



REDUCE PROJECT

ID der Teilnehmerin

Datum des Interviews

VIELEN DANK FÜR IHRE BEREITSCHAFT AM REDUCE PROJEKT TEILZUNEHMEN. DER FRAGEBOGEN BESTEHT AUS INSGESAMT VIER BEREICHEN. ICH WERDE IHNEN EINIGE FRAGEN ZU IHRER PERSON, IHREM INTRAVENÖSEM DROGENKONSUM, IHREM SEXUALVERHALTEN, IHREM WISSEN ÜBER HEPATITIS C UND DANN HINSICHTLICH IHRER STIMMUNGSLAGE STELLEN.

TEIL 1

WIR STARTEN NUN MIT FRAGEN ZU ALTER, IHRER WOHSITUATION, IHRER BILDUNG UND ARBEITSSITUATION.

SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN

1. Wie alt sind Sie (Alter beim letzten Geburtstag)? Jahre

2. Mit wem leben Sie zusammen? (Lesen Sie alle Antwortmöglichkeiten vor, und kreuzen Sie Zutreffendes an)

Allein	<input type="checkbox"/> ₁
(Ehe-)Partner	<input type="checkbox"/> ₁
Kind(er)	<input type="checkbox"/> ₁
Freunde/Mitbewohner	<input type="checkbox"/> ₁

Andere Familienmitglieder	<input type="checkbox"/> ₁
---------------------------	---------------------------------------

3. Was ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung?
(Bitte nur EINE Antwort ankreuzen)

Volksschule	<input type="checkbox"/> ₀
Pflichtschule	<input type="checkbox"/> ₁
Mittelschule	<input type="checkbox"/> ₂
Fachhochschule	<input type="checkbox"/> ₃
Universität	<input type="checkbox"/> ₄
Postgraduelle Ausbildung (Master of Science/Doktorat)	<input type="checkbox"/> ₅
Anderes Bitte angeben	<input type="checkbox"/> ₆

4. Wie ist Ihre aktuelle berufliche Situation? (Zeigen Sie die Tabelle und markieren Sie EINE Antwort)

Bezahlte Anstellung	<input type="checkbox"/> ₁
Arbeitslos	<input type="checkbox"/> ₂
Im Krankenstand	<input type="checkbox"/> ₃
Hausfrau/Hausmann	<input type="checkbox"/> ₄
In Pension	<input type="checkbox"/> ₅
Invaliditätsrente	<input type="checkbox"/> ₆
Anderes Bitte angeben	<input type="checkbox"/> ₇

5a. Haben Sie jemals in einem Obdachlosenheim gewohnt, keinen festen Wohnsitz gehabt, oder auf der Straße gelebt?

Ja	<input type="checkbox"/> ₁
Nein	<input type="checkbox"/> ₀ falls nein, weiter mit Frage 6

5b. Haben Sie in den letzten 6 Monaten in einem Obdachlosenheim gewohnt, keinen festen Wohnsitz gehabt, oder auf der Straße gelebt?

Ja	<input type="checkbox"/> ₁
Nein	<input type="checkbox"/> ₀

ICH WERDE SIE JETZT ÜBER IHREN INTRAVENÖSEN DROGENKONSUM (ALS SIE SICH DROGEN GESPRITZT HABEN) BEFRAGEN

(SCREENING-FRAGEN)

6. Haben Sie sich JEMALS Drogen gespritzt?

Ja	<input type="checkbox"/> ₁
Nein	<input type="checkbox"/> ₀ falls nein, Fragebogen beenden

7. Haben Sie sich in den letzten 6 Monaten Drogen gespritzt?

Ja	<input type="checkbox"/> ₁
Nein	<input type="checkbox"/> ₀ falls nein, Fragebogen beenden

8. Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal Drogen gespritzt haben? Jahre

9. Wann haben Sie sich das letzte Mal Drogen gespritzt? (Monat/Jahr) M M J J J J

10. Welche der folgenden Drogen haben Sie sich in den letzten 6 Monaten gespritzt? **(Markieren Sie alle zutreffenden)**

Heroin	<input type="checkbox"/>	Amphetamine (Speed)	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	Temazepam oder Valium	<input type="checkbox"/>
Heroin und Kokain zusammen (Speedball)	<input type="checkbox"/>	Anabolika, z.B. Steroide	<input type="checkbox"/>
Crack	<input type="checkbox"/>		
Anderes (Bitte angeben)	<input type="text"/>		

11. Welche Droge haben Sie in den letzten 6 Monaten am öftesten gespritzt? **(Name der Substanz angeben)**

12. Wie viele der letzten 6 Monate haben Sie Drogen gespritzt? **(Bitte geben Sie die Anzahl der Monate an)**

13. In den Monaten, als Sie sich Drogen spritzten, wie oft haben Sie sich durchschnittlich Drogen gespritzt? (Zeigen Sie die Tabelle und markieren Sie EINE Antwort)

1-3-mal pro Monat	<input type="checkbox"/> ₁
Ca. einmal in der Woche	<input type="checkbox"/> ₂
2-6-mal pro Woche	<input type="checkbox"/> ₃
Einmal am Tag	<input type="checkbox"/> ₄
2-3-mal am Tag	<input type="checkbox"/> ₅
4-mal am Tag oder öfter	<input type="checkbox"/> ₆

14. Wie viele der Nadeln und Spritzen, die Sie in den letzten 6 Monaten benutzt haben, um sich Drogen zu spritzen, waren neu und ungebraucht (z.B. von einer Packung) – auf einer Skala von 0 bis 10 (wobei 0 keine bedeutet, und 10 alle)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 15a. Wo haben Sie sich in den letzten 6 Monaten am häufigsten Drogen gespritzt? (Zeigen Sie die Tabelle und markieren Sie EINE Antwort)

Haus/Wohnung	<input type="checkbox"/> ₁
Wohnort der Eltern oder anderer Familienmitglieder	<input type="checkbox"/> ₂
Bei einem/r Freund/in/ Bekannten	<input type="checkbox"/> ₃
In einem Obdachlosenheim	<input type="checkbox"/> ₄
Im Gefängnis/in Haft	<input type="checkbox"/> ₅
In einem leerstehenden Haus	<input type="checkbox"/> ₆
Auf der Straße	<input type="checkbox"/> ₇
In einem Raum, der zum Drogenspritzen eingerichtet wurde ("Injecting room")	<input type="checkbox"/> ₈
Anderes Bitte angeben	<input type="checkbox"/> ₉

15b. Haben Sie sich während der letzten Monate an einem anderen der folgenden Orte Drogen gespritzt? (Zeigen Sie die Tabelle und markieren Sie EINE Antwort)

	Ja	Nein
Haus/Wohnung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Wohnort der Eltern oder anderer Familienmitglieder	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Bei einem/r Freund/in/ Bekannten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
In einem Obdachlosenheim	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Im Gefängnis/in Haft	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
In einem leerstehenden Haus	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Auf der Straße	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
In einem Raum zum Drogenspritzen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Anderes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Bitte angeben		

16a. Wie oft haben Sie sich Drogen gespritzt, wenn Sie...

	Immer	Meistens	Die Hälfte der Zeit	Manchmal	Selten	Nie
i) allein	<input type="checkbox"/> ₅ Falls "immer", weiter mit Frage 17a	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
ii) mit einer zweiten Person waren	<input type="checkbox"/> ₅ Falls "immer", weiter mit Frage 16c	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
iii) mit mehreren anderen Personen waren?	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

16b. Falls Zeitangabe bei Item iii (außer "nie"), Angabe mit wie vielen Personen:

16c. Wer war MEISTENS diese zweite Person? (Zeigen Sie die Tabelle und markieren Sie EINE Antwort).

Ihr/e Freund/in, Ehepartner, Sexualpartner	<input type="checkbox"/> ₁
Ein Familienmitglied	<input type="checkbox"/> ₂
Ein/e enge/r Freund /in	<input type="checkbox"/> ₃
Ein/e Bekannte/r	<input type="checkbox"/> ₄
Ihr Dealer	<input type="checkbox"/> ₅
Jemand Unbekannter	<input type="checkbox"/> ₆
Jemand anderes (bitte angeben)	<input type="checkbox"/> ₇

16d. Mit welchen anderen Personen haben Sie sich während der letzten 6 Monate Drogen gespritzt? (Zeigen Sie die Tabelle und markieren Sie ALLE zutreffenden Antworten)

	JA	NEIN
Ihr/e Freund/in, Ehepartner, Sexualpartner	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ein Familienmitglied	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ein/e enge/r Freund /in	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ein/e Bekannte/r	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ihr Dealer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Jemand Unbekannter	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Jemand anderes (bitte angeben)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

17a. Haben Sie JEMALS eine Nadel/Spritze verwendet, die bereits jemand anderes benutzt hatte (einschließlich Ihrem Partner)?

Ja	<input type="checkbox"/> ₁
Nein	<input type="checkbox"/> ₀ Falls nein, weiter mit Frage 20a

17b. Wie oft haben Sie während der letzten 6 Monate Nadeln/Spritzen verwendet, die bereits jemand anderes benutzt hatte? (Bitte geben Sie an, wie viele Male).

--	--	--

17c. Warum haben Sie während der letzten 6 Monate eine Nadel/Spritze verwendet, die bereits benutzt worden war? (Bitte lesen Sie und markieren Sie eine Antwort für JEDE Aussage)

	Nein	Ja
i. Sie hatten Entzugssymptome	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
ii. Sie kannten die Person	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
iii. Sie konnten sich nicht selbst ohne Hilfe spritzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
iv. Es war unmöglich, das Besteck von dieser Person abzulehnen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
v. Sie dachten nicht, dass ein Risiko dabei war	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
vi. Sie dachten nicht, dass die andere Person eine Infektion hatte (z.B. Hepatitis C, HIV/AIDS)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
vii. Sie haben die gleiche Infektion wie die andere Person (z.B. Hepatitis C, HIV/AIDS)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
viii. Es waren keine sauberen Nadeln/Spritzen verfügbar	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
ix. Sie waren zu high/stoned/schwach	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
x. Anderes – bitte angeben	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

17d) Was war der Hauptgrund? (Bitte aufschreiben) _____

17e) Wessen Nadeln/Spritzen haben Sie HAUPTSÄCHLICH während der letzten 6 Monate verwendet? (Zeigen Sie die Tabelle und markieren Sie EINE Antwort).

Ihr/e Freund/in, Ehepartner, Sexualpartner	<input type="checkbox"/> ₁
Ein Familienmitglied	<input type="checkbox"/> ₂
Ein/e enge/r Freund /in	<input type="checkbox"/> ₃
Ein/e Bekannte/r	<input type="checkbox"/> ₄
Ihr Dealer	<input type="checkbox"/> ₅
Jemand Unbekannter	<input type="checkbox"/> ₆
Jemand anderes (bitte angeben)	<input type="checkbox"/> ₇

17f Mit welchen bereits benutzen Nadeln/Spritzen welcher anderen Person/en haben Sie während der letzten 6 Monate noch injiziert? (Zeigen Sie die Tabelle und markieren Sie eine Antwort für JEDE Aussage)

	JA	NEIN
Ihr/e Freund/in, Ehepartner, Sexualpartner	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ein Familienmitglied	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ein/e enge/r Freund /in	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ein/e Bekannte/r	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ihr Dealer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Jemand Unbekannter	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Jemand anderes (bitte angeben)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

18a Haben Sie:

	Nein	Ja
i) <u>jemals</u> Nadeln/Spritzen mit jemandem geteilt, von dem Sie wussten, dass er/sie Hepatitis C hatte?	<input type="checkbox"/> ₀ falls nein, weiter mit Frage 19	<input type="checkbox"/> ₁
ii) <u>während der letzten 6 Monate</u> Nadeln/Spritzen mit jemandem geteilt, von dem Sie wussten, dass er/sie Hepatitis C hatte?	<input type="checkbox"/> ₀ falls nein, weiter mit Frage 19	<input type="checkbox"/> ₁

18b Wer war diese Person meistens? (Zeigen Sie die Tabelle und markieren Sie EINE Antwort).

Ihr/e Freund/in, Ehepartner, Sexualpartner	<input type="checkbox"/> ₁
Ein Familienmitglied	<input type="checkbox"/> ₂
Ein/e enge/r Freund /in	<input type="checkbox"/> ₃
Ein/e Bekannte/r	<input type="checkbox"/> ₄
Ihr Dealer	<input type="checkbox"/> ₅
Jemand Unbekannter	<input type="checkbox"/> ₆
Jemand anderes (bitte angeben)	<input type="checkbox"/> ₇

18c Mit welcher/n anderen Person/en, von der/denen sie wussten, sie hatte/n Hepatitis C, haben Sie Nadeln/Spritzen geteilt? (Zeigen Sie die Tabelle und markieren Sie eine Antwort für JEDE Aussage).

	JA	NEIN
Ihr/e Freund/in, Ehepartner, Sexualpartner	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ein Familienmitglied	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ein/e enge/r Freund /in	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ein/e Bekannte/r	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ihr Dealer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Jemand Unbekannter	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Jemand anderes (bitte angeben)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

19. Von wie vielen Personen haben Sie während der letzten 6 Monate benutzte Nadeln/Spritzen erhalten (einschließlich Ihres Partners)? Bitte schreiben Sie die Anzahl der Personen auf.

--	--	--

20a. Wie vielen Personen haben Sie während der letzten 6 Monate Ihre benutzten Nadeln/Spritzen weiter gegeben (einschließlich Ihres Partners)? Bitte schreiben Sie die Anzahl der Personen auf.

--	--	--

20b An wen haben Sie während der letzten 6 Monate HAUPTSÄCHLICH Ihre Nadeln/Spritzen weiter gegeben? (Zeigen Sie die Tabelle und markieren Sie EINE Antwort).

Ihr/e Freund/in, Ehepartner, Sexualpartner	<input type="checkbox"/> ₁
Ein Familienmitglied	<input type="checkbox"/> ₂
Ein/e enge/r Freund /in	<input type="checkbox"/> ₃
Ein/e Bekannte/r	<input type="checkbox"/> ₄
Ihr Dealer	<input type="checkbox"/> ₅
Jemand Unbekannter	<input type="checkbox"/> ₆
Jemand anderes (bitte angeben)	<input type="checkbox"/> ₇

20c. Haben Sie Ihre Nadeln/Spritzen während der letzten 6 Monate an irgendeine andere der folgenden Personen weiter gegeben? (Zeigen Sie die Tabelle und markieren Sie eine Antwort für JEDE Aussage).

	JA	NEIN
Ihr/e Freund/in, Ehepartner, Sexualpartner	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ein Familienmitglied	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ein/e enge/r Freund /in	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ein/e Bekannte/r	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ihr Dealer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Jemand Unbekannter	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Jemand anderes (bitte angeben)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

21a. Haben Sie JEMALS die gleiche Nadel/Spritze öfter als einmal benutzt, bevor Sie sie weggeschmissen/entsorgt haben?

Ja	<input type="checkbox"/> ₁
Nein	<input type="checkbox"/> ₀ falls nein, weiter mit Frage 22a

21b. Wie oft haben Sie während der letzten 6 Monate durchschnittlich die gleiche Nadel/Spritze verwendet, bevor Sie sie entsorgt haben? (Lesen Sie die Antwortmöglichkeiten laut vor und markieren Sie EINE Antwort)

Nie	<input type="checkbox"/> ₀
Ein- oder zweimal	<input type="checkbox"/> ₁
3 – 5-mal	<input type="checkbox"/> ₂
Öfter als 5-mal	<input type="checkbox"/> ₃

22a. Haben Sie JEMALS eine Nadel/Spritze verwendet, bei der Sie nicht sicher waren, dass es Ihre eigene war?

Ja	<input type="checkbox"/> ₁
Nein	<input type="checkbox"/> ₀ falls nein, weiter mit Frage 23

22b. Wie oft haben Sie während der letzten 6 Monate eine Nadel/Spritze verwendet, von der Sie nicht sicher waren, dass es Ihre eigene war? (Lesen Sie die Antwortmöglichkeiten laut vor und markieren Sie EINE Antwort).

Nie	<input type="checkbox"/> ₀
Ein- oder zweimal	<input type="checkbox"/> ₁
3 – 5-mal	<input type="checkbox"/> ₂
5-19-mal	<input type="checkbox"/> ₃
20-mal oder öfter	<input type="checkbox"/> ₄

23. Haben Sie...

	Nein	Ja
i) <u>jemals</u> Löffel oder Behälter zur Drogenzubereitung verwendet, die zuvor jemand anders benutzt hatte?	<input type="checkbox"/> ₀ falls nein, weiter mit Frage 24	<input type="checkbox"/> ₁
ii) <u>während der letzten 6 Monate</u> Löffel oder Behälter zur Drogenzubereitung verwendet, die zuvor jemand anders benutzt hatte?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

24. Haben Sie...

	Nein	Ja
i) <u>jemals</u> Filter verwendet, die zuvor jemand anders benutzt hatte?	<input type="checkbox"/> ₀ falls nein, weiter mit Frage 25a	<input type="checkbox"/> ₁
ii) <u>während der letzten 6 Monate</u> Filter verwendet, die zuvor jemand anders benutzt hatte?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

25a. Haben Sie...

	Nein	Ja
i) <u>jemals</u> Wasser zur Drogenzubereitung oder zum Abspülen Ihres Bestecks verwendet, das zuvor jemand anders benutzt hatte?	<input type="checkbox"/> ₀ falls nein, weiter mit Frage 26a	<input type="checkbox"/> ₁
ii) <u>während der letzten 6 Monate</u> Wasser zur Drogenzubereitung oder zum Abspülen Ihres Bestecks verwendet, das zuvor jemand anders benutzt hatte?	<input type="checkbox"/> ₀ falls nein, weiter mit Frage 26a	<input type="checkbox"/> ₁

INTERVIEWER-HINWEIS: Falls NEIN, bei q23ii UND q24ii UND q25Aii, dann weiter ab Frage 26a

25b. Warum haben Sie während der letzten 6 Monate diese Gegenstände oder Wasser zur Drogenzubereitung verwendet, welche bereits zuvor benutzt worden waren? (Zeigen Sie die Tabelle und markieren Sie eine Antwort für JEDE Aussage).

	Nein	Ja
i. Sie hatten Entzugssymptome	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
ii. Sie kannten die Person	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
iii. Sie konnten sich nicht selbst ohne Hilfe spritzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
iv. Es war unmöglich, das Besteck von dieser Person abzulehnen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
v. Sie dachten nicht, dass ein Risiko dabei war	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
vi. Sie dachten nicht, dass die andere Person eine Infektion hatte (z.B. Hepatitis C, HIV/AIDS)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
vii. Sie haben die gleiche Infektion wie die andere Person (z.B. Hepatitis C, HIV/AIDS)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
viii. Es waren keine sauberen Nadeln/Spritzen verfügbar	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
ix. Sie waren zu high/stoned/schwach	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
x. Anderes – bitte angeben	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

25c. Was war der Hauptgrund? (Bitte aufschreiben) _____

26a. Haben Sie...

	Nein	Ja
i) <u>jemals</u> einen Alkohol-Tupfer verwendet, <u>bevor</u> Sie sich Drogen gespritzt haben?	<input type="checkbox"/> ₀ Falls nein, weiter mit Frage 26b	<input type="checkbox"/> ₁
ii) <u>während der letzten 6 Monate</u> einen Alkohol-Tupfer verwendet, bevor Sie sich Drogen gespritzt haben?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

26b. Haben Sie...

	Nein	Ja
i) <u>jemals</u> einen Alkohol-Tupfer verwendet, <u>nachdem</u> Sie sich Drogen gespritzt haben?	<input type="checkbox"/> ₀ falls nein, weiter mit Frage 27a	<input type="checkbox"/> ₁
ii) <u>während der letzten 6 Monate</u> einen Alkohol-Tupfer verwendet, nachdem Sie sich Drogen gespritzt haben?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

27a. Haben Sie...

	Nein	Ja
i) <u>jemals</u> Filter, Löffel, Kocher oder Wasser mit jemandem geteilt, von dem Sie wussten, dass er/sie Hepatitis C hatte?	<input type="checkbox"/> ₀ falls nein, weiter mit Frage 28a	<input type="checkbox"/> ₁
ii) <u>während der letzten 6 Monate</u> Filter, Löffel, Kocher oder Wasser mit jemandem geteilt, von dem Sie wussten, dass er/sie Hepatitis C hatte?	<input type="checkbox"/> ₀ falls nein, weiter mit Frage 28a	<input type="checkbox"/> ₁

27b. Wer war diese Person MEISTENS? (Zeigen Sie die Tabelle und markieren Sie EINE Antwort).

Ihr/e Freund/in, Ehepartner, Sexualpartner	<input type="checkbox"/> ₁
Ein Familienmitglied	<input type="checkbox"/> ₂
Ein/e enge/r Freund /in	<input type="checkbox"/> ₃
Ein/e Bekannte/r	<input type="checkbox"/> ₄
Ihr Dealer	<input type="checkbox"/> ₅
Jemand Unbekannter	<input type="checkbox"/> ₆
Jemand anderes (bitte angeben)	<input type="checkbox"/> ₇

27c. Haben Sie während der letzten 6 Monate Filter, Löffel, Kocher oder Wasser mit irgendwelchen anderen Personen geteilt, von denen Sie wussten, dass Sie Hepatitis C hatten? (Zeigen Sie die Tabelle und markieren Sie eine Antwort für JEDE Aussage).

	JA	NEIN
Ihr/e Freund/in, Ehepartner, Sexualpartner	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ein Familienmitglied	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ein/e enge/r Freund /in	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ein/e Bekannte/r	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ihr Dealer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Jemand Unbekannter	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Jemand anderes (bitte angeben)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

JETZT WÜRD E ICH IHNEN GERNE EINIGE FRAGEN ÜBER DAS TEILEN VON DROGEN STELLEN

28a Haben Sie während der letzten 6 Monate...

	Nein	Ja
i) Drogen mit einer anderen Person geteilt, <u>bevor</u> Sie sie zubereitet haben, d.h. die Drogen in Pulverform geteilt?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
ii) Drogen mit einer anderen Person geteilt, <u>nachdem</u> Sie sie zubereitet haben, d.h. nachdem Sie Wasser hinzugefügt haben, um eine Lösung herzustellen?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
Falls "nein" bei beiden Items, weiter mit Frage 29a		

28b. Mit wem haben Sie nach der Zubereitung die Drogen HAUPTSÄCHLICH geteilt ? (Zeigen Sie die Tabelle und markieren Sie EINE Antwort).

Ihr/e Freund/in, Ehepartner, Sexualpartner	<input type="checkbox"/> ₁
Ein Familienmitglied	<input type="checkbox"/> ₂
Ein/e enge/r Freund /in	<input type="checkbox"/> ₃
Ein/e Bekannte/r	<input type="checkbox"/> ₄
Ihr Dealer	<input type="checkbox"/> ₅
Jemand Unbekannter	<input type="checkbox"/> ₆
Jemand anderes (bitte angeben)	<input type="checkbox"/> ₇

28c. Haben Sie während der letzten 6 Monate Drogen nach der Zubereitung mit irgendeiner anderen Person geteilt? (Zeigen Sie die Tabelle und markieren Sie eine Antwort für JEDE Aussage).

	JA	NEIN
Ihr/e Freund/in, Ehepartner, Sexualpartner	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ein Familienmitglied	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ein/e enge/r Freund /in	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ein/e Bekannte/r	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ihr Dealer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Jemand Unbekannter	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Jemand anderes (bitte angeben)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

28d. Als Sie während der letzten 6 Monate Drogen mit anderen Personen geteilt haben, wie oft waren Sie da in der Lage... (Lesen Sie alle Aussagen vor und markieren Sie alle jeweils zutreffenden Antworten).

	Immer	Meistens	Die Hälfte der Zeit	Manchmal	Selten	Nie
a. die Initiative zu ergreifen, und die Drogen selbst zuzubereiten?	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
b. das Spritzen zu verweigern, weil Sie dachten, die Drogen seien unsicher/unsauber zubereitet worden?	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
c. sich davon zu überzeugen, dass die Zubereitung und das Spritzen sicher/sauber waren?	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
d. die Drogen einzunehmen, ohne sich dabei verpflichtet zu fühlen, Ihr Besteck zu teilen?	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
e. ihrem Gegenüber zu erklären, wie man sicher/sauber Drogen zubereitet und spritzt?	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

f. Ihren Hepatitis C Status bekannt zu geben, bevor Sie Ihr Besteck verborgten oder sich Besteck bei jemand anders ausborgten?	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
g. Ihr Besteck nur mit jenen Personen zu teilen, die den gleichen Hepatitis C oder HIV-Status hatten wie Sie?	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

29a. Wie oft war Ihnen jemand während der letzten 6 Monate beim Spritzen behilflich? (Lesen Sie die Antwortmöglichkeiten laut vor und markieren Sie EINE Antwort).

Nie	<input type="checkbox"/> ₀ falls nie, weiter mit Frage 30
Einmal	<input type="checkbox"/> ₁
2-10-mal	<input type="checkbox"/> ₂
Öfter als 10-mal	<input type="checkbox"/> ₃

29b. Wer war diese Person MEISTENS? (Zeigen Sie die Tabelle und markieren Sie EINE Antwort).

Ihr/e Freund/in, Ehepartner, Sexualpartner	<input type="checkbox"/> ₁
Ein Familienmitglied	<input type="checkbox"/> ₂
Ein/e enge/r Freund /in	<input type="checkbox"/> ₃
Ein/e Bekannte/r	<input type="checkbox"/> ₄
Ihr Dealer	<input type="checkbox"/> ₅
Jemand Unbekannter	<input type="checkbox"/> ₆
Jemand anderes (bitte angeben)	<input type="checkbox"/> ₇

29c. Waren Ihnen während der letzten 6 Monate irgendwelche anderen Personen beim Spritzen behilflich? (Zeigen Sie die Tabelle und markieren Sie eine Antwort für JEDE Aussage).

	JA	NEIN
Ihr/e Freund/in, Ehepartner, Sexualpartner	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ein Familienmitglied	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ein/e enge/r Freund /in	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ein/e Bekannte/r	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Ihr Dealer	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Jemand Unbekannter	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
Jemand anderes (bitte angeben)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

JETZT WÜRD E ICH IHNEN GERNE EIN PAAR FRAGEN STELLEN ÜBER EINE ZEIT, DIE SIE MÖGLICHERWEISE IN HAFT (ODER IN EINER JUGENDHAFTANSTALT) VERBRACHT HABEN, SEITDEM SIE SICH ZUM ERSTEN MAL DROGEN GESPRITZT HABEN

30. Wie oft waren Sie in Haft (oder einer Jugendstrafanstalt) seitdem Sie sich zum ersten Mal Drogen gespritzt haben? Schreiben Sie die Anzahl der Gefängnisaufenthalte in das Kästchen.

falls noch nie im Gefängnis, weiter mit Frage 35

31. Haben Sie sich jemals Drogen gespritzt, als Sie inhaftiert (oder in einer Jugendstrafanstalt) waren?

Ja	<input type="checkbox"/> ₁
Nein	<input type="checkbox"/> ₀ falls nein, weiter mit Frage 35

32. Haben Sie sich während der letzten 6 Monate im Gefängnis Drogen gespritzt?

Ja	<input type="checkbox"/> ₁
Nein	<input type="checkbox"/> ₀ falls nein, weiter mit Frage 35

33. Als Sie sich im Gefängnis (oder einer Jugendstrafanstalt) Drogen spritzten, verwendeten Sie da jemals Nadeln/Spritzen, die zuvor von einer Mitgefangenen benutzt worden waren?

Ja	<input type="checkbox"/> ₁
Nein	<input type="checkbox"/> ₀
Ich weiß es nicht	<input type="checkbox"/> ₃

34. Haben Sie während der letzten 6 Monate in einem Gefängnis (oder einer Jugendstrafanstalt) Nadeln/Spritzen verwendet, die zuvor von einer Mitgefangenen benutzt worden sind?

Ja	<input type="checkbox"/> ₁
Nein	<input type="checkbox"/> ₀
Ich weiß es nicht	<input type="checkbox"/> ₃

JETZT WÜRDEN SIE GERNE ZU IHRER INANSPRUCHNAHME VON NADEL-TAUSCH-PROGRAMMEN BEFRAGT

35. Waren Sie jemals bei einer Nadel-/Spritzen-Tausch-Stelle oder in einem Nadel-/Spritzen-Tausch-Programm?

Ja	<input type="checkbox"/> ₁
Nein	<input type="checkbox"/> ₀ Falls nein, bitte schreiben Sie den Grund dafür in das untenstehende Kästchen
Grund:	
Falls nein, weiter mit Frage 38	

36. Haben Sie während der letzten 6 Monate in einer durchschnittlichen Woche irgendwelche der folgenden Gegenstände von einer Nadel-/Spritzen-Tausch-Stelle erhalten? **(Zeigen Sie die Tabelle und markieren Sie eine Antwort für JEDE Aussage)**

	Nein	Ja
a) Nadeln/Spritzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
b) Filter	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
c) Löffel/Kocher	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
d) Wasserampullen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
e) Päckchen mit Zitronensäure oder Vitamin C	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
f) Wischtücher/Tupfer	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
g) Behälter für Nadeln	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

37. Welchen Anteil des Bestecks, das Sie während der letzten 6 Monate benutzt haben, haben Sie von einem Nadel-/Spritzen-Tausch-Programm erhalten? **Lesen Sie alle und markieren Sie die zutreffende Antwort für JEDES Item.**

	Keine	Ca. ein Viertel (1-25%)	Ca. die Hälfte (50%)	Die Hälfte bis 3 Viertel (50-75%)	Mehr als 3 Viertel (75-100%)
a. Nadeln/Spritzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b. Filter	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c. Löffel/Kocher	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d. Wasserampullen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
e. Päckchen mit Zitronensäure oder Vitamin C acid or Vit C sachets	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
f. Wischtücher/Tupfer	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
g. Behälter für Nadeln	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

38. Von wo oder von wem haben Sie während der letzten 6 Monate neue/saubere Nadeln/Spritzen erhalten? **(Zeigen Sie die Tabelle und markieren Sie eine Antwort für JEDE Aussage).**

	Nein	Ja
a) an einem Ort, wo man Drogen kaufen und konsumieren kann	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
b) in einem Krankenhaus	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
c) in einer medizinischen Institution	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
d) in einer Apotheke	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
e) bei einer mobile oder anderen Tauschstelle	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
f) bei einem Raum zum Drogenspritzen ("Injecting Room")	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
g) von Ihrem Freund/Ehepartner/Sexualpartner	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
h) von einem/r engen Freund/in	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
i) von einem/r Bekannten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
j) von jemand Unbekanntem	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

ICH WÜRDIE IHNEN NUN GERNE EINIGE FRAGEN ZU HEPATITIS C STELLEN

39. Sind Sie jemals auf Hepatitis C getestet worden?

Ja	<input type="checkbox"/> ₁
Nein	<input type="checkbox"/> ₀ Falls nein, weiter mit den Fragen zum sexuellem Risikoverhalten
Ich weiß es nicht	<input type="checkbox"/> ₃ Falls Pat. Es nicht weiß, weiter mit den Fragen zum sexuellem Risikoverhalten

40. In welchem Jahr sind Sie zuletzt auf Hepatitis C getestet worden?

				Bitte geben Sie nur das Jahr an, z.B. 2008
--	--	--	--	--

41. Würden Sie mir das Ergebnis Ihres letzten Tests mitteilen? (Bitte markieren Sie EINE Antwortmöglichkeit)

Ich habe Hepatitis C	<input type="checkbox"/> ₁
Ich hatte kein Hepatitis C	<input type="checkbox"/> ₀
Ich warte auf das Ergebnis	<input type="checkbox"/> ₂
Ich habe das Ergebnis nicht erfahren	<input type="checkbox"/> ₃
Ich möchte es nicht sagen	<input type="checkbox"/> ₄
Ich weiß es nicht	<input type="checkbox"/> ₅

TEIL 2

ICH WÜRDIE IHNEN NUN GERNE EINIGE FRAGEN ÜBER IHR SEXUALLEBEN UND IHRE ERFAHRUNGEN IN LIEBESBEZIEHUNGEN STELLEN. MIT LIEBESBEZIEHUNGEN SIND INTIME BEZIEHUNGEN IM ERWACHSENENALTER GEMEINT, SO WIE MAN SIE ZU EINEM EhePARTNER, LEBENSgefÄHRTEN ODER FREUND/IN HAT, UND DIE MINDESTENS 1 MONAT ANDAUERN.

1. Hatten Sie jemals eine Liebesbeziehung im Erwachsenenalter (seitdem Sie mindestens 16 Jahre alte waren)?

Ja	<input type="checkbox"/> ₁
Nein	<input type="checkbox"/> ₀ falls nein, diesen Fragebogen beenden

2. Sind Sie derzeit in einer Liebesbeziehung?

Ja	<input type="checkbox"/> ₁
Nein	<input type="checkbox"/> ₀ falls nein, weiter mit Q13

3. Ist Ihr aktuelle/r PartnerIn männlich oder weiblich?

Männlich	<input type="checkbox"/> ₁
Weiblich	<input type="checkbox"/> ₀

4. Wie lange sind Sie schon in Ihrer aktuellen Liebesbeziehung?

Kürzer als 1 Monat	<input type="checkbox"/> ₁
1-5 Monate	<input type="checkbox"/> ₂
6 Monate – 12 Monate	<input type="checkbox"/> ₃
13 Monate – 24 Monate	<input type="checkbox"/> ₄
25 - 36 Monate	<input type="checkbox"/> ₅
37 – 60 Monate	<input type="checkbox"/> ₆
Länger als 60 Monate	<input type="checkbox"/> ₇

5. Hat Ihr aktueller Partner

	Ja	Nein	Ich weiß es nicht
i) <u>jemals</u> ein Alkoholproblem gehabt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₃
ii) <u>jemals</u> Drogen gespritzt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₃
iii) <u>jemals</u> eine Hepatitis C-Erkrankung gehabt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₃

6. Hatten Sie während der letzten 6 Monate Geschlechtsverkehr mit Ihrem aktuellen Partner (Ehemann/frau, Freund/Freundin)?

Ja	<input type="checkbox"/> ₁
Nein	<input type="checkbox"/> ₀ falls nein, weiter mit Frage 8
Antwort verweigert	<input type="checkbox"/> ₃

7. Wie oft haben Sie während der letzten 6 Monate, wenn Sie Sex mit Ihrem/n aktuellen Partner/n hatten, Kondome verwendet?

Nie	Manchmal	Die Hälfte der Zeit	Meistens	Immer	Nicht zutreffend
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈

8. Hatten Sie während der letzten 6 Monate mit irgendwelchen anderen Personen Geschlechtsverkehr?

Ja	<input type="checkbox"/> ₁
Nein	<input type="checkbox"/> ₀ falls nein, weiter mit Frage 11
Antwort verweigert	<input type="checkbox"/> ₃

9. Haben irgendwelche dieser anderen Personen während der letzten 6 Monate Sie für Sex bezahlt, oder Ihnen Drogen oder anderes dafür gegeben?

Ja	<input type="checkbox"/> ₁
Nein	<input type="checkbox"/> ₀
Antwort verweigert	<input type="checkbox"/> ₃

10. Wie oft haben Sie während der letzten 6 Monate, wenn Sie Sex mit irgendwelchen anderen Personen hatten, Kondome verwendet?

Nie	Manchmal	Die Hälfte der Zeit	Meistens	Immer	Nicht zutreffend
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈

11. Hatten Sie während der letzten 6 Monate Analsex?

Ja	<input type="checkbox"/> ₁
Nein	<input type="checkbox"/> ₀ falls nein, weiter mit Frage 24
Nicht zutreffend	<input type="checkbox"/> ₈ weiter mit Frage 24
Antwort verweigert	<input type="checkbox"/> ₃ weiter mit Frage 24

12. Wie oft haben Sie während der letzten 6 Monate, wenn Sie Analsex hatten, Kondome verwendet?

Nie	Manchmal	Die Hälfte der Zeit	Meistens	Immer	Nicht zutreffend
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈

NACH BEANTWORTUNG VON FRAGE 12, BITTE WEITER MIT FRAGE 24. FRAGEN 13-23 SIND FÜR PERSONEN, DIE AKTUELL KEINE BEZIEHUNG HABEN.

13. Wann hat Ihre letzte Beziehung geendet?

Vor weniger als 1 Monat	<input type="checkbox"/> ₁
Vor 1-5 Monaten	<input type="checkbox"/> ₂
Vor 6 Monate – 12 Monate	<input type="checkbox"/> ₃
Vor 13 Monate – 24 Monate	<input type="checkbox"/> ₄
Vor 25 - 36 Monate	<input type="checkbox"/> ₅
Vor 37 – 60 Monate	<input type="checkbox"/> ₆
Vor länger als 60 Monate	<input type="checkbox"/> ₇

14. Wie lange hat Ihre letzte Beziehung gedauert?

kürzer als 1 Monat	<input type="checkbox"/> ₁
1-5 Monate	<input type="checkbox"/> ₂
6 Monate – 12 Monate	<input type="checkbox"/> ₃
13 Monate – 24 Monate	<input type="checkbox"/> ₄

25 - 36 Monate	<input type="checkbox"/> ₅
37 – 60 Monate	<input type="checkbox"/> ₆
Länger als 60 Monate	<input type="checkbox"/> ₇

15. War Ihr letzter Partner?

Männlich	<input type="checkbox"/> ₁
Weiblich	<input type="checkbox"/> ₀

16. Hatte Ihr letzter Partner?

	Ja	Nein	Ich weiß es nicht
i) <u>jemals</u> ein Alkoholproblem gehabt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₃
ii) <u>jemals</u> Drogen gespritzt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₃
iii) <u>jemals</u> eine Hepatitis C-Erkrankung gehabt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₃

17. Hatten Sie während der letzten 6 Monate in Ihrer letzten Beziehung Geschlechtsverkehr mit Ihrem Partner (Ehemann/frau, Freund/Freundin)?

Ja	<input type="checkbox"/> ₁
Nein	<input type="checkbox"/> ₀ falls nein, weiter mit Frage 19
Antwort verweigert	<input type="checkbox"/> ₃

18. Wie oft haben Sie während der letzten 6 Monate Ihrer letzten Beziehung, wenn Sie Sex mit Ihrem/n Partner/n hatten, Kondome verwendet?

Nie	Manchmal	Die Hälfte der Zeit	Meistens	Immer	Nicht zutreffend
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈

19. Hatten Sie während der letzten 6 Monate mit irgendwelchen anderen Personen (als Ihrem letzten Partner) Geschlechtsverkehr?

Ja	<input type="checkbox"/> ₁
Nein	<input type="checkbox"/> ₀ falls nein, weiter mit Frage 22
Antwort verweigert	<input type="checkbox"/> ₃

20. Haben irgendwelche dieser anderen Personen während der letzten 6 Monate Sie für Sex bezahlt, oder Ihnen Drogen oder anderes dafür gegeben?

Ja	<input type="checkbox"/> ₁
Nein	<input type="checkbox"/> ₀
Antwort verweigert	<input type="checkbox"/> ₃

21. Wie oft haben Sie während der letzten 6 Monate, wenn Sie Sex mit irgendwelchen anderen Personen hatten, Kondome verwendet?

Nie	Manchmal	Die Hälfte der Zeit	Meistens	Immer	Nicht zutreffend
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈

22. Hatten Sie während der letzten 6 Monate Analsex?

Ja	<input type="checkbox"/> ₁
Nein	<input type="checkbox"/> ₀ falls nein, weiter mit Frage 24
Nicht zutreffend	<input type="checkbox"/> ₈ weiter mit Frage 24
Antwort verweigert	<input type="checkbox"/> ₃ weiter mit Frage 24

23. Wie oft haben Sie während der letzten 6 Monate, wenn Sie Analsex hatten, Kondome verwendet?

Nie	Manchmal	Die Hälfte der Zeit	Meistens	Immer	Nicht zutreffend
<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈

24. Welche ist Ihre übliche/gewohnte Form der Verhütung?

Keine	<input type="checkbox"/> ₀
Kondome	<input type="checkbox"/> ₁
Anti-Baby-Pille	<input type="checkbox"/> ₂
Verhütungs-Implantat	<input type="checkbox"/> ₃
Spirale	<input type="checkbox"/> ₄
Partner hatte eine Vasektomie	<input type="checkbox"/> ₅
Ich wurde sterilisiert	<input type="checkbox"/> ₆
Anderes	<input type="checkbox"/> ₇

25. Haben Sie jemals vor einem Ihrer Partner Angst gehabt?

Ja	<input type="checkbox"/> ₁
Nein	<input type="checkbox"/> ₀ Roten Einführungstext lesen und dann mit Tabelle weiter (Frage 27)
Antwort verweigert	<input type="checkbox"/> ₃ Roten Einführungstext lesen und dann mit Tabelle weiter (Frage 27)

26. Haben Sie derzeit Angst vor Ihrem Partner bzw. hatten Sie Angst vor Ihrem letzten Partner? (bitte alles Zutreffende ankreuzen)

Ja, Angst vor aktuellem Partner	<input type="checkbox"/> ₁
Ja, Angst vor letztem Partner	<input type="checkbox"/> ₂
Nein	<input type="checkbox"/> ₀
Antwort verweigert	<input type="checkbox"/> ₃

WIR WÜRDEN NUN GERNE WISSEN, OB SIE HANDLUNGEN, DIE IM FOLGENDEN BESCHRIEBEN WERDEN SCHON ERLEBT HABEN, UND WIE OFT SIE DIESE IN DEN LETZTEN 12 MONATEN ERLEBT HABEN. FALLS SIE WÄHREND DER LETZTEN 12 MONATE KEINEN PARTNER HATTEN, BITTE BEANTWORTEN SIE DIE FRAGEN IN BEZUG AUF DEN LETZTEN PARTNER, DEN SIE HATTEN. BITTE KREISEN SIE DIE NUMMER EIN, DIE DER HÄUFIGKEIT DER HANDLUNGEN ENTSPRICHT, WIE SIE SIE IN EINEM ZEITRAUM VON 12 MONATEN ERLEBT HABEN.

27.

Handlungen	Wie oft ist das passiert?					
	nie	nur einmal	einige Male	Einmal im Monat	Einmal pro Woche	täglich
1. Er sagte mir, ich sei nicht gut genug.	0	1	2	3	4	5
2. Er hielt mich davon ab, medizinische Betreuung in Anspruch zu nehmen.	0	1	2	3	4	5
3. Er folgte mir.	0	1	2	3	4	5
4. Er versuchte, meine Familie, FreundInnen oder Kinder gegen mich zu wenden.	0	1	2	3	4	5
5. Er sperrte mich im Schlafzimmer ein.	0	1	2	3	4	5
6. Er schlug mich.	0	1	2	3	4	5
7. Er vergewaltigte mich.	0	1	2	3	4	5
8. Er sagte mir, ich sei hässlich.	0	1	2	3	4	5
9. Er versuchte mich davon abzuhalten, meine Familie zu sprechen oder zu sehen.	0	1	2	3	4	5
10. Er stieß mich herum.	0	1	2	3	4	5
11. Er wartete/hielt sich vor meinem Haus auf.	0	1	2	3	4	5
12. Er beschuldigte mich, für sein gewalttätiges Verhalten verantwortlich zu sein.	0	1	2	3	4	5
13. Er belästigte mich am Telefon.	0	1	2	3	4	5

Handlungen	Wie oft ist das passiert?					
	nie	nur einmal	einige Male	Einmal im Monat	Einmal pro Woche	täglich
14. Er schüttelte mich.	0	1	2	3	4	5
15. Er versuchte, mich zu vergewaltigen.	0	1	2	3	4	5
16. Er belästigte mich in der Arbeit.	0	1	2	3	4	5
17. Er stieß, packte oder schubste mich.	0	1	2	3	4	5
18. Er verwendete ein Messer, eine Pistole oder eine andere Waffe.	0	1	2	3	4	5
19. Er regte sich auf, als das Abendessen/die Hausarbeit nicht rechtzeitig erledigt war.	0	1	2	3	4	5
20. Er sagte mir, ich sei verrückt.	0	1	2	3	4	5
21. Er sagte mir, niemand anders würde mich jemals wollen.	0	1	2	3	4	5
22. Er nahm meine Geldbörse und ließ mich ohne Geld.	0	1	2	3	4	5
23. Er schlug mich oder versuchte mich mit einem Gegenstand zu schlagen.	0	1	2	3	4	5
24. Er wollte nicht, dass ich mich mit meinen Freundinnen treffe/Kontakt halte.	0	1	2	3	4	5
25. Er steckte Gegenstände in meine Vagina.	0	1	2	3	4	5
26. Er wollte nicht, dass ich außer Haus arbeite.	0	1	2	3	4	5
27. Er trat mich, biss mich oder schlug mich mit der Faust.	0	1	2	3	4	5
28. Er versuchte meine FreundInnen, Familie oder Kinder davon zu überzeugen, dass ich verrückt sei.	0	1	2	3	4	5
29. Er sagte mir, ich sei dumm.	0	1	2	3	4	5
30. Er verprugelte mich.	0	1	2	3	4	5

TEIL 3

Nun möchte ich Ihnen einige Fragen darüber stellen, wie Hepatitis C Ihrer Meinung nach übertragen werden kann.

1. Wie gut ist Ihrer Einschätzung nach Ihr Wissen über die Übertragungsmöglichkeiten des Hepatitis C Virus?

₀ Schlecht ₁ Angemessen ₂ Gut ₃ Ausgezeichnet

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Aussagen bezüglich der Übertragung von Hepatitis C, mit richtig (RICHTIG), falsch (FALSCH) oder geben Sie an, wenn Sie nicht wissen ob diese richtig oder falsch sind (WEIß NICHT).

	<u>RICHTIG</u>	<u>FALSCH</u>	<u>WEIß NICHT</u>
2. Menschen mit Hepatitis C können ihre Zahnbürsten und Rasiermesser bedenkenlos mit anderen Menschen teilen.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
3. Es existiert ein Hepatitis C Impfstoff, der Menschen vor einer Hepatitis C Infektion schützt.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
4. Hepatitis C kann durch Husten und Niesen verbreitet werden.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
5. Hepatitis C kann sich durch den gemeinsamen Gebrauch von Tassen, Tellern oder Besteck verbreiten.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
6. Wenn eine Person erfolgreich gegen Hepatitis C behandelt wurde, und die Hepatitis C Viren vollständig beseitigt wurden, kann sie sich <u>nicht</u> erneut mit Hepatitis C infizieren.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
7. Durch Tätowierungen und Körperpiercings kann man sich mit Hepatitis C infizieren.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
8. Hepatitis C kann durch Umarmungen, Händeschütteln oder Händchenhalten übertragen werden.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
9. Man kann sich mit mehr als nur einem Typ des Hepatitis C Virus infizieren.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
10. In der Regel gelangt Hepatitis C durch das Blut einer anderen Person in den menschlichen Körper.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
11. Eine einziger oder einmaliger Kontakt mit dem Virus ist nicht ausreichend, um an Hepatitis C zu erkranken – üblicherweise infiziert man sich nur dann, wenn man mehrmals mit dem Hepatitis C Virus in Berührung kommt.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
12. Bereits eine extrem kleine Menge Blut (so klein, dass diese nicht sichtbar ist) ist ausreichend, um sich mit Hepatitis C anzustecken.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
13. Man kann sich nur dann mit Hepatitis C infizieren, wenn man HIV hat.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
14. Durch Nadelstichverletzungen kann man sich mit Hepatitis C infizieren.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
15. Man kann sich über einen Toilettensitz mit Hepatitis C infizieren.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
16. Hepatitis C kann durch Mücken oder andere stechende Insekten verbreitet werden.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

	<u>RICHTIG</u>	<u>FALSCH</u>	<u>WEIß</u> <u>NICHT</u>
17. Man kann sich beim Blutspenden mit Hepatitis C infizieren.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
18. Beim Kontakt mit Speichel, Tränen, Schweiß oder Urin einer mit Hepatitis C infizierten Person besteht hohes Risiko für eine Infektion mit Hepatitis C.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
19. Hepatitis C kann durch Lebensmittel übertragen werden.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
20. Hepatitis C kann sich über Luft in geschlossenen Räumen verbreiten (z.B. überfüllte Busse, Aufzüge).	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
21. Menschen, die gesund aussehen, sich gesund fühlen, und keine klaren Zeichen (z.B. Gelbsucht/gelbe Haut) von Hepatitis C aufweisen, <u>können</u> Hepatitis C <u>nicht</u> übertragen.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
22. Es besteht das Risiko einer Hepatitis C Übertragung, wenn man Kokain mit gemeinsam benutzen Röhrchen, gerolltem Geld, etc. snifft.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
23. Das Verwenden von „neuen“ (z.B. niemals zuvor benutzen) Nadeln, Spritzen und Zubehör reduziert das Risiko einer Hepatitis C Infektion.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
24. Durch das Teilen von Spritzen/die gemeinsame Verwendung von Spritzen kann man sich leichter mit HIV als mit Hepatitis C infizieren	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
25. Hepatitis C kann verbreitet werden, wenn Personen, die ihre Substanzen intravenös konsumieren, ihr Spülwasser teilen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
26. Das Bleichen von Nadeln ist für Personen, die intravenös konsumieren, eine sichere Methode, um eine Infektion mit Hepatitis C zu vermeiden.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
27. Beim Wiederverwenden des eigenen Zubehörs, das kein anderer zuvor benützt hat, besteht die Möglichkeit einer Hepatitis C Infektion.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
28. Durch gemeinsame Verwendung von Filtern kann man sich mit Hepatitis C infizieren.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
29. Es ist sicher/ es besteht kein Infektionsrisiko, wenn man Abbinde-Schnüre (zum Abbinden des Arms vor dem Spritzen) mit anderen teilt.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
30. Es ist sicher Löffel, die in der Vorbereitung für den intravenösen Drogenkonsum gebraucht werden, gemeinsam zu verwenden/zu teilen.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
31. Das Abspülen des Injektionszubehörs mit Leitungswasser zerstört den Hepatitis C Virus und macht das Zubehör sicher für die Wiederbenutzung durch andere.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
32. Das Abspülen des Injektionszubehörs mit kochend heißem Wasser zerstört den Hepatitis C Virus und macht das Zubehör sicher für die Wiederbenutzung durch andere.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
33. Das Teilen von Injektionszubehör mit anderen ist sicher, solange es mit Leuten geteilt wird, die man kennt.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
34. Das Benutzen von Baumwollfiltern beim Abfassen/Aufziehen von Drogen in eine Spritze filtert den Hepatitis C Virus heraus.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
35. Es besteht die Gefahr einer Hepatitis C Übertragung, wenn man eine Nadel teilt, die seit über einem Monat nicht benützt wurde.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
36. Das Reinigen der Nadel (nicht die ganze Spritze), ist ausreichend, um den Hepatitis C Virus zu beseitigen.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
37. Händewaschen vor und nach einer Injektion gilt als Vorbeugung für			

	<u>RICHTIG</u>	<u>FALSCH</u>	<u>WEIß</u> <u>NICHT</u>
eine Übertragung des Hepatitis C Virus.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
38. Durch das Injizieren alleine, auch ohne jemals Injektionszubehör geteilt zu haben, besteht die Gefahr einer Hepatitis C Infektion.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
39. Hepatitis C kann durch Ablecken (oder Ablutschen) von Resten von Substanzen (um sich z.B. einen neuen Schuss setzen zu können), die sich noch am gemeinsam benützten Zubehör (z.B: Filter, Mischbehälter, Kolben) befinden, übertragen werden.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
40. Hepatitis C kann durch gemeinsame Verwendung des Wassers für die Drogenaufbereitung übertragen werden.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
41. Hepatitis C kann sich verbreiten, wenn Pfeifen beim Rauchen von Substanzen geteilt werden.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
42. Hepatitis C kann durch Umverteilen einer Substanz von einer Spritze in eine andere Spritze mittels Nadel verbreitet werden („Frontloading“).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
43. Hepatitis C kann durch Injektion einer Substanz von einer Spritze in den hinteren Teil einer anderen Spritze verbreitet werden („Backloading“).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
44. Hepatitis C kann durch das Abwischen der eigenen Einstichstelle mit einem Gegenstand (z.B. Tupfer, Papiertaschentuch, Taschentuch, Handtuch), der bereits von einer anderen Person benutzt wurde, übertragen werden.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
45. Hepatitis C kann durch das Berühren einer Einstichstelle verbreitet werden (z.B. beim Abtasten von Venen, beim Abwischen, beim Stoppen der Blutung).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
46. Kinder von Hepatitis C positiven schwangeren Frauen können sich bei der Geburt mit Hepatitis C infizieren.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
47. Hepatitis C kann während des Geschlechtsverkehrs übertragen werden.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
48. Hepatitis C positive Mütter können Hepatitis C durch Stillen auf ihr Kind übertragen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
49. Bei innigem Küssen bzw. Zungenküssen kann man sich mit Hepatitis C infizieren, wenn der Partner Hepatitis C positiv ist.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
50. Für Frauen, die während ihrer Periode Geschlechtsverkehr haben, besteht <u>kein</u> Risiko einer Hepatitis C Infektion.	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
51. Durch ungeschützten Oralverkehr kann man sich mit dem Hepatitis C Virus infizieren.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
52. Die Benutzung eines Kondoms reduziert das Risiko einer Hepatitis C Übertragung durch Geschlechtsverkehr.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
53. Gemeinsamer Gebrauch von Sexspielzeug erhöht die Wahrscheinlichkeit sich mit Hepatitis C zu infizieren.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
54. Analsex erhöht das Risiko einer Hepatitis C Infektion.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀

Dankeschön. Zulest möchte ich Ihnen noch Fragen zu Depression, Angst und Stress stellen.

Die Interviewer sollten nun beginnen den DDSI am Computer oder in Papierform durchzuführen.

Danksagung

Fragen sind mit der Genehmigung der folgenden Forschungsarbeiten inkludiert und adaptiert:

Abou-Saleh M, Davis P, Rice P, Checinski K, Drummond C, Maxwell D, Godfrey C, John C, Corrin B, Tibbs C, Oyefeso A, de Ruiter M, Ghodse H. The effectiveness of behavioural interventions in the primary prevention of hepatitis C amongst injecting drug users: a randomised controlled trial and lessons learned. *Harm Reduct J*. 2008 Jul 31;5:25.

Balfour L, Kowal J, Corace KM, Tasca GA, Kryszanski V, Cooper CL, Garber G. Increasing public awareness about hepatitis C: development and validation of the brief hepatitis C knowledge scale. *Scand J Caring Sci*. 2009 Dec;23(4):801-8. Epub 2009 Jun 5.

Carey MP, Morrison-Beedy D, Johnson BT. The HIV-Knowledge Questionnaire: Development and Evaluation of a Reliable, Valid, and Practical Self-Administered Questionnaire. *Aids and Behavior* 1997;1(1):61-74.

Carey MP, Schroder KE. Development and psychometric evaluation of the brief HIV Knowledge Questionnaire. *AIDS Educ Prev*. 2002 Apr;14(2):172-82.

Evans M, Hokanson PS, Augsburg J, Sayre SL, Stotts AL, Schmitz JM. Increasing Knowledge of HIV and Hepatitis C During Substance Abuse Treatment. *Addictive Disorders & Their Treatment*: 2005 4(2):71-76.

Evans M, Stotts AL, Graham SRN, Schmitz J, Grabowski J. Hepatitis C Knowledge Assessment and Counseling Within the Context of Substance Abuse Treatment. *Addictive Disorders & Their Treatment* 2004 3(1):18-26.

Frazer K, Glacken M, Coughlan B, Staines A, Daly L. Hepatitis C virus infection in primary care: survey of registered nurses' knowledge and access to information. *J Adv Nurs*. 2011 Feb;67(2):327-39. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05489.x.

Hagedorn H, Leighton T, Heim L. Assessment of a hepatitis educational group for veterans with substance use disorders. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2010 Jan;36(1):57-60.

Ingrand I, Verneau A, Silvain C, Beauchant M; Poitou-Charentes Hepatitis C Network. Prevention of viral hepatitis C: assessment of a comic strip-based information campaign targeting adolescents. *Eur J Public Health*. 2004 Jun;14(2):147-50.

O'Brien S, Day C, Black E, Dolan K. Injecting drug users' understanding of hepatitis C. *Addict Behav*. 2008 Dec;33(12):1602-5. Epub 2008 Jul 22.

Richmond JA, Dunning TL, Desmond PV. Health professionals' attitudes toward caring for people with hepatitis C. *J Viral Hepat*. 2007 Sep;14(9):624-32.

Smyth BP, McMahon J, O'Connor JJ, Ryan J. Knowledge regarding Hepatitis C among injecting drug users, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 1999;6(2):257- 264.

Stein MD, Herman DS, Anderson BJ. A trial to reduce hepatitis C seroincidence in drug users. *J Addict Dis*. 2009 Oct;28(4):389-98.

Stein MD, Maksad J, Clarke J. Hepatitis C disease among injection drug users: knowledge, perceived risk and willingness to receive treatment. *Drug Alcohol Depend*. 2001 Feb 1;61(3):211-5.

Stoové MA, Fry CL, Lintzeris N. Quantifying hepatitis C transmission risk using a new weighted scoring system for the Blood-Borne Virus Transmission Risk Assessment Questionnaire (BBV-TRAQ): applications for community-based HCV surveillance, education and prevention. *Harm Reduct J*. 2008 Apr 23;5:12.

Strauss SM, Astone-Twerell J, Munoz-Plaza CE, Des Jarlais DC, Gwadz M, Hagan H, Osborne A, Rosenblum A. Drug treatment program patients' hepatitis C virus (HCV) education needs and their use of available HCV education services. *BMC Health Serv Res*. 2007 Mar 8;7:39.

Strauss SM, Astone-Twerell JM, Munoz-Plaza C, Des Jarlais DC, Gwadz M, Hagan H, Osborne A, Rosenblum A. Hepatitis C knowledge among staff in U.S. drug treatment programs. *J Drug Educ*. 2006;36(2):141-58.

Treloar C, Abelson J. Information exchange among injecting drug users: a role for an expanded peer education workforce. *International Journal of Drug Policy* 2005;16:46-53.

University of the West of Scotland, Health Protection Scotland and West of Scotland Specialist Virology Centre. The Needle Exchange Surveillance Initiative (NESI): Prevalence of HCV and injecting risk behaviours among injecting drug users attending needle exchanges in Scotland, 2008/09. University of the West of Scotland, April 2010.

Leitfaden: Qualitatives Interview

Übertragungs-Wissen

- Wie bekommen Sie die Information über Hepatitis C und Übertragungsmöglichkeiten? (Erkundigen Sie sich, z.B. bei einer Gesundheitseinrichtung)
 - Wie entscheiden Sie, ob die Informationen richtig/korrekt sind?
 - Wie halten Sie sich bezüglich Hepatitis C auf dem neuesten Stand?

Wenn dieselbe Person mit dem Patient/der Patientin das quantitative Interview durchgeführt hat, sagen Sie „Als wir uns das letzte Mal gesehen haben, sagten Sie mir, sie seien Hepatitis C positiv/negativ“ (Fragen variieren je nach Antwort)

Wenn eine andere Person mit dem Patient/der Patientin das quantitative Interview durchgeführt hat, sagen Sie „Sie sind das wahrscheinlich schon beim letzten Gespräch gefragt worden, aber ich sehe Ihre Antwort nicht. Sind Sie Hepatitis C positiv oder negativ?“ (Fragen variieren je nach Antwort)

Fragen, wenn PatientIn Hepatitis C positiv ist:

- Wissen Sie, wie Sie sich mit Hepatitis C infiziert haben? (Fragen Sie bei wem/ ob der Status des Partners/von Freunden bekannt war)
 - Wann war das?
 - Wussten Sie damals etwas über Hepatitis C? Was wussten Sie?
- Haben Sie Ihr Verhalten in irgendeiner Weise geändert seitdem Sie wissen, dass Sie Hepatitis C haben? (Fragen Sie nach intravenösem Drogenkonsum, Sexualverhalten, anderen persönlichen Kontakten)
 - Was haben Sie geändert?
 - Warum?

Fragen, wenn PatientIn Hepatitis C negativ ist:

- Wie denken Sie, haben Sie es geschafft, sich nicht mit Hepatitis C zu infizieren? (Fragen Sie nach dem Hepatitis C Status des Partners/von Freunden)

- Haben Sie Ihr Verhalten in irgendeiner Weise geändert, seitdem Sie über die Hepatitis C Erkrankung Bescheid wissen? (Fragen Sie nach intravenösem Drogenkonsum, Sexualverhalten, anderen persönlichen Kontakten)
 - Was haben Sie geändert?
 - Warum?

Risiko durch intravenösen Konsum

Können Sie mir bitte eine typische Situation beschreiben, in der Sie Substanzen/Drogen spritzen (fragen Sie aber auch nach anderen/untypischen Situationen)?

- Fragen Sie nach einzelnen Schritten beim intravenösen Konsum, auch wie sich der Patient/die Patientin schützt:
 - Aufbereitung/Vorbereitung der Substanzen
 - Konsumieren/Spritzen der Substanzen
 - Was passiert danach? – z.B. Reinigen oder Aufbewahren der Spritzen/des Bestecks
- Erfragen Sie, mit wem intravenös konsumiert wurde – Paar, Dyaden, Gruppen etc. und entsprechend, ob Besteck geteilt/was gemeinsam verwendet wurde und erfassen Sie das potentielle Risiko einer Übertragung. An dieser Stelle ist es wichtig, klar zu machen, was „Teilen“ bedeutet, z.B. ist es oft nicht klar, dass das gemeinsame Verwenden einer Spritze mit dem Partner auch „Teilen“ bedeutet.
- Fragen Sie nach dem Beginn des intravenösen Drogenkonsums (das Übertragungsrisiko ist meist in den ersten Jahren des IV-Konsums am höchsten).
- Fragen Sie nach Aspekten von Macht/Dominanz in Gruppen/Dyaden, die IV konsumieren, speziell auch nach dem Geschlecht. Wer/wie wird entschieden, wer die Drogen zubereitet/in welcher Reihenfolge injiziert wird/wer kommt zuerst dran etc.
 - Hepatitis C Status der Personen?
 - Erfahrung mit IV-Konsum der Personen?
 - Sexualpartner/Geschlecht der Personen?
 - Vertrauen und Intimität, Rücksichtnahme und/oder Kontrolle?

- Erfragen Sie wo injiziert wird. Öffentliches Injizieren wird z.B. als risikoreicher angesehen- erfragen Sie den Kontext und die Verfügbarkeit von sterilem Besteck
- Erfragen Sie die Verfügbarkeit von sauberen Nadeln/Spritzen oder anderem sterilen Besteck/Utensilien
- Gibt es Situationen, in denen es wahrscheinlicher ist, dass der Patient/die Patientin ihre Substanzen/ihr Besteck teilt? (Aspekte von Gewalt bei Partnern/negative Stimmung?)

Sexuelles Risikoverhalten

- Wie entscheiden Sie, ob Sie mit einem Sexualpartner verhüten? (Fragen Sie nach der Art der Verhütung, ob sich das im Laufe der Beziehung verändert hat (Vertrauen/Intimität?)
 - Wer verhandelt/bestimmt, ob und wie verhütet wird?
 - Erfragen Sie, ob der/die PartnerIn IV konsumiert und Hepatitis C hat
- Gibt es Sexualpraktiken, bei denen es eher wahrscheinlich oder unwahrscheinlicher ist, dass Sie verhüten? Warum?
- Gab es jemals eine Zeit oder Situationen, in denen Sie nicht in der Lage waren sich durchzusetzen was die Verhütung betrifft? (Aspekte der Gewalt bei Partnern/negative Stimmung?)

Rolle/Miteinbeziehen des Partners

Ein Teil dieses Projekts ist die Entwicklung und Überprüfung einer Intervention für Frauen, die IV konsumieren, um die (sexuellen und die) Risiken einer Hepatitis C Übertragung (durch IV-Konsum) zu reduzieren.

- Denken Sie, dass das eine gute Idee ist?
- Würden Sie bei so einer Intervention mitmachen?
- Würden Sie lieber alleine mitmachen oder an einer Gruppe teilnehmen?
 - Warum/warum nicht?
- Denken Sie, die Partner der Frauen sollten miteinbezogen werden/auch mitmachen?
 - Warum/warum nicht?