)**

- Deutschsprachiges Konzept für Gruppeninterventionen (kulturell adaptiertes GMFA-Programm)
- 4 ausgebildete Gruppenleiter
- Deutschsprachige Übersetzung der Schulungsmanuale für Gruppenleitung und Teilnehmer
- Informationsmaterialien, Website ([www.queer-quit.ch](http://www.queer-quit.ch))

### **Outcome II (Verhalten, Gesundheit)**

Beispiele messbarer Unterschiede der Zielgruppe:

- **Tabakabstinenz:** Eine Abstinenzrate von 28.6% (Punktprävalenz der Tabak-abstinenz in den letzten 7 Tagen) nach 6 Monaten wurde erreicht.
- **Lebensgefühl:** Die Mittelwertwerte der Teilnehmer auf dem BDI (Beck Depression Inventory) verbesserten sich signifikant von 28.15 auf 22.06.
- **Ängstlichkeit:** Auch die Mittelwerte der Teilnehmer auf dem BAI (Beck Anxiety Inventory) verbesserten sich signifikant von 9.78 auf 8.43.
- **Allgemeiner Gesundheitszustand:** Die psychischen Verbesserungen zeigten sich auch auf dem SF12 (Fragebogen zum Gesundheitszustand). Auf der Psychischen Summenskala konnten knappe aber signifikante Verbesserungen gemessen werden. Die CO-Werte aller Teilnehmer haben sich im Verlaufe des Kurses durchschnittlich von 26.9 auf 2.7 verbessert.

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

## Ergebnisse

### Ergebnisse bei Kursstart

#### Übersicht über die Teilnehmer pro durchgeführten Kurs

Tab. 1: Übersicht der Rekrutierungen

Kurs-Nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Total
Teilnehmer bei Kursstart	15	2	-	4	7	5	9	4	3	21	70

\*Bemerkung: Kurs 2 und 3 wurden mangels genügender Teilnehmerzahl zusammengelegt

### Soziodemographische Angaben

Die Teilnehmer waren bei Kursbeginn zwischen 22 und 68 Jahren alt, wobei der Durchschnitt bei 43 Jahren ( $SD = 9.6$ ) lag. Gut drei Viertel der Teilnehmer (72.9%) hatten die Schweizer Nationalität, 9 Teilnehmer (12.9%) waren Deutsche. Ausserdem waren 2 Brasilianer, 2 Italiener, 1 Niederländer, 2 Österreicher und 1 Spanier unter den Teilnehmern. 42.9% gaben als höchsten Bildungsabschluss eine (Berufs-)Lehre an. Weitere 28.6% haben die Fachhochschule und 12.9% eine Hochschule (Uni/ETH) abgeschlossen. 4 Teilnehmer (5.7%) wiesen als höchsten Abschluss die Matura und 6 (8.6%) den Abschluss der Berufsschule/BMS auf.

### Wohnsituation

Zu Beginn der Kurse lebten 37 Teilnehmer (52.9%) alleine. In einer WG wohnten 11.4% und zusammen mit ihrem Partner 34.3%. Von denjenigen, die nicht alleine lebten, gaben 51.5% an, dass ihre Mitbewohner rauchten. Bei 64.7% derer, die mit rauchenden Mitbewohnern zusammenlebten, rauchten die Mitbewohner auch innerhalb des Wohnbereichs.

### Bisheriger Rauchstopp-Hintergrund

Von den Teilnehmern hatten 90.0% bereits mindestens einmal probiert, mit dem Rauchen aufzuhören. Entsprechend starteten 7 Teilnehmer mit Queer Quit den ersten Versuch. Die Teilnehmer, die schon mal versucht hatten aufzuhören, hatten durchschnittlich schon 3.38 Versuche hinter sich, wobei das Maximum bei 15 Versuchen lag.

Gut die Hälfte aller Teilnehmenden (51.4%) hatte schon einen Rauchstopp mit Hilfe von Nikotinersatztherapien versucht. Hiervon hatten es 80.6% mit Nikotinkaugummis, 55.6% mit Nikotinplastern und 11.1% mit anderen Ersatztherapien probiert (Mehrfachnennung möglich). Mit Microtabs, Nasenspray oder Inhalator wurde in der Vergangenheit von keinem Teilnehmer je ein Versuch unternommen.

Einen Rauchstoppversuch mit Medikamenten versuchten je schon 18.6% aller Teilnehmer, wovon 53.8% Zyban und 53.8% Champix verwendeten (Mehrfachnennung möglich).

Ausserdem haben 41.4% versucht, mit der Allen Carr's Methode das Rauchen aufzuhören, 4.3% mit Hypnose, 17.1% mit Akupunktur und 7.1% mit einer anderen Methode (Mehrfachnennung möglich). 35.7% hatten noch keine dieser alternativen Methoden ausprobiert.

### **Rauchverhalten (Fagerström)**

Als die Teilnehmer mit regelmässigem Rauchen begannen, waren sie durchschnittlich 18.6 Jahre alt (Minimum: 13 Jahre, Maximum 30 Jahre). Im Mittel rauchten die Teilnehmer schon seit 22.8 Jahren, wobei die kürzeste Dauer bei 7 Jahren lag und die längste bei 48 Jahren. Der Grossteil (75.7%) hat im Monat vor Kursbeginn zwischen 11 und 30 Zigaretten geraucht. Im Fagerström Test für Nikotinabhängigkeit schnitten die Teilnehmer mit einer durchschnittlichen Punkteanzahl von 4.6 Punkten ab und bewegten sich somit im Bereich der geringen bis mittleren Nikotinabhängigkeit.

### **Alkohol- und Drogenkonsum**

Fast alle Teilnehmer (68 von 70) tranken in den letzten 30 Tagen zumindest gelegentlich Alkohol, wobei sie im Mittel angaben, ein- bis zweimal wöchentlich Alkohol (jeweils durchschnittlich 3 Gläser) getrunken zu haben. 45.7% der Teilnehmer konsumierten in den letzten 30 Tagen vor Kursbeginn im Durchschnitt ungefähr wöchentlich Cannabis. Kokain konsumierten 11.4% der Teilnehmer, wobei die maximale Konsumhäufigkeit bei ein- bis zweimal pro Monat lag. Partydrogen konsumierten im Durchschnitt 24.3% ein- bis zweimal im Monat.

### **Gesundheit**

9 Teilnehmer (12.9%) gaben an, HIV-positiv zu sein. Wegen einer Depression begaben sich bisher 13 Teilnehmer (18.6%) in Behandlung. 6 Teilnehmer (8.6%) wurden schon wegen einer Angststörung behandelt, 3 Teilnehmer wegen anderen psychischen Krankheiten.

### **Lebensgefühl (Beck Depression Inventory)**

Die Teilnehmer wiesen im Mittel einen Summenwert von 29.3 Punkten im Beck Depression Inventory auf. Ab einem Wert von 35 Punkten kann mit 90%iger Sicherheit davon ausgegangen, dass eine klinisch relevante Depression vorliegt. Dies ist bei 24.6% der Teilnehmer der Fall. In einer deutschen Normierungsstichprobe lag dieser Anteil bei 15.0%.

### **Ängstlichkeit**

Im Beck Anxiety Inventory lag der durchschnittliche Summenwert der Teilnehmer bei 10.7 Punkten. Dies liegt im Bereich einer milden Ängstlichkeit. Höhere Werte und somit eine stärkere Ängstlichkeit wiesen nur 5% einer Normstichprobe von deutschen Männern auf, der Mittelwert lag dort bei 2.4 Punkten.

### **Interpretation der Ausgangsvariablen**

Bei den Kursteilnehmer handelte es sich vorwiegend um mittelstarke Raucher, die aber schon diverse erfolglose Rauchstopp-Versuche hinter sich hatten. Die Rekrutierung der Teilnehmer gestaltete sich nach einem anfänglich vielversprechenden Start und trotz diversen zusätzlichen Massnahmen als recht schwierig. Die Teilnehmer waren im Vergleich mit Normaldaten aus der Gesamtbevölkerung wesentlich häufiger psychisch und physisch vorbelastet und zeigten einen deutlich erhöhten Konsum von illegalen Drogen, was selbst im Vergleich mit anderen Gesundheitsdaten bei schwulen Männern einer höheren Vorbelastung entspricht.

## Verlaufsergebnisse

### CO-Messwerte

Mittels der CO-Messwerte (ppm) wurde der jeweilige Kohlenmonoxidwert in der Atemluft der Teilnehmer bei den einzelnen Therapiekursen gemessen (siehe Tabelle 3). Der Rauchstopp fand in der Regel zwischen dem 3. und 4. Kursabend statt. Tabelle 3 zeigt an Hand 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 smokerizer®) 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. Statistisch wird der Unterschied zwischen Abend 1 und Abend 7 deutlich signifikant ( $t(44) = 9.5, p < .001$ ).

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

Kurs-Nr.	Teilnehmer bei Kurs-start (t1)	CO-Wert 1	CO-Wert 2	CO-Wert 3	CO-Wert 4	CO-Wert 5	CO-Wert 6	CO-Wert 7
1	15	28.3	-	16.7	3.6	3.2	3.3	2.9
2	2	6.0	-	18.5	-	2.0	1.0	2.5
3	abgesagt	-	-	-	-	-	-	-
4	4	21.8	-	29.0	2.7	2.0	1.0	2.0
5	7	52.0	-	22.7	3.6	2.8	3.0	2.3
6	5	35.6	-	37.5	2.0	6.8	2.0	1.3
7	9	15.2	-	10.1	2.7	2.6	2.5	1.9
8	4	9.8		5.5	1.8	1.3	1.0	3.7
9	3	20.5		33.67	6.3	4.5	9.0	6.0
10	21	27.5		6.7	2.7	2.6	3.0	2.7
Total	<b>70</b>	<b>26.9</b>	<b>-</b>	<b>16.2</b>	<b>3.1</b>	<b>3.0</b>	<b>2.8</b>	<b>2.7</b>

### Tabakabstinenz

Insgesamt gaben 20 Teilnehmer (28.6%) beim Follow-up (t3) nach 6 Monaten an, in der letzten Woche nicht geraucht zu haben bzw. 24.3% in den letzten 30 Tagen. Diese Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtteilnehmerzahl. Teilnehmer, welche während dem Kurs ausgestiegen sind oder nicht am Follow-up teilnahmen wurden dabei als Raucher gewertet. Nimmt man als Gesamtteilnehmerzahl nur diejenigen, welche den Kurs auch abgeschlossen haben, steigt die Abstinenzrate nach 6 Monaten für Tabakabstinenz in den letzten 7 Tagen auf 40% (Tabelle 3).

Tabelle 3: Übersicht der erfolgreichen/nichterfolgreichen Teilnehmer

Kurs-Nr.	Teilnehmer bei Kursstart (t1)	Teilnehmer bei Kursende (t2)	Teilnehmer bei Follow-up (t3)	Tabak-abstinenz (t3) in den letzten 30 Tagen	Tabak-abstinenz (t3) in der letzten Woche
				Anzahl (Prozent <sup>1</sup> /Prozent <sup>2</sup> )	Anzahl (Prozent <sup>1</sup> /Prozent <sup>2</sup> )
1	15	13	12	6 (40.0% / 46.2%)	7 (46.7% / 53.8%)
2	2	2	1	1 (50.0% / 50%)	1 (50% / 50%)
3	abgesagt	-	-	-	-
4	4	4	3	1 (25.0% / 25%)	1 (25% / 25%)
5	7	3	2	1 (14.3% / 33.3%)	2 (28.6% / 66.7%)
6	5	3	2	0 (0% / 0%)	0 (0% / 0%)
7	9	7	6	3 (33.3% / 42.9%)	3 (33.3% / 42.9%)
8	4	3	0	0 (0% / 0%)	0 (0% / 0%)
9	3	2	1	1 (33.3% / 50%)	1 (33.3% / 50%)
10	21	13	11	4 (19.0% / 30.8%)	5 (23.8% / 38.5%)
Total	<b>70</b>	<b>50</b>	<b>38</b>	<b>17</b> <b>(24.3% / 34%)</b>	<b>20</b> <b>(28.6% / 40%)</b>

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

Prozent<sup>1</sup>: Prozentzahl bezüglich Teilnehmerzahl bei Kursstart (t1)

Prozent<sup>2</sup>: Prozentzahl bezüglich Teilnehmerzahl bei Kursende (t2)

### Rückfällige Kursteilnehmer (Fagerström)

Bewegten sich die Rückfälligen Teilnehmer zu Kursbeginn noch im Bereich einer mittleren Nikotinabhängigkeit, verbesserten sich ihre Fagerströmwerte nach 6 Monaten knapp in den Bereich einer geringen Nikotinabhängigkeit (Tabelle 4).

Tabelle 4: Fagerström-Werte der rückfälligen Kursteilnehmer

Fagerström-Wert t1 (n=14)	Fagerströmwert t3 (n=14)	T-Test	
		T	Signifikanz
5.14 / 1.70	4.00	6.655	.020

### Medizinische Hilfsmittel

Insgesamt wurden nur wenige medizinische Zusatztherapien bei den Rauchstopps angewandt. Während allen Kursen bestand grundsätzlich eine ablehnende Haltung gegenüber Zusatztherapien, obwohl diese während der Kurse detailliert vorgestellt und darauf hin gewiesen wurde, dass diese die Erfolgsraten wesentlich erhöhen können.

Tabelle 5: Medizinische Hilfsmittel jener Teilnehmer, die bis Kurs 7 geblieben sind.

Hilfsmittel	Anzahl Teilnehmer Total	Prozent Teilnehmer Total
Keine	14	28.0
16h Pflaster	3	6.0
24h Pflaster	3	6.0
2mg Kaugummi	9	18.0
4mg Kaugummi	4	8.0
Nasenspray	0	0.0
Inhalator	0	0.0
Microtab	2	4.0
Zyban® 150mg	2	4.0
Zyban® 300mg	2	4.0
Champix®	10	20.0
missing	7	8.0

Bemerkung: Verwendung mehrerer Hilfsmittel möglich

### Verlaufsergebnisse der Zusatzangaben

#### Kursstart (t1) und Kursende (t2)

Der Alkoholkonsum nahm insgesamt in den letzten 30 Tagen knapp aber signifikant ab. Sehr deutlich war der Rückgang bei der Cannabis-Abstinenz: nur noch 11 (22.9%) von ursprünglich 21 (43.7%) Teilnehmer gaben bei Kursende an, mindestens 1 mal im Monat Cannabis zu konsumieren. Gesundheitlich verbesserten sich die Teilnehmer auf den Skalen für Depression und Ängstlichkeit signifikant (Tabelle 6).

Tabelle 6: Verlaufsergebnisse der Zusatzangaben von Kursstart (t1) bis Kursende (t2)

			Wilcoxon-Test	
			Z	Signifikanz
	Kursstart (t1) Mw.; Std.; Med / Anzahl (Prozent)	Kursende (t2) Mw.; Std.; Med / Anzahl (Prozent)		
<b>Alkohol</b> Alkoholkonsum letzte 30 Tage (n=49):	4.24; 1.44; 4.00	3.92; 1.59; 4.00	-2.035	<b>.042</b>
Nie oder seltener als 1-2 mal im Monat	2 (4.1%)	2 (4.1%)	-	-
1-2 mal im Monat	2 (4.1%)	9 (18.4%)	-	-
3-4 mal im Monat	12 (24.5%)	7 (14.3%)	-	-
1-2 mal wöchentlich	11 (22.4%)	12 (24.5%)	-	-
3-4mal wöchentlich	13 (26.5%)	14 (28.6%)	-	-
5-6 mal wöchentlich oder 1 mal pro Tag	9 (18.3%)	5 (10.2%)	-	-
<b>Cannabis</b> Cannabiskonsum letzte 30 Tage (n=48):	1.54; 2.50; .00	.60; 1.53; .00	-3.785	<b>&lt; .001</b>
mindestens 1 mal	21 (43.7%)	11 (22.9%)	-	-
<b>Kokain</b> Kokainkonsum letzte 30 Tage (n=49):	.14; .41; .00	.08; .28; .00	-1.342	n.s. (.18)
mindestens 1 mal	6 (12.2%)	4 (8.2%)	-	-
<b>Partydrogen</b> Partydrogenkonsum letzte 30 Tage (n=48):	.54; .99; .00	.31; .69; .00	-2.495	<b>.013</b>
mindestens 1 mal	14 (29.2%)	11 (22.9%)	-	-
<b>Depression</b> Beck Depression Inventory (BDI-V) (n=48)	28.15; 14.89; 24.50	22.06; 11.66; 19.00	-3.119	<b>.002</b>
<b>Ängstlichkeit</b> Beck Anxiety Inventory (BAI) (n=49)	9.78; 7.52; 8.00	8.43; 9.90; 6.00	-2.599	<b>.009</b>
<b>Allgemeiner Gesundheitszustand</b> Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF12) (n=47)				
Psychische Summenskala	47.42; 9.95; 50.24	50.69; 7.42; 51.93	-1.834	n.s. (.067)
Körperliche Summenskala	50.36; 5.68; 51.91	51.30; 4.49; 51.96	-1.168	n.s. (.243)

Bemerkung: In dieser Tabelle sind nur Teilnehmer eingeschlossen, die sowohl bei t1 wie bei t2 Daten angaben.

n.s.: nicht signifikant

**Kursstart (t1) und Follow-up (t3)**

6 Monate nach Kursende war keine signifikante Veränderung der Alkohol- oder Drogenkonsumraten mehr festzustellen. Insgesamt blieben die Teilnehmer jedoch signifikant weniger depressiv und weniger ängstlich, was sich schliesslich auch bei der psychischen Summenskala des SF12 zeigte (Tabelle 7).

Tabelle 7: Verlaufsergebnisse der Zusatzangaben von Kursstart (t1) bis Follow-up (t3)

			Wilcoxon-Test	
			Z	Signifikanz
	<b>Kursstart (t1)</b> Mw.; Std.; Med / Anzahl (Prozent)	<b>Kursende (t3)</b> Mw.; Std.; Med / Anzahl (Prozent)		
<b>Alkohol</b> Alkoholkonsum letzte 30 Tage (n=37): 1-2mal wöchentlich	4.24; 1.52; 4.00  10 (27.0%)	4.22; 1.49; 4.00  10 (27.0%)	-0.259	n.s. (.796)
<b>Cannabis</b> Cannabiskonsum letzte 30 Tage (n=38): mindestens 1 mal	1.76; 2.74; .00  17 (44.7%)	1.37; 2.12; .00  16 (42.1%)	-1.481	n.s. (.139)
<b>Kokain</b> Kokainkonsum letzte 30 Tage (n=38): mindestens 1 mal	.11; .39; .00  3 (7.9%)	.08; .27; .00  3 (7.9%)	-0.577	n.s. (.564)
<b>Partydrogen</b> Partydrogenkonsum letzte 30 Tage (n=38): mindestens 1 mal	.58; 1.03; .00  12 (31.6%)	.47; 1.06; .00  9 (23.7%)	-1.155	n.s. (.248)
<b>Depression</b> Beck Depression Inventory (BDI-V) (n=37)	28.97; 15.13; 26.00	22.97; 13.67; 20.00	-3.413	<b>.001</b>
<b>Ängstlichkeit</b> Beck Anxiety Inventory (BAI) (n=38)	10.18; 7.42; 9.00	7.18; 6.51; 5.50	-3.043	<b>.002</b>
<b>Allgemeiner Gesundheitszustand</b> Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF12) (n=33) Psychische Summenskala Körperliche summenskala	46.87; 10.29; 50.14  50.10; 6.07; 51.98	50.69; 9.29; 53.43  48.67; 6.75; 51.06	-2.777  -0.832	<b>.005</b>  ns (.405)

Bemerkung: In dieser Tabelle sind nur Teilnehmer eingeschlossen, die sowohl bei t1 wie bei t3 Daten angaben.

n.s.: nicht signifikant

### Prädiktoren von vorzeitigem Kursabbruch und Rückfall

Mithilfe logistischer Regressionen wurde ermittelt, ob bestimmte Variablen einen vorzeitigen Kursabbruch oder einen Rückfall (= Rauchen bei Follow-Up-Befragung) vorhersagen können. Folgendes **Vorgehen** wurde hierfür gewählt: Mithilfe von einzelnen bivariaten logistischen Regressionen wurden zunächst potentielle Prädiktorvariablen ermittelt (1). Anschliessend wurde für jede Outcome-Variable (Kursabbruch und Rückfall) eine multivariate logistische Regression mit den zuvor identifizierten Variablen als Prädiktoren gerechnet (2). Bei Schritt (1) wurde jede in Frage kommende Variable, die bei der ersten Sitzung erfasst wurde, als alleiniger Prädiktor in jeweils separate logistische Regressionen zur Vorhersage von Kursabbruch sowie Rückfall eingesetzt. War das Signifikanzniveau der potentiellen Prädiktorvariable  $< .10$ , so wurde die Variable im anschliessenden Schritt (2) in das Gesamtmodell der jeweiligen Outcome-Variable eingeschlossen.

Ein **vorzeitiger Kursabbruch** wurde als Abbruch vor Sitzung 7 definiert, d.h. dass Personen, die nicht beim Follow-Up teilgenommen haben, nicht als Abbrecher gewertet wurden. Von den insgesamt 70 Kursteilnehmern haben 50 den Kurs mindestens bis zur 7. Sitzung besucht, 20 haben ihn vorzeitig abgebrochen. Als Prädiktoren für Kursabbruch wurden in Schritt (1) das Alter, die Wunschstärke, mit dem Rauchen aufzuhören (schwach bis mittel vs. stark), sowie der Fagerström-Summenwert identifiziert, da sie auf bivariater Ebene tendenziell bzw. signifikant mit einem Abbruch zusammenhingen. Wurden die Prädiktoren gleichzeitig in ein einziges logistisches Regressionsmodell eingesetzt, so erwiesen sich das Alter (OR = 1.09, 95% CI: 1.01-1.19,  $p = .04$ ) sowie Fagerström-Wert (OR = 1.95, 95% CI: 1.25-3.05,  $p = .00$ ) als signifikante Prädiktoren. Die Wunschstärke (OR = .23, 95% CI: .05-1.00,  $p = .05$ ) war knapp nicht signifikant. Je höher also das Alter der Teilnehmer und je stärker ihre Abhängigkeit war, desto grösser war die Wahrscheinlichkeit eines vorzeitigen Kursabbruchs. Umgekehrt ging mit einer höheren Wunschstärke eine tendenziell geringere Wahrscheinlichkeit, den Kurs vorzeitig abzubrechen, einher.

Für die Vorhersage eines **Rückfalls** zum Follow-Up-Zeitpunkt wurden nur noch diejenigen Kursteilnehmer in die Analysen eingeschlossen, die den Follow-Up-Fragebogen beantwortet haben ( $n=38$ ). Als rückfällig wurden die 20 Personen bezeichnet, die bei der Follow-Up-Befragung angaben, in den vergangenen sieben Tagen geraucht zu haben. Die in Schritt (1) ermittelten Prädiktoren waren wieder die Wunschstärke, mit dem Rauchen aufzuhören (keine/mittelstark vs. stark), sowie der Fagerström-Summenwert. Für die Vorhersage von Rückfall erwies sich ausserdem die Einnahme von Kokain oder/und Partydrogen (mindestens einmal in den 30 Tagen vor Kursbeginn) als potentieller Prädiktor. In der multivariaten logistischen Regression zeigte sich, dass sowohl die Wunschstärke (OR = .02, 95% CI: .00-.77,  $p = .04$ ) als auch der Fagerström-Summenwert (OR = 3.13, 95% CI: 1.20-8.14,  $p = .02$ ) signifikant mit einem Kursabbruch zusammenhingen. Drogenkonsum (OR = 5.45, 95% CI: .68-43.97,  $p = .11$ ) war hingegen kein signifikanter Prädiktor mehr. Je geringer die Wunschstärke zum Kursbeginn und je höher die Nikotinabhängigkeit, desto grösser war somit die Wahrscheinlichkeit, dass die Teilnehmer ihre Abstinenz nicht aufrecht erhalten konnten.

## Tiefeninterviews mit den Kursleitern

Mit den 4 Kursleitern wurden nach Abschluss der Interventionsphase leitfadengestützte Tiefeninterviews durchgeführt. Hierbei sollten insbesondere wirksame Gruppenprozesse identifiziert sowie die Bedeutung der „Quit cells“ und die Akzeptanz des Programms untersucht werden. Zudem wurden Einschätzungen erhoben, welche begleitenden Massnahmen notwendig wären, um die Effektivität der Intervention zu sichern oder auszuweiten. Die Interviews werden an dieser Stelle zusammengefasst mit der jeweiligen Frage erläutert.

### 1. War das Rauchstopp-Programm generell gut akzeptiert bei den Teilnehmern?

Die Kursleiter sind sich einig, dass der Kurs insgesamt gut akzeptiert war und grösstenteils von den Teilnehmern sehr geschätzt wurde. Allgemein war die Bereitschaft für eine Raucherentwöhnung sehr hoch. Es gab einzelne Module die vermehrt auf negative Resonanz gestossen sind (bspw. Rollenspiele). Diese hatten aber keinen Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit der Teilnehmer und wurden dann im Plenum der Kursleiter diskutiert und dementsprechend abgeändert. Anfängliche Skepsis bezüglich der Notwendigkeit eines Rauchstopp-Kurses für Schwule verflieg schnell und der offene Gedankenaustausch innerhalb einer homogenen Gruppe wurde geschätzt. Die Kursdauer von 7 Wochen wurde generell bei den Teilnehmern als ideal empfunden. Vermehrt negativ bewertet wurde verständlicherweise das Ausfüllen der maximal 3 vorgesehenen Fragebogen, da diese einerseits sehr umfangreich waren und zum Teil sehr persönliche Angaben seitens der Teilnehmer verlangten. Der Verweis auf die dadurch kostenlose Teilnahme am Kurs und die gewährleistete Anonymität führte jedoch trotzdem zu einer relativ hohen Bearbeitungsrate innerhalb des Kurses.

#### *Bemerkung:*

*Die hohe Akzeptanz des Programms zeigte sich auch in einer kurzen, nicht im Forschungsplan vorgesehenen und freiwilligen Umfrage, bei welcher die Teilnehmer am letzten Kursabend den Kursinhalt und dessen Durchführung evaluieren konnten (siehe Abschnitt 2.4. Meinungsumfrage Teilnehmerumfrage). Dabei gaben gut 72% der Teilnehmer an, mit dem Kurs sehr zufrieden gewesen zu sein. Kein einziger war weniger bis gar nicht zufrieden und sämtliche Befragte würden den Kurs weiter empfehlen. Bei einer Frage über die Vorzüge des Kurses mit offener Antwortmöglichkeit gaben knapp 70% an, besonders von der Arbeit innerhalb einer Gruppe profitiert zu haben.*

### 2. Welche Module/Wochenabende waren besonders hilfreich aus Deiner Sicht für die Teilnehmer?

Diese Frage führte zu einem relativ grossen Spektrum von Antworten. Von allen als besonders hilfreich eingestuft wurde der Quit Day, die CO-Messungen und die Gruppendiskussionen / Gruppenunterstützung.

Der **Quit Day** (Woche 3) soll zu einer euphorischen und stolzen Stimmung innerhalb der Gruppe geführt und den Zusammenschluss, respektive das Gruppengefühl gestärkt haben. Grund dafür waren das zugehörige mündliche Commitment eines jeden Teilnehmers, ab Woche 3 nicht mehr zu rauchen sowie der Wechsel von der informativen Kursführung seitens der Kursleiter zu einer (inter)aktiven Beteiligung der Teilnehmer ab Woche 4 („Jetzt sitzen alle in einem Boot und unterstützen sich gegenseitig“).

Ebenfalls besonders hilfreich und beliebt waren die **CO-Messungen** zu Beginn der Kursabende. Sie waren ein eindrücklicher Beweis für die Teilnehmer, dass eine Nikotinentwöhnung relativ schnell zu einer Verbesserung der Gesundheit führt und dass man diese Verbesserung auch messen kann. Ausserdem steigerten sie das Vertrauen in die Gruppe, da sichergestellt war, dass kein Mitglied heimlich rauchte. Die positiven Resultate der Messungen führten so zu einem motivierenden Glücksgefühl.

Die **Gruppendiskussionen**, beziehungsweise die Gruppenunterstützung, wurden auf 2 Ebenen als besonders hilfreich empfunden (Gesamtgruppe vs Quit Teams). Auf der Ebene der Gruppendiskussionen wurde vor allem der Erfahrungsaustausch sehr geschätzt. Das Bewusstsein des Nicht-Alleinseins und die gegenseitige Unterstützung mit Tipps wurden

dabei als besonders hilfreich bewertet. Nennenswert dabei war, dass das Interesse an den Gruppendiskussionen gegen Ende des stark abnahm („Wahrscheinlich konnten die Teilnehmer gegen Ende der Kurse einfach keine neuen Erfahrungen mehr einbringen“). Parallel dazu wurden die - etwas stärker und vor allem auch ausserhalb der Kurszeiten (täglich) unterstützenden - Quit Teams als sehr hilfreich empfunden. Allerdings nahm auch diese Unterstützung im Verlaufe der 7 Wochen massiv ab.

### **3. Was genau an diesen war Deiner Meinung nach die „treibende Kraft“ für die Teilnehmer um an ihrem Ziel dem Rauchstopp dran zu bleiben?**

Treibende Kräfte können hier auf 3 Ebenen gefunden werden: auf individueller Ebene, auf Gruppenebene und auf einer Ebene der Kursstruktur.

Auf individueller Ebene war das der **Wunsch nach gesundheitlichen Verbesserungen**. Die schnellen und vor allem messbaren Verbesserungen der CO-Werte führten zu einer grossen Befriedigung und steigerten die Motivation. Auf der Gruppenebene entstanden wie erwartet gewisse **Gruppendynamiken**, welche die einzelnen Teilnehmer in ihrem Bestreben vorantrieben. Die wöchentlichen Gruppendiskussionen und die Quit-Teams verstärkten die Motivation der einzelnen Teilnehmer. Das Bewusstsein des Nicht-Alleinseins und die gegenseitige Unterstützung mit Tipps wurden dabei als besonders hilfreich bewertet. Auch hatte das Commitment sich selbst und der Gruppe gegenüber eine Art treibenden und verpflichteten Charakter.

Zudem ergab die regelmässige und transparent organisierte **Struktur des Kurses** eine Art Sicherheit. Die Teilnehmer konnten sich ein Stück weit führen lassen. Das gemeinsame Ziel des Nichtrauchens und der datumsmässig geplante Quit Day führten zu einer Vorfreude und beinahe schon euphorischen Stimmung, auch wenn diese dann oft in Angst kippte.

### **4. Gab es Gruppenprozesse, die Du nicht erwartet hast, die förderlich für den Rauchstopp der Teilnehmer waren?**

Da die Kursleiter sehr erfahren in der Durchführung solcher Kurse waren und auch die Vorbereitung sehr intensiv war gab es wenig Gruppenprozesse die nicht erwartet wurden. Unerwartet schnell entwickelten sich einzelne Gruppenbildungen („gingen bereits nach dem ersten Kursabend zusammen in den Ausgang“), und vereinzelt war die soziale Einheit trotz heterogener Gruppenmitglieder bezüglich Alter und sozialem Status relativ gross und tolerant.

Auch gab es einen Fall, wo das Querstellen eines einzelnen Teilnehmers aufgrund von Hinterfragen der einzelnen Module zu einer verstärkt positiven Haltung der anderen Teilnehmer gegenüber diesen Modulen geführt hat.

### **5. Gab es Gruppenprozesse, die Du nicht erwartet hast, die hinderlich für den Rauchstopp einzelner Teilnehmer oder für die Gruppe waren?**

Auch hier wurden wenige Prozesse beobachtet, die so nicht erwartet wurden. Entgegen der vorhin beschriebenen Homogenität der sozialen Einheit gab es jedoch einzelne Fälle von **Ausgrenzung**, bei welchen die Gruppe den Ausschluss einzelner Teilnehmer erreichen wollte. Der Teilnehmer unterschied sich dabei hinsichtlich Alter (junge Gruppe vs. alter Teilnehmer) oder psychischem Gesundheitszustand (gesunde Gruppe vs. psychisch auffälliger Teilnehmer) von der Gruppe. Solche Situationen erforderten dann einen Mehraufwand für die Kursleiter, um sich für den entsprechenden Teilnehmer stark zu machen. Hierbei handelt es sich aber um zwei Ausnahmefälle, welche nicht von allen Kursleitern beschrieben worden sind.

### **6. Gab es auch Querdenker, die den Gruppenprozess gestört haben und wie bist Du damit umgegangen?**

Es gab Teilnehmer, welche einzelne Programmpunkte in Frage gestellt und somit einen sauberen Ablauf teilweise er-

schwert haben. Grossen Widerstand gab es beispielsweise häufig bei dem Ausfüllen der **Fragebogen**, da sie einerseits lang waren und andererseits auch sehr persönliche Fragen gestellt wurden.

-> Hier wurde von den Kursleitern dann nochmals auf die Wichtigkeit der Fragebogen für das Projekt hingewiesen und versichert, dass die Antworten anonym ausgewertet werden. Ausserdem sei der Kurs gerade deshalb kostenlos, weil er auch zu Forschungszwecke diene.

Auch wurde der Sinn gewisser **Rollenspiele** hinterfragt bzw. waren einige Teilnehmer aufgrund ihrer sozialer Kompetenzen nicht fähig diese umzusetzen, was dann dazu führen konnte, dass sie ihren Unmut vor der Gruppe kund taten.

-> Die Kursleiter haben niemanden zu solchen Rollenspiele gezwungen und haben ausserdem diese leicht abgeändert und angepasst.

### **7. Denkst Du, dass Du ein hilfreicher Kursleiter warst, der die Inhalte des Programms gut weiter geben konnte?**

Generell sahen sich alle Kursleiter als hilfreich und kompetent. Unsicherheiten bei der Kursführung (Hilfsmittel etc.) und Probleme mit dem Manual wurden in der Gruppe diskutiert und einzelne Programmpunkte angepasst. Die Kursleiter wurden sehr schnell routiniert und sicher in der Leitung der Kurse.

*Bemerkung: Dies widerspiegelt auch die grosse Zufriedenheit der Teilnehmer mit der Kursleitung. In der freiwilligen Umfrage bei Kursende gaben 86% der Teilnehmer an, mit der Kursleitung sehr zufrieden gewesen zu sein. Kein einziger war weniger oder gar nicht zufrieden.*

### **8. Bei welchen Programmpunkten hattest Du Schwierigkeiten damit und warum?**

Anfangs gab es noch organisatorische Schwierigkeiten, da die Zeit im Manual oft zu knapp berechnet war und somit die Zeitangaben nicht eingehalten werden konnten (Hinweis: Die Dauer einer Kurssitzung wurde daraufhin von 2 Stunden auf 2.5 Stunden erhöht).

Auch die Beratung bezüglich angemessener **NET's oder Medikamente** bereitete einzelnen Kursleitern zu Beginn Mühe, da sie entweder anfangs keine Erfahrungen damit hatten oder sich generell nicht mit diesen identifizieren konnten (waren Befürworter eines Rauchstopps ohne medikamentöse Unterstützung. Hier gab es auch Hinweise auf Seiten der Kursleitung, dass im Manual generell zu wenig auf die Möglichkeit eines Rauchstopps ohne Medikamente hingewiesen wird).

Ausserdem gab es, wie weiter oben bereits erwähnt, auf Seiten der Kursteilnehmer grosse Schwierigkeiten bei der Akzeptanz und der Durchführung gewisser **Rollenspiele**. Dies führte dann auch zu einer Unsicherheit auf Seiten der Kursleiter, wie man die und auch die Beispiele realitätsnaher gestalten sollte.

### **9. Was würdest Du anders machen bei einem nächsten Kurs, den Du gibst?**

Diese Frage machte für die Kursleiter relativ wenig Sinn, da sie schon mehrere Kurse geleitet haben und somit bereits Veränderungen in der Leitung aufgrund von Erfahrungen vorgenommen hatten. Die genannten Punkte betrafen mehr die Struktur des Kurses, welche ausführlicher weiter unten beschrieben werden.

### **10. Bei welchen Programmpunkten hatten Teilnehmer Schwierigkeiten und weshalb?**

Wie bereits mehrmals erwähnt führte die Durchführung der **Rollenspiele** („sich behaupten“ oder „den inneren Schweinehund überwinden“) immer wieder zu Schwierigkeiten, weil diese für die meisten Teilnehmer ungewohnt waren.

Auch das Interesse oder die Bereitschaft, **sich** in der Gruppe (Gruppendiskussionen oder Quit Teams) **auszutauschen** nahm im Verlaufe des Kurses ab. Grund dafür war wohl dass keine neuen Themen oder Problempunkte auftauchten und somit keine neuen Inputs gewonnen werden konnten.

Wie ebenfalls bereits mehrfach erwähnt bekundeten viele Teilnehmer Mühe damit, den **Fragebogen** bis zu 3 Mal ausfüllen zu müssen, da sie besorgt waren um die Anonymität der Daten und das Ausfüllen sehr viel Zeit in Anspruch nahm.

**11. Wie war die Bereitschaft bei den Teilnehmern Medikamente und NETs während des Kurses zu nehmen und wie hast Du die Verwendung von Medikamenten und NETs den Teilnehmern nahe gelegt? Falls du Raucher bist/wärst, würdest Du selbst auf solche Therapien zurück greifen im Rahmen eines Queer Quit Kurses?**

Das **Interesse** war hoch bei den Teilnehmern, jedoch haben dann nicht entsprechend viele Teilnehmer tatsächlich solche Therapien verwendet. Ausserdem gab es vereinzelt grosses Interesse an homöopathischen Alternativmethoden. Das Vorwissen (respektive die Vorerfahrungen) über die Produkte war teilweise schon ausgeprägt vorhanden. Medikamente wurden mehrheitlich nur von Teilnehmern angewendet, welche bereits ein Vorwissen dazu hatten. Anzumerken gibt es noch, dass einzelne Teilnehmer zwar NET's kauften, diese jedoch nicht anwendeten. Anscheinend gab der Besitz oder das Wissen, im Notfall solche Produkte anwenden zu können, eine Art subjektive Sicherheit.

Zwar erfolgte die **Nahelegung** der Produkte im vorgesehen Rahmen durch die Kursleiter (Testkoffer, Infotafeln, Prospekte, mündliche Informationen etc.), die individuellen Einstellungen gegenüber NET's oder Medikamenten waren jedoch unterschiedlich („Macht es Sinn sich von einer Substanz lösen zu wollen indem man sie dabei einfach ersetzt mit einer anderen?“) und so wurde die Nahelegung differenziert bewertet (angemessen vs. zu „Tupperware-Party-mässig“). Die Hälfte der Kursleiter würde auf solche Therapien zurückgreifen.

**12. Siehst Du Anpassungsbedarf bei den Kursunterlagen und wenn ja bei welchen (Kursleiter/Teilnehmer)?**

Generell gesehen sollten die Module etwas besser verteilt werden. Die Dichte an Informationen und Übungen ist zu Beginn des Kurses etwas zu hoch und im Gegensatz dazu gegen Ende etwas zu dünn (vor allem Kursabend 7).

Sonstiger Anpassungsbedarf:

- Die Möglichkeit eines Rauchstopps ohne Medikamente wird bei den **Therapien** zu wenig betont. Zurzeit ist es im Manual fast ein Zwang, sich für eine medikamentöse Therapie zu entscheiden. Ausserdem sollten die Unterlagen noch mit zusätzlichen Alternativmethoden ergänzt werden (Homöopathie, Akkupunktur, etc.)
- Die Module zu den **Rollenspielen** sollten realitätsnaher sein (Bemerkung: wurde von den Kursleitern bereits während des Projekts verändert). Ausserdem wurde von einem Kursleiter der Name des Moduls „Überwindung des inneren Schweinehunds“ als negativ empfunden. Eine entsprechende Anpassung ist geplant.
- Eine **Langzeitperspektive** für die Teilnehmer im Falle von Fragen oder Hilfesuchung fehlt. Die Quit Teams müssten mit geeigneten Massnahmen länger am Leben erhalten können.
- Woche 7: Block 4 („Vorteile für die Zukunft“) war fehl am Platz. Wurde schon zu oft thematisiert.

**13. Welche Bedeutung hatten die „Quit Cells“?**

Die Quit Cells oder Quit Teams wurden generell als sehr wichtig eingestuft. Ihre Bedeutung zu Beginn des Rauchstopps war sehr hoch und wurde auch von Seiten der Teilnehmer als sehr hilfreich zwecks gegenseitigem Austausch und Motivation empfunden. Leider hat deren Teilnehmerbestand jeweils gegen Ende des Kurses deutlich abgenommen.

**14. Wie könnte man den Kurs sonst noch verbessern?**

Generell wurden die teilweise zu kleinen Gruppen kritisiert. Bei Kursen mit 2-3 Teilnehmern war es schwierig, die Gruppendynamik zu fördern. Verbesserungsansätze sahen die Kursleiter bei der Rekrutierung (Werbung). Demensprechend waren die Räumlichkeiten nicht immer der Gruppengrösse angepasst und wurden als zu gross oder zu klein bewertet.

Ausserdem wäre ein Mitwirken eines medizinischen Fachmanns bei Themen der Medikamentenwahl hilfreich. Wie schon angesprochen könnten die Kursabende noch etwas ausgeglichener gestaltet werden.

**15. Wie könnte man die Effektivität des Rauchstopp-Kurses noch erhöhen?**

Das **Coaching** der Kursleiter bezüglich der Durchführung der Rollenspiele sollte verbessert werden. Das würde zu weniger Schwierigkeiten bei der Durchführung und somit zu mehr Effektivität des entsprechenden Moduls führen. Ausserdem sollte die **Gruppengrösse** festgelegt werden (bspw. 10-12 Teilnehmer). Ein von allen Interviewten angesprochener Punkt war die Frage nach der Hilfestellung oder den Kontaktmöglichkeiten nach Kursende. Vorschläge: Treffs, Forum, Facebookgruppe. Oder man könnte in Zukunft (ähnlich wie bei der Lungenliga) den Kurspreis proportional zur Länge der Teilnahme am Kurs gestalten (am billigsten wenn ein Teilnehmer bis Kursende bleibt).

**16. Würdest Du Dich wieder als Kursleiter zur Verfügung stellen für weitere Abende? (Falls nein, weshalb?)**

2x ja, 1x jein und 1x nein.

Generell wurden die Erfahrungen mit dem Kurs als sehr positiv eingestuft. Das nicht-mehr-zur-Verfügung-Stellen war begründet mit dem Wunsch, sich in Zukunft in anderen Gebieten betätigen zu wollen.

## Teilnehmerumfrage

Die Kursleiter führten am Ende der Kurse eine freiwillige Umfrage zur Zufriedenheit mit dem Kursinhalt und der Kursdurchführung durch. Insgesamt nahmen 36 Personen (72.0%) an der Umfrage teil.

### Kursinhalt

Mit dem Kursinhalt waren 72.2% sehr zufrieden und 94.4% empfanden ihn als sehr verständlich vermittelt. Dementsprechend empfanden über 80% der Teilnehmer die Struktur des Kurses als sehr hilfreich beim Erreichen ihrer Ziele (siehe Tabelle X).

Tabelle 8: Übersicht der Zufriedenheit der Teilnehmer mit dem Kursinhalt

	Sehr/unbedingt	Ok/teilsteils/naja	weniger
<b>Mit dem Kursinhalt war ich zufrieden.</b>	26 (72.2%)	10 (27.8%)	-
<b>Die Kursinhalte waren verständlich vermittelt.</b>	34 (94.4%)	2 (5.6%)	-
<b>Die Kursinhalte kann ich im Alltag umsetzen.</b>	31 (86.1%)	2 (13.9%)	-
<b>Die Kursstruktur hat mir beim Erreichen des Kursziels geholfen.</b>	29 (80.6%)	6 (16.7%)	1 (2.8%)

In 2 Fragen mit offenen Antwortmöglichkeiten wurde zudem gefragt, wovon die Teilnehmer am meisten profitiert hätten, respektive was man in Zukunft weglassen könnte. Knapp 70% gaben an, besonders von den Effekten durch die Gruppe (gegenseitiger Austausch, Gruppendynamik, gemeinsame Ziele, etc.) profitiert zu haben. Auch wurden die CO-Messungen, die Medikamenteninformationen oder die kompetente Kursführung mehrfach erwähnt. 6.0% gaben an, dass man ihres Erachtens nach die Module mit den Rollenspielen weglassen könnte.

### Kursstruktur

86.1% der Teilnehmer waren mit der Kursleitung sehr zufrieden. 11.1% waren mit der Gruppengrösse weniger zufrieden und nur 41.7% fanden das Kurslokal sehr gut (siehe Tabelle 9).

Tabelle 9: Übersicht der Zufriedenheit der Teilnehmer mit der Kursdurchführung

	Sehr	Ok	weniger
<b>Mit der Kursleitung war ich zufrieden.</b>	31 (86.1%)	5 (13.9%)	-
<b>Mit der Gruppengrösse war ich zufrieden.</b>	17 (47.2%)	15 (41.7%)	4 (11.1%)
<b>Mit dem Kurslokal war ich zufrieden.</b>	15 (41.7%)	20 (55.65)	1 (2.8%)

### 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 Nachhaltigkeit auf Strukturebene kann gegeben sein, falls sich ein Anbieter der Regelversorgung dazu entschliesst, das Projekt in sein Programm aufzunehmen. Gespräche sind gegenwärtig mit Pink Cross, der Homosexuellen Arbeitsgruppe Luzern HaLu, der Homosexuellen Arbeitsgruppe Bern HaBe, Homosexuellen Arbeitsgruppe Winterthur Wilsch sowie der Homosexuellen Arbeitsgruppe Thurgau HAT im Gange und ein Gesuch zur Startfinanzierung ist in Vorbereitung. Dieses Gesuch wird insbesondere die folgenden Punkte beinhalten: Überarbeitung des Kursmanuals, Übersetzung der überarbeiteten Kursmaterialien auf Französisch (Zusammenarbeit mit Check Point Genf und Lausanne), Schulung von neuen Kursleitern in anderen Schweizer Städten sowie in Zürich und Winterthur. Ziel wird es sein, in diversen Schweizer Treffpunkten und Arbeitsgruppenzentren von homosexuellen Männern Rauchstopp-Kurse anzubieten und in deren Versorgungskonzept zu integrieren.

Zudem hat sich eine Kollaboration mit den Kompetenzzentren für HIV Behandlungen in Bern, Basel, St. Gallen und Zürich, mit HIV-pract Ärzten in Zürich sowie mit den Check Points Genf und Lausanne ergeben. Dies vor allem auch aufgrund der negativen Wechselwirkungen von Tabakkonsum mit HIV-Medikamenten bei HIV-positiven Personen. Entsprechend besteht ein Interesse dieser Zentren, aktiv bei rauchenden HIV-positiven, homosexuellen Männern auf die entsprechenden Queer Quit Rauchstopp-Kurse vor Ort hin zu weisen (Information über diese Wechselwirkungen in den Zentren für die Behandelnden sowie Bereitstellung von entsprechenden Flyern für die entsprechende Zielpopulation und das Behandelnde Personal) und diese dazu zu bewegen, sich bei zukünftigen Queer Quit Kursen anzumelden.

Das erarbeitete Know-How wird über Publikationen, Referate und Newslettern von Webseiten von entsprechenden Organisationen (Pink Cross, Homosexuelle Arbeitsgruppen, Kompetenzzentren für HIV etc.) zugänglich gemacht, sowie über den Versuch, das Projekt in die Regelversorgung bei den genannten Arbeitsgruppen, etc. von homosexuellen Männern zu integrieren.

---

## 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 ab, und zwar betreffend der auch für die Schweiz dokumentierten gesundheitlichen Ungleichheit zwischen homosexuellen und heterosexuellen Männern. 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 erreicht. Es hat sich definitiv bestätigt, was bereits in der Queer Quit Vorstudie gefunden wurde: Homosexuelle Männer finden sich unter Ihresgleichen besser verstanden und suchen insbesondere dann Rauchstopp-Angebote auf, wenn sie unter Ihresgleichen stattfinden. Insbesondere die Bildung von Quit Cells und das Gruppenzusammengehörigkeitsgefühl (folglich Wirksamkeitsnachweis) waren zentrale Erfolgsfaktoren.

Auf die Aspekte soziale und ethnische Zugehörigkeit wurde von Beginn des Projektes an nicht explizit fokussiert, da alle Vorstudien gezeigt haben, dass diese Aspekte für die Zielgruppe keine Bedeutung im Zusammenhang mit dem Rauchstopp aufwiesen. Im Laufe der Studie hat sich dies bestätigt. Die Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht oder Ethnie hat bei diesem spezifischen Rauchstopp-Angebot nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt: Das Zusammengehörigkeitsgefühl war so stark, dass andere allfälligen speziellen Zugehörigkeiten bis auf wenige Ausnahmen quasi irrelevant waren. Diejenigen wenigen Einzelfälle, die in einzelnen Kursen von den Teilnehmern thematisiert wurden, wurden aktiv durch entsprechende zusätzliche Massnahmen von den Kursleitern aufgegriffen.