



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
Main Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2005

Die Zukunft der HIV/Aids-Prävention in der Schweiz im Zeitalter der Normalisierung: die Situation auf Bundesebene und in sieben Kantonen

Neuenschwander, Peter ; Frey, Kathrin ; Kübler, Daniel

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-160090>

Published Research Report

Published Version

Originally published at:

Neuenschwander, Peter; Frey, Kathrin; Kübler, Daniel (2005). Die Zukunft der HIV/Aids-Prävention in der Schweiz im Zeitalter der Normalisierung: die Situation auf Bundesebene und in sieben Kantonen. Zürich: Institut für Politikwissenschaft, Forschungsbereich Policy-Analyse Evaluation.

Die Zukunft der HIV/Aids-Prävention in der Schweiz im Zeitalter der Normalisierung

Zürcher Politik- & Evaluationsstudien Nr. 5

Universität Zürich
Institut für Politikwissenschaft
Forschungsbereich Policy-Analyse & Evaluation

Die Zukunft der HIV/Aids-Prävention in der Schweiz im Zeitalter der Normalisierung

Die Situation auf Bundesebene und in
sieben Kantonen

Peter Neuenschwander, Kathrin Frey
und Daniel Kübler

Zürcher Politik- & Evaluationsstudien Nr. 5, Juli 2005

Zürcher Politik- & Evaluationsstudien

herausgegeben von Thomas Widmer

Publikationsreihe des Forschungsbereichs ‚Policy-Analyse & Evaluation‘

Institut für Politikwissenschaft, Universität Zürich

ISBN 3-908610-25-7

Bezugsadresse:

Institut für Politikwissenschaft, Forschungsbereich Policy-Analyse & Evaluation

Seilergraben 53, CH-8001 Zürich

Telefon +41 1 634 38 41, e-mail fbpae@pwi.unizh.ch

© 2004/2005 bei den Autoren

INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG.....	9
AIDSPOLITIK IN ZEITEN DER NORMALISIERUNG	9
ERGEBNISSE	10
FAZIT.....	13
1 EINLEITUNG.....	15
2 AUSGANGSLAGE.....	17
2.1 DIE VIER PHASEN DER AIDSPOLITIK IN WESTEUROPA	17
2.2 SZENARIEN DER AIDSPRÄVENTION IN DER PHASE DER NORMALISIERUNG.....	19
3 THEORETISCHER RAHMEN UND FORSCHUNGSFRAGEN.....	21
3.1 DER POLICY NETZWERK-ANSATZ	21
3.2 ANALYSEMODELL UND FORSCHUNGSFRAGEN	25
4 VORGEHEN UND METHODE	29
4.1 FORSCHUNGSDESIGN	29
4.2 AUSWAHL DER FÄLLE	30
4.3 ABGRENZUNG DER POLICY-NETZWERKE.....	32
4.4 DATENERHEBUNG.....	34
4.5 DATENANALYSE	35
5 DIE WICHTIGSTEN ERGEBNISSE AUS DEN FALLSTUDIEN	37
5.1 FALLSTUDIE SCHWEIZ	37
5.2 FALLSTUDIE AARGAU.....	42
5.3 FALLSTUDIE GENÈVE	46
5.4 FALLSTUDIE GRAUBÜNDEN	50
5.5 FALLSTUDIE NEUCHÂTEAU.....	53
5.6 FALLSTUDIE ST. GALLEN	56
5.7 FALLSTUDIE TESSIN	59
5.8 FALLSTUDIE ZÜRICH	61
6 SYNTHESE.....	67
6.1 DIE NORMALISIERUNG VON AIDS IN DER SCHWEIZ	67
6.2 ADAPTION DER NORMALISIERUNG	69
6.3 RESSOURCENENTWICKLUNG IN DER AIDSPRÄVENTION UND AUSWIRKUNGEN AUF DAS ANGEBOT	73
6.4 ORGANISATORISCHE UND STRUKTURELLE VERÄNDERUNGEN IN DER AIDSPRÄVENTION	82
6.5 BEZIEHUNGEN ZWISCHEN PRÄVENTION UND KLINISCHEM BEREICH.....	87
6.6 DAS ENDE VON NEW PUBLIC HEALTH?	89
7 SCHLUSSFAZIT.....	93
7.1 FAZIT AUS DEM BLICKWINKEL VON POLICY IDEAS	93
7.2 FAZIT AUS DEM BLICKWINKEL VON AKTEURINTERESSEN.....	94
7.3 FAZIT AUS DEM BLICKWINKEL DES INSTITUTIONALISMUS.....	95
8 LITERATURVERZEICHNIS	97

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1:	HIV und Aids in der Schweiz seit 1985	18
Abbildung 2:	Analysemodell	26
Abbildung 3:	Die drei Kerngeschäftsfelder der Aids-Arbeit	33
Abbildung 4:	Entwicklung des Aidspräventionskredits des BAG 1990-2003	39
Abbildung 5:	Entwicklung der Einnahmen der AHS 1990-2003	40
Abbildung 6:	Entwicklung der Einnahmen der AHA 1992-2003	44
Abbildung 7:	Entwicklung der Einnahmen der GSG 1992-2003	47
Abbildung 8:	Entwicklung der Einnahmen der AHGR 1990-2003	51
Abbildung 9:	Entwicklung der Einnahme der GSN 1994-2003	54
Abbildung 10:	Entwicklung der Einnahmen der AHSGA 1993-2004	57
Abbildung 11:	Entwicklung der Einnahmen der AAT 1990-2003	60
Abbildung 12:	Entwicklung der Einnahmen der ZAH 1993-2004	63
Abbildung 13:	Die Entwicklung der HIV-Infektionen in GE, ZH, und NE	67
Abbildung 14:	Die Entwicklung der HIV-Infektionen in AG, GR, SG, TI	68
Abbildung 15:	Ausgaben des BAG für die Aidsprävention 1990-2003	74
Abbildung 16:	Ressourcenentwicklung der AHS 1994-2003 (teuerungsbereinigt)	75
Abbildung 17:	Entwicklung der staatlichen Beiträge an die Aids-Hilfen der Kantone Aargau, Graubünden und St. Gallen (teuerungsbereinigt)	76
Abbildung 18:	Entwicklung der staatlichen Beiträge an die Aids-Hilfen in den Kantonen Genf, Neuenburg und Zürich (teuerungsbereinigt)	77
Abbildung 19:	Entwicklung der staatlichen Beiträge an die Aids-Hilfen in den Kantonen Genf und Tessin (teuerungsbereinigt)	78

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1:	Dimensionen von Policy-Netzwerken nach Marsh und Rhodes	22
Tabelle 2:	Auswahlkriterien der zu untersuchenden Fälle	31
Tabelle 3:	Die wichtigsten Angebote auf Bundesebene auf einen Blick (Stand: 2003)	37
Tabelle 4:	Entwicklungstendenzen in der Aidsprävention auf einen Blick	42
Tabelle 5:	Die wichtigsten Angebote im Kanton Aargau auf einen Blick (Stand: 2003)	42
Tabelle 6:	Entwicklungstendenzen in der Aidsprävention im Kanton Aargau auf einen Blick	45
Tabelle 7:	Die wichtigsten Angebote im Kanton Genf auf einen Blick (Stand: 2003)	46
Tabelle 8:	Entwicklungstendenzen in der Aidsprävention im Kanton Genf auf einen Blick	50
Tabelle 9:	Die wichtigsten Angebote im Kanton Graubünden auf einen Blick (Stand: 2003)	50
Tabelle 10:	Entwicklungstendenzen in der Aidsprävention im Kanton Graubünden auf einen Blick	53
Tabelle 11:	Die wichtigsten Angebote im Kanton Neuenburg auf einen Blick (Stand: 2003)	53
Tabelle 12:	Entwicklungstendenzen in der Aidsprävention im Kanton Neuenburg auf einen Blick	55
Tabelle 13:	Die wichtigsten Angebote im Kanton St. Gallen auf einen Blick (Stand: 2003)	56
Tabelle 14:	Entwicklungstendenzen in der Aidsprävention im Kanton St. Gallen auf einen Blick	58
Tabelle 15:	Die wichtigsten Angebote im Kanton Tessin auf einen Blick (Stand: 2003)	59
Tabelle 16:	Entwicklungstendenzen in der Aidsprävention im Kanton Tessin auf einen Blick	61
Tabelle 17:	Die wichtigsten Angebote im Kanton Zürich auf einen Blick (Stand: 2003)	62
Tabelle 18:	Entwicklungstendenzen in der Aidsprävention im Kanton Zürich auf einen Blick	65
Tabelle 19:	Strategische Ausrichtung der Aids-Hilfe Organisationen	71
Tabelle 20:	Ressourcenentwicklung bei den Aids-Hilfen im Zeitalter der Normalisierung (1996 bis 2003), geordnet nach der Entwicklung der staatlichen Subventionen	79
Tabelle 21:	Übersicht über organisatorische und strukturelle Veränderungen in der Aidsprävention	85

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AAT	Aiuto Aids Ticino
ACF	Advocacy Coalition Framework
AHA	Aids-Hilfe Aargau
AHGR	Aids-Hilfe Graubünden
AHS	Aids-Hilfe Schweiz
AHSGA	Aids-Hilfe St. Gallen-Appenzell
AID	Aids Info Docu
ANRS	Agence Nationale de Recherche sur le Sida
APiS	Aidsprävention im Sexgewerbe
ARCAT	Association pour la Recherche, la Communication et les Actions pour l'Accès aux Traitements
ASFAG	Association Solidarité Femmes Africaines de Genève
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFF	Bundesamt für Flüchtlinge
CNS	Conseil National du Sida
CRIPS	Centres Régionaux d'Information et de Prévention du Sida
CSFI	Commissione di Formazione HIV/Aids della Svizzera Italiana
CSM	Centre de Santé Migrants
DASS	Département de l'Action Sociale et de la Santé
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DEZA	Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit
DGS	Direction Générale de la Santé
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
EDK	Erziehungsdirektorenkonferenz
EKAF	Eidg. Kommission für Aidsfragen
EVP	Evangelische Volkspartei
FAMPLA	Beratungsstelle für Familienplanung, Schwangerschaft und Sexualität
FASS	Fachstelle für Aids, Sexualität und Sucht
GIS	Groupe Information Sexuelle et Education à la santé
GSG	Groupe Sida Genève
GSN	Groupe Sida Neuchâtel
HAART	Highly Active Anti-Retroviral Therapy
HABZO	HIV- und Aids-Beratungsstelle Zürcher Oberland
HUG	Hôpitaux Universitaire de Genève
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
InVS	Institut de Veille Sanitaire
IST	Infections sexuellement transmissibles
MSM	Männer, die Sex mit Männern haben
MSW	Male Sex Work
NGO	Non-Governmental Organization
PLANeS	Schweiz. Stiftung für sexuelle und reproduktive Gesundheit
PMG	Projekt Migration und Gesundheit
PRIMIS	Prevenzione, informazione e mediazione nell'ambito dell'industria del sesso
PSAJ	Politique de Santé et d'Appui à la Jeunesse
PVA	Personnes Vivants avec VIH/sida

SANW	Schweiz. Akademie der Naturwissenschaften
SIS	Sida Info Service
SRK	Schweiz. Rotes Kreuz
SSJ	Service de Santé de la Jeunesse
STI	Schweiz. Tropeninstitut
STIs	Sexually Transmitted Infections
SVP	Schweiz. Volkspartei
TRT-5	Groupe de Travail Traitements et Recherche Thérapeutique
UNALS	Union Nationale des Associations de Lutte contre le Sida
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WHO	World Health Organization
ZAH	Zürcher Aids-Hilfe
ZEPRA	Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung

Zusammenfassung

Aidspolitik in Zeiten der Normalisierung

Mitte der 90er Jahre hat in den westlichen Industrienationen im HIV/Aids-Bereich die Phase der sogenannten ‚Normalisierung‘ begonnen. Diese ist dadurch gekennzeichnet, dass die HIV-Ansteckungsraten mittels effektiver Präventionsmassnahmen einigermaßen stabilisiert werden konnten. In der Schweiz beispielsweise hat sich die Anzahl Neuinfektionen zwischen 500 und 1'000 Fällen pro Jahr eingependelt. Verstärkt wird dieser positive Trend im Kampf gegen die weitere Ausbreitung der Epidemie durch die Verfügbarkeit von hochaktiven antiretroviralen Therapien (HAART). Diese können zwar Aids nach wie vor nicht heilen, transformierten aber eine vormals tödlich verlaufende Krankheit zu einer beherrschbaren. Vor diesem Hintergrund scheint sich Aids zu einem „normalen“ Problem des öffentlichen Gesundheitswesens zu wandeln. Die Angst vor Aids hat abgenommen und damit auch das öffentliche Interesse an dieser Thematik.

Diese an sich erfreulichen Entwicklungen haben nicht nur Auswirkungen auf der individuellen Ebene (Zunahme des Risikoverhaltens), sondern auch auf die Bereitschaft der politischen EntscheidungsträgerInnen, Anstrengungen im Präventionsbereich weiterhin zu finanzieren. Demzufolge stehen zwei Fragen im Zentrum dieser Studie:

- ***Bedroht die im Aidsbereich eingetretene Normalisierung Massnahmen der HIV/Aids-Prävention?***
- ***Gefährden allfällige Veränderungen organisatorischer und struktureller Art innerhalb der schweizerischen Aids-Netzwerke Massnahmen der HIV/Aids-Prävention?***

Zur Beantwortung dieser beiden Fragestellungen stützten wir uns auf den Policy Netzwerk-Ansatz. Die Fragen wurden mittels acht vergleichender Fallstudien (nationale Ebene sowie Kantone AG, GE, GR, NE, SG, TI und ZH) untersucht. Dabei fokussierten wir uns auf fünf Bereiche der Aidsprävention: Plakatkampagnen für die breite Bevölkerung, Counselling durch Aids-Sprechstunden und regionale Aids-Hilfen, HIV/Aids-Prävention an Schulen, HIV/Aids-Prävention für Sexworker und deren Kunden sowie HIV/Aids-Prävention für MigrantInnen. Zusätzlich untersuchten wir den klinischen Bereich. Der Untersuchungszeitraum erstreckte sich von 1996 (Beginn der Normalisierung) bis 2003/04. Insgesamt wurden 41 leitfadengestützte Interviews (acht auf der nationalen Ebene und 33 in den untersuchten Kantonen) durchgeführt.

Im Rahmen der verschiedenen Fallstudien wurden u.a. folgende Fragen bearbeitet:

- a) Welches sind die zentralen Akteure der Aidsprävention? Wie gehen staatliche Behörden und Aids-Hilfen strategisch mit den Herausforderungen der Normalisierung um?
- b) Wie haben sich die personellen und finanziellen Ressourcen bei den einzelnen Akteuren in der Phase der Normalisierung entwickelt? Hat der bei der öffentlichen Hand seit einigen Jahren vorherrschende Spardruck Auswirkungen auf die Höhe der ausgerichteten Subventionen?

- c) Sind im Untersuchungszeitraum innerhalb der Aidsprävention organisatorische bzw. strukturelle Veränderungen zu beobachten? Wenn ja, haben diese Veränderungen Auswirkungen auf die zur Bekämpfung der Epidemie ergriffenen Massnahmen?
- d) Welchen Stellenwert hat der *New Public Health*-Ansatz, der der schweiz. Aidsarbeit zu Grunde liegt, heute? Hat er Risse bekommen? Hat der klinische Bereich in der Aidsarbeit an Bedeutung gewonnen?

Ergebnisse

a) Adaption der Normalisierung durch Gesundheitsbehörden und Aids-Hilfen

Auf der nationalen Ebene bestimmt die Sektion Aids des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), in Zusammenarbeit mit den kantonalen Gesundheitsbehörden, der Aids-Hilfe Schweiz (AHS) und anderen privaten und öffentlichen Stellen die strategische Ausrichtung der schweiz. HIV/Aids-Arbeit. Diese hat seit ihren Anfängen keine wesentliche Änderung erfahren und beruht weiterhin auf drei Interventionsebenen: bevölkerungsbezogene Information, zielgruppenspezifische Information und Motivation sowie individuelle Prävention und Beratung. In Zukunft soll die Aidsthematik stärker in das übergeordnete Thema *Sexual Health/STIs*¹ eingebunden werden.

Auf der kantonalen Ebene nehmen die für die Umsetzung des nationalen HIV/Aids-Programms verantwortlichen Behörden meist eine relativ passive Rolle ein und entwickeln selbst keine eigenen strategischen Überlegungen. Eine aktivere Rolle nehmen einzig die Gesundheitsbehörden in den Kantonen Genf und St. Gallen ein. Im Kanton Genf wurde ein Strategiepapier zur Aidspolitik erarbeitet, das allerdings keine grundlegenden Änderungen, sondern eine Weiterführung des bestehenden Angebots vorsieht. In St. Gallen wurde die dortige Aids-Hilfe bei ihrer strategischen Neuausrichtung (s. unten) unterstützt und ein gemeinsamer Auftritt mit der Familienplanungsstelle unter dem Titel ‚sexuelle und reproduktive Gesundheit‘ initiiert.

Wie gehen die verschiedenen Aids-Hilfen in strategischer Hinsicht mit den Herausforderungen der Normalisierung um? Unsere Studie zeigt, dass sich einige Aids-Hilfen nach wie vor fast ausschliesslich auf ihr Kerngeschäft HIV/Aids konzentrieren. Andere wiederum haben sich gegenüber anderen sexuell übertragbaren Infektionen oder gegenüber der Thematik ‚sexuelle Gesundheit‘ geöffnet.

Die Beibehaltung des HIV/Aids-Kerngeschäftes mit einer Integration der STIs in das bestehende Angebot erfolgte bei den Aids-Hilfen in Aargau, Genf, Graubünden sowie Neuenburg. Die Beibehaltung des HIV/Aids-Kerngeschäftes, eine vermehrte Integration der STIs sowie der Einbezug der Thematik ‚*Sexual Health*/Sexualpädagogik‘ im Schulbereich wurde von der Aids-Hilfe Schweiz, der Zürcher Aids-Hilfe, der Aids-Infostelle Winterthur sowie der Tessiner Aids-Hilfe vollzogen. Eine umfassende strategische Neuausrichtung, verbunden mit einer Spezialisierung im Gebiet ‚*Sexual Health*/Sexualpädagogik‘ war einzig in St. Gallen zu beobachten. Die dortige Aids-Hilfe nennt sich aufgrund dieser Neuorientierung seit 2001 Fachstelle für Aids und Sexualfragen.

¹ sexuell übertragbare Infektionen

Trotz diesen partiellen Anpassungen hat sich das Angebot in den untersuchten Bereichen – abgesehen von der Entwicklung im Schulbereich, wo Aids zunehmend in das übergeordnete Thema *Sexual Health* eingebettet wird – nicht wesentlich verändert. Alle befragten Aids-Hilfen bieten nach wie vor persönliche Beratungen an, die im Laufe der Zeit mit Online-Beratungen ergänzt wurden. Ebenfalls existieren in allen von uns untersuchten Kantonen Projekte, die sich an die Zielgruppe der weiblichen Prostituierten richten. Alle befragten Aids-Hilfen sind im Schulbereich aktiv und bieten entsprechende Interventionen an, jedoch scheint die Organisation solcher Einsätze in der Romandie systematischer zu erfolgen als in der Deutschschweiz. In praktisch allen Kantonen ist das Präventionsangebot im Migrationsbereich äusserst beschränkt, obschon die Migrationsbevölkerung, insbesondere die MigrantInnen aus der Subsahara-Region, besonders stark von HIV/Aids betroffen ist.

b) Ressourcenentwicklung in der Aidsprävention und Auswirkungen auf das Angebot

Der nationale Aidspräventionskredit des BAG hat seit 1996 massiv abgenommen. Im Jahre 1990 betrug die Höhe dieses Kredites rund 13 Mio. Franken, 1996 rund 15 Mio. Franken, 2003 jedoch nur noch 8 Mio. Franken. In der Finanzplanung ist bis 2007 eine weitere Reduktion um eine Mio. Franken vorgesehen. Während die vom BAG für die Aidsprävention eingesetzten Mittel gesunken sind, haben die für andere Präventionsbereiche (insb. Tabak und Alkohol) bereitgestellten Mittel in derselben Zeitperiode stark zugenommen. Die AHS erhielt 1996 knapp 3.5 Mio. Franken vom Bund, 1997 bis 2001 waren es Beträge zwischen 3 und 3.3 Mio. Franken, während es 2002 3.6 Mio. und 2003 3.8 Mio. Franken waren. Die Gesamteinnahmen der AHS haben hingegen seit 1996 real um rund 30% zugenommen.

Wie haben sich die von den kantonalen Behörden für Belange der Aidsprävention bereitgestellten Mittel in der Normalisierungsphase entwickelt? Die Studie zeigt auf, dass in den Kantonen Aargau und Graubünden eine klare Abnahme der Beiträge der öffentlichen Hand (kantonale/kommunale Subventionen) an die Aids-Hilfen zu beobachten ist. Im Kanton St. Gallen ist aufgrund der Teuerung ebenfalls eine 5%-ige Abnahme festzustellen.

In den Kantonen Neuenburg und Zürich bewegen sich die Beiträge der öffentlichen Hand an die Aids-Hilfen unter der Berücksichtigung der Teuerung auf einem stabilen Niveau. Eine klare Zunahme der Beiträge der öffentlichen Hand an ihre Aids-Hilfen erfolgte nur in den Kantonen Genf und Tessin. In Genf kann der enorme Anstieg der Mittel ab dem Jahre 2000 auf die Eröffnung einer Anlaufstelle mit Injektionsraum für Drogenkonsumierende (Quai 9) erklärt werden. Im Kanton Tessin kann die erfolgte Steigerung der Mittel in erster Linie mit der Erhöhung kantonaler Beiträge an verschiedene Projekte erklärt werden. Im Gegensatz zu dieser Erhöhung ist der der Tessiner Aids-Hilfe gewährte Sockelbeitrag relativ konstant geblieben.

Welches sind die Auswirkungen dieser Ressourcenentwicklung auf die Massnahmen der Aidsprävention? Unsere Studie zeigt auf, dass die knappen Mittel in der Aidsprävention bis jetzt noch zu keiner Reduktion des Angebots in den untersuchten Bereichen geführt haben. Hingegen hat sich gezeigt, dass nicht mehr angemessen auf neue Herausforderungen reagiert werden kann und dass die Entwicklung neuer Präventionsmassnahmen vielfach erschwert wenn nicht gar verunmöglicht wird. Insbesondere im Migrationsbereich hat sich gezeigt, dass auf die hohe Prävalenz einzelner Migrationsgruppen wohl auch aufgrund fehlender Ressourcen nicht mehr angemessen reagiert werden kann. Insofern stellt die Ressourcenknappheit in der Aidsprävention eine Gefahr für das Innovationspotenzial und die Reaktionsfähigkeit der in diesem Bereich aktiven NGOs dar.

c) Organisatorische und strukturelle Veränderungen in der Aidsprävention

Generell weisen die untersuchten Aidspräventions-Netzwerke eine relativ hohe Stabilität und Kontinuität auf. Die grössten organisatorischen und strukturellen Veränderungen sind auf der Bundesebene zu verzeichnen. Im Bereich *Migration* ist es zur Beendigung des Projektes *Migration und Gesundheit* gekommen und es wurde eine Gesamtstrategie *Migration und Gesundheit* erarbeitet. Zudem wurde der Dienst *Migration* geschaffen. Im Untersuchungsbereich *Schule* erfolgte eine Einbettung der Aidsthematik in das Programm ‚*Bildung und Gesundheit – Netzwerk Schweiz*‘. Zudem wurde ein nationales Kompetenzzentrum für Bildung und sexuelle Gesundheit (*Amorix*) ins Leben gerufen.

In den meisten untersuchten Kantonen wurden die in der Aidsprävention tätigen Akteure mit der Einführung von Leistungsaufträgen konfrontiert. Leistungsaufträge bzw. Leistungsvereinbarungen bezwecken in erster Linie die Erhöhung der Effizienz und Effektivität bei den beauftragten Organisationen. Die Einführung dieses neuen Instrumentes ist mitunter durch einen langwierigen Prozess gekennzeichnet. Leistungsaufträge werden zwar von den Aidsorganisationen grundsätzlich als nützlich eingestuft, kritisiert wird aber der unverhältnismässige hohe Zeitaufwand, der oft damit verbunden ist.

In drei Fällen ist es zu einer Erweiterung des Aidspräventions-Netzwerkes gekommen. Auf der nationalen Ebene wurde das Schweiz. Tropeninstitut im Verbund mit dem Schweiz. Roten Kreuz vom BAG mit der Durchführung eines Präventionsprojektes für Subsahara-MigrantInnen beauftragt. Im Kanton Genf wurde im Frühling 2002 eine neue Organisation namens *Association Solidarité Femmes Africaines de Genève* (ASFAG) gegründet, die sich in erster Linie um die Belange von HIV-positiven und aidskranken Frauen aus Afrika kümmert. Im Kanton St. Gallen existiert seit Oktober 2000 eine dem kantonalen Amt für Gesundheitsvorsorge angegliederte Beratungsstelle für Frauen im Sexgewerbe.

Die relative Stabilität und Kontinuität der untersuchten Aidspräventions-Netzwerke kommt auch dadurch zum Ausdruck, dass in der Normalisierungsphase nur wenige Akteure von der Bildfläche verschwunden sind. Auf der nationalen Ebene wurde per Ende 2003 aufgrund von Sparmassnahmen die *Aids Info Docu* geschlossen. Im Kanton Zürich sind zwei kleine, eher unbedeutende Akteure verschwunden: die HIV- und Aids-Beratungsstelle *Zürcher Oberland* sowie der in Winterthur beheimatete Verein *Prima Donna*, der sich vorwiegend für die Anliegen der dort ansässigen Sexworkerinnen einsetzte. Im Kanton Tessin wurde im Jahre 2001 die in erster Linie für Koordinations- und Weiterbildungsaktivitäten verantwortliche *Commissione di Formazione HIV/Aids della Svizzera Italiana* aufgelöst.

Welche Auswirkungen haben diese organisatorischen und strukturellen Veränderungen auf die Aidsprävention? Die Absicht des BAG, neben der AHS in Zukunft vermehrt mit anderen Partnerorganisationen zusammenzuarbeiten, hat zu einem grossen Konflikt zwischen dem BAG und der AHS geführt. Seinen Höhepunkt erreichte dieser Konflikt, als mit der Durchführung des Präventionsprojektes für Subsahara-MigrantInnen nicht die AHS (zusammen mit Caritas), sondern das Schweiz. Tropeninstitut und das Schweiz. Rote Kreuz beauftragt wurden. Ein von der AHS eingereichter Rekurs gegen die Projektvergabe an diese beiden Organisationen hatte zur Folge, dass der Projektbeginn um ein Jahr verzögert wurde.

Im Kanton Genf hat das Auftauchen eines neuen Akteurs – ASFAG – Auswirkungen auf die Verteilung kantonaler Gelder. Die Betroffenenorganisation PVA-Genève und die *Groupe Sida Genève* erhielten ab 2004 weniger Geld zugesprochen. Im Kanton St. Gallen ist zwar die Angliederung des Projektes ‚Maria Magdalena‘ an das Amt für Gesundheitsvorsorge bei der St. Galler Aids-Hilfe auf Unverständnis gestossen, negative Auswirkungen auf das bestehende Präventionsangebot waren damit aber nicht verbunden.

d) Der Stellenwert von New Public Health in der Aidsprävention

Ein Ende des New Public Health-Ansatzes, bei dem es im Gegensatz zum Old Public Health-Ansatz nicht um *control and containment*, sondern um *inclusion and cooperation* geht, steht in der Schweiz nicht zur Debatte, weder auf der kantonalen, noch auf der nationalen Ebene. Der mit den verschiedensten Präventionsmassnahmen erzielte Erfolg wird auch von der medizinischen Seite gewürdigt und in keinsten Weise in Frage gestellt.

Hingegen könnte die Aidsprävention der Zukunft zunehmend prävalenz-lastig werden. Das heisst, bei der Entscheidung, für welche Zielgruppen spezifische Präventionsmassnahmen anzubieten sind, könnten in Zukunft epidemiologische Erkenntnisse (Prävalenz) in den Vordergrund gerückt werden, zulasten der beiden anderen Zielgruppen-Dimensionen ‚Risikoverhalten‘ und ‚Vulnerabilität‘. Von einer solchen Neuausrichtung der Präventionsarbeit würde allen voran der Prostitutionsbereich betroffen werden. Die diesbezüglich in Genf geführte Debatte hat sich bis jetzt nicht zu einer landesweit geführten Diskussion ausgeweitet. Sollte dies passieren, könnte das bis anhin von allen in der Aidsprävention relevanten Akteuren geteilte *belief system* ins Wanken geraten. Ein ideeller Konflikt wäre vorprogrammiert.

Fazit

Die voranstehenden Ausführungen haben gezeigt, dass in der schweiz. Aidspolitik bis jetzt kein tiefgreifender Politikwandel stattgefunden hat, obschon die Aidsproblematik viel von ihrem Bedrohungspotenzial früherer Tage verloren hat. Diese Tatsache soll am Schluss dieser Zusammenfassung mittels dreier in der Analyse öffentlicher Politik zentralen Dimensionen – Ideen, Interessen, Institutionen – erklärt werden.

Ideen: Unsere Studie zeigt auf, dass in der Schweiz keine Anzeichen dafür zu erkennen sind, dass der *New Public Health*-Ansatz aufgrund der mit HAART erzielten Erfolge in Bedrängnis geraten ist. Die Verhaltens- und Verhältnisprävention stehen nach wie vor im Zentrum der Massnahmen, ein *Backlash* zum Modell des *Old Public Health* ist nicht zu erkennen. Den EntscheidungsträgerInnen ist natürlich auch bewusst, dass es einfacher und wesentlich günstiger ist, neue HIV-Infektionen zu verhindern als sie mit einer komplizierten und kostspieligen medikamentösen Therapie zu behandeln.

Interessen: Die in der sozialwissenschaftlichen Aidsforschung aufgestellte Behauptung, wonach der klinische Bereich aufgrund seines durch HAART eingetretenen Erfolgs in Zukunft mehr öffentliche Gelder generieren wird – zulasten des Präventionsbereichs – trifft zumindest für den Fall der Schweiz nicht zu. Die Finanzierung der beiden Bereiche erfolgt aus unterschiedlichen Kassen. Eine Tatsache, die Verteilungskonflikte zwischen dem klinischen Bereich und dem Präventionsbereich von vornherein ausschliessen.

Auch zwischen den in der Aidsarbeit tätigen Organisationen sind keine Verteilungskonflikte auszumachen, obschon in vielen Fällen die von der öffentlichen Hand für Belange der Aidsprävention bereitgestellten Mittel eher abgenommen haben. Für den Ressourcenrückgang wird in erster Linie der auf der öffentlichen Hand lastende Spardruck verantwortlich gemacht. Die Abnahme der für die Aidsarbeit bereitgestellten Mittel hat bis jetzt noch nicht zu einer Angebotsreduktion in den untersuchten Bereichen geführt. Von den Sparbemühungen sind andere Bereiche betroffen, zum Beispiel die Dokumentation (Schliessung der Aids Info Docu per Ende 2003) oder die Betroffenenarbeit (PVA-Genève). Die Studie hat jedoch aufgezeigt, dass die knappen Ressourcen in der Aidsprävention zur Folge haben, dass nicht angemessen auf neue Herausforderungen reagiert werden kann und die Entwicklung neuer Präventionsmassnahmen vielfach erschwert wenn nicht gar verunmöglicht wird.

Institutionen: Unsere Studie zeigt auf, dass sich die verschiedenen Aidspräventions-Netzwerke – mit Ausnahme vielleicht der nationalen Ebene – durch eine relativ hohe Stabilität auszeichnen. Die staatlichen Stellen arbeiten nach wie vor mit denselben im Aidsbereich etablierten NGOs zusammen. In den von uns untersuchten Fällen sind in den letzten Jahren kaum neue Akteure hinzugekommen. Konflikte zwischen der staatlichen Seite und NGOs haben in den letzten Jahren eher abgenommen. Diese „friedvolle“ Entwicklung kann auch damit erklärt werden, dass bei den NGOs der ehemalige Militantismus verschwunden ist. Aus ihnen sind professionalisierte, häufig mit Leistungsaufträgen ausgestattete Gesundheitsorganisationen geworden. Die Kehrseite dieser Entwicklung besteht darin, dass der Präventionsbereich viel von seiner einstigen Dynamik verloren hat. Innovationen wären aber dringend notwendig, um auf neue Herausforderungen zum Beispiel im Migrationsbereich rasch und effektiv reagieren zu können.

1 Einleitung

Mitte der 90er Jahre hat in den westlichen Industrienationen im HIV/Aids-Bereich die Phase der sogenannten ‚Normalisierung‘ begonnen. Diese ist dadurch gekennzeichnet, dass die HIV-Infektionsraten mehr oder weniger stabilisiert werden konnten. In der Schweiz hat sich die Anzahl Neuinfektionen zwischen 500 und 1'000 Fällen pro Jahr eingependelt. Zudem hat Aids mit der Entwicklung von hochaktiven antiretroviralen Therapien seinen Status als todbringende Krankheit verloren. Vor diesem Hintergrund scheint sich Aids zu einem „normalen“ Problem des öffentlichen Gesundheitswesens zu wandeln. Die Angst vor Aids hat abgenommen und damit auch das öffentliche Interesse an dieser Thematik.

Dieser Umstand hat nicht nur Auswirkungen auf der individuellen Ebene (Präventions- bzw. Risikoverhalten), sondern auch auf die Bereitschaft der politischen Entscheidungsträger, Anstrengungen im Bereich der Prävention weiterhin zu finanzieren. Unklar ist, wie sich die HIV/Aids-Prävention angesichts der Normalisierung entwickeln wird. Folgende Fragen stehen demnach im Zentrum der vorliegenden Studie: Welches sind die zentralen Akteure der Aidsprävention? Gibt es Anzeichen für organisatorische bzw. strukturelle Veränderungen innerhalb der Aidsprävention? Treten zwischen den mit Aufgaben der Aidsprävention betrauten Akteuren Konflikte auf? Welche Auswirkungen hat dies auf Angebote der Aidsprävention? Wie haben sich die personellen und finanziellen Ressourcen bei den einzelnen Akteuren in der Phase der Normalisierung entwickelt? Wer bestimmt die Strategie, wer setzt Prioritäten? Diese und weitere Fragen werden in dieser Studie beantwortet.

Dabei stützen wir uns auf ein Forschungsdesign, das auf vergleichenden Fallstudien basiert. Untersucht wurden die sieben Kantone Aargau, Genf, Graubünden, Neuenburg, St. Gallen, Tessin und Zürich sowie die nationale Ebene.

Der vorliegende Bericht setzt sich aus sieben Kapiteln zusammen:

- Im ersten Kapitel werden die vier Phasen der Aidspolitik in Westeuropa sowie verschiedene Szenarien der Aidsprävention in der Phase der Normalisierung beschrieben.
- In Kapitel 3 wird der der Untersuchung zugrunde liegende Policy Netzwerk-Ansatz sowie das zur Beantwortung unserer Forschungsfragen verwendete Analysemodell erläutert.
- Im vierten Kapitel wird auf das Forschungsdesign, die Auswahl der Fälle sowie auf die Abgrenzung der Policy-Netzwerke eingegangen. Zudem wird beschrieben, welche Methoden der Datenerhebung und Datenanalyse verwendet wurden.
- In Kapitel 5 werden die wichtigsten Ergebnisse aus den sieben kantonalen und der nationalen Ebene in gekürzter Form dargestellt. Die ungekürzten Versionen der acht Fallstudien finden sich in einem umfangreichen Anhang, der auf der Website des Instituts für Politikwissenschaft (www.ipz.unizh.ch/publikationen/evalstud/) als PDF-File heruntergeladen werden kann. Im Anhang finden sich zusätzliche Angaben zu den benutzten Dokumenten und Internetquellen, zu den von uns interviewten Personen sowie die Gesprächsleitfäden, die bei der Interviewdurchführung benutzt wurden.

- In Kapitel 6 werden die Erkenntnisse aus den einzelnen Fallstudien in einer vergleichenden Synthese zusammengeführt und interpretiert.
- Im siebten Kapitel wird ein Schlussfazit gezogen.

* * *

Der vorliegende Bericht wurde unter der Leitung von Prof. Daniel Kübler am *Institut für Politikwissenschaft* der Universität Zürich durchgeführt. Finanziert wurde die Studie vom Schweiz. Nationalfonds (Beitrag Nr. 3346-68274, Laufzeit: September 2002 bis Dezember 2004).

Wir möchten uns an dieser Stelle bei den Mitgliedern des Forschungsbeirates (Françoise Dubois-Arber, Liliane Ryser, Bertino Somaini und Roger Staub) bedanken, mit deren Hilfe wir unser Forschungskonzept sowie die forschungsrelevanten Fragestellungen wesentlich verbessern konnten.

Die Datenerhebung für die einzelnen Fallstudien wäre ohne die tatkräftige Unterstützung der Gesundheitsbehörden des Bundes und der Kantone sowie der im Aidsbereich tätigen NGOs, allen voran der Aids-Hilfen auf der nationalen und kantonalen Ebene, nicht möglich gewesen. Aus den insgesamt 41 Interviews konnten wir wichtige Informationen generieren, die in diesen Bericht eingeflossen sind.

Ein besonderer Dank gebührt zudem der Sektion Aids des Bundesamtes für Gesundheit sowie dem Schweiz. Nationalfonds, die unsere Fachtagung mit dem *Titel HIV/Aids im Zeitalter der ‚Normalisierung‘. Perspektiven der Präventionspolitik in der Schweiz und Europa*, die am 24. September 2004 stattgefunden hat, finanziell unterstützt haben. Diese Fachtagung wurde von unserem Forschungsteam in enger Zusammenarbeit mit dem UEPP des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne organisiert.

Schliesslich möchten wir uns bei Katayoun Safi bedanken, die die sprachliche Überarbeitung und das Layout des vorliegenden Schlussberichts besorgt hat.

2 Ausgangslage

Die HIV/Aids-Epidemie ist in Europa in eine neue Phase getreten (Moatti et al. 2000). Denn im Laufe der 90er Jahre konnten die HIV-Ansteckungsraten in den westlichen Ländern mittels effektiver Präventionsmassnahmen einigermaßen stabilisiert werden. Verstärkt wird dieser positive Trend im Kampf gegen die weitere Ausbreitung von Aids durch die Entwicklung wirksamer Medikamente, die zwar Aids nach wie vor nicht heilbar machen, aber das Leben vieler von Aids betroffener Menschen wesentlich zu erleichtern vermögen. Diese Entwicklungen werden in der Literatur mit dem Begriff ‚Normalisierung‘ umschrieben.

Worauf beruht der im Aidsbereich eingetretene Erfolg? Welche Faktoren haben die Formulierung und Umsetzung entsprechender Massnahmen begünstigt bzw. verhindert? Antworten auf diese Fragen liefern zahlreiche Studien, die verschiedene Bereiche der Aidspolitik mit einem international (bzw. europäisch) vergleichenden Ansatz untersucht haben (Setbon 1993; Steffen 1996, 2000a, 2001; Cattacin/Panchaud 1995, 1997; Albaek 2001; Bovens et al. 2001). Wegweisend in diesem Zusammenhang sind die Resultate von Rosenbrock et al. (2000), die zum Schluss kommen, dass der Erfolg der ergriffenen HIV/Aids-spezifischen Massnahmen vor allem auf die Existenz sogenannter „exceptionalist alliances“ (Rosenbrock et al. 2000: 1609ff.) zurückzuführen ist. In diesen Ausnahme-Koalitionen sind RepräsentantInnen aus dem Gesundheits-, Sozialpsychologischen Bereich, Homosexuellenvertreter, sowie PolitikerInnen aus linken und liberalen Parteien vertreten. Diese setzten sich angesichts der von der Aids-epidemie ausgehenden Gefahr dafür ein, bestehende Regeln, Routinen und Ansätze zu überdenken und neue, innovative Lösungsstrategien zu suchen. Dabei orientierten sie sich an einem umfassenden Gesundheitsbegriff und an den Prinzipien des *New Public Health*, die 1986 von der WHO in der Ottawa-Charta festgeschrieben wurden: Bedürfnis-Orientierung, Kommunikation via Massenmedien, Verhaltensänderungen über positive Anreize, zielgruppenspezifisches Empowerment. In der Folge konnten diese Ausnahme-Koalitionen grosse Erfolge verbuchen und es gelang ihnen, Entscheidungsträger auf nationaler und kantonaler Ebene von diesem neuen, innovativen Ansatz zu überzeugen. Begünstigt wurde diese Entwicklung von der anfänglichen Machtlosigkeit der klinischen Medizin, die der Innovationsfähigkeit der New Public Health-Massnahmen nichts Ebenbürtiges entgegenzusetzen hatte.

2.1 Die vier Phasen der Aidspolitik in Westeuropa

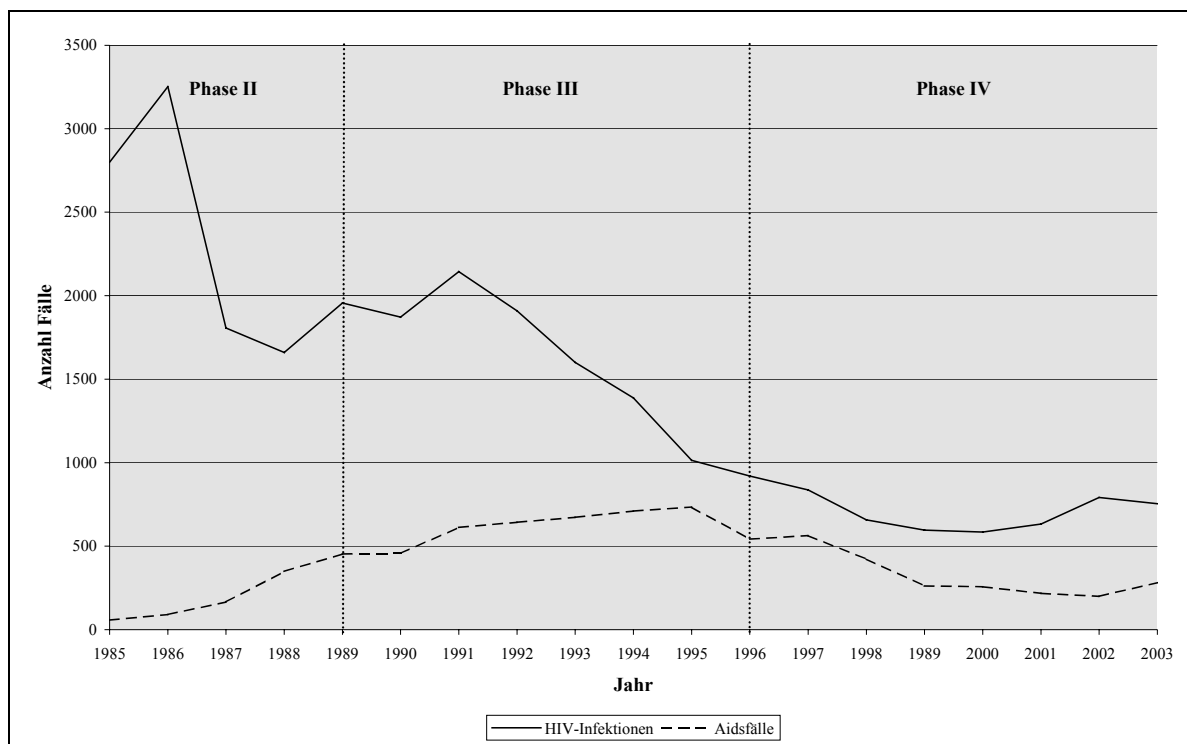
Nicht nur der Verlauf der Epidemie hat sich in den letzten zwanzig Jahren verändert, sondern auch die diesbezüglich ergriffenen Massnahmen seitens der öffentlichen Hand. In der sich mit HIV/Aids beschäftigenden sozialwissenschaftlichen Literatur werden vier Phasen der Aidspolitik unterschieden (Rosenbrock et al. 2000; Setbon 2000).

- *erste Phase* (1980 bis 1985): diese Phase ist gekennzeichnet durch eine Negierung bzw. Indifferenz gegenüber dem neu auftretenden Gesundheitsproblem.
- *zweite Phase* (1985 bis 1989): angesichts alarmierender Ansteckungsraten werden erste Präventionsmassnahmen mit einem hohen Innovationspotential entwickelt. Gleichzeitig werden auch in der Betreuung von PatientInnen grosse Fortschritte erzielt.
- *dritte Phase* (1989 bis 1996): Institutionalisierung der Aidsbekämpfung

- *vierte Phase* (ab 1996): diese Phase zeichnet sich aus durch eine Stabilisierung der Infektionsraten und durch die Entwicklung wirksamer, medikamentengestützter Behandlungsmöglichkeiten (*Highly Active Anti-Retroviral Therapy, HAART*) und wird deshalb mit dem Begriff ‚Normalisierung‘ bezeichnet.

Die nachfolgende Abbildung zeigt den Verlauf der HIV-Infektionen und der Aidsfälle am Beispiel der Schweiz. Daraus wird ersichtlich, dass die Anzahl Neu-Infektionen seit 1991 bis ins Jahr 2000 kontinuierlich gesunken ist. In den letzten Jahren ist die Kurve wieder angestiegen, scheint sich nun aber wieder zu stabilisieren. Der Erfolg von HAART lässt sich auch am Verlauf der in der Schweiz nachgewiesenen Aidsfälle ablesen. Seit 1995 ist die Anzahl neu diagnostizierter Aidsfälle rückläufig. 2003 gab es jedoch auch bei den Aidsfällen einen Wiederanstieg zu verzeichnen.

Abbildung 1: HIV und Aids in der Schweiz seit 1985



Quelle: BAG (Stand 31.7.2004; provisorische Raten für 2003)

Es ist anzunehmen, dass die eingetretene Normalisierung im Aidsbereich Auswirkungen auf die künftige Aidspolitik haben wird. Wie Dubois-Arber et al. (2001) aufzeigen konnten, hat diese Entwicklung bereits Auswirkungen auf das individuelle Risikoverhalten (abnehmendes Schutzverhalten innerhalb bestimmter Zielgruppen). Andererseits ist auch damit zu rechnen, dass die politische Unterstützung für Präventionsmassnahmen abnehmen wird.

Zur Zeit stehen erst wenige Forschungsergebnisse zur Verfügung, die sich mit der Aidspolitik in der Normalisierungsphase auseinandersetzen. Setbon (2000) zum Beispiel befürchtet, dass die Möglichkeit der medikamentösen Behandlung einhergehen wird mit einem Niedergang der Anstrengungen im Präventionsbereich. Er geht davon aus, dass öffentliche Gelder zukünftig zulasten der Prävention vermehrt in die klinische Medizin gesteckt werden. Diese Entwicklung wird seiner Ansicht nach zu einer Wiedererstarkung des Old Public Health-Modells mit einem Monopol der klinischen Medizin führen (Setbon 2000: 71).

Steffen (2000b) geht davon aus, dass die zunehmende Bekämpfung von Aids mit Hilfe von teuren Medikamenten die Verwaltung von HIV/Aids vor grosse Herausforderungen stellen wird. Sie glaubt, dass die Aidsaktivisten ihren vormals privilegierten Zugang zu den öffentlichen Entscheidungsträgern bald mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen, vor allem mit der klinischen Medizin und Krankenversicherungen, werden teilen müssen (Steffen 2000b: 219).

2.2 Szenarien der Aidsprävention in der Phase der Normalisierung

Auch Rosenbrock et al. (2000) kommen zum Schluss, dass der *exceptionalist alliances* zu verdankende Erfolg in der Aidsprävention zunehmend unter Druck geraten wird. Die zu Beginn der Epidemie befürchteten Schreckensszenarien sind - zumindest in den entwickelten Staaten des Westens - nicht eingetreten. Aids hat seinen Sonderstatus verloren, dadurch ist den Ausnahme-Koalitionen eine wichtige symbolische Ressource abhanden gekommen. Die schwindende öffentliche Aufmerksamkeit gegenüber Aids hat bei Vielen zu einer Motivationskrise geführt. Die Pionierphase ist vorbei und hat Routineabläufen Platz gemacht. Viele Aidsaktivisten der ersten Stunde sind unterdessen an der Krankheit gestorben und haben in den Ausnahme-Koalitionen grosse Lücken hinterlassen. Zudem sind viele, von der öffentlichen Hand finanzierte HIV/Aids-spezifische Programme unterdessen beendet worden und entsprechende Massnahmen werden nach und nach in die normale Gesundheitsverwaltung integriert. Durch den zunehmenden Erfolg medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten sind Bestrebungen im Gang, Aids wie andere chronische Erkrankungen zu behandeln und dementsprechend in die Gesundheitsadministration zu integrieren (Rosenbrock et al. 2000: 1613-1615).

Unter Berücksichtigung dieser jüngsten Entwicklungen haben Rosenbrock et al. (2000: 1623) drei idealtypische Normalisierungsszenarien definiert, die in Westeuropa zu erwarten sind:

1. *Normalisierung als Abbau*: Staatliche Beiträge werden gekürzt, was nicht nur den (gerechtfertigten) Abbau von Überkapazitäten zur Folge hat, sondern auch zu einer Gefährdung von grundlegenden Angeboten der HIV/Aids-Prävention führt. Staatliche und nicht-staatliche Organisationen, die sich auf das Thema Aids spezialisiert haben, verschwinden und mit ihnen spezifische Angebote in diesem Themenbereich.
2. *Normalisierung als Stabilisierung*: Aids wird in zunehmendem Masse als Krankheit unter vielen anderen wahrgenommen. Die HIV/Aids-Thematik wird mehr und mehr in die üblichen Aktivitäten der betroffenen Fachstellen und Berufe des Gesundheits- und Sozialwesens integriert. Bestimmte, von den Ausnahme-Koalitionen initiierte Massnahmen und Projekte, können damit institutionalisiert und stabilisiert werden.
3. *Normalisierung als Generalisierung*: Durch die von Aids ausgehende Gefahr wurden in vielen Bereichen der Gesundheits- und Sozialpolitik Innovationen ausgelöst. Manche davon setzten sich auch bei anderen Themen durch (z.B. in der Sexualerziehung oder Gesundheitsförderung). Die von den Ausnahme-Koalitionen entwickelten Lösungsvorschläge dienen also als Vorbild für andere Bereiche des Gesundheits- und Sozialwesens.

Die voranstehenden Ausführungen haben gezeigt, dass in sozialwissenschaftlich orientierten Untersuchungen bereits einige Vermutungen über die zukünftige Entwicklung der Aidspolitik formuliert wurden. Eine systematische, empirische Überprüfung dieser Hypothesen hat bis jetzt jedoch nicht stattgefunden. Das Ziel der vorliegenden Studie besteht demnach darin, diese Lücke für den Fall der Schweiz zu schliessen.

Der Fokus der vorliegenden Untersuchung liegt auf der Frage, ob die in westlichen Ländern eingetretene Normalisierung im Aidsbereich bereits zu einem Abbau geführt hat bzw. ob ein solcher in den nächsten Jahren zu erwarten ist. Ausgehend von diesem Abbauszenario sollen in der vorliegenden Studie zwei zentrale Fragestellungen beantwortet werden:

- *Bedrohen die Stabilisierung der HIV-Infektionszahlen sowie der zunehmende Erfolg der klinischen Medizin (HAART) Massnahmen der HIV/Aids-Prävention?*
- *Gefährden allfällige Veränderungen organisatorischer und struktureller Art innerhalb der schweiz. Ausnahme-Koalitionen Massnahmen der HIV/Aids-Prävention?*

3 Theoretischer Rahmen und Forschungsfragen

Die zwei zentralen Fragestellungen dieser Studie sollen im Rahmen des Policy Netzwerk-Ansatzes geklärt werden. Dieser in der Policy-Analyse häufig eingesetzte Ansatz soll in diesem Kapitel vorgestellt und dessen Verwendung begründet werden.

3.1 Der Policy Netzwerk-Ansatz

Der Erfolg, der in den letzten Jahren in der Bekämpfung von HIV und Aids erreicht wurde, wird mit der Existenz von sog. *exceptionalist alliances* in Verbindung gebracht (Rosenbrock et al. 2000). Die Bemühungen dieser Ausnahme-Koalitionen werden dabei in vielen Fällen von PolitikerInnen aus dem rot-grünen und liberalen Lager unterstützt. Die für die Formulierung und Implementierung von aidspräventiven Massnahmen verantwortlichen Koalitionen aus staatlichen und privaten Akteuren weisen somit einen ausgesprochen starken Netzwerk-Charakter auf, weshalb in der vorliegenden Studie die zuvor formulierten zentralen Fragestellungen mit dem *Policy Network Approach* untersucht werden sollen. Policy-Netzwerke werden dabei als

„in einzelnen Politiksektoren bestehende Verhandlungssysteme zwischen staatlichen und privaten Akteuren verstanden, welche durch Institutionen sowie eingeschliffene Verhaltensmuster und Tauschprozesse zwischen den Akteuren einen gewissen Grad an interaktiver und struktureller Stabilität erlangen. Die beteiligten Akteure in einem Netzwerk können Institutionen, Organisationen, Gruppen und Individuen (als Mitglieder von Organisationen) sein, die durch ein gemeinsames Interesse an einem bestimmten Politikinhalt vereinigt werden.“ (Knill 2000: 112).

Um Policy-Netzwerke empirisch fassen, erklären und verschiedene Netzwerktypen voneinander abgrenzen zu können, wurden in der Literatur zahlreiche Modelle mit verschiedenen Dimensionen entwickelt. Als einer der einflussreichsten Versuche gilt dabei derjenige von van Waarden (1992). Van Waarden unterscheidet bei seinem Unterfangen, Policy-Netzwerke zu determinieren, nicht weniger als sieben Dimensionen: Akteure, Funktion, Struktur, Institutionalisierung, Spielregeln, Machtverteilung sowie akteurspezifische Strategien. Diese sieben Hauptdimensionen werden in weitere Subdimensionen unterteilt. Als die drei zentralen Dimensionen zur Unterscheidung von Policy-Netzwerken bezeichnet der Autor die Anzahl und die Art nicht-staatlicher Akteure, die Hauptfunktion des Policy-Netzwerkes sowie die Machtverteilung innerhalb eines Policy-Netzwerkes (van Waarden 1992: 49f.). Unter Zuhilfenahme all dieser Unterscheidungsmerkmale von Policy-Netzwerken differenziert van Waarden zwischen sieben verschiedenen Netzwerktypen: Statism/Pantouflage, Captured statism, Clientelism, Pressure pluralism, Sectoral corporatism, Macro corporatism, State corporatism, Sponsored pluralism, Parental relations, Iron triangles, Issue networks.

Die etwas unübersichtliche und schwierig zu bestimmende Vielzahl dieser Netzwerktypen wird in der Literatur häufig auf zwei reduziert: *issue networks* und *policy communities* (Marsh/Rhodes 1992, Von Winter 1997, Atkinson/Coleman 1992, Smith 1993). Demzufolge stellen *issue networks* die offenste und flexibelste Form eines Policy-Netzwerkes dar, worin eine relativ grosse Zahl von staatlichen und privaten Akteuren vertreten sind. Issue Networks zeichnen sich durch fließende Grenzen im Hinblick auf ihre Umwelt aus, was eine beständige Fluktuation des Akteurkreises zur Folge hat. Im Gegensatz zu *issue networks* weisen *policy communities* deutlichere Konturen auf und die Anzahl beteiligter Ak-

teure lässt sich eindeutig bestimmen. Policy communities zeichnen sich aus durch „stable relationships, restrictive membership, vertical interdependence and insulation from other networks and institutions“ (Rhodes (1988), zit. in Atkinson/Coleman 1992: 158). Die Hauptfunktion einer Policy Community besteht darin, die Produktion und Implementation materieller Politik zu gewährleisten (Marin/Mayntz 1991: 16). Die Struktur einer policy community ist dabei hauptsächlich abhängig von der Intensität der Kommunikationsbeziehungen sowie von der Distribution von Kontrollressourcen (Von Winter 1997: 345).

Die Unterscheidung zwischen *issue networks* und *policy communities* eignet sich gut dazu, um die Entwicklung der Aidspolitik nicht nur in der Schweiz, sondern in vielen westeuropäischen Ländern zu beschreiben. Seit Ausbruch der Epidemie anfangs der 80er Jahre haben sich die Aidspräventions-Netzwerke von schwach strukturierten *issue networks* zu integrierten und schlagkräftigen *policy communities* entwickelt. Dies kommt im Begriff „exceptionalist alliances“ (Bayer 1991; Steffen 1996; Rosenbrock et al. 2000) zum Ausdruck, womit die mit der Formulierung und Umsetzung der Aidspolitik beschäftigten Ausnahme-Koalitionen gekennzeichnet werden. Dieser Entwicklungsprozess hin zu einer starken Aidspräventions-Community wurde von staatlicher Seite gefördert. Die mit Public Health beschäftigten Behörden entwickelten und finanzierten staatliche HIV/Aids-Programme, wurden selbst zu wichtigen Beteiligten in den entsprechenden Netzwerken und statteten andere Akteure mit beträchtlichen finanziellen Ressourcen aus (Bütschi/Cattacin 1994; Cattacin/Panchaud 1997; Steffen 2001).

Um *issue networks* von *policy communities* unterscheiden zu können, entwickelten Marsh und Rhodes ein Analyseraster, das vier Hauptdimensionen mit verschiedenen dazugehörigen Variablen enthält (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Dimensionen von Policy-Netzwerken nach Marsh und Rhodes

Dimension	Variablen
<i>Mitgliedschaft</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Anzahl Netzwerkakteure – Art der vertretenen Interessen
<i>Integration</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Häufigkeit/Qualität der Interaktion – Kontinuität – Konsens
<i>Ressourcen</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Ressourcenverteilung innerhalb des Netzwerkes – Ressourcenlage der einzelnen Netzwerkakteure
<i>Machtverteilung</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Position der Netzwerkakteure (Zentrumsnähe bzw. -ferne) – Entscheidungsbefugnis über Spielregeln, Netzwerkteilnehmer, politische Inhalte

Quelle: Marsh und Rhodes (1992: 187)

In der ersten Dimension (*Mitgliedschaft*) geht es um die Anzahl Akteure, die in einem Netzwerk vertreten sind sowie um die Art der Interessen, die diese vertreten. Die Aidspräventions-Netzwerke sowohl auf nationaler, wie auch auf kantonaler Ebene setzen sich aus einer Reihe staatlicher Akteure sowie NGOs zusammen. Als wichtigste staatliche Akteure gelten im Zusammenhang mit HIV/Aids die Gesundheitsbehörden.

Auf Seiten der NGOs ist vor allem die auf der nationalen Ebene tätige Aids-Hilfe Schweiz mit ihren regionalen Antennen zu erwähnen. Daneben gibt es verschiedene andere Organisationen, die ebenfalls aidspräventive Massnahmen anbieten. Die zweite Dimension (*Integration*) wird mit folgenden Variablen gemessen: Häufigkeit bzw. Qualität der Interaktionen zwischen den Akteuren, die in einem Netzwerk vertreten sind; Kontinuität, d.h. Stabilität vs. häufige Wechsel der Netzwerkakteure sowie Konsens (über geteilte Werte und die adäquate Strategie, um bestimmte Ziele zu erreichen). Die schweiz. Aidspolitik wurde Ende der 90er Jahre durch einen grossen Konflikt zwischen dem BAG und der AHS erschüttert (vgl. Kübler et al. 2002). In dieser Studie wird nicht nur untersucht, ob dieser Konflikt unterdessen gelöst werden konnte, sondern es wird auch der Frage nachgegangen, ob auf der kantonalen Ebene ebenfalls Konflikte existieren. In der dritten Dimension (*Ressourcen*) geht es um die finanziellen und personellen Mittel, die einem Policy-Netzwerk als Ganzes und den einzelnen Netzwerkakteuren zur Verfügung stehen. Wieviel Geld in der Schweiz für aidspräventive Massnahmen ausgegeben wird, ist nicht bekannt. Über die effektiven Kosten aidspräventiver Massnahmen auf der nationalen wie der kantonalen Ebene liegen nur Schätzungen vor (Zürn et al. 2001). Deshalb werden wir uns in dieser Untersuchung auf die finanzielle und personelle Situation der Aids-Hilfen fokussieren. In der vierten Dimension (*Machtverteilung*) interessiert die Frage, wie nah oder fern die einzelnen Akteure vom netzwerkinternen Entscheidungszentrum positioniert sind. Zusätzlich geht es bei dieser Dimension um die Frage, wer die Spielregeln festlegt, wer über die Aufnahme bzw. den Ausschluss von Netzwerkakteuren bestimmt und wer die politischen Inhalte formuliert. Die in der Aidsprävention tätigen NGOs sind in hohem Masse von Stellen der öffentlichen Hand abhängig, die sie für die Wahrnehmung dieser Aufgabe mit den nötigen Mitteln ausstatten. Diese Abhängigkeit hat sich in den letzten Jahren verstärkt, da die NGOs unter einem Spendenrückgang zu leiden haben.

3.1.1 Politikwandel im Rahmen des Policy Netzwerk-Ansatzes

Die HIV/Aids-Epidemie in den Industriestaaten des Westens konnte in den 90er Jahren einigermassen unter Kontrolle gebracht werden. Die Anzahl Neuinfektionen ist mehr oder weniger stabilisiert, zudem stehen heutzutage wirksame Medikamente zur Verfügung, so dass Aids immer mehr den Charakter einer chronischen Krankheit annimmt. Dieser Normalisierungsprozess hat Auswirkungen auf die Aidspräventions-Community: viele beteiligte Akteure haben mit Motivationsschwierigkeiten zu kämpfen, Aufgaben werden in zunehmendem Masse routinisiert und das Innovationspotenzial der involvierten Akteure lässt nach (Rosenbrock et al. 2000). Es gibt also Anzeichen dafür, dass in der Phase der Normalisierung vormals erfolgreiche Strukturen und Prozesse der Aidspräventions-Community und deren Output unter Druck geraten werden. Da gerade dieses stabile Arrangement von staatlichen und privaten Akteuren (*exceptionalist alliances*, siehe oben) wesentlich zum Erfolg aidspräventiver Massnahmen beigetragen hat (Cattacin/Panchaud 1997; Albaek 2001), muss davon ausgegangen werden, dass diese institutionellen und organisatorischen Umstrukturierungen Massnahmen und Projekte der HIV/Aids-Prävention gefährden werden.

Indirekt geht es also um die Frage, ob im Zuge der Normalisierung bereits ein *policy change* stattfindet, oder ob sich ein solcher abzuzeichnen beginnt. Im Rahmen des Policy Netzwerk-Ansatzes werden als Erklärung für Politikwandel sowohl netzwerkinterne wie auch -externe Faktoren herangezogen. *Externe Faktoren* können ökonomischer, sozialer oder politischer Art sein (Atkinson/Coleman 1992; Smith 1993: 91ff.; Hassenteufel 1995: 103ff.). Clivaz (2001: 75ff.) unterteilt die externen Faktoren (*contraintes externes*) in zwei

Variablentypen: Struktur- sowie Situationsvariablen. Gemäss Clivaz verändern sich Strukturvariablen kurz- und mittelfristig kaum. Als Beispiele für diesen Variablentyp zählt er auf: „la distribution des ressources naturelles, la structure de la propriété ou les règles constitutionnelles“ (ebd.: 76). Viel wichtiger in unserem Zusammenhang sind die *Situationsvariablen*. Gemäss Clivaz zählen dazu die sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen, die politischen Macht- und Mehrheitsverhältnisse, Entscheidungs- und Implementationsprozesse in anderen Politikbereichen oder Ereignisse, die einen grossen Einfluss auf die öffentliche Meinung ausüben (ebd.: 77). Bezogen auf die Aidsprävention ist zu vermuten, dass die im Aidsbereich eingetretene Normalisierung einen wichtigen externen Faktor darstellt, der Auswirkungen auf die Aidspräventions-Netzwerke und deren Output hat. Ebenfalls als externer Faktor zu betrachten ist die anhaltende Finanzkrise und der damit einhergehende Spardruck der öffentlichen Hand. Viele Kantone und Gemeinden sahen sich in den letzten Jahren dazu veranlasst, Sparpakete zu schnüren. Von Sparmassnahmen der öffentlichen Hand dürfte auch die Aidsprävention betroffen sein.

Im Rahmen des Netzwerkansatzes wird *policy change* auch mit *internen Faktoren* erklärt. Verschiedene Studien haben einen Zusammenhang zwischen der Form eines Netzwerkes und der Ausgestaltung der Politik in einem bestimmten Politikfeld nachgewiesen (Atkinson/Coleman 1992; Hassenteufel 1995: 105). Demzufolge ist zu erwarten, dass netzwerkinterne strukturelle Veränderungen Auswirkungen auf den Output haben. Von strukturellen Veränderungen wird in dieser Studie dann gesprochen, wenn in einem Aidspräventions-Netzwerk neue Akteure hinzugekommen sind bzw. wenn Akteure in der Untersuchungsperiode aus dem Netzwerk ausgeschieden sind. Als strukturelle Veränderungen gelten auch Reorganisationen innerhalb von Verwaltungseinheiten, die mit dem Aidsdossier betraut sind. Unter Umständen haben auch netzwerkinterne Veränderungen organisatorischer Art Auswirkungen auf das Angebot in der Aidsprävention. Als organisatorische Veränderungen kommen dabei zum Beispiel Änderungen von Arbeitsabläufen (insb. der Abschluss von Leistungsaufträgen zwischen staatlichen Behörden und NGOs) in Frage. Eine organisatorische Veränderung liegt auch dann vor, wenn die Zuständigkeit für das Aidsdossier verwaltungsintern einem Wechsel unterliegt.

Umstrukturierungsprozesse innerhalb der Aidspräventions-Community können zum Beispiel die interne Dynamik des kollektiven Handelns beeinflussen und sich negativ auf das Handlungspotenzial der Community auswirken. So konnte beispielsweise Schlager (1995) aufzeigen, dass das Handlungspotenzial einer Akteurkoalition massgeblich dadurch bestimmt wird, inwiefern es gelingt, im Zusammenhang mit kollektivem Handeln auftretende Probleme zu überwinden. Das Handlungspotenzial einer Community wird gestärkt, wenn die einzelnen Akteure den Eindruck haben, von den anderen Community-Mitgliedern fair behandelt zu werden und wenn sie für ihre Anstrengungen für die „gemeinsame Sache“ angemessen honoriert werden. Wenn Umstrukturierungsprozesse mit einer Änderung der Finanzierungsstrategie einhergehen - indem zum Beispiel die Community-Mitglieder in eine Wettbewerbssituation gezwungen werden, um an öffentliche Gelder zu kommen - steigt das Risiko des „Free-riding“, was eine Schwächung des Handlungspotenzials zur Folge haben kann. Zudem konnten Kübler et al. (2002) aufzeigen, dass staatliche Bemühungen, den Kreis der involvierten Akteure auszuweiten auf andere im Gesundheitsbereich tätige Institutionen, zu einer Verunsicherung und teilweise sogar existenziellen Bedrohung von vormals etablierten Akteuren nicht nur auf nationaler, sondern vor allem auch auf kantonaler Ebene, führen können.

Netzwerkinterner Wandel tritt häufig bei Zielkonflikten auf, wenn die handlungsleitenden Grundüberzeugungen von den Netzwerkakteuren oder einem Teil davon aus irgendwelchen Gründen in Frage gestellt werden (Atkinson/Coleman 1992: 174). Es ist anzunehmen, dass die im Aidsbereich eingetretene Normalisierung bei den beteiligten Akteuren – bei den staatlichen wie bei den NGOs – Spuren hinterlassen hat. Es ist gut möglich, dass es in den letzten Jahren vor allem bei NGOs zu strategischen Änderungen gekommen ist. So ist zum Beispiel denkbar, dass vormals exklusiv in der Aidsprävention tätige NGOs die Prävention weiterer sexuell übertragbarer Krankheiten in ihr Angebot aufgenommen haben. Es ist auch denkbar, dass vermehrt sexualpädagogische Angebote berücksichtigt werden. Durch solche Strategieänderungen hervorgerufene Spannungen innerhalb der Aidspräventions-Netzwerke können dazu führen, dass einzelne Akteure das Netzwerk verlassen und andere neu hinzustossen. Eine andere Argumentation zielt auf sogenannte „boundary shifts“ (Atkinson/Coleman 1992: 172f.), Grenzverschiebungen innerhalb eines Netzwerkes. Einzelne Akteure befinden sich näher am Entscheidungszentrum, andere eher am Rand eines spezifischen Netzwerkes. Im Laufe der Zeit kann es vorkommen, dass einzelne Akteure vom Zentrum an den Rand rücken und umgekehrt. Dabei stellt sich die Frage, welche Akteure von solchen Umschichtungen betroffen werden und weshalb? Häufig sind für solche Umlagerungsprozesse in erster Linie staatliche Stellen verantwortlich, da sie in den meisten Netzwerken als die dominierenden Akteure gelten: „it is government which creates the network and the rules of the game“ (Rhodes 1988: 82). Und Smith (1993: 97) meint, „political actors force changes by giving access to new groups or by establishing new decision-making centres.“ Versuche seitens der staatlichen Behörden, etablierte *policy communities* zu ändern, bergen also ein hohes politisches Risikopotenzial und häufig sind die politischen Akteure zu wenig gut vorbereitet, die dadurch entstehenden politischen Kosten zu tragen (Smith 1993: 97, Kübler et al. 2002).²

3.2 Analysemodell und Forschungsfragen

Bei der Untersuchung der beiden zentralen Fragestellungen mit Hilfe des Policy Netzwerk-Ansatzes werden sowohl netzwerkinterne wie auch –externe Faktoren berücksichtigt. Im Analysemodell, das dieser Untersuchung zugrunde liegt, werden die Stabilisierung der HIV-Infektionszahlen sowie die Verfügbarkeit der medikamentösen Behandlung als exogene Faktoren betrachtet, die die Aidspräventions-Netzwerke und deren Output beeinflussen. Als zusätzlichen exogenen Faktor haben wir den Spardruck hinzugenommen. In Kapitel 3.1.1 wurde aufgezeigt, dass sozio-ökonomische Rahmenbedingungen einen grossen Einfluss auf Policy-Netzwerke und deren Output haben. Angesichts der nur schleppend vorankommenden Wirtschaftsentwicklung und den bei der öffentlichen Hand vorherrschenden Spardruck ist davon auszugehen, dass die angespannte Wirtschaftssituation bei den Aidspräventions-Netzwerken und ihrem Angebot bereits Spuren hinterlassen hat.

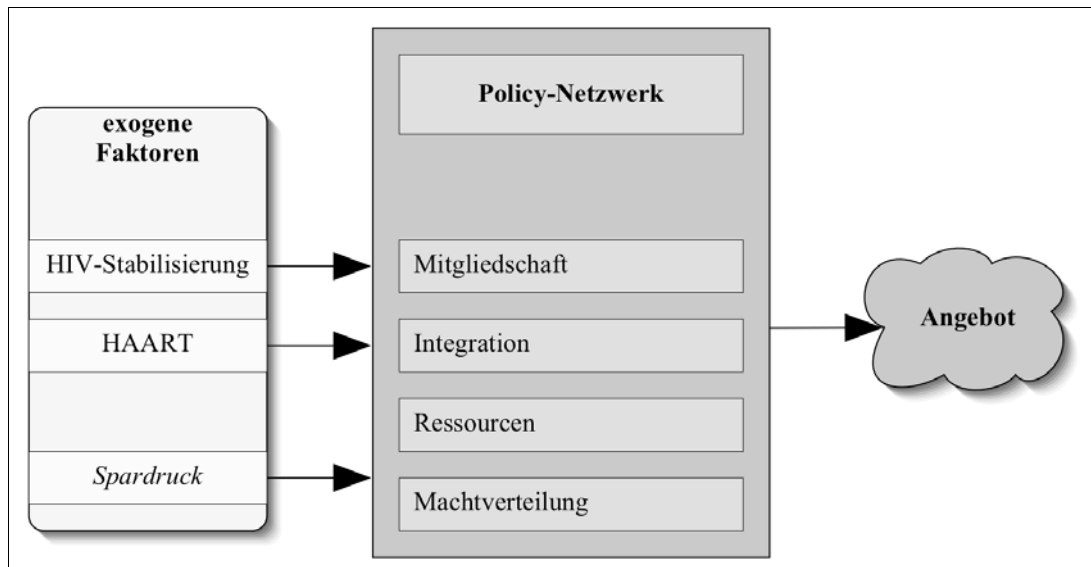
Auf der Grundlage dieser theoretischen Überlegungen lassen sich in Bezug auf die erste zentrale Fragestellung dieser Studie weitere Forschungsfragen ableiten:

1. Welche Rolle spielen die Akteure des klinischen Bereichs? Treten sie als Gegenspieler der Präventionsakteure in Erscheinung, oder handelt es sich eher um komplementäre Partner?

² Demzufolge erscheint es häufig zweckmässiger, bestehende Netzwerke in ihrer Form zu bewahren und auftretende (Ziel)konflikte einer Lösung zuzuführen.

2. Welche Entscheidungsträger (inner- und ausserhalb des Netzwerkes) tragen die Verantwortung für allfällige Policy Änderungen? Handelt es sich dabei um administrative oder parlamentarische Entscheidungsträger? Mit welchen Argumenten werden diese Entscheidungen begründet (HAART, HIV-Stabilisierung, anderes)?
3. Hat der Spardruck der öffentlichen Hand Auswirkungen auf das Präventions-Netzwerk? Sind Subventionen der öffentlichen Hand zurückgegangen? Wenn ja, welche Akteure sind davon in welchem Ausmass betroffen? Musste deshalb das Angebot in einzelnen Fällen zurückgefahren werden?

Abbildung 2: Analysemodell



Im Rahmen des Policy Netzwerk-Ansatzes werden bei der Erklärung von Politikwandel neben exogenen auch netzwerkinterne Faktoren herangezogen. Dabei geht man in der Literatur davon aus, dass Veränderungen, die die vier Netzwerkdimensionen Mitgliedschaft, Integration, Ressourcen und Machtverteilung betreffen, ebenfalls Auswirkungen auf den Output haben können. Aufgrund dieser Tatsache können weitere Forschungsfragen formuliert werden:

4. Welches sind die zentralen Akteure innerhalb der Aidspräventions-Netzwerke (auf Bundesebene und in den untersuchten Kantonen)? Welches sind die Aufgaben der staatlichen bzw. privaten Akteure innerhalb des Netzwerkes?
5. Gibt es Anzeichen für organisatorische bzw. strukturelle Veränderungen innerhalb der Aidspräventions-Netzwerke? Werden Akteure, die zuvor zum Kern des Netzwerkes gehörten, im Zuge der Normalisierung an den Rand gedrängt oder sogar ausgeschlossen? Stossen neue Akteure hinzu, die vorher nicht ins Netzwerk integriert waren? Welches sind die Gründe für diese strukturellen Änderungen? Gibt es einen Zusammenhang zwischen den strukturellen Änderungen und den nationalen Prioritäten bzw. Strategien?
6. Treten in den Aidspräventions-Netzwerken Konflikte auf? Geht es dabei um ideelle- oder Verteilungskonflikte? Haben diese Konflikte einen Einfluss auf das Handlungspotenzial der Aidspräventions-Community?
7. Wie haben sich die Ressourcen (personelle und finanzielle Ressourcen) bei den einzelnen Akteuren in der Normalisierungsphase entwickelt? Wenn die Ressourcen zurück-

gegangen sind, was sind die Gründe dafür? Welche Auswirkungen hat die Ressourcenentwicklung auf Massnahmen der HIV/Aids-Prävention?

8. Wer hat das Sagen in den schweiz. Aidspräventions-Netzwerken? Welche Rolle spielt das BAG (bzw. die kantonalen Gesundheitsdirektionen) innerhalb der Aidsprävention? Gibt es Anzeichen für Änderungen der nationalen HIV/Aids-Prävention? Werden Prioritäten anders gesetzt? Kommt es zu einer Strategieänderung (z.B. neue Partnerschaften). Welches sind die Gründe für diese Anpassungen?

4 Vorgehen und Methode

In diesem Kapitel wird das der vorliegenden Studie zugrunde liegende Forschungsdesign beschrieben. In einem nächsten Schritt wird die Auswahl der untersuchten Fälle begründet und eine Abgrenzung der untersuchten Policy-Netzwerke hergeleitet. Am Schluss dieses Kapitels wird dargelegt, welche Methoden für die Datenerhebung und die Datenanalyse verwendet wurden.

4.1 Forschungsdesign

Um die Entwicklung der schweiz. Aidspräventionspolitik in der Phase der Normalisierung zu untersuchen, wird ein Forschungsdesign verwendet, das auf vergleichenden Fallstudien basiert (Yin 1994: 44). Im Rahmen der Fallstudien werden ausgewählte Bereiche der HIV/Aids-Prävention untersucht. Die Auswahl dieser Präventionsbereiche basiert auf einem Modell der Aidsprävention, das auf drei Interventionsebenen beruht (BAG 2003b: 18ff.):

1. *Bevölkerungsbezogene Information* (Breitenwirkung): dies geschieht in erster Linie mit der 1987 erstmals lancierten STOP AIDS-Kampagne, in der die Schweizer Bevölkerung regelmässig über HIV/Aids und entsprechende Schutzmöglichkeiten informiert wird.
2. *Zielgruppenspezifische Information und Motivation* (Breiten- und Tiefenwirkung): auf der zweiten Interventionsebene sollen vor allem Personen erreicht werden, die sich risikant verhalten, zu einer Gruppe mit hoher Prävalenz gehören oder eine erhöhte Vulnerabilität aufweisen.
3. *Individuelle Prävention und Beratung* (Tiefenwirkung): sie erfolgt mittels dezentraler Angebote für die individuelle und personenspezifische Prävention. Die Präventionsberatung ist dabei häufig mit der Durchführung eines Aidsstestes verbunden (Counselling).

Im Rahmen dieser Studie werden fünf Bereiche der HIV/Aids-Prävention näher untersucht. Bei den ersten beiden Bereichen handelt es sich um Präventionsmassnahmen, die sich an eine breite Bevölkerung richten und die seit Ausbruch der Epidemie einen wichtigen Bestandteil der Prävention bilden (Steffen 2000a). Die nächsten drei Bereiche betreffen spezifische Zielgruppen, die sich durch eine hohe Vulnerabilität und/oder durch ein abnehmendes Schutzverhalten auszeichnen (Dubois-Arber et al. 2001; UNAIDS 2001). Bei den fünf untersuchten Bereichen der HIV/Aids-Prävention handelt es sich um folgende:

- a) HIV/Aids-Prävention für die breite Bevölkerung mit einem holistischen Ansatz: STOP-AIDS-Kampagnen;
- b) HIV/Aids-Prävention für die breite Bevölkerung mit einem individualistischen Ansatz: Counselling durch Aids-Sprechstunden und regionale Aids-Hilfen;
- c) HIV/Aids-Prävention an Schulen;
- d) HIV/Aids-Prävention für Sexworker beiderlei Geschlechts und deren Kunden;
- e) HIV/Aids-Prävention für MigrantInnen.

Da eine unserer zentralen Fragestellungen lautet, ob die seit Mitte der 90er Jahre verfügbare medikamentöse Behandlung von HIV und Aids einen Einfluss auf das Präventions-Netzwerk und dessen Output hat, berücksichtigen wir in dieser Untersuchung zusätzlich die Sichtweise des medizinischen Bereichs. Deshalb wird neben dem Präventionsbereich auch der klinische Bereich untersucht:

- f) Therapie und medikamentöse Behandlung von HIV-infizierten und aidskranken Menschen.

In diesen sechs Bereichen werden die Entwicklungen, die in den letzten Jahren stattgefunden haben, gemäss den oben formulierten Forschungsfragen untersucht. Der Untersuchungszeitraum erstreckt sich vom Beginn der Normalisierungsphase bis in die Gegenwart.

4.2 Auswahl der Fälle

Der Fokus dieser Untersuchung richtet sich auf die HIV/Aids-Prävention in der Schweiz. Dabei wird nicht nur die nationale Ebene berücksichtigt, sondern es werden auch sieben Kantone in die Untersuchung miteinbezogen. Dabei handelt es sich um die Kantone Aargau, Genf, Graubünden, Neuenburg, St. Gallen, Tessin und Zürich. Diese Kantone haben sich zum Teil bereits in früheren Untersuchungen in Bezug auf die HIV/Aids-Thematik als besonders relevant erwiesen (Bütschi/Cattacin 1994; Vittali/Cattacin 1997; Jeanin/Schmid/Phi 2000; Kübler et al. 2002).

Tabelle 2 bildet die bei der Auswahl der Fälle verwendeten Variablen mit ihren jeweiligen Indikatoren ab. Die sieben zu untersuchenden Kantone sind **hervorgehoben**. Die Variablen bzw. Indikatoren, die zwecks Ermittlung der zu untersuchenden Kantone verwendet wurden, rekurrieren auf das in Abbildung 2 dargestellte Analysemodell. Da die einzelnen Aidspräventions-Netzwerke mit ihren vier Dimensionen selbst Teil der Untersuchung sind, konzentrieren wir uns bei der Fallauswahl auf die beiden exogenen Faktoren ‚HIV-Stabilisierung‘ sowie ‚Spardruck‘. Das Ziel besteht darin, bei diesen beiden exogenen Faktoren mittels geeigneter Indikatoren eine möglichst hohe Varianz zu erzielen.

Tabelle 2: Auswahlkriterien der zu untersuchenden Fälle

Variable	Indikator	Ausprägungen	Kantone
HIV-Stabilisierung	<i>HIV-Infektionsraten</i> (positive Tests pro 100'000 E. 1996-2003) ³	klein (< 27)	AG , AI, BL, JU, LU, NW, OW, TG, UR
		mittel (27-50)	AR, BE, FR, GL, GR , SG , SH, SO, SZ, TI , VS, ZG
		hoch (> 50)	BS, GE , NE , VD, ZH
Spardruck	<i>Rechnungsabschlüsse</i> (Durchschnitt aus den Jahren 1996-2002) ⁴	> 0	AG , AI, AR, BL, LU, SH, SG , SZ, ZH
		0 bis -19'999	BS, FR, GL, JU, NW, OW, TG, UR
		-20'000 bis - 275'000	BE, GE , GR , NE , SO, TI , VD, VS, ZG
Policy-Netzwerk	<i>Sprachgruppen- zugehörigkeit</i>	deutsch	AG , AI, AR, BE, BL, BS, GL, GR , LU, NW, OW, SG , SH, SO, SZ, TG, UR, ZG, ZH
		lateinisch	FR, GE , JU, NE , TI , VD, VS

Um beim exogenen Faktor ‚HIV-Stabilisierung‘ unterschiedliche Entwicklungen darzustellen, eignet sich am besten der Indikator ‚HIV-Infektionsrate‘. Um die Höhe der Infektionsraten der einzelnen Kantone vergleichbar zu machen, werden die Anzahl Neuinfektionen pro 100'000 EinwohnerInnen verwendet. Wie Tabelle 2 verdeutlicht, ergeben sich dabei zwischen den einzelnen Kantonen erhebliche Unterschiede.

In dieser Studie soll auch untersucht werden, ob der in vielen Kantonen zu beobachtende Spardruck Auswirkungen auf die Aidspräventions-Netzwerke und deren Angebot haben. Um die Variable ‚Spardruck‘ zu messen, wurde der Indikator ‚Rechnungsabschluss‘ herangezogen. Tabelle 2 verdeutlicht, dass die Ausprägung der Defizite von Kanton zu Kanton sehr unterschiedlich ist. Je stärker ein Kanton einem Spardruck unterliegt, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass Sparbemühungen vorhanden sind, die auch vor dem Bereich der Aidsprävention nicht halt machen. Diesem Umstand trugen wir bei der Auswahl der Fälle Rechnung.

In Untersuchungen, deren Forschungsdesign auf vergleichenden Fallstudien basieren, werden meistens auch die verschiedenen Landesteile berücksichtigt. Eine Studie von Renschler (2004) hat aufgezeigt, dass sich die politischen Organisationsweisen im Bereich der öffentlichen Gesundheit (*modèles organisationnels en matière de santé publique*) in den verschiedenen Landesteilen voneinander unterscheiden. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass auch im Bereich der Aidsprävention die jeweiligen Policy-Netzwerke je nach Landesteil unterschiedliche Strukturen aufweisen. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, bei der Fallauswahl Kantone aus allen drei Landesregionen zu berücksichtigen.

³ Quelle: BAG (Stand 31.7.2004; provisorische Raten für 2003)

⁴ Quelle: Eidg. Finanzverwaltung

4.3 Abgrenzung der Policy-Netzwerke

Die Verhinderung der weiteren Ausbreitung von HIV und Aids stellt nur einen Aspekt einer weit umfassenderen Aidspolitik dar. Im Nationalen HIV/Aids-Programm 2004-2008 wird denn auch von drei Kerngeschäftsfeldern der Aids-Arbeit gesprochen (BAG 2003b: 16f.; vgl. Abbildung 3):

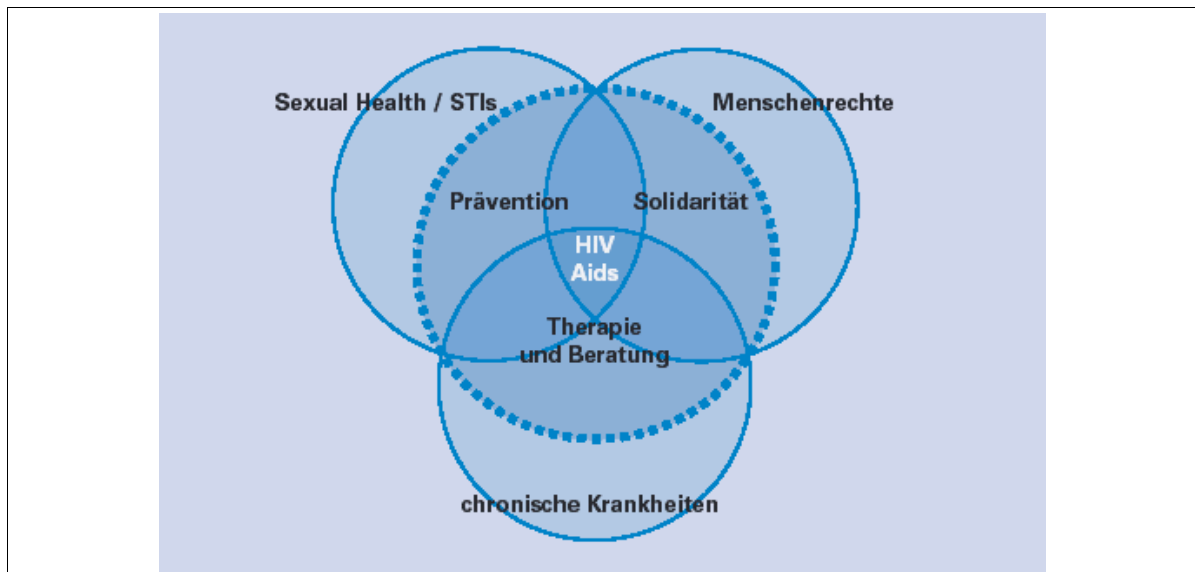
1. Verhinderung der Ausbreitung von HIV;
2. Therapie und Beratung bei einer HIV-Infektion und Aids-Erkrankung;
3. Solidarität mit infektionsgefährdeten, infizierten und kranken Menschen.

Das Ziel des ersten Kerngeschäftsfeldes (Prävention) besteht darin, die weitere Ausbreitung des HI-Virus zu verhindern. Je nach Übertragungsweg ist dabei Prävention in verschiedenen übergeordneten Themengebieten verankert. In Bezug auf die sexuelle Übertragung ist HIV-Prävention ein Teilbereich der Prävention von sexuell übertragbaren Infektionen und gehört damit zur Förderung der sexuellen Gesundheit (Sexual Health). In Bezug auf die Übertragung durch intravenösen Drogenkonsum ist HIV-Prävention im Kontext der Schadensminderung im Drogenbereich zu betrachten (Spritzenabgabe). Was die Übertragung des Virus bei Medizinalpersonal, von der Mutter auf das Kind sowie via Blutprodukte anbelangt, so muss das Thema Teil der entsprechenden professionellen Standards und der Aus-, Weiter- und Fortbildung sein.

Das Ziel des zweiten Kerngeschäftsfeldes (Therapie und Beratung) besteht darin, allen in der Schweiz lebenden Menschen mit HIV und Aids den Zugang zu professioneller Beratung und Betreuung, Therapie und Pflege zu gewährleisten. Da sich Aids zunehmend von einer tödlichen zu einer chronischen Krankheit entwickelt hat, ist dieses Kerngeschäftsfeld Teil des medizinischen und psychologischen Umgangs mit chronischen Krankheiten.

Ziel des dritten Kerngeschäftsfeldes (Solidarität) schliesslich ist es, die Diskriminierung und Stigmatisierung von HIV-Infizierten zu verhindern und Ungleichheiten bei der Arbeit und den Sozialversicherungen abzubauen. Hinzu kommt die Förderung der internationalen Solidarität bezüglich HIV und Aids.

Die drei Kerngeschäftsfelder der schweizerischen Aids-Arbeit sind in der nachstehenden Abbildung dargestellt. Das schraffierte Feld stellt den Geltungsbereich des aktuellen Nationalen HIV/Aids-Programmes dar.

Abbildung 3: Die drei Kerngeschäftsfelder der Aids-Arbeit

Quelle: BAG (2003: 16)

Obschon als sechster Untersuchungsbereich dieser Studie die Therapie und medikamentöse Behandlung von HIV-infizierten und aidskranken Menschen genannt wurde, liegt der Fokus dieser Untersuchung ganz klar auf dem ersten Kerngeschäftsfeld, der Prävention. Weiter beschränken wir uns auf die präventiven Massnahmen im Kontext der sexuellen Übertragung. Diese Einschränkung erfolgt aus zwei Gründen: Erstens kommt die sexuelle Übertragung des Virus am häufigsten vor, zweitens ist die Prävention von Übertragungen durch intravenösen Drogenkonsum einem anderen Politikbereich (Drogenpolitik) zuzuordnen.

Ausgehend von unseren sechs Untersuchungsbereichen und auf der Grundlage der oben stehenden Ausführungen ist davon auszugehen, dass in den untersuchten Aidspräventions-Netzwerken folgende Akteure von Bedeutung sind:

- Gesundheitsbehörden, die für das Aidsdossier zuständig sind und entsprechende Massnahmen subventionieren;
- Abteilungen von Kantonsspitalern, die eine HIV-Sprechstunde unterhalten und ein Prä-Test- und/oder ein Post-Test-Counselling anbieten;
- Schulbehörden, die für die Aidsprävention an Schulen verantwortlich sind;
- Aidskommissionen;
- NGOs, die für die Implementierung von aidspräventiven Massnahmen zuständig sind und zu diesem Zweck von der öffentlichen Hand subventioniert werden.

4.4 Datenerhebung

Die Datenerhebung basiert grundsätzlich auf qualitativen Methoden: der Analyse von Dokumenten sowie der Durchführung von Interviews. Daneben wurden fallweise auch quantitative Kennzahlen wie epidemiologische Daten, präventionsspezifische Ausgaben der öffentlichen Hand, Kosten spezifischer Präventionsmassnahmen etc. erhoben.

4.4.1 Dokumentenanalyse

Das Ziel der Dokumentenanalyse besteht darin, Informationen über Strukturen, Prozesse und Inhalte im Bereich der HIV/Aids-Prävention – und in geringerem Umfang auch im Bereich von HAART – zu generieren. Die dabei erhobenen Daten stammen aus den folgenden Quellen:

- Sekundäranalysen von Studien zur HIV/Aids-Politik in der Schweiz und in weiteren europäischen Ländern⁵;
- Primärdaten, die wir im Zusammenhang mit anderen Forschungsprojekten erhoben haben⁶;
- Amtliche Publikationen von Regierungsstellen und Gesundheitsbehörden (epidemiologische Daten, HIV/Aids-spezifische Ausgaben der öffentlichen Hand etc.);
- Dokumente, Berichte und graue Literatur von NGOs, die Massnahmen im Bereich der Aidsprävention anbieten.

4.4.2 Problemzentrierte Interviews

Als zweite Datenerhebungsmethode wurden insgesamt 52 problemzentrierte Interviews durchgeführt. Acht auf der nationalen Ebene und 33 in den untersuchten Kantonen. Das Verfahren des problemzentrierten Interviews zeichnet sich durch zwei wesentliche Merkmale aus: Offenheit und Vertrauensbeziehung (Mayring 1999: 50). Die interviewte Person soll frei antworten können, ohne vorgegebene Antwortalternativen. Zudem soll zwischen Interviewer und Befragten eine Vertrauenssituation hergestellt werden. Damit die Interviews miteinander verglichen werden können, werden die wesentlichen Fragestellungen in einem Interviewleitfaden festgehalten. Die drei je nach Akteurkategorie verwendeten Interviewleitfäden sind im Anhang aufgeführt.

⁵ Berücksichtigt wurden dabei insbesondere die zahlreichen Studien, die von der Unité d'évaluation des programmes de prévention (UEPP) des Sozial- und Präventivmedizinischen Instituts der Universität Lausanne im Rahmen der Globalevaluation der nationalen HIV/Aids-Präventionsstrategie verfasst worden sind (vgl. Dubois-Arber/Jeannin/Spencer 1999). Zusätzlich wurden Studien konsultiert, die von der Aidsforschungskommission des Schweiz. Nationalfonds finanziert worden sind (Hausser et al. 2001; Twisselmann et al. 2001; Zürn et al. 2001), oder die von der Aids-Hilfe Schweiz in Auftrag gegeben worden sind (z.B. Spreyermann 2000).

⁶ Verwendet wurde die umfangreiche Dokumentation und die vielen Interviewprotokolle, die sich im Verlaufe von früheren Forschungsprojekten angesammelt haben. Zum Thema Normalisierungsszenarien in der Schweizer Aidspolitik: Kübler et al. 2002.

Die Anzahl der InterviewpartnerInnen orientierte sich an den in den Policy-Netzwerken vertretenen Akteuren sowie an den sechs Untersuchungsbereichen. Demzufolge wurden einerseits VertreterInnen der Gesundheits- und Schulbehörden sowie die LeiterInnen der HIV-Sprechstunden an den Kantonsspitalern befragt. Andererseits wurden auch Interviews mit Geschäfts- bzw. BereichsleiterInnen verschiedener für die Umsetzung von aidspräventiven Massnahmen verantwortlichen NGOs durchgeführt. Je nach Grösse des untersuchten Falles fielen so zwischen fünf bis zehn Interviews an.

4.5 Datenanalyse

Die Datenanalyse orientiert sich am Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse. Die qualitative Inhaltsanalyse eignet sich vor allem für Fälle, wo es um eine theoriegeleitete Textanalyse geht. Mit Hilfe dieses Verfahrens werden die Texte systematisch analysiert, indem das Material zergliedert und schrittweise bearbeitet wird und indem in einem theoriegeleiteten Kategoriensystem die Analyseaspekte vorher festgelegt werden (Mayring 1999: 91ff.). Das Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse besteht vor allem darin, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern und sie aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen. Zu diesem Zweck wird ein Fallprotokoll entwickelt, mit dessen Hilfe die Daten ausgewertet werden.

Die in den Fallstudien präsentierten Ergebnisse stellen eine Synthese aus der Dokumentenanalyse, relevanter Sekundärliteratur und der Auswertung der Interviews dar. Damit die einzelnen Fallstudien miteinander verglichen werden können, folgt deren Aufbau jeweils einem fixen Raster, das sich an den theoretisch hergeleiteten Fragestellungen orientiert. Das Ziel besteht darin, eine „dichte Beschreibung“ (Geertz 1987) der in den sechs Bereichen beobachteten Entwicklungen zu liefern.

5 Die wichtigsten Ergebnisse aus den Fallstudien

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse der sieben kantonalen Fallstudien und der Fallstudie Schweiz in gekürzter Form dargestellt⁷. Zu jedem untersuchten Fall wird zuerst das im Jahre 2003 bestehende Angebot in den untersuchten Bereichen in Tabellenform dargestellt. Im Anschluss daran folgen die wichtigsten Ergebnisse, die sich auf allfällige Strategieänderungen, die Ressourcenentwicklung, Konflikte sowie organisatorische bzw. strukturelle Veränderungen beziehen.

5.1 Fallstudie Schweiz

Tabelle 3: Die wichtigsten Angebote auf Bundesebene auf einen Blick (Stand: 2003)

Bereiche	BAG	AHS	SRK/STI	EKAF-SKK
<i>Migration</i>	-STOP AIDS: migrations-spezifische Plakate -Broschüre „Was bedeutet HIV und Aids?“ (in 14 Sprachen)	40%-Stelle für div. Projekte (z.B. Radio Somalia)	-HIV/Aids-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen -SRK: Fachstelle Migration und Gesundheit	
<i>Schule</i>	-Lehrmittel „Sexuelle und reproduktive Gesundheit (in vier Sprachen)	-Schulprojekt -Aufbau eines nationalen Kompetenz-Zentrums Bildung und sexuelle Gesundheit		
<i>Prostitution</i>		-APiS -MSW (inkl. eigener Homepage) -Don Juan (inkl. eigener Homepage)		
<i>Counselling</i>	-„HIV-aktuelles Wissen zu Test und Diagnostik“ -„Informationen zum HIV-Test“ (in drei Sprachen)	Online-Sprechstunde		
<i>STOP AIDS</i>	-Plakatkampagne -www.stopaids.ch			
<i>HAART</i>	Hrsg. versch. Broschüren	-„Bereit für die Therapie? Ein Wegweiser zur erfolgreichen Kombinationsbehandlung gegen HIV“ -medizin. Beratung (schriftlich/ telefonisch) -Online-Sprechstunde -Swiss Aids News -Ringordner „Leben mit HIV und Aids“		Therapie-Empfehlungen

⁷ Die ungekürzten Versionen der acht Fallstudien finden sich in einem umfangreichen Anhang, der auf der Website des Instituts für Politikwissenschaft (www.ipz.unizh.ch/publikationen/evalstud/) als PDF-File heruntergeladen werden kann. Im Anhang finden sich zusätzliche Angaben zu den benutzten Dokumenten und Internetquellen, zu den von uns interviewten Personen sowie die Gesprächsleitfäden, die bei der Interviewdurchführung benutzt wurden.

a) Strategieänderungen

Auf der nationalen Ebene sind weder bei den Bundesbehörden, noch bei der Aids-Hilfe Schweiz grundsätzliche Strategieänderungen zu beobachten. So schliessen gemäss BAG die im Nationalen HIV/Aids-Programm 2004-2008 genannten drei Kerngeschäftsfelder der Aidsarbeit an die seit 1987 geltenden übergeordneten Zielsetzungen an (BAG 2003b: 17). Auch bei der AHS bildet HIV und Aids nach wie vor deren Kerngeschäft, obschon sie unterdessen Informationen zu anderen sexuell übertragbaren Krankheiten in ihr bestehendes Angebot integriert hat. Eine weitergehende thematische Öffnung gegenüber der sexuellen und reproduktiven Gesundheit findet zur Zeit im Schulbereich statt, wo die AHS in Zusammenarbeit mit PLANeS den Aufbau eines nationalen Kompetenzzentrums für Bildung und sexuelle Gesundheit (Amorix) vorantreibt.

b) Ressourcenentwicklung

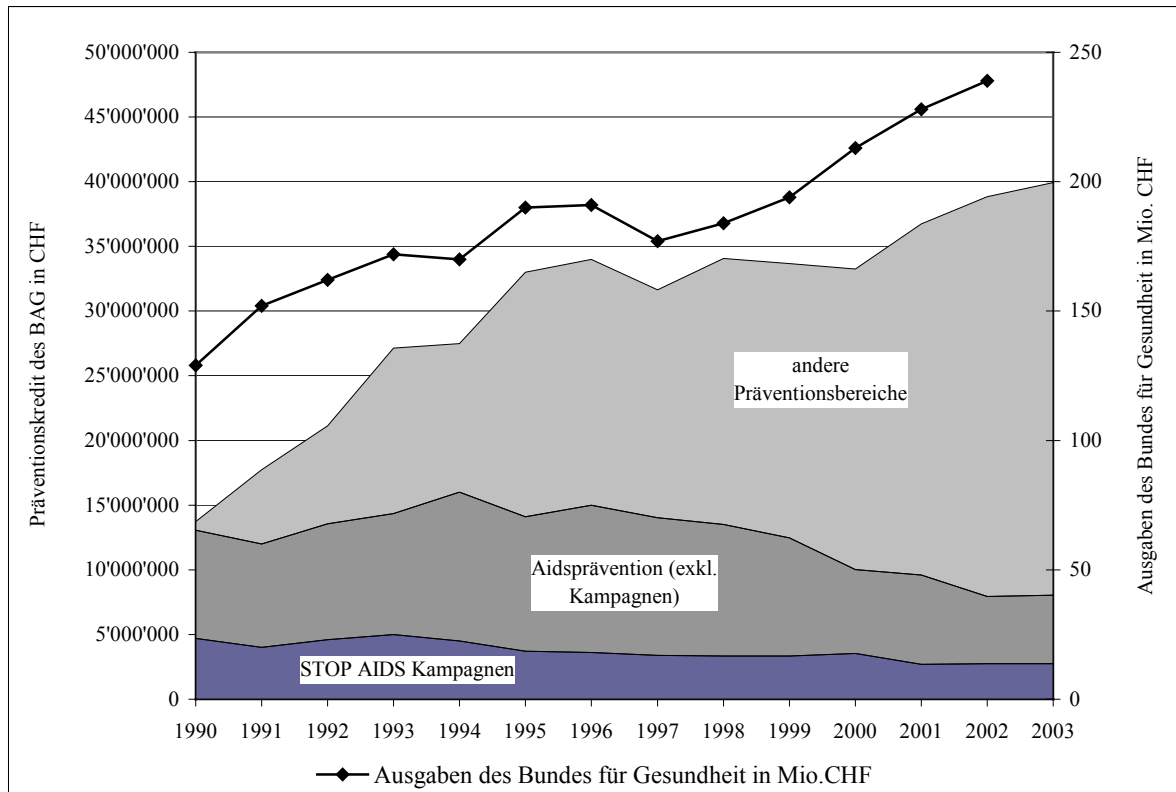
Die Frage, ob es seit Mitte der 90er Jahre zu einer Abnahme der Ressourcen für die Aidsprävention gekommen ist, kann nicht schlüssig beantwortet werden. Es gibt jedoch verschiedene Hinweise darauf, dass die Ressourcen in der Untersuchungsperiode unter Druck geraten sind. Diese Hinweise werden von den befragten Fachleuten bestätigt. Für diese Ressourcenabnahme werden zwei Gründe genannt. Zum einen hat die eingetretene Normalisierung im Aidsbereich dazu geführt, dass der Aidsprävention nicht mehr dieselbe Priorität zuteil wird wie noch anfangs der 90er Jahre. Zum anderen hinterlässt der Spardruck in der Bundesverwaltung auch bei der Aidsprävention seine Spuren. Wie Abbildung 4 zeigt, hat der Präventionskredit des BAG und die Gesamtausgaben des Bundes für Gesundheit in den letzten 10 Jahren stetig zugenommen, nicht jedoch bei der Aidsprävention.

Nicht bestätigt hat sich die Hypothese, wonach die klinische Medizin Gelder aus dem Präventionsbereich an sich reissen konnte. Diese Feststellung hat in erster Linie damit zu tun, dass die Prävention von HIV/Aids und die entsprechende Behandlung aus zwei unterschiedlichen Kassen finanziert werden: eine Tatsache, die Verteilungskämpfe eher unwahrscheinlich werden lassen. Zudem macht es auch aus sozialökonomischen Überlegungen keinen Sinn, die Prävention zugunsten der klinischen Medizin zu vernachlässigen. Die Verhinderung einer HIV-Ansteckung ist viel kostengünstiger als die Behandlung derselben.

Bis jetzt hat die Abnahme der öffentlichen Mittel für die Aidsprävention noch nicht zu einer Reduktion des Angebots in den untersuchten Bereichen geführt. Jedoch musste aufgrund des Spardrucks die Aids Info Docu geschlossen werden. Zudem sind die umsetzenden Akteure nicht mehr in der Lage, neue Projekte zu entwickeln und neue Ansätze auszuprobieren. Sie sind vielmehr damit beschäftigt, bisher Erreichtes zu bewahren.

Abbildung 4: Entwicklung des Aidspräventionskredits des BAG 1990-2003

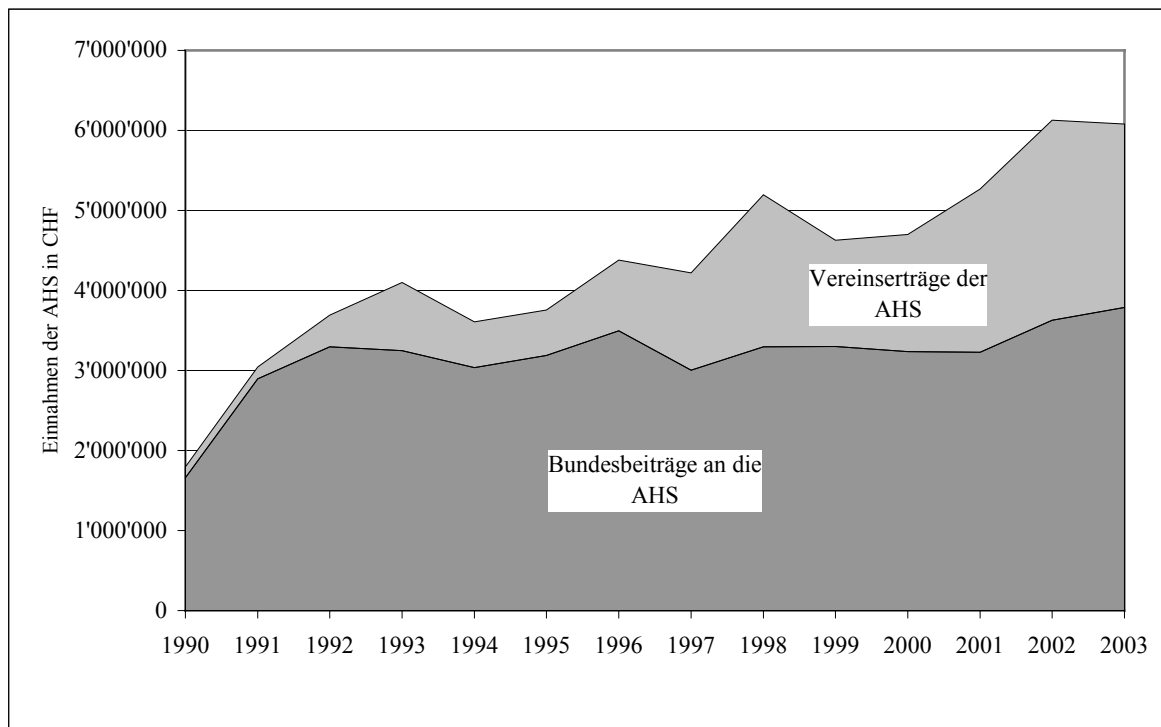
Die linke Grössenachse bezieht sich auf den Präventionskredit des BAG in CHF, die rechte Grössenachse auf die Gesamtausgaben des Bundes für Gesundheit in Mio. CHF.



Quelle: Staatsrechnung 1990-2003, www.bag.admin.ch

Wie die nachfolgende Abbildung verdeutlicht, hatten die Kürzungen des Aidspräventionskredits des BAG bis jetzt kaum negative Folgen für die Aids-Hilfe Schweiz. Die AHS erhielt 1996 knapp 3.5 Mio. Franken Bundesbeiträge. Im Jahre 2003 waren es rund 3.8 Mio. Franken. Aus der Abbildung geht ebenfalls hervor, dass die AHS ihre Vereinserträge kontinuierlich erhöhen konnte. Im Jahre 2003 betrug die Vereinserträge ca. 2.3 Mio. Franken. Insgesamt haben die Einnahmen der AHS somit real um rund 30% zugenommen!

Abbildung 5: Entwicklung der Einnahmen der AHS 1990-2003



Quelle: Jahresberichte der AHS 1990-2003

c) Konflikte

Zwei Konflikte haben in der Untersuchungsperiode viel Staub aufgewirbelt. Der eine wurde zwischen der AHS und der Sektion Aids des BAG ausgetragen. Streitpunkt war die neue „Strategie“ des BAG, die Präventionsarbeit auf neue Akteure auszudehnen (Transfer). Unterdessen ist das BAG von seiner Neuausrichtung abgekommen und der Konflikt beigelegt. Die Transferidee der Behörden haben die AHS darin bestärkt, gegen die Vergabe eines Projektes für Sub-Sahara MigrantInnen an die Konkurrenz Rekurs einzulegen. Dieser Rekurs brachte zwar das Projekt nicht zu Fall, führte aber zu Verzögerungen von rund einem Jahr, und das in einem Bereich, wo ein grosser Handlungsbedarf besteht.

Beim zweiten grossen Konflikt handelte es sich um eine verwaltungsinterne Angelegenheit. Umstrittene Sektionsleiterinnen lösten grosse Spannungen innerhalb der Sektion Aids aus, was den Output dieser Stelle beinahe zum Erliegen brachte. Sowohl von BAG-interner wie auch von externer Seite wurde betont, dass auf dem Höhepunkt dieses internen Konfliktes auf der Bundesebene ein verlässlicher Ansprechpartner im Aidsbereich nicht mehr zur Verfügung stand. Mit der Wahl eines neuen Sektionsleiters konnte der Konflikt entschärft werden. Ob dieser verwaltungsinterne Konflikt auf der Angebotsseite unmittelbare Auswirkungen nach sich zog, ist unklar.

d) Umstrukturierungen

Zwei Untersuchungsbereiche waren bzw. sind in der Berichtsperiode von organisatorischen Anpassungen besonders stark betroffen. Es handelt sich um die beiden Bereiche

Schule und Migration⁸. Führt man sich die drei Normalisierungsszenarien Rückzug, Stabilisierung sowie Generalisierung vor Augen (vgl. Kübler et al. 2002: 34), so findet im Bereich Schule momentan ein eigentlicher Generalisierungsprozess statt. Aidsprävention im Erziehungsbereich soll nämlich in Zukunft im Rahmen eines Kompetenzzentrums sexuelle Gesundheit abgedeckt werden. Zur Zeit sind die AHS und PLANeS mit dem Aufbau dieses Kompetenzzentrums beschäftigt. Ob dieses Setting die Qualität der Aidsprävention im Erziehungsbereich verbessern wird, bleibt abzuwarten. Sicher ist, dass es bis zur Implementierung des Vorhabens noch viele Hürden zu überwinden gilt und dass der Erfolg dieses Unterfangens alles andere als garantiert ist. Sicher ist aber auch, dass HIV und Aids in den Schulen nach wie vor ein Thema sein wird, wenn auch je nach Kanton, Region bzw. einzelner Schule mit unterschiedlicher Gewichtung.

Auch im Migrationsbereich ist zur Zeit vieles im Wandel. Während rund zehn Jahren wurde Aidsprävention für MigrantInnen im Rahmen des Projektes Migration und Gesundheit (PMG) betrieben. Schwierigkeiten in der Projektorganisation und verwaltungsinterne Reorganisationen des BAG stellten die Präventionsarbeit vor grosse Herausforderungen. Mit der Ausarbeitung einer bundesweiten Gesamtstrategie Migration und Gesundheit wurde das PMG im Jahre 2002 schliesslich beendet. Aidsprävention für MigrantInnen findet zur Zeit fast ausschliesslich für die Zielgruppe Sub-Sahara MigrantInnen statt. Ob in Zukunft wieder vermehrt andere Bevölkerungsgruppen erreicht werden sollen, wird sich erst zeigen müssen.

e) Das Ende von New Public Health?

Trotz den enormen medizinischen Fortschritten in der Behandlung von HIV/Aids ist der von manchen Autoren befürchtete Niedergang von New Public Health bis jetzt nicht eingetreten. Die Errungenschaften des New Public Health werden auch von VertreterInnen der klassischen Schulmedizin gewürdigt und in keiner Weise in Frage gestellt. Allen Beteiligten ist klar, dass es nach wie vor einfacher und günstiger ist, HIV-Infektionen zu verhindern als sie mit teuren Medikamenten zu behandeln. Ressourcenkürzungen im Präventionsbereich sind denn auch nicht auf Umverteilungen zugunsten des klinischen Bereichs zurückzuführen. Dies ist auch nicht gut möglich, werden doch die beiden Bereiche aus völlig unterschiedlichen Quellen finanziert.

Trotz dem gegenseitigen Respekt herrscht zwischen dem klinischen - und dem Präventionsbereich nach Ansicht der Fachleute eher ein Neben- als ein Miteinander. Die Bedeutung der beiden Bereiche ist höchst unterschiedlich. Zahlen zeigen, dass bei den Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen nur gerade 2% auf das Konto Prävention entfallen.

⁸ Auf die organisatorischen Anpassungen im Bereich der STOP AIDS-Kampagne wird an dieser Stelle nicht eingegangen, da deren Auswirkungen auf den Präventions-Output nur marginal waren.

Tabelle 4: Entwicklungstendenzen in der Aidsprävention auf einen Blick

Bereiche	Strategieänderungen	Ressourcenentwicklung	Konflikte	Umstrukturierungen
<i>Migration</i>	-Beendigung PMG -Gesamtstrategie Migration und Gesundheit	eher rückläufig	-Unmut bei ehemaligen PMG-MitarbeiterInnen -zwischen AHS und BAG wegen Projektvergabe	-Schaffung Dienst Migration
<i>Schule</i>	-thematische Einbettung in Bildung + Gesundheit - Netzwerk Schweiz	nicht einschätzbar	schwierige Zusammenarbeit zwischen BAG und EDK	-Aufbau eines nationalen Kompetenzzentrums sexuelle Gesundheit (Amorix)
<i>Prostitution</i>	keine	nicht einschätzbar	keine	keine
<i>Counselling</i>	keine	nicht einschätzbar	keine	keine
<i>STOP AIDS</i>	neue Rolle des Kreativthemas	Rückgang seit 1993; Sockel von 2.7 Mio. Franken beinahe erreicht	innerhalb Kreativteam	keine

5.2 Fallstudie Aargau

Tabelle 5: Die wichtigsten Angebote im Kanton Aargau auf einen Blick (Stand: 2003)

Bereiche / Träger	AHA	HIV-Sprechstunde am Kantonsspital
<i>Migration</i>	Beteiligung am Projekt Feminasana der Caritas Aargau	
<i>Schule</i>	Schulprojekt mit verschiedenen Modulen	
<i>Prostitution</i>	APiS	
<i>Counselling</i>	persönliche, telefonische und Online-Beratung	persönliche Testberatung, falls gewünscht
<i>HAART</i>		HIV-Sprechstunde

a) Strategieänderungen

Die Normalisierung und Banalisierung veranlasste die AHA nicht zu einer umfassenden Neuausrichtung ihres Angebots. Vielmehr verfolgt sie eine integrative Strategie, indem sie sich innerhalb ihrer bestehenden Schwerpunkte mit den Folgen der Normalisierung und Banalisierung auseinandersetzte und dabei insbesondere die Thematik sexuell übertragbarer Infektionen in ihr bestehendes Angebot integrierte. Wie in unseren Gesprächen deutlich wurde, ist diese integrative und im Vergleich zu anderen kantonalen Aids-Hilfen eher beschränkte Neuausrichtung auch durch die finanziellen Einschränkungen bedingt. Für neue Angebote oder eine Ausweitung fehlen die Mittel und zusätzliche Mittel sind sehr schwierig zu generieren.

Den kantonalen Akteuren wird im Aargau eher eine passive Rolle zugeschrieben. Abgesehen von den Bemühungen, Sparpotentiale zu identifizieren (vgl. Abschnitt Umstrukturierungen), beteiligten sie sich nicht an der inhaltlichen Ausrichtung der AHA.

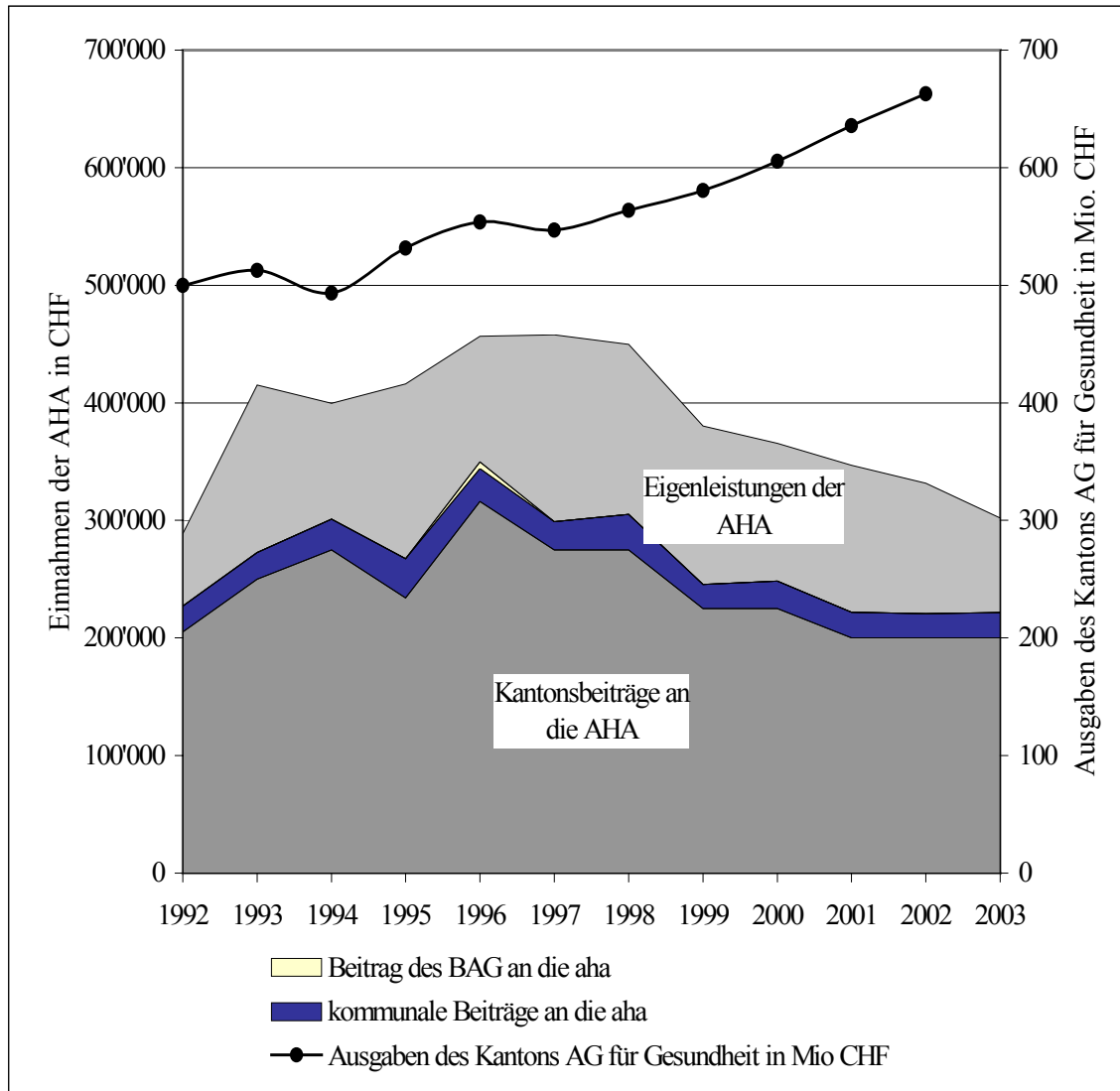
b) Ressourcenentwicklung

Im Kanton Aargau kam es Ende der 90er Jahre zu einem erheblichen Rückgang der kantonalen Ressourcen für die Aidsprävention; zwischen 1998 und 2001 kürzte der Kanton Aargau seinen Jahresbeitrag an die AHA von 275'000 Franken auf 200'000 Franken, d.h. um fast ein Drittel (vgl. Abbildung 6). Auch die eigenen Mittel der AHA sind in dieser Zeit von ca. 160'000 Franken auf knapp 110'000 Franken und damit ebenfalls um einen Drittel gesunken. In unseren Gesprächen wurde deutlich, dass die Akteure der kantonalen Verwaltung die Ressourcenkürzungen nicht mit der Normalisierung begründen, vielmehr sei der enorme Spardruck ausschlaggebend gewesen. Allerdings nahmen die Gesamtausgaben des Kantons Aargau für Gesundheit stetig zu. Seitens der AHA wurde aber betont, dass vor allem bei der ersten und umfangreicheren Kürzung des Jahresbeitrags für das Jahr 1999 die Normalisierung sehr wohl zur Begründung der Einsparung diene. Auch die Voten im Grossen Rat zu den Beitragskürzungen deuten daraufhin, dass in der politischen Diskussion die Normalisierung und damit der Bedarf an HIV/Aids-Prävention zur Begründung der Reduktion gebraucht wurde. Die Fachleute des Kantonsärztlichen Dienstes waren im Gegensatz zu den politischen Akteuren nicht der Ansicht, dass aufgrund der Normalisierung kantonale Beiträge an die AHS gekürzt werden sollten.

Der Rückgang der finanziellen Mittel führte dazu, dass die AHA ihre Personal- und Mietausgaben reduzieren sowie ein Angebot im Bereich der Unterstützung von HIV-positiven bzw. aidskranken Menschen ganz streichen musste. Das Angebot in den von uns untersuchten Bereichen wurde bis jetzt nicht reduziert. Allerdings geht aus unserem Gespräch mit der AHA hervor, dass die knappe Finanzlage den Präventionsalltag mitbestimmt und es fast nicht möglich ist, neue Dinge auszuprobieren und einzuführen. Zudem müsse viel Zeit verwendet werden, um die Mittel für das aktuelle Angebot zu generieren. Damit hat sich die Arbeitssituation der Aidspräventionsfachleute verschlechtert (gestiegener Projekt-/Zeit- und Finanzdruck). Die AHA habe ihren Grenzwert erreicht, d.h. eine weitere Reduktion der kantonalen Mittel würde die AHA handlungsunfähig machen. Für das kommende Jahr sind zumindest keine weiteren Kürzungen vorgesehen; die längerfristige finanzielle Situation wird von der AHA allerdings kritisch eingeschätzt.

Abbildung 6: Entwicklung der Einnahmen der AHA 1992-2003

Die linke Grössenachse bezieht sich auf die Einnahmen der AHA in CHF, die rechte Grössenachse auf die Ausgaben des Kantons Aargau für Gesundheit in Mio. CHF.



Quelle: Jahresberichte der AHA 1992-2003, Eidg. Finanzverwaltung

c) Konflikte

In der Untersuchungsperiode sind nach Angaben unserer GesprächspartnerInnen keine Konflikte aufgetreten. Die Zusammenarbeit der wichtigsten Akteure – der AHA und des Kantonsärztlichen Dienstes – wird von beiden Seiten als gut beschrieben. Wie aus unseren Gesprächen hervorgeht, besteht allerdings keine intensive Zusammenarbeit zwischen diesen Akteuren bzw. beschränkt sich die Rolle des Kantonsärztlichen Dienstes fast ausschliesslich auf die Finanzierung des Angebots mit einem Leistungsvertrag. Auf die inhaltliche Ausrichtung nimmt die kantonale Verwaltung keinen Einfluss. Zudem ist das Präventionsnetzwerk des Kantons Aargau durch die Fachstelle für Aids, Sexualität und Sucht (FASS) vernetzt und ermöglicht Transparenz sowie Koordination der verschiedenen Präventionsbereiche.

d) Umstrukturierungen

Das Aidspräventions-Netzwerk des Kantons Aargau kann als stabiles Netzwerk beschrieben werden, das im wesentlichen aus zwei Akteuren besteht: der AHA und dem Kantonsärztlichen Dienst. Unseren GesprächspartnerInnen zufolge haben in der Untersuchungsperiode keine Umstrukturierungen stattgefunden. Im Jahre 2001 wurde allerdings seitens des neuen Vorstehers des Gesundheitsdepartements im Rahmen von Überlegungen zu Synergien und Sparpotentialen eine Zusammenlegung der AHA und der Familienplanung angedacht. Gemäss den Ausführungen unserer GesprächspartnerInnen konnte in einem klärenden Gespräch dargelegt werden, dass die Synergien bereits genutzt würden und eine Zusammenlegung nicht sinnvoll wäre.

e) Das Ende von New Public Health?

Aufgrund der geführten Gespräche und der Dokumentenanalyse kommen wir zum Schluss, dass die Errungenschaften des New Public Health im Kanton Aargau nach wie vor verankert sind und nicht von einem Niedergang gesprochen werden kann. Allerdings wurde das Entwicklungspotenzial der Aidsprävention in den vergangenen Jahren durch die erheblichen Ressourcenkürzungen enorm eingeschränkt; so weist das Angebot in den von uns untersuchten Bereichen Lücken auf (kein Angebot im Migrationsbereich, im Prostitutionsbereich ein relativ beschränktes Angebot).

Der New Public Health-Ansatz wird im Kanton Aargau nicht von der klinischen Seite bedrängt, sondern vielmehr von Sparbemühungen oder auch anderer Prioritätensetzung seitens der politischen Akteure des Kantons Aargau. Die Beziehung zwischen den Akteuren des klinischen und des präventiven Bereichs ist nicht besonders intensiv und informeller Natur. Es findet aber eine gegenseitige Zuweisung von KlientInnen und Personen statt, die Auskünfte und Betreuung aus dem jeweils anderen Bereich brauchen.

Tabelle 6: Entwicklungstendenzen in der Aidsprävention im Kanton Aargau auf einen Blick

Bereiche	Strategieänderungen	Ressourcenentwicklung	Konflikte	Umstrukturierungen
<i>Migration</i>	AHA: zukünftige Strategie noch unklar	fehlende Ressourcen	keine	keine
<i>Schule</i>	AHA: Integration der Thematik der sexuell übertragbaren Krankheiten	AHA: stabil bzw. eher zunehmend: Ausbau des Schulprojekts im Jahr 2001	keine	keine
<i>Prostitution</i>	AHA: Integration der Thematik der sexuell übertragbaren Krankheiten	AHA: APiS: kritisch	keine	keine
<i>Counselling</i>	AHA: Integration der Thematik der sexuell übertragbaren Krankheiten	stabil	keine	keine

5.3 Fallstudie Genf

Tabelle 7: Die wichtigsten Angebote im Kanton Genf auf einen Blick (Stand: 2003)

Bereiche	GSG ⁹	Aspasie	CSM ¹⁰	HUG ¹¹	SSJ ¹²
<i>Migration</i>	-projet parcs -Partnerorgani- sation von AFRIMEDIA	(APM)	Informations- und Präventionsmate- rial für Asylbe- werberInnen		
<i>Schule</i>	-AHS- Schulprojekt -Sporadische Projekte, z.B. le Sida, parlons-en (zusammen mit SSJ)				-Education sexuel- le -sporadische Pro- jekte, z.B. Le Sida, parlons-en (zu- sammen mit GSG)
<i>Prostitution</i>	Don Juan	-APM -MSW			
<i>Counselling</i>	telefonische, persönliche, E- Mail- Beratungen			Prä- und Post- Test- Counselling	
<i>Plakatkampagne</i>	Aids-Tram				
<i>HAART</i>				HIV- Sprechstunde	

a) Strategieänderungen

Die im Aidsbereich eingetretene Normalisierung hat bei der grössten Genfer Aidsorganisation nicht dazu geführt, neue Themengebiete wie beispielsweise Sexuelle Gesundheit zu bearbeiten. Bei der GSG ist eher das Gegenteil der Fall, eine Rückbesinnung auf das Kerngeschäft Aids. Dies kommt dadurch zum Ausdruck, dass sich die Aidsorganisation von ihrem Schadensminderungsbereich trennen will. Allgemein geht man in dem von HIV und Aids schweizweit am stärksten betroffenen Kanton davon aus, dass aidspräventive Massnahmen auch in Zukunft erforderlich sind. Diese Überzeugung hat auch damit zu tun, dass die Infektionszahlen in Genf in den letzten Jahren wieder gestiegen sind. Die politisch Verantwortlichen streben aber eine verstärkte Berücksichtigung der von den Neuinfektionen besonders stark betroffenen Bevölkerungsgruppen an: Homosexuelle sowie MigrantenInnen aus Ländern südlich der Sahara.

b) Ressourcenentwicklung

Die von der öffentlichen Hand für aidspräventive Massnahmen bereitgestellten Mittel waren im Kanton Genf schon immer sehr grosszügig bemessen (vgl. Abbildung 7). Daran hat auch der Normalisierungsprozess nichts geändert, im Gegenteil. Die zur Verfügung gestellten Mittel sind in den letzten Jahren weiter angestiegen. Offenbar ist es also dem Präventionsbereich gelungen, den Nachweis für die Fortführung ihrer Projekte und Programme zu erbringen. Dass es bis jetzt noch zu keinen Einschnitten im

⁹ Groupe Sida Genève

¹⁰ Centre de santé migrants

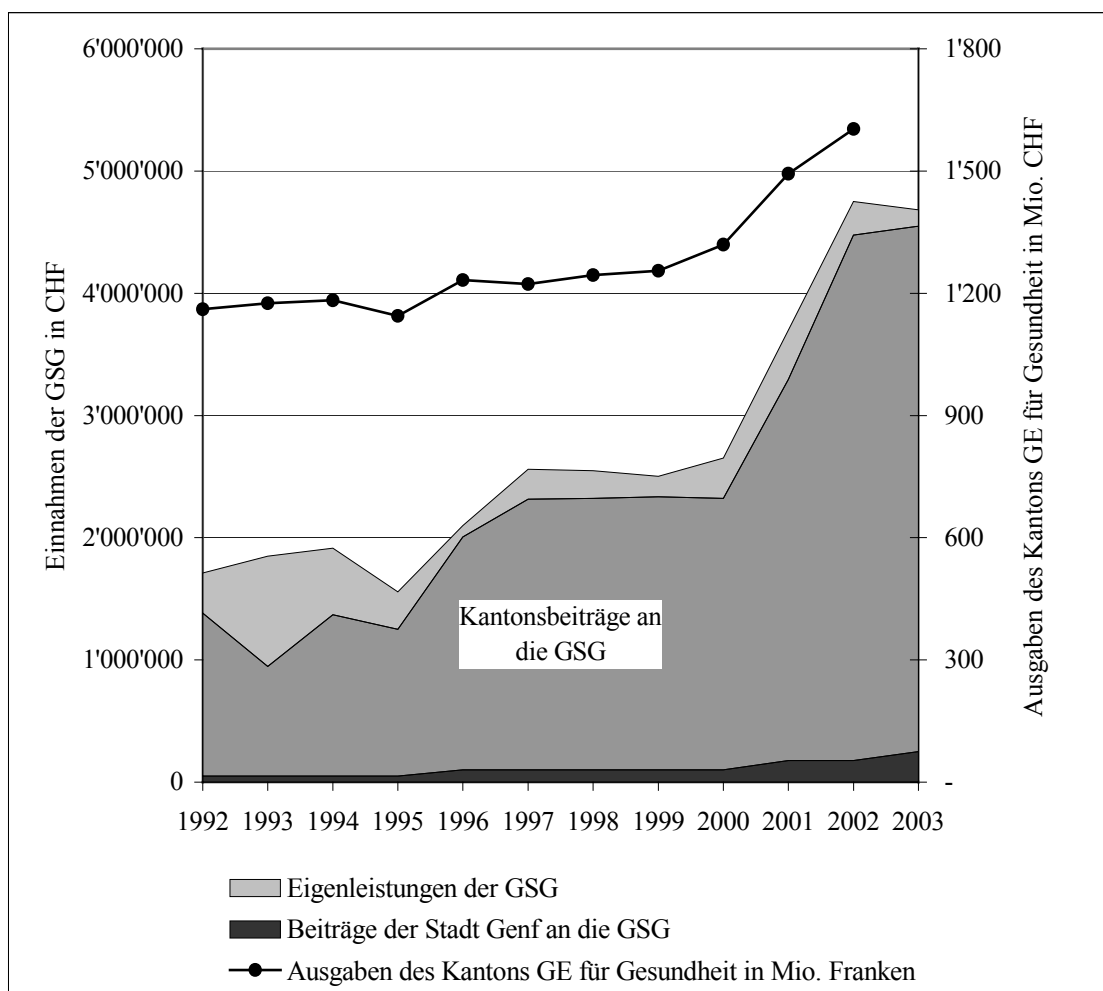
¹¹ Hôpitaux universitaire de Genève

¹² Service de santé de la jeunesse

me zu erbringen. Dass es bis jetzt noch zu keinen Einschnitten im Präventionsbudget gekommen ist, hat auch damit zu tun, dass die verschiedenen NGOs im politischen System Genfs sehr gut verankert sind und dort auf einen grossen politischen Rückhalt zählen können. So wurde uns gegenüber verschiedentlich die Vorsteherin der *Direction générale de la santé* erwähnt, die sich immer wieder für die Anliegen der privaten Organisationen stark gemacht habe. Auch auf den Präsidenten der kantonalen sozialdemokratischen Partei ist Verlass. Er war einer der Mitbegründer der GSG und stellt nach wie vor ein wichtiges Bindeglied ins Kantonsparlament dar. Die guten Beziehungen der Genfer NGOs zu den politischen Behörden sowohl auf Legislativ- wie auch auf Exekutivebene haben aber nach Ansicht eines Interviewten den Nachteil, dass es dadurch erschwert werde, irgendwelche strategischen Änderungen und/oder Ressourcen-Neuverteilungen zu Stande zu bringen. Änderungen seien in einem solchen verflochtenen System nur in kleinen Schritten möglich.

Abbildung 7: Entwicklung der Einnahmen der GSG 1992-2003

Die linke Grössenachse bezieht sich auf die Einnahmen der GSG in CHF, die rechte Grössenachse auf die Ausgaben des Kantons Genf für Gesundheit in Mio. CHF.



Quelle: GSG-Jahresberichte 1992-2003, Eidg. Finanzverwaltung

Inwiefern die rosigen Zeiten für die in der Aidsprävention tätigen Organisationen auch in Zukunft Bestand haben würden, stand zum Zeitpunkt unserer Datenerhebung im Februar 2004 noch nicht fest. Denn der Voranschlag 2004 wurde vom Kantonsparlament zurückgewiesen, so dass die Regierung gezwungen wurde, Sparmassnahmen einzuleiten. Ein halbes Jahr später ist klar geworden, dass das globale Budget für das Aidsprogramm von den Sparmassnahmen verschont wurde. Hingegen hat es bei den im Aidsbereich tätigen Organisationen Neuverteilungen gegeben. So soll die *Groupe Sida Genève* von den kantonalen Gesundheitsbehörden ab dem laufenden Jahr nur noch Subventionen in der Höhe von 1.52 Mio. Franken erhalten. Damit wird Genfs grösste Aidsorganisation auf einen Stand von vor 1996 zurückgeworfen! Aspasia hingegen bleibt von Subventionskürzungen vorderhand verschont.

c) Konflikte

Die mit den im Aidsbereich tätigen Akteuren geführten Gespräche lassen den Schluss zu, dass im Genfer Aidspräventionsbereich gewisse Spannungen vorhanden sind. Die Frage, ob es sich dabei um Konflikte handelt, kann nicht schlüssig beantwortet werden. Die Spannungen haben damit zu tun, dass die *Groupe Sida Genève* über eine dominierende Stellung innerhalb des Genfer Aidsbereiches verfügt. Die GSG ist schon seit der Gründung umstritten, weil sie mit der anfänglich als einzige Organisation in der Aidsprävention tätigen Dialogai ins Gehege kam. Kritisiert wird die fehlende Mission der GSG und deren Bürokratismus.

Verstärkt wird die angespannte Lage in der Genfer Aidsprävention dadurch, dass eine neu gegründete Organisation (ASFAG) Anspruch am zu verteilenden Kuchen anmeldet. Auch die finanziellen Forderungen von Dialogai für ihr Grossprojekt *projet santé gaie* stossen bei einigen Akteuren auf Unverständnis.

d) Umstrukturierungen

In unserer Untersuchungsperiode haben in Genf einige organisatorische bzw. strukturelle Veränderungen stattgefunden. So hat beispielsweise die Trägerschaft des MSW-Projektes von Dialogai zu Aspasia gewechselt. Dieser Trägerschaftswechsel wurde nicht aufgrund irgendwelcher strategischer Überlegungen vollzogen, sondern wegen Führungsproblemen innerhalb von Dialogai. Nach Einschätzung mehrerer GesprächspartnerInnen hat diese Änderung zu einer institutionellen Stärkung von Aspasia geführt. Aspasia sei damit in Tat und Wahrheit zu einer Fachstelle für Prostitution geworden.

Auch bei der *Groupe Sida Genève* sind einige gewichtige Änderungen beschlossen worden, soll doch der ganze Schadensminderungsbereich ausgelagert und in neue Strukturen überführt werden. Dieser Schritt wird damit begründet, dass sich die Organisation wieder vermehrt auf ihr eigentliches Kerngeschäft Aids rückbesinnen wolle. Mit der geplanten Eröffnung einer zweiten Anlaufstelle mit Injektionsraum würde das institutionelle Gleichgewicht aus den Fugen geraten, wird befürchtet. Zudem bestehe die Gefahr, dass man in der Öffentlichkeit nicht mehr als eigentliche Aidsorganisation wahrgenommen werde.

Auch innerhalb der für das Aidsdossier hauptverantwortlichen *Direction générale de la santé* hat eine Reorganisation stattgefunden. Der Kantonsärztliche Dienst, der laut unseren Gesprächspartnern immer wieder Probleme verursacht hat, wurde aufgelöst. Das ganze Aufgabengebiet soll neu von verschiedenen Sektionen abgedeckt werden. Für die Aidsprä-

vention sind von dieser Reorganisation keine Auswirkungen zu erwarten. Der dafür zuständige Verwaltungsangestellte ist neu Leiter der neugeschaffenen *Section de l'épidémiologie et des maladies transmissibles* und bekleidet zudem das Amt eines *Médecin cantonal délégué*. Insofern ist der mit dem Aidsdossier betraute Gesundheitsexperte in der verwaltungswirtschaftlichen Hierarchie näher ans Entscheidungszentrum gerückt. Eine Änderung hat es auch an der Spitze der DGS gegeben. Seit dem 1. August 2004 wird die Gesundheitsdirektion von einer anderen Person geleitet.

Der Wechsel an der Spitze des *Département de l'Action Sociale et de la Santé* hat offenbar eine Änderung im Führungsstil zur Folge gehabt. Der neue Departementsvorsteher will seine Politik offenbar im Gegensatz zu seinem Vorgänger stärker auf wissenschaftliche und epidemiologische Daten abstützen und vermehrt Resultate aus Evaluationsstudien berücksichtigen. In diesem Zusammenhang ist auch die geplante Einführung von Leistungsverträgen mit den Subventionsempfängern des DASS zu sehen. Die Verträge sollen am 1. Januar 2005 in Kraft treten. Obwohl im Laufe des Jahres 2003 ein kantonaler Aidsbericht zuerst von der Gesamregierung und anschliessend auch vom Kantonsparlament abgesehen wurde, wurden die im Aidsbereich tätigen Organisationen wieder zu Arbeitsgruppen zusammengerufen, um angesichts des Spardrucks noch einmal über Bedürfnisse, Prioritäten etc. zu beraten. Dass dieser Zickzackkurs bei den Präventionsorganisationen Kopfschütteln ausgelöst hat, scheint in unseren Augen verständlich. Offensichtlich fehlt es den Genfer Gesundheitsbehörden an einer längerfristigen Strategie in der Aidsprävention. Ein Kritikpunkt, der von einem unserer Gesprächspartner folgendermassen formuliert wurde: „on doute parfois de sa capacité [gemeint ist der Departementsvorsteher] d'avoir une vision et surtout d'avoir la même vision entre le matin et l'après-midi.“

e) Das Ende von New Public Health?

Ein Ende des New Public Health-Ansatzes steht in Genf nicht zur Debatte, im Gegenteil. Der Präventionsgedanke soll in einem neuen Gesundheitsgesetz, das sich zum Zeitpunkt unserer Befragung noch in der Vernehmlassung befand, explizit festgeschrieben werden. Zudem werden der klinische und der präventive Bereich wie überall aus völlig unterschiedlichen Töpfen finanziert, so dass Verteilungskonflikte von Anfang an ausgeschlossen werden können. Unterschiedliche Auffassungen gibt es hingegen in Bezug auf die Frage, welche Präventionsmassnahmen für welche Zielgruppen sinnvoll sind, und welche nicht. Diese Kontroverse hat bis jetzt aber nicht dazu geführt, einzelne Präventionsmassnahmen aus dem Angebotskatalog zu streichen.

Tabelle 8: Entwicklungstendenzen in der Aidsprävention im Kanton Genf auf einen Blick

Bereiche	Strategieänderungen	Ressourcenentwicklung	Konflikte	Umstrukturierungen
<i>Migration</i>	keine	eher zunehmend	keine	(neuer Akteur: ASFAG*)
<i>Schule</i>	keine	stabil	keine	keine
<i>Prostitution</i>	keine	hat zugenommen	Kontroverse um die Relevanz aidspräventiver Massnahmen	keine
<i>Counselling</i>	keine	stabil	keine	keine
<i>bereichsübergreifend</i>				-DGS-Reorganisation -GSG: Auslagerung des Schadenminderungsbereichs -DASS: Einführung von Leistungsverträgen

*ASFAG kümmert sich in erster Linie um die Anliegen HIV-positiver oder aidskranker Frauen aus Ländern südlich der Sahara, und weniger um Prävention.

5.4 Fallstudie Graubünden

Tabelle 9: Die wichtigsten Angebote im Kanton Graubünden auf einen Blick (Stand: 2003)

Bereiche / Träger	AHGR	HIV-Sprechstunde/Kantonsspital
<i>Migration</i>	Präventionsveranstaltungen in Durchgangszentren	
<i>Schule</i>	– Yes or No – Peer Group Educators	
<i>Prostitution</i>	– APiS – Don Juan	
<i>Counselling</i>	telefonisch-anonym, persönlich	ja
<i>HAART</i>		HIV-Sprechstunde

a) Strategieänderungen

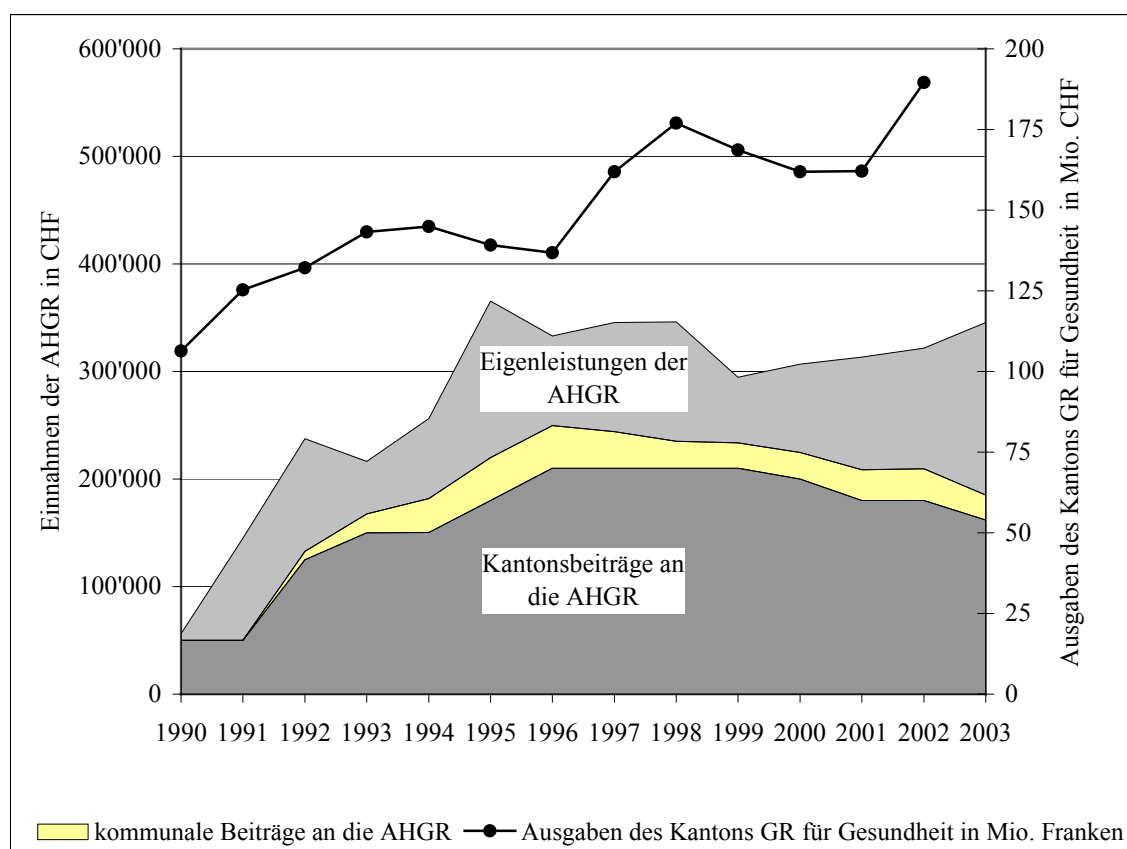
Die bündnerische Aids-Hilfe geht sehr vorsichtig um mit der Frage, ob man angesichts der Normalisierung andere oder weitere thematische Schwerpunkte setzen sollte oder nicht. STIs würden vorderhand nur bei der Beratung mitberücksichtigt, für deren Prävention lägen noch keine Konzepte vor, betont die AHGR. Eine weitergehende thematische Ausweitung der AHGR ist auch in absehbarer Zukunft nicht zu erwarten, befürchtet doch die Stelle, damit einer weiteren Banalisierung des Themas Vorschub zu leisten. Insofern ist zu erwarten, dass die Bündner Aids-Hilfe ihrem Kernthema treu bleibt und es zu keiner wesentlichen Strategieänderung kommen wird.

b) Ressourcenentwicklung

Verglichen mit anderen untersuchten Kantonen sieht die finanzielle Situation der Aidsprävention im Kanton Graubünden gar nicht so schlecht aus. Zwar sind die Kantonsbeiträge an die Aids-Hilfe seit einigen Jahren rückläufig, der Gesamtertrag der AHGR konnte aber gesteigert werden (vgl. Abbildung 8). Es spricht alles dafür, dass die Kürzungen der Kantongelder in erster Linie mit den Sparbemühungen des Kantons in Verbindung gebracht werden müssen. Von den linearen Kürzungen waren alle vom Kanton subventionierten Organisationen gleichermassen betroffen, unabhängig von deren thematischer Ausrichtung und Angebot. Nur eine Stimme gab es, die auch die im Aidsbereich eingetretene Normalisierung als Begründung für den Rückgang der Kantonssubventionen anführte. Wie dem auch sei, eine Angebotsanpassung oder gar -reduktion im Bereich der Aidsprävention hat bis jetzt nicht stattgefunden. Dies ist auch der Verdienst der AHGR, die es geschafft hat, neue Geldquellen zu erschliessen. Insofern gibt es auch keine Befürchtungen, dass in der näheren Zukunft die Existenz der AHGR gefährdet sein könnte.

Abbildung 8: Entwicklung der Einnahmen der AHGR 1990-2003

Die linke Grössenachse bezieht sich auf die Einnahmen der AHGR in CHF, die rechte Grössenachse auf die Ausgaben des Kantons Graubünden für Gesundheit in Mio. CHF.



Quelle: Jahresberichte der AHGR 1990-2003, Eidg. Finanzverwaltung

c) Konflikte

Wenn man den uns gegenüber gemachten Angaben Glauben schenkt, ist das Verhältnis der mit der Formulierung und Umsetzung von aidspräventiven Massnahmen betrauten Akteure im Kanton Graubünden ein sehr harmonisches. Die Abwesenheit von Konflikten irgend-

welcher Art mag damit zusammenhängen, dass sich die Akteure zum Teil schon lange kennen und zusammenarbeiten. Zudem sind alle relevanten Akteure in der kantonalen Aidskommission vertreten, ein Gremium, das sicher dazu beiträgt, Meinungsverschiedenheiten früh zu erkennen und allfällige Konflikte gar nicht erst entstehen zu lassen.

d) Umstrukturierungen

Nennenswerte organisatorische bzw. institutionelle Umstrukturierungen fanden in der Bündner Aidsprävention keine statt. Die einzige wesentliche organisatorische Anpassung betrifft die geplante Einführung eines Leistungsvertrages zwischen den kantonalen Behörden und deren Aids-Hilfe. Die Einführung dieses neuen Instrumentes wird mit dem Wechsel an der Spitze des für das Aidsdossier zuständigen Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartementes in Verbindung gebracht. Der seit 2003 amtierende Departementsvorsteher legt offenbar im Gegensatz zu seinem Vorgänger mehr Wert auf solche Führungsinstrumente. Der Wechsel an der Departementsspitze hatte zudem zur Folge, dass der vormals direkte Draht der Aids-Hilfe in die Bündner Regierung gekappt wurde: die AHGR ist neu administrativ dem Gesundheitsamt zugewiesen worden.

Ansonsten muss das Bündner Aidspräventions-Netzwerk als sehr stabil eingeschätzt werden. Verschiedene institutionelle Änderungen sind zwar in Erwägung gezogen, aus verschiedenen Gründen aber wieder fallen gelassen worden. So wurde zum Beispiel diskutiert, die Aids-Hilfe mit der Beratungsstelle für Familienplanung, Sexualität, Schwangerschaft und Partnerschaft adebar zusammenzulegen. Die Aids-Hilfe konnte aber an einer Aussprache mit dem ehemaligen Regierungsrat und dem Sozialamtsvorsteher erfolgreich begründen, weshalb die Existenz zweier unterschiedlicher Stellen Sinn mache. Auch die im Rahmen der Gesamtverwaltungsreform in Erwägung gezogene Auflösung der kantonalen Aidskommission kam nicht zustande. Schliesslich war auch der im Konzept zur Gesundheitsförderung und Prävention vorgesehene Schaffung einer kantonalen Präventionsstelle kein Erfolg beschieden. Die Nicht-Realisierung dieser prioritären Massnahme wurde nicht nur mit den angeschlagenen Kantonsfinanzen begründet, sondern auch damit, dass mit dem Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung (ZEPRÄ) unterdessen eine andere Präventionsmassnahme realisiert worden sei.

e) Das Ende von New Public Health?

Ein Ende des New Public Health-Ansatzes in der Bündner Aidspolitik ist nicht in Sicht. Der präventive Bereich und der behandelnde Bereich betrachten sich nicht als Konkurrenten, sondern vielmehr als komplementäre Partner im Kampf gegen die weitere Ausbreitung von HIV und Aids. Die Zusammenarbeit zwischen den beiden Bereichen wird als sehr gut und konstruktiv bezeichnet. Das Vorhandensein irgendwelcher Konflikte wird in Abrede gestellt. Verteilungskonflikte seien gar nicht möglich, da die beiden Bereiche aus völlig unterschiedlichen Kassen finanziert würden. Diese Ausführungen verdeutlichen, dass der New Public Health-Ansatz in der Aidspolitik von den befragten Fachleuten in keinsten Weise in Frage gestellt wird.

Tabelle 10: Entwicklungstendenzen in der Aidsprävention im Kanton Graubünden auf einen Blick

Bereiche	Strategieänderungen	Ressourcenentwicklung	Konflikte	Umstrukturierungen
<i>Migration</i>	keine	stabil	keine	keine
<i>Schule</i>	keine	stabil	keine	-Reorganisation des Erziehungsdepartementes, strukturelle Verankerung des Themas noch unklar
<i>Prostitution</i>	keine	stabil	keine	keine
<i>Counselling</i>	keine	stabil	keine	keine
<i>AHGR</i>	STIs nur in Beratung vermehrt integriert; künftige Integration gescheitert aus Kostengründen.	Kantonsbeiträge abnehmend, Gesamtertrag seit 1999 zunehmend		-neu überarbeiteter Leistungsauftrag mit klar definierten Leistungen in Planung. -kein direkter Zugang mehr zum Departementsvorsteher, Zuweisung an das Gesundheitsamt.

5.5 Fallstudie Neuenburg

Tabelle 11: Die wichtigsten Angebote im Kanton Neuenburg auf einen Blick (Stand: 2003)

Bereiche / Träger	GSN	GIS	Kantonsspital Neuenburg
<i>Migration</i>	Informationsveranstaltungen in Asylzentren		
<i>Schule</i>	-Interventionen an Schulen -Journées Santé	-Interventionen an Schulen -Elternabende -Journées Santé	
<i>Prostitution</i>	projet Cabaret		
<i>Counselling</i>	-HIV-Testberatung -persönliche Beratung -telefon. Beratung		HIV-Testberatung
<i>HAART</i>			HIV-Sprechstunde

a) Strategieänderungen

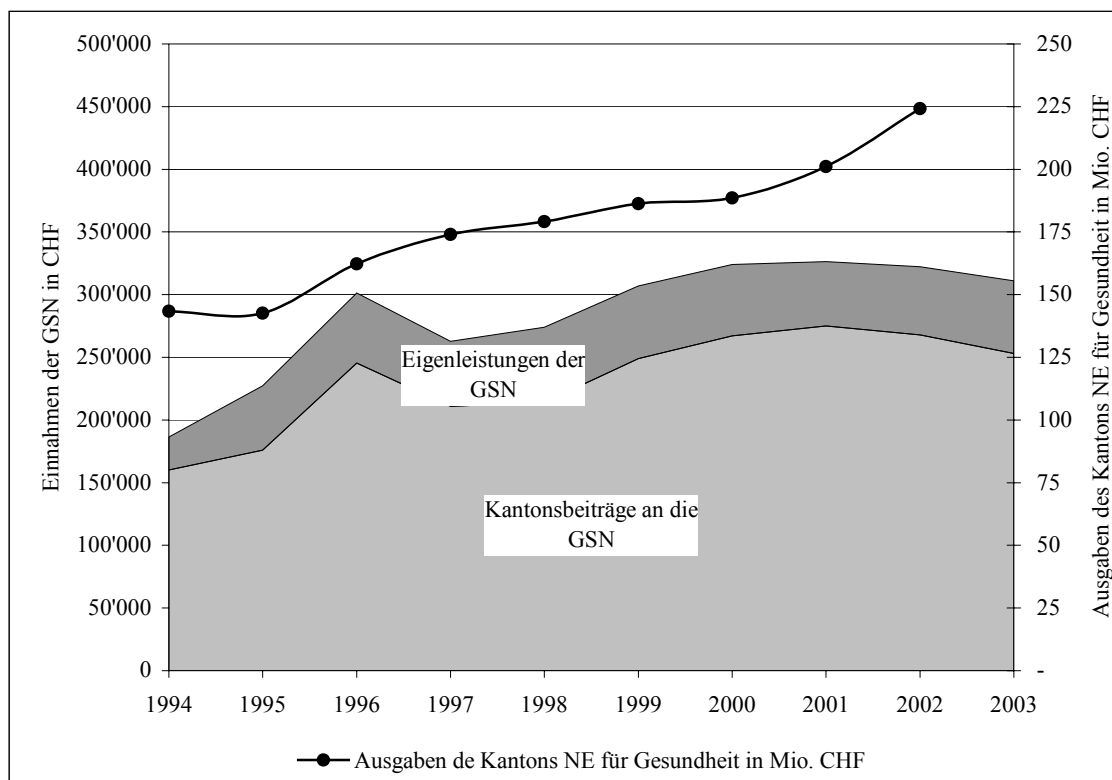
Im Kanton Neuenburg zeichnen sich in der Untersuchungsperiode keine wesentlichen Strategieänderungen ab. Die zentrale Angebotsträgerin, die GSN, hat nach eigenen Angaben keine thematische Ausweitung auf den Bereich der sexuellen Gesundheit ins Auge gefasst, da diese Thematik bereits durch die GIS und die Familienplanungsstelle bearbeitet wird. Dies bedeutet allerdings nicht, dass sich die GSN nicht weiterentwickelt hat. Im Gegenteil, die GSN hat ihr Angebot um die Thematik der sexuell übertragbaren Infektionen und um neue Zielgruppen erweitert (MigrantInnen und Kabaretttänzerinnen). Wie in unseren Gesprächen deutlich wurde, gab es auch seitens der kantonalen Akteure keine Bemühungen eine Strategieänderung zu initiieren. Folglich hat die Normalisierung keine Strategieänderung bewirkt.

b) Ressourcenentwicklung

Wie Abbildung 9 zeigt, haben im Kanton Neuenburg die Ressourcen für die Aidsprävention bis zum Jahr 2003 nicht abgenommen, sondern bewegten sich auf stabilem Niveau. Laut unseren GesprächspartnerInnen wird die kantonale Defizitgarantie der GSN für das Jahr 2004 linear um 10% gekürzt. Unsere GesprächspartnerInnen begründen diese Kürzungen übereinstimmend mit der aktuellen Finanzkrise des Kantons Neuenburg. Die Normalisierung führte folglich nicht zu einer Ressourcenkürzung. Der abnehmende Problemdruck habe vielleicht dazu geführt, dass das Angebot im Kanton Neuenburg nie wirklich umfassend ausgebaut wurde. So ist beispielsweise das Angebot im Prostitutions- oder im Migrationsbereich sehr beschränkt. Unsere Gesprächspartnerin aus dem *Service de la santé publique* und unser Gesprächspartner der GSN betonen, dass ganz klar ein Bedürfnis nach einem umfassenderen Präventionsangebot bestehe, es aber an den finanziellen und personellen Ressourcen fehle.

Abbildung 9: Entwicklung der Einnahme der GSN 1994-2003

Die linke Grössenachse bezieht sich auf die Einnahmen der GSN in CHF, die rechte Grössenachse auf die Ausgaben des Kantons Neuenburg für Gesundheit in Mio. CHF.



Quelle: Eigenleistungen der GSN: Jahresberichten der GSN 1994-2003. Kantonsbeiträge an die GSN: Zusammenstellung des *Service de la Santé publique* 2004. Ausgaben des Kantons Neuenburg für Gesundheit in Mio. CHF: Eidg. Finanzverwaltung.

c) Konflikte

Laut unseren GesprächspartnerInnen sind in der Untersuchungsperiode im Kanton Neuenburg keine Konflikte aufgetreten. Die Akteure seien einerseits durch die Präventionskommission vernetzt, andererseits bestehe im Schulbereich aufgrund der gemeinsamen Organisation der Gesundheitstage eine Zusammenarbeit. Hinzu komme, dass man sich aufgrund der Kleinheit des Kantons oft persönlich kenne und oftmals auch personell verknüpft sei,

indem man teilweise über die gleichen Vorstandsmitglieder verfüge. Die Zusammenarbeit im Präventionsbereich sei allerdings durch Interessenkonflikte über die Mittelverteilung und die Prioritätensetzung geprägt. Die Konfliktlinien verliefen zwischen den Präventionsbereichen und nicht innerhalb der einzelnen Bereiche. Es herrsche ein Gärtchendenken.

d) Umstrukturierungen

Im Kanton Neuenburg sind seit dem Ausbruch der Epidemie keine wesentlichen Umstrukturierungen im Aidspräventions-Netzwerk zu verzeichnen. Die Aidsprävention liegt grundsätzlich in den Händen der GSN, die in den verschiedenen Präventionsbereichen jeweils Kooperationen mit privaten und staatlichen Akteuren anstrebte.

e) Das Ende von New Public Health?

Im Kanton Neuenburg ist der von manchen Autoren befürchtete Niedergang von New Public Health bis jetzt nicht eingetreten. In unseren Gesprächen wurde deutlich, dass der New Public Health-Ansatz nach wie vor von allen befragten Fachpersonen unterstützt wird. Im Kanton Neuenburg bestehen zwischen dem präventiven und dem klinischen Bereich laut Angaben unserer GesprächspartnerInnen grundsätzlich keine Konflikte, insbesondere nicht über finanzielle Mittel. Die Bereiche würden unabhängig von einander finanziert und beide seien von Sparmassnahmen betroffen, wenn auch die HIV-Sprechstunde bis anhin verschont wurde. Die Beziehung zwischen den Bereichen wird offenbar vor allem durch den langjährigen Infektiologen des Kantonsspitals Neuenburg hergestellt, der im Vorstand der GSN vertreten ist und auch die medizinische Verantwortung des HIV-Testangebots der GSN trägt. Gemäss eines Interviewpartners aus dem klinischen Bereich besteht seitens des klinischen Bereichs einige Skepsis gegenüber der Neuorientierung in der Begleitung und Unterstützung von HIV-positiven Menschen.

Tabelle 12: Entwicklungstendenzen in der Aidsprävention im Kanton Neuenburg auf einen Blick

Bereiche	Strategieänderungen	Ressourcenentwicklung	Konflikte	Umstrukturierungen
<i>Migration</i>		stabil	keine	keine
<i>Schule</i>	-gescheiterte PSAJ -Professionalisierung der Ausbildung zur Sexualerzieher/-in	GIS: leichte Zunahme	keine	keine
<i>Prostitution</i>		GSN: Zunahme für 2003/2004	keine	keine
<i>Counselling</i>		stabil	keine	keine
<i>bereichs- übergreifend</i>	Einbezug der IST	GSN: Reduktion um 10% für 2004	Präventionskommission: Interessenkonflikte betr. Mittelverteilung und Prioritätensetzung zwischen versch. Präventionsbereichen	keine

5.6 Fallstudie St. Gallen

Tabelle 13: Die wichtigsten Angebote im Kanton St. Gallen auf einen Blick (Stand: 2003)

Bereiche / Träger	AHSGA	Amt für Gesundheitsvorsorge	Kantonsspital St. Gallen
<i>Migration</i>	keine laufenden Projekte, aber ein Projekt in Planung		
<i>Schule</i>	-Lehrerbildung -Elternbildung -Schulprojekt -Lehrmitteln		
<i>Prostitution</i>	APiS	Maria Magdalena	
<i>Counselling</i>	telefonische Beratung		persönliche Testberatung bei HIV-Schnelltest
<i>HAART</i>			HIV-Sprechstunde

a) Strategieänderungen

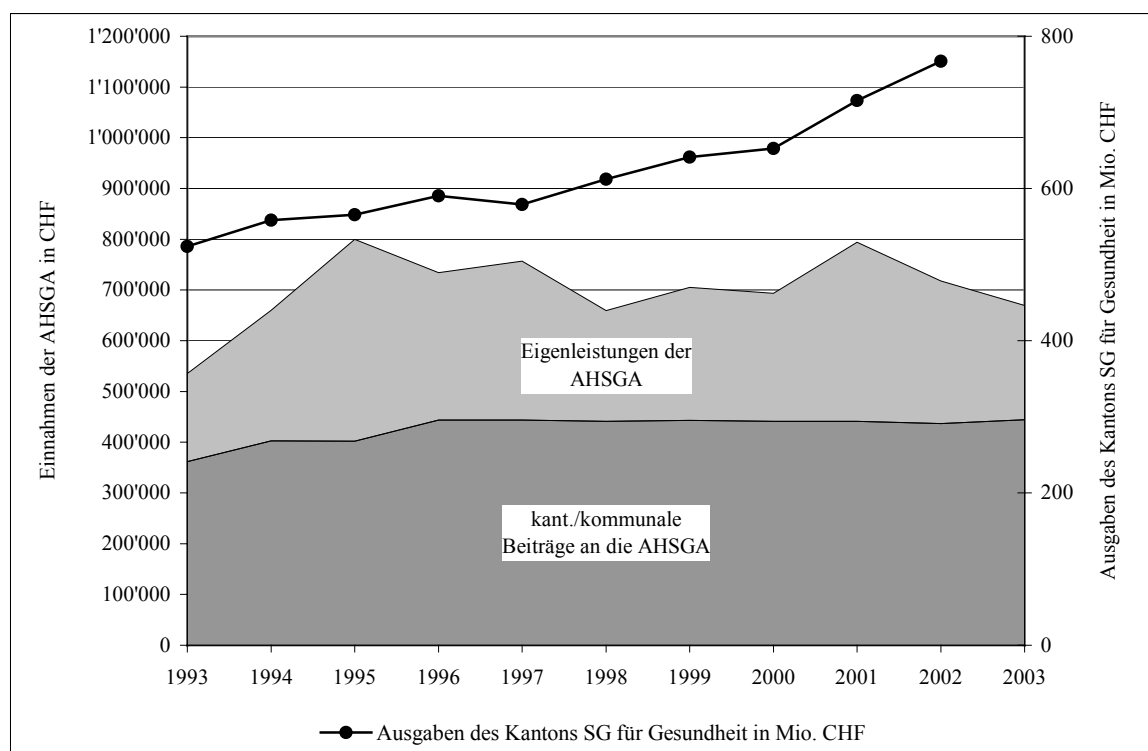
Die Normalisierung und Banalisierung veranlasste die AHSGA, ihre thematische Ausrichtung zu ändern. Sie beschloss, sich der Thematik der sexuellen Gesundheit zu öffnen und sich in der Sexualpädagogik zu spezialisieren. Ihre Neuausrichtung manifestiert sich insbesondere in einem neuen Namen „Fachstelle für Aids- und Sexualfragen“, einem neuen Leitbild und Logo. Zudem entwickelte die AHSGA ein neues Lehrmittel – die CD „beziehungsweise“ –, das der umfassenden Perspektive gerecht wird und im Jahr 2002 erschien ist. Ihr Angebot umfasst insbesondere auch die Lehrerbildung und Elternbildung. Diese Neuausrichtung wurde offenbar von allen Akteuren des Aidspräventions-Netzwerkes getragen und unterstützt. Die kantonalen Behörden sahen sich durch die Normalisierung und Banalisierung grundsätzlich nicht veranlasst, ihre Strategie oder Mittelverwendung neu zu überdenken.

b) Ressourcenentwicklung

Im Kanton St. Gallen ist es bis und mit 2004 zu keinem Rückgang der staatlichen Ressourcen für die Aidsprävention gekommen. Im Gegenteil, mit dem kantonalen Projekt Maria Magdalena (bzw. dem Vorläuferprojekt UMBRELLA) haben die staatlichen Mittel für die Aidsprävention eher zugenommen. Vor dem Hintergrund des Sparpaketes von 90 Millionen für das Jahr 2004 kann zudem das stabile Niveau der Staatsbeiträge an die AHSGA als positive Entwicklung gedeutet werden (vgl. Abbildung 10); allerdings handelt es sich bei der Entscheidung, nicht bei der AHSGA zu sparen, offenbar nicht um eine bewusste politische Entscheidung zu Gunsten der Aidsprävention. Im Rahmen des Runden Tisches, an dem das Sparpaket von Vertretern der Regierung und des Kantonsrats ausgehandelt wurde, sei der Stellenwert, Umfang oder Notwendigkeit der Aidsprävention nicht diskutiert worden. Die Aidsprävention sei nie Gegenstand der Verhandlungen gewesen. Vielmehr sei wohl aufgrund einer starken Gemeindelobby generell entschieden worden, dass die Leistungen an Aussenstehende nicht gekürzt werden.

Abbildung 10: Entwicklung der Einnahmen der AHSGA 1993-2004

Die linke Grössenachse bezieht sich auf die Einnahmen der AHSGA in CHF, die rechte Grössenachse auf die Ausgaben des Kantons St. Gallen für Gesundheit in Mio. CHF.



Quelle: Jahresberichte der AHSGA 1992-2003, Eidg. Finanzverwaltung

c) Konflikte

In der Untersuchungsperiode führte einzig die Lancierung des Projekts Maria Magdalena im Oktober 2000 zu Unstimmigkeiten zwischen der AHSGA und den kantonalen Behörden bzw. der Stelle für Suchtfragen. Die Übernahme der Trägerschaft durch die kantonale Verwaltung selbst stiess bei der AHSGA auf Unverständnis, zumal die AHSGA bereits ein Prostitutionsprojekt in ihrem Angebot hatte. Da sich das Projekt APiS der AHSGA und das Projekt Maria Magdalena an die gleiche Zielgruppe richten, beide HIV/Aids-Prävention beinhalten, aber unterschiedliche Vorgehensweisen aufweisen, sei es zu Abgrenzungs- und Koordinationsproblemen gekommen. Wie beide Seiten in unseren Gesprächen betonten, konnte die Situation im Jahr 2003 geklärt werden und die Zusammenarbeit wird nun als gut bezeichnet. Die Lösung der Unstimmigkeit beruht auf einer inhaltlichen Abgrenzung: das APiS konzentriert sich ausschliesslich auf die HIV-Prävention vor allem in Nachtclubs und Salons, beim Projekt Maria Magdalena steht die Beratung in sozialen, finanziellen und rechtlichen Fragen im Vordergrund und deckt zudem die Szene viel breiter ab.

d) Umstrukturierungen

Im Aidspräventions-Netzwerk des Kantons St. Gallen haben sich in der Untersuchungsperiode zwei Veränderungen ergeben. Erstens ist mit dem Projekt Maria Magdalena ein neuer Angebotsträger – das Amt für Gesundheitsvorsorge – im Prostitutionsbereich zum Aidspräventions-Netzwerk hinzugekommen. Diese Erweiterung führte anfänglich seitens der zentralen Angebotsträgerin der AHSGA zu einigem Unmut. Zweitens strebte der Leiter

des Amtes für Gesundheitsvorsorge für das Jahr 2004 einen gemeinsamen Auftritt der AHSGA und der Beratungsstelle für Familienplanung, Schwangerschaft und Sexualität (FAMPLA) an, hauptsächlich mit dem Ziel, deren Angebote in den Regionen und insbesondere bei den Schulen besser bekannt zu machen und eine bessere Koordination zu erlangen. Diese zwei Veränderungen scheint das Aidspräventions-Netzwerk im Kanton St. Gallen mittlerweile gut zu bewältigen bzw. zu stärken, da der Bekanntheitsgrad der AHSGA damit erhöht werden soll.

Für die Zukunft steht allenfalls eine organisatorische Veränderung an, die alle Bereiche der Aidsprävention betrifft und deren Auswirkungen nicht eingeschätzt werden können: wie unseren Gesprächen zu entnehmen war, soll der Leiter des Amtes für Gesundheitsvorsorge, ein Präventivmediziner nicht mehr ersetzt werden und seine Amtsbereiche dem Kantonsarzt-Amt angegliedert werden.

e) Das Ende von New Public Health?

Aufgrund der geführten Gespräche und der Dokumentenanalyse kommen wir zum Schluss, dass die Errungenschaften des New Public Health im Kanton St. Gallen nach wie vor gut verankert sind und keinesfalls von einem Niedergang gesprochen werden kann. Im Gegenteil, die Errungenschaften werden auch von den Akteuren, die in der Behandlung von HIV-positiven und aidskranken Menschen tätig sind, gewürdigt und in ihre Arbeit miteinbezogen. Im Kanton St. Gallen besteht zudem ein vergleichsweise enger Austausch zwischen den ÄrztInnen und Krankenschwestern, die am HIV-Zentrum tätig sind, und den Präventionsfachleuten.

Tabelle 14: Entwicklungstendenzen in der Aidsprävention im Kanton St. Gallen auf einen Blick

Bereiche	Strategieänderungen	Ressourcenentwicklung	Konflikte	Umstrukturierungen
<i>Migration</i>	AHSGA: zukünftige Strategie noch unklar	schwankend, eher negative Entwicklung	kein	keine
<i>Schule</i>	AHSGA: Neuausrichtung „Sexuelle Gesundheit“	stabil	kein	gemeinsamer Auftritt und Zusammenarbeit AHSGA/FAMPLA
<i>Prostitution</i>		Projekt Maria Magdalena: Zunahme	zwischen AHSGA und Amt für Gesundheitsvorsorge (Stelle für Suchtfragen) wegen Projektvergabe Maria Magdalena	neuer Akteur auf der Angebotsseite: Maria Magdalena
<i>Counselling</i>	HIV-Zentrum: HIV-Schnelltest	stabil	kein	keine
<i>bereichsübergreifend</i>				mögliche Auflösung bzw. Eingliederung des Amtes für Gesundheitsvorsorge in das Kantonsarzt-Amt

5.7 Fallstudie Tessin

Tabelle 15: Die wichtigsten Angebote im Kanton Tessin auf einen Blick (Stand: 2003)

Bereiche / Träger	AAT	Familienplanungszentren	Ambulatorio delle malattie inf.
<i>Migration</i>	Kurse für Personal von Asylbewerberzentren		
<i>Schule</i>	Durchführung von Kursen auf Sekundarstufe II (zusammen mit den Familienplanungszentren)	Kurse zur Sexualerziehung auf Sekundarstufe II (zusammen mit AAT)	
<i>Prostitution</i>	Projekt PRIMIS, Mitarbeit in Monitoring-Kommission		
<i>Counselling</i>	telefonische, persönliche, Online-Beratungen	anonyme HIV-Tests mit Prä- und Posttestberatung	anonyme HIV-Tests mit Prä- und Posttestberatung
<i>HAART</i>			HIV-Sprechstunde, Kompetenzzentrum für HAART

a) Strategieänderungen

Die Strategien der verschiedenen Akteure bezüglich der HIV/Aids-Prävention haben sich nicht geändert. Die Grundprinzipien und die Ziele sind dieselben geblieben. Seitens der kantonalen Behörden haben sich die administrativen Mittel reduziert, die notwendig sind, um eine aktiv steuernde Rolle zu spielen. Man ist zum Schluss gekommen, dass die Aidsprävention sozusagen ‚von alleine‘ läuft, und dass es deshalb keine spezifischen Steuerungseingriffe braucht. Der Kanton hat sich sozusagen vom Anreizstaat (Bütschi/Cattacin 1994) zum (anreizlosen) Subventionsstaat zurückverwandelt.

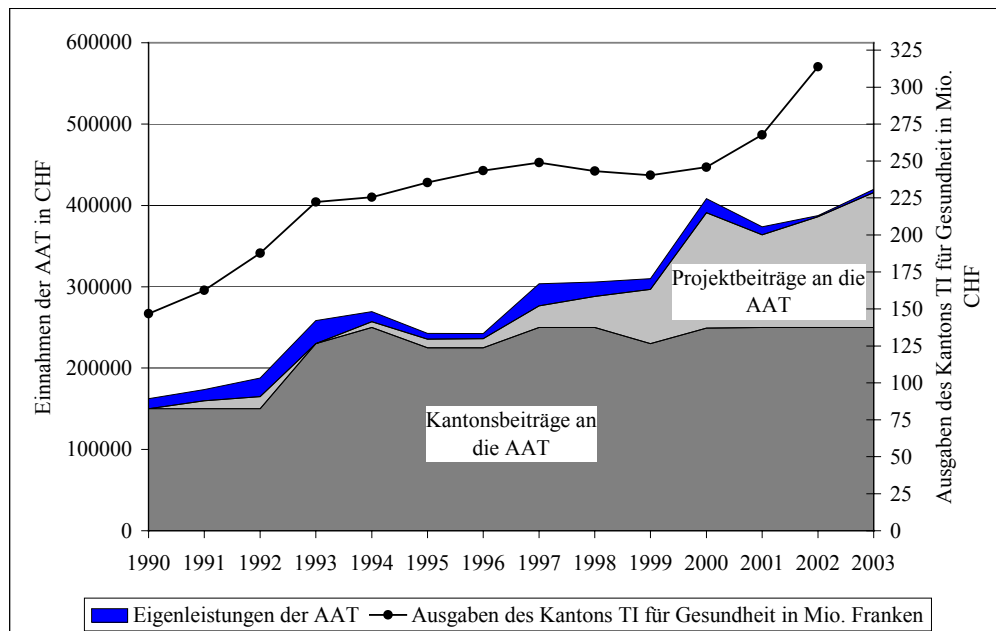
Auch bei den wichtigsten Präventionsakteuren ist keine grundsätzliche Strategieänderung festzustellen. Die AAT hat den strategischen Entscheid getroffen, sich weiterhin auf das Thema HIV/Aids als Kernkompetenz zu konzentrieren. Damit liegt sie auf einer seit ihrer Gründung unveränderten strategischen Linie. Die HIV/Aids-Prävention ist ein integraler Bestandteil der Sexualerziehung an den Schulen, welche wiederum integraler Bestandteil der Gesundheitsförderung ist. Die inhaltliche Qualität des erteilten Präventionsunterrichts wird allgemein als gut, die Regelung der Zuständigkeiten für die Organisation dieses Unterrichts wird als vorbildlich bezeichnet (Spencer et al. 2001).

b) Ressourcenentwicklung

Im Gegensatz zu anderen untersuchten Kantonen haben die Ressourcen für die HIV/Aids-Prävention im Tessin im Laufe der 90er Jahre klar zugenommen. Die kantonalen Beiträge an die AAT sind real gestiegen. Allerdings hat sich der Anteil projektbezogener Beiträge erhöht, wodurch diese Finanzierung tendenziell auf einer prekäreren Basis beruht.

Abbildung 11: Entwicklung der Einnahmen der AAT 1990-2003

Die linke Grössenachse bezieht sich auf die Einnahmen der AAT in CHF, die rechte Grössenachse auf die Ausgaben des Kantons Tessin für Gesundheit in Mio. CHF.



Quelle: Jahresberichte der AAT 1990-2003; Eidg. Finanzverwaltung

c) Konflikte

Konflikte zwischen den verschiedenen Akteuren im HIV/Aids-Bereich im Tessin sind keine zu verzeichnen. Die Beziehungen sind heute, im Gegensatz zur Situation in den 80er Jahren, sehr entspannt. Man gewinnt den Eindruck, dass die in der HIV/Aids-Prävention tätigen Akteure im Tessin sich keineswegs als Gegenspieler betrachten, sondern vielmehr die Komplementarität der jeweils unterschiedlichen Ansätze und Arbeitsweisen hervorheben.

d) Umstrukturierungen

Im Aidspräventions-Netzwerk haben einige strukturelle Veränderungen stattgefunden. So musste die *Commissione di Formazione HIV/Aids della Svizzera Italiana* (CFSI) aus finanziellen Gründen aufgelöst werden. Ebenfalls bedeutend war die Verschiebung der administrativen Zuständigkeit für das Thema HIV/Aids innerhalb des kantonalen Gesundheitsdepartements. Damit einher ging die Streichung der Koordinationsstelle am DSS. Der Kern des Netzwerks – bestehend aus der zuständigen Stelle des Gesundheitsdepartements, der AAT und dem *Ambulatorio delle malattie infettive* am Kantonsspital Lugano – wurde dadurch jedoch nicht wesentlich tangiert. Allenfalls hat ein Konzentrationsprozess in Richtung AAT stattgefunden, die relativ zu den anderen Akteuren an Gewicht gewonnen hat.

e) Das Ende von New Public Health?

Es gibt keine Hinweise dafür, dass der Normalisierungsprozess im Tessin zu einem Ende des New Public Health-Ansatzes geführt hätte oder führen würde. Die Arbeit der wichtigsten Akteure im Bereich Prävention wird weitergeführt und steht auf einer sicheren finan-

ziellen Grundlage. Zudem ist auch bei den Akteuren des klinischen Bereichs ein gewisser Sinneswandel festzustellen, der dazu geführt hat, dass die Prämissen des New Public Health-Ansatzes auch in der klinischen Arbeit Eingang gefunden haben. Eine Rückkehr in die „graue Vorzeit“ von Old Public Health wird von den befragten Akteuren nahezu ausgeschlossen.

Tabelle 16: Entwicklungstendenzen in der Aidsprävention im Kanton Tessin auf einen Blick

Bereiche	Strategieänderungen	Ressourcenentwicklung	Konflikte	Umstrukturierungen
<i>Migration</i>	keine	zunehmend	keine	keine
<i>Schule</i>	HIV/Aids-Prävention im Rahmen der Sexualerziehung; wird allgemein als vorbildlich bezeichnet.	zunehmend	keine	keine
<i>Prostitution</i>	s. Abschnitt Umstrukturierungen	zunehmend	keine	-Projekt Don Juan nicht weitergeführt. -Barfüsserprojekt und Venere zu PRIMIS zusammengeführt.
<i>Counselling</i>	keine	zunehmend	keine	keine
<i>bereichsübergreifend</i>				-Zuständigkeit von HIV/Aids innerhalb des DSS wechselt von der <i>Sezione sanitaria</i> zum Kantonsärztlichen Dienst -Auflösung der CFSI -Streichung der Koordinationsstelle am DSS

5.8 Fallstudie Zürich

Tabelle 17: Die wichtigsten Angebote im Kanton Zürich auf einen Blick (Stand: 2003)

Träger/Bereiche	Migration	Schule	Prostitution	Counselling	Plakatkampagne	HAART
<i>ZAH</i>	-zusammen mit Asylorganisation Zürich: Gratiskondom-Aktion, ganztägige Weiterbildung -Mitarbeit in AFRIMEDIA	Lust und Frust	Don Juan	telefonische , persönliche , E-Mail-Beratungen		
<i>Aids-Infostelle</i>		-liebesX-UND-sowie weiter -Peer-Education	APiS	telefonische, persönliche Beratungen	Ist frau sicher, dass mann sich schützt?	
<i>Verein Zürcher Sozialprojekte</i>			Herrmann			
<i>Zürcher Stadtmission</i>			Isla Victoria			
<i>USZ</i>				HIV-Test- und Beratungsstelle		HIV-Sprechstunde
<i>Kantonsspital Winterthur</i>				HIV-Test- und Beratungsstelle		HIV-Sprechstunde

a) Strategieänderungen

Die von uns befragten Organisationen, die im Bereich der Aidsprävention tätig sind, gehen mit der Herausforderung der Normalisierung strategisch ganz unterschiedlich um. Bei der Zürcher Aids-Hilfe beispielsweise hat die Normalisierung bis jetzt zu keinen Anpassungen der strategischen Ausrichtung geführt. Das Beharren auf der gewohnten Arbeitsweise wird mit zweierlei Gründen erklärt. Erstens reiche das Geld schlicht nicht aus, um sich thematisch zu öffnen und andere Gebiete zu besetzen. Zweitens wolle man mit einer allfälligen Neu-Ausrichtung der ZAH nicht das Bestehende gefährden. Genau den umgekehrten Weg beschreitet die Aids-Infostelle Winterthur, die seit einiger Zeit auch Themen wie Hepatitis C, sexualpädagogische Fragestellungen und solche der allgemeinen Gesundheitsförderung bearbeitet und mit diesem Geschäftsmodell sehr erfolgreich ist. Die von der Aids-Infostelle angebotenen Projekte dienen u.a. auch dazu, Geld zu verdienen. Offenbar stösst aber diese thematische Ausweitung der Stelle in Winterthur nicht überall auf Begeisterung. So sei im neu für die Aids-Infostelle zuständigen Sozial- und Sicherheitsdepartement schon die Frage aufgetaucht, was Projekte wie beispielsweise zum Thema Hepatitis C noch mit dem ursprünglichen Auftrag zu tun hätten. Dieses Beispiel führt vor Augen, dass eine Adaption der Normalisierung im Sinne einer thematischen Ausweitung je nach Kontext auf Kritik stossen kann.

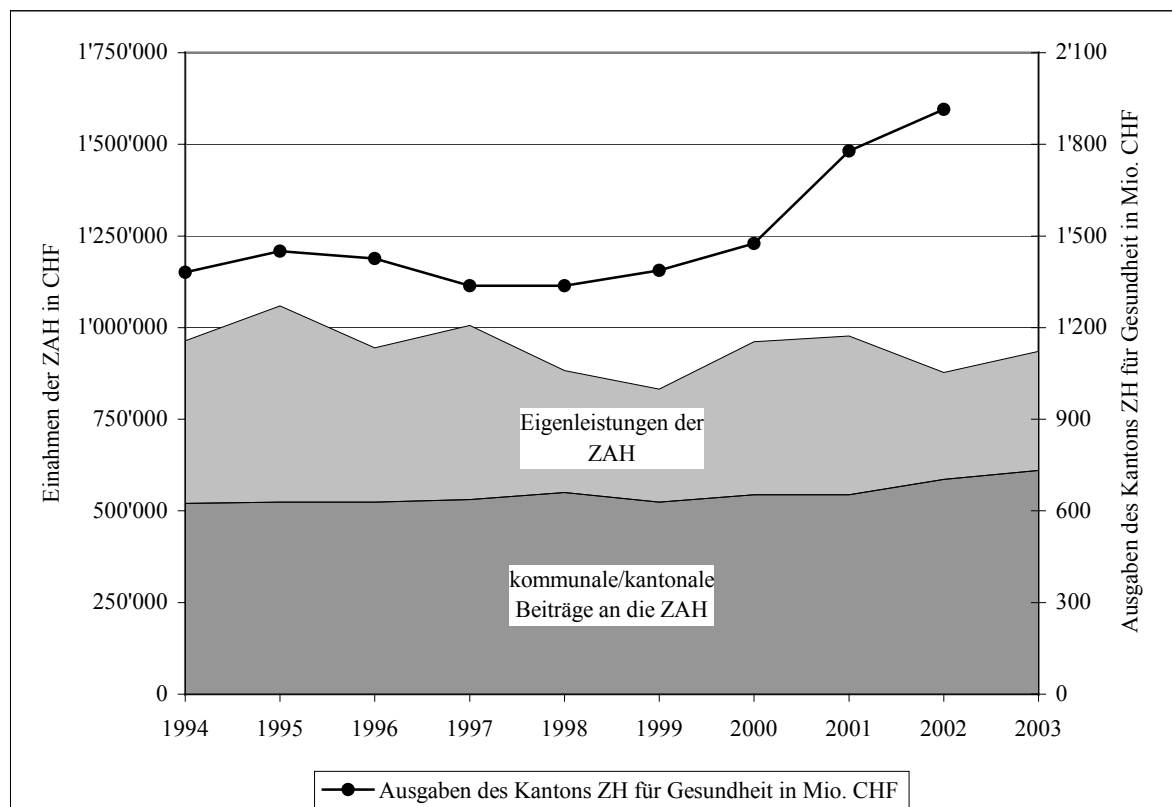
b) Ressourcenentwicklung

Generell wurde uns gegenüber die Ressourcenlage im Zürcher Aidspräventions-Netzwerk als ziemlich angespannt geschildert. Der Druck, der auf den für präventive Massnahmen zur Verfügung stehenden Budgets lastet, wird aber nicht mit der Normalisierung, sondern ausschliesslich mit dem in der öffentlichen Verwaltung allgegenwärtigen Spardruck in Verbindung gebracht.

Während einige Akteure ihre Ressourcenlage auf stabilem Niveau halten (ZAH) bzw. sogar erheblich steigern konnten (Isla Victoria), leiden andere Akteure unter einer akuten Geldknappheit. Am meisten unter Ressourcenknappheit litten zur Zeit unserer Datenerhebung Herrmann sowie die Aids-Infostelle Winterthur. Herrmann kann aufgrund dieser Entwicklung nur noch ein Basisangebot abdecken. Alles andere wird modulartig angeboten, sobald die Finanzierung dafür sichergestellt werden kann. Die Aids-Infostelle konnte nur mit viel Lobbyarbeit und einer guten Portion Glück verhindern, dass die Stadt ihre Beiträge um die Hälfte reduzierte. Da gleichzeitig der Kanton seine Subventionen leicht erhöhte (auf 90'000 Franken jährlich), kann in der Stadt Winterthur das Angebot in den nächsten Jahren aufrecht erhalten werden.

Abbildung 12: Entwicklung der Einnahmen der ZAH 1993-2004

Die linke Grössenachse bezieht sich auf die Einnahmen der ZAH in CHF, die rechte Grössenachse auf die Ausgaben des Kantons Zürich für Gesundheit in Mio. CHF.



Quelle: Jahresberichte der ZAH 1994-2003, Eidg. Finanzverwaltung

c) Konflikte

Gemäss den von uns befragten Personen, die sich mit aidspräventiven Massnahmen beschäftigen, gibt es im Aidspräventions-Netzwerk des Kantons keine Konflikte zu verzeichnen. Das Fehlen von Verteilungskonflikten wird damit erklärt, dass alle Beteiligten zu wenig Ressourcen hätten, um aufeinander neidisch sein zu können. Ein gewisses Unbehagen besteht offenbar zwischen in der Prävention tätigen NGOs und dem für die Betreuung von Aidskranken zuständigen Lighthouse, da man sich beim Fundraising in die Quere kommt. Ansonsten kann das Verhältnis zwischen den beteiligten Akteuren als sehr harmonisch beschrieben werden.

d) Umstrukturierungen

Im Zürcher Aidspräventions-Netzwerk sind in der Untersuchungsperiode keine nennenswerten institutionellen Umstrukturierungen erfolgt. Gemäss Aussagen der interviewten Personen haben sowohl auf städtischer wie auf kantonaler Ebene bereits Überlegungen stattgefunden, die verschiedenen in der Aidsprävention tätigen Organisationen einem Konzentrationsprozess zu unterziehen. Diese Überlegungen befinden sich aber noch in einem Anfangsstadium. Wenn überhaupt, dann ist mit der Einleitung eines Konzentrationsprozesses frühestens in fünf bis sechs Jahren zu rechnen. Dass sich das Zürcher Aidspräventions-Netzwerk gegenüber strukturellem Wandel dermassen resistent zeigt, wird zum einen mit den Eigeninteressen der beteiligten Akteure und zum andern mit dem fehlenden politischen Willen in Verbindung gebracht. Jede Organisation habe ihre eigene Geschichte und verfolge ihre eigenen Interessen, eine Tatsache, die eine Strukturbereinigung schwierig mache. Zudem hätten die kantonalen Behörden zu wenig politisches Gewicht, um eine Strukturbereinigung in Gang zu bringen.

Während institutionelle Umstrukturierungen fehlen, gab es durchaus einige organisatorische Anpassungen zu verzeichnen. So wurde zum Beispiel die Winterthurer Aids-Infostelle nach zehn Jahren beim Departement Sicherheit und Umwelt neu administrativ dem Sozial- und Sicherheitsdepartement unterstellt. Diese Neuzuteilung hatte zur Folge, dass bei den Sparbemühungen der Stadt Winterthur Sucht- und Aidsprävention zusammengefasst und mit einem Sparauftrag versehen wurden. Dass davon eine kleine, private Trägerorganisation wie die Aids-Infostelle stärker getroffen wird als eine Verwaltungsstelle, liegt auf der Hand.

Generell zeichnen sich die in der Aidsprävention tätigen NGOs im Untersuchungszeitraum durch eine zunehmende Professionalisierung aus. Diese wird gefördert durch die von der öffentlichen Hand vermehrt abgeschlossenen Leistungsaufträge mit ihren Subventionsempfängern. Die Einführung dieses neuen Führungs- und Kontrollinstrumentes stösst nicht bei allen NGOs auf Gegenliebe. Kritisiert wird vor allem der hohe Zeitaufwand, der bei der Nachführung der geforderten Statistiken anfällt. Zudem wird bezweifelt, ob die Auftraggeber all die eingeforderten Auswertungen auch wirklich zur Kenntnis nehmen.

e) Das Ende von New Public Health?

Die Beziehungen des präventiven mit dem klinischen Bereich sind von Organisation zu Organisation unterschiedlich intensiv. Die Zusammenarbeit mit dem klinischen Bereich war nicht immer frei von Spannungen, vor allem zu Beginn der Einführung der neuen Kombinationstherapie Mitte der 90er Jahre. Erstaunlich ist die Tatsache, dass die Zusam-

menarbeit nur in geringem Ausmass institutionalisiert und stark abhängig vom jeweiligen Personal im klinischen Bereich ist.

Verteilungskonflikte sind gemäss den von uns befragten Personen keine vorhanden, da die beiden Bereiche wie überall aus völlig unterschiedlichen Quellen finanziert würden. Auch organisatorisch sind die beiden Bereiche innerhalb der kantonalen Gesundheitsdirektion klar voneinander getrennt. Während die für aidspräventive Massnahmen zuständige Fachstelle für Aidsfragen dem Kantonsärztlichen Dienst angegliedert ist, ist der therapeutische Bereich der Gesundheitsversorgung zugeteilt.

Obschon es Stimmen gibt, die behaupten, der klinische Bereich habe in den letzten Jahren gegenüber dem präventiven Bereich Boden gut gemacht, wird generell nicht befürchtet, dass ein Ende des New Public Health-Ansatzes in Sicht ist.

Tabelle 18: Entwicklungstendenzen in der Aidsprävention im Kanton Zürich auf einen Blick

Bereiche	Strategieänderungen	Ressourcenentwicklung	Konflikte	Umstrukturierungen
<i>Migration</i>	ZAH: Zusammenarbeit mit Asylorganisation Zürich	zunehmend	keine	keine
<i>Schule</i>	thematische Ausweitung bei ZAH/Aids-Infostelle	hat zugenommen	keine	neu: Fachstelle für Sexualpädagogik ‚Lust und Frust‘
<i>Prostitution</i>	keine	Isla Victoria: Zunahme, Herrmann: eher rückläufig, Don Juan: stabil	keine	Isla Victoria: ab 2002 neue Anlauf- und Beratungsstelle im Kreis 4 Herrmann: ab 2001 neue Anlauf- und Beratungsstelle im Kreis 1
<i>Counselling</i>	keine	stabil	keine	keine
<i>Aids-Infostelle</i>	thematische Ausweitung	Rückgang		Fortbestand ungewiss

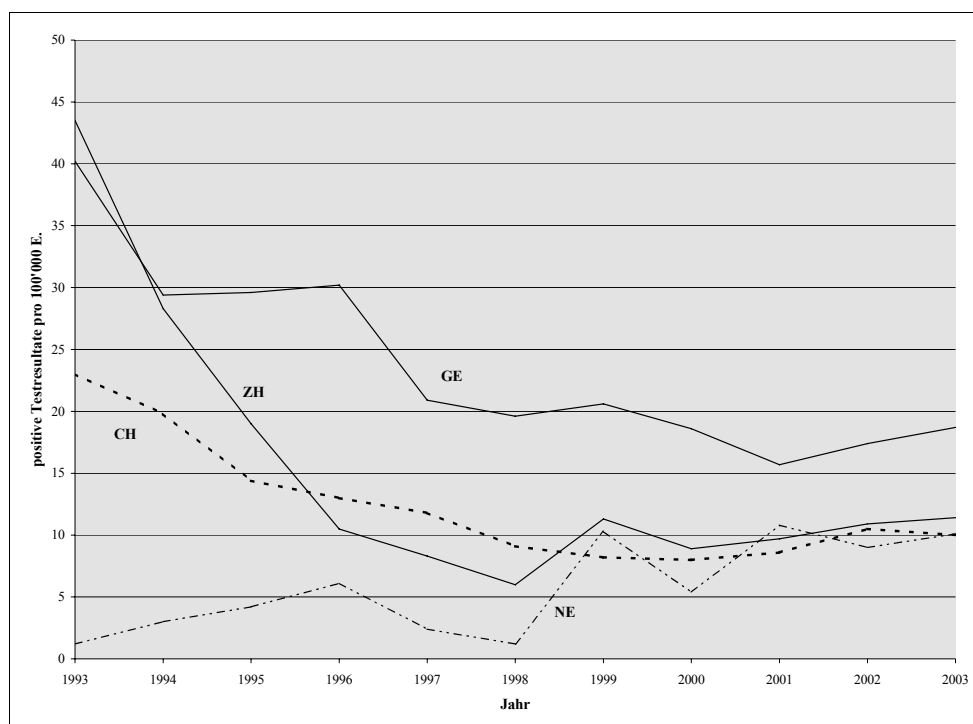
6 Synthese

6.1 Die Normalisierung von Aids in der Schweiz

Die zur Bekämpfung der Aids-epidemie ergriffenen Massnahmen in Politik und Gesellschaft werden in der Literatur häufig in vier Phasen unterteilt (vgl. Kapitel 2.1). Seit 1996 spricht man im Zusammenhang mit Aids in entwickelten Ländern des Westens von Normalisierung bzw. Normalität. Normalisierung bedeutet, dass die Krankheit Aids „zunehmend als eine unter anderen chronischen Infektionskrankheiten gesehen und behandelt [wird]: epidemiologisch eher unbedeutend, präventiv halbwegs akzeptabel kontrolliert und medizinisch zunehmend beherrschbar.“ (Rosenbrock et al. 2002: 7). Dieses Zitat verdeutlicht, dass die Normalisierung von Aids vor allem durch zwei Merkmale charakterisiert wird: Stabilisierung der HIV-Infektionen sowie Möglichkeit der medikamentösen Behandlung. Diese zwei Merkmale liegen auch unserem Analysemodell zugrunde. Ein weiteres Kennzeichen der Normalisierung – oder eher eine Folge davon? – besteht darin, „dass Aids als gesundheitliches und soziales Problem unter vielen anderen rangiert, also parallel ein Prozess der Depolitisierung ablief.“ (Rosenbrock et al. 2002: 34).

Der Normalisierungsprozess hat auch vor der Schweiz nicht Halt gemacht. Wie die beiden folgenden Abbildungen verdeutlichen, sind die HIV-Neuinfektionen bis Mitte der 90er Jahre überall gesunken und haben sich seitdem einigermassen stabilisiert. Die von uns untersuchten Kantone sind jedoch von der HIV-Problematik in unterschiedlichem Ausmass betroffen. Mit Abstand am stärksten von der HIV-Epidemie heimgesucht wird der Kanton Genf, wo die Infektionsrate klar über dem schweiz. Durchschnittswert liegt (vgl.).

Abbildung 13: Die Entwicklung der HIV-Infektionen in GE, ZH, und NE

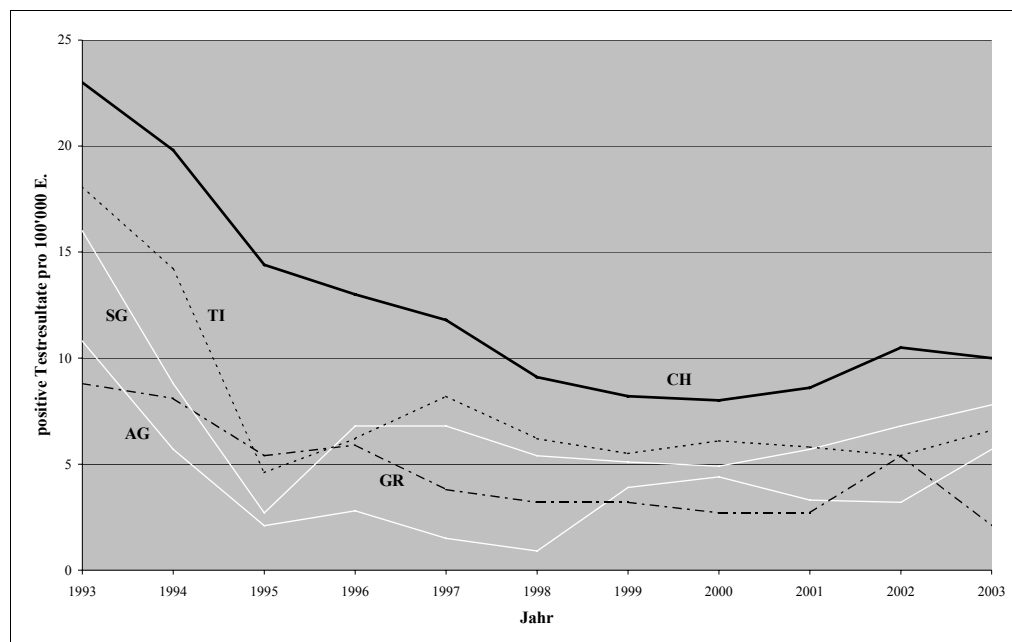


Quelle: BAG (Stand 31.7.2004; provisorische Raten für 2003)

In dem von der HIV-Problematik am zweitstärksten betroffenen Kanton in der Schweiz – Zürich – lag die Anzahl positiver Testresultate pro 100'000 EinwohnerInnen nur gerade in drei Jahren (1996 bis 1999) unter dem schweiz. Durchschnitt. Seitdem liegt die kantonale Infektionsrate wieder knapp darüber. Im Vergleich mit den anderen untersuchten Kantonen fällt Neuenburg aus dem Rahmen, bei dem der Verlauf der HIV-Infektionen seit 1998 einem Zickzackkurs gleicht. In den Jahren 1999 und 2001 lag die Infektionsrate im Kanton Neuenburg über dem schweiz. Durchschnittswert.

Die Infektionsraten der vier anderen untersuchten Kantone – Aargau, Graubünden, St. Gallen und Tessin – lagen in den letzten Jahren immer deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt (vgl. Abbildung 14). In den Kantonen Graubünden, St. Gallen und Tessin verläuft die Entwicklung der Infektionszahlen seit 1996 beinahe parallel zu derjenigen der gesamten Schweiz.

Abbildung 14: Die Entwicklung der HIV-Infektionen in AG, GR, SG, TI



Quelle: BAG (Stand 31.7.2004; provisorische Raten für 2003)

Die beiden voranstehenden Abbildungen verdeutlichen auch die Tatsache, dass die HIV-Neuinfektionen in der Schweiz seit Beginn des neuen Jahrtausends wieder zugenommen haben. 2002 betrug die Zunahme im Vergleich zum Vorjahr ganze 25%. Von dieser Entwicklung sind auch die von uns untersuchten Kantone betroffen. Angesichts dieses jüngst erfolgten Wiederanstiegs der HIV-Infektionen stellt sich das BAG denn auch die Frage, ob bereits wieder ein Ende der Normalisierung von Aids zu befürchten sei (BAG 2003b: 33).

Was die Ansteckungswege betrifft, lässt sich sagen, dass der Anteil Neuinfektionen in der heterosexuellen Transmissionsgruppe von anfänglich 6.5% im Jahre 1985 auf über 50% im Jahre 2002 zunahm. Im Gegensatz dazu verringerte sich der Anteil der Gruppe mit Drogeninjektion als Ansteckungsweg von über zwei Dritteln in der Mitte der 80er Jahre auf rund elf Prozent im Jahre 2002. Im Bereich MSM (Männer, die Sex mit Männern haben) stieg der Anteil zwischen 1985 bis 1994 zunächst von rund 20% auf 33% an und nahm dann wieder ab. In den letzten Jahren betrug der MSM-Anteil rund 25%. Der seit dem Jahre 2000 zu erkennende Wiederanstieg der Infektionszahlen ist vor allem auf eine Zunahme

beim sexuellen Ansteckungsweg (MSM sowie heterosexueller Geschlechtsverkehr) zurückzuführen. Bei drogeninjizierenden Personen war hingegen nur eine leichte Zunahme zu beobachten. Bei den heterosexuellen Fällen sind MigrantInnen aus der Subsahara-Region überproportional betroffen (BAG 2003a).

6.2 Adaption der Normalisierung

Von vielen in der Aidsprävention tätigen Akteuren wird die Normalisierung per se in Frage gestellt, da die Zahl neu gemeldeter positiver HIV-Tests seit 2001 wieder gestiegen ist. Man müsse sich die Frage stellen, ob die Aids-Arbeit in eine neue Phase getreten ist, in der der veränderten Wahrnehmung und der damit verbundenen Banalisierung von Aids eine steigende Zahl von Neuinfektionen gegenüberstehe. Die steigende Zahl von Neuinfektionen und das nachlassende Schutzverhalten der Bevölkerung und einzelner Zielgruppen bedinge, dass das Engagement in der Aidsprävention aufrecht erhalten werde. Allerdings bestünde gleichzeitig ein so hoher Spardruck wie nie zuvor. Ein Vertreter einer kantonalen Gesundheitsbehörde spricht angesichts der wieder steigenden Infektionsraten sogar vom Scheitern der einst wirksamen Präventionsstrategien und fordert, dass die Strategien allgemein grundlegend überdacht werden:

„Donc, plutôt que de parler de normalisation, moi je parle d'échec de la prévention. On est maintenant en situation où les activités et les stratégies qui ont été mise en oeuvre depuis 10 ans, 15 ans qui ont été efficaces, ont atteint de mon point de vue la limite de leurs efficacité. Moi, je pousse beaucoup pour qu'on arrête de faire *more of the same* et pour qu'on rediscute vraiment des stratégies de prévention dans le domaine de VIH/sida.“

Vor diesem Hintergrund soll im Folgenden der Frage nachgegangen werden, wie die verschiedenen Akteure mit der Normalisierung bzw. den aktuellen Herausforderungen umgehen. Allerdings geht es im Rahmen dieser Studie nicht um die Wirksamkeit von Präventionsstrategien und -inhalten, sondern um die allgemeine Prioritätensetzung zwischen den verschiedenen Bereichen der Aidsprävention sowie der allgemeinen Positionierung gegenüber dem umfassenderen Thema *Sexual Health/STIs*.

6.2.1 Strategische Ausrichtung der staatlichen Akteure im Zeitalter der Normalisierung

Auf nationaler Ebene bestimmt die Sektion Aids in Zusammenarbeit mit den kantonalen Gesundheitsbehörden, verschiedenen Partnerorganisationen und anderen Bundesstellen, die strategische Ausrichtung der HIV/Aids-Arbeit in der Schweiz. Zu diesem Zweck werden nationale HIV/Aids-Programme ausgearbeitet. Die in der Schweiz verfolgte Präventionsstrategie beruht seit ihren Anfängen auf drei Interventionsebenen: bevölkerungsbezogene Information, zielgruppenspezifische Information und Motivation sowie individuelle Prävention und Beratung. Trotz Verfügbarkeit wirksamer Medikamente wird der Aidstest nicht stärker propagiert. In jüngster Zeit strebt das BAG eine vermehrte Zusammenarbeit mit anderen Bundesämtern an (BFF, DEZA). Zudem soll das Thema Aidsprävention stärker in das übergeordnete Thema *Sexual Health/STIs* eingebettet werden.

Auf kantonaler Ebene nehmen die für die Umsetzung des nationalen HIV/Aids-Programms verantwortlichen Behörden meist eine relativ passive Rolle ein und entwickeln selbst kaum eigene strategische Überlegungen. So gaben insbesondere unsere GesprächspartnerInnen aus den Kantonen Aargau, Graubünden, Neuenburg und Zürich an, ihnen komme vor allem die Rolle des Geldgebers zu, die Ausgestaltung der Aidsprävention und die Schwer-

punktsetzung liege bei den Aids-Hilfen. Offenbar besteht einerseits ein grosses Vertrauen in die Arbeit der Aids-Hilfen, andererseits stellt die Aidsprävention aufgrund der Normalisierung keine Priorität im Präventions- bzw. Gesundheitsbereich mehr dar. Die kantonalen Stellen beschäftigen sich zunehmend mit anderen Präventions- und Gesundheitsförderungsbereichen. Einzig im Kanton Zürich existiert eine Fachstelle für Aidsfragen, in allen anderen Kantonen wird das Aidsdossier vom Kantonsärztlichen Dienst oder – falls vorhanden – von der Verwaltungseinheit, die für die Prävention und Gesundheitsförderung zuständig ist, betreut. Auch die zürcherische Fachstelle für Aidsfragen sieht ihre Rolle nicht in der Strategieentwicklung, vielmehr unterstützt sie die Umsetzung des nationalen HIV/Aids-Programms im Kanton Zürich: „Aus unserer Sicht macht es keinen Sinn, dass jeder Kanton für sich eine Strategie entwickelt“, lautet das Credo der Fachstelle für Aidsfragen.

Eine aktivere Rolle nehmen die Behörden in den Kantonen Genf und St. Gallen ein. Im Kanton Genf wurde aufgrund eines personellen Wechsels an der Spitze des Gesundheitsdepartements und des zunehmenden Spardrucks ein Strategiepapier zur Aidspolitik erarbeitet. Dieses bringt allerdings keine grundlegenden Änderungen, sondern sieht die Weiterführung des bestehenden Angebots vor. Die kantonalen Behörden von St. Gallen unterstützten die AHSGA bei ihrer Neuausrichtung im Bereich Sexual Health/Sexualpädagogik und initiierten eine verstärkte Zusammenarbeit und einen gemeinsamen Auftritt mit der AHSGA und der Familienplanungsstelle unter dem Titel „sexuelle und reproduktive Gesundheit“. Dieser Prozess wurde durch eine gleichnamige Arbeitsgruppe vorbereitet und durch eine Umfrage abgestützt, die bei den kommunalen Behörden, den Schulen und Fachstellen zum Bekanntheitsgrad von Angeboten im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit durchgeführt wurde.

6.2.2 Strategische Ausrichtung der Aids-Hilfen im Zeitalter der Normalisierung

Die von uns befragten Aids-Hilfen haben sich alle mit der Frage auseinandergesetzt, ob man sich auf das Kerngeschäft HIV/Aids konzentrieren soll, oder ob eine Ausweitung des Angebots auf die Thematik Sexuelle Gesundheit, Sexualpädagogik anzustreben sei. Für andere in der Aidsprävention tätige NGOs, wie beispielsweise Aspasia, den Verein Zürcher Sozialprojekte oder die Zürcher Stadtmission, stellte sich die Frage nach einer strategischen Neuausrichtung viel weniger, da diese Organisationen meist nur eine spezifische Zielgruppe betreuen und deshalb einen umfassenderen Approach gewählt haben. Die folgenden Ausführungen beschränken sich deshalb auf die Aids-Hilfen.

a) HIV/Aids bleibt Kerngeschäft, jedoch Integration von STIs

Die Aids-Hilfen der Kantone Aargau, Genf, Graubünden, Neuenburg und Tessin haben sich entschieden, sich weiterhin auf das Kerngeschäft der HIV/Aids-Prävention zu konzentrieren und die anderen STIs nach Möglichkeit in ihrem bestehenden Angebot zu berücksichtigen. Die Aids-Hilfe Graubünden beispielsweise hat die STIs in ihre Beratung integriert. Die aargauische Aids-Hilfe bietet im Schulbereich das Modul „Aids und Co“ an, das neben HIV/Aids auch Informationen zu anderen STIs umfasst. Im Kanton Genf hat sich die *Groupe Sida Genève* im Oktober 2003 entschieden, sich aus dem Schadensminderungsbereich zurückzuziehen und sich wieder stärker auf das Kerngeschäft HIV/Aids zu konzentrieren. Sie hat sich zu diesem Schritt entschieden, weil sie befürchtete, durch den

grösser werdenden Schadenminderungsbereich ihre institutionelle Identität als Aids-Hilfe zu verlieren.

b) HIV/Aids bleibt Kerngeschäft, Integration von STIs und Öffnung gegenüber sexuelle Gesundheit im Schulbereich

Bei der Aids-Hilfe Schweiz ist keine umfassende Strategieänderung zu beobachten. HIV und Aids stellt nach wie vor deren Kerngeschäft dar. Allerdings hat sich die AHS im Bereich der Aidsprävention an Schulen gegenüber der Thematik „sexuelle und reproduktive Gesundheit“ geöffnet. In enger Zusammenarbeit mit PLANeS treibt sie den Aufbau eines nationalen Kompetenzzentrums Bildung und sexuelle Gesundheit (Amorix) voran. Zudem hat die AHS auch Informationen zu den anderen sexuell übertragbaren Krankheiten in ihr Angebot integriert.

Im Kanton Zürich ist eine ähnliche Entwicklung zu beobachten. So konzentriert sich zwar die Zürcher Aids-Hilfe nach wie vor auf das Kerngeschäft HIV und Aids, betreut daneben aber zusammen mit dem schulärztlichen Dienst auch die Fachstelle für Sexualpädagogik „Lust und Frust“, die ebenfalls die umfassende Thematik der sexuellen Gesundheit abdeckt. Die Aids-Infostelle Winterthur ist noch einen Schritt weiter gegangen und bietet Projekte zu Hepatitis C und sexueller Gesundheit an.

c) umfassende strategische Neuausrichtung

Die umfassendste Öffnung ist jedoch im Kanton St. Gallen zu beobachten. Die Aids-Hilfe St. Gallen-Appenzell nennt sich seit 2001 „Fachstelle für Aids und Sexualfragen“ und hat sich auf das Gebiet der Sexualpädagogik spezialisiert. Das zentrale Ziel der AHSGA besteht seither darin, Menschen zu befähigen, sexuelle Gesundheit möglichst souverän, verantwortungsvoll und selbst bestimmt leben zu können.

Tabelle 19: Strategische Ausrichtung der Aids-Hilfe Organisationen

Fall	Kerngeschäft HIV/Aids und Integration der STIs ins bestehende Angebot	Kerngeschäft HIV/Aids, Integration der STIs ins bestehende Angebot, Einbezug der Thematik <i>Sexual Health</i> /Sexual-pädagogik im Schulbereich	Neuausrichtung und Spezialisierung in <i>Sexual Health</i> / Sexualpädagogik
CH		Aids-Hilfe Schweiz	
AG	Aids-Hilfe Aargau		
GE	Groupe Sida Genève		
GR	Aids-Hilfe Graubünden		
NE	Groupe Sida Neuchâtel		
SG			Aids-Hilfe St. Gallen
TI	Aiuto Aids Ticino		
ZH		Zürcher Aids-Hilfe/Aids-Infostelle	

d) Gründe für unterschiedliche Strategien

Die Gründe, die entweder zur Beibehaltung der bisherigen Strategien bzw. zu deren Anpassung geführt haben, sind je nach Akteur unterschiedlich. Die Aids-Hilfen, die sich weiterhin auf das Kerngeschäft HIV/Aids konzentrieren, begründen ihre Positionierung fach-

lich damit, dass sie der Banalisierung von Aids nicht Vorschub leisten wollen. So betont eine Leiterin einer Aids-Hilfe:

„Wir sind der Meinung, wenn wir das Kernthema verlassen und quasi signalisieren, es habe keine Brisanz mehr, wir massiv zur Banalisierung beitragen als Fachstelle.“

Von einer anderen Aids-Hilfe wurde angeführt, dass man sich nicht in der Thematik der sexuellen Gesundheit engagieren wolle, nur weil es *trendy* sei und man damit die Mittel behalten könne. Angeführt werden auch die fehlenden finanziellen Ressourcen, die einer umfassenderen Strategieänderung im Wege stehen.

Ganz anders tönt es bei der AHSGA, die sich thematisch am weitesten geöffnet hat. *Sexual Health* und Sexualpädagogik werden als Mittel betrachtet, um wieder vermehrt Aufmerksamkeit für Aids zu generieren:

„Wir haben uns eindeutig geöffnet, weil Normalisierung und Banalisierung auch heisst, dass Aids nicht mehr genug interessiert, um Lehrer für Fortbildung zu motivieren. Die Sexualpädagogik ist ein Mittel, um das wieder zu erreichen.“

Während die einen also befürchten, die Öffnung gegenüber der Thematik der sexuellen Gesundheit treibe die Normalisierung voran, sehen die anderen in der Öffnung ein Mittel, um der Normalisierung zu begegnen und dafür zu sorgen, dass die Aidsprävention weiterhin vermittelbar bleibt. Demnach ist es bei den VertreterInnen der Aids-Hilfen umstritten, mit welcher Strategie der Normalisierung am besten begegnet wird.

Bei der Aids-Infostelle Winterthur führten insbesondere ökonomische Interessen zu einer Ausweitung der Themenbereiche: Projekte in den Themenbereichen STIs und sexuelle Gesundheit werden als weitere Verdienstmöglichkeit angesehen. Im Gegensatz dazu wies unsere Gesprächspartnerin von der Aids-Hilfe Aargau darauf hin, dass sie keine neuen Mittel für Projekte im Bereich der STIs generieren konnten und es allgemein sehr schwierig sei, Mittel für neue Bereiche zu finden.

Das institutionelle Setting in den Kantonen Genf und Neuenburg veranlasste die lokalen Aids-Hilfen GSG und GSN dazu, sich auf das Kerngeschäft HIV/Aids zu konzentrieren. In der Westschweiz ist der Themenbereich *Sexual Health* und die Sexualpädagogik bereits gut etabliert und andere Akteure sind in diesem Bereich tätig; eine Ausweitung auf diese Thematik ist deshalb nicht sinnvoll. Die Aids-Hilfe des Kantons St. Gallen hingegen begründete ihr Engagement in der Sexualpädagogik damit, dass in der Schweiz, insbesondere in der Deutschschweiz dieser Bereich noch nicht weit entwickelt sei.

6.2.3 Umgang mit neuen Herausforderungen

Unsere Studie zeigt, dass sich das Angebot in den untersuchten Bereichen - abgesehen von der Entwicklung im Bereich Aidsprävention an Schulen (*Sexual Health*) - seit 1996 nicht wesentlich verändert hat. Alle befragten Aids-Hilfen bieten nach wie vor die persönliche Beratung an, die im Laufe der Zeit mit der Online-Beratung ergänzt wurde. Projekte, die sich an die Zielgruppe der weiblichen Prostituierten richten, existieren in allen von uns untersuchten Kantonen. Demgegenüber sind Projekte für die Zielgruppe Freier oder männliche Prostituierte eher selten. Dass solche Projekte nicht im Angebot sind, wird neben fehlenden finanziellen Ressourcen auch durch die Abwesenheit einer betreffenden Szene oder Lokalisierung begründet. Beim Angebot im Schulbereich ist nach wie vor der von

Spencer et al. (2001) ausgewiesene Unterschied zwischen der Deutsch- und Westschweiz prägend: Zwar sind alle befragten Aids-Hilfen im Schulbereich aktiv und bieten Interventionen an, doch scheint die Organisation solcher Einsätze in der Westschweiz systematischer zu erfolgen. Auf der nationalen Ebene sind Bestrebungen im Gang, die HIV/Aids-Prävention an Schulen durch den Aufbau eines nationalen Kompetenzzentrums für Bildung und sexuelle Gesundheit zu stärken. In den Kantonen Aargau, Zürich und St. Gallen haben die Aids-Hilfen ihr Angebot für die Schulen teilweise erheblich ausgebaut.

Es fällt auf, dass das Präventionsangebot im Migrationsbereich in praktisch allen Kantonen äusserst beschränkt ist. So finden sich meist nur Interventionen in Asylzentren (GSN, ZAH, AHGR) oder allenfalls eine Beteiligung an Projekten anderer im Migrationsbereich tätigen Organisationen (ZAH und GSG sind Partnerorganisationen von AFRIMEDIA, die AHA beteiligt sich am Caritas-Projekt *Femina Sana*). 2003 bot nur die *Groupe Sida Genève* ein migrationsspezifisches Aidspräventionsprojekt an, das sogenannte *projet parcs*. Im Kanton St. Gallen wurden in früheren Jahren die Projekte *Integra* und *Integer* realisiert. Die geringe Entwicklung des Angebots im Migrationsbereich erstaunt deshalb, weil die Migrationsbevölkerung, insbesondere die MigrantInnen aus der Subsahara-Region, besonders stark von HIV/Aids betroffen ist. Spätestens seit dem Jahr 2000 ist der Handlungsbedarf allgemein anerkannt. In unseren Gesprächen betonten alle von uns befragten ExpertInnen, dass im Migrationsbereich nach wie vor Handlungsbedarf bestehe und die Prävention noch nicht ausreichend erfolge. Wie es scheint, fehlt es einerseits noch an Lösungsansätzen, wie in diesem Bereich Prävention wirksam erfolgen kann, andererseits fehlen wohl einfach auch die nötigen Mittel, um einen neuen Bereich auf- und auszubauen.

Ob die Normalisierung die Reaktionsfähigkeit und das Innovationspotenzial der in der Aidsprävention tätigen Akteure beeinflusst hat, ist schwierig zu beantworten. Viele unserer GesprächspartnerInnen betonen, dass es angesichts abnehmender bzw. stagnierender finanzieller Mittel in der Aidsprävention schwieriger geworden sei, neue Felder zu bearbeiten. Eine Vertreterin einer Aids-Hilfe beschreibt diese Problematik wie folgt:

„Das ist für mich oft eine Schwierigkeit. Quasi das Bestehende erhalten können, welches gut ist. Aber durch das hat man dann wie keine Möglichkeit, neue Wege zu gehen, etwas Neues auszuprobieren. [...] Wir können ja nicht sagen, jetzt machen wir keine MSM-Arbeit mehr und investieren alles in die Migration, die nun auch nötig ist.“

6.3 Ressourcenentwicklung in der Aidsprävention und Auswirkungen auf das Angebot

In diesem Kapitel wird die Entwicklung der für die Aidsprävention zur Verfügung stehenden Mittel auf Bundesebene und in den Kantonen aufgezeigt und erklärt. Daneben wird der Frage nachgegangen, ob allfällige Abnahmen Auswirkungen auf die Aidsprävention gehabt haben.

Es hat sich gezeigt, dass es schwierig ist, alle für die Aidsprävention zur Verfügung stehenden Mittel über eine längere Zeitperiode genau zu erfassen und zu dokumentieren. Dies deshalb, weil beispielsweise auf Bundesebene nicht nur das BAG Mittel für die Aidsprävention spricht, sondern in einem kleineren Umfang auch das Bundesamt für Sport, das Bundesamt für Sozialversicherungen oder das Bundesamt für Flüchtlinge. Folglich sind in dem vom BAG ausgewiesenen Aidskredit nicht alle real für die Aidsprävention ausgegebenen Mittel enthalten. Unsere Ausführungen konzentrieren sich im Folgenden auf die

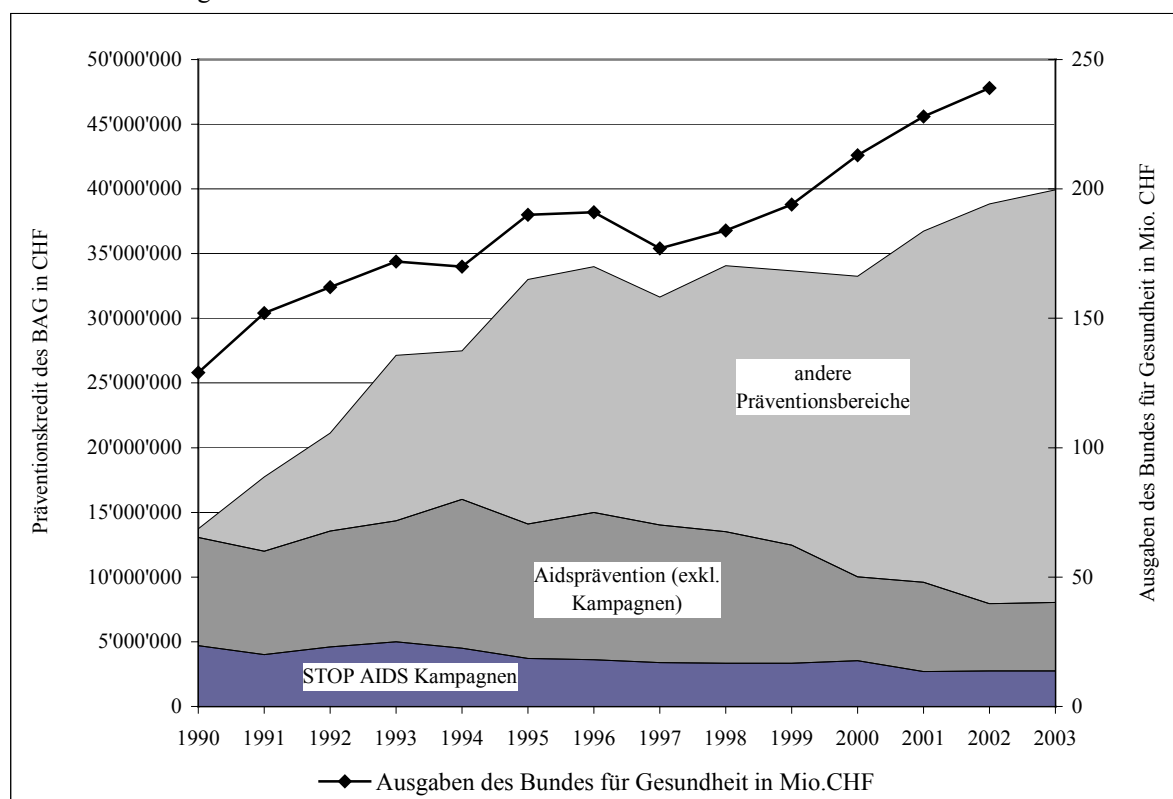
Entwicklung des Aidskredits des BAG und die Einnahmen der Aids-Hilfen für die Jahre 1994 bis 2003. Diese Zahlen und die Informationen aus den Interviews erlauben es uns, eine ziemlich genau Einschätzung vorzunehmen, allerdings ohne den Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben.

6.3.1 Ressourcenentwicklung auf der nationalen Ebene

Der nationale Aidspräventionskredit des BAG hat seit 1996 massiv abgenommen. Wie Abbildung 15 zeigt, wurden im Jahr 1990 13 Mio., im Jahr 1996 knapp 15 Mio. und im Jahr 2003 nur noch 8 Mio. Franken ausgegeben. In der Finanzplanung ist bis ins Jahr 2007 eine weitere Reduktion um 1 Mio. Franken vorgesehen (vgl. Fallstudie Schweiz). Gleichzeitig haben der Präventionskredit wie auch die Gesamtausgaben des Bundes für Gesundheit deutlich zugenommen.

Abbildung 15: Ausgaben des BAG für die Aidsprävention 1990-2003

Die linke Grössenachse bezieht sich auf den Präventionskredit des BAG in CHF, die rechte Grössenachse auf die Gesamtausgaben des Bundes für Gesundheit in Mio. CHF.



Quelle: Staatsrechnungen 1990-2003, Eidg. Finanzverwaltung.

Wie Abbildung 16¹³ verdeutlicht, hat der Bund seine Beiträge an die AHS zwischen 1996 - 2001 nur leicht reduziert und die Beiträge in den Jahren 2002/03 wieder leicht angehoben. Folglich hat sich die Reduktion des Aidskredits des BAG nicht stark auf die Beiträge an

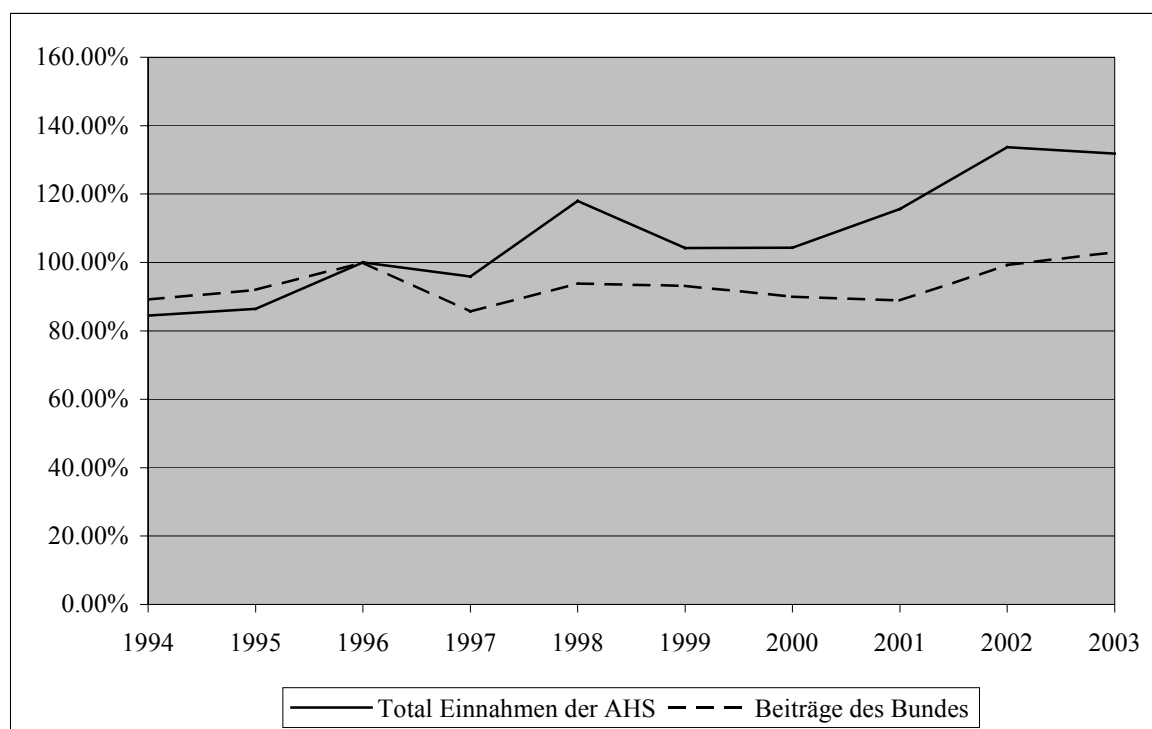
¹³ Die folgenden Abbildungen zur Entwicklung der Einnahmen der Aids-Hilfen basieren auf den in den Jahresberichten der Aids-Hilfen publizierten Jahresrechnungen. Die Einnahmen wurden teuerungsbereinigt und 1996 als 100% definiert, so dass die Ab- bzw. Zunahme der Ressourcen seit Beginn der Normalisierung in Prozent sichtbar wird.

die AHS ausgewirkt. Einsparungen erfolgten bei den Kampagnen, der Dokumentation (Schliessung der Aids Info Docu) und durch die Beendigung des Projekts Migration und Gesundheit (PMG) sowie durch die Ausgliederung des Migrationsbereichs in den Dienst Migration.

Die AHS erhielt im Jahr 1996 knapp 3.5 Mio. Franken vom Bund, in den Jahren 1997-2001 waren es Beträge zwischen 3 und 3.3 Mio. Franken, während es im Jahr 2002 3.6 und im Jahr 2003 3.8 Mio. Franken waren.¹⁴ Berücksichtigt man die Teuerung, waren die Beiträge zwischen 1997-2001 im Vergleich zu 1996 durchschnittlich um knapp 10% tiefer, während in den Jahren 2002/2003 wieder das gleiche Niveau wie 1996 erreicht wurde (vgl. Abbildung 16). Aus der Abbildung 16 geht ebenfalls hervor, dass die AHS ihre Vereinserträge kontinuierlich erhöhen konnte. Im Jahr 2003 betrug die Vereinserträge ca. 2.3 Mio. Franken. Folglich haben die Einnahmen der AHS insgesamt real um rund 30% zugenommen.

Abbildung 16: Ressourcenentwicklung der AHS 1994-2003 (teuerungsbereinigt)

1996 = 100%¹⁵



Quelle: Jahresberichte der AHS 1994-2003.

6.3.2 Ressourcenentwicklung auf der kantonalen Ebene

Die den Aids-Hilfen gewährten Beiträge der öffentlichen Hand haben sich in den sieben untersuchten Kantonen sehr unterschiedlich entwickelt. In drei Kantonen ist eine Abnahme, in zwei Kantonen eine Stabilisierung, in weiteren zwei Kantonen ein Zunahme zu beobachten.

¹⁴ Die Zahlen basieren auf den in den Jahresberichten der AHS publizierten Jahresrechnungen.

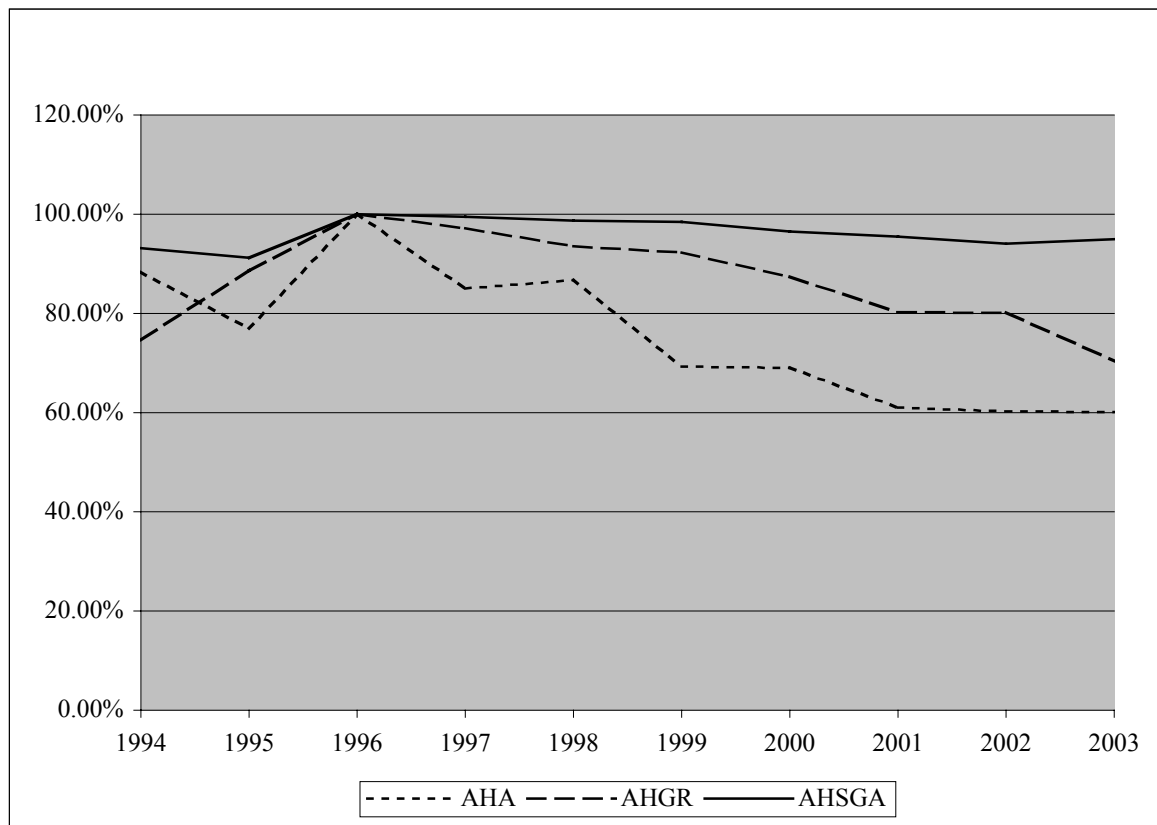
¹⁵ 1996=100%, da in diesem Jahr die Normalisierung einsetzte.

a) *abnehmende Beiträge der öffentlichen Hand: Aargau, Graubünden und St. Gallen*

Im Aargau und in Graubünden ist eine klare Abnahme der Beiträge der öffentlichen Hand (kantonale und kommunale Beiträge) an die Aids-Hilfen zu beobachten. Im Kanton St. Gallen, wo die Beiträge der öffentlichen Hand auf stabilem Niveau verharrten, ist aufgrund der Teuerung ebenfalls eine 5%-ige Abnahme festzustellen.

Abbildung 17: Entwicklung der staatlichen Beiträge an die Aids-Hilfen der Kantone Aargau, Graubünden und St. Gallen (teuerungsbereinigt)

1996 = 100%.



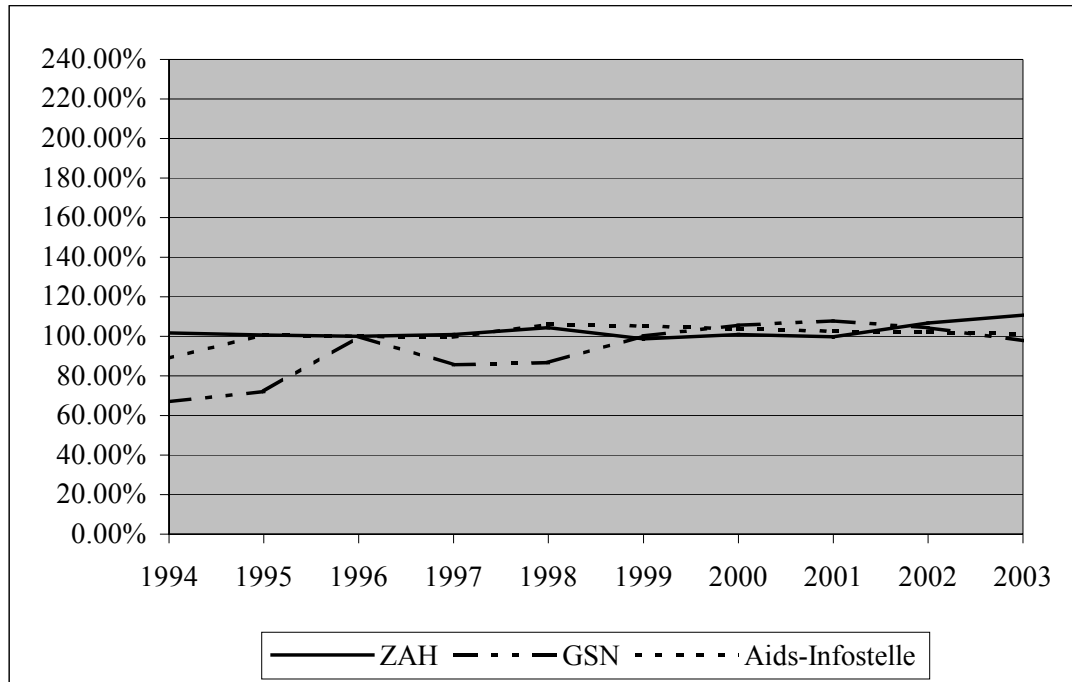
Quelle: Jahresberichte der AHA, AHGR, AHSGA 1994-2003.

b) *stabile Beiträge der öffentlichen Hand: Neuenburg und Zürich*

In den Kantonen Neuenburg und Zürich bewegen sich die Beiträge der öffentlichen Hand an die Aids-Hilfen unter Berücksichtigung der Teuerung auf stabilem Niveau (vgl. Abbildung 18). Während bei der ZAH im letzten Jahr eine leichte Zunahme zu beobachten ist, kündigt sich jedoch im Kanton Neuenburg eine Abnahme an, die laut unseren GesprächspartnerInnen im Jahre 2004 noch zunehmen wird, da die Defizitgarantie des Kantons um 10% reduziert werden soll. Auch die Aids-Infostelle wird ab 2004 eine 6%-ige Abnahme der öffentlichen Subventionen hinnehmen müssen.

Abbildung 18: Entwicklung der staatlichen Beiträge an die Aids-Hilfen in den Kantonen Genf, Neuenburg und Zürich (teuerungsbereinigt)

1996 = 100%.



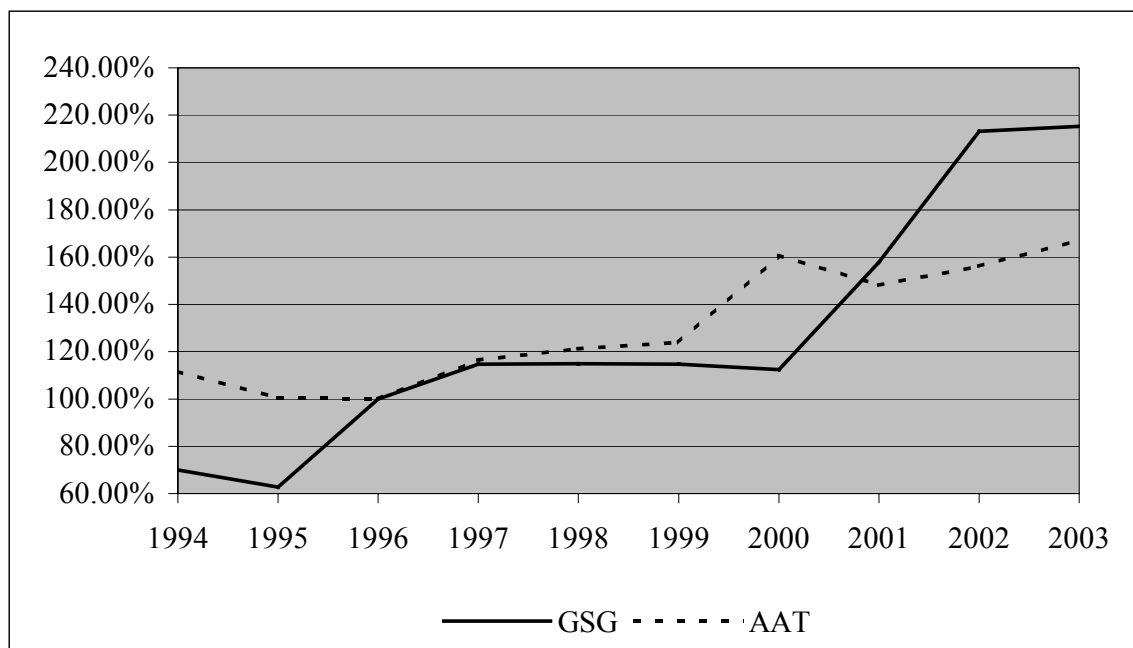
Quelle: Jahresberichte der ZAH, GSN, Aids-Infostelle 1994-2003.

c) zunehmende Beiträge der öffentlichen Hand: Genf und Tessin

Eine klare Zunahme der Beiträge der öffentlichen Hand an ihre Aids-Hilfen erfolgte in den Kantonen Genf und Tessin. Der enorme Anstieg bei der GSG ab dem Jahr 2000 kann durch die im Dezember 2001 eröffnete Anlaufstelle mit Injektionsraum für Drogenkonsumierende (Quai 9) erklärt werden. Von den zusätzlichen Subventionen für dieses Angebot habe aber unter dem Strich die gesamte Organisation profitiert, wurde uns gegenüber betont. Im Kanton Tessin haben die Beiträge der öffentlich Hand an die AAT auch erheblich zugenommen. Diese Steigerung kann vor allem mit der Erhöhung kantonaler Beiträge an verschiedene Projekte erklärt werden. Der der AAT ausgerichtete Sockelbeitrag von rund 250'000 Franken pro Jahr ist im Gegensatz zu den vom Kanton gewährten Projektbeiträgen seit 1994 relativ konstant geblieben.

Abbildung 19: Entwicklung der staatlichen Beiträge an die Aids-Hilfen in den Kantonen Genf und Tessin (teuerungsbereinigt)

1996 = 100%.



Quelle: Jahresberichte der AAT, GSG 1994-2003.

d) Entwicklung der Gesamteinnahmen der kantonalen Aids-Hilfen

Betrachtet man die Entwicklung der Gesamteinnahmen der verschiedenen Aids-Hilfen (neben Subventionen der öffentlichen Hand auch Spendengelder, Einnahmen aus Verkauf von Dienstleistungen und Lehrmitteln, etc.) so zeigt sich, dass nur die AHGR die Einnahmen aus Spendengeldern, dem Verkauf von Dienstleistungen usw. steigern und damit die Abnahme der staatlichen Mittel auffangen konnte. Bei den Aids-Hilfen in den Kantonen Aargau und St. Gallen sowie bei der Aids-Infostelle des Kantons Zürich hingegen haben diese Einnahmen abgenommen, bei den Aids-Hilfen der Kantone Genf, Neuenburg und Zürich waren sie stabil (vgl. Tabelle 20).

Wie Tabelle 20 verdeutlicht, steht die Entwicklung der öffentlichen Ausgaben für die Aidsprävention im Kontrast zu den zunehmenden staatlichen Gesamtausgaben für die Gesundheit. D.h., im Gegensatz zur Entwicklung der Gesamtausgaben für die Gesundheit haben die Ausgaben für die Aidsprävention nicht weiter zugenommen.

Tabelle 20: Ressourcenentwicklung bei den Aids-Hilfen im Zeitalter der Normalisierung (1996 bis 2003), geordnet nach der Entwicklung der staatlichen Subventionen

Fall	NGOs	Entwicklung der staatlichen Subventionen an Aids-Hilfen	Entwicklung der Gesamteinnahmen der Aids-Hilfen	Entwicklung der staatlichen Ausgaben im Gesundheitsbereich
GE	GSG	↑ zunehmend	↑ zunehmend	↑ zunehmend
TI	AAT	↑ zunehmend	↑ zunehmend	↑ zunehmend
CH	AHS	~ schwankend	↑ zunehmend	↑ zunehmend
ZH	ZAH	– stabil	– stabil	↑ zunehmend
NE	GSN	– stabil	– stabil	↑ leicht zunehmend
ZH	Aids-Infostelle	– stabil	↓ abnehmend	↑ zunehmend
GR	AHGR	↓ abnehmend	– stabil	↑ zunehmend
SG	AHSGA	↓ leicht abnehmend	↓ leicht abnehmend	↑ zunehmend
AG	AHA	↓ abnehmend	↓ abnehmend	↑ zunehmend

Quelle: Jahresberichte der NGOs 1996-2003, Eidg. Finanzverwaltung.

6.3.3 Gründe für die unterschiedlichen Entwicklungen

Für den Rückgang der Ressourcen bzw. deren Stabilisierung wurden in unseren Gesprächen sowohl auf nationaler, wie auf kantonaler Ebene meist zwei Gründe genannt:

- Der Erfolg der Aidsprävention und der klinischen Medizin, also die im Aidsbereich eingetretene Normalisierung, hätten dazu geführt, dass Aids nicht mehr als prioritäres Problem wahrgenommen werde. Angesichts abnehmender Infektionsraten seit Mitte der 90er Jahre sei es schwieriger geworden, die Mittel zu verteidigen oder Argumente für einen Ausbau der öffentlichen Mittel zu finden.
- Der zunehmende Spardruck mache auch vor der Aidsprävention nicht halt. Bei den Sparmassnahmen handle es sich oft um einen subtilen Prozess, bei dem gesundheitspolitische Gesichtspunkte und –argumente kaum berücksichtigt würden. Zudem könne man bei der Prävention vergleichsweise einfach sparen, weil eine konkrete, gesetzliche Grundlage oft fehle. Auch in den Kantonen, in denen es bis jetzt zu keiner Reduktion gekommen ist, ist der Spardruck präsent, eine Erhöhung der Beiträge scheint aussichtslos.

Grundsätzlich kann die Reduktion der öffentlichen Mittel bzw. deren Stabilisierung nicht damit erklärt werden, dass von den zuständigen staatlichen Behörden die Notwendigkeit der Aidsprävention hinterfragt oder gar verneint würde. Im Gegenteil, die zuständigen Stellen bemühen sich in der Regel sehr, die Mittel für die Aidsprävention zu verteidigen. Die Entscheide für die Reduktion der Beiträge in Aargau, Graubünden und die zukünftigen Sparmassnahmen in Neuenburg und Zürich wurden nicht von den für die Aidsprävention zuständigen Stellen beschlossen, sondern entweder von der Amts- oder gar Departementsleitung.

Im Folgenden versuchen wir darzulegen, weshalb in einigen Fällen ein Rückgang der Ressourcen zu beobachten ist und in anderen nicht.

a) *Umverteilung zugunsten anderer Präventionsbereiche in der Facheinheit Sucht und Aids*

Der Ressourcenrückgang auf Bundesebene unterscheidet sich von demjenigen auf Kantonsebene. Während es sich in Aargau und Graubünden bei den Reduktionen der kantonalen Beiträge an die jeweilige Aids-Hilfe um lineare oder punktuelle Sparbemühungen handelte, fand beim BAG zusätzlich eine *Umverteilung* zugunsten anderer Präventionsbereiche statt. Im BAG stellt sich damit die zentrale Frage, nach welchen Kriterien entschieden werden soll, wie die knappen Mittel auf die verschiedenen Präventionsbereiche verteilt werden sollen resp. in welchem Bereich wie viel gespart werden soll. Nach Ausführungen unserer GesprächspartnerInnen aus dem BAG werden dabei möglichst objektive Public Health-Kriterien berücksichtigt, d.h. es werden beispielsweise die durch die verschiedenen Suchtmittel bzw. durch Aids verursachten Todesfälle, die direkten, indirekten und sozialen Kosten von Aids, Tabak und Alkohol in der Entscheidungsfindung berücksichtigt. Neben diesen Kriterien werden auch politische Überlegungen einbezogen, insbesondere wenn keine oder ungenaue Daten zu den Public Health-Kriterien vorliegen. Ein BAG-Vertreter führt dazu aus:

„Leider ist es aber so, dass wir in vielen Gebieten und gerade auch bei diesen, welche die schwächsten Lobby-Gruppen haben (z.B. Migranten), wenig Zahlen haben. [...] Also kommen wir auch nicht darum herum, politische Aspekte mit zu berücksichtigen. Und ich glaube, es ist irgendwo auch die Pflicht – das ist nun meine persönliche Meinung – von einem Amt, die Schwächeren insbesondere auch zu berücksichtigen. Das lässt sich auf die Aufgaben des Staates zurückführen. Aufgabe des Staates ist es, natürlich für alle Bürger zu sorgen, aber insbesondere auch für die Schwächsten.“

Da die Verteilung des Präventionskredits auf die einzelnen Bereiche zwischen den Sektions- bzw. Fachstellen-LeiterInnen der Facheinheit Sucht und Aids ausgehandelt wird, spielt auch das jeweilige Verhandlungsgeschick sowie der persönliche Einsatz eine Rolle. Ein BAG-Vertreter äussert sich zu diesem Aspekt wie folgt:

„[...] wenn man innerhalb der Gruppe diskutiert, ist es wichtig, wie gut man seine Gründe darlegen kann und argumentieren kann. Wenn man vor zwei Jahren gesehen hätte, dass die Zahlen [HIV-Ansteckungen] weiter hinuntergehen trotz den Budgetkürzungen, wäre es schwierig gewesen, einen guten Grund zu finden, warum man nicht kürzen sollte bzw. sogar herauffahren sollte. Jetzt mit der neuen Situation hat man natürlich einen guten Grund“.

Falls zwischen den Sektions- bzw. Fachstellen-LeiterInnen über die Mittelverteilung keine Einigung zustande kommt, entscheidet der Facheinheits-Leiter. Es kommt auch vor, dass Präventionsprogramme inklusive Budget vom Bundesrat genehmigt werden. In diesem Fall besteht kein Spielraum für Verhandlungen mehr. Folglich lässt sich die Reduktion des Aidspräventionskredits des BAG durch fachliche Prioritätensetzung, strukturelle Bedingungen (fehlende gesetzliche Grundlage, Konkurrenz zwischen den Präventionsbereichen innerhalb der Facheinheit Sucht und Aids) und Eigeninteressen der SektionsleiterInnen erklären.

b) Spardruck in den Kantonen

In den Kantonen Aargau und Graubünden, in denen die kantonalen Beiträge an die Aids-Hilfen gekürzt wurden, handelt es sich um Sparbemühungen und nicht um Umverteilungen zugunsten anderer Präventionsbereiche. In den Kantonen Genf, St. Gallen, Zürich und Neuenburg ist es bis Ende 2003 trotz Spardruck und Sparpaketen noch zu keinen Subventionskürzungen gekommen. Unsere GesprächspartnerInnen führen diese Entwicklung auf die guten Beziehungen zwischen staatlichen Behörden und NGOs sowie auf die unermüdlige Überzeugungsarbeit durch Fachleute zurück.

Im Kanton Zürich hat sich offenbar eine gewisse Verteidigungsstrategie gut bewährt. Das heisst, man versucht, das Bestehende zu bewahren und ja keine politischen Prozesse und Diskussionen in Gang zu bringen. Die Verteidigungsstrategie der zuständigen politischen Behörden wird in Zürich auch mit dem massiven Erstarken der SVP in Verbindung gebracht:

„Seither erlebe ich in der Verwaltung stark den Reflex, wenn es irgendwo geht, am Bestehenden nichts verändern zu müssen, das dann durch irgendwelche Kantonsräte und Gemeinderäte oder sonstige politische Prozesse geht, wo es angreifbar wird. Wenn man es irgendwie schafft, das Bestehende so zu halten, wie es ist, und wir müssen uns nicht irgendwelchen Konflikten aussetzen mit der politischen Seite, dann wird es im Moment eher so gemacht. Das sichert zwar viele Sachen, blockiert aber auch Weiterentwicklungsprozesse.“

Im Kanton St. Gallen konnten Sparbemühungen im Aidsbereich nur durch Zufall abgewendet werden. Im Rahmen des Sparpakets für das Jahr 2004 wurde das Budget des ZEPRA, und damit die Mittel für alle anderen Präventionsbereiche, um die Hälfte reduziert. Über die öffentlichen Mittel für die Aidsprävention sei hingegen am runden Tisch, an dem das Sparpaket von Regierungs- und KantonsratsvertreterInnen ausgehandelt worden sei, gar nie diskutiert worden. Die starke Gemeindelobby habe durchgesetzt, die Beiträge an private Leistungserbringer nicht zu kürzen, da diese Kürzungen zu Lasten der Gemeinden ausgefallen wäre - was allerdings bei der Aids-Hilfe nicht der Fall ist. Insofern hatte die Aids-Hilfe grosses Glück, im Pool von Leistungsvereinbarungen mit Aussenstehenden und nicht wie das ZEPRA direkt dem Amt für Gesundheitsvorsorge angegliedert zu sein.

6.3.4 Auswirkungen auf das Präventions-Netzwerk und dessen Angebot

Bis jetzt hat die Abnahme der öffentlichen Mittel für die Aidsprävention noch nicht zu einer Reduktion des Angebots in den untersuchten Bereichen geführt. Die Mittelkürzungen im Bereich der STOP AIDS-Kampagne (vgl. Abbildung 15) blieben jedoch laut Evaluation der Aids-Präventionsstrategie 1996-1998 nicht ohne Folgen. Infolge der Budgetkürzungen habe die Kampagne weniger Unterstützung als in früheren Jahren erhalten.

Zudem hat die Studie ergeben, dass die knappen Ressourcen in der Aidsprävention dazu führen, dass nicht angemessen auf neue Herausforderungen reagiert werden kann und die Entwicklung neuer Präventionsmassnahmen vielfach erschwert wenn nicht gar verunmöglich wird. So hat sich insbesondere im Migrationsbereich gezeigt, dass auf die hohe Prävalenz einzelner Migrationsgruppen wohl auch aufgrund fehlender Ressourcen nicht angemessen reagiert werden konnte. Insofern stellen die knappen Ressourcen in der Aidsprävention eine Gefahr dar für das Innovationspotenzial und die Reaktionsfähigkeit der in diesem Bereich aktiven NGOs.

6.4 Organisatorische und strukturelle Veränderungen in der Aidsprävention

In diesem Kapitel soll der Frage nachgegangen werden, ob in der Aidsprävention der letzten Jahre organisatorische bzw. strukturelle Veränderungen stattgefunden haben und ob dies allenfalls Auswirkungen auf das Angebot in den untersuchten Bereichen gehabt hat. Als Veränderungen organisatorischer Art gelten dabei zum Beispiel Änderungen von Arbeitsabläufen, insbesondere der Abschluss von Leistungsverträgen zwischen staatlichen Behörden und in der Aidsprävention tätigen NGOs. Eine organisatorische Veränderung liegt auch dann vor, wenn die Zuständigkeit für das Aidsdossier verwaltungsmässig einem Wechsel unterliegt. Von strukturellen Veränderungen sprechen wir dann, wenn in einem Aidspräventions-Netzwerk neue Akteure hinzugekommen sind bzw. wenn Akteure in der Untersuchungsperiode aus dem Netzwerk ausgeschieden sind. Auch Reorganisationen innerhalb von Verwaltungseinheiten, die mit dem Aidsdossier betraut sind, gelten als strukturelle Veränderungen.

Mit Ausnahme vielleicht der nationalen Ebene (Beendigung des PMG und Erarbeitung der Gesamtstrategie Migration und Gesundheit, Schaffung eines nationalen Kompetenzzentrums für Bildung und sexuelle Gesundheit, Auflösung der AID) können die untersuchten Aidspräventions-Netzwerke als sehr stabil bezeichnet werden. Zwar wurden in einzelnen Fällen Arbeitsabläufe verändert, zwar haben sich teilweise neue Akteure etabliert und bestehende sind von der Präventionsbildfläche verschwunden. Dennoch können die Aidspräventions-Netzwerke generell als sehr änderungsresistent eingeschätzt werden.

6.4.1 Einführung von Leistungsaufträgen

In den meisten der von uns untersuchten Kantone wurden die in der Aidsprävention tätigen Akteure mit der Einführung von Leistungsaufträgen konfrontiert. Leistungsaufträge, oft auch Leistungsvereinbarungen genannt, sind ein typisches Element des New Public Management. Sie treten in zwei unterschiedlichen Grundformen auf. Einerseits als Führungsinstrument innerhalb einer Verwaltung, andererseits als Auftrag an Dritte zur Erfüllung öffentlicher Aufgaben. Ein wichtiges Ziel von Leistungsaufträgen besteht darin, die Effizienz und Effektivität bei der beauftragten Organisation zu steigern. Deshalb sind bei Leistungsvereinbarungen Ziele und die Indikatoren der Zielerreichung von zentraler Bedeutung (Mastronardi 1998). Ein weiterer Zweck von Leistungsaufträgen besteht darin, Transparenz zu schaffen. Das heisst, gegenüber den Geldgebern soll aufgezeigt werden, welche Leistungen mit den Mitteln erbracht werden und was diese kosten. Gleichzeitig hilft der Leistungsauftrag der Politik zu verstehen, was die subventionierte Organisation eigentlich tut.¹⁶

Wie die Beispiele von Genf und Graubünden vor Augen führen, ist die Einführung dieses neuen Instrumentes mitunter durch einen langwierigen Prozess gekennzeichnet und stösst bei den einzelnen betroffenen NGOs nicht immer auf Gegenliebe. Oftmals wird das neue Instrument durchaus als nützlich angesehen, kritisiert wird aber auch der unverhältnismässig hohe Zeitaufwand, der damit verbunden ist. In den Kantonen Genf und Graubünden kann die Einführung von Leistungsverträgen mit einem Wechsel an der Spitze der jeweiligen Gesundheitsdepartemente in Verbindung gebracht werden. Die neuen Regierungsräte versuchen, die Arbeitsabläufe in ihren Departementen vermehrt nach den Prinzipien des

¹⁶ als weitere Quelle diente ein Interview mit Kuno Schedler (Professor am Institut für öffentliche Dienste und Tourismus, Universität St. Gallen) in SANW-Info 3/98: *Leistungsvertrag – Chancen und Gefahren*.

New Public Management auszurichten. Das heisst, Entscheidungen sollen vermehrt auf der Grundlage von *Facts and Figures* getroffen werden. Dabei spielen in unserem Zusammenhang auch epidemiologische Daten eine wichtige Rolle.

Leistungsaufträge zwischen kantonalen Behörden und Aidsorganisationen weisen durchaus auch positive Aspekte auf. Denn durch dieses Instrument wird die Arbeit der NGOs offiziell anerkannt und unterstützt. Da sich zudem die Leistungsvereinbarungen meist über einen Zeitraum von drei bis vier Jahren erstrecken, gewährleisten sie eine gewisse Kontinuität der Aidsarbeit.

6.4.2 Verwaltungsinterne Zuständigkeit

Mitunter kann es für in der Aidsprävention tätige NGOs von grosser Wichtigkeit sein, welche Verwaltungseinheit für die Betreuung des Aidsdossiers zuständig ist. In Graubünden zum Beispiel hat der personelle Wechsel an der Spitze des Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartementes u.a. dazu geführt, dass die Aids-Hilfe Graubünden ihren direkten Zugang zum ehemaligen Departementsvorsteher wieder verloren hat. Neu wurde die AHGR administrativ dem Gesundheitsamt zugeteilt. Mit dieser Entscheidung ist der AHGR ein grosser Stein vom Herzen gefallen, da offenbar seitens des Vorstehers des kantonalen Sozialamtes Bestrebungen in Gang waren, die Aids-Hilfe mit der Familienplanungsstelle adebar zu fusionieren. Dass Fusionierungsvorhaben, Sparmassnahmen etc. erschwert wenn nicht sogar verunmöglicht werden, wenn von solchen Überlegungen betroffene private Akteure unterschiedlichen Ämtern unterstellt sind, liegt auf der Hand.

Diese Schlussfolgerung kann mit dem Beispiel der Aids-Infostelle Winterthur bestätigt werden. Während zehn Jahren war das dem Winterthurer Sicherheits- und Umweltdepartement angegliederte Gesundheitsamt für die Belange der Aids-Infostelle zuständig. 2003 erfolgte ein Wechsel und die Zuständigkeit für die Aidsprävention wurde dem Sozial- und Sicherheitsdepartement übertragen, das auch die Verantwortung für die Suchtprävention trägt. Prompt wurden im Rahmen des städtischen Sparpakets die Themen Sucht- und Aidsprävention zu einem Budgetposten zusammengefasst und für den ganzen Präventionsbereich entsprechende Sparmassnahmen beschlossen. Nur mit viel Lobbyarbeit und einer guten Portion Glück – das Winterthurer Stadtparlament entschied sich mit 29:27 Stimmen nur knapp für einen Gegenantrag der EVP - ist es der Aids-Infostelle schliesslich gelungen, die im Sparpaket vorgesehene Halbierung der städtischen Subventionen zu verhindern. Es ist anzunehmen, dass es für die städtischen Behörden weitaus schwieriger gewesen wäre, ein den gesamten Präventionsbereich umfassendes Sparpaket zu schnüren, wenn weiterhin das Gesundheitsamt als Ansprechperson für die Aids-Infostelle fungiert hätte.

Die beiden Beispiele aus den Kantonen Graubünden und Zürich verdeutlichen, dass es aus der Sicht einer NGO also durchaus von Bedeutung sein kann, welche Verwaltungseinheit für die Aidsprävention zuständig ist. Die Bedeutung dieser Frage kommt vor allem dann zum Tragen, wenn die öffentliche Verwaltung einem Spardruck unterliegt.

6.4.3 Netzwerk-Erweiterung

In den von uns untersuchten Aidspräventions-Netzwerken sind in den letzten Jahren kaum neue Akteure hinzugekommen. Wo dies passierte (CH, GE, SG), löste das Auftauchen neuer Akteure bei einzelnen etablierten Netzwerkakteuren eine gewisse Unruhe, wenn nicht sogar Konflikte aus. Auf der nationalen Ebene beispielsweise hat die Entscheidung

des BAG, die Durchführung eines Präventionsprojektes für Subsahara-MigrantInnen dem Schweiz. Tropeninstitut und dem Schweiz. Roten Kreuz zu übertragen, zu einem Konflikt zwischen der AHS und dem BAG geführt. Der von der AHS eingereichte Rekurs hatte zur Folge, dass mit der Umsetzung des Migrationsprojektes erst nach einer einjährigen Verzögerung begonnen werden konnte. Im Kanton Genf hat das Auftauchen eines neuen Akteurs, ASFAG, in der Präventions-Community ein gewisses Unbehagen ausgelöst, beansprucht doch der neue Akteur Anteile an einem Kuchen, der 2004 zunehmend unter Druck geraten ist. Unterdessen ist klar geworden, dass die in Genf vorgenommene Neuverteilung des Aidskredites in erster Linie zulasten der *Groupe Sida Genève* und der Betroffenenorganisation *PVA-Genève* gehen wird. Die Hauptprofiteure sind ASFAG und Dialogai (mit ihrem Grossprojekt *projet santé gaie*). Im Kanton St. Gallen ist die Angliederung des Prostitutionsprojektes Maria Magdalena an das kantonale Amt für Gesundheitsvorsorge bei der St. Galler Aids-Hilfe auf Unverständnis gestossen, da die AHSGA bereits seit einiger Zeit ein eigenes Projekt für die Zielgruppe Prostituierte unterhält (APiS).

Diese drei Fälle führen vor Augen, dass die Erweiterung eines etablierten Netzwerkes mitunter eine gewisse Unruhe, wenn nicht sogar Konflikte auslösen kann. Diese Konflikte hatten jedoch in Genf und St. Gallen keine Auswirkungen auf das bestehende Präventionsangebot. Auf der nationalen Ebene hingegen wurde die Implementation eines Projektes für eine in den letzten Jahren von der HIV-Infektion immer stärker betroffenen Zielgruppe um ein Jahr verzögert.

6.4.4 Netzwerk-Verkleinerung

Die relative Stabilität und Kontinuität der untersuchten Aidspräventions-Netzwerke kommt auch dadurch zum Ausdruck, dass in unserer Untersuchungsperiode nur in drei Fällen Akteure von der Bildfläche verschwunden sind. Auf der nationalen Ebene wurde per Ende 2003 die Aids Info Docu aufgelöst. Die Nicht-Verlängerung des Vertrages mit der AID wird jedoch keine unmittelbaren Auswirkungen auf die Aidsprävention haben.

Im Kanton Zürich sind zwei Akteure verschwunden, die nicht eigentlich zum kantonalen Aidspräventions-Netzwerk zu zählen sind und die denn auch als „Hobbygrüppchen“ abqualifiziert wurden. Gemeint sind die HIV- und Aids-Beratungsstelle Zürcher Oberland (HABZO) sowie der in Winterthur beheimatete Verein Prima Donna. Auch das Verschwinden dieser beiden Kleinstorganisationen dürfte kaum spürbare Auswirkungen auf das bestehende kantonalzürcherische Aidspräventionsangebot haben.

Im Kanton Tessin wurde im Jahre 2001 die *Commissione di Formazione HIV/Aids della Svizzera Italiana* (CFSI) aufgelöst. Da die CFSI in erster Linie mit Koordinations- und Weiterbildungsaktivitäten betraut war, werden aidspräventive Massnahmen im Tessin durch die Kommissionsauflösung nicht direkt betroffen.

In den beiden Kantonen Aargau und Graubünden überlegten sich VertreterInnen der kantonalen Gesundheitsbehörden, ihre Aids-Hilfen mit Organisationen zu fusionieren, die in der Familienplanung, Schwangerschafts- und Sexualberatung tätig sind. Die Initianten dieser Überlegungen verfolgten damit offenbar das Ziel, einen Beitrag an die Sparbemühungen der öffentlichen Hand zu leisten. Doch die Aids-Hilfen in Aargau und Graubünden konnten glaubhaft darlegen, dass es sich bei der Familien- und Schwangerschaftsberatung sowie der Aidsprävention um zwei völlig verschiedene Themenbereiche handle. Zudem wiesen die Aids-Hilfen darauf hin, dass Synergien zwischen den beiden Bereichen – wo

vorhanden – bereits genutzt würden. Die Überzeugungsarbeit der Präventionsfachleute hatte also zur Folge, dass die kantonalen Gesundheitsbehörden von ihren Überlegungen unterdessen wieder Abstand genommen haben.

Die oben stehenden Ausführungen und Tabelle 21 verdeutlichen zwar, dass es in der Aidsprävention auf nationaler Ebene und in den untersuchten Kantonen durchaus einige organisatorische und strukturelle Veränderungen gegeben hat. Teilweise wurden Arbeitsabläufe angepasst, in einzelnen Fällen tauchten neue Akteure auf, andere haben ihre Tore wieder schliessen müssen. Dennoch weisen die untersuchten Aidspräventions-Netzwerke generell eine relativ hohe Stabilität und Kontinuität auf.

Tabelle 21: Übersicht über organisatorische und strukturelle Veränderungen in der Aidsprävention

Fall	organisatorische Veränderungen	strukturelle Veränderungen
CH	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Migration</i>: Beendigung PMG, Gesamtstrategie Migration und Gesundheit • <i>Schule</i>: thematische Einbettung in Bildung + Gesundheit – Netzwerk Schweiz • <i>STOP AIDS</i>: neue Rolle des Kreativteams 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Migration</i>: Schaffung Dienst Migration • <i>Schule</i>: Aufbau eines nationalen Kompetenzzentrums für Bildung und sexuelle Gesundheit
AG	<ul style="list-style-type: none"> • Einführung von Leistungsverträgen 	<i>keine</i>
GE	<ul style="list-style-type: none"> • DASS: Einführung von Leistungsverträgen • MSW-Trägerschaft wechselt von Dialogai zu Aspasie 	<ul style="list-style-type: none"> • DGS-Reorganisation • GSG: Auslagerung des Schadenminderungsbereichs • neuer Akteur: ASFAG
GR	<ul style="list-style-type: none"> • in Planung: neu überarbeiteter Leistungsauftrag mit klar definierten Leistungen • direkter Zugang zum Departementsvorsteher fällt weg 	<ul style="list-style-type: none"> • Reorganisation des Erziehungsdepartementes
NE	<i>keine</i>	<i>keine</i>
SG	<ul style="list-style-type: none"> • gemeinsamer Auftritt und Zusammenarbeit der AHSGA mit FAMPLA • Einführung von Leistungsverträgen 	<ul style="list-style-type: none"> • neuer Akteur: Maria Magdalena • Auflösung bzw. Eingliederung des Amtes für Gesundheitsvorsorge ins Kantonsarztamt
TI	<ul style="list-style-type: none"> • Fusion der Prostitutionsprojekte APiS und <i>Venere</i> zum Projekt PRIMIS • Zuständigkeit für Aidsdossier wechselt von der Sezione sanitaria zum Kantonsärztlichen Dienst; Koordinationsstelle (20%) wird gestrichen 	<ul style="list-style-type: none"> • Auflösung der CFSI
ZH	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungsverträge mit verschiedenen Organisationen • Administrative Zuteilung der Aids-Infostelle ans Departement Soziales und Sicherheit • Isla Victoria/Herrmann: neuer Standort der Anlauf- und Beratungsstellen 	<ul style="list-style-type: none"> • neue Fachstelle für Sexualpädagogik ‚Lust und Frust‘ • Auflösung HABZO/Verein Prima Donna:

Die Auswirkungen von Veränderungen organisatorischer und struktureller Art auf das bestehende Präventionsangebot sind von Fall zu Fall verschieden. Im Kanton St. Gallen ist zwar die Angliederung von Maria Magdalena an das Amt für Gesundheitsvorsorge bei der St. Galler Aids-Hilfe auf Unverständnis gestossen; aber negative Auswirkungen auf das bestehende Präventionsangebot waren damit nicht verbunden. Im Kanton Genf hatte das Auftauchen eines neuen Akteurs – ASFAG – Auswirkungen auf die Verteilung kantonaler Gelder. Die Betroffenenorganisation PVA-Genève und die GSG werden ab 2004 weniger Geld erhalten. Welche Auswirkungen dies auf das bestehende Angebot haben wird, kann noch nicht eingeschätzt werden. Etwas anders sieht die Situation auf der nationalen Ebene

aus, wo mit dem Schweiz. Tropeninstitut und dem Schweiz. Roten Kreuz zwei neue Akteure die Bühne der Aidsprävention betreten haben. Der Rekurs der AHS gegen eine Projektvergabe an diese beiden Organisationen hatte zur Folge, dass der Startschuss für das Subsahara-Projekt um ein Jahr verzögert wurde. In diesem einen Fall hatten also strukturelle Veränderungen durchaus negative Auswirkungen auf das Angebot.

Die drei Beispiele verdeutlichen, dass die zweite zentrale Fragestellung unserer Studie – Gefährden institutionelle und organisatorische Umstrukturierungen Massnahmen und Projekte der HIV/Aids-Prävention? – nicht einfach generell mit Ja oder Nein beantwortet werden kann. In einem Fall führten Veränderungen zu einer Gefährdung des bestehenden Angebotes, in den anderen Fällen aber nicht.

6.4.5 Nur wenige Umstrukturierungen: weshalb?

Die Resistenz der untersuchten Aidspräventions-Netzwerke gegenüber Umstrukturierungen kann vor allem mit den Eigeninteressen der involvierten Akteure erklärt werden. Die Gesundheitsbehörden haben vor allem aus zwei Gründen ein Interesse daran, weiterhin in aidspräventive Massnahmen zu investieren. Erstens breitet sich die Aidsepidemie – wenn auch auf einem tieferen Niveau als zu Beginn der 90er Jahre – weiterhin aus. In den beiden letzten Jahren musste sogar ein erneuter Anstieg neuer HIV-Infektionen registriert werden. Das Aidsproblem ist also nach wie vor nicht gelöst. Zweitens kommt es den Staat billiger, neue HIV-Infektionen zu verhindern als solche mit kostspieligen Medikamenten zu behandeln. Bei den in der Aidsprävention tätigen NGOs stehen deren Eigeninteressen klar im Vordergrund. Hinter jeder Organisation steht eine private Trägerschaft mit einer eigenen Geschichte, einer eigenen Identität, mit eigenen Interessen. Häufig ist bei den NGOs auch viel ehrenamtliche Arbeit mit im Spiel. Diese Faktoren erschweren einen Bereinigungs- oder Strukturprozess zusätzlich.

Ein weiterer Grund, weshalb sich die schweiz. Aidsprävention als relativ resistent gegenüber organisatorischen bzw. strukturellen Veränderungen erweist, liegt darin, dass das der Aidsprävention zu Grunde liegende *belief system* nach wie vor als tragendes Leitmotiv in der Aidsarbeit akzeptiert wird. Der Ausdruck *belief system* stammt aus einem politikwissenschaftlichen Theoriemodell namens *Advocacy Coalition Framework* (ACF). Der ACF konzipiert den Policy-Prozess als einen Wettbewerb zwischen verschiedenen Akteurkoalitionen, die unterschiedliche Vorstellungen darüber haben, wie ein Problem von öffentlichem Interesse angegangen werden soll. Jede Akteurkoalition versucht, eine hegemoniale Stellung zu erreichen, um ihre Vorstellungen in konkrete Policies umzusetzen, daher die Bezeichnung *Advocacy Coalitions*. Die Akteurkoalitionen setzen sich aus unterschiedlichsten Akteuren zusammen: VertreterInnen von Interessengruppen, PolitikerInnen, BeamtenInnen, ForscherInnen, JournalistInnen etc. Was all diese Akteure vereint, sind bestimmte Vorstellungen über die adäquate Vorgehensweise zur Lösung eines bestimmten, öffentlich relevanten Problems – *policy belief system*. Das *belief system* der in der Schweiz im Bereich der Aidsprävention dominierenden Advocacy-Koalitionen wird geprägt durch bestimmte Wertvorstellungen über die Stellung und die Rechte von Minderheiten, sowie durch den von New Public Health beeinflussten Glauben an gewisse Kausalzusammenhänge und Lösungsansätze im Bereich ansteckender Krankheiten (Kübler 2001, Kübler et al. 2002).

Die Tatsache, dass das von den dominierenden Aidspräventions-Koalitionen in den Kantonen und auf Bundesebene vertretene *belief system* völlig unbestritten ist, trägt dazu bei,

dass Veränderungsprozesse in der Schweizer Aidsprävention rar sind. Die Dominanz des von allen beteiligten Akteuren geteilten *belief systems* entpuppt sich demnach als ein strukturelhaltendes Element.

Die Zusammenarbeit zwischen den in der HIV/Aids-Prävention tätigen Organisationen mit den Gesundheitsbehörden (und insbesondere mit dem BAG) weist beinahe einen symbiotischen Charakter aus, da die beiden Seiten in hohem Masse voneinander abhängig sind. Seit dem Beginn der staatlichen Massnahmen im Aidsbereich stützen sich sowohl das BAG als auch die meisten kantonalen Gesundheitsbehörden bei der Umsetzung auf die Strukturen und das Fachwissen von NGOs, die sich auf die Thematik HIV und Aids spezialisiert haben. Die Aufträge der öffentlichen Hand stärkten die Stellung dieser Organisationen beträchtlich, was durchaus im gegenseitigen Interesse lag. Bemühungen seitens des BAG, das Abhängigkeitsverhältnis mit der AHS mittels der Strategie der neuen Partnerschaften abzubauen, sind kläglich gescheitert. Die Posten derjenigen im BAG, die diese Strategie vorangetrieben haben, sind unterdessen mit neuen Leuten besetzt. Nachdem die andere bundesweit tätige Organisation (Aids Info Docu) unterdessen aufgelöst –, und nachdem die Transferstrategie über Bord geworfen worden ist, bleibt nur noch die AHS als ernst zu nehmende Partnerorganisation des BAG übrig. Demzufolge hat sich das gegenseitige Abhängigkeitsverhältnis gegenüber früher sogar noch verstärkt, Umstrukturierungen werden in Zukunft eher noch schwieriger zu bewerkstelligen sein.

Im Hinblick auf den Kanton Zürich kann die relative Stabilität des dortigen Aidspräventions-Netzwerkes auch mit der gegenüber den anderen untersuchten Kantonen stark ausgeprägten Politikverflechtung zwischen Kanton und Städten erklärt werden. Denn anders als in anderen Kantonen fungiert in Zürich auch die städtische Ebene als wichtiger Geldgeber für NGOs, die in der Aidsprävention tätig sind. Für einzelne Organisationen stellen die städtischen Behörden in Zürich und Winterthur sogar die wichtigeren Geldgeber dar als die kantonalen Gesundheitsbehörden. Dieses Arrangement stellt für die mit der Umsetzung des nationalen HIV/Aids-Programms hauptverantwortlichen kantonalen Gesundheitsbehörden eine Erschwernis dar, ihre Steuerungsfunktion im Aidsbereich zu übernehmen. Die komplexe Zusammenarbeitsform in der zürcherischen Aidsprävention ist also sicher mit ein Grund dafür, weshalb organisatorische bzw. strukturelle Veränderungen im Zürcher Aidspräventions-Netzwerk rar sind.

6.5 Beziehungen zwischen Prävention und klinischem Bereich

Die Beziehungen zwischen dem präventiven und dem klinischen Bereich sind in allen von uns untersuchten Fällen frei von Konflikten. Das Ausmass der Zusammenarbeit zwischen dem Präventions- und dem klinischen Bereich ist jedoch von Kanton zu Kanton sehr unterschiedlich. In einzelnen Fällen kommt es vor, dass die für die HIV-Sprechstunde verantwortlichen Infektiologen im Vorstand der regionalen Aids-Hilfe einsitzen. In vier Kantonen (GE, GR, SG, TI) wird der gegenseitige Austausch als intensiv bezeichnet. In drei anderen Kantonen (AG, NE, ZH) wird die Situation eher durch ein Nebeneinander als ein Miteinander geprägt. Auch auf der Bundesebene findet zwischen den beiden Bereichen offenbar kaum ein regelmässiger Austausch statt, auch wenn die EKAF eigentlich beide Seiten abdecken würde. Dieser institutionell verankerte Austausch wird jedoch dadurch in Frage gestellt, dass der medizinische Bereich innerhalb der EKAF sich in zwei Fachkommissionen abgespalten hat, in eine Subkommission Klinik sowie in eine Subkommission Labor und Diagnostik.

Dass die Beziehungen zwischen dem präventiven und klinischen Bereich generell wenig Konflikte aufweisen, heisst nicht, dass in einzelnen Kantonen keine Meinungsverschiedenheiten existier(t)en. Im Kanton Zürich zum Beispiel gab es in der Anfangsphase von HAART Unstimmigkeiten darüber, wie offensiv die Zürcher Aids-Hilfe die neuen Behandlungsmöglichkeiten propagieren sollte. Auch in Bezug auf die Anwendung alternativmedizinischer Behandlungsmöglichkeiten bei HIV-positiven Menschen gibt es offenbar gewisse Differenzen. Im Kanton Neuenburg bestehen gewisse Meinungsverschiedenheiten in Bezug auf die angezeigte Begleitung und Unterstützung von HIV-positiven und aidskranken Menschen. Im Kanton Genf gibt es zwischen dem klinischen Bereich und dem Präventionsbereich unterschiedliche Auffassungen in Bezug auf die Frage, inwiefern präventive Massnahmen im Prostitutionsbereich aus epidemiologischer Sicht überhaupt noch gerechtfertigt seien. Mit Ausnahme dieser drei Fälle sind uns gegenüber jedoch keine Differenzen zwischen diesen beiden Bereichen genannt worden.

6.5.1 Verteilungskonflikte zwischen den beiden Bereichen

Verteilungskonflikte zwischen den beiden Bereichen existieren weder auf der nationalen-, noch auf der kantonalen Ebene. Dieser Umstand kann dadurch erklärt werden, dass Verteilungskonflikte zwischen den beiden Bereichen gar nicht möglich sind, da sie aus völlig unterschiedlichen Kassen finanziert werden. Die verschiedenen in der Aidsprävention tätigen NGOs werden grösstenteils aus Präventionskrediten subventioniert, die von den Gesundheitsbehörden verwaltet werden. Einzelne im Prostitutionsbereich tätige Akteure erhalten zudem Gelder aus dem Sozialbereich. Die vom klinischen Bereich erbrachten Leistungen werden hingegen in erster Linie vom Krankenversicherungsgesetz abgedeckt. Das Ausmass der in den Kantonsspitalern für die HIV-Sprechstunde und den damit verbundenen Counselling zur Verfügung stehenden Stellen wird von der jeweiligen Spitaldirektion vorgegeben. Auch diesbezüglich besteht keine Verbindung zu Geldern, die im Präventionsbereich eingesetzt werden. Vor diesem Hintergrund muss der Aussage eines Gesprächspartners beigelegt werden, der im Interview folgendes Statement zum Besten gab:

„Die beiden Sektoren haben gar nichts miteinander zu tun, sie hatten noch nie etwas miteinander zu tun und werden wahrscheinlich auch nie etwas miteinander zu tun haben.“

Eher wahrscheinlich sind auf der nationalen Ebene Verteilungskonflikte im Forschungsreich, wo die klinische Forschung sowie die sozialwissenschaftliche- und Public Health-Forschung vom gleichen, vom Schweiz. Nationalfonds verwalteten, Aidskredit gespiesen werden bzw. wurden. Ob es zwischen den verschiedenen Forschungsbereichen bereits zu Verteilungskämpfen um knappe Forschungsmittel gekommen ist, gehört jedoch nicht zu den Fragestellungen dieser Arbeit.

6.5.2 Bedroht HAART Massnahmen der Aidsprävention?

Unsere Untersuchung von sieben Kantonen und der nationalen Ebene hat klar aufgezeigt, dass der ab Mitte der 90er Jahre eingetretene Erfolg des klinischen Bereichs bei der Behandlung von HIV und Aids in der Schweiz bis jetzt keine Auswirkungen auf das Ausmass der für den Präventionsbereich zur Verfügung gestellten Mittel gehabt hat. In der sozialwissenschaftlichen Aidsforschung geäusserte Befürchtungen, wonach die Möglichkeit der medikamentösen Behandlung einhergehen wird mit einem Niedergang der Anstrengungen

im Präventionsbereich, sind also unbegründet. Die erste zentrale Fragestellung unserer Studie – Bedroht der zunehmende Erfolg der klinischen Medizin Massnahmen der HIV/Aids-Prävention? – kann somit mit einem klaren Nein beantwortet werden.

6.5.3 Der Stellenwert der medikamentösen Behandlung von HIV/Aids im klinischen Bereich

Es ist unbestritten, dass die Bedeutung des klinischen Bereichs in der Aidsarbeit seit der Möglichkeit der medikamentösen Behandlung zugenommen hat. Es ist aber falsch, daraus den Schluss zu ziehen, dass mit diesem Bedeutungswandel automatisch eine Aufstockung der für HAART bereitgestellten Ressourcen einhergegangen wäre. Im Gegenteil, mit Ausnahme der in den Kantonen Genf und Neuenburg befragten Leiter der jeweiligen HIV-Sprechstunde haben alle in diesem Bereich Tätigen über knappe Ressourcen geklagt. Im Kanton Aargau zum Beispiel konnte eine zusätzliche Assistenzstelle nur mittels einer Fremdfinanzierung realisiert werden, die von acht Firmen aus der Antibiotikabranche gedeckt wird. Die finanziellen Schwierigkeiten des HAART-Bereiches haben offenbar damit zu tun, dass Infektionskrankheiten und insbesondere HIV und Aids innerhalb der Spitalhierarchie über einen denkbar schlechten Status verfügen. Diese Einschätzung kommt in einem Zitat eines für eine HIV-Sprechstunde verantwortlichen Arztes deutlich zum Ausdruck, indem er uns gegenüber betonte:

„Ich habe den Eindruck, dass die Infektiologie überhaupt als Fach eine schlechte finanzielle Basis hat. Man muss sich schon einsetzen, um die Bedeutung des Fachs zu zeigen, wo und warum man etwas einsparen kann und wo man etwas Gutes tut oder dass man effizient arbeitet. Das Problem hat die Kardiologie oder die Onkologie nicht. Diese können ineffizient arbeiten und das Geld wird trotzdem bezahlt. Für Krebsforschung erhalten sie Geld, das ist unglaublich.“

Diese Aussage verdeutlicht, dass in den Spitälern zwischen den verschiedenen Bereichen und Abteilungen offenbar eine gewisse Konkurrenzsituation vorhanden ist.

6.6 Das Ende von New Public Health?

Wenn in diesem Kapitel die Frage beantwortet werden soll, ob sich die GesundheitspolitikerInnen im Zuge der Normalisierung wieder vom New Public Health-Ansatz entfernen, muss zunächst die Frage geklärt werden, durch welche Merkmale dieser neue Ansatz charakterisiert wird und welche Eigenschaften den New – vom Old Public Health-Ansatz unterscheiden.

Eine Antwort darauf liefert Rosenbrock (2002: 113), der den Unterschied zwischen New Public Health und Old Public Health folgendermassen festmacht. Beim Old Public Health-Ansatz gehe es um *control and containment*. Dabei sei folgende Leitfrage zentral: Wie ermitteln wir möglichst schnell möglichst viele Infektionsquellen, und wie legen wir diese still? Beim New Public Health-Ansatz hingegen sei *inclusion and cooperation* zentral. Dabei stehe folgende Frage im Vordergrund: Wie organisieren wir möglichst schnell, möglichst bevölkerungsweit und möglichst zeitstabil gesellschaftliche Lernprozesse, mit denen sich Individuen, soziale Gruppen, Institutionen und die gesamte Gesellschaft maximal präventiv und ohne Diskriminierung der Betroffenen auf ein Leben mit dem bis auf weiteres unausrottbaren Virus einstellen können?

In dieselbe Richtung zielt Geene (2000), demzufolge sich New Public Health im Gegensatz zum kurativmedizinischen Modell „um die Verhinderung von Krankheit durch Verhaltensbeeinflussung (Verhaltensprävention), aber auch und vor allem durch Verbesserung der Lebensverhältnisse (Verhältnisprävention)“ bemüht. New Public Health zielt ab „auf die Stärkung der eigenen Entscheidungs- und Handlungskompetenzen der Menschen durch Empowerment und Emanzipationsprozesse in kooperativ-koordinierender Zusammenarbeit aller Beteiligten.“ (Geene 2000: 94).

In den folgenden Ausführungen wird gezeigt, ob in der Schweiz auf der nationalen Ebene und in den untersuchten Kantonen Anzeichen dafür zu erkennen sind, dass die zur Bekämpfung von HIV/Aids ergriffenen Massnahmen wieder vermehrt *Old Public Health*-Merkmale aufweisen.

6.6.1 Der Stellenwert von New Public Health in der Aidsprävention

Ein Ende des New Public Health-Ansatzes im Kampf gegen HIV und Aids steht nach übereinstimmender Meinung der von uns befragten Aidsfachleute überhaupt nicht zur Debatte, weder auf der kantonalen -, noch auf der nationalen Ebene. Das mit den verschiedensten Präventionsmassnahmen Erreichte wird auch von der medizinischen Seite gewürdigt und in keinster Weise in Frage gestellt. Der klinische Bereich hat zwar seit Einführung der Kombinationstherapien seine Stellung innerhalb des Aidsbereiches stärken können, doch deswegen wird der New Public Health-Ansatz nicht in Frage gestellt.

Allen Beteiligten ist natürlich klar, dass es nach wie vor einfacher und günstiger ist, neue HIV-Infektionen zu verhindern als sie mit kostspieligen Medikamenten zu behandeln. Zürn et al. (2001) schätzen die direkten Kosten einer HIV-infizierten Person auf 21'000 Franken pro Jahr. Die Kosten für eine durch präventive Massnahmen verhinderte HIV-Infektion werden auf 73'600 Franken veranschlagt. Wenn man sich vor Augen führt, dass eine Kombinationstherapie ein Leben lang verschrieben werden muss, wird schnell einmal klar, dass Prävention die Gesellschaft billiger zu stehen kommt. Dies ist sicher mit ein Grund dafür, weshalb der New Public Health-Ansatz in der Aidspolitik nach wie vor zum Tragen kommt.

6.6.2 Die Aidsprävention der Zukunft: zunehmend Prävalenz-lastig?

Während unserer Untersuchung war im Kanton Genf eine Kontroverse in Gang, bei der es um die Frage ging, inwiefern der Prostitutionsbereich für die weitere Verbreitung des HI-Virus überhaupt eine Rolle spielt und ob deswegen aidspräventive Massnahmen für die Zielgruppe der weiblichen Prostituierten noch gerechtfertigt seien. Ausgelöst wurde diese Debatte vom Leiter der Genfer HIV-Sprechstunde, der sich bei seiner Einschätzung auf epidemiologische Daten stützt, die besagen, dass der Übertragungsweg durch den Kontakt mit Prostituierten nur eine sehr geringe Rolle spiele. Die in Genf kontrovers diskutierte Frage, inwiefern der Prostitutionsbereich für die weitere Verbreitung des HI-Virus von Bedeutung ist, könnte auf eine Problematik hinweisen, die in Zukunft angesichts knapper werdender Ressourcen für die Aidsprävention von zunehmender Bedeutung werden könnte. Dabei geht es um den zur Bekämpfung neuer Infektionen gewählten Ansatz und um die gesundheitspolitische Frage, welchen Stellenwert epidemiologische Daten in Zukunft für die Prioritätensetzung aidspräventiver Massnahmen haben werden. Sollen aidspräventive Massnahmen nur noch für solche Zielgruppen ergriffen werden, die erwiesenermassen eine hohe Prävalenz aufweisen? Oder sollen bei der Entscheidung darüber, welche präventiven

Massnahmen ergriffen und vom Staat subventioniert werden, weiterhin andere Aspekte berücksichtigt werden, wie solche der Diskriminierung, der Stigmatisierung, oder rechtliche Fragen etc.?

Um diese Fragen beantworten zu können, muss man einen Blick auf das in der Aidsprävention verwendete Konzept von Zielgruppen werfen. Gemäss dem aktuellen Nationalen HIV/Aids-Programm beruht die Kommunikation in der HIV/Aids-Prävention auf drei Interventionsebenen: bevölkerungsbezogene Information, zielgruppenspezifische Information und Motivation sowie individuelle Prävention und Beratung (vgl. BAG 2003b: 19ff.). Als potenzielle Zielgruppen gelten nicht nur Personen, die zu einer Gruppe mit hoher Prävalenz gehören, sondern auch solche, die sich riskant verhalten oder die durch ihre Lebensumstände besonders vulnerabel sind. Gemäss dieser Definition werden auch Sexworker als Zielgruppe bezeichnet, da sie angesichts häufig wechselnder Sexualpartner ein stärker ausgeprägtes Risikoverhalten an den Tag legen und zudem gekennzeichnet sind durch eine erhöhte Vulnerabilität. Zudem beruht das Präventionsangebot für Sexworker beiderlei Geschlechts auf zwei Ansätzen: der Verhaltensprävention und der Verhältnisprävention, die wichtige Grundsätze von New Public Health darstellen. Die Aidsarbeit im Prostitutionsmilieu weist somit nicht nur eine gesundheitspolitische-, sondern auch eine sozialpolitische Komponente auf. Dies kommt auch dadurch zum Ausdruck, dass entsprechende Massnahmen teilweise von Behörden aus dem Sozialbereich mitfinanziert werden.

Vor diesem Hintergrund ist nicht anzunehmen, dass die in Genf geführte Debatte sich in der Schweiz zu einem grundsätzlichen Konflikt über das bis anhin in der Aidsprävention gültige Konzept von Zielgruppen ausweiten wird. Erhöhtes Risikoverhalten, grössere Prävalenz und Vulnerabilität werden auch in Zukunft diejenigen Dimensionen sein, die bei der Identifizierung von aidsrelevanten Zielgruppen herangezogen werden. Die in Genf geführte Debatte über die Relevanz von prostitutionspezifischen Massnahmen könnte jedoch auf eine Problematik hindeuten, die sich angesichts stagnierender bzw. sinkender Ressourcen in Zukunft verschärfen könnte. Konkret bedeutet dies, dass bei der Entscheidung, für welche Zielgruppen spezifische Präventionsanstrengungen zu machen sind, die Prävalenz-Dimension in den Vordergrund gerückt werden könnte, zulasten der beiden Dimensionen Risikoverhalten und Vulnerabilität.

Unsere Studie hat gezeigt, dass dieses Entscheidungsmuster bis jetzt noch nie zur Anwendung gekommen ist, auch in Genf nicht. Dort wurde das aufgrund neuer epidemiologischer Daten entstandene Spannungsverhältnis inzwischen so gelöst, dass die Betroffenenorganisation ASFAG (*Association Solidarité Femmes Africaines de Genève*) sowie die Schwulenorganisation Dialogai ab 2004 mehr staatliche Subventionen erhalten werden. Diese Neuverteilung staatlicher Ressourcen erfolgt jedoch nicht auf dem Buckel der Prostituiertenorganisation Aspasia, sondern auf demjenigen der *Groupe Sida Genève* und der Betroffenenorganisation *PVA-Genève*. Letztere wird vom Staat einen Drittel weniger Subventionen erhalten.

Auch wenn die Aidsprävention der Zukunft zunehmend Prävalenz-lastig werden sollte, wird die öffentliche Hand angesichts knapper Ressourcen überhaupt in der Lage sein, rasch und angemessen auf neue, durch epidemiologische Daten belegte Herausforderungen in der Aidsprävention, zu reagieren? Unsere Untersuchung hat gezeigt, dass das Präventionsangebot generell im Migrationsbereich, also nicht nur spezifisch für Sub-Sahara-MigrantInnen, von Kanton zu Kanton stark variiert. In vielen Kantonen beschränkt sich das migrationspezifische Angebot auf Asylsuchende in Durchgangszentren. Nur in den

Kantone Genf und St. Gallen werden bzw. wurden bereits zusätzlich migrationsspezifische Projekte durchgeführt (*projet parcs* in Genf, *Integra* und *Integer* in St. Gallen). Die Zürcher Aids-Hilfe und die *Groupe Sida Genève* treten zudem als Partnerorganisationen des vom Schweiz. Roten Kreuz und dem Schweiz. Tropeninstitut durchgeführten Projekts AFRIMEDIA in Erscheinung. Weitergehende Präventionsbemühungen in den Kantonen scheitern aufgrund fehlender Ressourcen. Der Schluss liegt nahe, dass auf die hohe Prävalenz von MigrantInnen aus Ländern südlich der Sahara zur Zeit fast ausschliesslich mittels des (befristeten) Projektes AFRIMEDIA reagiert wird.

7 Schlussfazit

In diesem Kapitel werden die in den Kapiteln 2 und 3 dargelegten theoretischen Überlegungen noch einmal aufgenommen. Die aus der Untersuchung gewonnenen Erkenntnisse werden dabei aus verschiedenen theoretischen Blickwinkeln beleuchtet. Dabei handelt es sich um drei Dimensionen, die bei der Analyse von *Policy Making* von zentraler Bedeutung sind (Sabatier 1999): Ideen (vgl. die in Kapitel 6.4.5 gemachten Erläuterungen zum *belief system*), Interessen sowie Institutionen.

7.1 Fazit aus dem Blickwinkel von policy ideas

Einer der Gründe für den Erfolg der im Bereich der Aidsprävention dominierenden Ausnahme-Koalitionen war die anfängliche Machtlosigkeit der Schulmedizin in der Bekämpfung von HIV und Aids. Da in den Anfangszeiten der Epidemie keine Alternativen vorhanden waren, blieb den Gesundheitsbehörden gar nichts anderes übrig, als auf die Karte Prävention zu setzen. Angesichts der Erfolge, die in den letzten Jahren mit HAART erzielt wurden, gehen einige Autoren davon aus, dass im HIV/Aids-Bereich eine zunehmende Medikalisierung zu erwarten ist (Kippax/Race 2003), eine Entwicklung, die zu einem Wiederaufleben des Old Public Health-Modells führen könnte (Setbon 2000). Das würde bedeuten, dass das bis anhin in der Aidsprävention so wichtige Prinzip des *Empowerment* unter Druck geraten könnte und dass die Gesundheitsbehörden wieder vermehrt auf Zwangsmassnahmen zurückgreifen könnten (Harrington 2002).

Die im Rahmen unserer Studie gewonnenen Erkenntnisse zeigen deutlich, dass in der Schweiz in absehbarer Zukunft mit einer solchen Entwicklung nicht zu rechnen ist, weder auf nationaler, noch auf kantonaler Ebene. Es gibt keine Anzeichen dafür, dass der New Public Health-Ansatz in der Aidsprävention aufgrund der mit HAART erzielten Erfolge in Bedrängnis geraten ist. Nach wie vor stehen die Verhaltens- und die Verhältnisprävention im Zentrum der Massnahmen, ein *Backlash* zum Modell des Old Public Health ist nicht erkennbar. Das in der Aidsprävention Erreichte wird auch von der medizinischen Seite gewürdigt und in keinster Weise in Frage gestellt. Den EntscheidungsträgerInnen ist natürlich auch klar, dass es nach wie vor einfacher und günstiger ist, HIV-Infektionen zu verhindern als sie mit einer komplizierten und kostspieligen medikamentösen Therapie zu behandeln.

Allerdings könnte in Zukunft innerhalb des New Public Health-Paradigmas eine Debatte von zunehmender Bedeutung werden, bei der es um die Gewichtung der bei der Definition von Zielgruppen verwendeten Kriterien Prävalenz, Vulnerabilität und Risikoverhalten geht (vgl. Kapitel 6.6.2). Das heisst, in Zukunft werden die Gesundheitsbehörden vielleicht stärker darauf achten, in welchen Bevölkerungsgruppen die Ansteckungsraten am höchsten ist und ihre Subventionspolitik vermehrt danach ausrichten. Damit könnten die beiden anderen Dimensionen (Risikoverhalten sowie Vulnerabilität) in den Hintergrund gedrängt werden, was mit Bestimmtheit negative Folgen für das zielgruppenspezifische Angebot nach sich ziehen würde. Insbesondere prostitutionsspezifische Präventionsmassnahmen (für weibliche Prostituierte und deren Freier) könnten dabei unter Druck geraten.

Die in Genf geführte Debatte hat sich bis jetzt nicht zu einer landesweit geführten Diskussion ausgeweitet. Sollte dies passieren, könnte das bis anhin von allen in der Aidspräventi-

on relevanten Akteuren geteilte *belief system* ins Wanken geraten. Ein ideeller Konflikt wäre vorprogrammiert.

7.2 Fazit aus dem Blickwinkel von Akteurinteressen

Ein weiterer Faktor, der zum Erfolg der in Kapitel 2 beschriebenen Ausnahme-Koalitionen beigetragen hat, waren die Bestrebungen der öffentlichen Hand, angesichts fehlender Alternativen neue Strategien zur Eindämmung der Epidemie anzuwenden. In der Folge kamen die in der Aidsprävention tätigen Gruppierungen und Organisationen in den Genuss von finanziellen Zuwendungen der öffentlichen Hand, was deren Engagement zusätzlichen Auftrieb verlieh. In der gegenwärtigen Phase der Normalisierung gehen einige Autoren davon aus, dass die verminderte öffentliche Aufmerksamkeit dem Thema gegenüber einhergehen wird mit einem Rückgang der von der öffentlichen Hand zur Verfügung gestellten Gelder (Rosenbrock et al. 2000: 1614). Dadurch könnten unter den Mitgliedern der Ausnahme-Koalitionen Verteilungskonflikte entstehen, die einen negativen Einfluss auf deren Handlungspotenzial haben könnten (Kübler et al. 2002). Zudem gehen einige Autoren davon aus, dass die Möglichkeit der medikamentösen Behandlung und der damit verbundene Bedeutungszuwachs des klinischen Bereichs zu einem Bedeutungsverlust des Präventionsbereichs führen wird (Steffen 2000b: 219). Von dieser Entwicklung könnte der klinische Bereich profitieren, der wieder vermehrt Ressourcen generieren könnte, zulasten des Präventionsbereichs (Setbon 2000: 71).

Unsere Untersuchung hat gezeigt, dass in vielen Fällen von der öffentlichen Hand effektiv weniger Mittel für Belange der Aidsprävention bereitgestellt werden. Die Reduktion der öffentlichen Mittel kann aber nicht damit erklärt werden, dass von den Gesundheitsbehörden die Notwendigkeit der Weiterführung aidspräventiver Massnahmen hinterfragt oder gar verneint würde. Für den Ressourcenrückgang wird in erster Linie der Spardruck, der auf den Finanzen der öffentlichen Hand lastet, verantwortlich gemacht. In einzelnen Fällen ist es NGOs zudem gelungen, den Rückgang der staatlichen Subventionen durch anderweitige Massnahmen (professionelles Fundraising, Einnahmen aus dem Verkauf von Dienstleistungen und Lehrmitteln, etc.) zu kompensieren.

Die Abnahme der öffentlichen Mittel für die Aidsprävention haben bis jetzt noch nicht zu einer Reduktion des Angebotes in den untersuchten Bereichen geführt. Von den Sparbemühungen sind andere Bereiche der Aidsarbeit betroffen, zum Beispiel die Dokumentation (Schliessung der Aids Info Docu per Ende 2003) oder die Betroffenenarbeit (*PVA-Genève*). Die Studie hat jedoch gezeigt, dass die knappen Ressourcen in der Aidsprävention zur Folge haben, dass nicht angemessen auf neue Herausforderungen reagiert werden kann und die Entwicklung neuer Präventionsmassnahmen vielfach erschwert wenn nicht gar verunmöglicht wird (z.B. im Migrationsbereich).

Die Behauptung, wonach der klinische Bereich aufgrund seines durch HAART eingetretenen Erfolgs in Zukunft mehr öffentliche Gelder generieren wird – zulasten des Präventionsbereichs – ist aber falsch. Die beiden Bereiche werden aus völlig unterschiedlichen Kassen finanziert. Verteilungskonflikte zwischen dem klinischen Bereich und dem Präventionsbereich sind demzufolge gar nicht möglich.

7.3 Fazit aus dem Blickwinkel des Institutionalismus

In diversen Studien wird argumentiert, dass die in Policy-Netzwerken vorherrschenden Strukturen und Interaktionsmuster dazu beitragen, den Output von Netzwerken zu erklären (Atkinson/Coleman 1992, van Waarden 1992, Marsh 1998). Deshalb macht es Sinn, die in unserer Studie gewonnenen Erkenntnisse auch aus dem Blickwinkel des Institutionalismus zu interpretieren.

Verschiedene Autoren haben aufgezeigt, dass die in der Aidsprävention häufig vorkommende Zusammenarbeit zwischen staatlichen Stellen und NGOs einen wichtigen Erfolgsfaktor im Kampf gegen die HIV/Aids-Epidemie darstellt (Panchaud 1995). Vor diesem Hintergrund wird argumentiert, dass durch die im Aidsbereich eingetretene Normalisierung das Innovationspotenzial der Ausnahme-Koalitionen geschmälert wird und vermehrt bürokratische Abläufe Einzug halten (Rosenbrock et al. 2000: 1615). Wenn HIV/Aids-spezifische Massnahmen wieder vermehrt von der ‚normalen‘ Gesundheitsadministration übernommen werden, besteht jedoch die Gefahr, dass die Schulmedizin mit ihren spezifischen Interessen, Werthaltungen und Routineabläufen die formals sehr erfolgreiche Zusammenarbeitsform zwischen den Gesundheitsbehörden, NGOs und der sozialwissenschaftlich geprägten Public Health-Forschung wieder gefährden könnte (Kippax/Race 2003: 8).

Diese Befürchtungen sind vorderhand für die Schweiz unbegründet. Unsere Studie hat gezeigt, dass die Aidspräventions-Netzwerke – mit Ausnahme vielleicht der nationalen Ebene – als sehr stabil bezeichnet werden können. Nach wie vor arbeiten die staatlichen Stellen mit NGOs zusammen. Zudem sind in den von uns untersuchten Aidspräventions-Netzwerken in den letzten Jahren kaum neue Akteure hinzugekommen. Obschon die Zusammenarbeit zwischen staatlichen Stellen und NGOs immer noch als „konfliktgeprägte Kooperation“ (Bütschi/Cattacin 1994) bezeichnet werden kann, haben doch Konflikte zwischen beiden Seiten eher abgenommen.

Die strategische Ausrichtung der HIV/Aids-Arbeit in der Schweiz wird nach wie vor vom BAG – in Zusammenarbeit mit den kantonalen Gesundheitsbehörden, verschiedenen Partnerorganisationen und anderen Bundesstellen – bestimmt. Die auf kantonaler Ebene für die Umsetzung von aidspräventiven Massnahmen verantwortlichen Behörden nehmen meist eine relativ passive Rolle ein und entwickeln selbst kaum eigene strategische Überlegungen. Bei den NGOs ist der ehemalige Militantismus verschwunden. Aus ihnen sind professionalisierte, häufig mit Leistungsaufträgen ausgestattete Gesundheitsorganisationen geworden. Die Kehrseite dieser Entwicklung besteht darin, dass der Präventionsbereich viel von seiner einstigen Dynamik verloren hat. Das abhanden gekommene Innovationspotenzial, das durch die knappen Ressourcen zusätzlich verstärkt wird, führt dazu, dass auf neue Herausforderungen (z.B. im Migrationsbereich) nicht schnell genug reagiert wird und die Entwicklung neuer Präventionsmassnahmen nicht garantiert wird. So ist es denn nicht weiter erstaunlich, dass einzelne Stimmen fordern, die bis anhin angewendeten Präventionsmassnahmen grundsätzlich zu überdenken.

8 Literaturverzeichnis

- Albaek, E. 2001. Part V: Managing Crisis: HIV and the blood supply. In: *Success and Failure in Public Governance*, edited by M. Bovens, P. 't Hart & B. G. Peters. Cheltenham: Edward Elgar.
- Atkinson, M. M. & W. D. Coleman. 1992. Policy networks, policy communities and the problems of governance. *Governance* 5 (2):154-180.
- Bundesamt für Gesundheit. 2003a. *Aids und HIV in der Schweiz. Epidemiologische Situation Ende 2002*. Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit. 2003b. *Nationales HIV/Aids-Programm 2004-2008*. Bern: BAG
- Bayer, R. 1991. Public health policy and the AIDS epidemic. An end to HIV exceptionalism? *New England Journal of Medicine* (324):1500-1504.
- Bovens, M., P. 't Hart, B. G. Peters, E. Albaek, A. Busch, G. Dudley, M. Moran & J. Richardson. 2001. Patterns of governance: sectoral and national comparisons. In *Success and failure in public governance*, edited by M. Bovens, P. 't Hart & B. G. Peters. Cheltenham: Edward Elgar.
- Bütschi, D. & S. Cattacin. 1994. *Le modèle suisse du bien-être*. Lausanne: Réalités sociales.
- Cattacin, S. & C. Panchaud. 1995. La maîtrise du sida. Une analyse comparative des réactions organisationnelles au VIH/sida en Europe de l'Ouest. *Politiques et management public* 13 (2):47-95.
- Cattacin, S. & C. Panchaud. 1997. *Les politiques de lutte contre le VIH/Sida en Europe de l'Ouest. Du risque à la normalisation*. Paris: L'Harmattan.
- Clivaz, Ch. 2001. *Influence des réseaux d'action publique sur le changement politique. Le cas de l'écologisation du tourisme alpin en Suisse et dans le canton du Valais*. Basel: Helbing & Lichtenhahn.
- Conseil National de l'Evaluation. (ed.). 2003. *La politique de lutte contre le sida 1994-2000*. Paris: La Documentation française.
- Dubois-Arber, F., A. Jeannin & B. Spencer. 1999. Long term global evaluation of a national AIDS prevention strategy: the case of Switzerland. *AIDS* 13:2571-2582.
- Dubois-Arber, F., A. Jeannin, B. Spencer, G. Meystre-Augustoni, M. Haour-Knipe, F. Moreau-Gruet, F. Benninghoff & F. Paccaud. 2001. HIV/AIDS-Prävention in der Schweiz: Bilanz und Ausblick. *Schweiz Med Forum* (24):621-625.
- Geene, R. 2000. *Aids-Politik: ein neues Krankheitsbild zwischen Medizin, Politik und Gesundheitsförderung*. Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Geertz, C. 1987. *Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Harrington, J.A. 2002. The instrumental use of autonomy: a review of AIDS law and policy in Europe. *Social Science and Medicine* 55: 1425-1434.
- Hassenteufel, P. 1995. Do policy networks matter? Lifting descriptif et analyse de l'Etat en interaction. In: Le Galès, P. & M. Thatcher (eds.) *Les Réseaux de Politique Publique. Débat autour des Policy Networks*. Paris: L'Harmattan: 91-107.

- Hausser, D., S. Cattacin, J. Maggi & I. Renschler. 2001. Orientations et modèles de politiques de la santé en Suisse. Lausanne/Genève: Ecole polytechnique fédérale de Lausanne et Université de Genève.
- Jeannin, A., M. Schmid & H. D. Phi. 2000. Mise en oeuvre du programme national VIH/sida de 1999 à 2000. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Kenis, P. & V. Schneider. 1991. Policy Networks and Policy Analysis: Scrutinizing a New Analytical Toolbox. In: Marin, B. & R. Mayntz (eds). *Policy Networks. Empirical Evidence and Theoretical Considerations*. Frankfurt a.M.: Campus Verlag: 25-59.
- Kippax, S. & K. Race. 2003. Sustaining safe practice: twenty years on. *Social Science and Medicine* 57:1-12.
- Knill, Ch. 2000. Policy-Netzwerke. Analytisches Konzept und Erscheinungsform moderner Politiksteuerung. In: Weyer, J. (Hrsg.) *Soziale Netzwerke: Konzepte und Methoden der sozialwissenschaftlichen Netzwerkforschung*. München/Wien: Oldenbourg: 111-133.
- Kübler, D. 2000. *Politique de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé. Analyse des conflits de mise en oeuvre, Logiques politiques*. Paris: L'Harmattan.
- Kübler, D. 2001. Understanding policy change with the advocacy coalition framework: an application to Swiss drug policy. *Journal of European Public Policy* 8 (4):623-641.
- Kübler, D., P. Neuenschwander & Y. Papadopoulos. 2002. *Aidspolitik in der Schweiz: welche Normalisierung? Normalisierungsszenarien und Neue Partnerschaften in der HIV/Aidsprävention auf Bundesebene und in fünf Kantonen*. Lausanne: IUMSP: raisons de santé 78.
- Kübler, D. & S. Wälti. 2001. Drug-policy making in metropolitan areas: urban conflicts and governance. *International Journal of Urban and Regional Research* 25 (1):34-54.
- Le Galès, P. & M. Thatcher. (eds.). 1995. *Les réseaux de politique publique. Débat autour des policy networks, Logiques politiques*. Paris: L'Harmattan.
- Lindblom, C. E. 1980. *The policy making process*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Malatesta, D., D. Kübler & D. Joye. 1994. *Voyage à travers la ville: le BIPS. Prévention du sida en milieu urbain. L'exemple genevois*. Lausanne: IREC-DA/EPFL.
- Marin, B. & R. Mayntz. 1991. *Policy networks: empirical evidence and theoretical considerations*. Frankfurt a.M.: Campus-Verlag.
- Marsh, D. & R.A.W. Rhodes. 1992. Policy Communities and Issue Networks: Beyond Typology. In: Marsh, D. & R.A.W. Rhodes (eds.). *Policy Networks in British Government*. Oxford: Oxford University Press.
- Marsh, D. 1998. The development of the policy network approach. In: Marsh, D. (ed.) *Comparing policy networks*. Buckingham: Open University Press.
- Mastronardi, Ph. 1998. New Public Management im Kontext unserer Staatsordnung. In: Mastronardi, Ph. & K. Schedler. *New Public Management in Staat und Recht. Ein Diskurs*. Bern etc.: Verlag Paul Haupt: 47-119.
- Mayring, Ph. 1999. *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. Weinheim: Psychologie Verlags Union. (4. Auflage)
- Moatti, J.-P., Y. Souteyrand, A. Prieur, T. Sandfort & P. Aggleton. 2000. *Aids in Europe. New challenges for the social sciences*. London: Routledge.
- Panchaud, C. 1995. Welfare states facing HIV/Aids. Organizational responses in Western Europe (1981-1991). *Swiss political science review* 1 (4):65-97.
- Parsons, W. 1995. *Public Policy: Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis*. Cheltenham: Edward Elgar.

- Renschler, I. 2004. *Citoyenneté et politiques de santé en milieu urbain: des politiques de santé en matière de maladies cardiovasculaires et VIH/sida dans trois villes suisses*. Lausanne: Diss.
- Rhodes, R. A. W. 1988. *Beyond Westminster and Whitehall*. London: Unwin-Hyman.
- Rosenbrock, R., F. Dubois-Arber, M. Moers, P. Pinell, D. Schaeffer & M. Setbon. 2000. The normalization of AIDS in Western European countries. *Social Science and Medicine* 50:1607-1629.
- Rosenbrock, R. 2002. Aids-Politik, Gesundheitspolitik und Schwulenpolitik. In: Rosenbrock, R. & D. Schaeffer (Hrsg.). *Die Normalisierung von Aids. Politik-Prävention-Krankenversorgung*. Berlin: edition sigma: 111-124.
- Rosenbrock, R., D. Schaeffer, M. Moers, F. Dubois-Arber, P. Pinell & M. Setbon. 2002. Die Normalisierung von Aids in Westeuropa - Der Politzkyklus am Beispiel einer Infektionskrankheit. In: Rosenbrock, R. & D. Schaeffer (Hrsg.) *Die Normalisierung von Aids. Politik-Prävention-Krankenversorgung*. Berlin: edition sigma: 11-68.
- Sabatier, P.A. 1999. *Theories of the policy process*. Boulder (Co.): Westview Press.
- Schlager, E. 1995. Policy making and collective action: Defining coalitions within the advocacy coalition framework. *Policy Sciences* 28:243-270.
- Setbon, M. 1993. *Pouvoirs contre sida. De la transfusion sanguine au dépistage: décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède*. Paris: Seuil.
- Setbon, M. 2000. La normalisation paradoxale du sida. *Revue française de sociologie* 41 (1):61-78.
- Smith, M.J. 1993. *Pressure, Power and Policy. State Autonomy and Policy Networks in Britain and the United States*. New York etc.: Harvester Wheatsheaf.
- Spencer, B., B. So-Barazetti & M.-J. Glardon. 2001. *Politiques et pratiques cantonales en matière de prévention du VIH/sida et d'éducation sexuelle à l'école*. Lausanne: IUMSP: raison de santé 66: 150-152.
- Spreyermann, C. 2000. *Evaluation Male Sex Work (MSW)*. Bern: Büro sfinx.
- Steffen, M. 1996. *The fight against Aids. An international public policy comparison between four european countries: France, Great Britain, Germany, Italy*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Steffen, M. 2000a. Les modèles nationaux d'adaptation aux défis d'une épidémie. France, Grande-Bretagne, Allemagne, Italie. *Revue française de sociologie* 41 (1):5-36.
- Steffen, M. 2000b. The normalisation of AIDS policies in Europe. Patterns, path dependency and innovation. In *AIDS in Europe. New challenges for the social sciences*, edited by J.-P. Moatti, Y. Souteyrand, A. Prieur, T. Sandfort & P. Aggleton. London: Routledge.
- Steffen, M. 2001. *Les Etats face au Sida en Europe*. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble.
- Twisselmann, W., M. Schmid, B. Somaini, R. Rosenbrock & C. Nöstlinger. 2001. *TRANSFER - HIV/Aids-Fragen und Lehren für Public Health und Gesundheitspolitik*. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin.
- UNAIDS. 2001. Aids epidemic update. Geneva: Joint united nations programme on HIV/Aids.
- van Waarden, F. 1992. Dimensions and types of policy networks. *European Journal of Political Research* 21:29-52.
- Vitali, R. & S. Cattacin. 1997. *La prévention du vih/sida dans les cantons suisses: une analyse organisationnelle*. Muri bei Bern: SSPS.
- von Winter, Th. 1997. *Sozialpolitische Interessen: Konstituierung, politische Repräsentation und Beteiligung an Entscheidungsprozessen*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Weilandt, C., Heckmann, W., Kraus, M., Lambrecht, J. & C. Pervilhac. 2001. *HIV prevention in Europe. A review of policy and practice in 25 countries*. Berlin: edition sigma.

Yin, R. 1994. *Case Study Research*. London: Sage.

Zürn, P., P. Taffé, M. Rickenbach & J.-P. Danthine. 2001. Social cost of HIV infection in Switzerland. Lausanne: Institut d'économie et de management de la santé.