REDUCE

ENDBERICHT 2013

Projekt zur Reduktion von Risikoverhaltensweisen bei suchtkranken Frauen mit intravenösem Substanzkonsum

Transfer der Hepatitis C Evidenz in die Praxis

Das REDUCE-Projekt wurde durch das EU-Programm „Drogenprävention und -aufklärung"" mitfinanziert.

Projektnummer: JUST/2010/DPIP/AG/0975 REDUCE

REDUCE
REDUCING HEPATITIS C RISK BEHAVIOURS AMONG FEMALE DRUG USERS IN EUROPE

http://www.thereduceproject.imim.es/
http://www.sucht-news.at/

Abkürzungen

SIDD	Screeninginstrument für Doppeldiagnosen
WISK	Weibliche injizierende Substanzkonsumenten
HCV	Hepatitis C Virus
GIP	Gewalt in Paarbeziehungen
MISK	Männliche injizierende Substanzkonsumenten
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
ISK	Injizierende SubstanzkonsumentInnen

Inhaltsverzeichnis

REDUCE-Projektkoordinator und Projektpartner 4

Zusammenfassung 7

1. Das REDUCE-Projekt 10

1.1 Hintergrund und Rationale 10
1.2 Ziele 12
1.3 Arbeitsplan 12

2. HCV- und Suchtbehandlungsstatistiken aus den REDUCE Teilnehmerländern 14

3. Wissen über HCV-Übertragung und Risikoverhaltensweisen von WISK in Europa: Eine Mixed Methods Studie 18

3.1 Entwicklung des REDUCE Instrumentariums zur Feststellung des Wissensstandes bezüglich HCV-Übertragung sowie von Risikoverhaltensweisen 18
3.2 Methoden 20
3.3 Quantitative Ergebnisse 21
3.4 Qualitative Ergebnisse 38
3.5 Daten-Triangulation 52

4. Entwicklung und Testung einer psychosozialen Intervention zur Verringerung von injizierenden und sexuellen Hepatitis C-Risikoverhaltensweisen und der Steigerung des Wissens bezüglich HCV-Übertragung unter WISK in Europa 59

4.1 Entwicklung der REDUCE-Intervention 59
4.2 Testung der REDUCE-Intervention 61
4.3 Ergebnisse 63

5. Schlussfolgerungen und Empfehlungen 66

5.1 Schlussfolgerungen 66
5.2 Empfehlungen 70

6. Literatur 71

REDUCE-Projektkoordinator und Projektpartner

Das REDUCE-Projekt wurde vom Zentrum “Parc de Salut Mar” in Barcelona, Spanien, koordiniert. Die Universität von Greenwich (London, England) wurde vom Zentrum “Parc de Salut Mar” in Barcelona, Spanien, beauftragt, das Projekt zu leiten und zu verwalten, und gemeinsam mit den Projektpartnern aus Schottland (University of the West of Scotland, Paisley), Polen (Institut für Psychiatrie und Neurologie, Warschau), Österreich (Medizinische Universität Wien) und Italien (Agenzia Regionale Sanitaria-Regione Marche) durchzuführen.

Projektkoordinator - Spanien

Parc de Salut Mar | Passeig Maritim 88 | 08003 Barcelona

Professor Marta Torrens	Professorin für Psychiatrie/Leiterin des Programms für Suchtbehandlung
Judit Tirado	Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Projektmanager – England

University of Greenwich | School of Health and Social Care
Avery Hill Road | London SE9 2UG

Dr. Gail Gilchrist	Forschungsstipendiatin/Leiterin des Zentrums für angewandte Sozialforschung

Projektpartner – Österreich

Zentrum für Public Health | Medizinische Universität Wien
Kinderspitalgasse 15 | 1090 Wien

Prof. Dr. Gabriele Fischer	Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie/ Medizinische Leitung der Ambulanz für Suchtforschung und Suchttherapie
Dr. Birgit Köchl	Wissenschaftliche Mitarbeiterin/ Klinische Psychologin
Caroline Hopf	Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Mag. Isabella Leeb	Wissenschaftliche Mitarbeiterin/ Klinische Psychologin

Projektpartner – Italien

Agenzia Regionale Sanitaria-Regione Marche,
Via Gentile da Fabriano, n° 3 Regione Marche
60100 Ancona

Dr. Lucia Di Furia	Medizinische Leitung, Koordinatorin für Forschung, Innovation und Lehre
Cinzia Giammarchi	Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Projektpartner – Polen

Institut für Psychiatrie und Neurologie
02-957 Warschau | Sobieskiego 9

Dr. Jacek Moskalewicz	Leitung der Abteilung für Alkohol- und Drogenforschung
Dr. Katarzyna Dąbrowska	Senior Researcher

Projektpartner - Schottland

University of the West of Scotland,
Paisley Campus, High Street, Paisley, PA1 2BE

Prof. Avril Taylor	Leitung Public Health und Direktorin für Forschung
Dr. Alison Munro	Wissenschaftliche Mitarbeiterin
April Shaw	Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Zusammenfassung

Einleitung

Das REDUCE-Projekt wurde vom EU-Programm Drogenprävention und - Aufklärung mitfinanziert, um:

- ein Instrument zur Erfassung von HCV-Übertragungswissen und Risiko verhaltensweisen unter weiblichen injizierenden Substanzkonsumenten (WISK) zu entwickeln
- das vorhandene HCV-Übertragungswissen sowie existente Risikoverhaltensweisen unter WISK zu erfassen und
- eine evidenzbasierte Gruppen-Interventionsmaßnahme zur Steigerung des Wissens bezüglich HCV-Übertragung und der Verringerung von Hepatitis C-Risikoverhaltensweisen unter WISK zu entwickeln und zu testen.

Das EU-Projekt REDUCE wurde von der Universität von Greenwich koordiniert und von den Projektpartnern Italien, Spanien, Österreich, Schottland und Polen durchgeführt. Um den Wissensstand bezüglich HCV-Übertragung sowie vorhandene Risikoverhaltensweisen und assoziierte Motive unter WISK zu erfassen, wurde eine Mixed Methods Studie angewandt. Zudem wurde eine standardisierte Gruppen-Kurzintervention in drei Einheiten, unter Leitung von Fachpersonal (z.B. Psychologe/In), durchgeführt:

- Sitzung 1. Verstehen von HCV-Übertragungsrisiken
- Sitzung 2. Hepatitis C und sexuelle Gesundheit und Wohlbefinden – Verhandeln von Sicherheit
- Sitzung 3. Hepatitis C und emotionales Wohlbefinden – Umgang mit negativen Stimmungen

231 WISK, die während der letzten 6 Monate illegale Substanzen injiziert hatten und 18 Jahre oder älter waren nahmen an den quantitativen Interviews teil und eine Teilpopulation von 125 WISK an vertiefenden qualitativen Interviews. 36 WISK, die im letzten Monat injiziert hatten nahmen an der Intervention teil.

Ergebnisse

Die Ergebnisse des REDUCE Projekts zeigen, dass die hohe HCV-Prävalenz in dieser Population auf gewohnheitsmäßiges Risikoverhalten zurückführbar ist:

- Teilen der Injektionsutensilien
- Injizieren in der Gruppe oder einem/r Partner/in
- Risiko-Partnerschaften

In dieser Studie wurde auch deutlich, dass ein Großteil der untersuchten Population nur geringes Wissen über HCV-Übertragungswege hatte.
Die Ergebnisse zeigten, dass es viele Wissenslücken und Fehlannahmen gab. Obwohl sich die teilnehmenden WISK einiger wesentlicher HCV-Risikoverhaltensweisen bewusst waren, schien sie das nicht davon abzuhalten, diese weiterhin auszuführen. Für diese Dissonanz wurden mehrere Gründe angeführt:

- Es mangelte ihnen häufig an sterilem Injektionsbesteck
- Stressreiche Situationen brachten sie dazu, sich impulsiv zu verhalten
- Sie nahmen häufig Substanzen in der Gruppe und/oder an unsicheren Orten ein
- Gewalt in der Paarbeziehung war häufig und hielt sie davon ab, ihre eigene Gesundheit zu schützen, indem sie sicherere Injektionsmethoden oder sexuelle Praktiken aushandelten.
- Die hohe Prävalenz psychiatrischer Komorbiditäten machte sie für unsichere Verhaltensweisen noch vulnerabler. Ihre negative Stimmung und ihr Mangel an Selbstsicherheit schränkten ihre Fähigkeit ein, sicherere injizierende Interaktionen in ihren Kreisen und Netzwerken auszuhandeln.

Die drei Gruppen-Kurzinterventionen wurden mit den Frauen unter der Leitung von Fachpersonal durchgeführt. Die Intervention reduzierte Risikoverhaltensweisen beim Substanzenkonsum und verbesserte das HCV Übertragungswissen unter WISK, obwohl Modifikationen bei der Intervention empfehlenswert sind, bevor sie in ihrer finalen Version regelmäßige, praktische Anwendung findet. Die Kosten einer erfolgreichen frühen Intervention zur HCV-Prävention im Vergleich zu den möglichen späteren

Behandlungskosten sprechen für die Etablierung erfolgreicher HCV-Präventionsinterventionen wie dem REDUCE-Projekt, das auf WISK und andere vulnerbale Population abzielt.

Empfehlungen

Die Ergebnisse des REDUCE-Projekts dienen als Basis für folgende Empfehlungen:

1. Um den spezifischen Bedürfnissen von WISK gerecht zu werden, sind gender-sensible HCV-Präventionsmaßnahmen unerlässlich
2. Psychosoziale Interventionen sollten nicht nur in generellen Suchtbehandlungseinrichtungen, sondern auch von speziell geschultem Personal wie ÄrztInnen oder klinischen PsychologInnen angeboten werden. Es ließ sich in dieser Untersuchung ableiten, dass nur über Wissensvermittlung von dafür geschultem Personal sich Risikoverhaltensweisen reduzieren und einer HCV-Infektion vorbeugen. Eine „Peer-to-Peer Education“ erfasst nicht die sinnvermittelnde Information.
3. Die REDUCE-Intervention sollte in einer randomisierten kontrollierten Studie überprüft werden

1. Das REDUCE-Projekt

1.1. Hintergrund und Rationale

Eines der vom Rat der EU formulierten Ziele der EU-Drogenstrategie (2005-2012) umfasste die Ergänzung von Maßnahmen zur "Vermeidung bzw. Verringerung des Drogenkonsums, der Drogenabhängigkeit sowie der drogenbedingten Gesundheitsschäden und Risiken" für schutzbedürftige Gruppen und Personen in einer sozial benachteiligten Umgebung, besonders Frauen. Der EU-Drogenaktionsplan (2009–2012) schrieb der Notwendigkeit der Verbesserung der Effizienz von Maßnahmen zur Verringerung des Drogenkonsums und damit assoziierter Risiken durch die Verbesserung der Effektivität und Qualität von Maßnahmen zur Schadensminimierung besondere Bedeutung zu; außerdem wurde das Augenmerk auf innovative, evidenzbasierte sowie evaluierte Präventions- und Interventionsprogramme zur Verminderung von Hochrisikoverhaltensweisen unter schutzbedürftigen Gruppen, insbesondere injizierenden SubstanzkonsumentInnen (ISK) und Frauen, gelegt.

Weltweit gibt es in etwa 170 Millionen Menschen, die mit dem Hepatitis C Virus (HCV) infiziert sind, wobei die Mehrheit davon ISK sind [1]. Weibliches Geschlecht ist hierbei ein Risikofaktor für eine HCV-Übertragung in der Gruppe der ISK [2], wobei das Teilen des Spritzbestecks den größten Risikofaktor unter ISK darstellt. Während eine langandauernde heterosexuelle Beziehung kein erhöhtes Risiko für die Übertragung des HCV darstellt, steigt das Übertragungsrisiko mit der Zahl sexueller PartnerInnen, sowie unter Frauen, die HIV-positiv sind oder andere sexuell übertragbare Erkrankungen aufweisen [3]. Weibliche injizierende Substanzkonsumenten (WISK) zeigen Verhaltensweisen wie das Teilen von Nadeln oder anderer Utensilien zum Substanzkonsum, Sex mit männlichen injizierenden Substanzkonsumenten (MISK), mehrere SexualpartnerInnen, Austausch von Sex und Drogen, sowie fehlenden Gebrauch von Kondomen [4,5] – Verhaltensweisen, die sie einem höheren Risiko für eine HCV-Infektion aussetzen. Hinzu kommt ein gesteigertes Risikoverhalten beim injizierenden Substanzkosum unter WISK, wenn eine depressive Erkrankung vorliegt [6]. Studien deuten darauf hin, dass fehlendes Wissen über eine HCV-Übertragung zur hohen HCV-Prävalenz unter ISK beiträgt [7]. Zahlreiche WISK lassen sich von anderen Personen, häufig von ihren männlichen Sexualpartnern, Substanzen injizieren [8-10], was ihre Position sowie ihre Möglichkeiten, auf

sicheren injizierenden Gebrauch (Safer use) zu bestehen, deutlich schwächt. Im Vergleich zu MISK weisen WISK eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, eine/n Partner/in zu haben, welche/r ebenfalls Substanzen injiziert, gemeinsam mit ihrem/r Partner/in Drogen zu injizieren und beim ersten injizierenden Konsum Substanzen vom Partner gespritzt zu bekommen; darüber hinaus teilen sie häufiger das Spritzbesteck oder andere Drogenutensilien mit ihren SexualpartnerInnen [5, 9-13]. Außerdem leiden weibliche Substanzkonsumenten häufig unter Gewalt in ihren Paarbeziehungen [14]. Daher sollten HCV-Risikoverhaltensweisen auch im Kontext von Paarbeziehungen betrachtet werden [15]. Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern, negative Stimmung, Gewalt in der Paarbeziehung und geringes Selbstvertrauen tragen zu oft schlechten Verhandlungsmöglichkeiten/-fähigkeiten von WISK was sichere Gebrauchs- und Verhaltensweisen in Bezug auf Substanzkonsum, Sexualverhalten und Beziehungen betrifft, bei. Risiken könnten gesenkt werden, wenn sich die WISK der Übertragungsrisiken bewusst wären, sowie in der Lage, zu verhandeln und auf sichere Verhaltensweisen beim Drogeninjizieren sowie beim Sex zu bestehen. Verhaltensinterventionen, die auf die Reduktion von HCV-/HIV-Risikoverhalten abzielen, führen zu verringertem Risikoverhalten [16, 17]; allerdings haben bisherige Studien Geschlechtsunterschiede, psychische Erkrankungen sowie Gewalt in Paarbeziehungen häufig nicht mitberücksichtigt. Daher zielte das REDUCE-Projekt nicht nur auf die Erfassung der Risikoverhaltensweisen von WISK ab, sondern auch auf die Entwicklung einer evidenzbasierten Interventionsmaßnahme, welche diese Zielgruppe über HCV-Übertragungsrisiken aufklären und ihre Fähigkeiten zur Selbstbehauptung und Verhandlung in Bezug auf sichere Verhaltensweisen beim Drogeninjizieren und beim Sex, aufbauen bzw. stärken (d.h. die Risikoverhaltensweisen minimieren) sollte.

1.2 Ziele

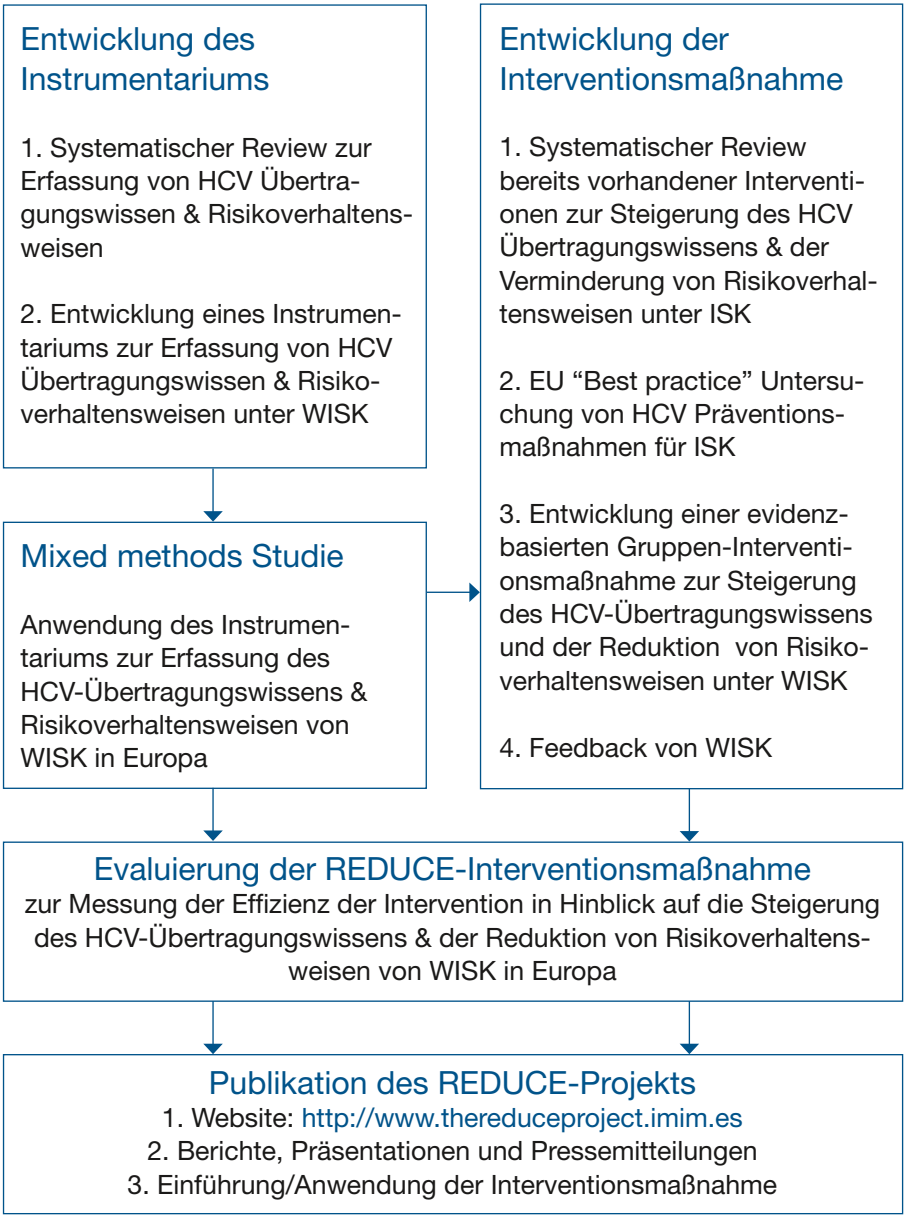
Das REDUCE-Projekt wurde vom EU-Programm Drogenprävention und – aufklärung mitfinanziert (Projektnummer: JUST/2010/DPIP/AG/0975 REDUCE), um:

1. ein Instrument zur Erfassung von HCV-Übertragungswissen und Risikoverhaltensweisen unter WISK zu entwickeln
2. das vorhandene HCV-Übertragungswissen sowie existente Risikoverhaltensweisen unter WISK zu erfassen und
3. eine evidenzbasierte Gruppen-Interventionsmaßnahme zur Steigerung des Wissens bezüglich HCV-Übertragung und der Verringerung von Hepatitis C-Risikoverhaltensweisen unter WISK zu entwickeln und zu testen.

1.3 Arbeitsplan (Graphik 1)

Im Rahmen von vier Treffen der Projektbeteiligten in Barcelona, Glasgow, Warschau und Wien wurde ein evidenzbasiertes Instrument zur Erfassung von Wissen zur HCV-Übertragung und von Risikoverhaltensweisen unter WISK entwickelt, das im Weiteren als Basis für die Erarbeitung einer Interventionsmaßnahme diente. Diese Intervention wurde im Rahmen einer Evaluierungsstudie getestet. Das gesamte Instrumentarium, inklusive eines Manuals zur Durchführung der Intervention, ist in jedem Partnerland im Rahmen relevanter Veranstaltungen vorgestellt und in der jeweiligen Sprache auf der Projekt-Website sowie in Druckform publiziert worden.

Graphik 1 – REDUCE-Projekt Arbeitsplan (01.10. 2011-27.12. 2013)



2. HCV- und Suchtbehandlungsstatistiken aus den REDUCE Teilnehmerländern

Um die Ergebnisse des REDUCE-Projekts besser interpretieren zu können, werden Hintergrundinformationen aus den einzelnen REDUCE Teilnehmerländern angeführt: Tabelle 1 zeigt HCV-Prävalenzen, Tabelle 2 enthält Daten zu Behandlungsmöglichkeiten bei Substanzgebrauchsstörungen, und Tabelle 3 fasst HCV-Behandlungsmöglichkeiten für ISK zusammen.

Tabelle 1 – HCV-Prävalenzen in der Allgemeinbevölkerung sowie unter ISK in den REDUCE Teilnehmerländern

Land	Einwohner-zahl (n)	HCV-Prävalenz Allgemein-Bevölkerung (%)	HCV-Prävalenz ISK (%)	HCV-Prävalenz WISK (%)
Österreich	8.400.000	0,5-1	38-73	38-79
Italien	60.700.000	3-12	61	63,8
Polen	38.483.000	0,4-1,9	47,6	75,8
Schottland	5.222.100	0,7	57	57
Spanien	49.000.000	2,5	65 - 90	54 -71

Tabelle 2 – Verfügbare Behandlungen und Einrichtungen für ISK in den REDUCE Teilnehmerländern

Intervention	Österreich	Italien	Polen	Schottland	Spanien
Verfügbarkeit Opioid-Erhaltungstherapie [1]	ja	ja	ja	ja	ja
Jahr der Einführung der Opioid-Erhaltungstherapie	1987	1980	1992	1986	weitgehend verfügbar seit 1991
Versorgungsrate Opioid-Erhaltungs-therapie (%)	40-60	40-60	10-20, in einigen Gebieten kein Zugang	nicht erfasst	65
Verfügbarkeit Nadel-Austausch-programm	ja	ja	ja	ja	ja
Jahr der Einführung Nadel-Austausch-programme	1990	1999	1989	1986	1991
Anzahl der ausge-gebenen Spritzen pro Opioidkonsu-ment (2010-2011) [2]	98	nicht erfasst	8	48	19
Verfügbarkeit Drogenkonsum-räume	nein	nein	nein	nein	ja
Jahr der Einfüh-rung Drogen-konsumräume	-	-	-	-	2000
Beratung (z.B. am-bulant im Einzel-/ Gruppensetting)	ja	ja	ja	ja	ja
Stationäre Behand-lung (z.B. Reha-bilitationszentren)	ja	ja	ja	ja	ja
Ambulante Ent-zugsbehandlung	ja	ja	ja (Privat-bereich)	ja	ja
Stationäre Ent-zugsbehandlung	ja	ja	ja	ja	ja

Intervention	Österreich	Italien	Polen	Schottland	Spanien
Stationäre Entzugsbehandlung	ja	ja	ja	ja	ja
Selbsthilfegruppen (z.B. Anonyme Alkoholiker/ Drogenkonsumenten)	ja	ja	ja	ja	ja
Psychosoziale Interventionen					
Österreich	Bereit gestellt von unterschiedlichen Berufsgruppen (ambulant/stationär): Sozialarbeiter, klinische Psychologen, Psychotherapeuten				
Italien	Bereit gestellt durch Suchtbehandlungseinrichtungen				
Polen	Psycho-edukation zur Minimierung von Risikoverhalten; spezifische Interventionen für schwangere Frauen.				
Schottland	Bereit gestellt durch Suchtbehandlungseinrichtungen.				
Spanien	Psycho-edukation zur Minimierung von Risikoverhalten in Feld-, Schadensminimierungs-, und Behandlungsprogrammen, Keine frauen-spezifischen Angebote				

1 Hauptsächlich Methadon- und Buprenorphin-Therapie, außer in Österreich, wo retardierte Morphine am häufigsten in der Opioid-Erhaltungstherapie eingesetzt werden.

2 Quelle: Zahlen mithilfe von EMCDDA-Daten für REDUCE ermittelt (Anzahl problematischer Opioidkonsumenten/1000 Einwohner und Anzahl der ausgegebenen Spritzen) http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/lu/data-sheet.

Tabelle 3 – Verfügbarkeit und Bedingungen für eine HCV-Behandlung für ISK in den REDUCE Teilnehmerländern

HCV-Behandlung	Österreich	Italien	Polen	Schottland	Spanien
Verfügbarkeit für Drogenkonsumenten	ja	ja	ja	ja	ja
Bedingungen für eine Behandlung					
Österreich	Nach erfolgreichem Abschluss einer Entzugsbehandlung od. aktiver Opioid-Erhaltungstherapie, sind Patienten teilnahmeberechtigt: 6-monatige Abstinenz nach Abschluss der Entzugs-Behandlung; ohne Zusatzkonsum während einer Erhaltungstherapie bzw. ohne injizierendem Substanzkonsum, Intoxikation, und geringen psychosozialen Problemen. Behandlung nicht zugänglich für rückfällige Patienten oder PISK. Behandlungsentscheidung wird nach Risiko-Nutzenanalyse individuell getroffen.				
Italien	Behandlung erfolgt im Allgemeinen im Krankenhaus in Zusammenarbeit mit Abteilung für Infektionskrankheiten, wobei die Suchtbehandlungseinrichtung Unterstützung bietet. Aufgrund der niedrigen Compliance müssen Patienten für eine HCV-Behandlung vorweisen, dass sie in Opioid-Erhaltungstherapie, beim Abschließen einer Entzugsbehandlung o. ä. sind.				
Polen	Drogenfrei oder in Methadonbehandlung. Falls Patient rückfällig wird und wieder Substanzen injiziert, ist er/sie nicht mehr teilnahmeberechtigt. Nach Remission kommt es zu einer Re-Evaluierung und Entscheidung, ob die Behandlung fortgesetzt wird.				
Schottland	Abstinenz keine aktuelle Bedingung. Allerdings müssen Patienten stabil sein und Behandlungsvorschriften einhalten können.				
Spanien	Drogenfrei für 6 Monate (Alkohol und illegale Substanzen) Erhaltungstherapie mit Methadon oder Buprenorphin erlaubt.				
Gratis zur Verfügung gestellt	ja	ja	ja	ja	ja
Warteliste für eine Behandlung	nein	nein	ja 2 Wochen bis 3 Monate	ja	nein

3. HCV-Übertragungswissen und Risikoverhaltensweisen unter WISK in Europa: Eine Mixed Methods Studie

Um den Wissensstand bezüglich HCV-Übertragung sowie vorhandene Risikoverhaltensweisen und assoziierte Motive unter WISK in 5 europäischen Ländern (Österreich, Italien, Polen, Spanien, Schottland) zu erfassen, wurde eine Mixed Methods Studie angewandt.

3.1 Entwicklung des REDUCE Instrumentariums, um HCV-Übertragungswissen und Risikoverhaltensweisen zu erfassen

3.1.1 Quantitativer Fragebogen

Um bereits existente Instrumente zur Erfassung von HCV-Übertragungswissen und Risikoverhaltensweisen für eine Infektion mit HCV oder anderen durch Blut übertragbaren Krankheiten zu ermitteln, wurde eine systematische Recherche auf Medline, PsycINFO, CINAHL, ASSIA und dem Web of Science durchgeführt.

Für die Erfassung des HCV-Übertragungswissens diente ein Fragebogen von Balfour et al [18], der überarbeitet und angepasst wurde, als Grundlage; dieser Fragebogen umfasst 53 Risiko-Statements mit jeweils drei Antwortmöglichkeiten (“richtig”, “falsch”, “weiß nicht”). Für jede “richtig”-Antwort wird 1 Punkt addiert, bis zu einem Maximalwert von 53 (Range: 0-53 Punkte). Je höher der Gesamtscore, desto größer ist der jeweilige HCV-Übertragungswissensstand.

Für die Entwicklung des REDUCE Risikoverhaltens-Fragebogen wurden zwei bereits vorhandene Instrumente herangezogen: Der “Hepatitis C related knowledge, attitudes and behaviours of Montreal injection drug users [HCV-KAB]” Fragebogen [19] und das “Needle Exchange Surveillance Initiative (NESI) Scotland survey instrument” [20]. Diese Fragebögen zur Erfassung von HCV-Risikoverhaltensweisen enthalten Fragen zum individuellen Substanzkonsum, zu Einnahmepraktiken wie etwa dem Zubereiten der Injektionslösung, sowie zu sexuellen Praktiken.

Eine Gruppe von ExpertInnen (Teil des REDUCE Teams) selektierte und überarbeitete die jeweiligen Fragen und Items aus den einzelnen Instrumenten und entwickelte so das **REDUCE Instrumentarium zur Erfassung von HCV-Übertragungswissen und -Risikoverhaltensweisen**.
Das Instrumentarium ist in 5 Sprachen (Englisch, Deutsch, Italienisch, Polnisch und Spanisch) übersetzt und über die Projekt-Website http://www.thereduceproject.imim.es/ zugänglich.

Außerdem kam im Rahmen der durchgeführten Untersuchung ein Screeninginstrument für Doppeldiagnosen (SIDD; The Dual Diagnosis Screening Instrument (DDSI)[21]) zur Erfassung der Lebenszeit-Prävalenz von 7 psychiatrischen Erkrankungen (Depression, Dysthymie, Generalisierte Angststörung, Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Panikstörung, Sozialphobie, Agoraphobie) zum Einsatz. Zusätzlich kam die “Composite Abuse Scale” [22] zur Anwendung, um emotionalen und/oder körperlichen Missbrauch zu erfassen, sowie Belästigung durch einen Beziehungspartner in den letzten 12 Monaten der aktuellen oder letzten Paarbeziehung.
Der HCV-Status wurde in Italien und Spanien nach Zustimmung der Studienteilnehmerinnen durch medizinische Einrichtungen bestätigt, und in Österreich und Schottland von den Patientinnen selbst angegeben. In Polen wurden alle Patientinnen, die keinen aktuellen HCV-Test (<6 Monate) vorlegen konnten, mit ihrer Zustimmung einem HCV-Test unterzogen.

3.1.2 Qualitativer Interviewleitfaden

Für die Durchführung der qualitativen Interviews wurde ein Themen-Leitfaden entwickelt, der folgende Gebiete umfasst:

1. HCV-Übertragungswissen
2. Risiken durch das Injizieren von Substanzen – bei der Zubereitung der Injektionslösung, bei der Applikation, sowie danach (beim Reinigen und Entsorgen der verwendeten Utensilien); die Teilnehmerinnen wurden gebeten, ihre übliche Vorgangsweise zu beschreiben
3. Sexuelles Risikoverhalten
4. Rolle/Einfluss anderer Personen auf Risikoverhaltensweisen
5. Motive/Ursachen für das Risikoverhalten
6. Umsetzbarkeit und Akzeptanz der psychosozialen Intervention für WISK zur Verringerung von HCV-Risikoverhaltensweisen und Steigerung des Übertragungswissens

3.2 Methoden

3.2.1 Projektteilnehmerinnen und Rekrutierung

Frauen, die 18 Jahre oder älter waren und während der letzten 6 Monate Heroin und/oder andere Opioide, Kokain oder Amphetamine injiziert hatten, waren teilnahmeberechtigt. In Österreich, Italien, Schottland und Spanien wurden WISK vom jeweiligen Studienteam im Warteraum einer ambulanten Behandlungseinrichtung (dem Ort der Studiendurchführung) angesprochen und eingeladen, an dem Projekt teilzunehmen. In Österreich und Spanien wurden WISK außerdem von Nadelaustausch-Einrichtungen und Injektionsräumen rekrutiert; zusätzlich wurden Patientinnenlisten der ambulanten Behandlungseinrichtungen durchgesehen, damit das jeweilige Studienteam informiert werden konnte, falls eine potentielle Studienteilnehmerin einen Termin hatte und dann ebenfalls zur Projektteilnahme eingeladen werden konnte. In Polen kam die Schneeballmethode zum Einsatz; sogenannte “privilege access” Interviewer, die selbst ehemalige Betroffene und im ambulanten Betreuungszentrum angestellt waren, rekrutierten die Teilnehmerinnen. Allen potentiellen Teilnehmerinnen wurden vom Studienteam schriftliche Informationen über das Projekt ausgehändigt, welche danach erläutert und diskutiert wurden. Falls sich eine Frau zur Teilnahme entschied, wurde eine Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme ausgefüllt und von ihr unterschrieben. Die jeweils zuständige Ethikkommission des Studienzentrums befürwortete die Durchführung der Studie vor Projekt-/Rekrutierungsbeginn.

Die Mixed Methods Studie wurde in zwei Phasen durchgeführt. In Phase 1 wurden 231 WISK (wovon 44 %-74 % HCV-positiv waren) in den 5 Teilnehmerländern rekrutiert (siehe Tabelle 4) und folglich das REDUCE Instrumentarium vom jeweiligen Studienteam/den privilege access Interviewern durchgeführt, um ihr HCV-Übertragungswissen und ihre Risikoverhaltensweisen zu erfassen. Das SIDD [21] wurde in allen Teilnehmerländern vom Studienteam vorgelegt, außer in Italien, wo eine Psychologin das SIDD nach Anwendung des REDUCE Instrumentariums vorlegte. Die in Österreich, Italien, Polen und Schottland am häufigsten injizierten Substanzen waren Heroin und/oder andere Opioide; in Spanien wurde Kokain am häufigsten gespritzt. In Tabelle 5 sind die Rekrutierungsmethoden der Teilnehmerländer gemeinsam mit Daten zu WISK aus dem jeweiligen Land dargestellt, um einen potentiellen Selektionsbias der Mixed Methods Studie deutlich zu machen.

In Phase 2 wurde mit 125 der ursprünglich 231 (54 %) Phase 1- Teilnehmerinnen das qualitative Interview durchgeführt. Die Einladung hierzu erfolgte im Anschluss an das quantitative Assessment, und bei Einverständnis der Teilnehmerin wurde hierfür ein individueller Termin vereinbart. Das qualitative Interview diente dazu, tiefergehende Informationen bezüglich des Wissensstandes zur HCV-Übertragung und der individuellen Motive für Risikoverhaltensweisen der teilnehmenden WISK, zu erhalten. Sechzig der 125 (48 %) WISK, die an Phase 2 der Studie teilnahmen, waren HCV-positiv.

3.2.2 Datenauswertung

Deskriptive Daten – Häufigkeiten, Gesamtsummen, Mittelwerte und Standardabweichungen – wurden mittels SPSS ermittelt.

Die qualitativen Interviews wurden digital aufgezeichnet und wortwörtlich transkribiert. Die Daten wurden strukturiert und kodiert, bevor ein qualitativer Forschungsansatz zur Anwendung kam, in dem die Daten kategorisiert, mit Indizes versehen, skizziert/organisiert und interpretiert wurden [23]. Zwei Studienteammitglieder jedes Teilnehmerlandes kodierten jeweils die ersten drei Transkripte in ihrer Muttersprache. Diese Kodierungen wurden folglich persönlich von den beiden Mitgliedern solange diskutiert, bis es eine Einigung auf eine gemeinsame Kodierung gab. Sämtliche Kodierungen erfolgten in der jeweiligen Landessprache; ebenso wurden die jeweiligen Berichte in der Landessprache erstellt. Im Anschluss daran wurde ein “gepoolter” Bericht, der die Schlüsselinhalte und Gemeinsamkeiten der Berichte aller Teilnehmerländer umfasst, erstellt.

3.3 Quantitative Ergebnisse

3.3.1 Demographische Daten

Über einen Zeitraum von 6 Monaten wurden 231 WISK mit einem mittleren Alter von 33,28 Jahren (SD=8,73 Jahre, Range 18-57 Jahre) in den 5 Teilnehmerländern für das REDUCE-Projekt rekrutiert (jeweils 50 Frauen aus Österreich, Italien, Polen und Spanien, und 31 Frauen aus Schottland). Über ein Viertel der Teilnehmerinnen lebte allein (64/231; 27,2 %), 30,3 %

lebten mit einem Partner (70/231), 26,4 % (61/231) lebten mit anderen Familienmitgliedern, 15,2 % (35/231) lebten mit FreundInnen/MitbewohnerInnen und 14,7 % (34/231) lebten mit Kindern [eine gleichzeitige Auswahl mehrerer Antworten war möglich]. Sechzig Prozent der Frauen (138/231; 59,7 %) hatten schon einmal in ihrem Leben in einer Einrichtung für Obdachlose gewohnt, keinen festen Wohnsitz gehabt oder auf der Straße gelebt; auf 28,6 % (66/231) traf dies in den vergangenen 6 Monaten zu.

Die Mehrheit der Befragten gab an, arbeitslos zu sein (156/231; 67,5 %) oder Invaliditätsrente zu beziehen (38/231; 16,5 %). Nur 10 % der Frauen gingen einer bezahlten Arbeit nach (23/213; 10 %). Ungefähr die Hälfte der Teilnehmerinnen hatte einen höheren Schulabschluss (112/231; 48,5 %), und 29,4 % (68/231) hatten eine spezifische Berufsausbildung, einen Lehrabschluss oder eine ähnliche Qualifikation; lediglich 5,2 % (12/231) wiesen einen Hochschulabschluss auf.

3.3.2 Geschichte des injizierenden Substanzkonsums

Das mittlere Alter der Frauen bei ihrem ersten injizierenden Substanzkonsum betrug 21,36 Jahre (SD=6,21 Jahre, Range 12-47 Jahre). Rund zwei Drittel der Befragten (67,5 %; 156/231) berichtete Heroin während der letzten 6 Monate injiziert zu haben, 23,4 % (54/231) gaben “andere Opioide” (wie Methadon, Substitol, Compensan, Morphium) an; 49,4 % (114/231) injizierten Kokain, 16,5 % (38/231) “Speedbälle” (Heroin und Kokain), 19,5 % (45/231) Stimulanzien (wie Amphetamine, Ephedron, MDMA, Mephedron), 8,7 % (20/231) Benzodiazepine (wie Tempazepam, Diazepam oder Clonazepam), 1,7 % (4/231) Crack und 0,9 % (2/231) Ketamine.

Tabelle 4 – Methoden der Mixed Methods Studie

	Österreich	Italien	Polen	Schottland	Spanien
Ort der Rekrutierung	Ambulante Suchtbe-handlungs-einrichtung/ Nadelaus-tauschpro-gramm	Ambulante Suchtbe-handlungs-einrichtung/ Anlaufstelle/ Med. Zentrum/ Gemeinde-behandlungs-zentrum	Anlaufstelle für Drogen-konsumenten	Ambulante Suchtbe-handlungs-einrichtung/ Gemeinde-Rehabilitati-onszentren	Ambulante Sucht-behand-lungsein-richtung/ Injektions-räume
Phase 1: Quantitative Studie					
	Österreich	Italien	Polen	Schottland	Spanien
Anzahl WISK (HCV positiv)*	50 (44 %)	50 (60 %)	50 (73,5 %)	31 (25,8 %)	50 (70 %)
Mittleres Alter in Jahren (SD)	27,48 (5,85)	31,32 (8,62)	34,76 (8,88)	34.32 (7.33)	38,92 (7,98)
Am häufigsten während der letzten 6 Monate injizierte Substanz	14 % Kokain; 74 % andere Opiate	10 % Kokain; 84 % Heroin	20 % Amphetamine 59 % Heroin	13 % Kokain; 81 % Heroin	58 % Kokain; 42 % Heroin
Rekrutierungs-Methode	Behand-lungslisten/ Warteraum	Behand-lungslisten	Schneeball-Methode	Behand-lungslisten/ Warteraum	Behand-lungslisten/ Warteraum
Interviewer	Studien-team (Wissen-schaftlerIn)	Studienteam (Wissen-schaftlerIn)	Privilege access Inter-viewer (ehem. User/ Ange-stellte bei Anlaufstelle)	Studienteam (Wissen-schaftlerIn)	Studien-team (Wissen-schaftlerIn)
SIDD** Interviewer	Studien-team	Psycholo-ge/in	Privilege access Inter-viewer (ehem. User/ Ange-stellte bei Anlaufstelle)	Studien-team	Studien-team

Phase 2: Qualitative Studie					
	Österreich	Italien	Polen	Schottland	Spanien
Anzahl WISK (HCV positiv)*	28 (14)	24 (13)	24 (15)	25 (6)	24 (12)
Rekrutie-rungs-Methode	Nach Phase 1 zu Phase 2 Interview eingeladen	Nach Phase 1 zu Phase 2 Interview eingeladen	Während Phase 1 bestimmt	Nach Phase 1 zu Phase 2 Interview eingeladen	Nach Phase 1 zu Phase 2 Interview eingeladen
Interviewer	Studien-team	Studien-team	Privilege access Inter-viewer (ehem. User/ Ange-stellte bei Anlaufstelle)	Studien-team	Studien-team

** HCV Status durch Akten/Unterlagen in Behandlungseinrichtungen überprüft (außer in Österreich und Schottland) ;*
**** Screeninginstrument für Doppeldiagnosen**

Tabelle 5 – Rekrutierungsmethode und Repräsentativität der Stichproben

Rekrutierungsmethode	
Österreich	Die Teilnehmerinnen wurden zum Großteil von einem Nadelaustauschprogramm, des Weiteren von einem psychotherapeutischen Beratungszentrum und zwei Suchtambulanzen rekrutiert. Die Rekrutierung fand zu unterschiedlichen Zeitpunkten (verschiedene Wochentage, Tageszeiten und Wochenenden) statt, um eine bessere Durchmischung der Stichprobe zu gewährleisten. Die Teilnehmerinnen wurden in einem Aufenthaltsraum, wo viele ISK ihren Tag verbringen vom Studienteam rekrutiert. Im Beratungszentrum wurde die Rekrutierung zweier Patientinnen von den dort Angestellten organisiert, die die Klientinnen zur Teilnahme einluden. In den Suchtambulanzen wurden die Patientinnen zur Teilnahme eingeladen, wenn sie vor Ort einen Termin hatten
Italien	Die Teilnehmerinnen wurden von klinischem Personal in ambulanten und stationären Behandlungseinrichtungen rekrutiert. Die MitarbeiterInnen screenten die Patientinnen auf Basis ihres Wissens über sie. Wenn die Frauen am Projekt teilnehmen wollten, wurden sie vom Studienteam/einer Psychologin interviewt. Alle eingeladenen Frauen wollten teilnehmen, und lediglich 4 Patientinnen erschienen nicht zu ihrem Interviewtermin.
Polen	Die Teilnehmerinnen wurden von 2 Angestellten und 2 ehemaligen Usern in der Anlaufstelle rekrutiert. Einige Teilnehmerinnen stellten Kontakte zu weiteren potentiellen Teilnehmerinnen her. Zuerst wurden 25 HCV positive Frauen rekrutiert; im Anschluss daran wurde versucht HCV negative Frauen zu rekrutieren, was sich schwierig gestaltete, da diese Gruppe sozial mehr integriert schien, weniger Kontakt zur Drogenkultur zu haben schien, und weniger oft Drogeneinrichtungen besuchte.
Schottland	Potentielle Teilnehmerinnen wurden von den Angestellten identifiziert und bei Einverständnis zur Teilnahme von den Wissenschaftlerinnen interviewt. Die Rekrutierungsrate betrug 67,4 % (31/46). Von den 31 Interviewten erklärten sich 25 bereit, auch am qualitativen Teil der Studie teilzunehmen.
Spanien	Die Rekrutierung fand in 3 ambulanten Behandlungseinrichtungen und 2 Injektionsräumen in Barcelona statt. Angestellte der Behandlungseinrichtungen stellten eine Liste potentieller Teilnehmerinnen zusammen. Das Studienteam kontaktierte jene Frauen, die ihr Einverständnis dafür gaben, und informierte sie über das Projekt bzw. lud sie zur Teilnahme ein. Zusätzlich wurden Frauen in Warteräumen ambulanter Behandlungseinrichtungen und Injektionsräumen rekrutiert. Angestellte vor Ort unterstützten das Studienteam, indem sie sie über Patiententermine informierten.

Potentieller Bias	
Österreich	Die rekrutierten Teilnehmerinnen der Mixed Methods Studie waren repräsentativ für WISK in Österreich.
Italien	Frauen, die als besonders vulnerable/instabil eingestuft worden waren, wurden von den klinischen Mitarbeitern automatisch ausgeschlossen. Daher kann angenommen werden, dass die Studienteilnehmerinnen weniger problematische ISK waren. Die Rate der Heroinuser war außerdem höher in der Studienstichprobe im Vergleich zur Gruppe der WISK in Italien.
Polen	Der Großteil der Teilnehmerinnen waren User von der Straße, die in Wohnheimen/Herbergen lebten und Opioid-Erhaltungstherapie erhielten. Außerdem waren die Frauen mehrheitlich aktuelle oder ehemalige Klientinnen in der Anlaufstelle. Daraus ergibt sich ein potentieller Bias zugunsten jener Gruppe, die eine schwerere Form der Suchterkrankung aufwies, sowie einen höheren Anteil von Amphetaminkonsum im Vergleich zu WISK im Allgemeinen. Da die Teilnehmerinnen von den Angestellten der Anlaufstelle interviewt wurden, ist ein Bias in Richtung sozial erwünschter Antworten nicht auszuschließen.
Schottland	Die Teilnehmerinnen, die bezüglich Alter und hauptsächlich konsumierter Substanz repräsentativ für WISK in Schottland waren, waren potentiell weniger problematische User mit einer niedrigeren HCV-Rate. Allerdings wurde das Virus bei 6 Teilnehmerinnen neutralisiert; zählt man diese zur Gruppe der HCV-positiven Teilnehmerinnen hinzu, erhöht sich die HCV-Rate der Stichprobe auf 48 %.
Spanien	Die anfänglich rekrutierten Frauen waren potentiell weniger problematische User, da sie sich bereits seit Längerem in einem Behandlungsprogramm befanden, und eine gute Beziehung zu den Angestellten aufgebaut hatten. Die Rekrutierung der HCV-negativen Patientinnen erwies sich als schwieriger. Um dies zu erleichtern, wurde die Rekrutierung auf Injektionsräume ausgeweitet, die vor allem von jüngeren WISK, die auf der Straße konsumieren und oftmals Kokainuser sind, frequentiert werden. Insgesamt war die Stichprobe etwas älter als die Population der WISK in Spanien.

Repräsentativität der Stichprobe in der Region

	Variablen	In der REDUCE Studie	Im Land
Österreich	Mittleres Alter (Jahre):	27,48	Mittelwert nicht verfügbar, aber nahe dem berichteten
	Alter bei 1. Injektion (Jahre):	19,84	16-20
	HCV positiv :	44 %	25 %-50 %
	Hauptsubstanz für IV-Konsum:	Opioide	Opioide

Repräsentativität der Stichprobe in der Region

	Variablen	In der REDUCE Studie	Im Land
Italien	Mittleres Alter (Jahre):	31,32	31,1
	Alter bei 1. Injektion (Jahre):	20,18	20 (Heroin) 22 (Kokain)
	HCV positiv :	58 %	61 %
	Hauptsubstanz für IV-Konsum:	Heroin 84 %	Heroin 69 %
Polen	Mittleres Alter (Jahre):	34,7	34,5-35,5
	Alter bei 1. Injektion (Jahre):	20,2	21,3
	HCV positiv :	73,5 %	75,8 %
	Hauptsubstanz für IV-Konsum:	59 % Opiate	69 %-80 % Opiate
Polen	Mittleres Alter (Jahre):	34,7	34,5-35,5
	Alter bei 1. Injektion (Jahre):	20,2	21,3
	HCV positiv :	73,5 %	75,8 %
	Hauptsubstanz für IV-Konsum:	59 % Opiate	69 %-80 % Opiate
Schottland	Mittleres Alter (Jahre):	34	33
	Alter bei 1. Injektion (Jahre):	23	23
	HCV positiv :	24 %	57 %
	Hauptsubstanz für IV-Konsum:	Heroin	Heroin
Spanien	Mittleres Alter (Jahre):	39	35
	Alter bei 1. Injektion (Jahre):	21	21
	HCV positiv :	70 %	54-71 %
	Hauptsubstanz für IV-Konsum:	42 % Opiate	34.3 % Opiate

Die am häufigsten während der letzten 6 Monate injizierten Substanzen waren Heroin und andere Opiate/Opioide (161/231; 69,7 %) bzw. Kokain und andere Stimulanzien (67/231; 29,0 %).

Fast die Hälfte der Teilnehmerinnen injizierte jeden Monat während der letzten 6 Monate (107/231; 46,3 %). Die Teilnehmerinnen injizierten durchschnittlich einmal in 4,12 Monaten (SD=2,07, Range 1-6 Monate).

3.3.3 Risikoverhalten beim Injizieren von Substanzen

Die Teilnehmerinnen wurden gebeten, Angaben darüber zu machen, wie viele der Nadeln und Spritzen, die sie während der letzten 6 Monate verwendet hatten, neu bzw. ungebraucht waren; sie mussten dazu auf einer Skala von 0 (keine) bis 10 (alle) die passendste Antwort auswählen.
Die Frauen berichteten sowohl gebrauchte als auch neue bzw. unbenutzte Nadeln und Spritzen zum Injizieren verwendet zu haben (Mittelwert=8,58; SD=2,0).

Die Teilnehmerinnen gaben außerdem an, am häufigsten in geschlossenen Räumen während der letzten 6 Monate injiziert zu haben (190/213; 8,3 %, Tabelle 6). Die Häufigkeiten für Substanzkonsum „alleine“ bzw. „mit anderen“ sind in Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 6 – Ort, an dem am häufigsten während der letzten 6 Monate injiziert wurde (n=231)

Wo haben Sie sich in den letzten 6 Monaten am häufigsten Drogen gespritzt?	**N (%)**
Haus/Wohnung/Hotel	114 (49,4 %)
Bei einem/r Freund/in/ Bekannten	35 (15,2 %)
Injektionsraum	19 (8,2 %)
Öffentliche Toilette	17 (7,4 %)
Wohnort der Eltern od. anderer Familienmitglieder	15 (6,5 %)

Auf der Strasse/in einem Park	15 (6,5 %)
In einem leerstehenden Haus/Stiegenhaus/Auto	9 (3,9 %)
In einem Obdachlosenheim	6 (2,6 %)
Anderes	1 (0,4 %)

Tabelle 7 – Häufigkeit, mit der alleine bzw. mit anderen Personen injiziert wurde (n=231)

	Immer	Meistens	Die Hälfte der Zeit	Manchmal	Selten	Nie
Alleine	24 (10,4 %)	46 (19,9 %)	26 (11,3 %)	44 (19,0 %)	30 (13,0 %)	61 (26,4 %)
Mit einer weiteren Person	39 (16,9 %)	78 (33,8 %)	27 (11,7 %)	40 (17,3 %)	22 (9,5 %)	25 (10,8 %)
Mit mehr als einer weiteren Person	1 (0,4 %)	14 (6,1 %)	8 (3,5 %)	50 (21,6 %)	55 (23,8 %)	103 (44,6 %)

Die durchschnittliche Anzahl der Personen, mit denen die Teilnehmerinnen injiziert hatten, betrug 2,5 (SD=2,3; Range 0-15). Jene 127 Frauen, die mit mehr als einer Person während der letzten 6 Monate injiziert hatten, berichteten mit durchschnittlich 3,9 Personen (SD=2,2; Range 2-15) injiziert zu haben.

Über die Hälfte der Teilnehmerinnen (121/231; 54 %) berichteten, dass sie in der Vergangenheit bereits Spritzbesteck geteilt hatten. Im Durchschnitt gaben sie an in den letzten 6 Monaten 11,88 Mal (SD 46,37; Range 0-300; p=0.266) geteilt zu haben. Die 66 Personen, die berichteten zumindest einmal im letzten halben Jahr geteilt zu haben, teilten am häufigsten: Spritzbesteck des Partners (36/66;54,5 %), gefolgt von dem eines/r guten Freundes/in (13/66;19,7 %), einem/r Bekannten (13/66;19,7 %), einem Familienmitglied (2/66;19,7 %) und/oder jemand Unbekanntem/einer Person von der Straße (2/66;3,0 %). Außerdem berichteten die Teilnehmerinnen während der letzten 6 Monate auch das bereits benutzte Spritzbesteck

vom eigenen Partner verwendet zu haben (5/66; 7,6 %), gefolgt von dem eines/einer guten Freundes/in (9/65; 13,8 %), dem eines/einer Bekannten (7/65; 10,8 %), dem eines/einer Unbekannten (2/65 3,1 %), dem eines Dealers (2/65; 3,1 %), und/oder dem eines Familienmitglieds (1/65; 1,5 %). Die Frauen machten außerdem Angaben über ihre Risikoverhaltensweisen während der letzten 6 Monate, was die Zubereitung sowie das Injizieren von Substanzen betraf (Tabelle 8).

Tabelle 8 – Risikoverhaltensweisen bei der Zubereitung und beim Injizieren von Substanzen über die Lebenszeit und während der letzten 6 Monate (n=231)^

Risikoverhaltensweisen über die Lebenszeit	**N (%)**
Dieselbe Nadel/Spritze mehrmals benutzt	207 (89,6 %)
Löffel oder Behälter zum Aufbereiten benutzt, die zuvor von jemand anderem verwendet worden waren	160 (69,3 %)
Einen Alkoholtupfer vor der Injektion benutzt	144 (62,3 %)
Einen Alkoholtupfer nach der Injektion benutzt	143 (61,9 %)
Mit einer Nadel/Spritze injiziert, die bereits von jemand anderem verwendet worden war	121 (52,4 %)
Filter benutzt, die bereits von jemand anderem verwendet worden waren	117 (50,6 %)
Wasser für die Zubereitung oder zum Abspülen benutzt, das bereits von jemand anderem verwendet worden war	109 (47,2 %)
Filter, Kocher, Löffel oder Wasser mit jemandem geteilt, von dem bekannt war, dass er/sie HCV hatte	90 (39,0 %)
Eine Nadel/Spritze benutzt, bei der nicht klar war, ob es die eigene war	88 (38,3 %)
Risikoverhaltensweisen während der letzten 6 Monate	**N (%)**
Dieselbe Nadel/Spritze mehrmals benutzt	188 (81,7 %)
Eine Substanz nach der Zubereitung mit jemandem geteilt (d.h. nachdem Wasser hinzugefügt wurde)*	170 (73,6 %)

Eine Substanz vor der Zubereitung mit jemand anderem geteilt (d.h. das Pulver geteilt)*	150 (64,9 %)
Einen Alkoholtupfer nach der Injektion benutzt	129 (56,1 %)
Einen Alkoholtupfer vor der Injektion benutzt	123 (53,2 %)
Mit einer Nadel/Spritze injiziert, die bereits von jemand anderem verwendet worden war	66 (28.6 %)
Löffel oder Behälter zum Aufbereiten benutzt, die zuvor von jemand anderem verwendet worden waren	120 (51,9 %)
Filter benutzt, die bereits von jemand anderem verwendet worden waren	82 (35,7 %)
Wasser für die Zubereitung oder zum Abspülen benutzt, das bereits von jemand anderem verwendet worden war	76 (33,0 %)
Filter, Kocher, Löffel oder Wasser mit jemandem geteilt, von dem bekannt war, dass er/sie HCV hatte	57 (24,8 %)
Eine Nadel/Spritze benutzt, bei der nicht klar war, ob es die eigene war	39 (17,0 %)

^ Durch einzelne fehlende Werte ergibt sich für einige Items eine geringere Teilnehmerinnenzahl
** für diese Risikoverhaltensweise wurde keine Häufigkeit über die Lebenszeit erfasst*

In Tabelle 9 sind die Gründe/Motivationen der Teilnehmerinnen, eine Nadel/Spritze zu benutzen, die zuvor bereits von jemand anderem verwendet worden war, dargestellt. Als Hauptgründe wurden das Nichtvorhandensein von sterilem Spritzbesteck bzw. Entzugssymptome angegeben.

Knapp die Hälfte der Frauen (58/121; 47,9 %) gab an, schon einmal Nadeln/Spritzen mit einer Person geteilt zu haben, von der sie wussten, dass sie HCV-positiv war; 50,0 % (29/58) dieser Frauen berichteten, dies während der letzten 6 Monate getan zu haben. Am häufigsten wurden während der letzten 6 Monate Nadeln/Spritzen mit HCV-positiven Partnern geteilt (15/29; 51,7 %), gefolgt von einem/r guten Freund/in (7/29; 24,1 %), einem/r Bekannten (5/29; 17,2 %), und/oder einem Familienmitglied (2/29; 6,9 %).

Tabelle 9 – Gründe für das Verwenden von Nadeln/Spritzen, die bereits von jemand anderem benutzt worden waren während der letzten 6 Monate (n=66)

	Alle Gründe^ N=66	**Hauptgrund N=66**
Es war kein steriles Spritzbesteck vorhanden	60 (90,9 %)	30 (45,5 %)
Die Person war der Teilnehmerin bekannt	44 (66,7 %)	7 (10,6 %)
Entzugssymptome	40 (60,6 %)	19 (28,8 %)
Es konnte nicht ohne Hilfe selbst injiziert werden	26 (39,4 %)	2 (3,0 %)
Die Person hat die gleiche/n Infektionen wie die Teilnehmerin selbst (z.B. HCV, HIV)	21 (32,3 %)	1 (1,5 %)
Es wurde angenommen, dass die andere Person keine Infektionen wie HCV, HIV hatte	20 (30,3 %)	1 (1,5 %)
Es wurde nicht als riskant empfunden	12 (18,2 %)	0 (0.0 %)
Die Teilnehmerin war zu high, stoned, berauscht	10 (15,2 %)	1 (1,5 %)
Anderes	3 (4,5 %)*	4 (6,1 %)**
Es war unmöglich, die Utensilien der anderen Person zu verweigern	1 (1,5 %)	1 (1,5 %)

^ mehrere Antworten gleichzeitig möglich
** „Ich hatte keine Lust rauszugehen und es zu kaufen", „Es ist eine Regel, dass wir das Besteck mit dem Partner teilen", und „Wir sind zusammen, also teilen wir die Utensilien"*
*** Ich hatte keine Lust rauszugehen und es zu kaufen",„Es ist eine Regel, dass wir das Besteck mit dem Partner teilen", „Wir sind zusammen, also teilen wir die Utensilien" und „Es sind viele Utensilien vorhanden, und ich weiß nicht was wem gehört"*

Während der letzten 6 Monate erhielten die Teilnehmerinnen im Durchschnitt von 0,40 (SD=0,77; Range 0-4) unterschiedlichen Personen Nadeln/Spritzen, und gaben ihre Nadeln/Spritzen an durchschnittlich 0,72 (SD=1,43, Range 0-10) Personen weiter. Die Frauen berichteten ihre Nadeln/Spritzen während der letzten 6 Monate am häufigsten an ihre/n Partner/in weiter gegeben zu haben (32/76; 42,1 %), gefolgt von einem/r Bekannten (21/76; 27,6 %), einem/r guten Freundin (17/76; 22,4 %), einem Familienmitglied (4/76; 5,3 %) und einem/r Unbekannten (2/76; 2,6 %). Außerdem gaben die Teilnehmerinnen an, ihre Nadeln/Spritzen an eine/n Bekannte weiter gegeben zu haben (12/76; 15,8 %), an eine/n gute/n

Freund/in (9/76; 11,8 %), an ihre/n Partner/in (6/76; 7,9 %), an eine/n Bekannte/n (3/76; 3,9 %) und/oder einen Dealer (2/76; 2,6 %).

Mehr als die Hälfte der Teilnehmerinnen gab an, während der letzten 6 Monate Hilfe beim Injizieren benötigt zu haben (123/229; 53,7 %) – in den meisten Fällen erhielten sie diese von ihrem/r Partner/in (52/123; 42,3 %), gefolgt von einer/m guten Freund/in (32/123; 26,0 %), einem/r Bekannten (28/123; 22,8 %), einem Familienmitglied (4/123; 3,3 %) oder einer/s Unbekannten (1/123; 0,8 %).

3.3.4 Inanspruchnahme von Nadelaustauschprogrammen

Der Großteil der Teilnehmerinnen hatte schon einmal Nadelaustauschprogramme in Anspruch genommen (179/231; 77,5 %). Die Hauptgründe für die Nicht-Inanspruchnahme von Nadelaustauschprogrammen waren, dass die Frauen nicht wussten, dass sie existierten bzw. nicht wussten, wo sie waren (n=15), gefolgt von keinem Nadel-/Spritzenaustauschprogramm in ihrem Wohngebiet/in ihrer Nähe (n=13), dem Besorgen von Nadeln/Spritzen anderswo (n=11; hauptsächlich aus Apotheken), oder aufgrund von Stigma (n=2). Andere Gründe (n=11), die berichtet wurden, waren, dass die Teilnehmerinnen nie Bedarf hatten (n=5), dass sie nicht wollten oder nie dazu kamen (n=3), dass sie von Orten fernbleiben wollten, wo sich andere PISK aufhielten (n=1), dass sie selten injizierten (n=1) oder Zeitmangel (n=1).

Tabelle 10 zeigt den Anteil des Spritzbestecks, der während der letzten 6 Monate von einem Nadel-/Spritzenaustauschprogramm von den Frauen erhalten wurde. Während 66,5 % (153/230) der Frauen angaben, neue Nadeln/Spritzen von einem Tauschprogramm erhalten zu haben, berichteten nur 51,3 % mehr als drei Viertel ihrer Utensilien auf diesem Weg erhalten zu haben (Tabelle 10). Die Teilnehmerinnen erhielten während der letzten 6 Monate außerdem neue Nadeln/Spritzen von einem Tauschprogramm in einer Apotheke (129/231; 55,8 %), einer mobilen Nadeltauscheinrichtung (86/231; 37,2 %), einem/r guten Freund/in (82/231; 35,5 %), dem/r Partner/in (73/231; 31,6 %), einem/r Bekannten (68/231; 29,4 %), einer medizinischen Einrichtung/Klinik (47/231; 20,3 %), einem Injektionsraum (44/231; 19,0 %), einem Unbekannten (24/231; 10,4 %), einem anderen Ort, an dem Substanzen injiziert wurden (8/231; 3,5 %), oder von einem Krankenhaus (8/231; 3,5 %).

Tabelle 10 – Anteil von Spritzbesteck, das während der letzten 6 Monate von einem Nadel/Spritzenaustauschprogramm erhalten wurde (n=230)^

	Nichts	Ungefähr ein Viertel (1-25 %)	Ungefähr die Hälfte (50 %)	Die Hälfte bis drei Viertel (50-75 %)	Mehr als drei Viertel (75-100 %)
Nadeln/Spritzen	77 (33,5 %)	14 (6,1 %)	9 (3,9 %)	12 (5,2 %)	118 (51,3 %)
Filter	132 (57,4 %)	4 (1,7 %)	7 (3,0 %)	13 (5,7 %)	74 (32,2 %)
Löffel/ Kocher	116 (50,4 %)	9 (3,9 %)	11 (4,8 %)	10 (4,3 %)	84 (36,5 %)
Wasserampullen	123 (53,7 %)	17 (7,4 %)	9 (3,9 %)	12 (5,2 %)	68 (29,7 %)
Zitronensäure/ Vitamin C Päckchen	186 (80,9 %)	1 (0,4 %)	7 (3,0 %)	3 (1,3 %)	33 (14,3 %)
Wischtücher/ Tupfer	105 (45,7 %)	8 (3,5 %)	9 (3,9 %)	12 (5,2 %)	96 (41,7 %)
Behälter für Nadeln	170 (73,9 %)	4 (1,7 %)	6 (2,6 %)	7 (3,0 %)	43 (18,7 %)

^ Durch einzelne fehlende Werte ergibt sich für einige Items eine geringere Teilnehmerinnenzahl

3.3.5 HCV-Status

Bei fast allen Teilnehmerinnen wurde bereits einmal ein HCV-Test durchgeführt (226/231; 99,1 %); 58,0 % (131/226) der getesteten Frauen waren HCV-positiv.

3.3.6 HCV-Übertragungswissen

Die meisten Teilnehmerinnen schätzten ihren Wissensstand, was HCV-Übertragung betrifft, als angemessen/ausreichend (102/230; 44,3 %) oder gut (90/230; 39,1 %) ein. Wie aus Graphik 2 hervorgeht, existierten jedoch zahlreiche Irrtümer/Missverständnisse und Lücken im Wissensstand der Frauen, was HCV-Übertragungswege betraf. Der mittlere HCV-Übertragungswissens-Score betrug 39,28 (SD=5,92, Range 20-52).

Graphik 2 – HCV-Übertragungswissen unter WISK

Bekannte Risiken (>70 % wussten Bescheid)	• Teilen von Nadeln, Löffeln, Filtern, Zahnbürsten und Rasierern • Umverteilen/Injizieren einer Substanz von einer Spritze in eine andere Spritze mittels Nadel oder dem hinteren Teil der Spritze • Das Abspülen des Bestecks mit Leitungswasser zerstört das HCV NICHT • Abtupfen der Injektionsstelle mit einem zuvor von einer anderen Person benutzten Tuch/Tupfer • Nadelstichverletzungen • Übertragung durch Blut, auch bei einer einzigen Exposition oder einer winzigen Menge • Tattoos und Körperpiercings • Keine Übertragung durch das Teilen von Tassen, Tellern oder Kochutensilien, Husten und Niesen, Umarmungen, Händeschütteln oder Hände halten, Essen, Luft oder Toilettensitze • Erneute Infektion ist möglich • Mutter-zu-Kind-Übertragung • Ungeschützter, wilder vaginaler, analer oder oraler Sexualverkehr • Auch gesund aussehende Menschen können HCV übertragen
Unbekannte Risiken (>30 % wussten NICHT Bescheid)	• Teilen von Spülwasser • Teilen von Wasser zur Zubereitung • Teilen des Abbindeschlauches • Das Bleichen oder Abkochen von Nadeln ist KEINE sichere Methode, eine HCV-Übertragung zu verhindern • Berühren der Injektionsstelle einer anderen Person (z.B. um nach einer Vene zu tasten, zum Abwischen oder um Blutung zu stoppen) • Ablecken oder Aufsaugen von Substanzresten aus geteilten Utensilien • HCV kann in gebrauchtem Besteck, das über 1 Monat nicht verwendet wurde, überleben • Teilen von Pfeifen/Röhrchen beim Rauchen von Substanzen • Es gibt mehrere HCV-(Sub-) Typen • Stillen

Irrtümer (>30 % glaubten das)	• Existenz einer HCV-Impfung • Infektion durch alleiniges Injizieren ohne Besteck zu teilen • HCV-Übertragung durch Kontakt mit Speichel, Tränen, Schweiß oder Urin • HCV-Übertragung durch Blutspenden • HCV-Übertragung durch Wiederverwenden des eigenen Bestecks, das niemand anderes benutzt hat • HCV-Übertragung nur möglich bei gleichzeitiger HIV-Infektion • HIV ist leichter übertragbar als HCV • HCV-Übertragung durch Zungenküsse, falls der/die Partnerin HCV-positiv ist • Händewaschen vor und nach der Injektion schützt vor einer HCV-Übertragung • HCV-Übertragung durch Moskitos oder andere Insekten

3.3.7 Gefängnis

Beinahe die Hälfte der Teilnehmerinnen war bereits inhaftiert – in einem Gefängnis oder einer Jugendstrafanstalt (100/231; 43,3 %); durchschnittlich 1,66-mal (SD=4,07; Range 0-35-mal). Siebzehn Prozent (17/100) dieser Frauen haben während ihrer Inhaftierung Substanzen injiziert.

3.3.8 Paarbeziehungen

Von den Frauen, die diese Frage beantworteten, waren 39 % (89/228) aktuell Single und 61,0 % (139/228) in einer Paarbeziehung. Die meisten Frauen gaben an, dass ihr/e aktuelle/r oder letzte/r PartnerIn männlich war (220/228; 96,5 %) und schon einmal Substanzen injiziert hatte (157/227; 69,2 %). Der Großteil der Frauen berichtete, während der letzten 6 Monate ihrer aktuellen oder letzten Paarbeziehung vaginalen Sex gehabt zu haben (196/227; 86,3 %). Analer Sex war weniger häufig, wobei üblicherweise weder bei vaginalem noch bei analem Sex ein Kondom benutzt wurde. Über ein Drittel der Befragten gab „keine“ Verhütung als ihre gewohnte Form der Verhütung an (78/227; 34,4 %), 41,4 % (94/227) nannten Kondome,

10,1 % (23/227) die „Pille“, 4,8 % (11/227) ein Hormonimplantat, 3,1 % (7/227) ein Intrauterinpessar, 2,6 % (6/227) waren sterilisiert, 0,4 % (1/227) gaben an, dass ihr Partner eine Vasektomie hatte und 3,1 % (7/227) sagten, sie verwendeten eine „andere Form der Verhütung“.

Siebenunddreißig Prozent der Frauen berichteten, dass ihr/e letzte/r oder aktuelle/r PartnerIn HCV-positiv sei (84/227).

3.3.9 Gewalt in Paarbeziehungen

Insgesamt berichteten 70,4 % (159/226) der Teilnehmerinnen Gewalt während der letzten 12 Monate in ihrer aktuellen oder letzten Paarbeziehung erlebt zu haben. Die häufigste Form der erlebten Gewalt war schwerwiegende sexuelle Gewalt gepaart mit körperlicher Gewalt (90/226; 39,8 %), gefolgt von physischer Gewalt in Verbindung mit emotionalem Missbrauch (36/226; 15,9 %) und emotionalem Missbrauch und/oder Belästigung (24/226; 10,6 %). Es war unüblich, dass die Frauen physischer Gewalt allein (ohne anderen Formen von Gewalt) ausgesetzt waren (9/226; 4,0 %).

3.3.10 Psychiatrische Erkrankungen

Ein Großteil der Frauen berichtete zumindest eine komorbide psychiatrische Erkrankung in ihrem Leben gehabt zu haben (200/229; 87,3 %), wobei die mittlere Anzahl der komorbiden Störungen 3,03 (SD=2,11, Range 0-7) betrug. Die häufigsten psychiatrischen Erkrankungen waren Depressionen (174/229; 76,0 %), Panikstörung (124/229; 54,1 %) und PTBS (120/229; 52,4 %). Siebenundsiebzig Prozent der Frauen erfüllten die Diagnosekriterien für eine affektive Störung (176/229; 76,9 %) und 76,9 % (176/229) für eine Angststörung in ihrem Leben.

3.4 Qualitative Ergebnisse

3.4.1 Einführung

In der ersten Phase des REDUCE-Projekts wurde über 6 Monate hinweg mit 231 WISK quantitativen Interviews durchgeführt. Ein Teil dieser Frauen (125/231) wurde ausgewählt (um möglichst große Heterogenität in Bezug auf Alter, Hauptsubstanz, HCV-Status und Risikoverhaltensweisen etc. zu erhalten), am qualitativen Interview zur Erfassung ihres Wissensstandes betreffend HCV-Übertragung und damit assoziierten injizierenden und sexuellen Risikoverhaltensweisen, teilzunehmen. Die Auswahlkriterien umfassten Alter, HCV-Status, psychische Gesundheit und erlebte Gewalt in der Paarbeziehung.

Die teilnahmeberechtigten Frauen (älter als 18 Jahre, Injizieren von Substanzen während der 6 Monate vor dem Interview) aus den REDUCE Teilnahmeländern wurden auf unterschiedlichen Wegen, wie z.B. in ambulanten Behandlungseinrichtungen, von Gemeindehelfern für Suchtkranke, in Schadensminimierungs-/Präventions-Einrichtungen oder Rehabilitationsprogrammen rekrutiert. Die Interviews wurden hauptsächlich in Behandlungszentren und ausnahmslos in der Muttersprache der Teilnehmerinnen durchgeführt; die Interviewdauer betrug 20-90 Minuten.

3.4.2 Ergebnisse

Die Teilnehmerinnen waren 18 bis 57 Jahre alt. Sechzig Frauen (48 %) gaben an, HCV-positiv zu sein, 60 (48 %) negative, und 5 WISK (4 %) kannten ihren Status nicht. Die Frauen waren bei ihrer ersten Injektion 12 bis 38 Jahre alt, wobei die meisten in ihren Zwanzigern waren. Mehr als die Hälfte der Frauen war in einer fixen Beziehung (81/125, 65 %), die anderen Frauen gaben an, Single zu sein. Die Mehrheit der Frauen konnte sich selbst Substanzen injizieren, wobei einige Hilfe benötigten – aufgrund von Unerfahrenheit oder weil sie Unterstützung brauchten, um Zugang zu ihren Venen zu bekommen.

Tabelle 11 – Anzahl der Teilnehmerinnen, Altersgruppe und HCV-Status in den Teilnahmeländern

Land	n	Altersgruppe (Mittelwert)	HCV-positiv	HCV-negativ	HCV-Status unbekannt
Österreich	28	18-43 (27)	14	14	-
Italien	24	20-50 (30)	13	11	-
Polen	24	23-57 (33)	15	9	-
Schottland[1]	25	20-45 (34)	6	14	5
Spanien	24	24-48 (39)	12	12	-
Summe	**125**	**-**	**60**	**60**	**5**

1) 6 WISK berichteten aktuell HCV-negativ zu sein und das Virus neutralisiert zu haben

Informationen bezüglich HCV-Risiken und Übertragungswissen

Den Teilnehmerinnen wurde eine Reihe von Fragen gestellt, um Näheres über ihre Informationsquellen was HCV, Risikoverhaltensweisen und Übertragung betraf, zu erfahren.

Informationsquellen

Die Frauen nannten Gesundheitseinrichtungen, Suchtbehandlungseinrichtungen, Nichtregierungsorganisationen und Peers als Hauptquellen ihres HCV-Wissens; weiters wurden Informationsblätter, Broschüren, Internet und Gefängnis als Wissensquellen aufgezählt. Obwohl die Frauen ihr Wissen häufig aus verschiedenen Quellen hatten, wurden Gesundheitseinrichtungen als Hauptquelle in Schottland, Spanien, Italien und Österreich genannt; in Polen waren Peers die Hauptinformationsquelle. Außerdem wurde in Polen der Zugang zu schriftlichem Informationsmaterial als schlecht empfunden. Im Allgemeinen wurden Informationen, die von Fachleuten oder

Broschüren stammten, als verlässlicher eingestuft, während Informationen, die von anderen Usern kamen eher misstraut wurde:

> *“Ich erachte Freunde nicht als verlässliche Informationsquelle (was HCV betrifft). Es kursieren zahlreiche Mythen, wie man sich infizieren kann. Viele Leute haben falsche Vorstellungen darüber“ (Polen: ID-Nr. 16, Amphetamin-Userin, 41 Jahre alt, HCV-positiv)*

> *“Ja… aber wenn es von der Straße kommt… die sagen alles mögliche, denn ich hab viele verschiedene Sachen gehört, aber ich glaube es nur, wenn es von Fachleuten oder Informationsblättern kommt… sonst weiß ich nicht” (Spanien: ID-Nr. 07, Kokain-Userin, 28 Jahre, HCV-negativ)*

Viele Frauen, die erfuhren, dass sie oder FreundInnen HCV positiv waren, suchten nach Informationen über die Erkrankung. Andere Motivationen für die Informationssuche waren Beginn einer HCV-Behandlung, Schwangerschaft oder Bedenken aufgrund vergangener injizierenden Risikoverhaltensweisen (wie z.B. das Teilen von Spritzbesteck). Obwohl einige Teilnehmerinnen (über die Länder verteilt) sehr aktiv nach Informationen suchten und sich bemühten, über den aktuellen Wissensstand informiert zu sein, waren viele passiv oder desinteressiert. Als Hauptgründe für diese Passivität wurden das Einnehmen von Drogen, ein negatives Testergebnis, oder die Annahme, dass keine neuen Informationen benötigt würden, genannt. Ein kleiner Teil der Frauen glaubte, dass ab dem Zeitpunkt eines positiven Testergebnisses/einer Infektion keine weiteren Informationen benötigt würden. Außerdem hielten einige Frauen in Polen, Italien und Schottland HCV für eine geringere gesundheitliche Gefahr als HIV. “Ich war meist vorsichtig was HIV betrifft, denn letztendlich, wahr oder falsch, habe ich Hepatitis C immer als behandelbarer als HIV angesehen” (Italien, ID-Nr. 42, Heroin-Userin, 33 Jahre, HCV-negativ). In Spanien berichteten einige Teilnehmerinnen keine weiteren Informationen über HCV zu suchen, da sie nur gelegentliche Freizeit-Userinnen seien und die Risiken minimal hielten; im Allgemeinen tendierten die Frauen mit einer höheren Bildung eher dazu, aktiver nach neuen Informationen zu suchen.

Übertragungswissen: Verstehen und Irrtümer/Missverständnisse

Obwohl alle Teilnehmerinnen angaben, Informationen über HCV-Übertragung erhalten zu haben, war das vorhandene Wissen oft lückenhaft oder falsch. Die meisten Frauen waren sich der Übertragung durch Blut bewusst, jedoch wussten nur wenige ob eine Möglichkeit einer Übertragung durch sexuellen Kontakt bestehe. Einigen Frauen war nicht bekannt, dass eine Übertragung auch durch das Teilen von Wasser oder anderer Utensilien zum Injizieren möglich ist. Letzteres ist besonders besorgniserregend, da es sich beim Teilen von Utensilien um die Hauptinfektionsquelle handelt.

> *"Ich wusste, dass man sich durch das Teilen von Nadeln und Spritzen infizieren kann, und dass die Übertragung durch Blut erfolgt, jedoch war mir nicht bewusst, dass das Verwenden desselben Kochers, um die Lösung zuzubereiten, auch gefährlich sein kann"*
> *(Polen: ID-Nr. 15, Heroin-Userin, 42 Jahre, HCV-positiv).*

Eine Reihe von Mythen bzw. Fehlannahmen kursierte unter den Frauen. Beispielsweise glaubten einige Frauen, dass sie sich durch Wiederverwenden der eigenen Nadeln infizieren könnten (Österreich, Italien und Polen); dass sexuelle Übertragung nur während der Menstruation möglich sei (Österreich und Spanien); dass man sich nur ein einziges Mal mit dem Virus infizieren kann (Schottland); und dass das Virus über Speichel (Schottland), Samen (Spanien) oder Berührung (Polen) übertragbar sei.

Selbst die Frauen, die ausgezeichnet über HCV-Übertragungsrisiken informiert waren, gingen oft gewisse Risiken ein. Für diese Dissonanz zwischen Wissen und Verhalten sind einige Faktoren verantwortlich, wie z.B. akute Entzugssymptome, Craving, angenommene Immunität sowie die Überzeugung, dass eine HCV-Infektion für ISK unvermeidbar sei.

Erste Injektionserfahrung

Die meisten Frauen injizierten zum ersten Mal Substanzen im Beisein ihrer/s Partners/in oder eines/r Freundes/in, welche/r schon Erfahrung hatte und beim Zubereiten und Injizieren behilflich war. Einige Frauen bekamen von mehreren Usern Injektionen bevor sie sich selbst spritzen konnten, was ihr Risiko für eine Übertragung erhöhte. Als Hauptmotivationen für den

Beginn mit injizierendem Substanzkonsum wurden wirtschaftliche Gründe/ Maximieren der Wirkung, Neugier und Einfluss des/r Partner/in und von Peers genannt.

> *"Ich wollte nicht injizieren, und er zwang mich dazu es auszuprobieren; ich war verliebt und tat es."*
> *(Italien: ID-Nr. 26, Kokain-Userin, 44 Jahre, HCV-negativ nach erfolgreicher Behandlung).*

Risikoverhaltensweisen beim Injizieren von Substanzen

Die folgenden Absätze behandeln Risikoverhaltensweisen der Teilnehmerinnen beim Injizieren von Substanzen; insbesondere wird dabei auf die Umgebung, in der injiziert wurde, den Erwerb und die Entsorgung der Injektionsutensilien sowie auf Aspekte der Sicherheit wie z.B. Präventionsmaßnahmen beim Injizieren, eingegangen.

Umgebung, in der injiziert wurde

Die Mehrheit der Teilnehmerinnen (über alle Teilnahmeländer hinweg) injizierte eher im Beisein von anderen Personen; es wurde selten allein injiziert. Außerdem wurde eher in einer privaten Umgebung (wie z.B. zu Hause oder im eigenen Auto) injiziert. Die Hälfte der Teilnehmerinnen aus Spanien berichtete „gelegentliches" Injizieren im Freien, jedoch waren sie sich – wie die Teilnehmerinnen aus Polen – des erhöhten Risikos aufgrund von einer höheren Wahrscheinlichkeit für Teilen der Injektionsutensilien und weniger praktischen Präventionsmöglichkeiten wie dem Zugang von sterilem Wasser, bewusst.

> *"Wenn wir Drogen im Stiegenhaus nehmen, verwende ich unser gemeinsames Wasser und wasche das Besteck in einer unserer gemeinsamen Flaschen"*
> *(Polen: ID-Nr. 5, Heroin-Userin, 36 Jahre, HCV-positiv).*

In Spanien stehen auch Injektionsräume zur Verfügung, die vorzugsweise von den jüngeren Frauen in der Stichprobe in Anspruch genommen wurden,

“Ich verbringe viel Zeit hier im Injektionsraum. Ich habe kein Zuhause. Ich denke, es ist immer besser hier als auf der Straße”
(Spanien: ID-Nr. JT34, Kokain-Userin, 24 Jahre, HCV-positiv);

andere Frauen hingegen injizierten lieber zuhause bzw. alleine,

“Ich habe es immer auf der Straße getan. Das war früher, als ich noch jünger war. Aber jetzt bevorzuge ich einen ruhigeren Ort, ich mache es zuhause, mit meinem Zeug, auf meinem Sofa, lasse mir Zeit...”
(Spanien: ID-Nr. JT46, Heroin-Userin, 46 Jahre, HCV-positiv).

Die älteren Teilnehmerinnen gaben an, sich weniger sicher und verletzbarer beim Injizieren im Freien zu fühlen.

Doch die Teilnehmerinnen gingen nicht nur größere Risiken beim Injizieren im Freien ein, sondern auch, wenn sie sich in Gruppen befanden. Frauen aus Polen berichteten beispielsweise, dass das Teilen von Utensilien viel häufiger vorkam, wenn sie in einer Gruppe waren, entweder unabsichtlich, da man nicht mehr wusste, wem was gehörte, oder aufrgrund von mangelnden sterilen Nadeln und Spritzen. Die Frauen aus Polen waren der Meinung, dass es in Nadelaustauscheinrichtungen nicht genügend sterile Nadeln und Spritzen geben würde, um die ganze Gruppe damit zu versorgen; die Nadeln und Spritzen, die man in der Apotheke kaufen konnte, würden oft nicht ihren Bedürfnissen entsprechen.

Erwerb und Entsorgung von Utensilien zum Injizieren

Sauberes Injektionsbesteck wird vor allem durch Nadelaustauschprogramme erworben. Teilnehmerinnen aus Spanien und Schottland zeigten sich sehr zufrieden über die Möglichkeit, alle notwendigen Utensilien in einem Päckchen zu erhalten (z.B. sterile Nadel/Spritze, Filter, Tupfer, Kocher und Wasser). In Schottland wurden diese Utensilien vor allem durch Nadelaustauschprogramme in Apotheken erworben; in Spanien hauptsächlich durch Injektionsräume und Apotheken, in Italien durch Erwerb in lokalen Apotheken und von Automaten bzw. gratis bei Tauschprogrammen. Die meisten österreichischen Teilnehmerinnen nahmen regelmäßig Nadelaustauschprogramme in Anspruch; nur einige wenige bekamen ihr steriles Besteck von FreundInnen. Die Teilnehmerinnen aus Polen zeigten sich weniger zufrieden mit dem Zugang zu sterilem Injektionsbesteck; sie berichteten über

Schwierigkeiten sterile Utensilien zu erlangen, Versorgungsmangel in den Apotheken, negative Einstellung der Angestellten in den Apotheken, und Geldmangel, um die Utensilien zu kaufen. Der Zugang zu sterilen Utensilien war für Teilnehmerinnen aus allen Ländern eine Herausforderung, insbesondere was die Zugänglichkeit von Nadelaustauschprogrammen betraf sowie Craving und akute Entzugssymptome, die sie oftmals davon abhielten, außer Haus zu gehen und neues Besteck zu besorgen.

Die meisten Teilnehmerinnen berichteten ihre gebrauchten Nadeln – in dafür vorgesehenen Behältern – wieder zu den Nadeltauschprogrammen zurück zu bringen. Italien und Österreich stellen keine Behälter für Nadeln zur Verfügung. Die italienischen Teilnehmerinnen entsorgten ihr Besteck meist in einer Mülltonne – zu Hause oder auf der Straße. Die Frauen gaben an, ihre Spritzen üblicherweise nach Gebrauch wieder zu verschließen, was auch als Präventionsmaßnahme vor versehentlichem Stechen beim Hantieren mit den Utensilien – für sie selbst und andere – diente. Einige Teilnehmerinnen hoben ihre Nadeln für eventuellen späteren Gebrauch, v.a. als Notfallversorgung – auf. Einige Frauen gaben an, ihre gebrauchten Nadeln an andere Personen, die Entzugssymptome hatten, weiter zu geben,

> *"Wenn jemand echt schwere Entzugssymptome hat? Ja, ich würde ihm meine Nadeln geben. Um ihm zu helfen..."*
> *(Österreich: ID-Nr. RED 17, 31 Jahre, HCV-positiv).*

Einige Frauen sagten, sie teilten häufig ihre Tasche für wieder-verwendete Nadeln mit ihrem/r Injektionspartner/in; während einige ihre Spritzenzylinder zur Identifikation kennzeichneten, nahmen andere keinerlei Identifikationsmaßnahmen vor, um ihre Spritzen wieder zu erhalten, was wiederum ihr Risiko für die Verwendung einer von jemand anders benutzten Nadel und damit ihr Infektionsrisiko erhöhte.

> "*Ich weiß nicht. Ich habe sie (die Spritzen) hier und hole sie raus; meine ist genauso wie seine, ich mein ich teil sie nicht absichtlich, sie sind einfach da (…) wenn ich sie in die Tasche gebe, würde ich nicht daran denken sie zu markieren, wissen Sie, meine FreundInnen haben sie immer gekennzeichnet, aber nach einer Weile habe ich es nicht mehr gemacht. Ich habe sie einfach in die Tasche gegeben, heraus genommen und verwendet; wir wussten nicht, wem welche gehörten, also haben wir sie sicher geteilt. Aber es war nicht so dass wir teilen wollten; wir waren einfach zusammen und haben die Spritzen genommen und verwendet"*
> *(Italien: ID-Nr. 5, Kokain-Userin, 24 Jahre, HCV-positiv).*

Einige Frauen berichteten, ihre benutzten Nadeln mit Wasser und/oder Alkohol zu reinigen, bevor sie sie in einer Tasche verstauten, während andere ihre schmutzigen Nadeln in ihre Tasche gaben und erst vor/bei der nächsten Verwendung säuberten.

Zubereitung und Injizieren

Ein Großteil der Frauen berichtete, ihre Injektionsstelle vor bzw. nach dem Injizieren zu reinigen. Die Päckchen mit den Injektionsutensilien in Spanien, Italien und Schottland enthielten auch Alkoholtupfer, um die Haut zu reinigen. Dennoch gaben die Teilnehmerinnen an, auch Taschentücher, Handtücher, Watte, Baby-Reinigungstücher und sogar Papier aus Zigarettenschachteln zu verwenden.

Die Mehrheit der Frauen aus allen Teilnehmerländern hatte schon einmal Injektionsutensilien geteilt. Allerdings schien die Zubereitungsphase der Substanzen zum Injizieren eine wesentliche Rolle zu spielen; so berichteten die Frauen, dass sie mehr Kontrolle über den Prozess hätten und weniger Risiken eingingen was das Teilen von Utensilien betraf, wenn sie alleine Substanzen injizierten. Wenn sie sich allerdings in einer Gruppe befänden oder mit ihrem/r Partner/in seien, würden sich mehr Gelegenheiten und Risiken zum Teilen von Utensilien, insbesondere von Kochern, Wasser und Filtern, ergeben. Die meisten Teilnehmerinnen waren sich der Übertragungsrisiken beim Teilen von Nadeln bewusst, allerdings war das Teilen von Kochern, Filtern und Wasser sehr üblich. So erzählten Frauen aus Schottland und Italien wie sie ihre Kocher, Filter und Wasser teilten, um dann die jeweiligen Sub stanzen in verschiedene Spritzen aufzuteilen. In Spanien und Polen war die Praxis, Substanzen von einer Spritze in die andere (von vorne oder hinten; „frontloading“/“backloading“) umzuverteilen, vorherrschender.[1] Sieben Frauen aus Italien berichteten beispielsweise, diese Methode anzuwenden, wobei nur zwei von ihnen angaben sterile Nadeln/Spritzen dazu zu verwenden; die anderen Frauen benutzten gebrauchte oder „sterilisierte“ Spritzen. In Österreich wurde diese Methode von den Teilnehmerinnen nicht angewandt.

[1] Front-/ backloading beschreibt das Aufziehen einer Substanz mit einer Spritze, an der eine Nadel befestigt ist - ein Teil der zubereiteten Lösung wird dann in andere Spritzen umverteilt: entweder durch die vordere Öffnung (wenn die Nadel auf der anderen Spritze zuvor entfernt wird; „frontloading“), oder durch den hinteren Teil der Spritze (wenn der Spritzkolben vorher entfernt wird; „backloading“).

Informelle Regeln für das Zubereiten und Injizieren von Substanzen wurden hingegen in allen Teilnehmerländern beschrieben. Teilnehmerinnen aus Italien, Polen, Schottland und Spanien beschrieben die vor allem unter „neuen“ Usern und unter solchen, die selbst nicht dazu in der Lage waren, übliche Praxis, dass erfahrenere User die Injektionslösung zubereiteten. Die Zubereitung sowie die Reihenfolge des Injizierens würde von jenen Personen bestimmt, die das meiste Geld für die Substanzen beisteuerten. Ein weiterer wichtiger Aspekt war vor allem für die Frauen, die sich nicht selbst injizieren konnten, das „Vertrauen“, das sich häufig daran orientierte, wie gut sie die Person kannten (z.B. langjährige Beziehung/Sexualpartner) bzw. an der Erfahrung des anderen beim Injizieren. Einige wenige Teilnehmerinnen räumten ein, dass sie die Kontrolle der Zubereitung ihrem/r Partnerin überließen, da sie sich außer Stande fühlten, darüber zu verhandeln oder auf eine sichere Injektionsmethode zu bestehen. Außerdem war Gewalt in der Beziehung ein Faktor, der die Fähigkeit der Frauen, sich gegen aggressive oder dominante Partner durchzusetzen und damit das Teilen von Utensilien zu verhindern, stark einschränkte.

“Ich hatte zu sehr Angst ihm zu sagen, dass ich seine nicht verwenden will, da ich sonst noch einen Schlag ins Gesicht bekommen hätte können. Ich war zu ängstlich, ich habe es zuvor bei ihm versucht und ich habe... ach, ich möchte jetzt nicht näher darauf eingehen, aber ich würde letztendlich einen Schlag ins Gesicht bekommen”
(Schottland: ID-Nr. 2023, Kokain-Userin, 39 Jahre, HCV-positiv).

Depressionen und Apathie wurden durch die folglich fehlende Motivation ebenfalls als Gründe genannt, warum keine Schutzmaßnahmen ergriffen wurden,

“Tja, es ist dir einfach völlig egal in diesem Moment, wenn Du Dich so schlecht fühlst... es ist Dir einfach nicht wichtig” (Spanien: ID-Nr. JT43, Kokain-Userin, 36 Jahre, HCV-positiv).

Einige Frauen aus Italien, Schottland und Spanien meinten, dass es selten sei, dass der Hepatitis C-Status beim Injizieren in Gruppen angesprochen würde. In Polen hingegen sei es üblich, andere über den HCV- und HIV-Status zu informieren und auf Basis dieser Information zu entscheiden, ob man die Utensilien zum Injizieren teile oder nicht. Die Frauen aus Österreich berichteten, dass es nicht unüblich sei, den HCV-Status mit dem/r Partner/in oder FreundInnen zu thematisieren.

Sexualverhalten

Die Mehrheit der Teilnehmerinnen war heterosexuell und aktuell oder kürzlich in längerfristigen Paarbeziehungen. Die Hälfte der Frauen in Österreich berichtete auch in ihrer Beziehung Kondome zu verwenden. Dies war in sämtlichen anderen Teilnehmerländern eher unüblich; in Polen verhüteten die meisten Teilnehmerinnen überhaupt nicht. Als Hauptgründe für das Nicht-Verwenden von Kondomen wurden Vertrauen und Intimität in langfristigen Beziehungen; Mangel an Selbstsicherheit; Angst (die aus vergangener oder aktueller Gewalt in der Paarbeziehung herrührte), den Partner zu bitten, ein Kondom zu verwenden; sich in der Situation gefesselt zu fühlen; Gleichgültigkeit; und vermindertes Gefühl beim Sex :

> *"Mein Partner meint, wenn ich ein Kondom verwenden möchte, dann bedeutet das, dass ich ihn nicht liebe und bald verlassen werde"*
> *(Polen: ID-Nr. 15, Heroin-Userin, 42 Jahre, HCV-positiv)*

> *"Ja in meiner Beziehung mit diesem obdachlosen Typen. Er weigerte sich (ein Kondom zu verwenden), er schlug mir ins Gesicht. Ich hatte Angst und ich konnte nicht zweimal sagen, verwend es'"*
> *(Spanien: ID-Nr. JT35,* Heroin-Userin, 45 Jahre, HCV-positiv).

In einigen Fällen weigerten sich die Partner Kondome zu verwenden, während andere gemeinsam mit ihren Partnern entschieden oder laut Angaben sogar einen Partner hatten, der auf die Verwendung eines Kondoms bestand. In Fällen, wo beide Partner HCV-positiv waren, wurde selten mit Kondomen verhütet; das Risiko, sich mit einem anderen Subtyp zu infizieren, wurde kaum bedacht.

Ein kleiner Teil der Frauen berichtete, neue Partner zu bitten, sich auf sexuell übertragbare Krankheiten (und HCV) testen zu lassen; ein etwas größerer Anteil der Teilnehmerinnen bestand bei neuen oder Gelegenheitspartnern auf die Verwendung von Kondomen. Nur sehr wenige TeilnehmerInnen prostituierten sich; diese Frauen berichteten jedoch, dass sie üblicherweise Kondome verwenden würden (außer ein Freier würde für Sex ohne Kondom mehr bezahlen), einige davon auch beim Oralsex. Analsex wurde selten berichtet, und lediglich in Spanien wurde dieser Art von Sex das höchste Transmissionsrisiko zugeschrieben. Oralsex wurde generell nicht als Risikofaktor empfunden. Bezüglich lesbischer Paarbeziehungen

herrschte die Annahme vor, dass es keine Schutzmaßnahmen gebe. Im Allgemeinen war das Wissen ob einer HCV-Übertragung durch ungeschützte Sexpraktiken möglich sei oder nicht, nicht so verbreitet wie das Wissen über das Risiko beim Injizieren von Substanzen. Aber auch unter jenen Frauen, die sich des Risikos bewusst waren, herrschte eine gewisse Dissonanz zwischen Wissen und Verhalten.

Infektion und Prävention

Dieses Unterkapitel befasst sich mit der Wahrnehmung bzw. der Interpretation der Teilnehmerinnen was ihren HCV-Status betrifft, sowie den damit assoziierten Übertragungsweg bzw. effizienten Schutzmaßnahmen.

Die HCV-negativen Teilnehmerinnen zählten eine Reihe von Faktoren bzw. Theorien auf, wie sie sich vor der Infektion geschützt hatten:
Die meisten Frauen teilten ihre Injektionsutensilien nicht oder nur selten; einige gaben an, sich durch die Verwendung von Kondomen zu schützen; andere kennzeichneten ihre Utensilien, um sicher zu gehen, dass es ihre eigenen waren. Einige Frauen führten ihren HCV-negativ-Status auf ‘Glück’ zurück.

Knapp die Hälfte (48 %) der Teilnehmerinnen hatte sich im Laufe ihrer Drogenkarriere mit HCV infiziert. Die meisten Frauen glaubten, sich durch das Teilen von Nadeln oder anderen Utensilien (z.B. Kocher und Filter) infiziert zu haben. Frauen aus Polen führten ihre Übertragung generell nicht auf das Teilen von Wasser zurück; einige machten Hygienemangel oder Schmutz für die HCV-Übertragung verantwortlich. Unter den italienischen Teilnehmerinnen war das Übertragungsrisiko durch Teilen von Nadeln und Spritzen generell bekannt – im Gegensatz zum Risiko durch das Teilen anderer Utensilien, dass einigen Frauen erst durch die Interviewteilnahme klar wurde. Wenige Teilnehmerinnen nahmen an, den Virus sexuell aquiriert zu haben; zumeist wurde von einem eher minimalen sexuellen Übertragungsrisiko augegangen (da sie verhütet hatten oder das Risiko im Allgemeinen für gering hielten).

Nach Erhalt ihrer HCV-Diagnose praktizierten die meisten Frauen sicherere Injektionsmethoden, vor allem was das Teilen von Nadeln und anderen Utensilien betraf. Ein kleiner Teil der Frauen änderte ihr Verhalten folglich nicht – entweder weil sie bereits sichere Methoden anwandten oder das

Teilen ihre gewohnte Praxis war. Einige Teilnehmerinnen teilten anderen UserInnen mit, dass sie HCV hatten, sodass diese entscheiden konnten, ob sie ihre Injektionsutensilien mit ihnen teilen wollten oder nicht. Andere, insbesondere Familienmitglieder und Kinder, keinem Risiko auszusetzen, war vielen Frauen ein Anliegen; sie vermieden das Teilen von Nagelknipsern, Zahnbürsten und Rasierklingen. Einige Frauen berichteten, Kondome zu verwenden, um ihre Partner nicht zu infizieren. Frauen, die im Freien injizierten, erzählten, dass sie stets sicherstellten, Zugang zu sauberem Wasser zu haben, um ihre verwendeten Utensilien abzuspülen. Andere berichteten, nur zuhause zu injizieren, damit sie keinen Stress bei der (sicheren) Zubereitung und Applikation hatten.

Interventionsmaßnahme

Teilnehmerinnen aus allen Ländern begrüßten eine Interventionsmaßnahme zur Aufklärung und Vermeidung einer HCV-Übertragung. Die Frauen freuten sich darauf, neue Fähigkeiten zur Selbstbestimmung zu erlernen sowie ihr Wissen über HCV zu erweitern, und waren überzeugt, dass nicht nur sie selbst beim Substanzen injizieren und in ihrem Sexualleben davon profitieren würden, sondern auch jüngere bzw. ‚neue' ISK. Die Meinungen, ob die Intervention in der Gruppe oder im Einzelsetting erfolgen sollte, waren allerdings geteilt. Jene Frauen, die das Einzelsetting bevorzugten, begründeten dies mit möglichen Gruppenkonflikten, Verlegenheit und Mangel an Selbstvertrauen. Einige meinten, sie seien offener was persönliche Angelegenheiten betreffe, wenn sie mit einem Fachmann sprechen könnten, was außerdem Anonymität und Diskretion garantieren würde. Andere Frauen wiederum meinten, es sei ihnen peinlich oder sie hätten Angst, aufgrund ihres HCV-Status von der Gruppe verurteilt zu werden. Für ein Gruppensetting sprach, dass man Erfahrungen austauschen könne und sich interessante Diskussionen ergeben könnten; außerdem wurde die Arbeit in der Gruppe als sympathischer und dynamischer im Vergleich zum Einzelsetting empfunden. Die italienischen Teilnehmerinnen sprachen sich für das Gruppensetting aus. Die meisten Teilnehmerinnen aus Österreich, Italien und Polen waren der Ansicht, dass es vorteilhaft wäre, wenn ihr/e Partner/in bei der Intervention mitmachen könnte, da diese auch über HCV-Übertragungsrisiken informiert werden sollten und sie dann unterstützen könnten. In Spanien und Schottland hingegen wurde die Einbeziehung des/der

Partners/in mehrheitlich abgelehnt, da sich die Frauen eingeschränkt fühlen würden, ihre Meinungen und Erfahrungen offenzulegen, wenn ihre Partner anwesend wären.

3.4.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend zeigten sich viele Gemeinsamkeiten unter den Frauen der REDUCE-Teilnehmerländer, inbesondere was Informationserwerb, Wissensstand und Injektionspraktiken betraf. Auch wenn einige Unterschiede deutlich wurden, sprachen die Ergebnisse insgesamt für einen Verbesserungsbedarf, was den Wissensstand bezüglich HCV-Übertragungsrisiken unter WISK sowie die Ermutigung und Unterstützung von Verhaltensänderungen bei Injektions- und sexuellen Praktiken betraf.

Obwohl Informationen über HCV aus verschiedenen Quellen erhalten wurde, erachteten die Frauen Informationen von Fachleuten als am zuverlässigsten. Trotz vorhandenem Zugang zu Informationen über HCV-Übertragung gab es zahlreiche Informationslücken, insbesondere hinsichtlich des Teilens von Wasser zur Zubereitung und zum Reinigen der Injektionsutensilien. Außerdem schienen in den Kreisen von ISK in allen Teilnahmeländern Mythen und Fehlinformationen zu kursieren. Darüber hinaus zeigte sich ein erhöhter Bedarf an Informationen betreffend relativer Risiken bzw. möglicher Zusammenhänge zwischen HIV/AIDS-Erkrankung und HCV-Übertragung.

Weiters wurde eine gewisse Dissonanz zwischen Wissen und Verhalten festgestellt; die Teilnehmerinnen griffen trotz ihres Wissens um eine HCV-Übertragung durch Blut nicht auf sichere Injektionspraktiken, insbesondere was das Teilen von Injektionsutensilien betraf, zurück. In einigen Fällen konnte das Teilen des Injektionsbestecks auf akute Entzugssymptome oder Craving zurückgeführt werden. Allerdings zeigten sich auch Widersprüche zum tatsächlichen Wissen der Frauen, beispielsweise die Überzeugungen von ‚Glück' oder ‚Unvermeidbarkeit' einer HCV-Infektion betreffend. Diesbezüglich könnten weitere Studien hilfreich sein, insbesondere um den Einfluss solcher Überzeugungen auf das tatsächliche Injektionsverhalten zu untersuchen.

Die Ergebnisse zeigten auch, dass Frauen, die nicht in der Lage waren, sich selbst zu injizieren, auf andere User angewiesen waren und somit in einer schlechteren Position hinsichtlich des Verhandelns oder Bestehens auf sauberes, eigenes Injektionsbesteck, was wiederum ihr HCV-Über-

tragungsrisiko erhöhte. Dies traf auch auf Teilnehmerinnen zu, die eine/n Partner/in hatten, welche/r die Substanzeinnahme kontrollierte. Ein Kurs, in dem die Frauen praktische Verhaltensmöglichkeiten erlernen, die sie dazu befähigen, sicherer aufzutreten und sich zu trauen, nicht nur die Verwendung von sterilen Injektionsutensilien und Kondomen anzusprechen, sondern auch darauf zu bestehen, wäre sehr hilfreich. Wie beim Teilen von Injektionsbesteck spielen auch bei sexuellen Verhaltensweisen Vertrauen, Intimität und (Mangel an) Selbstsicherheit eine entscheidende Rolle.

3.5 Daten-Triangulation

Tabelle 12 fasst die quantitativen und qualitativen Ergebnisse der Studie zusammen, und stellt sowohl innere (Einstellung/Motivation, Wissen/Fähigkeiten, Situation) als auch äußere (Kultur und Politik) Faktoren, die mit injizierenden Risikoverhaltensweisen und sexuellem Wissen in Zusammenhang stehen, dar. Außerdem sind Empfehlungen für Interventionsmaßnahmen für WISK angeführt.

Tabelle 12 – Daten-Triangulation und ergebnisbasierte Empfehlungen

Injizierendes Risikoverhalten			
Verhaltensweisen	Innere Faktoren		
	Einstellung/Motivation	Wissen/Fähigkeit	Situation
TEILEN von NADELN und SPRITZEN (und backloading/ frontloading)	Unvermeidbarkeit; Vertrauen; wahrgenommenes Stigma; Apathie; Craving/ Entzugssymptome; HCV-Status des/r Partners/in; Dissonanz (Wissen-Verhalten)	wenig/mangelndes Wissen; Unerfahrenheit; falsche Überzeugungen; Nicht-Bekanntmachen des HCV-Status; Mangel an Selbstsicherheit/ Verhandlungsfähigkeit	Mangelnder Zugang (Distanz zur Apotheke, Mangel an Nadelaustauschprogrammen/ Geld, etc); Injizieren im Freien; Obdachlosigkeit
	Äußere Faktoren		Empfehlungen
	Kultur	Politik	
	Wahrgenommenes Stigma; Norm, zusammen zu injizieren; erhöhtes Risiko bei Gebrauch von Stimulanzien	Fehlende HCV-Aufklärung Informationsmangel betreffend Zugänglichkeit von Einrichtungen wie Nadelaustausch-programme; Mangel an gratis Nadeln/Spritzen	Verbesserung der HCV-Aufklärung durch praktische ÄrztInnen u.a. Fachleute; Verbesserung der Information bezüglich Einrichtungen; gratis Nadeln/Spritzen

Verhaltensweisen	Innere Faktoren		
	Einstellung/Motivation	Wissen/Fähigkeit	Situation
TEILEN anderer INJEKTIONS-UTENSILIEN (Wasser, Kocher, Abbindeschnur, Filter, Tupfer)	Unvermeidbarkeit; Vertrauen; wahrgenommenes Stigma; Apathie; Craving/ Entzugssymptome; HCV-Status des/r Partners/in; Dissonanz (Wissen-Verhalten)	wenig/mangelndes Wissen; Unerfahrenheit; falsche Überzeugungen; Nicht-Bekanntmachen des HCV-Status; Mangel an Selbstsicherheit/ Verhandlungsfähigkeit	Mangelnder Zugang (Distanz zur Apotheke, Mangel an Nadelaustauschprogrammen/ Geld, etc); Injizieren im Freien; Obdachlosigkeit
	Äußere Faktoren		Empfehlungen
	Kultur	Politik	
	Wahrgenommenes Stigma; Norm, zusammen zu injizieren; erhöhtes Risiko bei Gebrauch von Stimulanzien	HCV-Aufklärung zielt nicht auf das Teilen anderer Utensilien ab; Mangel an gratis Injektionsutensilien; Injektionspäckchen enthalten kein Wasser (außer seit kurzem in Schottland)	HCV-Aufklärung sollte Risiken durch das Teilen anderer Injektionsutensilien berücksichtigen; gratis Injektionsutensilien

Verhaltensweisen	Innere Faktoren		
	Einstellung/Motivation	Wissen/Fähigkeit	Situation
INJIZIEREN im FREIEN	Apathie; Craving/Entzugssymptome;	Mangel an Selbstsicherheit; wenig/ mangelndes Wissen; Unerfahrenheit; falsche Überzeugungen; Nicht-Bekanntmachen des HCV-Status	Mangel an privatem Raum wie z.B. Injektionsraum
	Äußere Faktoren		Empfehlungen
	Kultur	Politik	
	Wahrgenommenes Stigma; Norm, zusammen zu injizieren;	Mangel an zweckmäßigen Räumlichkeiten zum Injizieren, wie z.B. Injektionsräume	Zur Verfügung stellen zweckmäßiger Räumlichkeiten zum Injizieren, wie z.B. Injektionsräume

Injizierendes Risikoverhalten

Verhaltensweisen	Innere Faktoren		
	Einstellung/Motivation	Wissen/Fähigkeit	Situation
GEMEINSAMES INJIZIEREN/ in der GRUPPE	Vertrauen; Apathie; Craving/Entzugssymptome; Dissonanz (Wissen-Verhalten)	Unerfahrenheit; wenig/mangelndes Wissen; Mangel an Selbstsicherheit/ Verhandlungsfähigkeit; Nicht-Bekanntmachen des HCV-Status	
	Äußere Faktoren		Empfehlungen
	Kultur	Politik	
	Informelle Regeln; Norm, zusammen zu injizieren; Vertrauen/Liebe	Fehlende HCV-Aufklärung	Verbesserung der HCV-Aufklärung durch praktische ÄrztInnen u.a. Fachleute

Verhaltensweisen	Innere Faktoren		
	Einstellung/Motivation	Wissen/Fähigkeit	Situation
REINIGEN von NADELN	Vertrauen; wahrgenommenes Stigma; Dissonanz (Wissen-Verhalten)	wenig/mangelndes Wissen; falsche Überzeugungen	Mangelnder Zugang (Distanz zur Apotheke, Mangel an Nadelaustauschprogrammen etc); Mangel an zweckmäßigen Räumlichkeiten zum Injizieren, wie z.B. Injektionsräume
	Äußere Faktoren		Empfehlungen
	Kultur	Politik	
	Wahrgenommenes Stigma; Norm, zusammen zu injizieren;	Mangel an zweckmäßigen Räumlichkeiten zum Injizieren, wie z.B. Injektionsräume	Zur Verfügung stellen zweckmäßiger Räumlichkeiten zum Injizieren, wie z.B. Injektionsräume

Verhaltensweisen	Innere Faktoren		
	Einstellung/Motivation	Wissen/Fähigkeit	Situation
WIEDER-VERWENDEN der EIGENEN NADEL/SPRITZE	Vertrauen; Apathie; Craving/Entzugssymptome	wenig/mangelndes Wissen	Mangelnder Zugang (Distanz zur Apotheke, Mangel an Nadelaustauschprogrammen etc); Mangel an zweckmäßigen Räumlichkeiten zum Injizieren, wie z.B. Injektionsräume
	Äußere Faktoren		Empfehlungen
	Kultur	Politik	
	Gewohntes Verhalten	Begrenzte Anzahl erhältlicher gratis Nadeln/Päckchen von Austauschprogrammen	Unlimitierte Anzahl von Nadlen/Päckchen mit Injektionsutensilien in Austauschprogrammen zur Verfügung stellen

Verhaltensweisen	Innere Faktoren		
	Einstellung/Motivation	Wissen/Fähigkeit	Situation
AUFBEWAHRUNG	Vertrauen; wahrgenommenes Stigma: HCV-Status des/r Partners/in; Apathie	Geringes/Mangel an Wissen; Falsche Informationen/ Überzeugungen	Mangelnder Zugang (Distanz zur Apotheke, Mangel an Nadelaustauschprogrammen etc.)
	Äußere Faktoren		Empfehlungen
	Kultur	Politik	
	Gewohntes Verhalten	Fehlende HCV-Aufklärung	Verbesserung der HCV-Aufklärung durch praktische ÄrztInnen u.a. Fachleute

Injizierendes Risikoverhalten

Verhaltensweisen	Innere Faktoren		
	Einstellung/Motivation	Wissen/Fähigkeit	Situation
INJEKTION durch ANDERE PERSONEN	Vertrauen; Apathie; Craving/Entzugssymptome; Abgabe von Kontrolle; informelle Regeln; Dissonanz (Wissen-Verhalten)	wenig/mangelndes Wissen; Unerfahrenheit; Mangel an Selbstsicherheit/ Verhandlungsfähigkeit; Nicht-Bekanntmachen des HCV-Status	Dominante/r Partner/in; erfahrenere User
	Äußere Faktoren		Empfehlungen
	Kultur	Politik	
	Gewohntes Verhalten	Fehlende HCV-Aufklärung	Verbesserung der HCV-Aufklärung durch praktische ÄrztInnen u.a. Fachleute

Verhaltensweisen	Innere Faktoren		
	Einstellung/Motivation	Wissen/Fähigkeit	Situation
ZUBEREITUNG durch ANDERE PERSONEN	Vertrauen; Apathie; Craving/Entzugssymptome Abgabe von Kontrolle; informelle Regeln; Dissonanz (Wissen-Verhalten)	wenig/mangelndes Wissen; Mangel an Selbstsicherheit/ Verhandlungsfähigkeit; Unerfahrenheit; Nicht-Bekanntmachen des HCV-Status	Dominante/r Partner/in; erfahrenere User; Käufer/in der Drogen; Stabilere User
	Äußere Faktoren		Empfehlungen
	Kultur	Politik	
	Gewohntes Verhalten	Fehlende HCV-Aufklärung	Verbesserung der HCV-Aufklärung durch praktische ÄrztInnen u.a. Fachleute

Verhaltensweisen	Innere Faktoren		
	Einstellung/Motivation	Wissen/Fähigkeit	Situation
MANGELNDE HYGIENE	Apathie; Craving/Entzugssymptome	wenig/mangelndes Wissen	Mangelnde Erhältlichkeit von Tupfern; Geldmangel
	Äußere Faktoren		Empfehlungen
	Kultur	Politik	
	Gewohntes Verhalten	Fehlende HCV-Aufklärung Fehlende Tupfer	Verbesserung der HCV-Aufklärung durch praktische ÄrztInnen u.a. Fachleute; größere Anzahl von Tupfern zur Verfügung stellen

Sexuelles Risikoverhalten: Nicht-Verwenden von Kondomen

Verhaltensweisen	Innere Faktoren		
	Einstellung/Motivation	Wissen/Fähigkeit	Situation
VAGINALER SEX	Vertrauen und Intimität; Apathie; aktuelle od. vergangene Gewalt in der Paarbeziehung; Dissonanz; Partner/in hat gleichen HCV-Status od. ist HCV-negativ; vermindertes sexuelles Empfinden; Verlegenheit	Fehlannahmen über sexuelle HCV-Übertragung; mangelndes Wissen; Mangel an Selbstsicherheit, um Verwendung von Kondomen auszuhandeln	Prostitution; mehrere PartnerInnen; Weigerung des Partners; fehlender Zugang zu Kondomen; Geldmangel um Kondome zu kaufen
	Äußere Faktoren		Empfehlungen
	Kultur	Politik	
	Gewohntes Verhalten	Fehlende HCV-Aufklärung Mangelhafte sexuelle Aufklärung	Verbesserung der HCV-Aufklärung durch praktische ÄrztInnen u.a. Fachleute

Sexuelles Risikoverhalten: Nicht-Verwenden von Kondomen

Verhaltensweisen	Innere Faktoren		
	Einstellung/Motivation	Wissen/Fähigkeit	Situation
ANALER SEX	Vertrauen und Intimität; Apathie; aktuelle od. vergangene Gewalt in der Paarbeziehung; Dissonanz; Partner/in hat gleichen HCV-Status od. ist HCV-negativ	Fehlannahmen über sexuelle HCV-Übertragung; mangelndes Wissen; Mangel an Selbstsicherheit, um Verwendung von Kondomen auszuhandeln	Prostitution
	Äußere Faktoren		Empfehlungen
	Kultur	Politik	
		Fehlende HCV-Aufklärung Mangelhafte sexuelle Aufklärung	Verbesserung der HCV-Aufklärung durch praktische ÄrztInnen u.a. Fachleute

Verhaltensweisen	Innere Faktoren		
	Einstellung/Motivation	Wissen/Fähigkeit	Situation
ORALER SEX	Vertrauen und Intimität; aktuelle od. vergangene Gewalt in der Paarbeziehung; DIssonanz; Partner/in hat gleichen HCV-Status od. ist HCV-negativ	Fehlannahmen über sexuelle HCV-Übertragung; mangelndes Wissen; Mangel an Selbstsicherheit, um Verwendung von Kondomen auszuhandeln	Prostitution
	Äußere Faktoren		Empfehlungen
	Kultur	Politik	
		Fehlende HCV-Aufklärung Mangelhafte sexuelle Aufklärung	Verbesserung der HCV-Aufklärung durch praktische ÄrztInnen u.a. Fachleute

4. Entwicklung und Testung einer psychosozialen Intervention zur Verringerung von Hepatitis C-Risikoverhaltensweisen und der Steigerung des Wissens bezüglich HCV Übertragung unter WISK in Europa

4.1 Entwicklung der REDUCE Interventiosmaßnahme

Die Entwicklung der psychosozialen REDUCE-Intervention erfolgte durch:

- Systematischen Literaturreview
- Europäische „Best practice“ Umfrage
- Ansichten von WISK
- Expertenwissen
- Die Ergebnisse der REDUCE Mixed Methods Studie

4.1.1 Europäische Best Practice Umfrage

Um bereits bewährte Hepatitis C-Präventionsstrategien zur Verringerung von Risikoverhaltensweisen und zur Steigerung des HCV-Übertragungswissens unter WISK in Europa zu erfassen, wurde ein Fragebogen an wesentliche InteressensvertreterInnen und Hauptakteure in Europa ausgesendet.
Die Auswahl der Empfänger erfolgte mittels des CORRELATION Netzwerks der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA). Das Internationale Netzwerk für Hepatitis bei Substanzabhängigen (International Network on Hepatitis in Substance Users) versandte die Fragebögen an die entsprechenden Stellen.

Insgesamt wurden 31 Fragebögen aus 22 Ländern in Europa ausgefüllt, die meisten davon von Nichtregierungsorganisationen, die mit Substanzabhängigen arbeiteten. Aus 14 der 22 Länder wurde berichtet, dass ISK psychosoziale Interventionen zur Verringerung von HCV-Risikoverhaltensweisen und zur Steigerung des Übertragungswissens zur Verfügung standen. Achtzehn Interventionsmaßnahmen wurden beschrieben, wobei nur 7 speziell auf die Bedürfnisse von WISK eingingen. Keine dieser 7 Interventionen wurde in randomisierten kontrollierten Studien überprüft;

daher wurde ihr Inhalt vom REDUCE-Studienteam untersucht.

4.1.2 Systematischer Literaturreview der Effizienz psychosozialer Interventionen, die auf eine Verringerung von HCV-Risikoverhaltensweisen sowie eine Steigerung von HCV-Übertragungswissen abzielen

Zur Erfassung der Effizienz psychosozialer Interventionsmaßnahmen, die zum Ziel haben, Risikoverhaltensweisen zu minimieren und das HCV-Übertragungswissen unter SubstanzkonsumentInnen zu steigern, wurde ein systematischer Literaturreview durchgeführt. In Medline, EMBASE, der Cochrane Clinical Trial Database und PsycINFO wurde nach randomisierten kontrollierten Studien und Interventionsstudien, die bis Februar 2012 publiziert worden waren, gesucht. Zusätzlich wurden Bibliographien händisch durchsucht, um weitere potentiell relevante Studien zu finden. Psychosoziale Interventionen wurden hierfür als non-pharmakologische Interventionen, die auf Verhaltensänderung abzielen, definiert. Keine der 11 relevanten Studien wandte Methoden an, die spezifisch auf WISK ausgerichtet waren. Manuale effizienter Interventionen zur Verringerung von Risikoverhalten und zur Steigerung des Übertragungswissens wurden ebenfalls studiert.
Ein großer Teil des verwendeten Materials der DUIT Studie wurde mit Erlaubnis der AutorInnen adaptiert bzw. reproduziert [24]. Weiters wurden Sessions zum Managment negativer Stimmung aus dem Women's Wellness Treatment [25] sowie der Behavioural Modification for Drug Dependence [26-28] entnommen und mit Erlaubnis der AutorInnen adaptiert. Außerdem wurde Informationsmaterial von den Webseiten www.HCVAdvocate.org und www.hiwecanhelp.com mit Erlaubnis der AutorInnen inkludiert.

4.1.3 Die Interventionsmaßnahme

Eine Gruppen-Kurzintervention, bestehend aus 3 Sitzungen, die unter Leitung von Fachpersonal (z.B. Psychologe/In, Krankenpfleger/in, Berater/in etc.) durchgeführt werden sollte, wurde entwickelt. Für etwaige adaptierte Materialien wurde stehts die Erlaubnis der entsprechenden AutorInnen eingeholt; dies ist im Handbuch/der Intervention dokumentiert. Jede der 3 Sitzungen hat eine vorgesehene Dauer von 2 Stunden mit einer 15-minütigen Pause zwischendurch. Die Sitzungen behandeln folgenden Themen:

- Sitzung 1. Verstehen von HCV-Übertragungsrisiken
- Sitzung 2. Hepatitis C und sexuelle Gesundheit und Wohlbefinden – Verhandeln von Sicherheit
- Siztung 3. Hepatitis C und emotionales Wohlbefinden – Umgang mit negativen Stimmungen

4.2 Testung der Interventionsmaßnahme

Die durchgeführte Evaluation erfasste, ob WISK über Veränderungen was ihren HCV-Übertragungswissensstand sowie ihre Risikoverhaltensweisen, betraf, durch die REDUCE-Intervention berichteteten. Die Teilnehmerinnen und die durchführenden Fachleute wurden ebenfalls bezüglich Akzeptanz bzw. Durchführbarkeit der Interventionsmaßnahme befragt.

4.2.1 Teilnehmerinnen und Rekrutierung

Frauen, die 18 Jahre oder älter waren, und im vergangenen Monat Heroin oder andere Opioide, Kokain oder Amphetamine injiziert hatten, waren teilnahmeberechtigt. Die Rekrutierung in den einzelnen Ländern erfolgte auf unterschiedliche Art und Weise:

Die Teilnehmerinnen aus Österreich wurden von einem Tageszentrum und einem Nadelaustauschprogramm rekrutiert, wobei 2 Frauen bereits an der Mixed Methods Studie teilgenommen hatten. In Italien wurden die Interventionsteilnehmerinnen von einem Psychiater, der in einem Behand lungszentrum tätig war, das nicht an der Mixed Methods Studie beteiligt war, rekrutiert. Die Teilnehmerinnen aus Polen wurden von einer ambulanten Betreuungseinrichtung für SubstanzkonsumentInnen rekrutiert, wobei eine Frau bereits zuvor an der Mixed Methods Studie teilgenommen hatte. In Schottland wurden potentielle Teilnehmerinnen im Warteraum zweier ambulanter Behandlungszentren von Krankenschwestern bzw. einer Wissenschaftlerin angesprochen; nachdem sie der Krankenpflegerin ihr Einverständnis bekannt gaben, übernahm die Wissenschaftlerin das Rekrutierungsprozedere. Keine der Frauen aus Schottland hatte zuvor an der Mixed Methods Studie teilgenommen. Die Interventionsteilnehmerinnen aus Spanien waren WISK, die zuvor an der Mixed Methods Studie teilgenommen hatten, die Einschlusskriterien erfüllten, und gerne wieder teilneh-

men wollten. Insgesamt nahmen also 11 Frauen, die bereits an der Mixed Methods Studie teilgenommen hatten, auch an der Intervention teil; diesen Frauen war der HCV-Übertragungswissen-Fragebogen bereits bekannt, allerdings variierte das Übertragungswissen in der Mixed Methods Studie nicht signifikant zwischen den Teilnahmeländern (p=0.076).

In allen Teilnahmeländern wurden die Frauen am Tag vor bzw. am Morgen der Sitzungen telefonisch oder via Textnachricht an ihre Termine erinnert. Die Teilnehmerinnen erhielten Gutscheine als Kompensation für ihre Zeit und die Teilnahme am nachfolgenden Interview.

4.2.2 Outcomeparameter

Der entwickelte REDUCE Fragebogen zur Erfassung von HCV-Übertragungswissen wurde den Teilnehmerinnen vor der Intervention (Baseline), unmittelbar nach der Intervention und einen Monat danach vorgegeben. Zusätzlich wurden (mithilfe des REDUCE Fragebogens der Mixed Methods Studie) Risikoverhaltensweisen im Monat vor der Intervention (Baseline) und einen Monat nach der Intervention, erhoben. Außerdem wurde ein PatientInnen-Gesundheits-Fragebogen (Patient Health Questionnaire, PHQ-9) [29], der depressive Symptome der vorangegangenden 2 Wochen erfasst, vor der Intervention und einen Monat danach vorgegeben.

4.2.3 Durchführung der Intervention

In Österreich, Italien und Spanien wurde die Intervention von einer klinischen Psychologin in ambulanten Drogenbehandlungseinrichtungen durchgeführt. In Polen führten zwei Gesundheitsberaterinnen (beide bei allen Sitzungen anwesend) und in Schottland eine Krankenpflegerin, die auf HIV/HCV spezialisiert war, durch. Bei jeder Sitzung war ein Mitglied aus dem Studienteam anwesend, um sicher zu stellen, dass die Intervention laut Manual durchgeführt wurde.

4.2.4 Statistische Auswertung

Für den Prä-/Post-Interventions-Vergleich wurden t-Tests für abhängige Stichproben bei kontinuierlichen Daten und McNemar Tests bei kategorialen Daten angewandt. Es wurde eine „Intention-to-treat-Analyse“ durchgeführt, um sicher zu stellen, dass Daten aller Teilnehmerinnen, ob sie bei allen 3 Sitzungen anwesend waren oder nicht, berücksichtigt wurden. Wenn Teilnehmerinnen nicht alle Fragebögen ausfüllten, wurden die Daten ihres rezentesten Fragebogens ausgewertet. Für 5 Frauen wurden somit für den Zeitpunkt nach der Intervention, und für 4 Frauen für den Zeitpunkt einen Monat danach (nur HCV-Wissensfragebogen vorhanden) Daten angerechnet.

4.3 Ergebnisse

4.3.1 Compliance und Retention

Insgesamt nahmen 36 Frauen, die im vorangegangenen Monat injiziert hatten, an der Intervention (3 Sitzungen) teil: 10 aus Österreich, 6 aus Italien, 5 aus Polen, 7 aus Schottland und 8 aus Spanien. Ihr mittleres Alter betrug 32,19 Jahre (SD=8,31; Range 22-56 Jahre). In Tabelle 13 sind Compliance und Retentionsrate dargestellt; 81 % (29/36) der Teilnehmerinnen waren bei der 2. Sitzung und 78 % (28/36) bei der 3. Sitzung anwesend. Sechsundachtzig Prozent (31/36) machten bei der Evaluation am Ende der Intervention mit, und 89 % (32/36) einen Monat nach der Intervention.

Tabelle 13 – Compliance und Retentionsrate in der REDUCE-Interventionsstudie

	Teilnehmerinnenzahl bei Sitzung Nr.			Teilnehmerinnenzahl, die an der Evaluation beteiligt war		
	1	2	3	vor der Intervention	nach der Intervention	1 Monat nach der Intervention
Österreich	10	10	10	10	10	8
Italien	6*	5	5	6	5	6
Polen	5	4^	3^	5	5	5
Schottland	7	6	4	7	5	6
Spanien	8	4	6	8	6	7

** eine Teilnehmerin war in der ersten Sitzung nicht anwesend (abwesend nach Baseline Assessment), jedoch bei Sitzungen 2 (wo die Schlüsselinhalte aus Sitzung 1 nochmals aufbereitet wurden) und Sitzung 3*
^Sitzungen wurden für Frauen, die in Sitzung 2 und 3 abwesend waren persönlich nachgeholt

4.3.2 Verhaltensänderung

Einen Monat nach der Intervention berichteten vier Teilnehmerinnen, seitdem (1 Monat) nicht mehr injiziert zu haben. Trotz der kleinen Stichprobe erwies sich die **Intervention als effzient in Hinblick auf die Verringerung von einigen HCV-Risikoverhaltensweisen beim Injizieren und eine Steigerung des HCV-Übertragungswissens. Es wurden keine Veränderungen bei sexuellem Verhalten oder depressiver Symptomatik einen Monat nach der Intervention festgestellt** (Tabelle 14).

4.3.3 Durchführbarkeit und Akzeptanz der Intervention

Feedback von bzw. Diskussionen mit den Fachleuten, welche die Intervention durchführten und den Teilnehmerinnen dienten der Erfassung ihrer Akzeptanz und eines möglichen Verbesserungsbedarfs. Obwohl die Intervention relativ kurz war (nur 3 Sitzungen), meinten die Fachleute, dass die einzelnen Sitzungen (je 2 Stunden) zu lang waren, da sich nicht alle Teilnehmerinnen so lange konzentrieren konnten und auch nicht alle Fragen beantwortet werden konnten. Die Teilnehmerinnen berichteten, dass sie sehr viel gelernt hätten,

und ihnen die interaktiven Teile wie das Video, Spiele und Rollenübungen, sehr gefallen hätten. Weniger gut kamen die didaktischen Inhalte der Vortragenden an. Insgesamt wurde die erste Sitzung (Verstehen von HCV-Übertragungsrisiken) am besten bewertet, gefolgt von der 2. Sitzung (Hepatitis C und sexuelle Gesundheit und Wohlbefinden – Verhandeln von Sicherheit). Die Frauen gaben an, dass die 3. Sitzung (Hepatitis C und emotionales Wohlbefinden – Umgang mit negativen Stimmungen) nicht effizient war, um sie bei negativer Stimmung vom Injizieren (oder Risikoverhaltensweisen) abzuhalten.

Tabelle 14 – Verhaltensänderung zwischen den Zeitpunkten vor der Intervention (Baseline) und 1 Monat nach der Intervention

Signifikante Ergebnisse	Nicht-signifikante Ergebnisse
• Signifikante Reduktion der Verwendung von Löffeln und Gefäßen zur Zubereitung, die zuvor von anderen Personen benutzt worden waren • Signifikante Reduktion des Teilens von Filtern, Kochern oder Wasser mit Personen mit bekanntem HCV-positiv-Status • Signifikante Reduktion der Verwendung von Alkoholtupfern nach dem Injizieren • Signifikante Steigerung des HCV-Übertragungswissens	• Keine Veränderungen beim Teilen von Nadeln/Spritzen mit Personen mit bekanntem HCV-positiv-Status • Keine Veränderungen beim Verwenden von Filtern, die zuvor von anderen Personen benutzt worden waren • Keine Veränderungen bei der Zubereitung von Drogen oder beim Reinigen mit Wasser, das zuvor von anderen Personen verwendet worden war • Keine Veränderungen beim Teilen von Substanzen vor oder nach der Zubereitung • Keine Veränderungen beim Verwenden von Alkoholtupfern vor der Injektion • Keine Veränderung in der Anzahl neuer/ungebrauchter Nadeln/Spritzen, die sie verwendeten; Häufigkeit, mit der mit einer zuvor benutzten Nadel/Spritze injiziert wurde; Anzahl der Personen, von denen sie gebrauchte Nadeln/Spritzen erhalten hatten • Keine Veränderungen in sexuellen Verhaltensweisen • Keine Veränderungen in depressiver Symptomatik

5. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

5.1 Schlussfolgerungen

WISK stellen eine besonders vulnerable Population dar, die zahlreiche Gesundheitsprobleme aufweist, wobei HCV zu den häufigsten zählt.
Das REDUCE-Projekt liefert eine innovative, evidenz-basierte und evaluierte Interventionsmaßnahme zur Reduktion von HCV-Risikoverhaltensweisen und der Prävention der HCV-Verbreitung in der vulnerablen Zielgruppe der WISK.

Welche HCV-Risikoverhaltensweisen zeigen WISK?

Die systematische Erfassung von HCV-Risikoverhaltensweisen unter WISK in 5 europäischen Ländern ermöglicht uns die Schlussfolgerung, dass die hohe HCV-Prävalenz in dieser Population auf gewohnheitsmäßiges Risikoverhalten zurückführbar ist:

- Teilen der Injektionsutensilien.
- Gewohnheitsmäßiges Injizieren in der Gruppe oder einem/r Partner/in, was das Risiko verunreinigte Utensilien zu teilen, erhöht.
- Hohe Wahrscheinlichkeit für eine Risiko-Partnerschaft durch eine/n HCV-positive/n Partner/in oder Gewalt in der Paarbeziehung. In beiden Fällen sind das Teilen des Injektionsbestecks und ungeschützter Sex üblich.

Was wissen WISK über HCV-Übertragung?

In dieser Studie wurde auch deutlich, dass ein Großteil der untersuchten Population nur geringes Wissen über HCV-Übertragungswege hatte.
Die Ergebnisse zeigten, dass es viele Wissenslücken und Fehlannahmen gab. Selbst wenn die Frauen sich einiger Risikoverhaltensweisen bewusst waren, hielt sie das nicht davon ab, diese weiterhin auszuführen.
Die Auswertung des HCV-Übertragungswissens der WISK zeigte, dass diese über eine Reihe von Risikoverhaltensweisen Bescheid wussten.

Beispielsweise wussten die meisten Teilnehmerinnen, dass

- Das eine HCV-Übertragungsrisiko mit Blutkontakt verbunden ist.
- Das Teilen von zuvor von anderen benutzten Nadeln, Spritzen, Löffeln, Filtern, Tupfern oder Tüchern sowie das Teilen von Zahnbürsten, Rasierern, Tattoogeräten und Körperpiercings mögliche Infektionsquellen darstellen.
- Das Abspülen der Injektionsutensilien mit Wasser das HCV nicht zerstört.
- Man sich mit HCV wieder/erneut anstecken kann.
- Das Teilen von Tassen, Tellern oder anderen Küchenutensilien, Husten und Niesen, Umarmungen, Händeschütteln oder Hände halten, Essen, Luft und Toilettensitze das Virus nicht übertragen.

Was wissen WISK nicht über HCV-Übertragung?

Im HCV-Übertragungswissen der WISK gab es einige Lücken:

- Geringes Bewusstsein für ein HCV-Übertragungsrisiko durch das Teilen von Wasser zum Abspülen oder Verdünnen.
- Geringes Bewusstsein für ein HCV-Übertragungsrisiko durch das Teilen von Abbindeschnüren, Röhrchen, gerollte Geldscheine oder andere Applikationen zur intranasalen Substanzeinnahme.
- Geringes Bewusstsein für das lange Überleben des HCV in verunreinigten Utensilien.
- Geringes Bewusstsein für ein HCV-Übertragungsrisiko durch das Berühren der Injektionsstelle einer anderen Person (z.B. um nach einer Vene zu tasten, um Blut wegzuwischen, um eine Blutung zu stoppen).
- Geringes Bewusstsein für die Existenz mehrerer HCV-Subtypen.

Neben den vorhandenen Wissenslücken, gab es unter den Teilnehmerinnen auch eine Reihe von Fehlannahmen was eine HCV-Infektion betrifft:

- Viele Frauen dachten, es gebe aktuell eine wirksame Impfung zur HCV-Prävention.
- Viele Frauen dachten, man könne sich leichter mit HIV als mit HCV infizieren.
- Viele Frauen dachten, dass sich nur Personen, die HIV-positiv sind, mit HCV infizieren können.
- Viele Frauen dachten, dass man sich durch Insektenstiche/-bisse mit HCV infizieren kann.

Warum gehen WISK weiterhin Risiken ein?

Obwohl sich die teilnehmenden WISK einiger wesentlicher HCV-Risikoverhaltensweisen bewusst waren, schien sie das nicht davon abzuhalten, diese weiterhin auszuführen.

Für diese Dissonanz wurden mehrere Gründe angeführt:

1. Es mangelte ihnen häufig an sterilem Injektionsbesteck.
2. Stressige Situationen (z.B. Entzugssymptome/Carving) brachten sie dazu, sich impulsiv zu verhalten.
3. Sie nahmen häufig Substanzen in der Gruppe (wenn mehrere User injizieren und Utensilien und Substanzen teilen und/oder an unsicheren Orten (z.B. im Freien/an öffentlichen Plätzen) ein.
4. Gewalt in der Paarbeziehung war häufig und hielt sie davon ab, ihre eigene Gesundheit zu schützen, indem sie sicherere Injektionsmethoden oder sexuelle Praktiken aushandelten.
5. Die hohe Prävalenz psychiatrischer Komorbiditäten, insbesondere Depressionen und Angststörungen machte sie für unsichere Verhaltensweisen noch vulnerabler. Ihre negative Stimmung und ihr Mangel an Selbstsicherheit könnten ihre Fähigkeit, sicherere injizierende/sexuelle Interaktionen in ihren Kreisen und Netzwerken auszuhandeln, einschränken.

Was ist mit der Intervention?

Die manualisierte Intervention, die im Rahmen dieses Projekts in 5 europäischen Ländern entwickelt und getestet wurde, wurde von den Teilnehmerinnen als dringend gebraucht und interessant bezeichnet. Die Teilnehmerinnen bewerteten die 1. Sitzung (Wissen) am besten, während die 3. Sitzung (emotionales Wohlbefinden) als am wenigsten hilfreich empfunden wurde. Sowohl die Teilnehmerinnen als auch die Fachleute, welche die Intervention durchführten, schlugen vor, die didaktischen Teile, bei denen nur zugehört werden soll, zu kürzen, und mehr Zeit für Gruppendiskussionen einzuplanen. Daher sollte die Intervention noch modifiziert werden, bevor sie in ihrer finalen Version Anwendung findet.

Zukünftige HCV-Interventionsinitiativen sollten die Schwierigkeiten der Rekrutierung und Retention von WISK beachten. Eine der Hauptschwierigkeiten stellte die Rekrutierung von HCV-negativen WISK (selbst in Suchtbehandlungseinrichtungen) dar. Die meisten WISK, die sich in Behandlung befanden, waren bereits zu dem Zeitpunkt, als sie sich zum ersten Mal in Behandlung begaben, mit HCV infiziert. Dies hat Implikationen für die HCV-Prävention in dieser Population. Außerdem erachteten die WISK Informationen zur HCV-Übertragung und –Behandlung von praktischen ÄrztInnen bzw. anderen Fachleuten als zuverlässiger und vertrauenswürdiger als von ihren Peers. Dies sollte bei der Auswahl der Personen, die die HCV-Interventionen durchführen, berücksichtigt werden.

Die Ergebnisse des REDUCE-Projekts sprechen für einen gender-sensiblen Ansatz zur HCV-Prävention. Die Resultate können insgesamt nur mit Vorsicht interpretiert werden, da sie nicht aus einer randomisierten kontrollierten Studie stammen, und es sich um eine kleine Stichprobe handelte. Trotz der methodischen Limitationen trug das Projekt dazu bei, einige Risikoverhaltensweisen zu reduzieren sowie das HCV-Übertragungswissen signifikant zu steigern. Allerdings erwies es sich als nicht erfolgreich, was die Reduktion von unwahrscheinlichen, aber möglichen sexuellem Risikoverhalten betraf; dies könnte unter anderem auch daran liegen, dass ein Großteil der Teilnehmerinnen in langfristigen Beziehungen war. Die Kosten einer erfolgreichen frühen Intervention zur HCV-Prävention im Vergleich zu den möglichen späteren Behandlungskosten (Interferonbehandlung, Lebertransplantation) sprechen für die Etablierung erfolgreicher HCV-Präventionsinterventionen wie dem REDUCE-Projekt, das auf diese vulnerbale Population abzielt.

5.2 Empfehlungen

Die Ergebnisse des REDUCE-Projekts dienen als Basis für Empfehlungen:

1. Um den spezifischen Bedürfnissen von WISK gerecht zu werden, sind gender-sensible HCV-Präventionsmaßnahmen unerlässlich.
2. Psychosoziale Interventionen sollten nicht nur in Suchtbehandlungseinrichtungen, sondern auch von praktischen ÄrztInnen und Gesundheitsdienstleistern in der Gemeinde angeboten werden, einerseits, um eine breitere Gruppe zu erfassen, und andererseits, um damit die Fähigkeiten der WISK zu verbessern, ihre Risikoverhaltensweisen zu reduzieren und einer HCV-Infektion vorzubeugen.
3. Die REDUCE-Intervention sollte in einer randomisierten kontrollierten Studie überprüft werden.

6. Literatur

1. World Health Organisation (2000) Fact sheet N°164.
2. Vescio, M.F. et al (2008). Correlates of hepatitis C virus seropositivity in prison inmates: a meta-analysis. J. Epidemiol Community Health 62: 305-13.
3. Tohme, R.A. & Holmberg, S.D. (2010) Is sexual contact a major mode of hepatitis C virus transmission. Hep Rev 52(4):1497-505.
4. Booth, R.E., et al. (1995) Gender differences in sex-risk behaviors, economic livelihood, and self-concept among drug injectors and crack smokers. Am J Addictions 4, 313-22.
5. Brook, D.W., et al. (2000) Needle sharing: a longitudinal study of female injection drug users. Am J Drug Alc Abuse 26 (2): 263-81.
6. Stein M.D., et al. (2001) Hepatitis C disease among injection drug users: knowledge, perceived risk and willingness to receive treatment. Drug Alcohol Depend 61(3):211-15.
7. O'Brien S. et al. (2008) Injecting drug users' understanding of hepatitis C. Addict Behav 33:1602–605.
8. Doherty, M.C., et al. (2000) Gender differences in the initiation of injection drug use among young adults, J Urban Health 77: 396–414.
9. Wood, E. (2007) Gender and risk factors for initiation into injection drug use. Drug Alcohol Rev 26:333-34.
10. Hahn, J.A., et al. (2002) Hepatitis C virus seroconversion among young injection drug users: relationships and risks, J Infect Dis 186:1558–64.
11. Evans, J.L., et al. (2003) Gender differences in sexual and injection risk behavior among active young injection drug users in San Francisco (the UFO study). J Urban Health 80:137–46.
12. Bennett, G.A., et al. (2000). Gender differences in sharing injecting equipment by drug users in England. AIDS Care 12:77-87.
13. Montgomery, S.B., et al. (2002) Gender differences in HIV risk behaviors among young injectors and their social network members. Am J Drug Alcohol Abuse 28:453–75.
14. Engstrom, M., et al. (2008) Childhood Sexual Abuse and Intimate Partner Violence among Women in Methadone Treatment: A Direct or Mediated Relationship? J Fam Viol 23:605-17.
15. Hearn, K.D., et al. (2005) Intimate Partner Violence and Monogamy among Women in Methadone Treatment. AIDS Behav 9:177-86.
16. Copenhaver, M.M., et al. (2006). Behavioral HIV risk reduction among people who inject drugs: Meta-analytic evidence of efficacy. JSAT 31:163-71.
17. Garfein R.S., et al. (2007) Reduction in injection risk behaviors for HIV and HCV infection among young injection drug users using a peer-education intervention. AIDS 21:1923-32.
18. Balfour L., et al. (2009) Increasing public awareness about hepatitis C: development and validation of the brief hepatitis C knowledge scale. Scand J Caring Sci. 23:801-8.
19. Cox J., et al. (2008) Low perceived benefits and self-efficacy are associated with Hepatitis C virus (HCV) infection related risk among injection drug users. Soc Sci Med. 66:211-20.
20. 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 & 20102. (2012) University of the West of Scotland.
21. Mestre-Pintó, J.M. et al. (2014) Dual Diagnosis Screening Interview to Identify Psychiatric Comorbidity in Substance Users: Development and Validation of a Brief Instrument. Eur Addict Res 20:41–48.
22. Hegarty, K. et al. (1999) A multidimensional definition of partner abuse: development and

preliminary validation of the Composite Abuse Scale. J Fam Violence 14:399-415
23. Pope, C. et al. (2000) Qualitative research in health care: analysing qualitative data. BMJ 320:114-46.
24. Garfein, R.S. et al. (2007) A peer-education intervention to reduce injection risk behaviors for HIV and hepatitis C virus infection in young injection drug users. AIDS 21:1923-32.
25. Gilbert, L., et al. (2006) An integrated relapse prevention and relationship safety intervention for women on methadone: testing short-term effects on intimate partner violence and substance use. Violence Vict 21:657-72.
26. Lewinsohn, P.M., et al. (1984). The Coping with Depression Course. Eugene OR:Castalia Publishing Company.
27. Carpenter, K.M., et al. (2006). Behavioral Therapy for Depression in Drug Dependence (BTDD): Results of a stage 1a therapy development trial. Am J Drug Alcohol Abuse 32:541–48.
28. Carpenter, K.M., et al. (2008). Developing therapies for depression in drug dependence: results of a stage 1 therapy study. Am J Drug Alcohol Abuse 34:642-52.
29. Kroenke, K., et al., (2001) The PHQ-9. J Gen Intern Med 16:606-13.

The REDUCE project is co-funded by the European Union's Drug Prevention and Information Programme

Project number: JUST/2010/DPIP/AG/0975 REDUCE

REDUCE

REDUCING HEPATITIS C RISK BEHAVIOURS AMONG FEMALE DRUG USERS IN EUROPE