

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

Fallstudien

Universität Zürich
Institut für Politikwissenschaft
Forschungsbereich Policy-Analyse & Evaluation

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

Anhang zum Schlussbericht

Peter Neuenschwander, Kathrin Frey
und Daniel Kübler

Zürcher Politik- & Evaluationsstudien

herausgegeben von Thomas Widmer

Publikationsreihe des Forschungsbereichs ‚Policy-Analyse & Evaluation‘

Institut für Politikwissenschaft, Universität Zürich

Dieser Bericht wird nur in elektronischer Form auf www.ipz.unizh.ch/publikationen/-evalstud/ publiziert. Das entsprechende PDF-File kann auch über folgende Adresse bezogen werden:

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 DES ANHANGS

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | FALLSTUDIE SCHWEIZ | 12 |
| 1.1 | EINLEITUNG: ECKDATEN ZUR HIV/AIDS-EPIDEMIE IN DER SCHWEIZ | 12 |
| 1.2 | DAS AKTUELLE ANGEBOT IN DEN UNTERSUCHTEN BEREICHEN | 13 |
| 1.2.1 | <i>Akteure und ihre Tätigkeiten in der Aidsprävention</i> | 13 |
| 1.2.2 | <i>Akteure bei HAART</i> | 17 |
| 1.2.3 | <i>Die Rolle der öffentlichen Hand</i> | 17 |
| 1.3 | BESTEHENDE UND KÜNFTIGE HERAUSFORDERUNGEN DER AIDSPRÄVENTION | 21 |
| 1.3.1 | <i>Adaption der Normalisierung</i> | 21 |
| 1.3.2 | <i>Die Entwicklung der Ressourcenlage in der Aidsprävention</i> | 22 |
| 1.3.3 | <i>Konflikte in der Aidsprävention</i> | 25 |
| 1.3.4 | <i>Organisatorische und strukturelle Veränderungen innerhalb des Präventions-Netzwerkes</i> | 26 |
| 1.4 | DAS ENDE DES NEW PUBLIC HEALTH-ANSATZES IN DER AIDSPOLITIK? | 31 |
| 1.4.1 | <i>HAART und der neue Stellenwert der klinischen Medizin in der Aidspolitik</i> | 31 |
| 1.4.2 | <i>Interessenkonflikt zwischen präventiver und klinischer Medizin?</i> | 33 |
| 1.4.3 | <i>Auswirkungen auf die Aidsprävention</i> | 35 |
| 1.5 | FAZIT: DIE WICHTIGSTEN ENTWICKLUNGSTENDENZEN IN DER AIDSPRÄVENTIONSPOLITIK | 35 |
| 1.6 | VERWENDETE DOKUMENTE UND QUELLEN | 38 |
| 1.7 | LISTE DER INTERVIEWTEN PERSONEN | 39 |
| 2 | FALLSTUDIE KANTON AARGAU | 40 |
| 2.1 | EINLEITUNG: ECKDATEN ZUR HIV/AIDS-EPIDEMIE IM KANTON AARGAU | 40 |
| 2.2 | DAS AKTUELLE ANGEBOT IN DEN UNTERSUCHTEN BEREICHEN | 41 |
| 2.2.1 | <i>Akteure und ihre Tätigkeiten in der Aidsprävention</i> | 42 |
| 2.2.2 | <i>Akteure bei HAART</i> | 45 |
| 2.2.3 | <i>Die Rolle der öffentlichen Hand</i> | 46 |
| 2.3 | BESTEHENDE UND ZUKÜNFTIGE HERAUSFORDERUNGEN DER AIDSPRÄVENTION | 48 |
| 2.3.1 | <i>Adaption der Normalisierung</i> | 48 |
| 2.3.2 | <i>Die Entwicklung der Ressourcen in der Aidsprävention</i> | 49 |
| 2.3.3 | <i>Konflikte in der Aidsprävention</i> | 52 |
| 2.3.4 | <i>Organisatorische und strukturelle Veränderungen innerhalb des Präventions-Netzwerkes</i> | 52 |
| 2.4 | DAS ENDE DES NEW PUBLIC HEALTH-ANSATZES IN DER AIDSPOLITIK? | 53 |
| 2.4.1 | <i>Interessenkonflikt zwischen präventiver und klinischer Medizin?</i> | 53 |
| 2.4.2 | <i>Auswirkungen auf die Aidsprävention</i> | 54 |
| 2.5 | FAZIT: DIE WICHTIGSTEN ENTWICKLUNGSTENDENZEN IN DER AIDSPOLITIK DES KANTONS AARGAU | 54 |
| 2.6 | VERWENDETE DOKUMENTE UND QUELLEN | 56 |
| 2.7 | LISTE DER INTERVIEWTEN PERSONEN | 57 |
| 3 | FALLSTUDIE KANTON GENÈVE | 58 |
| 3.1 | EINLEITUNG: ECKDATEN ZUR HIV/AIDS-EPIDEMIE IM KANTON GENÈVE | 58 |
| 3.2 | DAS AKTUELLE ANGEBOT IN DEN UNTERSUCHTEN BEREICHEN | 58 |
| 3.2.1 | <i>Akteure und ihre Tätigkeiten in der Aidsprävention</i> | 59 |
| 3.2.2 | <i>Akteure bei HAART</i> | 61 |
| 3.2.3 | <i>Die Rolle der öffentlichen Hand</i> | 62 |
| 3.3 | BESTEHENDE UND KÜNFTIGE HERAUSFORDERUNGEN DER AIDSPRÄVENTION | 65 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 3.3.1 | <i>Adaption der Normalisierung</i> | 65 |
| 3.3.2 | <i>Die Entwicklung der Ressourcenlage in der Aidsprävention</i> | 66 |
| 3.3.3 | <i>Konflikte in der Aidsprävention</i> | 68 |
| 3.3.4 | <i>Organisatorische und strukturelle Veränderungen innerhalb des Präventions-Netzwerkes</i> | 69 |
| 3.4 | DAS ENDE DES NEW PUBLIC HEALTH-ANSATZES IN DER AIDSPOLITIK? | 71 |
| 3.4.1 | <i>Interessenkonflikt zwischen präventiver und klinischer Medizin?</i> | 72 |
| 3.5 | FAZIT: DIE WICHTIGSTEN ENTWICKLUNGSTENDENZEN IN DER AIDSPRÄVENTION DES KANTONS GENÈVE..... | 73 |
| 3.6 | VERWENDETE DOKUMENTE UND QUELLEN..... | 76 |
| 3.7 | LISTE DER INTERVIEWTEN PERSONEN | 77 |
| 4 | FALLSTUDIE GRAUBÜNDEN | 78 |
| 4.1 | EINLEITUNG: ECKDATEN ZUR HIV/AIDS-EPIDEMIE IM KANTON GRAUBÜNDEN | 78 |
| 4.2 | DAS AKTUELLE ANGEBOT IN DEN UNTERSUCHTEN BEREICHEN..... | 79 |
| 4.2.1 | <i>Akteure und ihre Tätigkeiten in der Aidsprävention</i> | 80 |
| 4.2.2 | <i>Akteure bei HAART</i> | 81 |
| 4.2.3 | <i>Die Rolle der öffentlichen Hand</i> | 82 |
| 4.3 | BESTEHENDE UND KÜNFTIGE HERAUSFORDERUNGEN DER AIDSPRÄVENTION | 85 |
| 4.3.1 | <i>Adaption der Normalisierung</i> | 85 |
| 4.3.2 | <i>Die Entwicklung der Ressourcenlage in der Aidsprävention</i> | 85 |
| 4.3.3 | <i>Konflikte in der Aidsprävention</i> | 87 |
| 4.3.4 | <i>Organisatorische und strukturelle Veränderungen innerhalb des Präventions-Netzwerkes</i> | 87 |
| 4.4 | DAS ENDE DES NEW PUBLIC HEALTH-ANSATZES IN DER AIDSPOLITIK? | 89 |
| 4.4.1 | <i>Interessenkonflikt zwischen präventiver und klinischer Medizin?</i> | 90 |
| 4.5 | FAZIT: DIE WICHTIGSTEN ENTWICKLUNGSTENDENZEN IN DER AIDSPOLITIK DES KANTONS GRAUBÜNDEN..... | 90 |
| 4.6 | VERWENDETE QUELLEN UND DOKUMENTE..... | 93 |
| 4.7 | LISTE DER INTERVIEWTEN PERSONEN | 93 |
| 5 | FALLSTUDIE KANTON NEUENBURG | 94 |
| 5.1 | EINLEITUNG: ECKDATEN ZUR HIV/AIDS-EPIDEMIE IM KANTON NEUENBURG..... | 94 |
| 5.2 | DAS AKTUELLE ANGEBOT IN DEN UNTERSUCHTEN BEREICHEN..... | 95 |
| 5.2.1 | <i>Akteure und ihre Tätigkeiten in der Aidsprävention</i> | 95 |
| 5.2.2 | <i>Akteure bei HAART</i> | 100 |
| 5.2.3 | <i>Die Rolle der öffentlichen Hand</i> | 100 |
| 5.3 | BESTEHENDE UND ZUKÜNFTIGE HERAUSFORDERUNGEN DER AIDSPRÄVENTION... .. | 103 |
| 5.3.1 | <i>Adaption der Normalisierung</i> | 103 |
| 5.3.2 | <i>Die Entwicklung der Ressourcen in der Aidsprävention</i> | 103 |
| 5.3.3 | <i>Konflikte in der Aidsprävention</i> | 105 |
| 5.3.4 | <i>Organisatorische und strukturelle Veränderungen innerhalb des Präventions-Netzwerkes</i> | 105 |
| 5.4 | DAS ENDE DES NEW PUBLIC HEALTH-ANSATZES IN DER AIDSPOLITIK? | 106 |
| 5.4.1 | <i>Interessenkonflikt zwischen präventiver und klinischer Medizin?</i> | 106 |
| 5.4.2 | <i>Auswirkungen auf die Aidsprävention</i> | 106 |
| 5.5 | FAZIT: DIE WICHTIGSTEN ENTWICKLUNGSTENDENZEN IN DER AIDSPRÄVENTIONSPOLITIK IM KANTON NEUENBURG | 107 |
| 5.6 | VERWENDETE DOKUMENTE UND QUELLEN..... | 108 |
| 5.7 | LISTE DER INTERVIEWTEN PERSONEN | 109 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 6 | FALLSTUDIE KANTON ST. GALLEN | 110 |
| 6.1 | EINLEITUNG: ECKDATEN ZUR HIV/AIDS-EPIDEMIE IM KANTON ST. GALLEN | 110 |
| 6.2 | DAS AKTUELLE ANGEBOT IN DEN UNTERSUCHTEN BEREICHEN..... | 111 |
| 6.2.1 | <i>Akteure und ihre Tätigkeiten in der Aidsprävention</i> | 111 |
| 6.2.2 | <i>Akteure bei HAART</i> | 114 |
| 6.2.3 | <i>Die Rolle der öffentlichen Hand</i> | 115 |
| 6.3 | BESTEHENDE UND ZUKÜNFTIGE HERAUSFORDERUNGEN DER AIDSPRÄVENTION... | 117 |
| 6.3.1 | <i>Adaption der Normalisierung</i> | 117 |
| 6.3.2 | <i>Die Entwicklung der Ressourcen in der Aidsprävention</i> | 118 |
| 6.3.3 | <i>Konflikte in der Aidsprävention</i> | 120 |
| 6.3.4 | <i>Organisatorische und strukturelle Veränderungen innerhalb des Präventions-Netzwerkes</i> | 121 |
| 6.4 | DAS ENDE DES NEW PUBLIC HEALTH-ANSATZES IN DER AIDSPOLITIK? | 122 |
| 6.4.1 | <i>Interessenkonflikt zwischen präventiver und klinischer Medizin?</i> | 122 |
| 6.4.2 | <i>Auswirkungen auf die Aidsprävention</i> | 123 |
| 6.5 | FAZIT: DIE WICHTIGSTEN ENTWICKLUNGSTENDENZEN IN DER AIDSPOLITIK DES KANTONS ST. GALLEN | 123 |
| 6.6 | VERWENDETE DOKUMENTE UND QUELLEN..... | 125 |
| 6.7 | LISTE DER INTERVIEWTEN PERSONEN | 126 |
| 7 | FALLSTUDIE KANTON TESSIN | 127 |
| 7.1 | EINLEITUNG: ECKDATEN ZUR HIV/AIDS-EPIDEMIE IM KANTON TESSIN..... | 127 |
| 7.2 | DAS AKTUELLE ANGEBOT IN DEN UNTERSUCHTEN BEREICHEN..... | 128 |
| 7.2.1 | <i>Akteure und ihre Tätigkeiten in der Aidsprävention</i> | 129 |
| 7.2.2 | <i>Akteure bei HAART</i> | 131 |
| 7.2.3 | <i>Die Rolle der öffentlichen Hand</i> | 132 |
| 7.2.4 | <i>HIV/Aids-Prävention an Tessiner Schulen</i> | 134 |
| 7.3 | BESTEHENDE UND ZUKÜNFTIGE HERAUSFORDERUNGEN DER AIDSPRÄVENTION... | 135 |
| 7.3.1 | <i>Adaption der Normalisierung</i> | 135 |
| 7.3.2 | <i>Die Entwicklung der Ressourcen in der Aidsprävention</i> | 136 |
| 7.3.3 | <i>Konflikte in der Aidsprävention</i> | 139 |
| 7.3.4 | <i>Organisatorische und strukturelle Veränderungen innerhalb des Präventions-Netzwerkes</i> | 139 |
| 7.4 | DAS ENDE DES NEW PUBLIC HEALTH-ANSATZES IN DER AIDSPOLITIK? | 140 |
| 7.4.1 | <i>Interessenkonflikt zwischen präventiver und klinischer Medizin?</i> | 140 |
| 7.4.2 | <i>Auswirkungen auf die Aidsprävention</i> | 142 |
| 7.5 | FAZIT: DIE WICHTIGSTEN ENTWICKLUNGSTENDENZEN IN DER AIDSPOLITIK DES KANTONS TESSIN | 142 |
| 7.6 | VERWENDETE DOKUMENTE UND QUELLEN..... | 144 |
| 7.7 | LISTE DER INTERVIEWTEN PERSONEN | 144 |
| 8 | FALLSTUDIE KANTON ZÜRICH | 145 |
| 8.1 | EINLEITUNG: ECKDATEN ZUR HIV/AIDS-EPIDEMIE IM KANTON ZÜRICH..... | 145 |
| 8.2 | DAS AKTUELLE ANGEBOT IN DEN UNTERSUCHTEN BEREICHEN..... | 146 |
| 8.2.1 | <i>Akteure und ihre Tätigkeiten in der Aidsprävention</i> | 147 |
| 8.2.2 | <i>Akteure bei HAART</i> | 151 |
| 8.2.3 | <i>Die Rolle der öffentlichen Hand</i> | 152 |
| 8.3 | BESTEHENDE UND KÜNFTIGE HERAUSFORDERUNGEN DER AIDSPRÄVENTION | 155 |
| 8.3.1 | <i>Adaption der Normalisierung</i> | 155 |
| 8.3.2 | <i>Die Entwicklung der Ressourcenlage in der Aidsprävention</i> | 156 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 8.3.3 | <i>Konflikte in der Aidsprävention</i> | 158 |
| 8.3.4 | <i>Organisatorische und strukturelle Veränderungen innerhalb des Präventions-Netzwerkes</i> | 159 |
| 8.4 | DAS ENDE DES NEW PUBLIC HEALTH-ANSATZES IN DER AIDSPOLITIK? | 161 |
| 8.4.1 | <i>Interessenkonflikt zwischen präventiver und klinischer Medizin?</i> | 161 |
| 8.5 | FAZIT: DIE WICHTIGSTEN ENTWICKLUNGSTENDENZEN IN DER AIDSPRÄVENTION DES KANTONS ZÜRICH | 162 |
| 8.6 | VERWENDETE DOKUMENTE UND QUELLEN..... | 165 |
| 8.7 | LISTE DER INTERVIEWTEN PERSONEN | 166 |
| 9 | GESPRÄCHSLEITFADEN I: PRÄVENTION | 167 |
| 10 | GESPRÄCHSLEITFADEN II: GESUNDHEITSBEHÖRDEN | 171 |
| 11 | GESPRÄCHSLEITFADEN III: HAART | 175 |

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

| | |
|---|-----|
| Abbildung 1: Die Entwicklung von HIV und Aids in der Schweiz..... | 12 |
| Abbildung 2: Die Facheinheit Sucht und Aids im Bundesamt für Gesundheit | 18 |
| Abbildung 3: Die Entwicklung der BAG-Ausgaben für Präventionsmassnahmen seit 1990 | 22 |
| Abbildung 4: Budget der STOP AIDS-Kampagnen von 1987 bis 2003..... | 24 |
| Abbildung 5: Bundesbeiträge an die AHS zwischen 1990 und 2003 | 24 |
| Abbildung 6: Kosten des schweiz. Gesundheitswesens..... | 34 |
| Abbildung 7: Positive HIV-Testresultate pro 100'000 EinwohnerInnen | 41 |
| Abbildung 8: Organigramm des Gesundheitsdepartements des Kantons Aargau | 47 |
| Abbildung 9: Gesamteinnahmen der Aids-Hilfe Aargau 1992-2003..... | 50 |
| Abbildung 10: Positive HIV-Testresultate pro 100'000 EinwohnerInnen | 58 |
| Abbildung 11: Organisationsstruktur des Département de l'Action Sociale et de la Santé .. | 63 |
| Abbildung 12: Beiträge der öffentlichen Hand an die GSG | 66 |
| Abbildung 13: Positive HIV-Testresultate pro 100'000 EinwohnerInnen | 79 |
| Abbildung 14: Organigramm des Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartementes | 83 |
| Abbildung 15: Gesamteinnahmen der AHGR | 86 |
| Abbildung 16: Positive HIV-Testresultate pro 100'000 EinwohnerInnen | 95 |
| Abbildung 17: Gesamteinnahmen der GSN 1994-2003 | 104 |
| Abbildung 18: Positive HIV-Testresultate pro 100'000 EinwohnerInnen | 111 |
| Abbildung 19: Organigramm des Gesundheitsdepartements des Kantons St. Gallen | 115 |
| Abbildung 20: Gesamteinnahmen der AHSGA 1993-2004..... | 118 |
| Abbildung 21: Positive HIV-Testresultate pro 100'000 EinwohnerInnen | 128 |
| Abbildung 22: Organisationsstruktur des Dipartimento della sanità e della socialità | 133 |
| Abbildung 23: Entwicklung der finanziellen Mittel der AAT seit 1990 | 136 |
| Abbildung 24: Positive HIV-Testresultate pro 100'000 EinwohnerInnen | 146 |
| Abbildung 25: Organisationsstruktur der Gesundheitsdirektion | 153 |
| Abbildung 26: Beiträge der öffentlichen Hand an die ZAH | 157 |

TABELLENVERZEICHNIS

| | |
|---|-----|
| Tabelle 1: Die wichtigsten Angebote auf Bundesebene auf einen Blick (Stand 2003) | 20 |
| Tabelle 2: Entwicklungstendenzen in der Aidsprävention auf einen Blick | 37 |
| Tabelle 3: Die wichtigsten Angebote im Kanton Aargau auf einen Blick (Stand 2003)..... | 48 |
| Tabelle 4: Entwicklungstendenzen in der Aidsprävention im Kanton Aargau..... | 56 |
| Tabelle 5: Die wichtigsten Angebote im Kanton Genf auf einen Blick (Stand 2003)..... | 65 |
| Tabelle 6: Entwicklungstendenzen in der Aidsprävention im Kanton Genf auf einen Blick | 76 |
| Tabelle 7: Die wichtigsten Angebote im Kanton Graubünden auf einen Blick (Stand 2003) | 85 |
| Tabelle 8: Entwicklungstendenzen in der Aidsprävention im Kanton Graubünden..... | 92 |
| Tabelle 9: Die wichtigsten Angebote im Kanton Neuenburg auf einen Blick (Stand 2003) | 102 |
| Tabelle 10: Entwicklungstendenzen in der Aidsprävention im Kanton Neuenburg..... | 108 |
| Tabelle 11: Die wichtigsten Angebote im Kanton St. Gallen auf einen Blick (Stand 2003) | 117 |
| Tabelle 12: Entwicklungstendenzen in der Aidsprävention im Kanton St. Gallen..... | 125 |
| Tabelle 13: Die wichtigsten Angebote im Kanton Tessin auf einen Blick (Stand 2003) | 135 |
| Tabelle 14: Entwicklungstendenzen in der Aidsprävention im Tessin auf einen Blick | 143 |
| Tabelle 15: Die wichtigsten Angebote im Kanton Zürich auf einen Blick (Stand 2003) | 155 |
| Tabelle 16: Entwicklungstendenzen der Aidsprävention im Kanton Zürich auf einen Blick | 165 |

ABKÜRZUNGSVERZEICHNISSE

| | |
|--------|---|
| AAT | Aiuto Aids Ticino |
| AHA | Aids-Hilfe Aargau |
| AHGR | Aids-Hilfe Graubünden |
| AHS | Aids-Hilfe Schweiz |
| AHSGA | Aids-Hilfe St. Gallen-Appenzell |
| AID | Aids Info Docu |
| ANAG | Bundesgesetz über Aufenthalt und Niederlassung der Ausländer |
| APiS | Aidsprävention im Sexgewerbe |
| APM | Aspasie Prévention Migrants |
| ASFAG | Association Solidarité Femmes Africaines de Genève |
| ASS | Aide Suisse contre le Sida |
| BAG | Bundesamt für Gesundheit |
| BFA | Bundesamt für Ausländerfragen |
| BFF | Bundesamt für Flüchtlinge |
| CoGe | Coordination Genevois des associations de lutte contre le sida |
| CPF | Centri di pianificazione familiare |
| CSFI | Commissione di Formazione HIV/Aids della Svizzera Italiana |
| CSM | Centre de Santé Migrants |
| CVP | Christlichdemokratische Volkspartei |
| DASS | Département de l'Action Sociale et de la Santé |
| DGS | Direction Générale de la Santé |
| DIP | Département de l'Instruction Publique |
| DJSS | Département de la Justice, de la Santé et de la Sécurité |
| DSS | Dipartimento della sanità et della socialità |
| EDK | Erziehungsdirektorenkonferenz |
| EKA | Eidg. Ausländerkommission |
| EKAF | Eid. Kommission für Aidsfragen |
| EVP | Evangelische Volkspartei |
| FAMPLA | Beratungsstelle für Familienplanung, Schwangerschaft und Sexualität |
| FASS | Fachstelle für Aids, Sexualität und Sucht |
| FDP | Freisinnig-demokratische Partei |
| FMH | Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte |
| GIS | Groupe Information Sexuelle et Education à la santé |
| GSG | Groupe Sida Genève |
| GSN | Groupe Sida Neuchâtel |
| HAART | hochaktive, antiretrovirale Therapie |
| HABZO | HIV- und Aidsberatungsstelle Zürcher Oberland |
| MSM | Männer, die Sex mit Männern haben |
| MST | maladies sexuellement transmissibles |
| MSW | Male Sex Work |
| NGO | Non-Governmental Organization |
| OFSP | Office Fédéral de la Santé Publique |
| PdA | Partei der Arbeit |
| PEP | Post-Expositions-Prophylaxe |
| PL | Parti liberal |
| 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 |
| SAH | Schweiz. Arbeiterhilfswerk |
| SHCS | Swiss HIV Cohort Study |
| SKK | Subkommission Klinik |
| SP | Sozialdemokratische Partei |
| SRK | Schweiz. Rotes Kreuz |
| SSJ | Service de Santé de la Jeunesse |
| STD | Sexually Transmitted Disease (sexuell übertragbare Krankheit) |
| STI | Schweiz. Tropeninstitut |
| STIs | Sexually Transmitted Infections (sexuell übertragbare Infektionen) |
| SVP | Schweiz. Volkspartei |
| USZ | Universitätsspital Zürich |
| VIH | Virus de l'Immunodéficience Humaine |
| VZSP | Verein Zürcher Sozialprojekte |
| ZAH | Zürcher Aids-Hilfe |
| ZEPR | Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung |

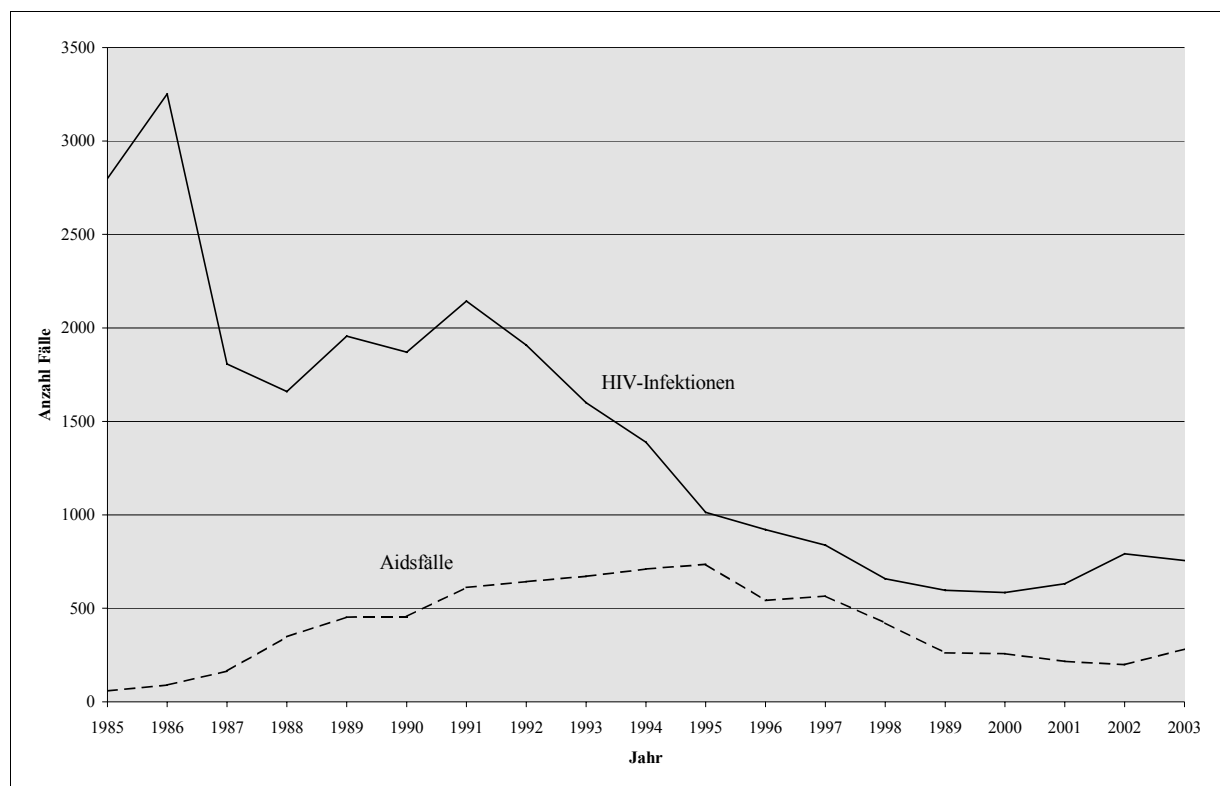
1 Fallstudie Schweiz

1.1 Einleitung: Eckdaten zur HIV/Aids-Epidemie in der Schweiz

Per Ende 2003 betrug die Gesamtzahl der positiven HIV-Testresultate seit 1985 27'169. Zu den wichtigsten Infektionswegen zählen dabei mit rund 54% die heterosexuellen Kontakte zwischen Männern und Frauen. An zweiter Stelle folgen die sexuellen Kontakte zwischen Männern, die Sex mit anderen Männern haben (25%), an dritter Stelle der Infektionsweg über Drogeninjektionen mit rund 11%. Die Zahl positiver HIV-Tests war in der Schweiz zwischen 1992 und 2000 rückläufig. Ab 2001 jedoch wurden erstmals wieder mehr positive HIV-Tests gemeldet als im Vorjahr. Diese Trendwende wurde 2002 mit einem weiteren Anstieg von rund 25% bestätigt.

Die Gesamtzahl der seit 1983 gemeldeten Aidsfälle betrug per Ende 2003 in der Schweiz 7723. Seit 1995 ist die Zahl der jährlich neu diagnostizierten Aidsfälle rückläufig. Damit verbunden ist auch eine kontinuierliche Abnahme der durch Aids bewirkten Todesfälle. Der Rückgang bei den neuen Aidsdiagnosen bzw. den Todesfällen kann vor allem mit der Anwendung von hochwirksamen antiretroviralen Therapien erklärt werden.¹

Abbildung 1: Die Entwicklung von HIV und Aids in der Schweiz



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

¹ Quelle: BAG (Stand 31.7.2004)

1.2 Das aktuelle Angebot in den untersuchten Bereichen

Das Präventions-Netzwerk der nationalen Ebene setzt sich aus einer Reihe staatlicher und privater Akteure zusammen. Auf der staatlichen Ebene sind es verschiedene Sektionen bzw. Fachstellen der Facheinheit Sucht und Aids innerhalb des Bundesamtes für Gesundheit, die sich mit aidsrelevanten Themen auseinandersetzen. Die wichtigste Stelle ist dabei die Sektion Aids, die sich ausschliesslich mit dieser Thematik beschäftigt (vgl. Abbildung 2). Auf der privaten Ebene ist in erster Linie die Aids-Hilfe Schweiz zu erwähnen, die auf der nationalen Ebene verschiedene Präventionsprojekte koordiniert und weiterentwickelt. Die andere wichtige Aidsorganisation in der Schweiz, die per Ende 2003 aufgelöste Aids Info Docu, nahm - wie der Name schon sagt - vor allem dokumentarische Aufgaben wahr, fungierte jedoch nie direkt als Trägerorganisation von Präventionsangeboten.

Im folgenden Abschnitt werden die in Bezug auf unsere Untersuchungsbereiche relevanten privaten und staatlichen Akteure mit ihren entsprechenden Aufgaben näher vorgestellt.

1.2.1 Akteure und ihre Tätigkeiten in der Aidsprävention

1.2.1.1 Aids-Hilfe Schweiz

Die 1985 gegründete Aids-Hilfe Schweiz (AHS) ist auf der Angebotsseite der wichtigste Akteur in der Aidsprävention. Das Ziel der AHS besteht darin, Neuinfektionen mit HIV zu verhindern, die Lebensqualität von Betroffenen und deren Angehörigen zu verbessern sowie die gesellschaftliche Solidarität mit Menschen, die von HIV/Aids betroffen sind, zu fördern. Der AHS gehören 21 kantonale bzw. regionale Antennen sowie 22 Kollektivmitglieder an. Sie wies 2003 einen Aufwand von rund 6.5 Mio. Franken aus. In der Zürcher Geschäftsstelle arbeiten rund 25 MitarbeiterInnen.

◆ Migration

Die AHS beschäftigt eine Mitarbeiterin, die sich zu 40% mit dem Thema Migration und frauenspezifische Prävention auseinandersetzt. Diese Teilzeitstelle wird über Vereinsmittel finanziert. Im Rahmen der HIV/Aids-Prävention für und mit MigrantInnen hat die AHS im März 2002 bei „Radio Somalia“ (Zürich) eine Serie von drei Radiosendungen für somalische HörerInnen durchgeführt. Als Sendegefäss des alternativen Lokalradios Zürich (Radio Lora) erreichte „Radio Somalia“ vor allem HörerInnen im Kanton Zürich. Die Sendung wurde aber auch einige Tage später in Bern wiederholt. Auf Wunsch zahlreicher HörerInnen wurden die wichtigsten Informationen im Dezember 2002 erneut in Zürich und Bern ausgestrahlt.

◆ Schule

Schulprojekt: Das Schulprojekt der AHS wurde 1991 von der Organisation P.W.A. Schweiz lanciert und wird seit 1997 von der AHS geleitet. Im Rahmen des Schulprojekts findet eine direkte Begegnung zwischen Menschen mit HIV/Aids und SchülerInnen statt. Indem Menschen mit HIV/Aids das HI-Virus in ihren eigenen Kontext stellen, ermöglichen sie eine differenzierte Sicht der verschiedenen Realitäten, die mit HIV/Aids gelebt werden. Die Kenntnisse der SchülerInnen sollen dabei auf den jeweils neusten Stand gebracht und die Präventionsbotschaft vermittelt werden. In enger Zusammenarbeit mit Präventionsfachleuten

wird das Projekt als komplementärer Ansatz genutzt, der verschiedene Facetten der HIV-Problematik beleuchtet. Seit 1991 haben mehr als 2000 Klassen von verschiedenen Schulen und anderen Institutionen das Angebot des Schulprojektes in Anspruch genommen.

Amorix: Ende Juli 2003 wurde von der AHS und PLANeS (Schweiz. Stiftung für sexuelle und reproduktive Gesundheit) beim BAG und der EDK ein Konzept für den Aufbau und die Etablierung eines nationalen Kompetenzzentrums im Bereich Bildung und sexuelle Gesundheit eingereicht. Dieses Kompetenzzentrum soll auf den Namen Amorix getauft werden. Während der Aufbauphase, die bis September 2006 geplant ist, soll sich Amorix vorerst auf zwei thematische Schwerpunkte konzentrieren:

- Aufbau einer nationalen Informations- und Koordinationsdrehscheibe und Anlaufstelle für Fragen von Lehr- und Fachpersonen, Schulen, Jugendlichen und weiteren Interessierten rund um das Thema sexuelle Gesundheit.
- Sexualerziehung, sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie Aidsprävention sollen in allen Kantonen verbindlich in die Lehrpläne aufgenommen und in allen Schulen umgesetzt werden.

Zwei weitere Schwerpunkte können aus finanziellen Gründen vorerst nicht weiterverfolgt werden. Der eine betrifft die Aus- und Weiterbildung für schulinterne Lehrkräfte und externe Fachpersonen, der andere den Theorie-Praxis Transfer. In der ersten Aufbauphase von Amorix soll zuerst bei PLANeS ein Sekretariat für die Westschweiz sowie eines bei der AHS für die Deutschschweiz eingerichtet werden. Zudem ist für das Jahr 2004 ein eigener Internetauftritt geplant.

◆ *Prostitution*

APiS (Aidsprävention im Sexgewerbe): Mit dem APiS-Angebot sollen in erster Linie Prostituierte aus dem Ausland (*Migrant Sexworker*) erreicht werden. Gegenwärtig finden die meisten Kontakte mit Prostituierten aus Mittel- und Südamerika sowie aus Zentral- und Osteuropa statt. Sexarbeiterinnen aus Afrika und Asien werden seltener erreicht. APiS setzt auf Verhaltens- und Verhältnisprävention. Die *Migrant Sexworker* sollen mit den Risiken im Bereich HIV/Aids und anderer sexuell übertragbarer Krankheiten vertraut und in die Lage versetzt werden, entsprechende Schutzmassnahmen umzusetzen (Verhaltensprävention). Das Ziel der Verhältnisprävention besteht darin, den SexarbeiterInnen medizinische und juristische Basisinformationen zu vermitteln. Zudem sollen die ausländischen Prostituierten befähigt werden, sich in gesundheitlichen, sozialen und juristischen Belangen an die entsprechenden Fachpersonen zu wenden. Zusätzlich soll die Entscheidungsmacht der Prostituierten in Bezug auf ihre eigene Lebenssituation gestärkt werden. Die Umsetzung der präventiven Massnahmen erfolgt durch Mediatorinnen, Frauen mit demselben kulturellen und sprachlichen Hintergrund wie die Prostituierten. Insgesamt arbeiten in der ganzen Schweiz rund 30 Mediatorinnen im Rahmen von APiS. Das APiS Angebot wird gegenwärtig (2003) in 14 Regionen der Schweiz sowie in Liechtenstein meist durch die regionalen Aids-Antennen umgesetzt.

Projekt Male Sex Work (MSW): Dieses AHS-Projekt richtet sich an männliche Sexarbeiter und deren soziales Umfeld. Es wird von der AHS auf nationaler Ebene koordiniert und zur Zeit (2003) in den Städten Basel, Genf, Luzern und Zürich angeboten. Im Rahmen des MSW-Projektes wird vor allem mit Streetworkern gearbeitet, die ihr Zielpublikum an den entsprechenden Orten mit Kondomen, Gleitmitteln und Informationen versorgen. In

persönlichen Gesprächen werden Kontakte zu Fachstellen vermittelt sowie psychologische Beratung und Begleitung angeboten. Ein wichtiges Medium für die Vermittlung präventiver Botschaften ist eine eigene Broschüre, die den Titel *Strichzone* trägt. Die in verschiedene Sprachen übersetzte Broschüre vermittelt in direkter, szenenaher Sprache wichtige spezifische Informationen über Gesundheit, Safer Sex, Recht etc. Zudem betreibt die AHS eine eigene Homepage (www.malesexwork.ch), auf der die verschiedensten Informationen rund um das Thema männliche Sexarbeit vermittelt werden und wo auch die Stichzone-Broschüren heruntergeladen werden können. Die Zielgruppe der männlichen Sexarbeiter ist durch eine grosse Heterogenität gekennzeichnet. Das Altersspektrum ist gross, die Einstellungen zur Sexarbeit sehr unterschiedlich, die sexuelle Identität oft noch unklar und die kulturelle Herkunft variiert sehr stark. Im Jahre 2002 fanden im Rahmen des MSW-Projektes gesamtschweizerisch 7214 Kontakte mit der Zielgruppe statt.

Don Juan: Das dritte prostitutionsspezifische AHS-Projekt richtet sich in erster Linie an die Zielgruppe der Sexkonsumenten. Das im Sommer 1997 lancierte Projekt versucht, mittels verschiedener Instrumente Freier anzusprechen und sie für die HIV/Aids-Prävention zu sensibilisieren. Zentrales Element des Projektes ist die Face-to-Face Freierbildung, welche direkte Gespräche zwischen speziell dafür geschulten Männern und Frauen (EdukatorenInnen) und Freiern im Milieu beinhaltet. Solche Freierbildungsaktionen finden sehr konzentriert, in der Regel an fünf aufeinanderfolgenden Abenden statt. Erstmals wurde dieses Modell 1999 in den Städten Zürich, Basel, Luzern, Genf und Lausanne durchgeführt. Mit dieser Aktion konnten insgesamt über 800 Freier angesprochen werden. Ein Jahr zuvor waren in der Sexpresse der deutschen Schweiz und der Romandie Inserate mit entsprechenden Präventionsbotschaften geschaltet worden. Parallel dazu wurde als Träger von Präventionsbotschaften verschiedene Gadgets (Zündholzschachteln, Kleber etc.) entwickelt, die an die BetreiberInnen von Etablissements verschickt wurden. Die neueste Errungenschaft des Don Juan-Projektes ist eine eigene Homepage (www.don-juan.ch). Auf dieser Website werden zum einen viele Informationen zu den sexuell übertragbaren Krankheiten vermittelt, zum andern kann sich der Benutzer auch einem Freiertest unterziehen.

◆ *Counselling*

Die AHS bietet unter der Internetadresse www.chat.aids.ch eine anonyme Online-Sprechstunde an. Dabei werden nicht nur Fragen zum HIV-Test, sondern alle Fragen zu HIV/Aids, Hepatitis und anderen STIs beantwortet. Das Angebot beinhaltet ausserdem ein Diskussionsforum zu verschiedenen Aspekten von HIV/Aids sowie Sexualität. Weitere Informationen zum HIV-Test und zu den verschiedenen Testverfahren finden sich ebenfalls auf der Website der AHS.

◆ *HAART*

Die AHS gibt in Zusammenarbeit mit der AID und dem BAG eine Broschüre heraus, die den Titel trägt *Bereit für die Therapie? Ein Wegweiser zur erfolgreichen Kombinationsbehandlung gegen HIV*. Die Broschüre richtet sich in erster Linie an HIV-Infizierte, die sich mit dem Gedanken tragen, eine Therapie zu beginnen und deshalb Informationen rund um dieses Thema brauchen. Die AHS tritt auch als Herausgeberin der zweimonatlich in einer Auflage von 4'000 Exemplaren erscheinenden Zeitschrift *Swiss Aids News* in Erscheinung. In der jeweils ca. 12-seitigen Zeitschrift werden HIV/Aids-relevante Themen in den Bereichen Medizin und Recht abgehandelt. Die letzten sechs Ausgaben von *Swiss Aids News* können online als pdf gelesen werden. Die AHS bietet auch eine medizinische Beratung zur Kombinationstherapie, deren Nebenwirkungen oder

Folgeerkrankungen an. Ein HIV-spezialisierter Arzt sowie medizinisch geschulte AHS-MitarbeiterInnen beantworten entsprechende Fragen schriftlich oder telefonisch. Auch in der Online-Sprechstunde können entsprechende Fragen jederzeit gestellt werden.

1.2.1.2 Schweiz. Tropeninstitut/Schweiz. Rotes Kreuz

Das Schweiz. Tropeninstitut (STI) und das Schweiz. Rote Kreuz (SRK) sind gemeinsam für die Durchführung des auf zwei Jahre angelegten Pilotprojektes *HIV/Aids-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen* zuständig. Die budgetierten Gesamtkosten belaufen sich auf rund 600'000 Franken. Das BAG beteiligt sich daran mit 500'000 Franken. Die restlichen 100'000 Franken werden mit Eigenmitteln der umsetzenden Organisationen finanziert. Die Hauptzielgruppe des Pilotprojektes umfasst Sub-Sahara MigrantInnen in den Städten Genf, Lausanne und Zürich aus den in der Schweiz am stärksten vertretenen afrikanischen Communities Somalia/Äthiopien, Kongo/Angola und Westafrika. Die sozialen Netzwerke dieser Communities zeichnen sich durch informelle Kontakte über Schlüsselpersonen auf der Grundlage eines Vertrauensverhältnisses aus. Deshalb kommt in der Präventionsarbeit bei Sub-Sahara MigrantInnen der Zusammenarbeit mit Organisationen und Schlüsselpersonen eine zentrale Bedeutung zu. Die mündliche Kommunikation über den direkten Kontakt mit MediatorInnen sowie Radiosendungen stehen deshalb im Zentrum der Präventionsarbeit. Daneben sind mit Diskussionen begleitete Videovorführungen geplant. Die Promotion von Kondomen, verbunden mit Informationen über Bezugsquellen und Anwendungsinstruktionen, soll dabei ins Zentrum der Präventionsarbeit gestellt werden.

Die Projektorganisation sieht folgendermassen aus. Auf der operativen Ebene wird die Projektleitung durch eine Fachperson der Zielgruppe (KoordinatorIn) übernommen. Die bzw. der KoordinatorIn ist mit folgenden Aufgaben betraut: Koordination/Monitoring der Interventionen, Begleitung und Supervision der MediatorInnen, Vernetzung mit Vereinen und *Opinion Leaders*, konzeptionelle Arbeit sowie Begleitung von Schulungsaktivitäten. Die/der KoordinatorIn arbeitet eng mit rund zehn MediatorInnen zusammen, die ebenfalls der Zielgruppe angehören. Die Arbeitszeit der MediatorInnen beträgt rund zehn Stunden pro Monat. Sie werden institutionelle in die SRK-Kantonalverbände eingebunden und dort geschult. Ein Steering Committee ist verantwortlich für die Projektsteuerung und fällt strategische Entscheide. Schlüsselpersonen der Zielgruppe und Fachpersonen aus dem Bereich HIV/Aids sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit bilden eine Begleitgruppe.

Nach Abschluss der zweijährigen Pilotphase soll das Projekt einer Evaluation unterzogen werden. Je nach Ausgang dieser Evaluation wird das BAG darüber befinden, ob und in welcher Form das Projekt weitergeführt werden soll.²

Seit dem 1. Juli 2000 baut das SRK die Fachstelle Migration und Gesundheit auf, deren Angebot in einem Abgeltungsvertrag mit dem BAG geregelt ist. Die Fachstelle zielt einerseits darauf ab, die Zugangsbarrieren im Gesundheitsbereich für MigrantInnen abzubauen und andererseits deren Handlungskompetenzen zu stärken. Zum Angebot der Fachstelle Migration und Gesundheit gehören Weiterbildung und Beratung für Fachpersonen im Gesundheitsbereich sowie Kurse und Informationen für MigrantInnen.

² Quelle: Projektbeschrieb HIV/Aids-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen.

1.2.2 Akteure bei HAART

Die medikamentöse Behandlung von HIV-infizierten Menschen geschieht in der Regel in einem der sieben HIV-Behandlungszentren der Schweiz. Solche Behandlungszentren existieren in den Städten Basel, Bern, Genf, Lausanne, Lugano, St. Gallen und Zürich. Sie sind einem Universitäts- bzw. Kantonsspital angegliedert. Die Behandlung erfolgt aber auch durch allgemein praktizierende ÄrztInnen, die über entsprechendes Fachwissen verfügen. Dies bedeutet, dass für das Angebot im Bereich HAART in erster Linie kantonale bzw. lokale Akteure zuständig sind (vgl. unsere Kantonsfallstudien). Auf der nationalen Ebene anzusiedelnde Akteure sind demnach hauptsächlich auf dem Gebiet der Informationsvermittlung tätig. Im Folgenden ein kurzer Überblick über die wichtigsten in diesem Bereich angebotenen Informations-Dienstleistungen und ihre Träger.

1.2.2.1 Eidg. Kommission für Aidsfragen – Subkommission Klinik

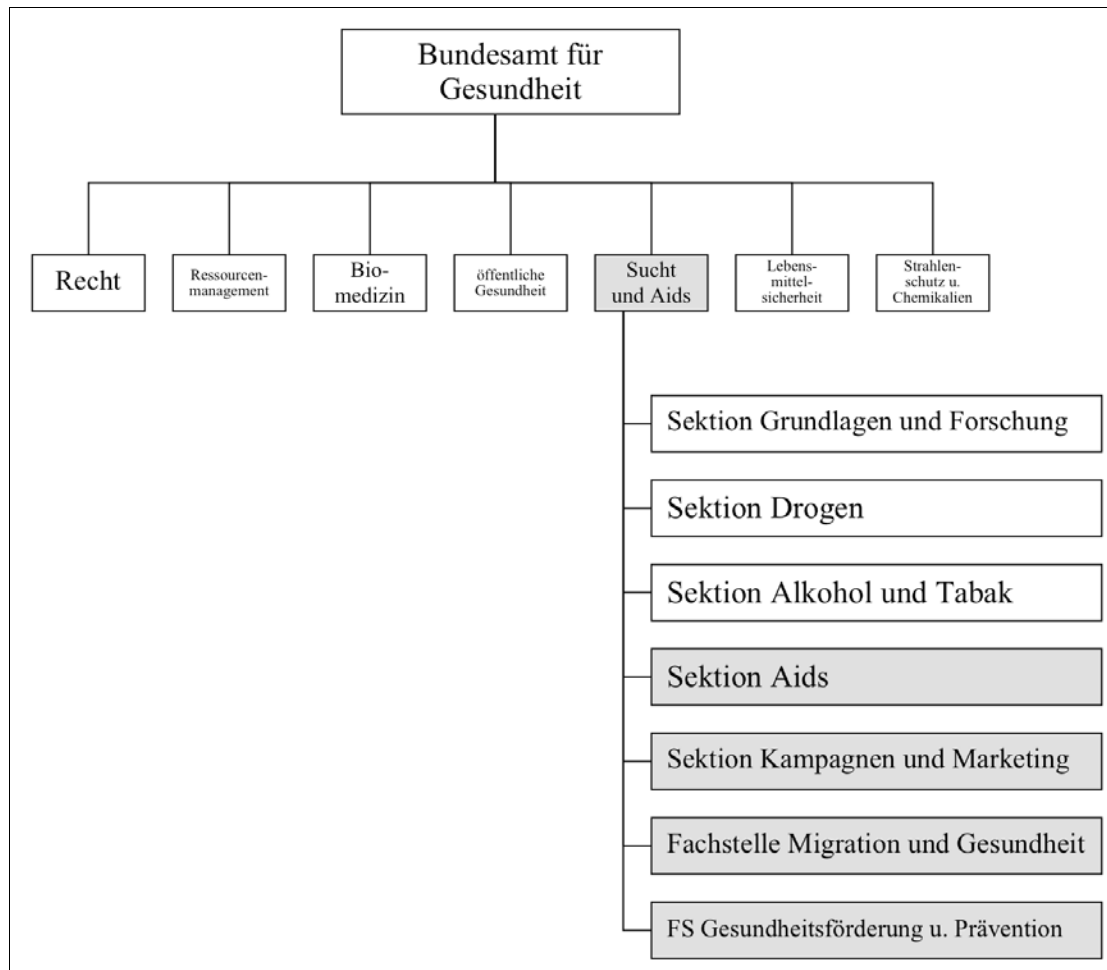
Die Subkommission Klinik (SKK) veröffentlicht in unregelmässigen Abständen Empfehlungen zur Durchführung einer antiretroviralen Kombinationstherapie. Daneben gibt sie auch Empfehlungen bspw. zur HIV-Exposition im Medizinalbereich, zu PEP oder für die antiretrovirale Behandlung während der Schwangerschaft ab. Die Eidg. Kommission für Aidsfragen (EKAF) ist ein auf jeweils vier Jahre gewähltes Gremium und besteht aus 18 Mitgliedern. Im bis Ende 2003 laufenden Mandat der EKAF wird deren Rolle als Beraterin, als Vermittlerin von Fachexpertise zu HIV/Aids und verwandten Fragestellungen sowie als „Hüterin“ umschrieben. Als „Hüterin“ hat die EKAF die Aufgabe, „bei der Umsetzung des Nationalen Programmes Unterstützung zu bieten, um Erreichtes zu bewahren, Vorgesehenes umzusetzen sowie Akzeptanz für die Verankerung der HIV/Aids-Thematik in unterschiedlichen Strukturen zu schaffen und somit zu einem erfolgreichen Know-how-Transfer beizutragen.“ (Interpellation 01.3752 Forster-Vannini, Bundesratsantwort vom 20.2.2002). Neben der Fachkommission Klinik existiert eine Fachkommission Labor und Diagnostik.

1.2.2.2 Aids Info Docu

Die Aids Info Docu (AID) informiert in unregelmässigen Abständen in ihrem Magazin Aids Infothek über die neuesten Entwicklungen im Bereich von HAART. So widmete sich zum Beispiel die Aids Infothek 3/00 dem Thema Behandelbarkeit von HIV/Aids. Die Themen der Ausgabe 2/02 waren „Nebenwirkungen der Kombinationstherapien“ und „Prävention und Behandlung von HIV-assoziierten opportunistischen Infektionen“. Weitere Informationen zum Thema Kombinationstherapie finden sich auf der Website der AID (www.aidsnet.ch).

1.2.3 Die Rolle der öffentlichen Hand

Auf der nationalen Ebene ist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) für das Dossier Aids zuständig. Verschiedene Sektionen bzw. Fachstellen innerhalb der Facheinheit Sucht und Aids beschäftigen sich zu einem unterschiedlichen Grad mit dem Thema HIV und Aids. Im Folgenden ein kurzer Überblick derjenigen Verwaltungseinheiten, die sich mit dem präventiven Aspekt von Aids beschäftigen (Stand: 2003).

Abbildung 2: Die Facheinheit Sucht und Aids im Bundesamt für Gesundheit

1.2.3.1 Sektion Aids

Die Sektion Aids bestimmt, 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. Das derzeit gültige Nationale HIV/Aids-Programm 2004-2008 trat anfangs 2004 in Kraft. Die Sektion Aids ist zudem für die Vertragsausarbeitung mit ihrer wichtigsten Partnerorganisation auf der nationalen Ebene, der AHS, verantwortlich. Für die regelmässig stattfindenden Evaluationen im Aidsbereich ist die Sektion Aids eine wichtige Anlaufstelle. In der Sektion Aids sind acht MitarbeiterInnen beschäftigt, die sich 570 Stellenprozent teilen (August 2003).

Die Sektion Aids ist für eine Reihe von Informationsbroschüren (mit)verantwortlich. Eine davon trägt zum Beispiel den Titel *Informationen zum HIV-Test* und wurde im Jahre 2000 in dreisprachiger Ausführung publiziert. Die Broschüre liefert Informationen rund um den HIV-Test und soll bei der Entscheidung für oder gegen die Durchführung eines Tests behilflich sein. Eine weitere Publikation im Zusammenhang mit dem HIV-Test wurde im Juni 2000 ebenfalls in einer dreisprachigen Version herausgegeben und trägt den Titel *HIV - aktuelles*

Wissen zu Test und Diagnostik. Die Broschüre richtet sich an die Ärzteschaft und vermittelt Informationen rund um den HIV-Test, zur Anamnese, zur HIV-Diagnostik, zu HIV-PEP ausserhalb des Medizinalbereichs sowie zur Therapie der HIV-Infektion.

1.2.3.2 Sektion Kampagnen und Marketing

Die Sektion Kampagnen und Marketing trägt die Hauptverantwortung für die nationalen STOP AIDS-Kampagnen. Die 1987 erstmals lancierte STOP AIDS-Kampagne hat zum Ziel, die allgemeine Bevölkerung zu erreichen, um die Risikowahrnehmung, die entsprechende Verhaltensanpassung und die Schutzmassnahmen jedes Einzelnen zu stärken. Von Anfang an wurde das Präservativ als die Möglichkeit des Schutzes vor einer HIV-Infektion propagiert und einen prominenten Stellenwert eingeräumt. Die Kampagnen basieren auf einer sogenannten Sockel-Buckle-Strategie, d.h. sie strebt einerseits ein Dauergeräusch an, welches Aids das ganze Jahr hindurch thematisiert, andererseits werden jedes Jahr einige Schwerpunkte für spezielle Botschaften definiert. Daraus resultiert eine Multimediastrategie, wobei dem Plakat immer ein zentraler Stellenwert zukam. Neben dem Präservativgebrauch und den Übertragungswegen wurden auch andere Themen wie die Solidarität, die Treue und die Drogenabhängigkeit angesprochen (z.B. in Slogans wie: Drogenproblem geht alle an. Alle. Nicht alle ändern. Kampagne 1989). Die Kampagnen richten sich neben der Zielgruppe der Gesamtbevölkerung auch immer wieder an andere Zielgruppen wie beispielweise Freier oder Jugendliche. Als neustes Medium wurde 2001 das Gratis-Präventionsspiel *Catch the sperm* lanciert, das im Jahr 2001 von mehr als 18 Millionen Surfern aus 104 Ländern heruntergeladen wurde. Aufgrund des Erfolgs wurde 2002 eine neue Spiel-Episode lanciert.

In der zuständigen Sektion Kampagnen und Marketing werden rund 130 Stellenprozent für die STOP AIDS-Kampagne eingesetzt.³ Das Budget für die STOP AIDS-Kampagne 2003 betrug 2.75 Mio. Franken.

1.2.3.3 Fachstelle Migration und Gesundheit

Das BAG setzt sich seit Anfang der 90er Jahre für die Gesundheitsförderung in der Schweiz lebender MigrantInnen ein. Das *Projekt Migration und Gesundheit* (PMG) richtete sich in seiner ersten Phase (1991-1993) vor allem an die Bevölkerungsgruppen aus Spanien, Portugal und der Türkei, später auch an Migrantengemeinschaften aus Lateinamerika, Afrika und Sri Lanka und war sehr stark auf die HIV/Aids-Prävention ausgerichtet. Das Angebot des Projektes umfasste ein Netz von MediatorInnen und MultiplikatorInnen, die Lancierung, Unterstützung und Begleitung von Projekten, die Vermittlung zwischen Behörden und spezialisierten Diensten zwecks Integration von MigrantInnen in Präventionsaktivitäten sowie die Erarbeitung und Anpassung von Präventionsbotschaften und -strategien an die migrationsspezifischen Lebenswelten der einbezogenen Bevölkerungsgruppen. So wurde beispielsweise die HIV/Aidsbroschüre „Was bedeutet HIV und Aids?“ den Bedürfnissen der jeweiligen Bevölkerungsgruppen angepasst und ist zur Zeit in 14 Sprachen erhältlich. Neuerdings widmet sich das BAG vermehrt den MigrantInnen aus subsaharischen Ländern und betrachtet diese Zielgruppe aufgrund der hohen Prävalenz als prioritär. Bis anhin wurde diese Bevölkerungsgruppe nur punktuell berücksichtigt (vgl. Kap. 2.1.2.). Die Fachstelle Migration und Gesundheit verfügt über 390 Stellenprozent, die sich fünf MitarbeiterInnen

³ Eine Sachbearbeiterin arbeitet zu 80% in diesem Themenbereich. Von der Sektionsleitung werden rund 20%, vom Sekretariat rund 30% dafür eingesetzt.

aufteilen (Juli 2003). Einzig der Fachstellenleiter verfügt über eine unbefristete Stelle, die anderen Stellen sind alle befristet.

Weitere Migrationsgruppen werden zur Zeit (2003) mittels der STOP AIDS-Kampagne erreicht. Dabei wurden zielgruppenspezifische Plakate in der jeweiligen Sprache von 18 verschiedenen Migrationsgruppen entwickelt. Die auf den Plakaten abgedruckten Slogans wurden in Zusammenarbeit mit der Fachstelle Migration und Gesundheit, der Caritas und VertreterInnen der angesprochenen Sprachgruppen entwickelt. Die Plakate sollen möglichst community-nahe aufgehängt werden.

1.2.3.4 Bildung + Gesundheit – Netzwerk Schweiz

Aus dem Anliegen heraus, das Thema HIV/Aids-Prävention in der Schule zu stärken, wurde 1992 das Projekt *Santé Jeunesse* lanciert. Mandatiert wurde das Projekt vom BAG in Zusammenarbeit mit der EDK. Vier Jahre später (1996) stellte dasselbe Gespann das Rahmenprogramm Schule und Gesundheit auf die Beine. Im Rahmen dieses Programms wurden 33 Projekte unterstützt, die mit Ausnahme eines einzigen alle zu Ende geführt und evaluiert wurden. Neuerdings ist HIV/Aids-Prävention an Schulen ein Bestandteil des umfassenden Themas Sexualerziehung, das ins BAG-Rahmenprogramm Bildung + Gesundheit - Netzwerk Schweiz integriert wurde. Der für die Programmleitung zuständige Mitarbeiter ist der Fachstelle Gesundheitsförderung und Prävention angegliedert. Das BAG übernimmt die Funktion des Auftraggebers, entscheidet über die Umsetzung, setzt Prioritäten, bietet fachliche Unterstützung an und stellt die finanziellen Ressourcen bereit.

Momentan (2003) erarbeiten die AHS und PLANeS im Auftrag des BAG ein Konzept für ein nationales Kompetenzzentrum, das die Sexualerziehung an Schulen koordinieren soll (vgl. Kapitel 1.2.1.1). Das geplante Kompetenzzentrum bezweckt, die Sexualerziehung und HIV/Aids-Prävention an Schulen zu intensivieren, Defizite zu beheben und regionale Unterschiede auszugleichen. Das übergeordnete Ziel besteht darin, Jugendliche mit umfassender Information in einer selbstbestimmten Sexualität zu stärken.

Tabelle 1: Die wichtigsten Angebote auf Bundesebene auf einen Blick (Stand 2003)

| | 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 Kompetenzzentrums 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“ | Online-Sprechstunde | | |

| | | | | |
|------------------|--|---|--|----------------------|
| | -„Informationen zum HIV-Test“ (in drei Sprachen) | | | |
| <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“ | | Therapieempfehlungen |

1.3 Bestehende und künftige Herausforderungen der Aidsprävention

Im Rahmen des Policy Netzwerk-Ansatzes wird politischer Wandel einerseits mit netzwerk-externen, andererseits mit internen Faktoren erklärt. Zu solch internen Faktoren zählen etwa Veränderungen verfügbarer Ressourcen, auftretende Konflikte oder Umstrukturierungsprozesse innerhalb des Netzwerkes. Verändern sich interne Faktoren, hat das in der Regel Auswirkungen auf den politischen Output. Im folgenden Kapitel werden einige dieser Herausforderungen für die Aidsprävention skizziert.

1.3.1 Adaption der Normalisierung

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 (Verhinderung der Ausbreitung von HIV, Verminderung der negativen Auswirkungen, Förderung der Solidarität) an die seit 1987 geltenden übergeordneten Zielsetzungen an (BAG 2003: 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. In den Worten des AHS-Präsidenten tönt das so: „Die Aids-Hilfe adressiert mit ihren Angeboten eine zunehmend breiter gefasste Problematik, fasst nebst HIV das thematisch angrenzende, weitere Feld anderer sexuell übertragbarer Krankheiten, insbesondere die Infektion mit Hepatiden, ins Auge und baut ihre Kompetenz für die Arbeit an darüber hinausgehenden Anliegen im Bereich von Sexual Health aus.“ (AHS 2004: 5). 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.

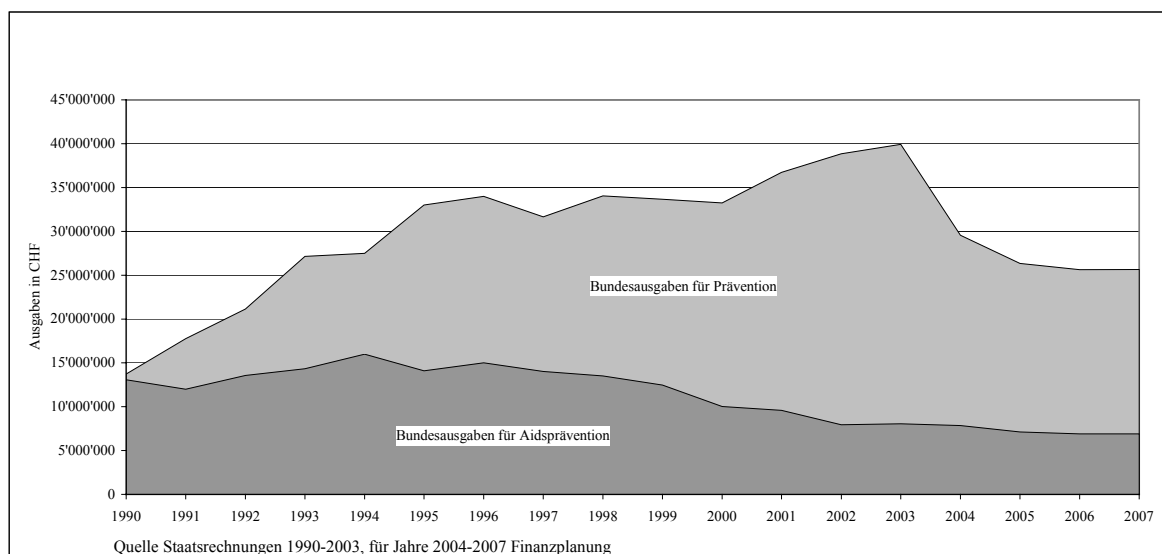
1.3.2 Die Entwicklung der Ressourcenlage in der Aidsprävention

a) Rückgang verfügbarer Ressourcen?

Die von uns befragten Personen gaben an, dass es in den letzten Jahren schwieriger geworden ist, die für die Aidsprävention benötigten Mittel zu generieren. Für das Auftreten dieser Schwierigkeiten werden zwei Hauptgründe genannt. Erstens hat der Erfolg in der Aidsprävention (sinkende Ansteckungsraten) dazu geführt, dass das BAG diesem Präventionsbereich nicht mehr dieselbe Aufmerksamkeit schenkt wie noch Anfang der 90er Jahre. Neben Aids haben andere Präventionsbereiche des BAG (Alkohol, Tabak) an Bedeutung gewonnen. Die Gelder des Präventionskredites wurden demnach anders verteilt. Zweitens ist die Bundesverwaltung seit einigen Jahren einem hohen Spardruck ausgesetzt. Diese Sparübungen des Bundes machen sich in vielen verschiedenen Bereichen bemerkbar, nicht zuletzt bei der Aidsprävention.

Dieser subjektiv wahrgenommene Ressourcenrückgang wird von einer europäischen Vergleichsstudie nicht gestützt. Darin wird nämlich behauptet, dass sich die finanziellen Ressourcen im Bereich der Aidsprävention bisher nicht vermindert hätten: „jusq’ à présent, la France et la Suisse ont maintenus un effort financier important et pour le moins constant dans le domaine de la prévention.“ (Balthasar et al. 2002: 54). Zieht man die Staatsrechnungen der Jahre 1990 bis 2001 zu Rate, kommt man zu einem gegenteiligen Schluss: Während die BAG-Ausgaben für Präventionsmassnahmen zwischen 1990 und 2003 mit einer Ausnahme kontinuierlich stiegen, sanken die entsprechenden Ausgaben für die Aidsprävention in der Normalisierungsphase kontinuierlich (auf ca. acht Mio. Franken im Jahre 2002). Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass diese Zahlen nur diejenigen des BAG-Präventionskredites abbilden. Ausgaben anderer Bundesstellen (z.B. Bundesamt für Sozialversicherungen, Bundesamt für Sport), die teilweise oder ganz für Aidsprävention vorgesehen sind, bleiben unberücksichtigt. Der Trend zu sinkenden Ausgaben für die Aidsprävention ist jedoch nicht von der Hand zu weisen.

Abbildung 3: Die Entwicklung der BAG-Ausgaben für Präventionsmassnahmen seit 1990



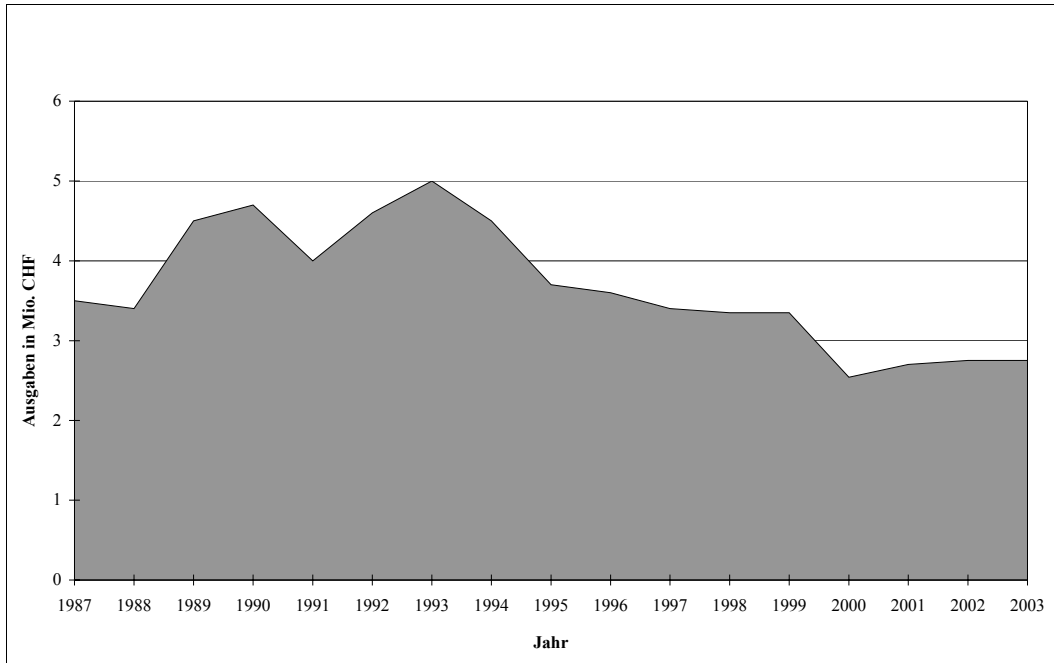
Aufgrund der Sparmassnahmen des Bundes werden beim Präventionskredit des BAG grosse Abstriche zu machen sein. Bis ins Jahr 2007 sollen gegenüber 2003 rund 15 Mio. Franken eingespart werden. Wie Abbildung 3 verdeutlicht, sind jedoch im Bereich der Aidsprävention keine weiteren Einsparungen geplant.

Um die im BAG-Präventionskredit eingestellten Gelder streiten sich die verschiedenen Sektionen der Facheinheit Sucht und Aids. Kommt zwischen den einzelnen Sektionen keine Einigung zustande, muss der Entscheid, wer wieviel Geld wofür erhält, vom Leiter der Facheinheit Sucht und Aids gefällt werden. Das letzte Wort hat aber auf jeden Fall die Amtsdirektion. Ob dieser Kampf um beschränkte Ressourcen schon zu einem offenen Verteilungskonflikt zwischen einzelnen Sektionen geführt hat, ist uns nicht bekannt. Ein Interviewter meint dazu nur: „Man muss schon sehen, jeder ist sich selbst der Nächste.“

Die Sparmassnahmen des Bundes verschärfen diesen Kampf um Ressourcen. Nach welchen Kriterien soll entschieden werden, in welchem Bereich wieviel gespart wird? Nach Einschätzung einer Fachperson handelt es sich dabei um eine ausserordentlich schwierige Frage. Man könne sich zum Beispiel an objektive Kriterien halten und nach dem Impact von Public Health Massnahmen entscheiden. Dabei müssten die Anzahl Todesfälle und die direkten, indirekten und sozialen Kosten von Aids, Tabak und Alkohol in die Entscheidungsfindung miteinbezogen werden. Was macht man aber mit Bereichen, wo entsprechende Daten fehlen? „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 nicht darum herum, politische Aspekte mit zu berücksichtigen“, meint ein BAG-Mitarbeiter. Abgesehen von diesen Schwierigkeiten läuft der Entscheidungsprozess betr. Mittelverteilung eher pragmatisch ab: „Die erste Frage ist, ob die Kürzung so wesentlich ist, dass ein grosses Programm gestrichen werden muss. Wenn das nicht der Fall ist, ist die zweite Frage, wo sind die niedrigsten Prioritäten innerhalb der einzelnen Themenbereiche [...] Wenn die niedrigsten Prioritäten alle gestrichen wurden, erreichen wir dann die Kürzungsvorgaben, oder nicht? Und dann gehen wir so schrittweise vor.“ Dieses Vorgehen kann aber nicht beliebig fortgesetzt werden. „Irgendwann kann es passieren, auch wenn man unten anfängt, dass eine Grenze erreicht wird, wo dann das ganze Programm fragwürdig wird“, betont ein Vertreter des BAG. Der Sockel für eine effektive Aidsprävention liege bei neun Mio. Franken.

Ein Rückgang verfügbarer Ressourcen ist ebenfalls bei den STOP AIDS-Kampagnen zu beobachten (vgl. Abbildung 4). Betrug das Budget im Jahre 1993 noch stolze fünf Mio. Franken, sind es zehn Jahre später gerade noch 2.75 Mio. Franken. Laut zuständigem BAG-Mitarbeiter beläuft sich der Sockel der STOP AIDS-Kampagne auf 2.7 Mio. Franken. Wird dieser Betrag unterschritten, muss unter Umständen die ganze Kampagne eingestellt werden.

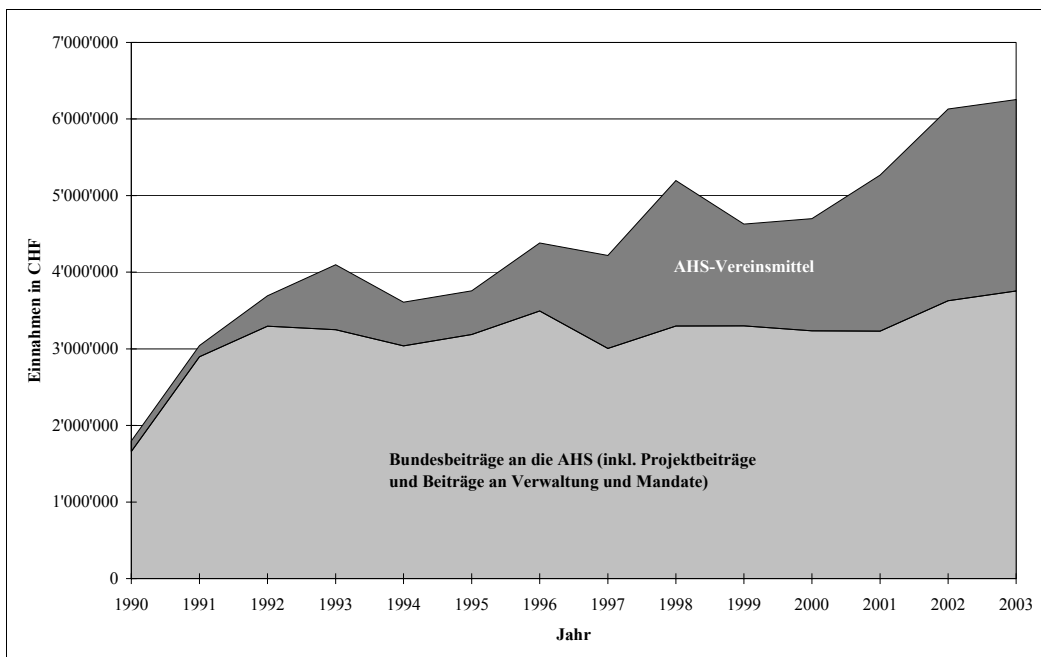
Abbildung 4: Budget der STOP AIDS-Kampagnen von 1987 bis 2003



Quelle: www.suchtundaids.bag.admin.ch/themen/aids

Die AHS hingegen konnte die Bundesbeiträge - nach einem Einbruch im Jahre 1997 - steigern auf derzeit rund 3.8 Mio. Franken. Insgesamt hat aber auch die AHS unter einer latenten Geldknappheit zu leiden, was vor allem auf den Einbruch im Spendenmarkt zurückgeführt werden kann.

Abbildung 5: Bundesbeiträge an die AHS zwischen 1990 und 2003



Quelle: Betriebsrechnungen der AHS

Fazit: Die Frage, ob es in der sog. Normalisierungsphase bereits zu Ressourcenkürzungen gekommen ist oder nicht, kann mit der Präsentation entsprechender Zahlen alleine nicht abschliessend beantwortet werden. Schenkt man den im Aidsbereich tätigen Fachleuten Glauben, scheinen aber für die Aidsprävention generell eher weniger Mittel vorhanden zu sein als noch anfangs der 90er Jahre. Dafür verantwortlich gemacht wird zum einen die zunehmende Problembewältigung von Aids und die damit einhergehende Änderung der Prioritäten. Ein Gesprächspartner bringt diese Beobachtung mit der folgenden Aussage auf den Punkt: „Ich denke, es ist legitim zu sagen, solange man trotz sinkender Mittel auch weiterhin sinkende Infektionen und das Problem unter Kontrolle hat, gibt es keinen guten Grund, warum man noch mehr investieren sollte.“ Zum anderen wurde immer wieder auf den Spardruck beim Bund hingewiesen.

b) Auswirkungen auf das Präventions-Netzwerk und dessen Angebot

Die knappen Ressourcen beim Bund hatten bis jetzt im Präventionsbereich noch keine Auswirkungen in dem Sinn, dass ein Angebot gänzlich aufgegeben werden musste. Hingegen wurde per Ende 2003 die Aids Info Docu aufgelöst. Die Dokumentation der Aidsarbeit in der Schweiz wird also von den Sparmassnahmen als erstes betroffen.

Auch die Mittelkürzungen im Bereich der STOP AIDS-Kampagnen blieben zumindest gemäss den Autoren der Evaluation der Aids-Präventions-Strategie 1996-98, die vom Institut der Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne im Auftrag des BAG durchgeführt wurde, nicht ohne Folgen. Es wird festgehalten, dass die Kampagne infolge Budgetkürzungen weniger Unterstützung als in den vorangehenden Jahren erhielt. Auch Stemmler und Cattacin (2002) warnen davor, Gelder einzusparen. Wie es aussieht wurden nun im Jahr 2003 vor dem Hintergrund zunehmender Neuinfektionen (im Jahr 2002 um 25,5% oder 161 Fälle) wieder mehr Mittel für die Kampagnen bereitgestellt. In der Pressemitteilung zum Start der Kampagne 2003 wurde die epidemiologische Situation als Begründung für die neue Kampagne angeführt und betont, dass allein die jährlichen medizinischen Kosten für die Behandlung der 161 Fälle in einigen Jahren das Budget der Kampagne 2003 von 2.75 Millionen Franken übersteigen.

Generell führen die knappen Ressourcen in der Aidsprävention dazu, dass die Entwicklung neuer Präventionsmassnahmen bzw. -projekte verunmöglicht wird. Die knappen Ressourcen haben also eine Plafonierung des bestehenden Angebots und eine Einschränkung des Innovationspotenzials der beteiligten Akteure zur Folge. „Das ist für mich oft eine Schwierigkeit. Quasi das Bestehende erhalten zu können, das gut ist. Aber durch das hat man dann wie keine Möglichkeit, neue Wege zu gehen, etwas Neues auszuprobieren. Das finde ich nicht ganz einfach“, beschreibt eine Fachperson ihre derzeitige Arbeitssituation.

1.3.3 Konflikte in der Aidsprävention

Die Arbeit in der Aidsprävention wurde Ende der 90er -, Anfang der 2000er Jahre durch zwei schwerwiegende Konflikte beeinträchtigt, die aber unterdessen beigelegt werden konnten. Beim ersten dieser Konflikte waren die beiden wichtigsten nationalen Akteure involviert: das BAG und die AHS. Der zweite Konflikt wurde innerhalb der Sektion Aids des BAG ausgefochten.

Die vom BAG verfolgte Neuausrichtung, die unter dem Stichwort „Transfer“ lief, führte nicht nur zu einem tiefen Zerwürfnis zwischen dem BAG und der AHS (vgl. dazu ausführlich Kübler et al. 2002), sondern auch zu grossen Verunsicherungen bei vielen auf der kantonalen bzw. regionalen Ebene tätigen Akteure. Unterdessen ist jedoch das Thema Transfer vom Tisch und steht nicht mehr zur Diskussion. Die vom BAG ursprünglich geplante strategische Neuausrichtung wird vom neuen Personal auf der Facheinheitsebene und in der Sektion Aids nicht weiterverfolgt.

Die im Rahmen der Transferdiskussion zum Teil heftig geführte Debatte bestärkte die AHS nach eigenen Angaben in ihrem Vorhaben, gegen die Vergabe des Präventionsprojektes für Subsahara-MigrantInnen an die Bietergemeinschaft SRK/STI Rekurs einzulegen.⁴ Von der AHS wurde dieses Projekt als erstes konkretes Beispiel für die Einleitung des Transferprozesses wahrgenommen: „Wenn wir uns jetzt nicht wehren, müssen wir uns später auch nicht wehren“, umschreibt eine Vertreterin der AHS die damalige Situation. Von Seiten des BAG wird ein Zusammenhang zwischen der Auftragsvergabe und der damaligen Transferstrategie innerhalb des Amtes in Abrede gestellt. Der Zuschlag für das STI/SRK-Projekt sei einzig aufgrund der Bewertung der Offerten und Präsentationen gefällt worden, wo es einen klaren Punktevorteil für die späteren Auftragnehmer gegeben habe. Wie dem auch sei, der von der AHS eingereichte Rekurs hatte zur Folge, dass das SRK/STI mit der Umsetzung ihres Migrationsprojektes mit einer einjährigen Verzögerung beginnen musste.

Der zweite grosse Konflikt schwelte bis 2002 innerhalb der Sektion Aids. Von BAG-interner wie auch von externer Seite wurde betont, dass in dieser krisengeschwängerten Zeit eine befriedigende Zusammenarbeit mit der Sektion Aids kaum mehr möglich war, da sich die Sektion in erster Linie mit sich selbst beschäftigte. „Aus der Sektion [Aids] kam überhaupt keine Unterstützung oder irgendwelche Fachmeinung“, beschreibt ein Mitarbeiter des BAG diese unrühmliche Phase. Mittels personeller Veränderungen konnte die prekäre Situation unterdessen entschärft werden. Die Zusammenarbeit mit der Sektion Aids wird neuerdings wieder als fruchtbar erlebt: „Im Moment ist in der Sektion wieder ein kompetentes Team vorhanden. Ich merke, dass ich jetzt in der Sektion Aids wieder Ansprechpartner habe, mit denen ich sprechen kann. Das hatte ich eigentlich seit 1998 nicht mehr, oder nicht mehr in dieser Art.“ Inwiefern dieser sektionsinterne Konflikt sich auf die Präventionsarbeit auswirkte, ist schwierig abzuschätzen.

1.3.4 Organisatorische und strukturelle Veränderungen innerhalb des Präventions-Netzwerkes

In der Untersuchungsperiode 1995 bis 2003 fanden verschiedene organisatorische bzw. strukturelle Veränderungen statt, von denen die von uns untersuchten Präventionsbereiche in unterschiedlichem Ausmass betroffen waren bzw. sind. Diese Anpassungsprozesse sind noch im Gang und werden auch in der unmittelbaren Zukunft fortgeführt. Die von organisatorischen und strukturellen Änderungen am stärksten betroffenen Bereiche sind der Migrations- und der Schulbereich.

◆ Migration

⁴ Der Hauptgrund für die Einreichung eines Rekurses bestand laut Angaben der AHS darin, dass das für die Durchführung des Projektes vorgesehene Budget als völlig unrealistisch betrachtet wurde. Das von der Bietergemeinschaft AHS/Caritas vorgelegte Budget habe zwar den vom BAG vorgegebenen Rahmen gesprengt, sei aber viel realistischer gewesen als dasjenige der Konkurrenz, gab eine Person zu Protokoll.

Im Jahre 2002 lancierten die Bundesbehörden die Gesamtstrategie Migration und Gesundheit 2002-2006. Diese strategische Neu-Ausrichtung wurde vom BAG in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Flüchtlinge (BFF), dem Bundesamt für Ausländerfragen (BFA) und der Eidg. Ausländerkommission (EKA) erarbeitet. Im Rahmen der Strategie Migration und Gesundheit 2002-2006 bildet die Information, Prävention und Gesundheitsförderung in der Migrationsbevölkerung einer von fünf Interventionsbereichen.⁵ In diesem Bereich sollen weiterhin in erster Linie Projekte und Massnahmen gefördert werden, die an Treffpunkten und in Organisationen von MigrantInnen selbst ansetzen und Problemnähe zeigen. Dabei steht die interkulturelle Vermittlung und der Einsatz von MultiplikatorInnen im Vordergrund. Damit solche Projekte sich weiter verbreiten und als Modell dienen können, übernimmt der Bund die Rolle des Promotors von gelungenen Beispielen. Die Umsetzung der Strategie wird in erster Linie vom BFF und BAG finanziert. Das BAG investiert einen Teil seines Präventionsbudgets in Projekte im Migrationsbereich (Aufwendung im Jahre 2000 rund 1,4 Millionen).⁶ Gemäss Gesamtstrategie Migration und Gesundheit sollen die Aufwendungen im Bereich Migration und Gesundheit des BAG-Präventionskredites auf 3.45 Mio. Franken im Jahr 2003 und anschliessend kontinuierlich auf rund 5 Mio. Franken bis 2006 erhöht werden (BAG 2002/2: 40). Diese Zahlen wurden inzwischen gegen unten korrigiert. Das Budget für die Jahre 2003 und 2004 sieht Ressourcen von je rund 3 Mio. Franken vor. Diese Zahl soll gemäss Finanzplanung bis 2006 auf rund 3.7 Mio. Franken gesteigert werden⁷ (BAG-internes Dokument).

Dieser aktuellen Entwicklung sind verschiedene Änderungen vorangegangen. 1996 wurde das Thema Migration und Gesundheit durch den der Facheinheit Sucht und Aids angegliederten Dienst Migration strukturell verankert. Im Rahmen dieser Umstrukturierung wurde das Projekt Migration und Gesundheit (PMG) dem Dienst Migration unterstellt und administrativ ausgegliedert. Von 1996 bis zu seinem Ende 2002 wurde das PMG vom Schweiz. Tropeninstitut umgesetzt. Das heisst, die ProjektmitarbeiterInnen hatten zwar einen Arbeitsvertrag mit dem STI, arbeiteten aber teilweise im BAG bzw. zu Hause. Anfangs 2002 wurde das PMG schliesslich beendet und die Strategie Migration und Gesundheit 2002-2006 lanciert.

Durch die Schaffung eines Migrationsdienstes fühlte sich das Projekt Migration und Gesundheit (PMG) in eine Konkurrenzsituation gedrängt, da es die Themenführerschaft abgeben musste. Die Evaluatoren kommen denn auch zum Schluss, dass die Ausrichtung und Arbeitsweise des PMG den heutigen internen und externen Erwartungen nicht mehr ausreichend gerecht werden. Eine befragte Person meint: „Es war eigentlich atypisch, dass man das Projekt überhaupt vom BAG aus operativ führte. Normalerweise macht das BAG ein Mandat mit einer Partnerorganisation und diese führt das Projekt. Ich würde mal einfach sagen, dass sich der Gründer des Projektes nicht von seinem Kind lösen konnte. Es erstaunt, dass dies überhaupt möglich war.“ Das PMG sei strukturell ein Ding der Unmöglichkeit gewesen und sei am Schluss völlig aus dem Ruder gelaufen.

Die Resultate der Evaluation und die Ausarbeitung einer Gesamtstrategie Migration und Gesundheit hatten schliesslich zur Folge, dass das Projekt Migration und Gesundheit 2002 auf

⁵ Die anderen vier Bereiche sind die folgenden: Bildung (Aus-, Fort- und Weiterbildung), Gesundheitsversorgung, Therapieangebot für traumatisierte Flüchtlinge und Asylsuchenden und Frischung (Grundlagen, Evaluation und Monitoring).

⁶ Migration wird zumindest bis 2002 in der Staatsrechnung nicht als einzelner Präventionsbereich aufgeführt.

⁷ Quelle: BAG-internes Dokument.

Eis gelegt wurde. Erfolgreiche und in die Strategie passende Projekte sollen in neue Strukturen überführt und dort systematisch bearbeitet werden (BAG 2002: 21).

◆ *Schule*

Auch bezüglich Aidsprävention an Schulen werden momentan vielfältige Aktivitäten entwickelt. Seit 1999 sind Bestrebungen im Gange, die HIV/Aids-Prävention sowie die Sexualerziehung an Schulen auf nationaler Ebene zu koordinieren und zu unterstützen. Im Nationalen HIV/Aids-Programm 1999-2003 war vorgegeben: „Bis Ende 2001 ist an Volks-, Berufs- und Mittelschulen die HIV-Problematik Bestandteil der Diskussion über Liebe, Beziehungen und Sexualität; die Themen sexuell übertragbare Krankheiten und Sucht werden mit einbezogen.“ Die Evaluation der „Politik und Praxis der Sexualerziehung und HIV-Prävention in Schweizer Schulen“ (Spencer et al. 2001) hatte jedoch zum Ergebnis, dass die Sexualerziehung und HIV/Aids-Prävention an Schweizer Schulen nicht genügend abgedeckt wird. Insbesondere wurden Defizite bei der Prävention in Berufsschulen, den gesetzlichen Grundlagen sowie bei der Aus- und Weiterbildung von LehrerInnen und Fachleuten festgestellt. Zudem wurde auf die erheblichen Unterschiede zwischen der Westschweiz und der Deutschschweiz hingewiesen: So übernehmen in der Westschweiz externe Lehrkräfte die HIV/Aids-Prävention, im Tessin und in der Deutschschweiz hingegen nehmen sich die regulären Lehrpersonen der Aufklärung an (Spectra 29 u. 36, Spencer et al. 2001). Im Anschluss an diese Evaluation beschloss das BAG, längerfristig eine auf den Erfahrungen der Kantone abgestützte, nationale Harmonisierung der HIV/Aids-Prävention und Sexualerziehungen in den Schulen anzustreben. Dafür beauftragte das BAG das Institut für angewandte Argumentenforschung in Bern eine Steuergruppe mit acht Expertinnen des Fachbereichs zu bilden und diese bei der Ausarbeitung eines Strategiepapiers zu unterstützen. Die Experten hielten im Strategiepapier fest, dass eine fokussierte, gesamtschweizerische Interventionspolitik einen Konsens zwischen Sprachregionen, Fachleuten, Kantonen und Schulen über Ziele und Inhalte bedinge. Ein solcher Konsens bzw. Qualitätsstandards fehlen hier noch weitgehend. Für die weitere Projektorganisation empfehlen die Experten deshalb, zunächst innerhalb der vier bestehenden EDK-Regionen zu arbeiten und der Frage der institutionellen Vernetzung besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Der zentrale Vorschlag des Strategiepapiers besteht in der Gründung einer nationalen Koordinationsstelle, welche das Ziel von „qualitativ hochstehenden, für die Schweiz flächendeckenden Interventionen bei Schülerinnen und Schülern und bei Jugendlichen zum Thema sexuelle und reproduktive Gesundheit“ sicherstellen soll. Diese Koordinationsstelle wird zur Zeit von der AHS im Auftrag des BAG und der EDK in Zusammenarbeit mit PLANeS aufgebaut. Für diese Projektarbeit steht ein Budget von rund 150'000 Franken zur Verfügung. Für die Projektleitung setzt die AHS 45% ein. Hinzu kommt eine Assistenzstelle von 20%. Sowohl PLANeS wie auch die AHS müssen Eigenleistungen erbringen.

Der Ausgang der Bemühungen, mittels eines bundesweit tätigen Kompetenzzentrums die Qualität der Aidsprävention im Schulbereich zu steigern, ist ungewiss. So wird von Einzelnen die Bildung eines Kompetenzzentrums grundsätzlich in Frage gestellt. Sie sind der Meinung, Gesundheitsthemen sollten *innerhalb* des Bildungssystems angesiedelt werden, externe Organisationen seien von vornherein zum Scheitern verurteilt. Diese Schwierigkeiten sind den Projektverantwortlichen durchaus bewusst: „Das Bildungssystem hat sich bis jetzt immer abgeschottet gegenüber anderen Teilsystemen. Man muss versuchen, die Gartenzäune abzubauen. Ob uns das mit unserem Projekt gelingt, wissen wir nicht. Wir arbeiten bereits jetzt sehr nahe mit Leuten aus dem Bildungsbereich zusammen. Ob uns das gelingt, das ist völlig offen.“

Als Grundproblem wird auch betrachtet, dass der Erziehungsbereich eine Domäne der Kantone ist. „Wir müssen Lösungen finden, die 26 Kantone am Schluss akzeptieren können. [...] Letztendlich müssen wir uns mit 26 verschiedenen Erziehungsdirektionen auseinandersetzen. Das ist für uns das grösste Fragezeichen in Bezug auf das Reüssieren dieses Projektes.“

Ein anderer Kritikpunkt zielt auf die Zusammenarbeit zwischen der AHS und PLANeS, da die beiden Organisationen höchst unterschiedlich mit Ressourcen ausgestattet sind. „Wenn man das von aussen betrachtet, sieht man, dass das schwierig sein muss, weil die AHS etwa 30 Leute hat und PLANeS eine halbe oder eine ganze Stelle.“ Zudem wird befürchtet, dass sich die beiden Organisationen auch thematisch ins Gehege kommen. „Ich denke, die AHS hat Aspirationen, sich in das Thema einzumischen. Sie werden ihre Bedeutung ausweiten wollen über Aids hinaus, andere sexuell übertragbare Infektionen und reproduktive und sexuelle Gesundheit; das ist die Entwicklungslinie. Dabei kommen sie naturgemäss PLANeS ins Gehege. Das wird sicher einen Konflikt geben, ausser es passiert ein Wunder.“ Ausweitungsgelüste seitens der AHS, die bis hin zu einer Fusion mit PLANeS gehen könnten, werden jedoch von der AHS entschieden in Abrede gestellt. Die bisherige Zusammenarbeit mit PLANeS wird als sehr gut und als gegenseitig befruchtend bezeichnet, sei jedoch mit einem hohen Informations- und Kommunikationsaufwand verbunden, gibt eine AHS-Vertreterin zu bedenken.

Diese Ausführungen verdeutlichen, dass es zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich ist, die Auswirkungen dieser strukturellen Änderungen auf die Aidsprävention im Schulbereich abzuschätzen. Ob die von Spencer et al. (2001) aufgedeckten Mängel mit diesem Ansatz beseitigt werden können, bleibt abzuwarten. Sicher ist, dass es bis zur erfolgreichen Implementation des geplanten Kompetenzzentrums noch manche Hürde zu überwinden gilt. Ungeachtet dessen wird Aidsprävention an Schulen - in welchem Ausmass und in welcher Qualität auch immer - nach wie vor ein Thema bleiben.

◆ *STOP AIDS*

Auch in diesem Bereich kam es im Laufe der Jahre zu einigen organisatorischen Anpassungen. In diesem Zusammenhang zu erwähnen ist vor allem der im Laufe der Zeit eingetretene Bedeutungsverlust des Kreativteams. Bis Mitte der 90er Jahre trug das Kreativteam die Hauptverantwortung für Inhalt und Ausrichtung der nationalen Kampagnen: „Das Kreativteam [...] machte eigentlich die Kampagne und entschied, und vertrat gegen Aussen. Der Direktor durfte noch eine Vetofunktion ausüben“, erklärt ein Vertreter des BAG. Seither ist das Kreativteam vermehrt in die Rolle eines Konsultativorgans gerutscht: seine Meinung wird eingeholt, Inputs werden wenn möglich berücksichtigt, aber der abschliessende Entscheid liegt nicht mehr beim Kreativteam, sondern bei der Direktion des BAG. „Der eigentliche Entscheid, was gemacht wird und was man nimmt, wird jetzt beim Direktor BAG gefällt und nicht primär einfach im Team [...]. Es hat sich also verlagert, beschreibt ein Interviewter die neue Rolle des BAG-Direktors. Die dem Kreativteam verordnete neue Rolle lief offenbar nicht ohne Auseinandersetzungen ab. An einer zweitägigen Retraite sei die neue Rolle des Kreativteams - zusammen mit einer externen Beratungsperson - diskutiert worden, gab eine Person zu Protokoll. Im Anschluss daran habe das „Gründungsmitglied“ des Kreativteams die Konsequenzen gezogen und sei aus dem Gremium ausgetreten.

Die organisatorischen Anpassungen im Bereich der STOP AIDS-Kampagnen hatten keine gegen Aussen sichtbare Auswirkungen. Ein Gesprächspartner aus dem BAG meinte jedoch, „die Expo-Kampagne wäre wahrscheinlich mit einem starken Einbezug oder mit der Leitung des Teams so nicht zustande gekommen, oder überhaupt nicht zustande gekommen. Die Expo war ein schwieriger Partner. Man hätte sich wahrscheinlich gar nie gemeinsam gefunden.“ Als positiver Effekt wurde uns gegenüber auch der grössere Handlungsspielraum des BAG erwähnt, von dem die Kampagne profitiert habe. Als Beispiel hierfür wurde das Internetspiel *Catch the Sperm* erwähnt. „Diese Erfolgsgeschichte wurde absolut unabhängig vom Team entwickelt. Das wurde BAG-intern realisiert, aufgrund einer Ausschreibung, die wir machten für die Internetseite www.stop-aids.ch,... wurde dieses Spiel präsentiert, zusätzlich zur Internetseite, als Marketinginstrument eigentlich, um Traffic zu generieren.“⁸

◆ *BAG-intern*

Schliesslich sind auch BAG-interne strukturelle Veränderungen zu erwähnen, soll doch die Facheinheit Sucht und Aids, der die Sektion Aids angegliedert ist, einer Reorganisation unterzogen werden. Geplant ist nach uns vorliegenden Informationen die Schaffung zweier Abteilungen. Es ist denkbar, dass in der einen Abteilung alle suchtrelevanten Themen (Alkohol, Tabak, Drogen) angesiedelt werden könnten. Aids würde in eine zweite Abteilung fallen, die beispielsweise unter der Bezeichnung „sexuelle und reproduktive Gesundheit“ figurieren könnte. Doch dies alles war zum Zeitpunkt unserer Datenerhebung noch Zukunftsmusik. Die MitarbeiterInnen des BAG sind sich offensichtlich Reorganisationen innerhalb ihres Amtes gewohnt: „Es ist jetzt bereits meine vierte oder fünfte Reorganisation, seit 1992. Es heisst, jede Reorganisation ist abgeschlossen, und dann geht es ein halbes Jahr und dann kommt die nächste. Und jede dauert zwei Jahre und bindet 10 bis 20% des Arbeitspensums.“ Ein anderer BAG-Mitarbeiter meinte: „Mir ist es egal, was sie um mich herum reorganisieren. Ich werde mit meinen paar Leuten immer irgendwo arbeiten können. Ich bin nicht sehr empfindlich auf Veränderungen im Umfeld.“ Die von der Facheinheitsleitung initiierte Reorganisation scheint also bei den Betroffenen bis jetzt keine Bauchschmerzen zu verursachen.

◆ *AID*

Der Vollständigkeit halber soll hier noch eine letzte strukturelle Änderung erwähnt werden, die jedoch mit unserem Untersuchungsfeld der Aidsprävention nur indirekt etwas zu tun hat. Es handelt sich dabei um die per Ende 2003 erfolgte Auflösung der Aids Info Docu (AID), bzw. um die Integration eines Teils der bisherigen Aufgaben der AID in die AHS. Laut AHS handelt es sich nach 1999 und 2000 bereits um den dritten Versuch, die beiden Organisationen zusammenzuschliessen bzw. zu fusionieren. Begründet wird das Vorhaben in erster Linie mit der Flaute in der Bundeskasse. Von der AID „werden Leistungen erbracht, die schön sind, wenn das Geld vorhanden ist, aber es ist wirklich nice-to-have“, meint eine Person.

Die Nicht-Verlängerung des Vertrages mit der AID per Ende 2003 wird keine unmittelbaren Auswirkungen auf die HIV/Aids-Prävention haben. Eine indirekte Folge könnte höchstens sein, dass durch das eingesparte Geld mehr Mittel für die Präventionsarbeit frei würden. Ein Vertreter des BAG meint dazu, es mache mehr Sinn, „ein paar Infektionen zu verhüten, als die Aidsarbeit gut zu dokumentieren.“ Inwiefern das gegen Aussen am besten sichtbare

⁸ Daraus darf natürlich nicht der Schluss gezogen werden, dass mit einem stärkeren Einbezug des Kreativteams *Catch the Sperm* nicht hätte realisiert werden können.

Produkt der AID, die Aids-Infothek, deren Kadenz bereits verändert wurde, von der Sparmassnahme betroffen sein wird, kann zur Zeit noch nicht abgeschätzt werden. Tatsache jedoch ist, dass auch dieses Produkt als *nice-to-have* und nicht als *must* eingeschätzt wird. Die AHS wird nach eigenen Angaben die Aids-Infothek nur dann weiterführen, wenn sie dafür vom BAG die nötigen Mittel erhält. Eigenmittel könnten für diese Aufgabe keine zur Verfügung gestellt werden.

1.4 Das Ende des New Public Health-Ansatzes in der Aidspolitik?

Der Aidsbereich ist während den ersten zehn Jahren der Epidemie beinahe ausschliesslich von Präventionsfachleuten dominiert worden. Erst seit Mitte der 90er Jahre hat der klinische Bereich mit der Entwicklung von wirksamen antiretroviralen Kombinationstherapien Boden gut gemacht. Aids ist zwar nach wie vor nicht heilbar, doch die Lebensperspektiven von HIV-Infizierten haben sich grundlegend verbessert. Angesichts dieser enormen medizinischen Fortschritte in der Behandlung von HIV/Aids stellt sich die Frage, ob und in welchem Ausmass die Errungenschaften der New Public Health unter Druck geraten. Dieser Frage widmet sich das folgende Kapitel.

1.4.1 HAART und der neue Stellenwert der klinischen Medizin in der Aidspolitik

1.4.1.1 Die Einführung der Kombinationstherapie Mitte der 90er Jahre

Aids ist zwar nach wie vor eine unheilbare Krankheit, doch stehen seit Mitte der 90er Jahre wirksame Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung, die bei vielen Menschen nicht nur die Lebenserwartung steigern, sondern auch deren Lebensqualität. Dieser Erfolg ist der hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART) zu verdanken. Weitere, nicht unwesentliche Fortschritte in der medikamentösen Behandlung von HIV und Aids werden erwartet. „Zu denken ist beispielsweise an vereinfachte Einnahmeschemen, die Entwicklung von individuell abgestimmten, optimalen Kombinationstherapien oder die Zulassung weiterer, wirksamer Substanzen gegen HIV, insbesondere gegen resistente Viren.“ (Aids Infothek 3/00: 3).

Zu Beginn der Epidemie wurde der Schwerpunkt der medizinischen Bemühungen auf verbesserte Behandlungsmöglichkeiten akut auftretender opportunistischer Erkrankungen gelegt. 1987 wurden in den USA die ersten Medikamente (AZT, Retrovir) zur Behandlung der HIV-Infektion zugelassen. Doch die Einnahme dieser Medikamente war in vielen Fällen mit enormen Nebenwirkungen verbunden. Zudem erbrachten die in diesem Zusammenhang durchgeführten klinischen Studien keine befriedigenden Ergebnisse. Bis 1994 wurden weitere Medikamente entwickelt. Erste klinische Studien zeigten, dass die Kombination von zwei antiretroviralen Substanzen die Krankheitsprogression besser zu verzögern vermag als der Einsatz nur einer Substanz. Mit der Entwicklung einer ganz neuen Medikamentengruppe, den sog. Protease-Inhibitoren, gelang schliesslich der Durchbruch in der antiretroviralen Therapie. Ab 1995/96 gelangten die Fachleute zur Erkenntnis, „dass der kombinierte Einsatz von mehreren Medikamenten erforderlich ist, um langfristig eine Hemmung der Virusreplikation zu erzielen.“ (Arastéh/Simon 2000: 4). Die Kombinationstherapie gegen HIV war geboren. 1997 schliesslich wurde HAART durch die Möglichkeit einer Post-Expositions-Prophylaxe (PEP) ergänzt. Eine PEP-Behandlung muss innerhalb von 72 Stunden nach einer eventuellen HIV-Infektion begonnen werden. Die Behandlung erstreckt sich über vier Wochen. PEP

bringt die tägliche Einnahme mehrerer Medikamente mit sich, die entsprechende Nebenwirkungen haben. Eine Erfolgsgarantie gibt es dabei nicht.

Die Einleitung und Durchführung einer antiretroviralen Therapie ist eine komplexe Angelegenheit. Allgemeingültige Empfehlungen, wann welche Substanzen in welcher Kombination und Reihenfolge eingesetzt werden sollen, sind ein Ding der Unmöglichkeit. Jede Patientin und jeder Patient reagiert anders auf den Medikamentencocktail. Zudem ist die Durchführung einer antiretroviralen Therapie mit hohen Kosten verbunden.⁹

Dennoch hat der Erfolg der klinischen Medizin die Bedeutung einer HIV-Infektion grundsätzlich gewandelt. Die dank HAART eingetretene „Beherrschbarkeit“ der Infektion hat dazu geführt, dass die Lebenserwartungen von HIV-positiven Menschen beträchtlich gestiegen sind. Demgegenüber stellt die Kombinationstherapie für die Verhaltensprävention eine grosse Herausforderung dar. Offenbar gibt es eindeutige Hinweise dafür, „dass der durch die HIV-Therapien geförderte Optimismus zunehmend an Einfluss gewinnt, sowohl auf die Einschätzung der von HIV und Aids ausgehenden Gefahr als auch darauf, wie die Notwendigkeit bewertet wird, sich beim Sex vor einer möglichen Infektion zu schützen.“ (Aggleton 1999: 4). HAART hat also nicht nur zu einem Wandel der Wahrnehmung von HIV/Aids, sondern auch zu Verhaltensänderungen in der Bevölkerung geführt. Zudem wird das Verhältnis zwischen medizinischer Versorgung und Primärprävention sehr viel komplexer.

1.4.1.2 Die Funktionsweise von HAART innerhalb des schweiz. Gesundheitssystems

Die Behandlung von HIV mit einer wirksamen antiretroviralen Kombinationstherapie erfolgt entweder durch ein spezialisiertes, der Schweiz. Kohortenstudie angeschlossenes Universitäts- bzw. Kantonsspital oder durch irgendein anderes Kantonsspital der Schweiz. Ende 2000 existierten in der Schweiz sieben spezialisierte Behandlungszentren in den Städten Basel, Bern, Genf, Lausanne, Lugano, St. Gallen und Zürich. Zusätzlich kann die Behandlung auch durch allgemein praktizierende ÄrztInnen erfolgen. Die anfallenden Kosten werden vollumfänglich von der Krankenversicherung übernommen.

Eine wichtige Rolle im Bereich von HAART spielt die Subkommission Klinik (SKK) der Eidg. Kommission für Aids-Fragen (EKAF). So gibt die SKK seit 1998 laufend aktualisierte Empfehlungen zur antiretroviralen HIV-Therapie ab. Daneben werden Empfehlungen zur HIV-Exposition im Medizinalbereich, zu PEP, für die antiretrovirale Behandlung während der Schwangerschaft etc. publiziert. Die Publikation erfolgt jeweils im BAG-Bulletin.

Im Bereich der klinischen Forschung ist die Schweiz. HIV-Kohortenstudie (*Swiss HIV Cohort Study*, SHCS) zu erwähnen. Sie wird vom Schweiz. Nationalfonds finanziert. Die seit 1988 betriebene SHCS ist, abgesehen von der europäischen EUROSIDA-Kohorte, die weltweit grösste ihrer Art. Betrieben wird sie in Zusammenarbeit mit HausärztInnen von den sieben HIV-Behandlungszentren der Schweiz (s. oben). Im Rahmen der SHCS werden epidemiologische, klinische und laborspezifische Daten von HIV-Infizierten erfasst. Bisher wurden die Daten von über 11'000 Menschen gesammelt. Diese Zahl entspricht 70% der dem

⁹ 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. Daraus leitet der Autor ab: „avoiding a HIV case cost less than a lifetime treatment of an infected patient.“ (Zürn et al. 2001: 42).

BAG gemeldeten Fälle, weshalb die Studie als repräsentativ gilt. Das oberste Ziel der SHCS besteht darin, die Behandlungsqualität für Menschen mit HIV und Aids zu verbessern. Zudem trägt die SHCS dazu bei, eine gesamtschweizerische Unité de Doctrine zu etablieren. (vgl. Flepp 2000). Die Schweiz. HIV-Kohortenstudie betreibt eine eigene Website (www.shcs.ch).

1.4.2 Interessenkonflikt zwischen präventiver und klinischer Medizin?

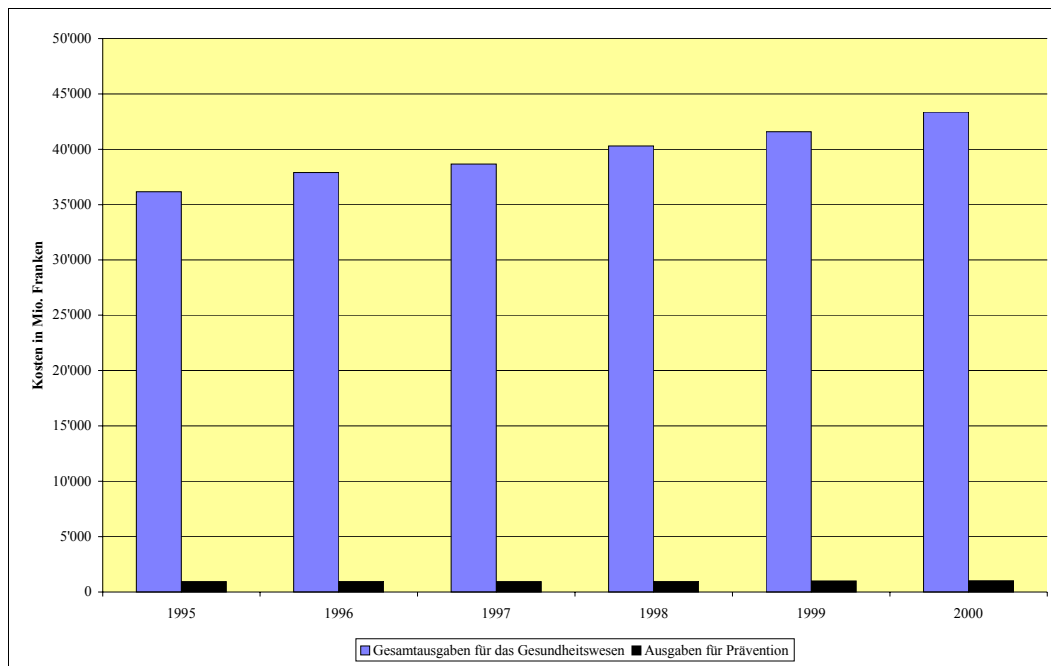
1.4.2.1 Beziehungen zwischen dem präventiven und klinischen Bereich

Die wichtigste Plattform für einen Austausch zwischen Präventionsfachleuten und dem klinischen Bereich bildet auf der nationalen Ebene die EKAF. Dieser institutionell verankerte Austausch wird jedoch dadurch in Frage gestellt, dass der medizinische Bereich innerhalb der EKAF sich in zwei Fachkommissionen abgespalten hat, einer Subkommission Klinik sowie einer Subkommission Labor und Diagnostik. Ein Gesprächspartner meint denn auch etwas resigniert: „Diskussionen zwischen Public Health-Leuten und [...] Ärzten gibt es nicht mehr, weil sie sich nicht mehr sehen.“ Eine andere Person gab diesbezüglich zu Protokoll: „Das Konstrukt ist jenseits, aber es ist halt jetzt so.“ Generell scheint es also um die Zusammenarbeit zwischen präventivem und klinischem Bereich nicht zum Besten zu sein. Ein Befragter meinte etwas zynisch: „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.“

1.4.2.2 Konfliktpotenzial: Gegenspieler oder komplementäre Partner?

Obschon zwischen dem präventiven und dem klinischen Bereich offenbar eher ein Neben- als ein Miteinander zu existieren scheint, kann dennoch nicht von einem Konflikt zwischen den beiden Bereichen gesprochen werden. Für das Fehlen eines Konfliktes werden von den konsultierten ExpertInnen vor allem zwei Gründe angegeben:

- Das Verhältnis zwischen präventivem und klinischem Bereich kann mit dem Bild David gegen Goliath umschrieben werden (vgl. Abbildung 6). Der Präventionsbereich spielt eine dermassen marginale und unbedeutende Rolle im schweiz. Gesundheitssystem, dass sich der wesentlich mächtigere und bedeutendere klinische Bereich davor überhaupt nicht zu fürchten braucht. Laut Somaini (2004) verursachte das schweiz. Gesundheitswesen im Jahre 2000 Kosten in der Höhe von rund 43 Mia. Franken. Kaum 3% davon (ca. 1 Mia. Franken) wurden für Prävention ausgegeben. Die Gesundheitsförderung wurde von der Statistik kaum erfasst (Somaini 2004: 72).

Abbildung 6: Kosten des schweiz. Gesundheitswesens

Quelle: Somaini 2004: 72

- Die beiden Bereiche werden aus unterschiedlichen Töpfen finanziert, Verteilungskonflikte sind daher von vornherein eher auszuschliessen. Der Präventionsbereich wird in erster Linie durch den im BAG eingestellten Präventionskredit finanziert. Die vom klinischen Bereich erbrachten aidsrelevanten Leistungen werden hingegen in erster Linie vom Krankenversicherungsgesetz abgedeckt. Eher wahrscheinlich sind Verteilungskämpfe im Forschungsbereich, denn die klinische Forschung sowie die sozialwissenschaftliche und Public Health-Forschung werden von ein und demselben Aidskredit gespiesen, der vom Schweiz. Nationalfonds verwaltet wird bzw. wurde. Ob es zwischen den beiden Forschungsbereichen bereits zu Verteilungskämpfen um knappe Forschungsmittel gekommen ist, ist nicht Gegenstand dieser Arbeit. Eine Person meinte jedoch zu diesem Themenkomplex, dass die sozialwissenschaftliche Forschung aufpassen müsse, dass sie zu ihren Forschungskrediten komme: „Die Kliniker sind super gut organisiert. Die verteidigen ihre Gelder wie ein Mann. Dies beobachte ich bei den Sozialwissenschaftlern nicht. Die arbeiten anders, haben andere Formen der Zusammenarbeit. Diesbezüglich sehe ich eher eine Gefahr, dass noch mehr zu Ungunsten des sozialwissenschaftlichen Bereichs verändert wird.“

Die seit Mitte der 90er Jahre bestehende Möglichkeit, das HI-Virus mit einem wirksamen Medikamenten-Cocktail zu bekämpfen, wird gemäss den von uns befragten Personen vom klinischen Bereich nicht dazu missbraucht, die Präventionsarbeit zu hinterfragen. „Die Mediziner, die im HIV/Aids-Bereich arbeiten, [...] siedeln den Stellenwert der Prävention sehr hoch an“, umschreibt eine befragte Person aus dem Präventionsbereich die aktuelle Situation, „diesbezüglich beobachte ich keine Ausspielereien der verschiedenen Akteure, im Gegenteil, es wird gut zusammengearbeitet.“ Eine andere Person ist der Überzeugung, „die Wichtigkeit der Prävention ist inzwischen relativ breit und gut akzeptiert. Noch vor 20 Jahren wäre das anders gewesen.“ Auch von der Politik her sei noch kein Vorstoss eingegangen, der mehr Gelder für die Therapie und weniger für die Prävention gefordert hätte. Auch wenn man

die Präventions- den Behandlungskosten gegenüberstellt, macht ein Rückzug aus der Prävention wenig Sinn: „These results underline the importance of prevention and we strongly believe that prevention should not be neglected as a tool to limit social cost.“ (Zürn et al. 2001: 44).

1.4.3 Auswirkungen auf die Aidsprävention

Wie wir weiter oben aufzeigen konnten, handelt es sich bei den beiden Bereichen Prävention und Klinik um zwei extrem unterschiedlich starke Akteurgruppen. Die Zusammenarbeit klappt offenbar eher schlecht als recht, trotzdem wäre es falsch, die Beziehung als konfliktbehaftet zu charakterisieren. Der in den Staatsrechnungen zum Ausdruck kommende Ressourcenrückgang im Bereich der Aidsprävention (vgl. Abbildung 3) hat nicht so sehr mit einem vom klinischen Bereich ausgehenden Druck zu tun, als vielmehr mit dem permanenten Spardruck, dem sich die Bundesverwaltung ausgesetzt sieht. Offenbar besteht demnach kein Zusammenhang zwischen dem seit Mitte der 90er Jahre zu konstatierendem Erfolg der medikamentösen Behandlung von HIV und Aids und dem Ressourcenrückgang in der Aidsprävention. Auswirkungen des relativen Erfolgs von HAART sind wohl in erster Linie auf der individuellen Ebene zu beobachten, wo die Regeln des Safer Sex und Safer Use zunehmend lascher eingehalten werden.

1.5 Fazit: Die wichtigsten Entwicklungstendenzen in der Aidspräventionspolitik

Die HIV/Aids-Epidemie hat sich - zumindest in den entwickelten Ländern des Westens - seit Mitte der 80er Jahre stark gewandelt. Im ersten Jahrzehnt der Epidemie war die klassische Medizin völlig machtlos. Sich mit dem HI-Virus zu infizieren bedeutete bei den allermeisten Betroffenen das sichere Todesurteil. Die Gesundheitsbehörden waren demzufolge gezwungen, neue Wege zu beschreiten und vorerst voll auf die Karte Prävention zu setzen, der einzigen Möglichkeit, die weitere Ausbreitung der Epidemie einzudämmen. HIV/Aids zwang die Öffentlichkeit dazu, sich mit Tabuthemen wie Sexualität, Sucht und Tod auseinanderzusetzen. Erst seit rund zehn Jahren gibt es - wiederum vor allem in Ländern des Westens - Möglichkeiten, das Virus mit dem Einsatz von Medikamenten in Schach zu halten. Aber nach wie vor ist HIV/Aids nicht heilbar. Ob und wann es einen wirksamen Impfstoff geben wird, steht zur Zeit noch in den Sternen.

Auch die Politik passte sich im Verlaufe der Zeit den neuen Rahmenbedingungen der Epidemie an. Die folgenden Überlegungen fassen die wichtigsten Entwicklungstendenzen in der Aids(präventions)politik zusammen.

◆ 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.

◆ *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. 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.

Die sinkenden Ressourcen in der Aidsprävention haben bis jetzt nicht dazu geführt, dass entsprechende Projekte bzw. Programme gestrichen werden mussten. Jedoch 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.

◆ *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.

◆ *Umstrukturierungen*

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

Migration¹⁰. 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. Eine chaotische 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.

◆ *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 kostspieligen 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. Aus der Sicht der klinischen Medizin handelt es sich also beim Präventionsbereich um einen marginalen „Partner“, mit dem eine engere Zusammenarbeit kaum Mehrwert generiert.

Tabelle 2: 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 | -Schaffung Dienst Migration |

¹⁰ 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.

| | | | | |
|---------------------|--|--|--|---|
| | | | BAG wegen Projektvergabe | |
| <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 Kreativtemas | Rückgang seit 1993; Sockel von 2.7 Mio. Franken beinahe erreicht | innerhalb Kreativteam | keine |

1.6 Verwendete Dokumente und Quellen

a) Dokumente

- AGGLETON, Peter (1999): „HAART und die Aids-Prävention - eine Herausforderung der Zukunft“. In: *Aids Infothek 4/1999: Einfluss von HAART auf das Präventionsverhalten*. Bern: Aids Info Docu: 4-9
- AIDS INFO DOCU (2000): *Aids-Infothek 6/2000: Aids und Prostitution*. Bern: Aids Info Doku
- AIDS INFO DOCU (2002): *Aids Infothek 3/2002: Migration und HIV-Prävention*. Bern: Aids Info Docu.
- AIDS-HILFE SCHWEIZ: Jahresberichte 2002, 2003
- ALLEMANN, Markus (2002): STOP AIDS 2002: Prävention im Reich der Sinnen. In: AIDS-INFOTHEK(Nr. 2/2002). Bern: Aids Info Docu Schweiz
- BAG PRESSEMITTEILUNG (15. April 2003): *Das BAG lanciert die Kampagne 2003*
- BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT (2002): Projekt Migration und Gesundheit: Schlussbericht 2000-2002. Bern
- 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
- BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT, BUNDESAMT FÜR FLÜCHTLINGE, BUNDESAMT FÜR AUSLÄNDERFRAGEN und EIDGENÖSSISCHE AUSLÄNDERKOMMISSION (2002): *Migration und Gesundheit. Strategische Ausrichtung des Bundes 2002-2006*. Bern
- EFIONAYI-MÄDER, Milena CHIMIENTI, Stefano LOSA und Sandro CATTACIN (2001): *Evaluation des Gesamtprogrammes "Migration und Gesundheit" des Bundesamtes für Gesundheit*. Neuchâtel: Forum für Migrationsstudien
- UEPP LAUSANNE (1999): *Evaluation der Aids-Präventions-Strategie in der Schweiz. Sechster zusammenfassender Bericht 1996-1998*. Lausanne: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne

- FLEPP, Markus (2000): „Die Schweizerische HIV-Kohortenstudie (SHCS)“. In: *Aids Infothek 3/00: Behandelbarkeit von HIV/Aids*. Bern: AID: 44-45.
- GLAUSER, Christoph (2001): *Strategiepapier: Sexualerziehung und HIV-Prävention in den Schulen*. Bern: Institut für angewandte Argumentenforschung (IFAA).
- KOCHER, Kurth W. (1993): *STOP Aids. Die Stop Aids-Story 1987-1992*. Herausgeber STOP Aids-Kampagne, der Aids-Hilfe Schweiz (AHS) und des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)
- SOMAINI, Bertino (2004): „Gesundheitsförderung und Prävention, Public Health“. In: KOCHER, Gerhard und Willy OGGIER (Hrsg): *Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006. Eine aktuelle Übersicht*. Bern etc.: Verlag Hans Huber: 65-75
- Spectra 2001/Nr. 29: *HIV/Aids-Prävention und Sexualität gehören ins Pflichtprogramm*
- Spectra 2002/Nr. 36: *Sexualerziehung in den Schulen*
- SPENCER, Brenda et al. (2001): *Politiques et pratiques cantonales en matière de prévention VIH/SIDA et d'éducation sexuelle à l'école*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Coll. Raison de santé 66).
- STEMMLE, Dieter und Sandro CATTACIN (2002): *Strategien nachhaltiger Bevölkerungsinformation. Eine Analyse der Stop-Aids-Präventionskampagnen des Bundesamtes für Gesundheit unter besonderer Berücksichtigung des Social Marketing*. Im Auftrag des Bundesamt für Gesundheit
- ZUPPINGER, Brigitte, C. KOPP und H.-R- WICKER (2000): *Interventionsplan HIV/Aids-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen*. Rapid Assessment im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Bern: Institut für Ethnologie der Universität Bern
- ZÜRN, Pascal et al. (2001) *Social Cost of HIV Infection in Switzerland*. Lausanne: Institut d'économie et management de la santé (IEMS)

b) Internetquellen

- www.aids.ch
- www.bag.admin.ch/aids/prävention
- www.don-juan.ch
- www.malsexwork.ch
- www.stopaids.ch

1.7 Liste der interviewten Personen

| interviewte Person(en) | Institution | Datum |
|------------------------|---|----------------|
| Allemann, Markus | BAG, Leiter Sektion Kampagnen und Marketing | 24. April 2003 |
| Hanselmann, Verena | BAG, Fachstelle Migration und Gesundheit | 30. April 2003 |
| Hess, Beat | BAG, Leiter Fachstelle Schulen und Gesundheit | 23. April 2003 |
| Lee, Chung-Yol | BAG, Leiter Facheinheit Sucht und Aids | 16. Mai 2003 |
| Rutman, Ruth | AHS, Geschäftsleiterin | 7. Mai 2003 |
| Ryser, Liliane | AHS, Bereichsleiterin Prävention | 12. Mai 2003 |
| Spang, Thomas | BAG, Leiter Fachstelle Migration und Gesundheit | 24. April 2003 |
| Staub, Roger | BAG, Leiter Sektion Aids | 29. April 2003 |

2 Fallstudie Kanton Aargau

Der Regierungsrat und der Grosse Rat wurden im Kanton Aargau in den 90er Jahren durch eine bürgerliche Mehrheit bestimmt, die auch in der aktuellen Legislaturperiode 2001-2005 ihre Fortsetzung findet. Das Kräfteverhältnis zwischen den einzelnen Parteien änderte sich aber im Regierungsrat und im Grossen Rat bei den letzten Wahlen erheblich. So verlor die SP ihren Status als Regierungspartei und grösste Fraktion, die SVP hingegen stieg zur wählerstärksten und grössten Fraktion auf.

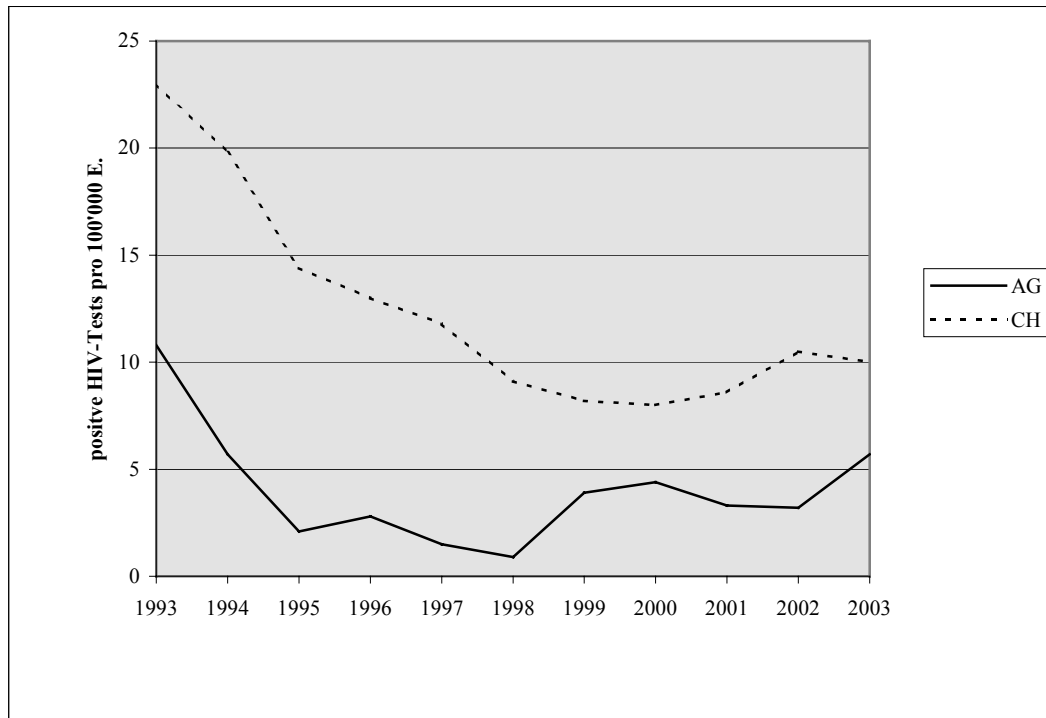
Der fünfköpfige Regierungsrat war zwischen 1985 und 1998 aus je einem Vertreter der CVP, SP, SVP und zwei Vertretern der FDP zusammengesetzt. Die SP verlor 1998 bei der Ersatzwahl ihres Regierungsvertreters ihren Sitz an einen parteilosen, aber ehemaligen SP-Politiker.¹¹ Darauf zog sich die SP in die Opposition zurück. Bei den letzten Regierungsratswahlen im November 2000 konnte die FDP ihren zweiten Sitz nicht verteidigen. Die Aargauer Regierung setzt sich in der aktuellen Legislaturperiode nun aus je einem Vertreter der FDP und SVP, einem Parteilosen sowie zwei Vertretern der CVP zusammen. Das Gesundheitsdepartement lag im letzten Jahrzehnt in bürgerlicher Hand: Von 1993-1999 wurde es von der FDP-Regierungsrätin S. Mörikofer und seit 1999 vom SVP-Regierungsrat E. Hasler geführt.

Bei den Grossratswahlen im März 2001 gab es eine klare Verschiebung nach rechts. Die SVP konnte ihre Position als wählerstärkste Partei, die sie seit 1996 inne hatte, ausbauen und bildet neu auch die grösste Fraktion. Sie gewann rund 25 Sitze hinzu und verfügt nun in der aktuellen Legislaturperiode über 72 der 200 Sitze des Grossen Rates. Als grosse Verliererin ging die SP mit einem Verlust von 12 Sitzen aus den Wahlen hervor und stellt neu mit 36 Sitzen nach der SVP und FDP nur noch die drittgrösste Fraktion. Die FDP konnte ihre 40 Mandate verteidigen. Die CVP hingegen büsste 5 Sitze ein und verfügt neu über 32 Sitze.

2.1 Einleitung: Eckdaten zur HIV/Aids-Epidemie im Kanton Aargau

Der Kanton Aargau wurde von der HIV-Epidemie weniger stark als andere Kantone getroffen. So wurden zwischen 1983 bis 2001 51.1 Aidsfälle pro 100'000 EinwohnerInnen im Kanton Aargau gemeldet, im Kanton Genf waren es in der selben Zeitspanne 225.8 oder im Kanton Zürich 181.6 Fälle. Zwischen 1985-2001 wurden im Kanton Aargau 90.6 positive Tests pro 100'000 EinwohnerInnen registriert, nur in sechs anderen Kantonen (ZG, AI, SZ, NW, UR, OW) waren es noch weniger. Aufgrund der aktuellen Meldungen für das Jahr 2003 rangiert der Kanton Aargau mit 6.1. positiven Tests pro 100'000 EinwohnerInnen allerdings im Mittelfeld.

¹¹ Der parteilose Regierungsrat K. Wernli wurde aus der SP ausgeschlossen, da er wild für den Regierungsrat kandidierte.

Abbildung 7: Positive HIV-Testresultate pro 100'000 EinwohnerInnen

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

2.2 Das aktuelle Angebot in den untersuchten Bereichen

Das Aidspräventions-Netzwerk des Kantons Aargau umfasst auf Seiten der NGOs einen zentralen Akteur: Die Aids-Hilfe Aargau (AHA). Auf staatlicher Seite wird das Dossier der Aidsprävention in erster Linie vom kantonsärztlichen Dienst betreut. Für die Aidsprävention in den Schulen ist allerdings die Sektion Unterricht verantwortlich, die dem Departement für Bildung, Kultur und Sport angegliedert ist. Im Bereich des Counselling bilden neben der Aidshilfe Aargau auch die Kantonsspitäler Aarau und Baden wichtige Anlaufstellen. In den folgenden Unterkapiteln werden neben diesen Akteuren auch die Beratungsstelle Gesundheitsbildung und die Kantonale Arbeitsgruppe FASS (Fachstelle für Aids, Sexualität und Sucht) erwähnt. Diese Akteure betreiben selbst kein Angebot in den von uns untersuchten Bereichen, sind aber aufgrund ihrer Koordinations- und Vermittlungsaktivitäten für das Aidspräventions-Netzwerk von Bedeutung.

2.2.1 Akteure und ihre Tätigkeiten in der Aidsprävention

2.2.1.1 Aids-Hilfe Aargau¹²

Die regionale Antenne der AHS im Kanton Aargau, die Aids-Hilfe Aargau (AHA), wurde im Jahre 1985 gegründet. Sie ist ein gemeinnütziger Verein und finanziert sich hauptsächlich durch kantonale Beiträge und Spendengelder. 2003 beschäftigte die AHA laut eigenen Angaben vier Personen, die sich 210 Stellenprozentanteilen teilten und verfügte über ein Budget von gut 301'900 Franken. Rund 200'000 Franken dieses Budgets stammen vom Kanton Aargau, weitere 21'700 Franken erhält die AHA von Gemeinden und die restlichen 80'200 Franken generiert die AHA durch Spenden, Mitgliederbeiträge usw. Zwischen dem Kanton Aargau und der AHA besteht eine Leistungsvereinbarung, in welcher der Aidspräventionsauftrag festgehalten ist und die kantonalen Beiträge geregelt werden.

Der Schwerpunkt der AHA-Tätigkeit liegt im Bereich der Aidsprävention in Schulen. Sie ist aber auch im Bereich der allgemeinen Information und Prävention sowie der Beratung und Begleitung von HIV-positiven und aidskranken Menschen tätig. Im Zuge der Normalisierung hat die AHA die Thematik der sexuell übertragbaren Krankheiten in ihr Präventionsangebot integriert (vgl. dazu Kapitel 2.3.1).

◆ Migration

Im Jahre 2003 umfasste das Angebot der AHA kein spezifisches Projekt, das sich an die Migrationsbevölkerung oder an Asylsuchende richtete. Die AHA beteiligte sich allerdings im Rahmen des Projekts *Feminasana* der Caritas Aargau an der Ausbildung von MediatorInnen. Im Projekt *Feminasana* steht die Gesundheit von Migrantinnen im Vordergrund. Dabei lassen sich interessierte Migrantinnen zu interkulturellen Kursleiterinnen ausbilden, um die erhaltenen Informationen zur Frauengesundheit in ihrer Muttersprache an ihre Landsfrauen weiterzugeben. Im Mittelpunkt stehen Informationen zur Vorsorge, Verhütung, Schwangerschaft und Geburt in der Fremde. Die AHA ist bei der Ausbildung der MediatorInnen für das Modul der HIV/Aids-Prävention zuständig.¹³

Die AHA ist ganz klar der Auffassung, dass in diesem Bereich ein Projekt nötig wäre. Die AHA sei im Moment in der Vorbereitungs- und Evaluierungsphase. So hätte sie Kontakte zum kantonalen Sozialdienst geknüpft und die Zahlen der anerkannten afrikanischen Flüchtlinge, welche sich im Kanton Aargau aufhalten, zusammengetragen. Zur Zeit werde abgeklärt, wie ein neues Projekt finanziert werden könne und wie das Angebot konkret ausgestaltet werden solle, ob transkulturell oder mit MediatorInnen vorgegangen werden solle.

◆ Schule

Das Aidspräventionsangebot im Schulbereich bildet einen zentralen Bestandteil des Angebots der AHA. Das schulspezifische Angebot richtet sich vor allem an die Bezirks-, Real- und Sekundarschulen sowie an die Kantons- und Berufsschulen und setzt sich aus verschiedenen Informationsmodulen unterschiedlicher Länge bzw. thematischer Tiefe zusammen. Das zwei

¹² Die Angaben zur AHA stammen aus unserem Interview mit einer verantwortlichen Akteurin, der Internetseite www.safersex.ch sowie den Jahresberichten 1999-2002.

¹³ Quelle: www.caritas-aargau.ch.

Lektionen umfassende Modul setzt den Schwerpunkt bei der Wissensvermittlung zu HIV/Aids, dasjenige mit drei Lektionen beinhaltet zusätzlich Informationen zu weiteren sexuell übertragbaren Krankheiten, beim halbtägigen Modul wird die Informationsveranstaltung von einer HIV-positiven Person begleitet und bei der ganztägigen Veranstaltung wird in Zusammenarbeit mit der Beratungsstelle für Familienplanung, Schwangerschaft und Sexualität ein breites Spektrum rund um Sexualität behandelt.

Laut Angaben der Leiterin hat die AHA im ersten Semester 2003 in den Oberstufen und Berufsschulen zusammen ca. 810 SchülerInnen erreicht. Dies bedeute, dass das Angebot durchschnittlich 1.5 Mal pro Woche gebucht werde. Unsere Gesprächspartnerin der AHA führt zudem an, dass die AHA mit den aktuellen Stellenprozenten gar nicht mehr Kapazitäten hätte. Das Interesse der Schulen am Angebot der AHA habe in den letzten Jahren wieder etwas zugenommen. Dies sei wohl auch darauf zurückzuführen, dass sie ihr Angebot vor zwei Jahren mit einem neuen Flyer lanciert habe, den sie dem allgemeinen Lehrerversand der Beratungsstelle Gesundheitsbildung¹⁴ beilegen konnte. Unsere Gesprächspartnerin betonte, dass die Beratungsstelle Gesundheitsbildung zu ihren wichtigen Partnerinnen im Präventionsbereich zählt. Die Kooperation im Schulbereich sei für sie wichtig, da sie beispielsweise ihre Informationsblätter gratis dem Versand mitgeben können, den die Beratungsstelle an die Lehrpersonen und Schulhäuser adressiere. Die Beratungsstelle sei weiter auch ein wichtiges Bindeglied zum Bildungsdepartement, mit dem die AHA keine direkten Beziehungen unterhalte.

◆ *Prostitution*

Im Prostitutionsbereich bietet die AHA das Projekt APiS an, das von zwei Mediatorinnen mit einem Pensum von 10 Stunden pro Monat und einem Budget von 35'000 Franken (exkl. Leistungen der AHS in Form von Informationsmaterial und Weiterbildung der Mediatorinnen) durchgeführt wird.¹⁵ Im Jahre 2002 fanden 684 Kontakte zu Sexworkerinnen aus Afrika, Asien, Lateinamerika, Europa und Osteuropa statt.

APiS wurde erst 2002 im Präventionsangebot der AHA fest verankert. Vorher wurde es in enger Zusammenarbeit mit der AHS immer nur jährlich bewilligt und ausserhalb des normalen Budgets finanziert (AHA-Jahresbericht 2002: 5). Bis und mit dem Jahr 2002 beteiligte sich die AHS an den Projektkosten, seit 2003 muss die AHA das Projekt abgesehen von den Material- und Ausbildungskosten der Mediatorinnen, selbst tragen. Die Finanzierung des Projekts gestalte sich aber enorm schwierig, wie die Leiterin der AHA betont: „Aber wie sie vielleicht im Jahresbericht gelesen haben, wird APiS generell zu 50% von der AHS getragen. Uns bleiben Projektkosten von 35'000 Franken. Dies ist eigentlich ein lächerlich kleiner Betrag. Aber sie glauben nicht, wie schwierig es ist, 35'000 Franken aufzutreiben. Wir geben auch immer wieder beim SP-Frauen-Preis, beim Gesundheitsförderungspreis des Kantons ein und dann hat uns auch schon der aargauische Frauenbund unterstützt. Es sind immer wieder 4000-5000 Franken und so muss man das irgendwie zusammentragen.“ Bei unserem Gespräch im Oktober 2003 war die Finanzierung für das Jahr 2004 noch nicht gesichert: „Also, für das nächste Jahr sind wir immer noch daran, Finanzanträge zu stellen, auf verschiedene Seiten. Es ist einfach sehr schwierig, ein APiS zu verkaufen, da es eine Zielgruppe betrifft, die am wenigsten Lobby hat, der am wenigsten Beachtung geschenkt

¹⁴ Ausführungen zur Beratungsstelle Gesundheitsbildung finden sich im Kapitel 2.2.3.2.

¹⁵ Für detaillierte Angaben zum Projektinhalt siehe Fallstudie Schweiz.

wird. Es geht in diesem Sinne um Ausländerinnen, die in einem illegalen Status bei uns sind. Gerade für ein solches Projekt Geld aufzutreiben ist schwierig.“

Um eine längerfristige Finanzierung zu sichern, versuchte die AHA auch vom Kanton speziell für diese Projekt mehr Mittel zu erhalten. Im Jahre 2000 präsentierte die AHA das Projekt im Grossen Rat. Das Projekt sei zwar auf erfreuliches Interesse gestossen, es gelang aber in der Folge nicht, das Projekt über einen ordentlichen Budgetantrag zu finanzieren (AHA-Jahresbericht 2000: 4). Der Regierungsrat und die beratende Kommission befand, dass das Projekt im Rahmen des bereits bestehenden Leistungsvertrages zu finanzieren sei.

Aus diesen Ausführungen wird deutlich, dass das Angebot im Prostitutionsbereich im Kanton Aargau einerseits auf einer unsicheren finanziellen Basis steht, andererseits auch sehr beschränkt ist. Andere Präventionsprojekte im Prostitutionsbereich (Don Juan, MSW) werden im Aargau nicht angeboten.

◆ *Counselling*

Das Beratungsangebot umfasst neben einer anonymen Telefonberatung (jeweils Montags bis Donnerstags von 9 bis 13 Uhr und von 14 bis 16 Uhr) auch die Online-Beratung. Zudem kann auch eine persönliche Beratung vereinbart werden. Die persönliche Prävention und Beratung richtet sich insbesondere an Personen, die sich vermeintlich oder tatsächlich in eine Risikosituation hinsichtlich sexuell übertragbarer Krankheiten begeben haben. Das Counselling umfasst Fragen zu HIV/Aids allgemein, den Übertragungswegen, dem Aidsstest, aber auch zur Arbeit, den Sozialversicherungen, der Homo- und Bisexualität sowie anderen sexuell übertragbaren Krankheiten. Die am meisten gestellten Fragen beziehen sich auf Risikoverhalten bei sexuellen Kontakten und Informationen zum HIV-Test.

2.2.1.2 *Counselling am Kantonsspital Aarau*

Im Kanton Aargau gibt es an den beiden Kantonsspitalern Aarau und Baden je eine anonyme Teststelle. Im Folgenden wird die anonyme Teststelle des Kantonsspitals Aarau vorgestellt. Die anonyme Teststelle ist dem Bereich Infektiologie des Ambulatoriums der medizinischen Klinik des Kantonsspitals Aarau angegliedert. Der anonyme Test kann während den Bürozeiten gemacht werden und kostet 30 Franken. Ein Counselling ist allerdings nicht systematisch vorgesehen. Unser Gesprächspartner aus dem klinischen Bereich erklärt dies folgendermassen: „Es ist so, dass die Personen, welche kommen und einen Test machen wollen, gefragt werden, ob sie Fragen haben. [...] Wenn jemand eine Frage hat, dann bekommt er sicher eine gute Auskunft. Aber wenn jemand das nicht will, dann ist er hier bei uns am richtigen Ort. Aber auf der anderen Seite muss ich auch sagen, dass sie vielleicht sonst gar nicht kommen würden, wenn wir es nicht so anbieten würden oder sie würden einfach Blutspenden gehen, das finde ich noch schlimmer. Es hat eine gute Seite, aber es hat auch eine Seite, wo wir es vielleicht den Leuten zu wenig aufdrängen“, meint der Leiter der HIV-Sprechstunde. Die anonyme Teststelle sei etwas „stiefmütterlich“ betreut, so sollten in der Regel Broschüren und Informationen über HIV/Aids im Wartezimmer aufliegen, aber der Bestand werde nicht systematisch nachgefüllt.

Die ungenügende Betreuung der anonymen Teststelle muss vor dem Hintergrund der knappen Ressourcenausstattung der HIV-Sprechstunde gesehen werden. Wie in den Kapiteln 2.2.2.1 und 2.4.1.2 ausführlich dargelegt wird, bekundet die HIV-Sprechstunde aufgrund von knappen Ressourcen Mühe, allen Anforderungen gerecht zu werden. Deshalb gehört die

anonyme Teststelle zu den Bereichen, die aufgrund der knappen Ressourcen nicht prioritär behandelt werden. Der Leiter der HIV-Sprechstunde bringt deutlich zum Ausdruck, dass die anonyme Testberatung durchaus besser gestaltet werden könnte, wenn man mehr Mittel zur Verfügung hätte.

2.2.1.3 Kantonale Arbeitsgruppe FASS – Fachstelle für Aids, Sexualität und Sucht¹⁶

Die Fachstelle für Aids, Sexualität und Sucht (FASS) dient nach Angaben unserer Gesprächspartner der Vernetzung und Intervention der verschiedenen Akteure des Präventionsnetzwerkes des Kantons Aargau. Wie in unseren Gesprächen deutlich wurde, handelt es sich bei der FASS trotz deren Bezeichnung als Fachstelle offensichtlich viel eher um eine kantonale Arbeitsgruppe, da sie über keine eigene Infrastruktur verfügt. In der Arbeitsgruppe sind die AHA, die Fachstelle für Familienplanung, Schwangerschaft und Sexualität, die Beratungsstelle Gesundheitsbildung sowie Fachleute aus dem Bereich der Suchtprävention vertreten. Die Arbeitsgruppe hat kein kantonales Mandat und damit sind auch die kantonalen Behörden nicht in ihr vertreten. Nach Angaben der AHA ist die Zusammenarbeit in der Arbeitsgruppe fruchtbar und sorgt für Transparenz im Präventionsbereich.

2.2.2 Akteure bei HAART

2.2.2.1 Kantonsspital Aarau: Fachbereich Infektiologie

Im Kanton Aargau gibt es in den Kantonsspitalern Aarau und Baden je eine Stelle für die Behandlung von HIV/Aids. Die Stelle im Kantonsspital Aarau ist allerdings deutlich grösser; in Aarau werden etwas mehr als 200, in Baden ungefähr 30 HIV-PatientInnen betreut. Die folgenden Ausführungen beziehen sich deshalb in erster Linie auf das Kantonsspital Aarau.

Die HIV-Sprechstunde des Kantonsspitals Aarau ist dem Ambulatorium der medizinischen Klinik angegliedert. Gemäss unserem Gesprächspartner aus dem klinischen Bereich hat es bis 1997 keine spezifische Stelle gegeben, die für die Behandlung der HIV-Infektion und der damit verbundenen Erkrankungen zuständig war. Es seien bis 1997 nur wenig Patienten im Kantonsspital Aarau betreut worden. Die Einführung einer Stelle für die HIV-Sprechstunde habe sich schwierig gestaltet: „Man wollte nie offiziell eine Stelle schaffen, die für das zuständig ist, sondern es kam hier kriechend hinein und wurde in vielen Bereichen nur knapp geduldet. Es geht so weit, dass man sagt, dass man mit HIV-Sprechstunden keine PR machen könne. HIV ist natürlich eine unanständige Krankheit, es gehört sich nicht, so etwas zu haben. Auch in fortschrittlicheren Regionen macht das offensichtlich noch Probleme, dass man eine Krankheit nicht als Krankheit betrachten kann, sondern sie immer noch in einen moralisierenden Kontext hineinstellen muss. [...] Es gibt natürlich eine historische Komponente, die ganz wichtig ist: Im Kanton Aargau gibt es gar keine HIV-Patienten, die hat man alle nach Basel, Bern oder Zürich exportiert, die waren dort in der Sprechstunde. Das ist eine Krankheit, die es bei uns nicht gibt. Auch wenn sie die Statistik anschauen, wo sind die HIV-/Aidsmeldungen des Kantons Aargau hergekommen? Die kamen überwiegend aus dem Kanton Zürich, weil man es hier immer an den Rand drängte.“

¹⁶ Die Angaben zur FASS stammen aus Interviewprotokollen.

Die Stelle eines leitenden Arztes für die HIV-Sprechstunde wurde offensichtlich nie offiziell geschaffen, sondern als Stellvertreterstelle des Chefs der medizinischen Klinik eingeführt, den es bis 1997 nicht gab. Der leitende Arzt der HIV-Sprechstunde muss folglich neben der Behandlung von HIV-Patienten auch Aufgaben als Stellvertreter des Chefs der medizinischen Klinik wahrnehmen und ist zudem für die Infektiologie des ganzen Kantonsspitals zuständig. Das habe ein Pensum ergeben, das von ihm sowie einem Assistenzarzt nicht mehr zu bewältigen war, erklärt der Leiter der HIV-Sprechstunde. Die Anträge um eine zusätzliche Assistenzstelle seien jeweils von der Direktion des Kantonsspitals abgelehnt worden, da der Stellenplan keine zusätzlichen Stellen vorsehe und das Gesundheitsdepartement auch kein Interesse gezeigt habe, sich für eine Verbesserung der Situation im Bereich der HIV-Behandlung einzusetzen. Mittlerweile hat sich der Leiter der HIV-Sprechstunde um eine Fremdfinanzierung für eine zusätzliche Assistenzstelle bemüht. Seit September 2003 finanzieren nun acht Firmen aus der Antibiotika-Branche eine zweite Assistenzstelle (vgl. auch Kapitel 2.4.1). Unser Gesprächspartner aus dem klinischen Bereich betont, dass er eine Beschränkung auf rein medizinische Aspekte als Lösung des Kapazitätsproblems im Sinne einer Rationalisierung und Rationierung nicht für sinnvoll halte. Die psychosoziale Dimension der Betreuung und Behandlung der HIV-Patienten sei enorm wichtig, denn ohne genauere Kenntnisse der persönlichen Situation eines Patienten, könne er keine vernünftige Therapieempfehlung abgeben oder allfällige *Compliance*-Probleme verstehen.

Seit September 2003 wird die HIV-Sprechstunde folglich vom leitenden Arzt sowie zwei Assistenzärzten betreut, die allerdings nicht ihr gesamtes Arbeitspensum für diesen Bereich aufwenden.

2.2.3 Die Rolle der öffentlichen Hand¹⁷

2.2.3.1 Kantonsärztlicher Dienst

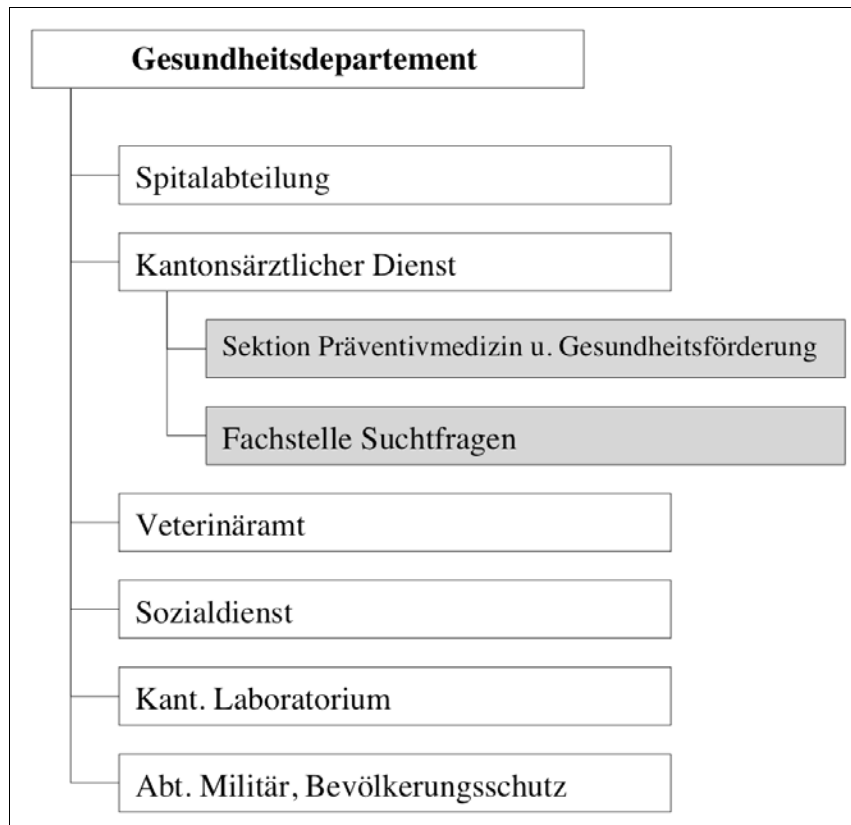
Im Kantonsärztlichen Dienst wird das Aidsdossier von der Fachstelle für Suchtfragen und der Sektion Präventivmedizin und Gesundheitsförderung betreut (vgl. Abbildung 8). Die Fachstelle für Suchtfragen betreut offiziell den Leistungsvertrag mit der AHA und ist damit auch für die Qualitätsüberwachung zuständig, dies habe sich historisch so ergeben. An den Verhandlungen über die Leistungsvertragsverlängerungen oder allfälligen Änderungen oder Neuerungen des Vertrags sei neben dem Leiter der Fachstelle für Suchtfragen auch der Leiter der Sektion Präventivmedizin und Gesundheitsförderung, sowie der Kantonsarzt beteiligt.

In unseren Gesprächen kam deutlich zum Ausdruck, dass den Akteuren der öffentlichen Hand eher eine passive Rolle im Aidspräventions-Netzwerk zukommt. Ein Kantonsvertreter beschreibt die Situation wie folgt: „Es ist effektiv so, dass wir ihnen [der AHA] eine *Carte blanche* überreichen. Das ist einerseits toll, aber vielleicht haben wir auch unsere Interessen und möchten gerne in einen Dialog treten und unsere Sicht einbringen.“ Ihre Aktivität beschränkte sich in den letzten Jahren offensichtlich im wesentlichen auf die Rolle des Geldgebers im Rahmen des Leistungsvertrages, der sehr generell gehalten ist und keine inhaltlichen Schwerpunkte bei der Aidsprävention setzt. Es ist zudem anzuführen, dass die Stelle des Leiters der Sektion Präventivmedizin und Gesundheitsförderung im Frühjahr 2003 neu besetzt wurde. In unserem Gespräch wurde deutlich, dass der aktuelle Leiter der Sektion

¹⁷ Die Informationen stammen aus unseren Gesprächen mit Verwaltungsakteuren und dem Internet (www.ag.ch).

bis jetzt in anderen Präventionsbereichen Prioritäten setzte, sich aber in Zukunft durchaus vorstellen kann, eine aktivere Rolle in der Aidsprävention einzunehmen.

Abbildung 8: Organigramm des Gesundheitsdepartements des Kantons Aargau



2.2.3.2 Sektion Unterricht

Die Sektion Unterricht, die dem Departement für Bildung, Kultur und Sport angegliedert ist, ist allgemein mit der Unterstützung der Volksschulen betraut. In ihren Aufgabenbereich fällt beispielweise die Ausarbeitung von Lehrplänen. Die Aidsprävention bzw. die Sexualerziehung gehört im Kanton Aargau zu den obligatorischen Lerninhalten der Volksschule (Regierungsratsbeschluss von 1988), sie ist in den Lehrplänen der Primarschule und der Oberstufe im Rahmen der Gesundheitserziehung und -förderung vorgesehen. Allerdings bestehen Lücken in Bezug auf die Mittel- und Berufsschulen (vgl. Spencer et al. 2001: 113).¹⁸ Seit der Publikation des Lehrmittels zur Gesundheitserziehung und der Ausgliederung der Beratungsstelle Gesundheitsbildung nimmt die Sektion Unterricht bzw. das Erziehungsdepartement des Kantons Aargau nach eigenen Angaben eher eine passive Rolle ein. Die Unterstützung der Schulen im Bereich der Gesundheitserziehung und -förderung habe das Erziehungsdepartement an die Beratungsstelle Gesundheitsbildung delegiert.¹⁹ So finde beispielsweise kein direkter Kontakt zwischen der AHA und der Sektion

¹⁸ Im Bericht von Spencer et al. fehlen denn auch Schätzungen über die Anzahl von SchülerInnen der Sekundarstufe II und der Berufsschulen, welche die HIV/Aids-Prävention erreichte. In den Primarschulen werden nach Schätzung der Befragten 50%, in der Oberstufe 90% aller SchülerInnen erreicht (Spencer et al. 2001: 115).

¹⁹ Die Beratungsstelle Gesundheitsbildung gibt es seit mehr als 20 Jahren. Zuerst war sie dem Gesundheitsdepartement angegliedert, dann vor ca. 10 Jahren wechselte sie ins Bildungsdepartement und vor ca.

Unterricht statt, die AHA wende sich mit ihren Anliegen an die Beratungsstelle Gesundheitsbildung.

Wie in unserem Gespräch deutlich wurde und wie auch aus der Stellungnahme des Erziehungsdepartements zum nationalen HIV/Aids-Programm 2004-2008 zu entnehmen ist, wird zwar Handlungsbedarf in diesem Bereich festgestellt, gleichzeitig aber betont, dass dem Bildungsbereich damit höhere Kosten entstehen würden, die zusätzlich abgegolten werden müssten. Zudem müsste ein allfälliger Sonderstatus der HIV/Aids-Prävention auch im Vergleich zu anderen Unterrichtsgegenständen, die ebenfalls auf lebensbedrohende Gefahren sensibilisieren, geklärt werden. Aus diesen Ausführungen wird deutlich, dass das Erziehungsdepartement eine passive und defensive Position gegenüber Aufgaben der HIV/Aids-Prävention einnimmt. Dies scheint angesichts der fehlenden Verankerung der Aidsprävention im Lehrplan der Mittel- und Berufsschulen bedenklich.

Tabelle 3: 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 |

2.3 Bestehende und zukünftige Herausforderungen der Aidsprävention

2.3.1 Adaption der Normalisierung

Die AHA hat sich grundsätzlich innerhalb ihrer bestehenden Schwerpunkte mit den Bedingungen der Normalisierung befasst. Sie hat keine umfassende Öffnung gegenüber der sexuellen Gesundheit oder eine Spezialisierung auf den Bereich der Sexualpädagogik angestrebt. Allerdings hat sie insofern eine Neuausrichtung vollzogen, als ihre inhaltliche Ausrichtung neu auch andere sexuell übertragbare Krankheiten umfasst. Wie im folgenden Zitat der AHA-Leiterin deutlich wird, wurde dabei eine integrative Strategie gewählt: „Das

drei Jahren wurde sie aus der Verwaltung ausgegliedert und bei der Fachhochschule für Pädagogik angesiedelt. In den 90er Jahren lag der Schwerpunkt ihrer Tätigkeit bei der Entwicklung und Konzeption eines Lehrmittels für die Gesundheitserziehung, das 11 Hefte umfasst (Ein gemeinsames einleitendes Heft für Primarschule und Oberstufe und je fünf Hefte pro Stufe. Eines dieser fünf Hefte umfasst die Thematik „Beziehung und Sexualität“, wobei die Aidsprävention vor allem im Heft der Oberstufe thematisiert wird). Nun ist sie eine Anlaufstelle für alle Fragen der schulischen Gesundheitsförderung. Sie unterstützt KindergärtnerInnen, Lehrpersonen und Schulbehörden in ihren Bemühungen um Gesundheitsförderung. Die HIV/Aids-Prävention fällt zwar in den Aufgabenbereich der Beratungsstelle, gemäss Angaben des Beratungsstellenleiters wurden bis jetzt jedoch keine Aktivitäten oder Projekte entwickelt. Der Themenbereich der HIV/Aids-Prävention sei durch die AHA und die Beratungsstelle für Familienplanung, Schwangerschaft und Sexualität gut abgedeckt und aufgrund der bestehenden Lehrmittel auch gut etabliert. Aus diesen Gründen richte die Beratungsstelle Gesundheitsbildung ihre Prioritäten nicht auf die HIV/Aids-Prävention. Seltene Anfragen zu diesem Bereich leitet der Stellenleiter an die AHA oder die Beratungsstelle für Familienplanung weiter.

Thema ist sicher aktuell. In erster Linie ging es einfach darum, die MitarbeiterInnen zu schulen. Man kann nicht einfach eine Broschüre mehr gelesen haben als die allgemeine Bevölkerung und dann können sie Beratung anbieten. Hier denke ich, sind wir schon recht weit. Und es ist einfach so, dass das Thema auch in bestehenden Angeboten aufgenommen wird; dass innerhalb des APiS darauf hingewiesen wird oder auch im Schulprojekt, in den Telefonberatungen und auf der Internetseite. Spezifisch für sexuell übertragbare Krankheiten haben wir kein neues Projekt. Wir haben bis jetzt auch keine Mittel generieren können für dieses Thema. Es wird einfach zur Kenntnis genommen, dass wir das Angebot haben und es wird genutzt.“ Aus diesem Zitat wird auch deutlich, dass es schwierig ist, mehr Mittel zu generieren, die gebraucht würden, um das Angebot zu erweitern. Wie bereits in Kapitel 2.2.1.1 angesprochen wurde und im nächsten Unterkapitel vertieft dargelegt wird, hat die AHA Schwierigkeiten, genügend Mittel für ihr aktuelles Angebot zu generieren.

Seitens der kantonalen Behörden wurde aufgrund der Normalisierung keine inhaltliche Strategieänderung angestrebt. Wie bereits in Kapitel 2.2.3 ausgeführt wurde, haben die kantonalen Behörden in den letzten Jahre eine passive Rolle eingenommen, die nicht über die Formulierung einer generellen Leistungsvereinbarung hinausging. Allerdings hat die kantonale finanzielle Unterstützung parallel zur Normalisierung abgenommen. Diese Tatsache wird im nächsten Kapitel ausführlich diskutiert.

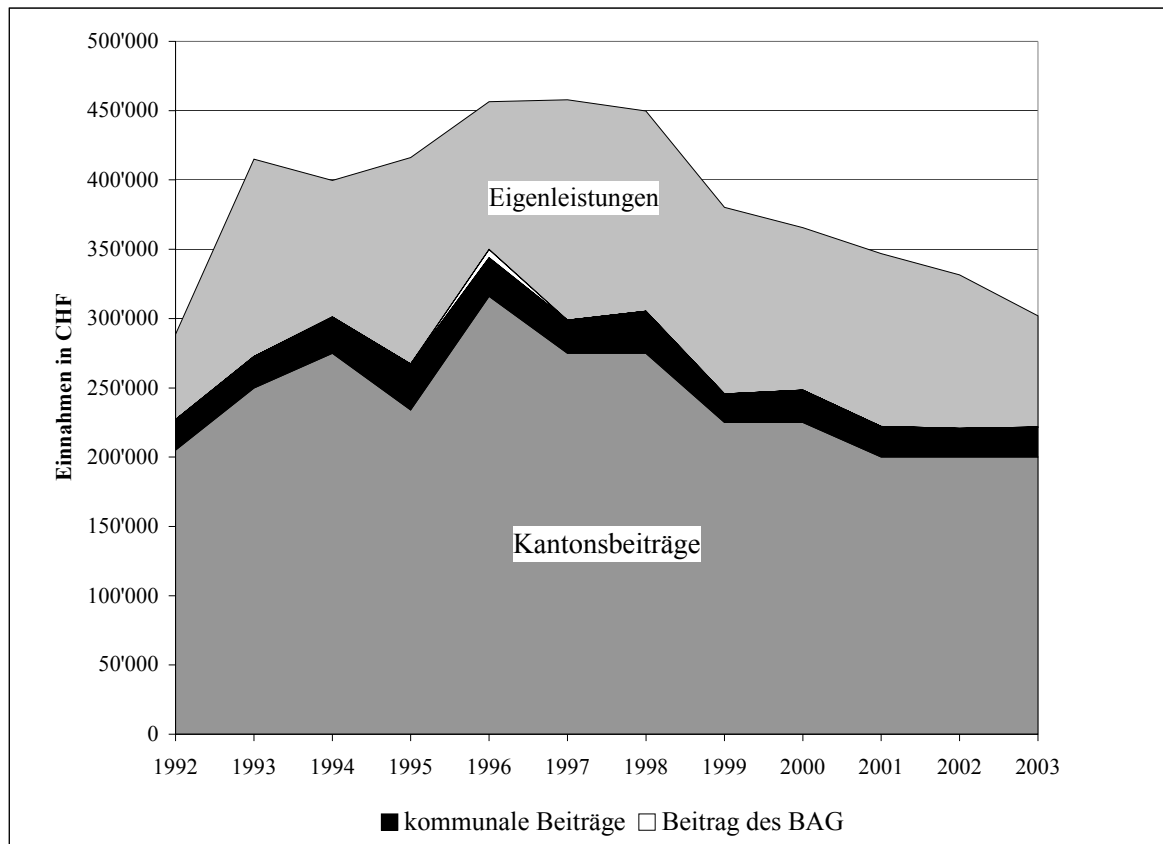
2.3.2 Die Entwicklung der Ressourcen in der Aidsprävention

a) Rückgang der verfügbaren Ressourcen?

Aus Abbildung 9 geht hervor, dass die Ressourcen der AHA in den letzten Jahren deutlich abgenommen haben. Die kantonalen wie auch die eigenen Mittel (Spenden, Mitgliederbeiträge usw.) sind seit 1998 insgesamt um ca. 30% gesunken.

Im Jahre 1998 beschloss der Regierungsrat des Kantons Aargau, den Jahresbeitrag an die AHA um 50'000 Franken und im Jahr 2000 um weitere 25'000 Franken zu senken.²⁰ Die Kürzungen wurden jeweils auch im Kantonsrat diskutiert. Die Kantonsrätin Susanne Ernst (SP), die als Vorstandsmitglied der AHA deren Interessen im Kantonsrat vertritt, versuchte die Reduktionen mit einem Votum in der Debatte über das Sparpaket 98 sowie mit einem Antrag in der Budgetdebatte im Dezember 2000 zu verhindern. Ihre Anliegen fanden im Kantonsrat allerdings keine Mehrheit (Sitzungsprotokoll des Grossen Rates vom 5.12.2000, S. 3654). Die Interessenvertretung im Grossen Rat durch ein Vorstandsmitglied wird von der AHA als sehr wichtig eingeschätzt, insbesondere auch um zu wissen, wie ihre zukünftige Ressourcenausstattung aussehen wird: „Wir haben keine grossen Kapazitäten dafür, aber so im kleinen Rahmen brauchen wir Lobbying und Fühler, was im Grossen Rat läuft. Sonst wüssten wir wirklich nicht bis im Dezember, was uns bevorsteht.“

²⁰ Von 1994-1998 erhielt die AHA jährlich 275'000 Franken vom Kanton Aargau. Wie aus der Abbildung 9 hervorgeht, erhielt die AHA im Jahr 1995 allerdings nur 234'000 Franken, dafür erhielt sie im Jahr 1996 einen ausserordentlichen Beitrag von 41'000 Franken.

Abbildung 9: Gesamteinnahmen der Aids-Hilfe Aargau 1992-2003

Quelle: Jahresberichte der AHA 1992-2003

In unseren Gesprächen mit den Akteuren des Aidspräventions-Netzwerkes des Kantons Aargau wurde der Rückgang der Ressourcen mit verschiedenen Gründen erklärt. Von einem Gesprächspartner aus der kantonalen Verwaltung wurde betont, dass kein Zusammenhang zwischen der Normalisierung und den Ressourcenkürzungen bestehe: „Das waren ganz einfache, finanzpolitische Überlegungen im Rahmen von Sparpaketen, die der Kanton schnürte.“ Seitens der AHA wurde hingegen betont, dass vor allem bei der ersten und umfangreicheren Kürzung um 50'000 im Jahre 1999 die Normalisierung sehr wohl als Begründung für die Einsparung diene: „Die Argumentation war ganz klar, dass die Zahlen rückgängig waren, d.h. die Infektionsrate gesunken ist. Das war ja auch sehr gut, war aber auf der anderen Seite das Resultat von fast 12-13 Jahre Präventionsarbeit. [...] Man hatte das Gefühl, dass es nicht mehr so notwendig war. Sehr stark in den Entscheid spielte auch mit hinein, dass man seit 1997 die medikamentöse Therapiemöglichkeit kennt. Und das hat natürlich das ganze Thema etwas entschärft.“ Zudem hätten auch die veränderten politischen Verhältnisse eine Rolle gespielt; 1997 stieg die SVP zur wählerstärksten Partei auf, damit sei es für Anliegen wie die Aidsprävention schwieriger geworden.

Aus den Sitzungsprotokollen des Grossen Rates ist zu entnehmen, dass der Regierungsrat mit den Kürzungen eine Kostenoptimierung ohne Abbau der Wirksamkeit der Aidsprävention anstrebte. Dieses Ziel wurde allerdings von der Kantonsrätin Susanne Ernst in Frage gestellt, indem sie betonte, dass durch diese Kürzungen Leistungen abgebaut werden müssen (Sitzungsprotokoll vom 30.6.1998, S. 1130, Sitzungsprotokoll 5.12.200, S. 3654). Aus dem Sitzungsprotokoll der Budgetdebatte 2000 des Grossen Rates hingegen wird deutlich, dass

auch die Frage nach dem Bedarf eine Rolle spielte. So wurde eine Aufstockung bzw. Beibehaltung des Betrages seitens des Gesundheitsdirektors auch aus Gründen des Bedarfs abgelehnt (Sitzungsprotokoll vom 5.12.2000, S. 3654). Es wird allerdings nicht klar, ob der Regierungsrat der Meinung ist, dass der Bedarf abgenommen habe oder ob der vorhandene Bedarf mit weniger Mitteln gedeckt werden sollte.

Unsere GesprächspartnerInnen betonten weiter, dass es sich bei den Kürzungen um keine Mittelumverteilung zu Gunsten anderer Präventionsbereiche oder gar zu Gunsten der klinischen HIV-/Aidsbehandlung handelte (vgl. Kapitel 2.4.1.2). Im Gegenteil, die Aidsprävention ist offensichtlich vergleichsweise gut gestellt, wie das folgende Zitat eines Vertreters des kantonalen Gesundheitsdepartements verdeutlicht: „Wenn ich nun beispielsweise die verschiedenen Themen ansehe und auch die Mittel, die mir insgesamt zur Verfügung stehen, dann muss ich sagen, Aids steht relativ gut da. [...] Für die ganze übrige Prävention und Gesundheitsförderung – exkl. Suchtbereich, der ist anders geregelt und ebenfalls im Quervergleich gut ausgebaut – hat man 220'000 Franken. Es ist effektiv nicht so, dass wir sagen, wir möchten bei den Leistungsverträgen nochmals kürzen und das transferieren. Das hat man noch nie gemacht und wir haben auch nicht an das gedacht. Im übrigen bin ich nicht sicher, ob das überhaupt funktionieren würde.“

Laut unserem Gesprächspartner aus dem kantonalen Gesundheitsdienst waren für das Jahr 2004 keine weiteren Einsparungen geplant. Diese Einschätzung wurde auch von der AHA geteilt. In Bezug auf eine längerfristige Perspektive formulierte die AHA-Leiterin allerdings grosse Unsicherheiten: „Auf fünf Jahre hinaus sind meine Gefühle gemischt, was die kantonale Stelle betrifft wie auch national. Ich hoffe aber schon, dass wir die nächsten 2-3 Jahre den Beitrag des Kantons behalten können. Aber man weiss es nicht. Und eigentlich zeigen alle Barometer nach unten, alle Zeichen sprechen für weniger, weniger, weniger. Was aus dem entstehen kann, ist mir nicht klar. D.h. ja dann nicht, dass damit die ganze Prävention aufhört. Aber es wird je länger je schwieriger, die Qualität und das Know-how zu behalten. Die Vorzeichen gibt es ja schon: Sie merken, dass die Fluktuation grösser wird. Je länger je mehr Leute wechseln aus diesem Bereich.“ Dieses Zitat verdeutlicht, dass in den Augen von Präventionsfachleuten das Aidspräventions-Netzwerk an Dynamik verloren hat bzw. verlieren wird.

b) Auswirkungen auf das Präventions-Netzwerk und dessen Angebot

Laut den uns vorliegenden Informationen musste die AHA aufgrund der Kürzungen insgesamt 50 Stellenprozente abbauen, Räumlichkeiten aufgeben und das Angebot des Mittagstisches für HIV-positive und aidskranke Menschen einstellen. Wie die Ausführungen zum Prostitutionsbereich in Kapitel 2.2.1.1 aufzeigen, ist es für die AHA auch (zunehmend) schwieriger, Mittel für Präventionsprojekte zu generieren. In unserem Gespräch wurde deutlich, dass die beschränkten finanziellen Mittel und der Spardruck den Präventionsalltag der AHA prägen: „Im gesamten Gesundheitsbereich hat niemand das Gefühl, dass es noch ausbaufähig wäre. Bei vielen Institutionen gibt es einen Kipp-Punkt. Ich habe dem Vorsteher des Gesundheitsdepartements auch gesagt, wenn es die Idee ist, dass der Kanton nur noch 150'000 Franken für die Aidsprävention ausgibt, so dass dann nur noch die Miete, die Löhne aber nicht mehr ganz bezahlt werden, würden wir handlungsunfähig. Sie geben uns wohl noch etwas, so dass sie den Ausweis haben, dass sie etwas machen, aber machen kann man damit gar nichts mehr. Dann sollten sie es lieber ganz kippen. Diesen Punkt haben wir und andere Institutionen erreicht. [...] Hier ist auch niemand bereit, in einer Schlafstube zu arbeiten, in der man nur noch existiert. Das haben wir so beim Kanton deponiert.“ Folglich

erachtet die AHA ihre momentane finanzielle Unterstützung durch den Kanton als Minimum, das sie benötigen, um überhaupt handlungsfähig zu sein. Seitens der kantonalen Akteure wird die Ansicht zwar geteilt, dass es einen solchen Punkt gibt, wann dieser erreicht sei, sei aber schwierig zu bestimmen: „Es ist schwierig zu sagen, an welchem Punkt die Qualität dann effektiv leidet und es dann wirklich voll abbricht. Es ist sicher so, dass mal irgendein Punkt erreicht werden könnte, wenn man weiter hinunterfährt.“

Inwiefern die Ressourcenkürzungen zu einer Reduktion des Präventionsangebots sowohl in quantitativer als auch qualitativer Hinsicht geführt haben, ist im Rahmen dieser Studie nicht abschliessend zu beantworten. Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass in den von uns untersuchten Präventionsbereichen kein Projekt gänzlich abgebaut wurde. Allerdings habe der Personalabbau dazu geführt, dass die Stelle der Aids-Hilfe nicht mehr immer besetzt sei. Zudem wurde in Kapitel 2.2.1.1 aufgezeigt, dass die HIV/Aids-Prävention im Kanton Aargau in den von uns untersuchten Bereichen Lücken aufweist bzw. dessen finanziellen Fortbestand nicht gesichert ist. So fehlt beispielsweise ein Angebot im Migrationsbereich, im Prostitutionsbereich beschränkt sich das Angebot auf das APiS, dessen Finanzierung zudem unsicher ist. Eine Ergänzung des Angebots oder auch eine umfassende Neuorientierung oder Spezialisierung im Bereich der sexuellen Gesundheit muss angesichts der fehlenden finanziellen Mittel als unrealistisch bezeichnet werden.

2.3.3 Konflikte in der Aidsprävention

Zum Zeitpunkt unserer Datenerhebung (2003) bestanden nach Angaben unserer GesprächspartnerInnen keine Konflikte zwischen den verschiedenen Akteuren. Auch in der Vergangenheit seien keine Konflikte aufgetreten. Die Zusammenarbeit der wichtigsten Akteure – der AHA und des Kantonsärztlichen Dienstes – wird von beiden Seiten als gut beschrieben.

2.3.4 Organisatorische und strukturelle Veränderungen innerhalb des Präventions-Netzwerkes

Das Aidspräventions-Netzwerk im Kanton Aargau kann bezüglich der beteiligten Akteure als stabiles, wenn auch sehr kleines Netzwerk beschrieben werden. In den letzten zehn Jahren gab es gemäss unseren GesprächspartnerInnen keine grundlegenden Umstrukturierungen. 2001 sei allerdings seitens des neuen Vorstehers des Gesundheitsdepartements eine Umstrukturierung angedacht worden, die eine Zusammenlegung der Aids-Hilfe und der Familienplanung beinhaltete. Die Leiterin der AHA beschreibt diesen Prozess wie folgt: „Es waren dann Gedanken da, dass man diese Stellen zusammenlegen könnte. Da kam es eben zu diesem Gespräch mit dem Regierungsrat. Wir haben ihm dargelegt, dass die Synergien bereits genutzt werden. Eine Zusammenlegung wurde dann von keiner Partei mehr gewünscht. [...] Er ging ganz sicher davon aus, wo kann man noch sparen, was kann man zusammenlegen und auch das Unwissen, was in der Praxis bereits läuft. Es war aber auch zu dieser Zeit, als erstmals der Leistungsvertrag der Familienplanung ausgearbeitet wurde, d.h. im Jahr 2001. In diesem Prozess wurde dann überprüft, was man noch zusammenlegen könnte.“ Diese Einschätzung wurde auch von unseren Gesprächspartnern der kantonalen Verwaltung geteilt.

2.4 Das Ende des New Public Health-Ansatzes in der Aidspolitik?

2.4.1 Interessenkonflikt zwischen präventiver und klinischer Medizin?

2.4.1.1 Beziehungen zwischen dem präventiven und dem klinischen Bereich

Im Kanton Aargau besteht zwischen dem präventiven und dem klinischen Bereich bzw. zwischen der AHA und den behandelnden Ärzten ein informeller, lockerer Kontakt. Die Beziehung beruht vor allem auf der gegenseitigen Zuweisung von PatientInnen und Personen, die Auskünfte und Betreuung aus dem jeweils anderen Bereich brauchen. Ein Austausch oder eine Diskussion über das Counselling hat bis jetzt noch nie stattgefunden. Grundsätzlich wird aber der informelle Austausch von beiden Seiten als hilfreich und entlastend bezeichnet.

2.4.1.2 Konfliktpotenzial: Gegenspieler oder komplementäre Partner?

Im Kanton Aargau besteht weder in Bezug auf die inhaltliche Ausrichtung noch auf die Mittelverteilung ein Konflikt zwischen den Akteuren des klinischen und präventiven Bereichs. Alle unsere GesprächspartnerInnen haben die Wichtigkeit der Prävention betont – unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zu einem der beiden Bereiche.

Der Leiter der HIV-Sprechstunde führt aus, dass über die Mittelverteilung gar kein Konflikt entstehen könne, da die Finanzierung der beiden Bereiche völlig unabhängig voneinander erfolge: „Da können keine Konflikte entstehen, da es einfach zwei so getrennte Bereiche sind, dass niemand argumentieren kann: ‚Wir finanzieren schliesslich die HIV-Behandlung am Kantonsspital, darum bekommt die Aids-Hilfe kein Geld‘. Das hat nichts miteinander zu tun.“ Abgesehen davon hat auch die HIV-Sprechstunde mit zu knappen Mitteln zu kämpfen. Gemäss den Ausführungen unseres Gesprächspartners aus dem klinischen Bereich ist die HIV-Sprechstunde schon lange unterdotiert und die anfallenden Aufgaben könnten fast nicht mehr bewältigt werden. Ein Gesuch um eine zweite Assistenzstelle für den Bereich Infektiologie/HIV wurde mehrmals, trotz intensiven Bemühungen des Leiters der HIV-Sprechstunde, von der Spitalleitung abgelehnt. Unser Gesprächspartner beschreibt die Situation wie folgt: „Dass wir ein Problem mit den Kapazitäten hätten, wenn es um die Betreuung von HIV-Patienten geht, das weiss doch beim Kanton gar niemand. Das registriert man bei uns schon kaum. Oder die Reaktion ist, dann schicken sie sie doch den Hausärzten, die müssen auch etwas zu tun haben. Dass es Patienten gibt, die einfach von der Komplexität her nicht geeignet sind, um von einem Hausarzt betreut zu werden, das ist ein anderes Problem, das realisiert man nicht.“ Mittlerweile hat sich der Leiter der HIV-Sprechstunde um eine Fremdfinanzierung für eine zusätzliche Assistenzstelle bemüht. Seit September 2003 finanzieren nun acht Firmen aus der Antibiotika-Branche eine zweite Assistenzstelle für zwei Jahre. Folglich ist die zweite Assistenzstelle nur mittelfristig gesichert. Unser Gesprächspartner hofft allerdings, dass es nach diesen zwei Jahren eine Möglichkeit gibt, die Stelle offiziell einzuführen. Die Gründe für diese marginalisierte Stellung von HIV/Aids sieht unser Gesprächspartner einerseits in der Moralisierung der Krankheit: „Es hat halt etwas anrüchiges. Es sind die Fixer und die Schwulen und alle anderen unanständigen Leute, die so was haben. Hier sind wir völlig ab der Welt.“ Andererseits habe der zunehmende Spardruck die Situation verschärft: „Es kostet und alles, was kostet, das wollen wir nicht.“ Zudem habe auch der parteipolitische Wechsel an der Departementsspitze die Situation erschwert.

2.4.2 Auswirkungen auf die Aidsprävention

Der Erfolg der klinischen Medizin und die gesunkene Infektionsrate wurden im Kanton Aargau von einem Rückgang der finanziellen Ressourcen der HIV/Aids-Prävention begleitet (vgl. Kapitel 2.3.2). Aus unseren Gesprächen geht hervor, dass die Gründe für diese Entwicklung sowohl in der Normalisierung als auch in der Finanzknappheit des Kantons Aargau gesehen werden. Der Erfolg der klinischen Medizin führte nicht zu einem Konflikt zwischen dem präventiven und dem klinischen Bereich. Der New Public Health-Ansatz wird damit im Kanton Aargau nicht von klinischer Seite bedrängt, sondern vielmehr von Sparbemühungen oder auch anderer Prioritätensetzung seitens der politischen Akteure des Kantons Aargau. Gemäss unserer Angaben habe die Ressourcenkürzungen bis jetzt in den untersuchten Bereichen nicht zu weitreichenden Einschränkungen des bestehenden Angebots der Aidsprävention geführt. Die AHA reduzierte aufgrund des Ressourcenrückgangs vor allem das Angebot für HIV-/aidskranke Personen, musste Personal abbauen und die Mietkosten (Aufgabe von Räumlichkeiten) senken. Inwiefern diese Einschränkungen zu einem Qualitätsverlust der Aidsprävention führten bzw. die Wirksamkeit der Aidsprävention schwächten, kann im Rahmen dieser Studie allerdings nicht beurteilt werden.

2.5 Fazit: Die wichtigsten Entwicklungstendenzen in der Aidspolitik des Kantons Aargau

Die folgenden Punkte fassen die Entwicklungstendenzen in der Aidspolitik des Kantons Aargau zusammen.

◆ *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 auseinandersetzt und dabei insbesondere die Thematik sexuell übertragbarer Infektionen in ihr bestehendes Angebot integriert. 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 schlicht die Mittel.

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

◆ *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 einen Drittel. 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 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 AHA 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 haben ihren Grenzwert erreicht, d.h. eine weitere Reduktion der kantonalen Mittel würde die AHA handlungsunfähig machen. Für 2004 sind zumindest keine weiteren Kürzungen vorgesehen; die längerfristige finanzielle Situation wird allerdings kritisch eingeschätzt

◆ *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 auf der Grundlage eines Leistungsvertrags. Auf die inhaltliche Ausrichtung nimmt die kantonale Verwaltung keinen Einfluss. Zudem ist das Präventionsnetzwerk des Kantons Aargau durch die FASS vernetzt und ermöglicht Transparenz sowie Koordination der verschiedenen Präventionsbereiche.

◆ *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. Angaben unserer 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 sei.

◆ *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 Entwicklungspotential 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 4: Entwicklungstendenzen in der Aidsprävention im Kanton Aargau

| 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 | APiS: kritisch | keine | keine |
| <i>Counselling</i> | AHA: Integration der Thematik der sexuell übertragbaren Krankheiten | stabil | keine | keine |

2.6 Verwendete Dokumente und Quellen

a) Dokumente

- AIDSHILFE AARGAU: *Jahresberichte 1994-2003*.
- DEPARTEMENT BILDUNG, SPORT UND KULTUR DES KANTONS AARGAU (2003): *Stellungnahme zur Vernehmlassung des Nationalen HIV/Aids-Programms des Bundes 2004-2008*.
- ERZIEHUNGSDEPARTEMENT DES KANTONS AARGAU: *Aids-Aufklärung an der Volksschul-Oberstufe, obligatorische Lerninhalt*. Regierungsratsbeschluss 1988.
- GESUNDHEITSDPARTEMENT DES KANTONS AARGAU (2002): *Gesundheit im Wandel – Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Aargau*
- GROSSER RAT DES KANTONS AARGAU: Sitzungsprotokolle vom 9.3.1999, S. 172, vom 30.6.1998, S. 1130, vom 5.12.2000, S. 3654.

- SPENCER, Brenda et al. (2001): *Politiques et pratiques cantonales en matière de prévention VIH/sida et éducation sexuelle à l'école*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Coll. Raison de santé 66).

b) Internetquellen

- www.gesundheitsbildung-ag.ch
- www.ag.ch
- www.safersex.ch

2.7 Liste der interviewten Personen

| interviewte Person | Institution | Datum |
|---------------------------|---|--------------------|
| Bregenzer, Thomas | Leiter HIV-Sprechstunde, Kantonsspital Aarau | 16. September 2003 |
| Brenner, Daniel | Leiter Sektion Präventivmedizin und Gesundheitsförderung | 14. Oktober 2003 |
| Gloor, Karin | Geschäftsleiterin Aids-Hilfe Aargau | 17. September 2003 |
| Högger, Dominique | Beratungsstelle Gesundheitsbildung, Fachhochschule Aargau | 20. August 2004 |
| Niffeler, Annemarie | Leiterin Sektion Unterricht | 20. August 2004 |

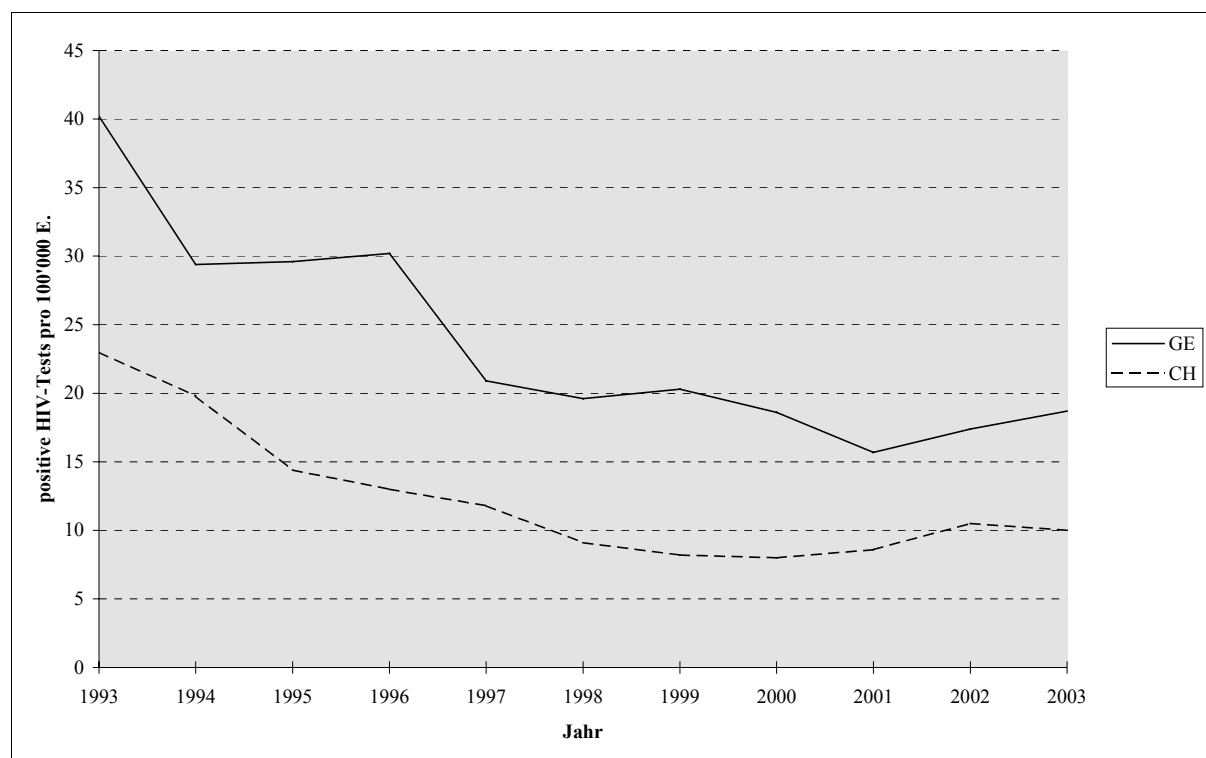
3 Fallstudie Kanton Genf

Der Kanton Genf wird von einem sieben-köpfigen, bürgerlich dominierten Staatsrat, dem *Conseil d'Etat*, regiert. Das für das Gesundheits- und Sozialwesen zuständige *Département de l'Action Sociale et de la Santé* (DASS) wird seit 2002 vom Christdemokraten Pierre-François Unger geleitet. Zuvor war das DASS während zwölf Jahren vom Freisinnigen Guy-Olivier Segond geleitet worden. Als Legislative fungiert der 100-köpfige *Grand Conseil*, der nach einem kurzen Intermezzo mit einer rot-grünen Parlamentsmehrheit in der laufenden Legislatur (2001-2005) wieder bürgerlich dominiert wird (57%).

3.1 Einleitung: Eckdaten zur HIV/Aids-Epidemie im Kanton Genf

Der Kanton Genf ist der von der Aidsproblematik am stärksten betroffene Kanton in der Schweiz. Mit 1001.8 positiven Tests pro 100'000 EinwohnerInnen zwischen 1985 und 2003 liegt Genf klar auf dem ersten Platz. Auch bei den Aidsfällen pro 100'000 EinwohnerInnen ist der Kanton Genf mit 235.1 führend (zwischen 1983 und 2003). Wie Abbildung 10 verdeutlicht, liegt die Anzahl positiver Testresultate pro 100'000 EinwohnerInnen in Genf klar über dem schweiz. Mittelwert. Zudem sind die Infektionszahlen in Genf seit 2001 wieder angestiegen.

Abbildung 10: Positive HIV-Testresultate pro 100'000 EinwohnerInnen



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

3.2 Das aktuelle Angebot in den untersuchten Bereichen

Das Genfer Aidspräventions-Netzwerk setzt sich in den untersuchten Bereichen aus einer Reihe staatlicher und privater Akteure zusammen. Auf der staatlichen Ebene sind zwei

Departemente in die Aidsarbeit involviert, das *Département de l'Action Sociale et de la Santé* (DASS) sowie das *Département de l'Instruction Publique* (DIP). Auf Seiten der NGOs sind in erster Linie die *Groupe Sida Genève* (GSG) sowie die Prostituiertenorganisation *Aspasie* zu erwähnen. Die im Kampf gegen HIV und Aids beteiligten Organisationen sind in der *CoGe* (*Coordination Genevoise des associations de lutte contre le sida*) vertreten. Neben den zwei bereits erwähnten Akteuren gehören der *CoGe* u.a. folgende Organisationen an: die Schwulenorganisation *Dialogai*, *Ministère Sida*, *PVA-Genève* sowie die im Mai 2002 gegründete *Association Solidarité Femmes Africaines de Genève* (ASFAG), die sich in erster Linie um die Belange von HIV-positiven und aidskranken Frauen aus Afrika kümmert.²¹ Die *CoGe* wird vom Leiter der *Unité Sida* geleitet und tagt etwa vier Mal pro Jahr. Sie fungiert u.a. als Herausgeberin eines seit Herbst 2002 zweimonatlich erscheinenden Bulletins mit dem Titel *Ciblé Sida*. Dieses Koordinationsgremium existiere bereits seit rund 20 Jahren und sei ursprünglich vom Kantonsarzt ins Leben gerufen worden, wurde uns berichtet.

3.2.1 Akteure und ihre Tätigkeiten in der Aidsprävention

In diesem Abschnitt werden die in unserem Untersuchungszusammenhang relevanten Akteure mit ihren entsprechenden Angeboten vorgestellt.

3.2.1.1 *Groupe Sida Genève*²²

Die *Groupe Sida Genève* (GSG) ist die grösste und wichtigste Aidsorganisation im Kanton Genf. Sie ist in fünf Abteilungen gegliedert: *secteur de la prévention*, *secteur soutien et accompagnement*, *secteur droit et sida*, *secteur de la réduction des risques*, *secteur de l'accueil et l'information*. Wie wir weiter unten ausführen werden, sind momentan Bestrebungen in Gang, den Schadensminderungsbereich aus der GSG auszulagern und in neue Strukturen überzuführen. Ende 2002 beschäftigte die GSG 42 festangestellte MitarbeiterInnen und verfügte über einen Stellenetat von 3040%. Finanziert wird die GSG fast ausschliesslich durch kantonale und städtische Beiträge. Das Angebot in den untersuchten Bereichen sieht folgendermassen aus:

◆ *Migration*

le projet parcs: Das Genfer Park-Projekt existiert seit 1993. Zu Beginn war das Projekt in erster Linie auf südamerikanische Frauen mit geringem sozioökonomischen Status ausgerichtet. Im Laufe der Zeit kamen muslimische Frauen und männliche Migranten dazu. Im Jahre 2002 schliesslich wurde die Zielgruppe noch einmal um Menschen aus Afrika erweitert. Das Projekt basiert auf dem Einsatz von MediatorInnen, die ihr Zielpublikum in den öffentlichen Parkanlagen von Genf anspricht. Auf Wunsch wird dabei auch Informations- und Präventionsmaterial abgegeben. Im Sommer 2002 erreichten die insgesamt acht MediatorInnen während ihrem Einsatz 905 Personen.

Die GSG ist zudem nach eigenen Angaben Partnerorganisation im nationalen Präventionsprojekt AFRIMEDIA, das vom Schweiz. Tropeninstitut und dem Schweiz. Roten Kreuz koordiniert und u.a. auch in Genf angeboten wird.

²¹ Da diese Akteure entweder nicht direkt in der Aidsprävention tätig sind oder keinen unserer Untersuchungsbereiche transgieren, werden die erwähnten Organisationen an dieser Stelle nicht näher vorgestellt.

²² Quelle: www.groupesida.ch; GSG-Jahresberichte 2002, 2003.

◆ *Schule*

Im Schulbereich ist die GSG Partnerorganisation der AHS für deren Schulprojekt. Zudem besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem *Service de santé de la jeunesse* (vgl. Kapitel 3.2.3.3), mit dem in unregelmässigen Abständen Projekte rund um das Thema HIV und Aids organisiert werden.

◆ *Prostitution*

Bus Boulevards: Der Bus Boulevards rollt seit 1996 auf Genfs Strassen. Er wird von der GSG gemeinsam mit Aspasia betrieben und richtet sich in erster Linie an drogenkonsumierende Prostituierte. Der Bus ist während drei Nächten pro Woche zwischen 22.00 und 1.30 Uhr am Boulevard Hélovétique stationiert. Die Bus-MitabeiterInnen versorgen die KlientInnen mit Informations- und Präventionsmaterial und tauschen gebrauchtes gegen neues Spritzenmaterial aus. Im Jahre 2002 kam der Bus insgesamt 155 Mal zum Einsatz. Dabei fanden 895 Besuche statt, die durchschnittlich 15 Minuten dauerten. Pro Abend frequentieren also durchschnittlich 5.8 Personen den Bus Boulevard.

Don Juan: Das Freierprojekt Don Juan wurde 2002 in Genf bereits zum vierten Mal in Folge angeboten. Die Aktion fand zwischen dem 24. und 28. September am Boulevard Hélovétique statt. Dabei konnten die drei anwesenden MediatorInnen mit den Freiern insgesamt 109 Gespräche führen. Don Juan wird von der AHS subventioniert. Koordiniert und umgesetzt wird das Projekt von der GSG (Secteur Réduction des Risques), Aspasia und von Fleur de Pavé (Lausanne).

◆ *Counselling*

In diesem Bereich umfasst das GSG-Angebot zum einen eine telefonische Beratung. Das Telefon wird von Montag bis Freitag bedient. Die MitarbeiterInnen beantworten dabei alle Fragen rund um HIV/Aids, die in den meisten Fällen um das Ansteckungsrisiko oder den Aidstest kreisen. In Zusammenarbeit mit PVA-Genève und dem Ministère Sida wird zudem eine telefonische Beratung übers Wochenende und an Feiertagen gewährleistet. Eine weitere Möglichkeit der Testberatung bietet die GSG-Website. Schliesslich bietet die GSG auch persönliche Beratungen an.

◆ *Aids-Tram* (le tram du sida)

Im November und Dezember 2002 zirkulierte in Genf ein von der GSG gestaltetes Tram. Die am Tram angebrachten Botschaften richteten sich in erster Linie gegen die Stigmatisierung und Diskriminierung von Aids. Das Tram wurde am 11. November anlässlich eines feierlichen Aktes mit Beteiligung der damaligen Nationalratspräsidentin Maury-Pasquier und dem Vorsteher des DASS eingeweiht. Während der ganzen Betriebsdauer verrichteten Freiwillige der GSG im Tram Präventionsarbeit.

3.2.1.2 Aspasia²³

Bei Aspasia handelt es sich um eine Anlaufstelle für weibliche Prostituierte, die bereits seit über 20 Jahren in diesem Bereich tätig ist. Aspasia hat zum Ziel, die gesellschaftliche, rechtliche und gesundheitliche Situation der Genfer Prostituierten zu fördern. Die Prostituiertenorganisation ist Trägerin des APiS-Projektes, das in Genf unter der Bezeichnung

²³ Quelle: Aspasia (2004): Rapport d'activité 2003; www.aspasie.ch; www.malesexwork.net

Aspasie Prévention Migrantes angeboten wird. Zudem ist sie mitverantwortlich für den *Bus Boulevards* und das Freierprojekt Don Juan. Aspasie beschäftigte 2002 elf Mitarbeiterinnen und verfügte über einen Stellenetat von 410% (inkl. vier Mediatorinnen mit einem Beschäftigungsgrad von je 10%). Die Einnahmen betragen im Jahre 2003 rund 595'000 Franken. Mehr als die Hälfte dieses Betrages stammte dabei von den kantonalen Gesundheits- und Sozialbehörden (347'000 Franken). Die Stadt Genf entrichtete einen Beitrag von 30'000 Franken.

Aspasie Prévention Migrantes (APM): Im Rahmen von APM arbeiteten im Jahre 2003 drei Mediatorinnen zu je 10%. Die Frauen stammen aus Afrika, Asien und Osteuropa. Eine aus Lateinamerika gebürtige Mediatorin, die 2002 ebenfalls für APM tätig war, konnte nicht ersetzt werden. Die drei Mediatorinnen besuchten ihre Landsfrauen in Salons, Cabarets, Bars oder in ihren Wohnungen. Im Jahre 2003 fanden so insgesamt 766 Kontakte statt. Die meisten Kontakte fanden dabei mit Frauen aus Europa statt (33.6%). In 26.5% der Fälle wurden Afrikanerinnen erreicht. APM wird von einer Aspasie-Mitarbeiterin mit einem Beschäftigungsgrad von 75% geleitet.

Projekt MSW: Das zuvor bei Dialogai angesiedelte Projekt, das sich an Sexworker männlichen Geschlechts richtet und von der Aids-Hilfe Schweiz finanziert wird, wird seit April 2003 von einem zu 40% tätigen Mitarbeiter geleitet, der seinen Stützpunkt neu bei Aspasie unterhält. Im Rahmen des Projektes sucht der zuständige Mitarbeiter zwei Mal wöchentlich die entsprechende Szene auf. Zudem verfügt das Projekt über eine eigene Website, die alle möglichen Informationen für männliche Sexworker bereitstellt. Zwei Mal wöchentlich beantwortet der Projektleiter in einem Internetchat Fragen seiner Klientel. Natürlich sind auch persönliche Beratungsgespräche im Büro von Aspasie möglich. Im Jahre 2003 hatte der Projektverantwortliche Kontakt mit 165 Sexworkern. Laut Jahresbericht 2003 soll das Engagement des Mitarbeiters im Jahre 2004 dank einer finanziellen Zusage der Stadt Genf ausgebaut werden.

3.2.1.3 Counselling am Kantonsspital Genf

Die wichtigste Anlaufstelle im Kanton Genf für die Durchführung eines HIV-Tests ist die *Unité Sida*. Die *Unité Sida* ist eine Abteilung des Genfer Kantonsspitals und dem *Service des maladies infectieuses* angegliedert, einer Unterabteilung des Departementes der Inneren Medizin. Die HIV-Konsultation ist jeden Montag durchgehend von 10.00 bis 19.00 Uhr und jeden Mittwoch und Freitag von 10.00 bis 18.00 Uhr geöffnet. Die Durchführung eines Tests kostet für über 18-Jährige 30 Franken und ist mit einem Prä- und Post-Test-Counselling verbunden. Laut Auskunft des Abteilungsleiters werden pro Jahr ca. 4'500 Tests durchgeführt. Um diese Aufgabe bewältigen zu können, stünden eine 100%-Stelle für eine Krankenschwester zur Verfügung. Zusätzlich kümmere sich ein Arzt zu etwa 30% um die Überwachung der Tests.

3.2.2 Akteure bei HAART

Die von HIV und Aids betroffenen Menschen können auswählen, ob sie sich von einem der rund zehn bis 15 auf diesem Gebiet spezialisierten Privatärzte, oder von Ärzten der *Unité Sida* behandeln lassen wollen.

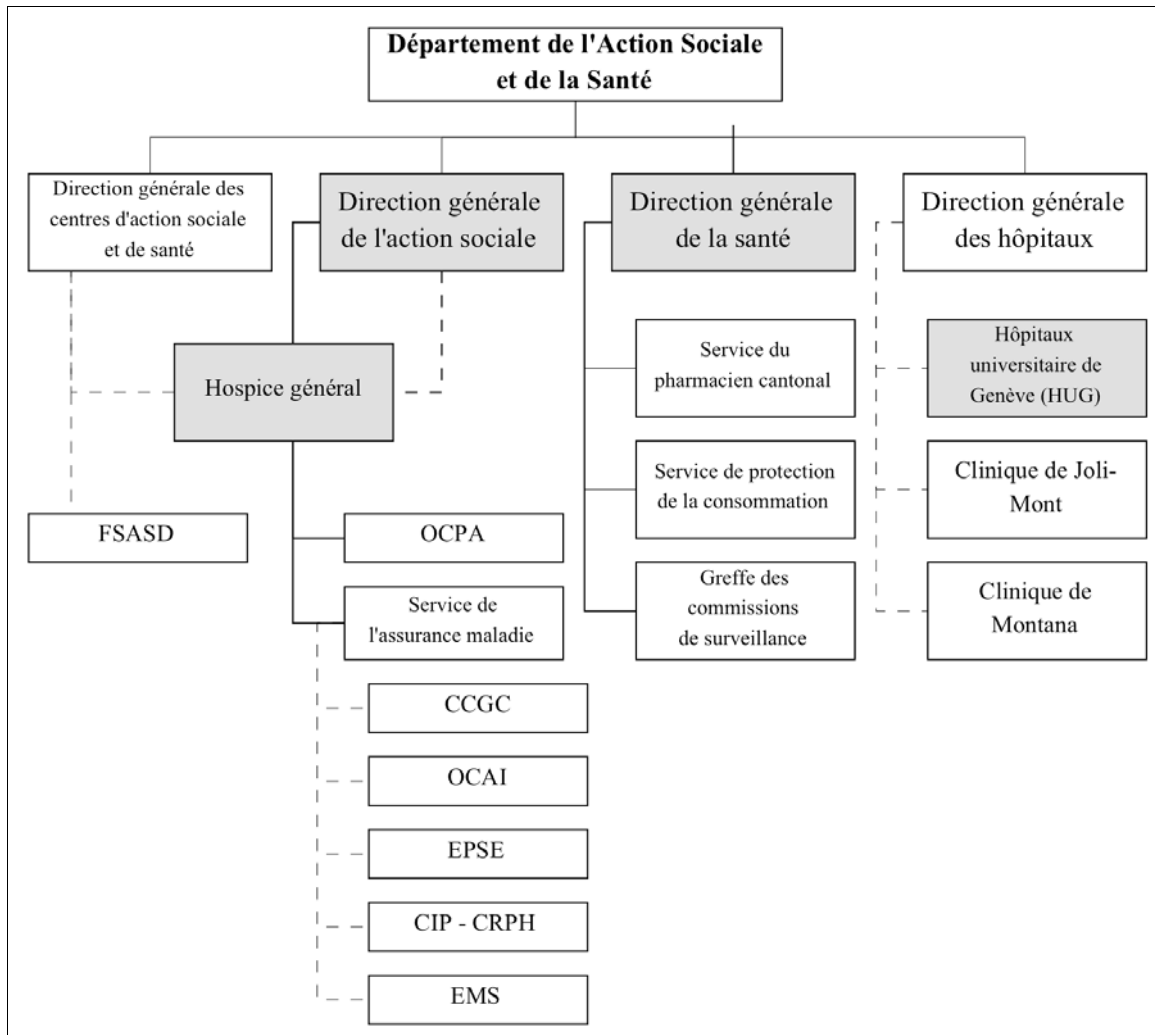
3.2.2.1 Unité Sida

Die Unité Sida ist eines der sieben HIV-Behandlungszentren in der Schweiz und somit auch der schweiz. Kohortenstudie angeschlossen. Der Stellenetat der *Unité* beträgt nach eigenen Angaben rund 1100 Prozent. Für die Betreuung der rund 600 PatientInnen stehen eine Oberarzt-, drei Assistenz- sowie eine Krankenschwester-Stelle zur Verfügung. Der Rest des Etats wird für den HIV-Test sowie verschiedene klinische Studien (u.a. Kohortenstudie) verwendet. Laut eigenen Angaben ist die Ressourcenlage der Unité Sida seit 1992 mehr oder weniger konstant. Die *Unité Sida* habe jedoch bis ca. 1998 vom BAG mehr Geld bekommen für das Testangebot, nämlich 120'000 Franken pro Jahr. Nach 1998 habe das BAG nur noch etwa einen Drittel davon bezahlt, der Rest sei vom Spital übernommen worden, erklärt der Abteilungsleiter.

3.2.3 Die Rolle der öffentlichen Hand

Im Kanton Genf ist das *Département de l'Action Sociale et de la Santé* (DASS) für das Aids-dossier zuständig. Wie die nachstehende Darstellung veranschaulicht, umfasst das DASS vier Direktionen: die *Direction Générale des Centres d'Action Sociale et de Santé*, die *Direction Générale de l'Action Sociale*, die *Direction Générale de la Santé* sowie die *Direction Générale des Hôpitaux*. Alle vier Direktionen sind in unserem Untersuchungszusammenhang von Bedeutung.

Abbildung 11: Organisationsstruktur des Département de l'Action Sociale et de la Santé



Quelle: Rapport de Gestion du Conseil d'Etat (2003: 18)

3.2.3.1 Direction Générale de la Santé

Bis anhin war ein Public Health-Experte im *Service du médecin cantonal* für die Betreuung des Aidsdossiers zuständig. In der Zwischenzeit wurde jedoch der Kantonsärztliche Dienst aufgelöst. Besagter Verwaltungsangestellter befehligt nun die neugeschaffene *Section de l'épidémiologie et des maladies transmissibles* und übt gleichzeitig die Funktion eines *Médecin cantonal délégué* aus. Die Gründe, die zur Reorganisation der DGS geführt haben, werden in Kapitel 3.3.4 näher erläutert.

3.2.3.2 Centre de santé migrants²⁴

Das *Centre de santé migrants* (CSM) wurde 1993 gegründet und ist für die Gesundheitsbelange von AsylbewerberInnen zuständig. Seit 1995 wird bei den Gesundheitschecks von AsylbewerberInnen auch das Thema HIV/Aids zur Sprache gebracht

²⁴ Quelle: GSG-Rapport annuel 2002: 29; www.hug-ge.ch

und entsprechendes Informations- und Präventionsmaterial abgegeben. Jedes Jahr werden dem Kanton Genf rund 1'000 bis 1'200 AsylbewerberInnen zugewiesen. Rund 50% davon stammen aus Afrika, 15 bis 20% aus dem Kosovo, 10% aus Bosnien-Herzegowina und der Rest aus Osteuropa und Asien. Das CSM ist dem *Département de médecine communautaire* angegliedert. Die eigentlichen Gesundheitsabklärungen finden jedoch in den vier Empfangsstellen (*foyers d'accueil*) des *Hospice Général* statt (Saconnex, les Tattes, Anières und Plainpalais). In Zusammenarbeit mit der *Groupe Sida Genève* wurde 2002 ein auf AsylbewerberInnen abgestimmtes Logo sowie Plakate und Kondom-Verpackungen entwickelt. GSG-MitarbeiterInnen boten zudem Weiterbildungskurse für CSM-KrankenpflegerInnen und -sozialarbeiterInnen an.

3.2.3.3 *Office de la Jeunesse, Service de santé de la jeunesse*

HIV/Aids-Prävention an öffentlichen Schulen erfolgt im Kanton Genf vorwiegend im Rahmen der *Education sexuelle*. Dafür zuständig ist der *Service de santé de la jeunesse* (SSJ), eine Unterabteilung des *Office de la jeunesse* innerhalb des kantonalen Bildungsdepartementes. Das Sexualerziehungsprogramm in Genf blickt auf eine über 40-jährige Geschichte zurück. Seit Mitte der 80er Jahre bildet das Thema HIV/Aids darin einen festen Bestandteil. Das Angebot wird vom für die Gesundheitserziehung verantwortlichen Verwaltungsangestellten so beschrieben: „Alors l'éducation sexuelle on la donne en quatrième primaire (les élèves ont neuf, dix ans). On la donne en sixième primaire (ils ont onze, douze ans), on la donne en huitième du cycle d'orientation (ils ont 13, 14 ans) et on la donne encore une fois en première du post-obligatoire, (là ils ont 16, 17 ans). [...] C'est quatre heures par années sur ces degrés, sauf au post-obligatoire où nous avons que deux heures.“ Um diese Aufgabe wahrnehmen zu können, beschäftigt das SSJ nach eigenen Angaben rund 24 MitarbeiterInnen, von denen mit Ausnahme von zwei alle teilzeitlich angestellt seien. Ein zu 100% angestellter Gesundheitserzieher müsse rund 150 Klassen pro Jahr besuchen. Ergänzt wird dieses Angebot durch Schulkrankenschwestern, bei denen HIV und Aids zwar nicht im Vordergrund stehe, aber durchaus auch thematisiert werden könnte, erklärt die Chefin der Schulkrankenschwestern. „C'est vrai, qu'elles ont quand-même assez souvent des jeunes qui viennent parler de sexualité, aussi de pillule de lendemain ou de toute sorte de chose. [...] C'est pas systématiquement, peut-être en huitième quand même, mais pas systématiquement, tout le temps, toujours on parle du sida. C'est plus à la demande.“

Neben diesem Grundangebot ist der SSJ zusammen mit der GSG sporadisch an verschiedenen Projekten zum Thema HIV/Aids beteiligt, zum Zeitpunkt unserer Datenerhebung zum Beispiel an einem Projekt namens *le Sida, parlons-en*. Dieses Projekt weise drei Teile auf, wurde uns gegenüber erklärt: „un témoignage du projet école, une discussion menée avec le Groupe Sida Genève, l'éducation pour la santé, les infirmières scolaires, le planning familial, le counselling de l'hôpital cantonal, donc un grand forum, si vous voulez. Et puis il y a encore un stand où ils peuvent venir parler de chose peut-être un peux plus personel s'ils veulent, trouver de la documentation, parler du préservatif etc.“

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

| Bereiche/Träger | GSG | Aspasie | CSM | HUG | SSJ |
|-----------------------|--|--------------|---|--------------------------------|--|
| <i>Migration</i> | - <i>projet parcs</i> -Partnerorganisation von AFRIMEDIA | (APM) | Informations- und Präventionsmaterial für AsylbewerberInnen | | |
| <i>Schule</i> | -AHS-Schulprojekt -sporadische Projekte, z.B. <i>le Sida, parlons-en</i> (zusammen mit SSJ) | | | | -Education sexuelle -sporadische Projekte, z.B. <i>Le Sida, parlons-en</i> (zusammen 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 | |

3.3 Bestehende und künftige Herausforderungen der Aidsprävention

Die Genfer Aidsprävention befand sich zum Zeitpunkt unserer Untersuchung in einer unruhigen Phase. So hat zum Beispiel an der DASS-Spitze ein Wechsel stattgefunden, was die Planung der Einführung von Leistungsverträgen, aber auch die Ausarbeitung eines Papiers zur Aidspolitik des Kantons Genf mit sich brachte. Der immens gewachsene Schuldenberg des Kantons hat dazu geführt, dass die Subventionsempfänger im Aidsbereich aufgefordert wurden, ihre Bedürfnisse neu zu formulieren. Schliesslich haben das Auftauchen eines neuen Akteurs (ASFAG, vgl. Kapitel 3.2) sowie die finanziellen Ansprüche von Dialogai für ihr Grossprojekt *projet santé gaie* zu einem gewissen Unmut innerhalb der Präventions-Community geführt. Doch werfen wir zuerst einen Blick auf die Frage, wie in Genf mit der Normalisierung umgegangen wird.

3.3.1 Adaption der Normalisierung

Die im Aidsbereich aufgetretene Normalisierung hat bei der wichtigsten Aidsorganisation im Kanton Genf, der *Groupe Sida Genève*, bis jetzt offenbar keine strategischen Anpassungen zur Folge gehabt. Eine Ausdehnung der GSG in andere Themengebiete (z.B. *Sexual Health*) wird vom Geschäftsleiter der GSG nicht ins Auge gefasst. „Je vois pas pourquoi tout à coup on devrait faire de la *sexual health promotion* jusque parce que c'est un peu *trendy*, parce que c'est le moyen de garder de l'argent. [...] Le jour où le Groupe Sida Genève n'a plus raison d'être, je trouvais beaucoup plus intelligent qu'on ferme la structure [...]. Notre rôle est vraiment de rester dans le *Kerngeschäft* sida“. Ein Grund dafür, weshalb sich die GSG dem Thema *Sexual Health* nicht stärker annähme, sei der, dass dieses Themengebiet in der Westschweiz bereits gut etabliert sei; „tout ce qui est éducation sexuelle est beaucoup plus développé en Suisse romande qu'en Suisse alémanique, notamment au niveau des écoles.“

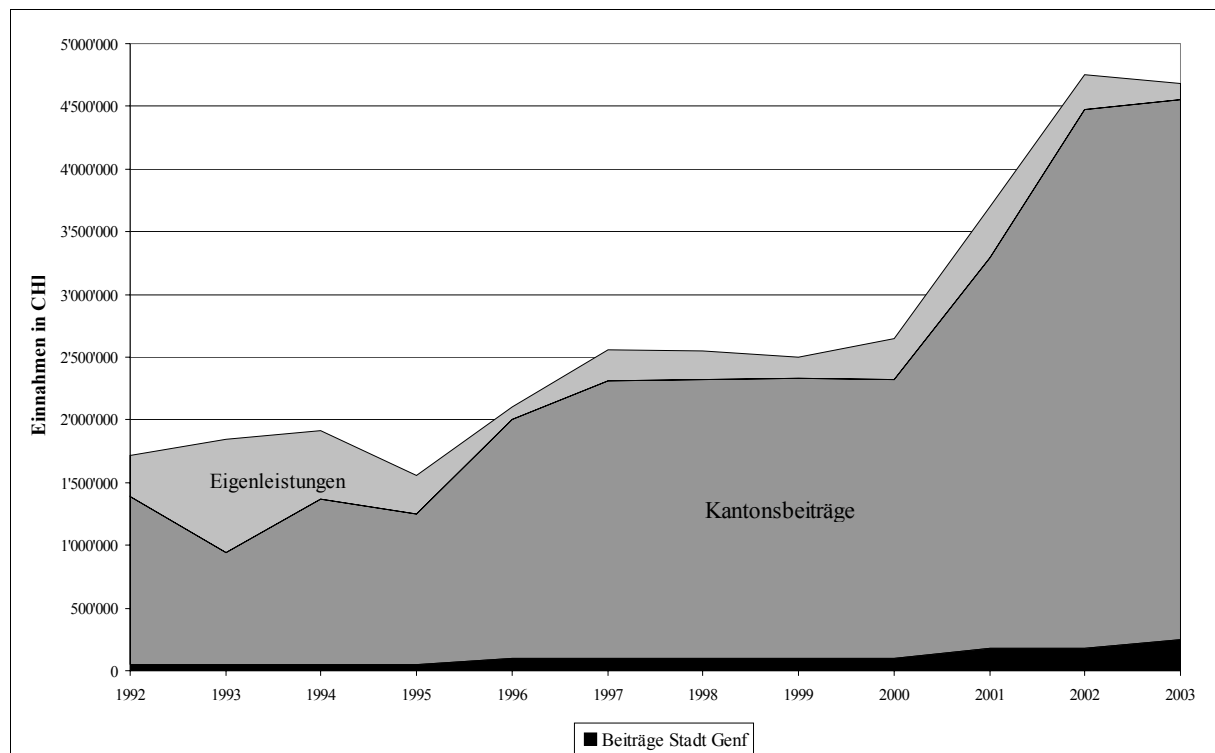
Das Beharren auf dem Kerngeschäft Aids kommt auch dadurch zum Ausdruck, dass bei der GSG Bestrebungen in Gang sind, sich vom Schadensminderungsbereich zu trennen und diesen in eigene Strukturen überzuführen. Ein entsprechender Entscheid sei vom GSG-Vorstand im Oktober 2003 gefällt worden, führt der Geschäftsleiter aus (dazu mehr in Kapitel 3.3.4).

Von einem Vertreter der Genfer Gesundheitsbehörden wird die Normalisierung per se in Frage gestellt. Dies vor allem deshalb, weil die Infektionsrate in Genf seit zwei Jahren wieder ansteigend sei. Aus diesem Grund müssten die bisherigen Präventionsanstrengungen überdacht und allenfalls angepasst werden; ein Prozess, der zum Zeitpunkt unserer Datenerhebung voll im Gang war. „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.“

3.3.2 Die Entwicklung der Ressourcenlage in der Aidsprävention

Die im Kanton Genf bis anhin für Aidsprävention zur Verfügung gestellten Mittel werden von der Mehrheit unserer Gesprächspartner als ausreichend empfunden. Der Leiter der *Unité Sida* meint zum Thema Ressourcenentwicklung: „In Genf ist der Präventionsbereich ständig gewachsen, und zwar sehr stark. [...] Es stimmt also gar nicht, dass die Mittel zurückgegangen sind.“ Ein Blick auf die Einnahmenentwicklung der *Groupe Sida Genève* bestätigt diese Einschätzung.

Abbildung 12: Beiträge der öffentlichen Hand an die GSG



Quelle: GSG-Jahresberichte 1992-2003

Der enorme Anstieg der Mittel ab dem Jahre 2000 kann auf die am 26. Dezember 2001 erfolgte Eröffnung einer Anlaufstelle mit Injektionsraum für Drogenkonsumierende (Quai 9) zurückgeführt werden. Von diesem neuen Angebot habe unter dem Strich die gesamte Organisation profitiert, betont der Leiter der *Groupe Sida Genève*: „On a renforcé un petit peu le back-office administratif, une poste d’assistante de direction, enfin des petites choses [...]. On a pu comme ça avoir quelques ressources supplémentaires pour développer l’ensemble de l’institution.“ Die GSG erwartet auch in Zukunft keine schmerzhaften Budgetreduktionen, nicht zuletzt deshalb, weil die Organisation mit den politischen Entscheidungsträgern gut vernetzt sei. „Et jusq’ aujourd’hui on n’a pas eu de diminution de ressources de l’Etat qui nous auraient été proposé ou imposé. Ça peut arriver, on ne sait jamais, ça arrive en plein d’autres cantons mais on a le privilege d’être à la fois bien organisé donc c’est reconnu, qui veut dire bien organisé c’est qu’on a la capacité de réagir et qu’on a aussi la capacité de mordre. Et puis on est assez bien réseauté avec d’autres institutions, avec des partis politiques, c’est pas si simple de dire Groupe Sida Genève, on vous enlève la moitié de votre budget parce qu’ils savent qu’on est pas totalement stupid [...]. Donc, on est dans une relation partenariat où c’est chacun qui tient un petit peu l’autre.“

Auch bei Aspaspie werden die zur Verfügung stehenden Mittel als ausreichend empfunden. Eine zwischen 1999 und 2000 eingetretene Finanzknappheit habe dank einer Finanzspritze der öffentlichen Hand überwunden werden können. In der Zwischenzeit seien die kantonalen Subventionen sogar noch weiter angestiegen. „On trouve qu’on a un service qui est opérationnel, qui permet de faire un travail constant dans ce milieu, garantir une permanence et une stabilité de service.“ Die Tatsache, dass es Aspaspie gelungen ist, von der öffentlichen Hand mehr Subventionen zu erhalten, wird zum einen mit den guten Beziehungen zur Vorsteherin der DGS, zum anderen aber auch mit dem guten politischen Rückhalt in Verbindung gebracht. Trotz den laufenden Budgetdiskussionen geht Aspaspie nicht davon aus, Federn lassen zu müssen; „c’est vrai que ils vont pas nous enlever notre budget d’un coup non plus. On n’est pas non plus aux abois comme dans autres cantons.“ Auch von einem Vertreter der Genfer Gesundheitsbehörden wird betont, dass die verschiedenen NGOs im politischen System Genfs sehr gut verankert seien. Dafür macht er u.a. die Kleinheit des Kantons verantwortlich, wo jeder jeden kenne. „C’est pour ça c’est très difficile de faire évoluer les choses, de changer des budgets, parce que tout le monde... tout est en tout, tout le monde a des faiblesses que les autres connaît. [...] On est plutôt dans un monde consensual, on essaie de trouver des solutions qui font pas trop dégât avec personne.“

Inwiefern die rosigen Präventionszeiten für die beteiligten NGOs auch in Zukunft anhalten werden, stand zum Zeitpunkt unserer Datenerhebung (Februar 2004) noch nicht fest, da der Kanton Genf nach vier ertragreichen Jahren tief in die roten Zahlen gerutscht ist. Da im Jahre 2003 470 Mio. Franken weniger Steuern eingenommen wurden als budgetiert, stiegen die Schulden des Kantons Genf auf 11.5 Mia. Franken an. Zudem wurde der erste Voranschlag für das Jahr 2004 vom Parlament zurückgewiesen; er wies ein Defizit von 554 Mio. Franken aus. Ein zweiter Budget-Entwurf sieht neu ein Defizit von 392 Mio. Franken vor. Gespart werden soll vor allem beim Personal (23 Mio.), bei den allgemeinen Ausgaben (34 Mio.) sowie bei den Subventionen (46 Mio.).²⁵ Ob und in welchem Ausmass die Genfer Aidsprävention von den Sparmassnahmen betroffen sein würde, war noch unklar. „La Direction de la Santé va faire des grands sacrifices et on sait que beaucoup de programmes vont être coupés. On est pas complètement sûr que le programme sida va être coupé. Parce que il y a un très fort appui politique. Et ça reste une priorité. Alors ce sont les programmes plus récents

²⁵ Quelle: Der Bund (24.3.04/2.4.04)

qui sont encore moins solidifiés qui risquent de souffrir d'abord.“ Der Druck auf das Genfer Präventionsbudget wurde dadurch erhöht, dass sich zwei Akteure – ASFAG sowie Dialogai – um zusätzliche Ressourcen bemühten. Gemäss Aussagen eines Gesprächspartners haben die Anträge der beiden Organisationen bereits Verteilungskämpfe innerhalb der Präventions-Community in Gang gesetzt. „Vorläufig ist es so: konstantes Budget, und jede Neuverteilung bedeutet, dass man an einem Ort etwas wegnimmt, das man an einem anderen Ort hinzufügt.“

Unterdessen wurden die Unsicherheiten in Bezug auf die weitere Ressourcenentwicklung im Aidsbereich offensichtlich beseitigt. Laut CoGe-Leiter wird der globale Rahmen für das gesamte Aidsprogramm von 5.15 Mio. Franken im Jahre 2004 nicht angetastet. Innerhalb dieses Rahmens werde es aber verschiedene Änderungen geben: Finanzierung des von Dialogai durchgeführten Projektes *projet santé gaie* mit 200'000 Franken pro Jahr; Auslagerung des Schadenminderungsbereiches aus der *Groupe Sida Genève* und Überführung in eine neue Organisation (mit einem Budget von 2.5 Mio. Franken pro Jahr); Kürzung der Subventionen an die Betroffenenorganisation PVA-Genève von 300'000 auf 200'000 Franken pro Jahr; Finanzierung von ASFAG mit 100'000 Franken pro Jahr; künftige Subventionen an die GSG von 1.52 Mio. Franken pro Jahr; Reserve für Programm-Evaluation von 70'000 Franken pro Jahr. Konkret bedeutet diese Neuverteilung für Aspasia und die GSG folgendes: keine Kürzungen für Aspasia im laufenden Jahr; für die GSG hingegen einen Rückgang der kantonalen Subventionen auf einen Stand vor 1996.

Laut eigenen Angaben bekommt auch der SSJ die angespannte Finanzsituation des Kantons zu spüren. Zwar habe es noch keinen Stellenabbau gegeben, die Anzahl der zu betreuenden Schulen und SchülerInnen sei aber gestiegen; „le nombre de postes n'a pas diminué. Mais le nombre d'écoles et d'élèves augmente. Donc, si vous faites le ratio, on est en perte.“ Angesichts der beschränkten Ressourcen werde es auch immer schwieriger, neue Projekte bzw. Angebote zu entwickeln, betont der Vertreter des SSJ.

3.3.3 Konflikte in der Aidsprävention

Äusserungen unserer GesprächspartnerInnen deuten darauf hin, dass in der Genfer Präventionsgemeinschaft nicht alles zum Besten bestellt ist und dass zwischen den einzelnen Akteuren offenbar eine gewisse Konkurrenzsituation vorherrscht. Dieses von Vielen empfundene Unbehagen wird von einer Gesprächspartnerin aus dem Präventionsbereich folgendermassen auf den Punkt gebracht: „Alors moi je pense, que il y a du bon coup de non-dit. Nous sommes ensemble, mais nous ne formulons pas ni nos divergences ni des problèmes. Les problèmes qui peuvent exister dans ces structures, ils ne sont pas formulés, ni partagés.“

Diese Spannungen können auf verschiedene Aspekte zurückgeführt werden. Zum einen auf die dominierende Stellung der GSG im Genfer Aidsbereich, zum anderen auf das Auftauchen einer neuen Organisation (ASFAG), die zwar nicht direkt in der Prävention tätig ist, aber Anspruch am zur Verfügung stehenden Kuchen anmeldet. Verstärkt wird das Rumoren im Genfer Aidsbereich durch immer neue Forderungen seitens der Genfer Gesundheitsbehörden (Ausarbeitung von Leistungsverträgen, Bericht zur kantonalen Aidspolitik, Neuverteilung von staatlichen Subventionen angesichts kantonalen Sparmassnahmen; dazu mehr im folgenden Kapitel).

Offenbar ist die *Groupe Sida Genève* schon seit deren Gründung umstritten, weil sie der damals als einzige in der Aidsprävention tätigen Schwulenorganisation Dialogai deren

Terrain streitig machte. „In den 80er Jahren hat Staatsrat Segond das Gefühl gehabt, es sei politisch ungeschickt, wenn man den Organisationen wie zum Beispiel den Homosexuellen einen Haufen Geld gibt vom Staat. Es brauche eine andere Organisation, die nicht so stark den Risikogruppen angelehnt sei.“ [...] Das hat am Anfang Schwierigkeiten gemacht, weil Dialogai sich als einzige wirklich engagiert haben für die Prävention. Dialogai hat es nicht sehr gut aufgenommen, dass eine zweite Organisation kommt, noch dazu mit der Motivation, dass man ihnen nicht viel Geld anvertrauen könne, politisch.“

Von verschiedener Seite wird zudem auf die Schwerfälligkeit der GSG hingewiesen. „Wir haben die Riesenorganisation, die das ganze Geld vom Staat bekommt, vier Millionen pro Jahr, verteilt es den anderen. Die Organisationen finden, dass sie eigentlich die Arbeit machen würden, und die Groupe Sida Genève mache nichts, sei eine grosse Bürokratie geworden usw. Das ist das politische Problem“, meint der *Unité Sida*-Leiter. Eine weitere Person meint zu diesem Thema: „C’est une grosse machine, le Groupe Sida Genève. [...] Supprimer des postes au Groupe Sida Genève, c’est presque si difficile que supprimer des postes à l’Etat de Genève, c’est la même chose.“ Zudem wird der GSG vorgeworfen, sich zu einer grossen Organisation „en manque de mission“ entwickelt zu haben. „Ich habe bei der Groupe Sida Genève das Gefühl, dass ihre Mission, ihr Auftrag nicht klar ist. [Er] ist ihnen selber nicht klar, ist mir nicht klar, ist von Aussen nicht ganz einsichtig. Weil die Motivation von 1980 ist schon lange vergessen und ist wahrscheinlich nicht mehr aktuell.“

Auch die Gründung einer neuen Organisation (ASFAG) im Aidsbereich hat einige Akteure vor den Kopf gestossen. Eine Person aus dem Präventionsbereich hält denn auch den Zeitpunkt für die Gründung einer neuen Organisation für denkbar ungünstig. „Elles émergent finalement ces deux dernières années, elles émergent au mauvais moment. Elles émergent dans un moment, où on n’a plus d’expansion de crédits.“

3.3.4 Organisatorische und strukturelle Veränderungen innerhalb des Präventions-Netzwerkes

Eine institutionelle Änderung, die im Untersuchungszeitraum stattgefunden hat, betrifft den Wechsel der Trägerschaft des MSW-Projektes. Das MSW-Projekt war während vielen Jahren bei der Schwulenorganisation Dialogai angesiedelt, wird nun aber seit April 2003 von der Prostituiertenorganisation Aspasia ausgeführt. Gemäss den von uns befragten Personen sind diesem Wechsel keine strategischen Überlegungen vorausgegangen. Offenbar sind vielmehr Dialogai-interne Probleme für diese institutionelle Änderung entscheidend gewesen; „il y a vraiment eu de problèmes de gestion de ressources humaines qui étaient pas très bonnes. Et la personne en charge du projet MSW a été licenciée par Dialogai. Comme le contrat était conclu entre l’Aide Suisse contre le Sida et Dialogai, l’Aide Suisse contre le Sida a dit non, on est pas d’accord on garde cette personne, mais on va l’affecter dans une autre institution.“ Ein Vertreter aus dem Präventionsbereich ist überzeugt davon, dass diese Änderung zu einer institutionellen Stärkung von Aspasia geführt habe, die nun effektiv zu einer Fachstelle für Prostitution geworden sei. „C’est un renforcement des capacités organisationnels d’Aspasia, qui du coup passait de 4 à 5 ou 6 personnes, avait un homme et pas que des femmes. Je pense tout ça a fait aussi pas mal de bien d’avoir une compétence nouvelle et totalement transversale. L’ensemble des questions liés à la prostitution sont maintenant traité dans une même organisation. Et je pense qu’ils ont gagné au poids par rapport au question qui est autour de la prostitution. C’est vraiment une Fachstelle für Prostitution. [...] A l’origine c’était pas du tout une réflexion stratégique en disant on aimerait renforcer la capacité d’une organisation par rapport à la prostitution“.

Eine weitere strukturelle Änderung, die sich abzuzeichnen beginnt, betrifft die geplante Eröffnung einer zweiten Anlaufstelle mit Injektionsraum für Drogenabhängige. Damit einhergehen soll die Auslagerung des Schadensminderungsbereichs aus der GSG und die Überführung in neue Strukturen²⁶. Die Ausgliederung des Schadensminderungsbereichs wird vor allem damit begründet, dass ansonsten die GSG ihr Gleichgewicht und ihre institutionelle Identität verlieren könnte; „si il faut de nouveau engager 10 personnes pour ce deuxième local on va se retrouver dans un Groupe Sida avec 50, 60 personnes dont 40 travaillent dans la réduction des risques, c’est plus que 20 dans le sida. Alors, on va en quelque sorte inverser la raison d’être de l’institution.“ Offenbar soll also mit der Ausgliederung des Schadensminderungsbereichs eine Rückbesinnung auf das Kerngeschäft der GSG einhergehen, eine Einschätzung, die auch von einem anderen Gesprächspartner geteilt wird. „J’ai l’impression qu’ils avaient envie de rester centré sur le *core business*, et leur *core business*, c’est la prévention du VIH et tous qui tourne autour de l’infection HIV et les patients sida. La réduction des risques était tellement importante que le budget réduction de risque était plus important que le budget sida, finalement. [...] Ce sont des raisons institutionnels, d’images et de visibilité“, erklärt ein Vertreter der Gesundheitsbehörden.

Innerhalb der für das Aidsdossier hauptverantwortlichen Verwaltungsstelle, der *Direction générale de la Santé* (DGS), hat es in letzter Zeit einige gewichtige organisatorische Änderungen gegeben. Und zwar wurde der vormals für Aidsprävention zuständige *Service du médecin cantonal* unterdessen aufgelöst. Der für diesen Bereich zuständige Verwaltungsangestellte steht nun der neugeschaffenen *Section de l’épidémiologie et des maladies transmissibles* vor und übt gleichzeitig die Funktion eines *Médecin cantonal délégué* aus. Die Gründe, die zur Auflösung des Kantonsärztlichen Dienstes führten, sind recht diffus: „Der *Médecin cantonal* in Genf ist eine komische Stelle, die offenbar von der Struktur, vom Organigramm Schwierigkeiten macht. Drei oder vier hintereinander haben einfach nicht funktioniert in dieser Funktion.“ Ein anderer Gesprächspartner meint zu diesem Thema: „Depuis des très nombreuses années à Genève, le médecin cantonal a eu de la peine à avoir une relation équilibrée, une relation de confiance avec le ministre. Et donc le nouveau ministre cette année, il y a trois ans il a dit, qu’il fallait trouver une solution pour que la relation soit plus efficace, plus détendu avec le médecin cantonal.“ Da die nationale Gesetzgebung aber den Kantonen die Stelle eines Kantonsarztes vorschreibt, wurde in Genf eine andere Lösung gefunden; „il n’y a pas *un* médecin cantonal, mais il y a *deux* médecins cantonaux délégués“, wovon einer für den Bereich übertragbarer Krankheiten zuständig sei, wurde uns gegenüber erklärt. Diese Organisationsweise bestehe seit Anfang 2003, wobei der Transformationsprozess noch nicht abgeschlossen sei. Diese diffuse Situation ist offenbar mit ein Grund dafür, weshalb die Koordination des Genfer Aidsprogrammes nicht vom eigentlich dafür zuständigen Experten für übertragbare Krankheiten, sondern vom Leiter der *Unité Sida* übernommen wird.

Mit dem Wechsel an der DASS-Spitze – seit 2002 ist der Christdemokrat Pierre-François Unger neuer Departementsvorsteher – ging gemäss Aussagen unserer Gesprächspartner auch eine Änderung des Verwaltungsmanagements einher. Ein Vertreter der Gesundheitsbehörden spricht in diesem Zusammenhang von einem „volonté de réfléchir l’action en santé publique sur la base des données, sur la base des evidences scientifiques, sur la base des données épi-

²⁶ Unterdessen ist die Gründung einer neuen Organisation im Schadensminderungsbereich offenbar beschlossene Sache. Laut Leiter der CoGe soll die neue Organisation mit einem Budget von 2.5 Mio. Franken pro Jahr ausgestattet werden.

demiologiques avec un meilleur suivi et une meilleure évaluation.“ Vor diesem Hintergrund ist auch die geplante Einführung von Leistungsverträgen zu sehen, die auch dazu genutzt werden, die Strategie der Genfer Aidspolitik einer Revision zu unterziehen; „depuis quelques années on a l'impression de piétiner. Donc, il y a des activités en fait au niveau stratégique, une remise en question avec l'élaboration de contrats de partenariats avec le Groupe Sida Genève et avec d'autres partenaires.“ Laut einem Gesprächspartner wurde mit dem Vorhaben der Leistungsverträge im Herbst 2002 begonnen. Kurz nachdem man mit den Arbeiten am neuen Leistungsvertrag begonnen habe, hätten jedoch die Arbeiten daran auf Geheiss der zuständigen Behörden wieder eingestellt werden müssen. „2002, just'après le début de ces contrats de partenariats, le Département a dit stop, avant d'aller plus loin dans les contrats de chaque association, on va redéfinir la politique cantonal en matière de sida.“ Aus diesem Auftrag resultierte ein Bericht über die Genfer Aidspolitik – *Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la politique de l'Etat de Genève en matière de VIH/sida* – der im August 2003 zuerst von der Genfer Regierung, und ein paar Monate später (im Oktober desselben Jahres) vom Kantonsparlament abgesegnet wurde. Damit war aber noch keine Ruhe eingekehrt, denn plötzlich wollten die Gesundheitsbehörden angesichts des im November 2003 abgelehnten Voranschlages noch einmal über die Ressourcenverteilung sprechen. „Et tout à coup nouvelle information: il faut revoir les priorités par rapport aux ressources, éventuellement on fait une réallocation des ressources. C'est là on a commencé à ne plus comprendre. [...] il nous faut revenir en arrière pour faire quelque chose dont on ne sait pas à quoi ça sert“, erklärt ein Befragter aus dem Präventionsbereich. In der Folge wurden offenbar sechs Arbeitsgruppen gebildet, in denen die verschiedenen Teilbereiche der Aidsarbeit diskutiert und entsprechende Positionspapiere verfasst wurden. Dieses Hin-und-Her von Seiten der politisch Verantwortlichen ist bei einigen Akteuren auf Unverständnis gestossen. „L'automne passé on a été convoqué tous les acteurs du domaine du sida, pour dire, nous allons stabiliser voire baisser le budget. On nous a annoncé une baisse de budget. Mais on nous dit pas quand ni combien. On nous dit juste il faut réfléchir, il faut faire des priorités, d'établir des priorités pour diminuer, stabiliser, faire avec moins. [...] Au point de vue de compétence de management, c'est flou“, entrüstet sich eine Person aus dem Präventionsbereich. Kritisiert wird auch der mit all diesen Arbeiten verbundene Arbeitsaufwand. „Je peux vous dire, ici on a des kilos de rapports de ces groupes de travail et tout.“²⁷

3.4 Das Ende des New Public Health-Ansatzes in der Aidspolitik?

Die von uns befragten Aidsfachleute glauben nicht an ein baldiges Ende des New Public Health-Ansatzes in der Genfer Aidspolitik. Ein Präventionsexperte bringt diese Einschätzung folgendermassen auf den Punkt. „Je pense pas que ça soit une stratégie que quelqu'un là-haut à l'Etat qui dit, je vais mettre exprès de l'argent dans les soins pour qu'elle a moins la prévention.“ Nach Aussagen eines Gesprächspartners aus der Kantonsverwaltung befindet sich momentan ein neues Gesundheitsgesetz in der Vernehmlassung, das u.a. eine Stärkung der Prävention beinhalte. „La réflexion actuelle et la nouvelle loi générale sur la santé du canton de Genève qui est à l'heure actuel en consultation va plutôt dans le sens de dire, mettons de l'énergie pour maintenir la santé et non pas se dire, faites ce que vous voulez, en toute façon on a les soins.“

²⁷ Laut neusten Informationen sollen die Leistungsverträge per 1. Januar 2005 in Kraft treten.

3.4.1 Interessenkonflikt zwischen präventiver und klinischer Medizin?

3.4.1.1 Beziehungen zwischen dem präventiven und klinischen Bereich

Die für den klinischen Bereich der Aidsarbeit hauptverantwortliche Person hat auch im Präventionsbereich ein gewichtiges Wort mitzureden. Denn sie fungiert nach eigenen Angaben auch als *conseiller auprès du DASS pour des questions VIH/sida* und ist damit ein bisschen die graue Eminenz der Genfer Aidsarbeit. Bis Ende 2002 sei die Hälfte seines Salärs für diesen Job bezahlt worden, obwohl er dafür nur etwa 10% seiner Arbeitszeit eingesetzt habe. Ab 2003 werde sein Salär nun wieder ganz vom Spital bezahlt, erklärt der Leiter der *Unité Sida*.

Die aussergewöhnliche Rolle des *Unité Sida*-Leiters innerhalb des Genfer Aidsbereiches wird nicht von allen Befragten goutiert. Insbesondere wird die Frage gestellt, weshalb die Koordinationsaufgabe nicht vom Verantwortlichen für Infektionskrankheiten innerhalb des ehemaligen Kantonsärztlichen Dienstes übernommen werde. „Pourquoi un médecin de l'hôpital tout à coup fait la coordination sida. [...]. Et lui c'est un clinicien, il sera toujours un clinicien, ce n'est pas un spécialiste de santé publique. [...] Nous, on a critiqué plusieurs fois la coordination sida en disant c'est pas fait avec ... il n'y a pas de vision par rapport à ça. C'est un peu du bricolage. Donc, c'est pas un très bon système“, meint eine Person aus dem Präventionsbereich.

3.4.1.2 Konfliktpotenzial: Gegenspieler oder komplementäre Partner?

Die Präventionsfachleute empfinden den klinischen Bereich eher als komplementär denn als Gegenspieler. Generell wird die Zusammenarbeit mit dem klinischen Sektor als gut eingeschätzt. „C'est vraiment un bon partenariat. On est complémentaire, donc il a assez peu d'enjeux de territoire, je dirais. Ce qu'on fait nous, ils ne font pas, ce que font eux, nous le faisons pas. [...] O n'est pas dans une histoire de concurrence, contrairement à des autres associations.“ Offenbar hat es aber bereits heikle Situationen in Bezug auf die ärztliche Schweigepflicht gegeben, in denen die GSG die Patientenrechte verteidigen musste; „il y a eu des situations à part de l'hôpital auprès d'un ou deux médecins violation du secret médical etc. On retrouve notre rôle de *watch-dog* de dire, c'est bien ça.“

Wenn zwischen präventiver und klinischer Medizin von einem Interessenkonflikt gesprochen werden könne, dann höchstens in Bezug auf den zur Bekämpfung neuer Infektionen gewählten Ansatz, betont ein Vertreter der kantonalen Gesundheitsbehörden. „Si le conflit existe, c'est plutôt au niveau de l'approche, parce que les cliniciens et les médecins ont une approche qui se veut scientifique et basé sur les données et sur les faites. Alors, dans le domaine associatif, il y a beaucoup de gens qui ont une formation plus socio, politique ou juridique qui est plus à l'aise ou qui accepte plus facilement le flou et le qualitatif.“ Vor diesem Hintergrund muss die Kontroverse gesehen werden über die Frage, inwiefern der Bereich der weiblichen Prostitution bei HIV-Ansteckungen überhaupt eine Rolle spiele. Der Leiter der *Unité Sida* ist überzeugt davon, dass Prostitution in der Schweiz bei der Verbreitung von HIV praktisch keine Rolle spiele. „Wenn man schaut, wie viel Prozent der Leute durch Prostitution infiziert werden in der Schweiz, ist es minim, ein bis zwei Prozent von allen Personen, wenn man sie fragt.“ Zudem ist er der Meinung, „dass das Argument, dass Prostitution eine weniger grosse Rolle spielt, gehört zu einer guten Präventionspolitik. Dass man zuerst schaut, wo die Infektionen sind und danach die Politik ausrüstet, und nicht mit irgendwelchen Mythen über

Prostitution, oder was Journalisten sagen oder so, und danach das Gefühl haben, man müsse Geld reinstecken. So hat man keine gute Politik.“ Nach Ansicht des *Unité Sida*-Leiters gibt es momentan „zwei Problemgebiete in Genf: Homosexuelle und Afrikaner, und auf die muss man sich konzentrieren, wenn man eine Wirkung haben will auf die Neuinfektionen.“ Ein anderer Gesprächspartner teilt die Meinung des *Unité Sida*-Leiters, wonach der Prostitutionsbereich bei den Neuinfektionen nur eine marginale Rolle spiele. Er hält aber die Präventionsarbeit im Prostitutionsbereich dennoch für elementar. „Il faut distinguer le travail fondamental nécessaire, indispensable autour et à l’intérieur de la problématique de la prostitution, qui touche l’exclusion, qui touche la santé des femmes, qui touche la migration, qui touche les maladies transmissibles, les maladies sexuellement transmissibles et pleines d’autres. Et donc aussi le sida. Ça c’est un grand morceau de travail qui doit être fait et qui est fait est qui doit être soutenu par l’état et qui est soutenu par l’état, à l’occurrence par la Direction de l’Action Sociale.“

Die GesprächspartnerInnen aus dem Präventionsbereich weisen darauf hin, dass es bei aidspräventiven Massnahmen im Umfeld der Prostitution vor allem darum gehe, die SexanbieterInnen vor HIV-Ansteckungen zu schützen, und nicht unbedingt umgekehrt. „La question, c’est la demande des clients sans préservatif. Et puis c’est elles, elles peuvent s’infecter avec les clients qui demandent sans préservatif.“ Ein anderer Präventionsexperte teilt diese Meinung: „Une même prostitué ou un même prostitué va avoir plusieurs partenaires le même jour. Et donc, c’est quelqu’un qui est exposé pas à transmettre le virus, mais être infecté par les clients. Le travail c’est plutôt la clientèle que les personnes qui se prostituent. Et que là on ne peut pas simplement dire, c’est pas un enjeu.“ Abgesehen davon zweifelt Aspasia die methodischen Grundlagen von Studien an, die zum Schluss gekommen sind, dass HIV im Prostitutionsbereich nur ein geringes Risiko darstelle.

Verteilungskonflikte zwischen dem präventiven und klinischen Bereich werden als unrealistisch erachtet, da die beiden Bereiche aus unterschiedlichen Töpfen finanziert werden. „Das berührt uns überhaupt nicht, null. Mit dem [Präventionsbereich] haben wir budgetmässig nichts zu tun“, betont der Leiter der *Unité Sida*. Eine Person aus dem Präventionsbereich verweist zudem auf die extrem unterschiedliche Ressourcenlage zwischen dem klinischen und präventiven Bereich, nicht nur in Bezug auf Aids. „Le budget de l’hôpital cantonal à Genève est un milliard par an. Le budget pour la promotion de la santé à Genève est quelques millions. Les projets de prévention comme ce que nous fait c’est peut-être 10 millions, 20 millions. [...] Donc, la prévention c’est extrêmement limitée et puis la promotion de la santé, c’est encore plus limitée.“

3.5 Fazit: Die wichtigsten Entwicklungstendenzen in der Aidsprävention des Kantons Genf

◆ *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 MigrantInnen aus Ländern südlich der Sahara.

◆ *Ressourcenentwicklung*

Die von der öffentlichen Hand für aidspräventive Massnahmen bereitgestellten Mittel waren im Kanton Genf schon immer sehr grosszügig bemessen. 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 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.

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.

◆ *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.

◆ *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 Aidsprävention 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 verwaltungsinternen 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 Gesamtregierung und anschliessend auch vom Kantonsparlament absegnet 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.“

◆ *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 6: Entwicklungstendenzen in der Aidsprävention im Kanton Genf auf einen Blick

| Bereiche | Strategie-änderungen | Ressourcen-entwicklung | 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>bereichs-übergreifend</i> | | | | <ul style="list-style-type: none"> – 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.

3.6 Verwendete Dokumente und Quellen

a) Dokumente

- ASPASIE (2003). Rapport d'activités 2002
- BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT (2003): Aids und HIV in der Schweiz. Epidemiologische Situation Ende 2002. Bern: BAG.
- GROUPE SIDA GENÈVE: Jahresberichte 2002, 2003. Genf: GSG.

b) Internetquellen

- www.asfag.org
- www.aspasie.ch
- www.groupesida.ch
- www.geneve.ch

- www.hug-ge.ch
- www.malesexwork.net

3.7 Liste der interviewten Personen

| interviewte Person(en) | Institution | Datum |
|--|---------------------------------|-----------------|
| Hirschel, Bernard | HUG, Unité Sida | 5. Februar 2004 |
| Gardon, Marie-Joe | Aspasie | 4. Februar 2004 |
| Sudre, Philippe | Direction Générale de la Santé | 5. Februar 2004 |
| Granget, Philippe & Bursik, Jacqueline | Service de Santé de la Jeunesse | 5. Februar 2004 |
| Hübner, Florian | Groupe Sida Genève | 4. Februar 2004 |

4 Fallstudie Graubünden

Der Kanton Graubünden ist mit rund 7'100 km² flächenmässig der grösste Kanton in der Schweiz. Rund 187'000 EinwohnerInnen leben in Graubünden, davon rund 30'000 in der Kantonshauptstadt Chur. Damit ist Graubünden mit 26 Personen pro km² der am dünnsten besiedelte Kanton in der Schweiz. Graubünden ist der einzige dreisprachige Kanton (65% der Bevölkerung sprechen deutsch, 17% rätoromanisch, 11% italienisch und 7% eine andere Sprache). Regiert wird der Kanton von einem fünfköpfigen, klar bürgerlich dominierten *Regierungsrat*. Bis zu den kantonalen Wahlen von 1999 besetzten die SVP und die CVP je zwei Sitze, die FDP einen. Erst 1999 gelang der SP der Einzug in die Bündner Kantonsregierung, auf Kosten der CVP. Das für das Aidsdossier zuständige Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartement wird vom FDP-Regierungsrat Martin Schmid seit 2003 geleitet. Zuvor ist das Departement während zwölf Jahren von Peter Aliesch (FDP) geführt worden.

Die Bündner Legislative, der *Grosse Rat*, zählt 120 Mitglieder und wird neben Appenzell als einziges Kantonsparlament in der Schweiz im Majorzsystem gewählt. Auch der Grosse Rat wird von bürgerlichen Parteien dominiert. Die SVP, CVP und FDP bilden die grössten Fraktionen, die SP hingegen bildet eine verschwindende Minderheit im Parlament.²⁸

4.1 Einleitung: Eckdaten zur HIV/Aids-Epidemie im Kanton Graubünden

Wie Abbildung 13 veranschaulicht, wird der Kanton Graubünden von der HIV/Aids-Problematik nicht sonderlich betroffen. Die Anzahl positiver Testresultate pro 100'000 EinwohnerInnen liegt klar unter dem gesamtschweizerischen Wert. Von 1985 bis 2001 wurden insgesamt 233 positive Testresultate gemeldet. Mit 125.2 positiven Tests pro 100'000 EinwohnerInnen (zwischen 1985 und 2001) liegt der Kanton Graubünden auf dem 14. Platz. Aidsfälle wurden in Graubünden zwischen 1983 und 2001 insgesamt 84 diagnostiziert.

²⁸ Quelle: www.gr.ch; Graubünden in Zahlen 2001

Abbildung 13: Positive HIV-Testresultate pro 100'000 EinwohnerInnen

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

4.2 Das aktuelle Angebot in den untersuchten Bereichen

Das bündnerische Präventions-Netzwerk setzt sich in den untersuchten Bereichen aus mehreren staatlichen und einem privaten Akteur zusammen. Auf der staatlichen Ebene ist in erster Linie das dem Sanitätsdepartement angegliederte Gesundheitsamt sowie der Kantonsarzt zu erwähnen. Die für Aidsprävention an Schulen zuständige Person war bei unserer Erhebung im Amt für Mittelschulen tätig. Bei einem weiteren staatlichen Akteur handelt es sich um die HIV-Sprechstunde am Churer Kantonsspital, die nicht nur für die medikamentöse Therapie von HIV und Aids zuständig ist, sondern im Zusammenhang mit dem HIV-Test auch ein Counselling anbietet. Der Verein Aids-Hilfe Graubünden schliesslich ist im Auftrag des Kantons für die Umsetzung von Aids-relevanten Massnahmen zuständig.²⁹

In den folgenden drei Kapiteln werden die erwähnten Akteure mit ihren entsprechenden Aufgaben näher vorgestellt.

²⁹ Die Beratungsstelle für Familienplanung, Sexualität, Schwangerschaft und Partnerschaft adebar wird in unserer Untersuchung nicht zum Aidspräventions-Netzwerk gezählt. Der Grund hierfür liegt darin, dass das Thema HIV/Aids-Prävention neben all den anderen Tätigkeiten nur einen marginalen Stellenwert einnimmt.

4.2.1 Akteure und ihre Tätigkeiten in der Aidsprävention

4.2.1.1 Aids-Hilfe Graubünden³⁰

Die Aids-Hilfe Graubünden (AHGR) wurde 1987 gegründet und ist in den Bereichen Beratung, Prävention sowie Information tätig. Das Ziel der AHGR besteht darin, HIV, Hepatitis und andere sexuell übertragbare Krankheiten zu verhindern, die Lebensqualität von Menschen mit HIV/Aids zu erhalten und die Solidarität in der Bevölkerung zu stärken. Die AHGR wird vorwiegend mit Beiträgen der öffentlichen Hand, Mitgliederbeiträgen, Spenden und Erlösen aus eigenen Aktivitäten finanziert. Die Erfolgsrechnung 2003 schloss bei einem Ertrag von ca. 345'000 Franken und einem Aufwand von ca. 358'000 Franken mit einem Defizit von rund 13'000 Franken ab. Die AHGR verfügt nach eigenen Angaben über 210 Stellenprozent, die sich vier Mitarbeitende teilen. Hinzu kommt eine APiS-Mediatorin, die zehn Stunden pro Monat arbeitet (Stand: Oktober 2003). Hauptansprechpartner in der Kantonsverwaltung ist das Gesundheitsamt.

◆ *Migration*

Das Angebot im Migrationsbereich ist vorderhand stark auf Asylsuchende in den Bündner Durchgangszentren ausgerichtet. Die Aids-Hilfe Graubünden bietet dort in Zusammenarbeit mit adebar Präventionsveranstaltungen an. Für die weiblichen Asylsuchenden werden rund zehn bis zwölf, für die männlichen Asylsuchenden etwa 30 Veranstaltungen pro Jahr durchgeführt. „Das Ziel besteht darin, dass wir etwa 80% der Menschen, die in Durchgangszentren im Kanton sind, mit diesen Veranstaltungen erreichen“, erklärt die AHGR-Verantwortliche.

◆ *Schule*

Die AHGR leitet sowohl persönlichkeits- wie auch berufsbildende Veranstaltungen mit SchülerInnen aus dem ganzen Kanton. Angesprochen werden vorwiegend SchülerInnen aus Berufsschulen oder aus der Kantonsschule, aus Oberstufen in abgelegenen Talschaften und aus Konfirmandenklassen. Im Rahmen des Projektes *Yes or No* zum Beispiel werden in Zusammenarbeit mit der Jugend- und Drogenberatung sowie der Beratungsstelle adebar dreitägige Projekte zur Gesundheitsförderung durchgeführt. Ziel des Projektes ist es, die personalen, kognitiven und sozialen Kompetenzen der SchülerInnen in den Bereichen Sexualität, Aids und Drogen zu erweitern. Das Projekt *Peer Group Educators* wird an den Churer Kantonsschulen durchgeführt. Ein Schüler und eine Schülerin aus jeder vierten Klasse werden in eine thematische Projektwoche delegiert. Dabei arbeiten sie unter der Leitung der Aids-Hilfe an den Themen Liebe, Sexualität und HIV/Aids. Das Ziel besteht darin, dass die *Peer Group Educators* einen halbtägigen Workshop mit ihren Klassen durchführen. Die Inanspruchnahme der von der Aids-Hilfe angebotenen Projekte liegt im Ermessen der jeweiligen Schulleitungen. Diese können bei den kantonalen Schulbehörden einen Antrag auf die Übernahme der Hälfte der für die Projektdurchführung anfallenden Kosten einreichen.

◆ *Prostitution*

Das von der AHS auf der nationalen Ebene koordinierte Projekt APiS wird auch im Kanton Graubünden angeboten. Die dafür angestellte Mediatorin arbeitet zehn Stunden pro Monat.

³⁰ Quelle: AHGR-Jahresberichte 2000 bis 2003; www.aidshilfe-gr.ch

Aufgrund der komplexen Kantonsgeografie ist das Angebot sehr auf Chur konzentriert. In unregelmässigen Abständen werden jedoch auch Ilanz, Klosters, Arosa und St. Moritz bedient. Beim bündnerischen APiS-Angebot steht die Aidsprävention ganz klar im Vordergrund. Eine umfassendere gesundheitliche, psychosoziale Beratung ist aufgrund fehlender Ressourcen kaum möglich. Im Jahr 2003 wurden durch die AHGR-Mediatorin 336 Sexarbeiterinnen erreicht. Im Rahmen des Freierprojektes *Don Juan* werden Männer im Umfeld der Churer Nachtclubmilieus zu einem Gespräch bezüglich ihrem Verhalten bei sexuellen Kontakten und ihren Schutzmassnahmen eingeladen. 2002 wurde Don Juan zum ersten Mal „uf dr Gass“ in Chur durchgeführt. In der belebten Unteren Gasse suchten MitarbeiterInnen der Aids-Hilfe den Kontakt sowohl mittels Gesprächen als auch mittels Animation (Kondom-InstruktorInnen).

Ein explizites Angebot für männliche Sexworker ist in Graubünden nicht vorhanden. Bei der Analyse eines Internetchats habe es zwar klare Hinweise gegeben, dass auch in Graubünden vereinzelt Stricher im horizontalen Gewerbe tätig seien, allerdings nur in einem sehr kleinen Rahmen. Laut Auskunft der AHGR besteht seit vier Jahren ein Kontaktnetz, um Präventionsaktionen für Männer zu machen, die sich in einer in der Nähe von Landquart gelegenen Autobahnraststätte treffen. Ob dabei jedoch auch Stricher erreicht würden, sei unklar.

◆ *Counselling*

Die Aids-Hilfe des Kantons Graubünden bietet Hilfestellung, wenn eine Person Fragen zum HIV-Test hat. Die entsprechende Beratung erfolgt telefonisch-anonym oder persönlich. Im Jahre 2003 fanden 78 Beratungsgespräche zu diesem Themenbereich statt.

4.2.1.2 *Counselling am Kantonsspital Chur*

Im Jahre 2002 wurden von der HIV-Sprechstunde des Kantonsspitals nach eigenen Angaben rund 50 anonyme Aidstests durchgeführt. Um einen Aidstest zu machen, muss man sich vorher anmelden. Die Durchführung eines Aidstestes kostet 60 Franken und ist verknüpft mit einem je nach Situation mehr oder weniger intensiven Beratungsgespräch. Die Bekanntgabe des Testresultates erfolgt in der Regel telefonisch.

4.2.2 Akteure bei HAART

4.2.2.1 *Die HIV-Sprechstunde am Kantonsspital Chur*³¹

Die HIV-Sprechstunde des Rhätischen Kantons- und Regionalspitals in Chur ist der Abteilung Infektiologie angegliedert, einer der verschiedenen Abteilungen des Departements Innere Medizin. Zum Leistungsangebot zählt der HIV-Test, eine HIV-Sprechstunde,

³¹ Quelle: www.kantonsspital.chur.ch. Beim Kantonsspital handelt es sich nicht um ein eigenes Spital des Kantons. Eigene Spitäler hat der Kanton nur drei: das Frauenspital Fontana sowie die zwei Psychiatrischen Kliniken in Beverin und Waldhaus. Dies ist auch der Grund dafür, weshalb das Rhätische Kantons- und Regionalspital im Organigramm des Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartementes nicht aufgeführt wird. Das Churer Kantonsspital wird von einer Stiftung getragen, die zu einem überwiegenden Teil von Kantonsgeldern finanziert wird. Das kantonale Gesundheitsamt übt dabei eine Controllingfunktion aus. Gemäss den von uns befragten Personen stehen auf dem Spitalplatz Chur grosse Restrukturierungsvorhaben an. Geplant ist, das Kantonsspital, das Frauenspital und das Kreuzspital zur Spitäler Chur AG zu fusionieren.

Abklärung und Therapie von Infektionskrankheiten sowie interne und externe Konsilien. Die für den ganzen Kanton geführte HIV-Sprechstunde existiert seit gut zehn Jahren. Dabei wird auswärtigen Spitälern und HausärztInnen die Möglichkeit geboten, ihre PatientInnen zur Beurteilung und Therapieeinstellung zuzuweisen, um sie dann gemeinsam weiter zu betreuen. Im Jahre 2003 waren nach eigenen Angaben insgesamt rund 100 Personen bei der HIV-Sprechstunde in Behandlung. Die meisten davon waren bei ihren HausärztInnen in Behandlung und kamen ein, zwei Mal pro Jahr in die Kontrolle. Der Leiter der HIV-Sprechstunde setzt nach eigenen Angaben rund 40% seiner Arbeitszeit für die HIV-Sprechstunde, Behandlung und Beratung ein. Unterstützt wird er dabei von Krankenschwestern für die Blutentnahme und von einer Sekretärin für die Organisation der Sprechstunde. Das Test-Counselling wird ausschliesslich vom Leiter der HIV-Sprechstunde durchgeführt. Das Arbeitspensum des Leiters der HIV-Sprechstunde besteht zur einen Hälfte aus der Spitalhygiene und zur anderen Hälfte aus der allgemeinen Infektiologie und HIV. Die HIV-Sprechstunde ist der Schweiz. Kohortenstudie angeschlossen. In diesem Zusammenhang finden regelmässige Qualitätskontrollen statt.

Eine HIV-Sprechstunde existiere in Chur bereits seit den späten 80er Jahren, erzählt deren Leiter. Die Sprechstunde sei jedoch lange Zeit nur nebenbei geführt worden. Erst ab 1999 sei für das Gebiet Infektiologie und HIV offiziell eine 40%-Stelle geschaffen worden. Diese sei ab 2001 noch einmal um 10% auf die aktuellen 50% aufgestockt worden. Um den Ausbau der HIV-Sprechstunde zu erreichen, bedurfte es offenbar eines grossen Druckes des jetzigen Stelleninhabers, der mit seiner Abwanderung nach Zürich drohen musste, um eine Stellenaufstockung zu erreichen. Bei seinem Ausbau-Vorhaben sei er stark vom Kantonsarzt unterstützt worden, betont der Leiter der HIV-Sprechstunde. Der Entscheid für die Schaffung einer 40%-Stelle und für die erst kürzlich erfolgte Aufstockung sei schliesslich innerhalb der Spitaldirektion gefällt worden.

4.2.3 Die Rolle der öffentlichen Hand

Im Kanton Graubünden wird das Aidsdossier vom Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartement betreut. Vor allem das Gesundheitsamt und der Kantonsarzt beschäftigen sich mit dieser Materie (vgl. Abbildung 14).

4.2.3.1 Gesundheitsamt

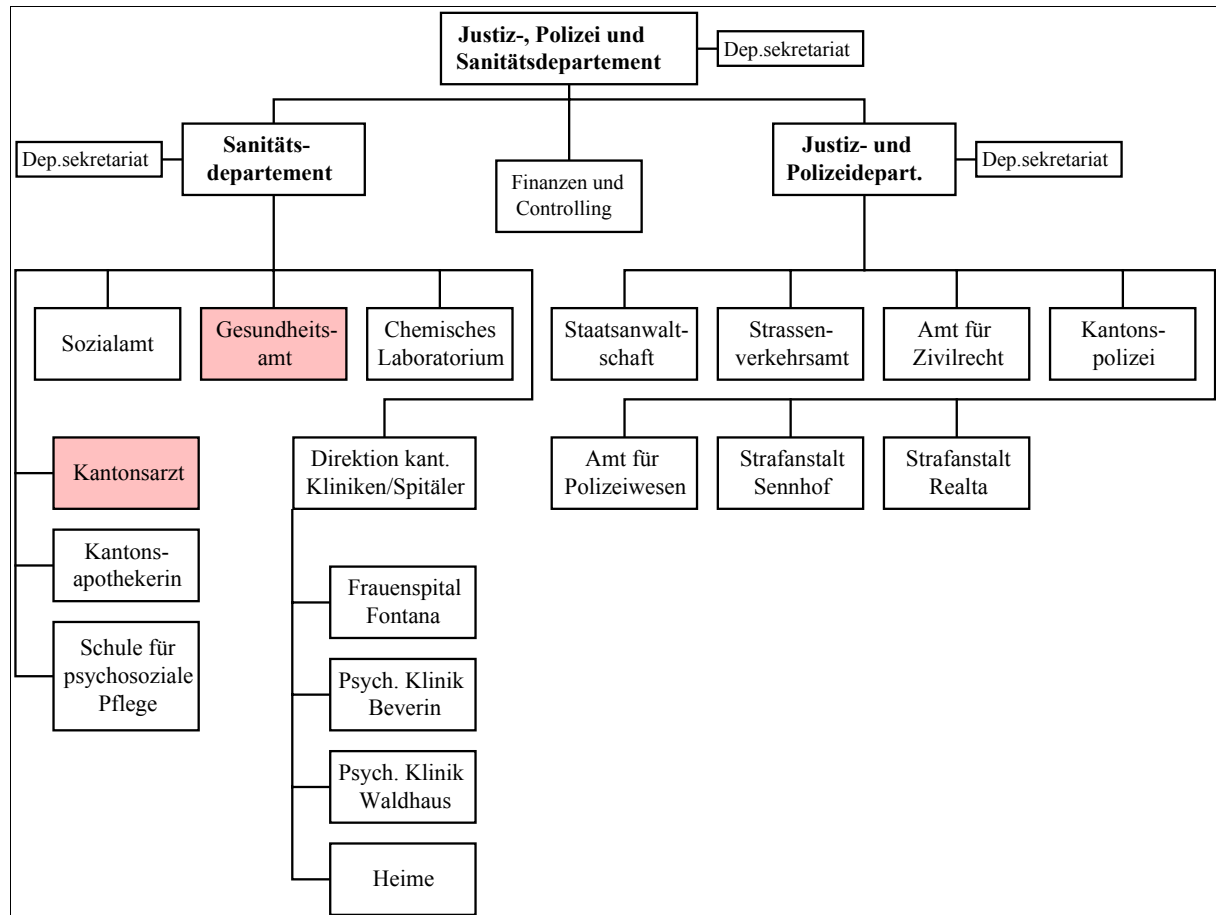
Nachdem die AHGR lange Zeit administrativ direkt dem Departementsvorsteher unterstellt war, ist seit dem im Jahre 2003 erfolgten Wechsel an der Departementsspitze neu das Gesundheitsamt Ansprechpartner für die Aids-Hilfe. Das Gesundheitsamt ist u.a. für die Ausarbeitung der Leistungsverträge mit seiner Partnerorganisation zuständig.

4.2.3.2 Der Kantonsarzt

Der Bündner Kantonsarzt, der seine Aufgabe im Nebenamt wahrnimmt, hat die Aidsepidemie nach eigenen Angaben von Anfang an miterlebt. Auf seine Initiative sei es zurückzuführen, dass eine kantonale Aidskommission eingerichtet worden sei, deren Präsident er zehn Jahre lang gewesen sei. Der Kantonsarzt sieht seine Rolle als die eines Vermittlers zwischen den Interessen der kantonalen Gesundheitsbehörden und den übrigen in der Prävention oder Therapie von Aids beteiligten Akteuren. „Ich bin immer in der kantonalen Aidskommission

dabei, quasi ex officio ist der Kantonsarzt dort dabei, was auch wirklich Sinn macht. Jetzt ist meine Aufgabe eher eine vermittelnde, vielleicht eher graue Eminenz im Hintergrund spielen, die Leute zusammenführen, motivieren.“

Abbildung 14: Organigramm des Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartementes



Quelle: Staatskalender des Kantons Graubünden 2001/2002

4.2.3.3 Amt für Mittelschulen

Das Thema HIV/Aids-Prävention ist in den kantonalen Schulbehörden im Themenbereich Gesundheitsförderung und Prävention eingebettet. Laut Aussagen der mit dieser Aufgabe betrauten Person wurde und wird zwar das Thema seit längerer Zeit betreut, eine speziell dafür ausgewiesene Stelle hat es aber offenbar nur während rund zwei Jahren gegeben (von 2000 bis 2002). Das Thema HIV/Aids-Prävention im Schulbereich ist also im bündnerischen Erziehungsdepartement strukturell nicht fest verankert, sondern vielmehr an eine Person gebunden, die sich schon seit einiger Zeit für das Thema Gesundheitsförderung und Prävention in Schulen interessiert und die jetzt im Amt für Mittelschulen eine neue Stelle gefunden hat. Die für die Koordination der Gesundheitsförderung und Prävention zuständige Person ist nicht nur seit Herbst 2000 in der kantonalen Aidskommission, sondern auch Präsidentin von adebar - der Beratungsstelle für Familienplanung, Sexualität, Schwangerschaft und Partnerschaft - vertreten. Ihren aktuellen Arbeitsaufwand, den sie spezifisch für die HIV/Aids-Prävention leistet, schätzt sie aber als absolut minim ein. Offenbar war das Engagement der Schulbehörden in früheren Jahren etliches grösser. „Ich denke, dass die ganze Aidsproblematik im Moment... ich will sie nicht minimisieren, aber sie

hat einen Zustand erreicht, wo man nach den extrem hohen Aufwendungen, die man ab 85 bis etwa 92 machen musste, bis man die Erhebungen und die Verankerung in den Lehrplänen und die Betreuung und Strukturen aufgebaut hat im Kanton, dass seither auf diesem Gebiet ein bisschen die Ruhe eingekehrt ist.“ Das Zurückfahren der kantonalen Aktivitäten im Schulbereich bringt die Vertreterin des Bildungsdepartementes vor allem mit der Normalisierung in Zusammenhang.

Im Lehrplan für die Primarschule des Kantons Graubünden ist zwar das Thema Gesundheitserziehung aufgelistet, die Bereiche HIV/Aids-Prävention oder Sexualerziehung werden darin aber nicht erwähnt. Im Lehrplan für die Oberstufe³² hingegen wird Aidsprävention wiederum unter dem Thema Gesundheitserziehung explizit erwähnt: „Gesundheitserziehung ist ein permanentes Anliegen des Unterrichts. Sie umfasst auf der Oberstufe insbesondere auch Aspekte der Sexualerziehung sowie der Aids- und Suchtprophylaxe.“³³ Auf der nach-obligatorischen Schulstufe ist jede einzelne Schule alleine für die Vermittlung des entsprechenden Stoffes verantwortlich. Die Lehrpersonen erteilen auf allen Stufen den Unterricht über HIV/Aids-Prävention selbst.

Untersuchungen haben gezeigt, dass auf der Sekundarstufe I 95% aller Bündner SchülerInnen mit dem Thema HIV/Aids vertraut gemacht werden. Für die Sekundarstufe II und die Berufsschule gehen Schätzungen von einer Zahl von 80% aus (Spencer et al. 2001: 150-152). Diese Zahlen dürften wohl etwas zu hoch gegriffen sein, wird doch die Situation der HIV/Aids-Prävention im Erziehungswesen des Kantons als eigentliches Trauerspiel bezeichnet. Diese Misere wird in erster Linie mit den fehlenden Richtlinien in diesem Bereich, aber auch mit der Überlastung der Lehrerschaft in Verbindung gebracht. „Wie das jemand umsetzt, dafür gibt es keine Vorgaben, wie, was und in welchem Umfang. Diesbezüglich ist es wirklich abhängig von der Lehrperson und ihrem Engagement und ihrer Einschätzung der Bedeutung und Wichtigkeit. [...] Die Lehrpersonen haben von ihrem Auftrag her dermassen grosse Veränderungen, wo sie sich gezwungenermassen entwickeln und weiterbilden müssen, dass das Thema einfach hinauskippt“, erklärt eine Person aus dem Präventionsbereich. Danach gefragt, ob die Lehrerschaft das Thema Sexualerziehung und Aidsprävention im Schulunterricht tatsächlich berücksichtigen, meint die Vertreterin des Bildungsdepartementes: „Es muss einen Teil geben, der sehr gut und sehr engagiert zu diesem Thema arbeitet. [...] Es gibt solche, die nichts machen, die werden auch nie etwas machen. [...] Und dann gibt es den grossen Haufen, der ein bisschen etwas weiss, der ist engagiert, der aber einfach zu viel am Hals hat. Es hat dermassen viele Schulentwicklungsprojekte, es gibt auch Weiterbildungsverpflichtungen; diese Sachen rangieren nicht unter den verpflichtenden Weiterbildungen.“

4.2.3.4 Kantonale Aidskommission

Die kantonale Aidskommission existiert seit rund 15 Jahren und trifft sich etwa zwei Mal jährlich. Ihre offizielle Aufgabe besteht darin, die Kantonsregierung bei Beschlüssen bezüglich HIV-Prävention und Therapie zu beraten. Sie dient aber vorwiegend als Gremium, wo HIV/Aids-relevante Themen unter der Anwesenheit aller wichtiger Akteure in diesem Gebiet besprochen werden können. In der Aidskommission vertreten sind der Kantonsarzt, die Aids-Hilfe, adebar, die HIV-Sprechstunde, der Departementssekretär, ein Allgemeinpraktiker und eine Vertreterin der Schulbehörden. Jüngst erfolgte Bestrebungen,

³² Oberstufe = Sekundarstufe I = 7. bis 9. Schuljahr

³³ Quelle: Lehrplan für die Oberstufe des Kantons Graubünden

die Aidskommission aufzulösen, konnten vereitelt werden (vgl. Kap. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**).

Tabelle 7: 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 |

4.3 Bestehende und künftige Herausforderungen der Aidsprävention

4.3.1 Adaption der Normalisierung

Die im Aidsbereich eingetretene Normalisierung hat bei der AHGR offensichtlich zu keinen wesentlichen Strategieänderungen geführt. Die Aids-Hilfe sei sehr zurückhaltend, das Hauptthema HIV/Aids vom Tisch zu wischen. „Wir halten das Kernthema nach wie vor für das zentrale Thema, finden aber, vom Zusammenhang des Themas her, finden wir es sinnvoll, die Themen mit einem erweiterten Blick anzusprechen.“ Das heisst, neben HIV/Aids werden vermehrt auch weitere sexuell übertragbare Infektionen berücksichtigt. Jedoch existieren dafür offenbar noch keine Konzepte: „Im Rahmen der Beratung integrieren wir [STIs] mehr, im Rahmen der Prävention haben wir noch keine Strategie, wie wir es wirklich integrieren.“ Die Zurückhaltung der AHGR, das Kernthema HIV/Aids zu verlassen und neue Themen zu integrieren, wird auch damit erklärt, dass man damit einer Banalisierung des Themas Vorschub leisten würde. Wir „sind der Meinung, dass in Graubünden, wenn wir das Kernthema verlassen und quasi signalisieren, es habe keine Brisanz mehr, dass wir massiv zur Banalisierung beitragen als Fachstelle“, erklärt die Leiterin der AHGR.

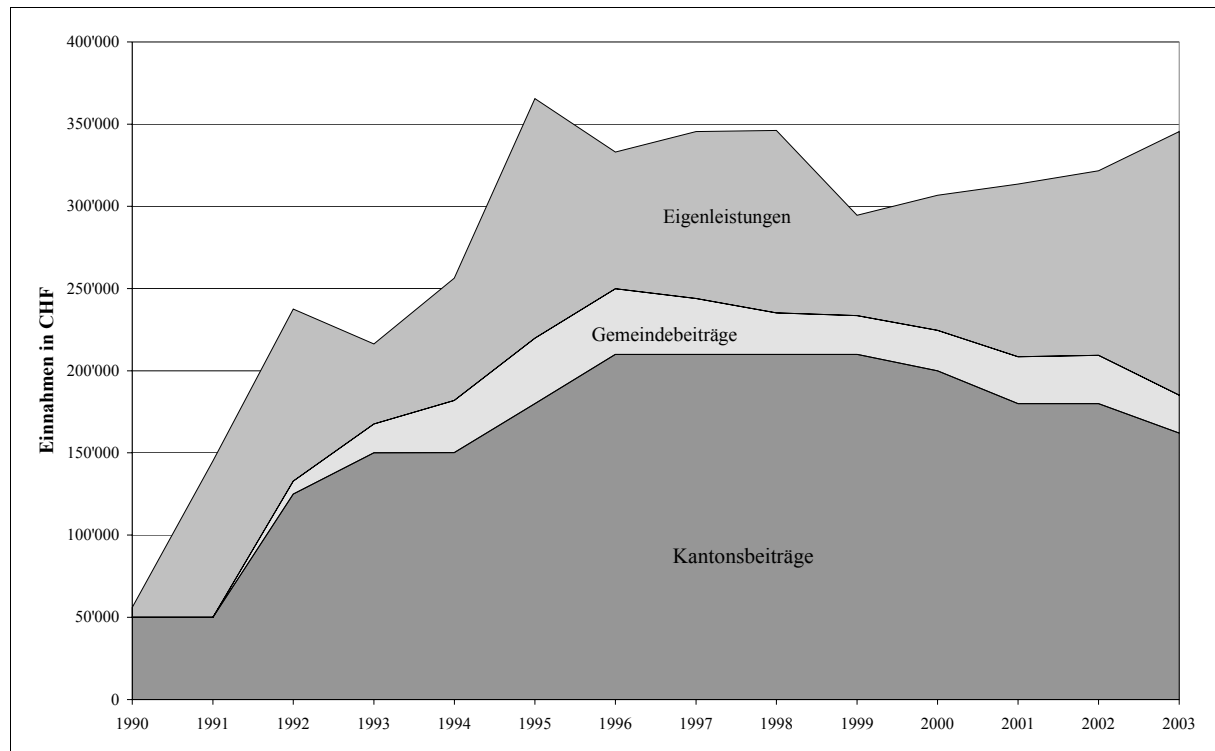
Im überarbeiteten Leistungsvertrag, der zur Zeit ausgehandelt wird, hätte das Thema STI ursprünglich auch in der Prävention verankert werden sollen. Gemäss AHGR scheiterte das Vorhaben aber daran, dass der Gesamtertrag der AHGR die dafür benötigten Kosten von 20'000 Franken nicht gesprochen habe.

4.3.2 Die Entwicklung der Ressourcenlage in der Aidsprävention

Wie Abbildung 15 verdeutlicht, sind die Beiträge des Kantons an seine Aids-Hilfe seit 1999 im Sinken begriffen, nachdem sie zuvor während vier Jahren auf einem stabilen Niveau geblieben sind. Der Gesamtertrag der AHGR hat sich jedoch trotz den seit 1999 sinkenden Kantonsbeiträgen erhöht und scheint sich irgendwo zwischen 300'000 und 350'000 Franken pro Jahr einzupendeln. Von einem eigentlichen Rückgang der für Aidsprävention eingesetzten Mittel kann also nicht gesprochen werden. Die AHGR hat laut eigenen Angaben ihre Einnahmensituation vor allem mit drei Massnahmen steigern können. Einerseits seien gezielt kantonale Stiftungen angefragt worden, die soziale Projekte unterstützen. Andererseits habe die AHGR vermehrt Projektanträge gestellt, vor allem an den Projektfonds der Aids-

Hilfe Schweiz, aber auch an die chemische Industrie. Schliesslich verlange die AHGR neuerdings auch systematisch Beiträge für von ihr angebotene Schulungen. Dank den verschiedenen Massnahmen, die eine Steigerung der Einkünfte bewirken und unter der Annahme, dass die Kantonsbeiträge nicht radikal vermindert werden, kann somit davon ausgegangen werden, dass das Überleben der AHGR in absehbarer Zukunft gesichert ist. Auch bei den personellen Ressourcen der AHGR hat es in der Normalisierungsphase keine gravierenden Veränderungen gegeben. 1998 verfügte die Bündner Aids-Hilfe noch über 230 Stellenprozent, seitdem sind es noch 210.

Abbildung 15: Gesamteinnahmen der AHGR



Quelle: AHGR-Jahresberichte

Der Rückgang der Kantonsbeiträge an die AHGR wird zum einen mit den Sparmassnahmen des Kantons, zum andern aber auch mit der Normalisierung im Aidsbereich in Verbindung gebracht. Angesprochen auf die kantonalen Sparmassnahmen meinte eine befragte Person, es habe zuerst nur punktuelle Kürzungen gegeben und erst neuerdings seien lineare Kürzungen ins Spiel gebracht worden, von denen alle vom Kanton mitfinanzierten Organisationen gleichermassen betroffen seien. In den Kürzungen „spiegelt sich eher die Finanzsituation des Kantons, als dass man Aussagen machen könnte über die Relevanz des Themas“, ist die AHGR-Leiterin überzeugt. Dieser Einschätzung widerspricht ein anderer Interviewter. Seiner Meinung nach hängen die rückläufigen Kantonsbeiträge sehr wohl mit der Normalisierung zusammen, „dass die Aids-Hilfe keine Argumente vorbringen konnte, dass die Beiträge aufgestockt werden müssen, von vervielfachen wollen wir schon gar nichts sprechen. Da ist einfach keine Lage, kein epidemiologisches Argument. Es ist eher ein sanfter Rückgang der Beiträge. Wenn es nach der Meinung gegangen wäre, wären die Beiträge vielleicht um 50% halbiert worden. Dass die Beiträge nicht so stark reduziert worden sind, widerspiegelt, dass die Sparbemühungen und die Hinterfragung, auf einem gewissen Niveau gehalten werden konnten“, betont ein Kantonsvertreter. Daraus und aus den weiteren Ausführungen der befragten Person muss der Schluss gezogen werden, dass weitergehende Kürzungen des

kantonalen AHGR-Beitrages nur dank der Überzeugungsarbeit einiger Aidsfachleute verhindert werden konnten.

Bei der Aids-Hilfe Graubünden hat die Normalisierung nach eigenen Angaben keine Auswirkungen gehabt in dem Sinn, dass das Angebot in der Prävention vermindert worden sei. Eher im Gegenteil: „Wir haben [...] grundsätzlich die Prävention nicht heruntergefahren, sondern wir haben sie an sich kontinuierlich aufgebaut über die Jahre und sind immer noch am Aufbauen.“ Die Aids-Hilfe versuche, aufgrund der neusten epidemiologischen Zahlen die neuen Zielgruppen (MigrantInnen, schwule Männer) zu erreichen. Schwule Männer seien bis jetzt im Kanton Graubünden im Bereich der Prävention nicht erreicht worden, sondern nur im Beratungsbereich.

4.3.3 Konflikte in der Aidsprävention

Die Zusammenarbeit der verschiedenen in der Aidsprävention tätigen Akteure wird von allen GesprächspartnerInnen grundsätzlich als gut bezeichnet. Natürlich gebe es ab und zu Auseinandersetzungen und Diskussionen, so zum Beispiel in Bezug auf die Frage, ob es sich bei der Prävention für MSM um ein sinnvolles Projekt handle oder nicht. Dies seien aber thematische Auseinandersetzungen, die nicht den Charakter eines Konfliktes annähmen. Auch Verteilungskonflikte seien bis jetzt keine aufgetreten, wurde uns berichtet.

4.3.4 Organisatorische und strukturelle Veränderungen innerhalb des Präventions-Netzwerkes

Im Untersuchungszeitraum fanden im bündnerischen Aidspräventions-Netzwerk kaum nennenswerte organisatorische bzw. strukturelle Veränderungen statt. Verschiedene Massnahmen, die Auswirkungen auf die Struktur des Netzwerkes gehabt hätten, wurden zwar in Erwägung gezogen, dann aber aus den verschiedensten Gründen wieder fallen gelassen. Die Rede ist hier von der Zusammenlegung der Aids-Hilfe mit adebar, der Auflösung der kantonalen Aidskommission sowie der Schaffung einer kantonalen Präventionsstelle. Doch werfen wir zuerst einen Blick auf die tatsächlich stattgefundenen bzw. stattfindenden Anpassungsprozesse.

Die einzige wesentliche organisatorische Anpassung im bündnerischen Aidspräventions-Netzwerk betrifft die Neuformulierung des Leistungsvertrages zwischen den kantonalen Behörden und der AHGR. Im Gegensatz zum seit 1992 bestehenden, sehr offen formulierten Leistungsauftrag, soll die neue Leistungsvereinbarung klar definierte, im Detail geregelte Leistungen beinhalten. Offenbar haben die kantonalen Behörden dabei von der AHGR ursprünglich verschiedene Module verlangt, wovon sie die ihnen passenden hätten auswählen wollen. Die AHGR stellt sich aber auf den Standpunkt, dass sie im Rahmen des Nationalen HIV/Aids-Programmes eine Gesamtumsetzung zu realisieren hätten und dass sie einen Sockelbeitrag an diese Gesamtrealisation verlangten. Die geplante Einführung dieses neuen Instrumentes wird mit dem Wechsel an der Spitze des Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartementes in Verbindung gebracht. Der seit 2003 amtierende Regierungsrat „will genau wissen, was die Leistungen sind, was er finanziert, und er entscheidet, was er braucht. Die Modalisierung und das sich Zusammensuchen, was man als Kanton übernehmen will, das ist auch in der Kultur drin. Diesbezüglich hat es einen Kulturwechsel gegeben“, beschreibt eine Person aus dem Präventionsbereich die veränderte Zusammenarbeit mit dem Kanton. Die Tatsache, dass der neue Leistungsvertrag aller Wahrscheinlichkeit nach erst per Anfang 2005 in Kraft treten wird, und nicht wie ursprünglich geplant bereits seit 2004 gilt, deutet darauf

hin, dass die Verhandlungen zwischen den kantonalen Behörden und der AHGR nur schleppend vorankommen.

Mit dem personellen Wechsel an der Departementsspitze ist offenbar noch eine zusätzliche Entwicklung einhergegangen. Während die AHGR zuvor nach eigenen Angaben über einen direkten Zugang zum Departementsvorsteher verfügte, ist sie jetzt dem Gesundheitsamt zugewiesen worden. „Das ist vielleicht auch ein Hinweis auf Normalisierung. In der Dringlichkeit sind wir direkt unterstellt, es hat eine hohe Priorität gehabt, es hat weit oben sein müssen.“

Eine weitere organisatorische Anpassung findet zur Zeit im Erziehungsdepartement statt. Das Erziehungsdepartement des Kantons Graubünden steckte zur Zeit der Datenerhebung mitten in einer Reorganisation. Die Auswirkungen davon auf die HIV/Aids-Prävention an Bündner Erziehungsanstalten ist aber sehr schwierig einzuschätzen. Tatsache ist, dass die Koordination der Gesundheitsförderung und Prävention an den Schulen noch im Jahre 2000 klar einer Stelle zugeordnet war. Dieser Koordination lag ein Stellenbeschrieb zu Grunde und ein klarer Auftrag. Vier Jahre später ist die Situation eine völlig andere. „Inzwischen sind die Umstrukturierungen weitergegangen im Erziehungsdepartement. Es ist im Moment so, dass ich das einfach betreue und dass bis Ende Dezember [2003] die ganze Organisationsstruktur abgeschlossen sein sollte, und bis dann sollte auch ein bisschen klarer sein, wie weit wir gewisse Sachen aufteilen. [...] Es ist jetzt noch nicht ganz klar, wie es weitergeht.“ Diese Ausführungen zeigen, dass zur Zeit nicht abgeschätzt werden kann, ob und wie das Thema Gesundheitsförderung und Prävention strukturell verankert werden soll. Dass ein Thema ohne dazugehörige Strukturen an Bedeutung verliert, liegt auf der Hand: „Man neigt dazu, zu sagen, man mache zu viel für die Struktur und zu wenig für die Inhalte. Meine Erfahrung zeigt, dass man ohne Strukturen gar nichts machen kann. Insofern ist es zu begrüßen, wenn eine Struktur vorhanden ist“, meint eine Kantonsvertreterin.

Wie eingangs erwähnt, wurden verschiedene andere Massnahmen nur in Erwägung gezogen, aber nie realisiert. Dazu gehört etwa die Fusion der Aids-Hilfe mit adebar. 1999 habe es vom kantonalen Sozialamt Bestrebungen gegeben, die Aids-Hilfe mit der Familien-, Schwangerschafts- und Sexualberatungsstelle adebar zusammenzuschliessen. In einer gemeinsamen Aussprache mit dem Sozialamtsvorsteher und dem zuständigen Regierungsrat habe aber die AHGR darlegen können, weshalb ein Zusammenschluss der beiden Stellen nicht sinnvoll sei. „Wir haben in den letzten Jahren vehement vertreten, dass es eine Fachstelle braucht zum Kernthema HIV/Aids. Und wir sind so auch gehört worden“, beschreibt die AHGR-Leiterin diese Phase. Im Wissen um die vom Sozialamt initiierte Diskussion betreffend einer Zusammenlegung von adebar und der AHGR war die Aids-Hilfe sehr darum bemüht, nicht - wie adebar - dem Sozialamt, sondern dem Gesundheitsamt administrativ zugewiesen zu werden. Dadurch sollte das Risiko einer Zusammenlegung noch einmal verringert werden. „Wir haben jetzt wie eine Lobbyfrau [...], die sich sehr dafür einsetzt, dass es die Aids-Hilfe in diesem Rahmen gibt und da bleibt. [...] Wir haben das Glück gehabt, dass wir im richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort deponiert haben, was wir gerne möchten“.

Eine weitere zur Diskussion gestellte strukturelle Änderung im kantonalen Aidspräventions-Netzwerk kam ebenfalls nicht zustande, und zwar handelt es sich dabei um die Auflösung der kantonalen Aidskommission. Die Überprüfung der kantonalen Aidskommission erfolgte gemäss Aussagen eines Interviewten im Rahmen der Gesamtverwaltungsreform, bei der sämtliche Kommissionen des Kantons überprüft wurden. Offenbar konnten aber die

kantonalen Entscheidungsträger von der Notwendigkeit eines Fortbestehens der Aidskommission überzeugt werden. Dieser Erfolg hat offenbar auch mit den geringen Kosten zu tun, die die Aidskommission verursacht: „Dann hat man erstens gesehen, dass sie ganz billig ist, weil man wenig tagt und keine grossen Spesen hat. Die Mitglieder haben sich sehr dafür eingesetzt, dass man es weiterführt.“

Zu guter Letzt sei noch auf eine weitere, nicht realisierte strukturelle Änderung hingewiesen. Das aus dem Jahre 1995 stammende Konzept zur Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton Graubünden sah als eine der wichtigsten der insgesamt 23 Massnahmen die Schaffung einer kantonalen Stelle für Gesundheitsförderung und Prävention vor. Das Pflichtenheft dieser Stelle beinhaltete folgende Punkte:

- Information, Koordination und Ansprechperson für Belange der Gesundheitsförderung und Prävention;
- Vermittlung von Präventionsangeboten an alle Interessenten;
- Förderung der Tätigkeiten aller in der Gesundheitsförderung und Prävention engagierten Exponenten;
- Unterstützung und Schulung der Präventions-Kontaktpersonen der Gemeinden;
- Erarbeitung von Präventionsangeboten.³⁴

Indes, obwohl die Schaffung einer kantonalen Präventionsstelle ganz zuoberst auf der Prioritätenliste stand, wurde sie bis zum heutigen Tag nicht verwirklicht. Daran dürfte sich auch in Zukunft nichts ändern, wie die folgenden Ausführungen zeigen: „jetzt würde ich es unrealistisch sehen, jetzt zu fordern, einen Präventionsbeauftragten zu schaffen. Ich glaube, in der heutigen Situation bleibt das bei einem Antrag, dem sicher nicht Folge geleistet werden kann. Also versucht man viel besser, mit den zur Verfügung gestellten Mitteln, die Prävention aufrecht zu erhalten“, meint der Kantonsarzt. Die Nicht-Realisierung der Stelle eines Präventionsbeauftragten wird nicht nur mit den kantonalen Sparbemühungen erklärt, sondern auch damit, dass unterdessen andere Präventionsmassnahmen realisiert worden seien. Gemeint ist damit in erster Linie das ZEPRA. Das *Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung* (ZEPRA) ist eigentlich ein Dienstleistungsangebot des Gesundheitsdepartementes des Kantons St. Gallen, betreibt aber aufgrund eines seit 1. Januar 2001 geltenden Leistungsauftrages auch eine Fachstelle im Kanton Graubünden.³⁵ „Jetzt haben wir das ZEPRA, und wir sind froh, dass wir das halten können. [...] Darüberhinaus eine Stelle, die man noch begründen müsste, das wirkt von der jüngsten Entwicklung her nicht ganz logisch.“

4.4 Das Ende des New Public Health-Ansatzes in der Aidspolitik?

Die von uns befragten Aidsfachleute glauben nicht daran, dass der New Public Health-Ansatz wieder rückgängig gemacht werden könnte. Die Gefahren werden eher darin gesehen, dass die Verfügbarkeit von wirksamen Medikamenten die Leute dazu veranlassen könnte, sich weniger gut zu schützen. So meinte denn eine befragte Person: „Die politische Seite, mindestens diejenigen, die sich mit diesem Thema ein bisschen intensiver befassen, kennt die

³⁴ Quelle: Konzept zur Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton Graubünden: 28.

³⁵ Die in Chur domilizierte Präventions-Fachstelle verfügt über ein Budget von rund 400'000 Franken pro Jahr und beschäftigt drei Personen, die sich 200 Stellenprozente teilen. Die Versuchsphase wurde unterdessen bis 2005 verlängert.

Kosten dieser Therapie. Die können die Rechnung schon machen. Ich denke, es ist eher ein Problem im Volk: heilbare Krankheit, also nicht mehr so schlimm, also muss ich nicht mehr so aufpassen“, beschreibt der Leiter der HIV-Sprechstunde diese schwierige Lage.

4.4.1 Interessenkonflikt zwischen präventiver und klinischer Medizin?

4.4.1.1 Beziehungen zwischen dem präventiven und klinischen Bereich

Die Beziehungen zwischen dem präventiven und dem klinischen Bereich werden von allen Befragten unisono als sehr gut bezeichnet. Es bestehe ein sehr guter Austausch und eine gute Zusammenarbeit mit der HIV-Sprechstunde des Kantonsspitals, meint eine in der Prävention tätige Person. „Diesbezüglich denke ich, ist es eine konstruktive Zusammenarbeit, mit dem Wissen und der Wertschätzung, dass beide Stellen ihre Arbeit kundInnenorientiert machen.“ Auch der Vertreter des klinischen Bereichs empfindet die Zusammenarbeit mit der Präventionsseite als sehr gut. „Wir haben eine ganz unkomplizierte Zusammenarbeit, das ist eigentlich ideal.“ Der Kantonsarzt teilt diese Einschätzung: „Ich würde sagen, die Zusammenarbeit ist sehr gut. Von Konflikten sehe ich überhaupt nichts.“

4.4.1.2 Konfliktpotenzial: Gegenspieler oder komplementäre Partner?

Angesprochen auf die Frage, ob zwischen dem präventiven und dem klinischen Bereich Interessenkonflikte vorhanden seien, meinen die von uns befragten Fachleute übereinstimmend, es gebe im Kanton Graubünden zwischen den beiden Seiten keine Konflikte, im Gegenteil: „Die von der Prävention sind froh, dass, wenn die Prävention versagt hat, man eine gute Therapie anbietet. Und die, die Therapie machen, sind froh, wenn die Prävention wirkt und möglichst wenig Leute krank werden.“ Auch das Vorhandensein von Verteilungskonflikten zwischen Prävention und Therapie wird in Abrede gestellt. „Es sind [...] andere Töpfe, die diese Kasse füllen. Die Aids-Hilfe wird ja auch vom Kanton unterstützt. Aber die Aids-Hilfe hätte nichts davon, wenn der Kanton hier etwas sparen würde. Es gibt kein Budget Aids des Kantons, woraus so viel in die Aids-Hilfe fliesst, und so viel ins Kantonsspital. Sondern die Beiträge fließen über die normale Subventionierung. Wenn man meine Stelle streichen würde, würde die Aids-Hilfe keinen Rappen mehr verdienen“, meint der Leiter der HIV-Sprechstunde. Diese Einschätzung wird vom Kantonsarzt geteilt: „das sind zu verschiedene Bereiche, das sind zu verschiedene Finanzierungen. Die Stellen sind völlig unterschiedlich finanziert. [...] Und deshalb sehe ich keinen Konflikt. Es wird immer gefragt, ob es die Prävention an sich braucht. Aber ich glaube nicht in der Frage, was auf Kosten von wem?“

4.5 Fazit: Die wichtigsten Entwicklungstendenzen in der Aidspolitik des Kantons Graubünden

Die folgenden Punkte fassen die in den Kapiteln 4.3 und 4.4 dargestellten Ausführungen zusammen.

◆ 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. Zudem ist die Verankerung des neuen Themengebietes STI im neu formulierten Leistungsauftrag daran gescheitert, dass der Bündner Regierungsrat die dafür notwendigen 20'000 Franken Zusatzkosten nicht hat subventionieren wollen. Insofern ist zu erwarten, dass die Bündner Aids-Hilfe ihrem Kernthema auch in Zukunft treu bleibt und es zu keiner wesentlichen Strategieänderung kommen wird.

◆ *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. Es spricht alles dafür, dass die Kürzungen der Kantons Gelder 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 das 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.

◆ *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 irgendwelcher 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.

◆ *Umstrukturierungen*

Nennenswerte organisatorische bzw. institutionelle Umstrukturierungen fanden in der Bündner Aidsprävention keine statt. Die einzige wesentliche organisatorische Anpassung betrifft die geplante Einführung eines neu formulierten Leistungsvertrages zwischen den kantonalen Behörden und deren Aids-Hilfe. Dieses Vorhaben 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 (ZEPRA) unterdessen eine andere Präventionsmassnahme realisiert worden sei.

◆ *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 keinster Weise in Frage gestellt wird.

Tabelle 8: Entwicklungstendenzen in der Aidsprävention im Kanton Graubünden

| 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 wegen Kostenfrage. | 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. |

4.6 Verwendete Quellen und Dokumente

a) Dokumente

- AIDS-HILFE GRAUBÜNDEN: Jahresberichte 2000 bis 2003. Chur.
- KANTONALE ARBEITEGRUPPE (1995): Konzept zur Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton Graubünden.
- SPENCER, Brenda, SO-BARAZETTI, Barbara et Marie-Jo 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.
- STANDESKANZLEI GRAUBÜNDEN (2001): Staatskalender Graubünden 2001/2002. Chur.

b) Internetquellen

- www.adebar-gr.ch
- www.aidshilfe-gr.ch
- www.gr.ch
- www.kantonsspital.chur.ch

4.7 Liste der interviewten Personen

| interviewte Person | Institution | Datum |
|--------------------|--------------------------------------|------------------|
| Bucher, Christine | Amt für Mittelschulen | 22. Oktober 2003 |
| Pajarola, Mario | Kantonsarzt | 23. Oktober 2003 |
| Janisch, Lisa | Aids-Hilfe Graubünden | 22. Oktober 2003 |
| Fleisch, Felix | Kantonsspital Chur; HIV-Sprechstunde | 23. Oktober 2003 |

5 Fallstudie Kanton Neuenburg

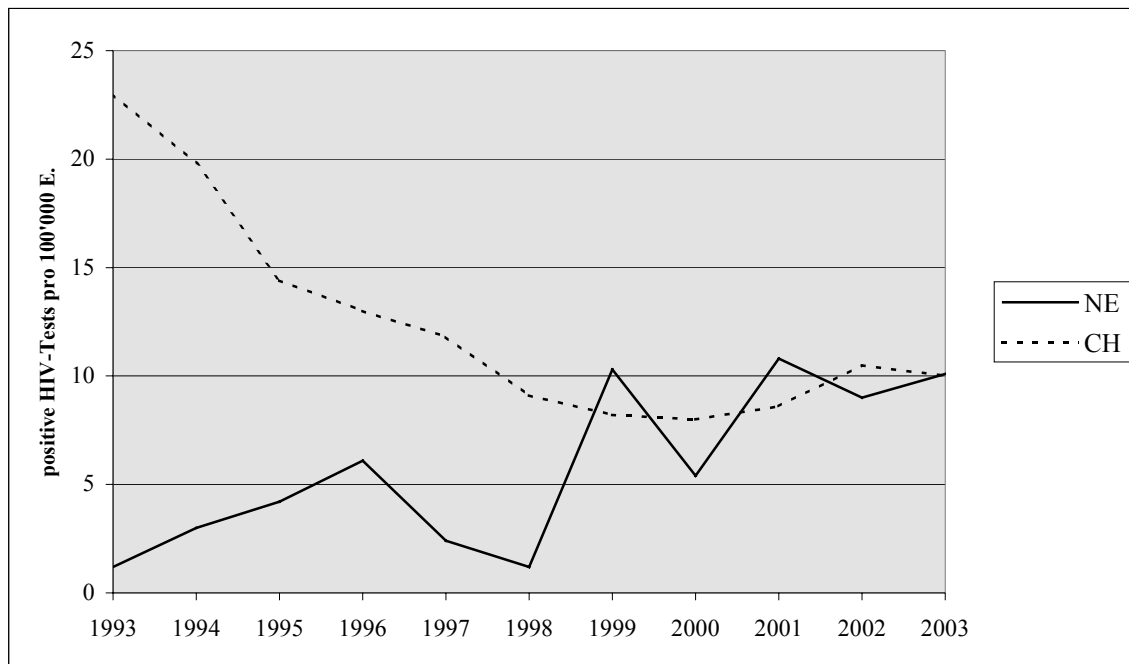
Die Zusammensetzung des *Conseil d'Etat* (Exekutive) und des *Grand Conseil* (Legislative) war in den letzten vier Legislaturperioden stabil. So waren im fünfköpfigen *Conseil d'Etat* immer drei bürgerliche und zwei sozialdemokratische Mitglieder vertreten. In der aktuellen Legislaturperiode 2001-2005 setzt sich die Regierung aus 2 SP, 2 Parti libéral-PNN (PL) und 1 FDP zusammen. Das *Département de la Justice, de la Santé et de la Sécurité* (DJSS) wurde zwischen 1993 und 1997 vom Freisinnigen Maurice Jacot geführt, seit dessen Rücktritt steht die Sozialdemokratin Monika Dusong Marquis dem DJSS vor. Das *Département de l'Instruction Publique et des Affaires Culturelles* wird seit 1997 vom Freisinnigen Thierry Béguin geleitet.

Der *Grand Conseil* besteht aus 115 Mitgliedern. In der aktuellen Legislaturperiode stellt die SP mit 39 VertreterInnen die grösste Fraktion. Die PL verfügt über 35, die FDP über 25, die PdA und die Grünen über je 7 und die Solidarité über 2 Mandate. In den drei vorhergegangenen Legislaturen war die Mandatsverteilung insofern stabil, als die SP immer die grösste Fraktion bildete, gefolgt von der PL und der FDP. Im Kanton Neuenburg gab es bis vor einem Jahr keine kantonale SVP.

5.1 Einleitung: Eckdaten zur HIV/Aids-Epidemie im Kanton Neuenburg

Wie Abbildung 16 verdeutlicht, gehörte der Kanton Neuenburg in den letzten Jahren eher zu den stärker betroffenen Kantonen: Mit neun registrierten positiven HIV-Tests pro 100'000 EinwohnerInnen im Jahr 2003 zählt der Kanton Neuenburg zu den sechs betroffenen Kantonen. In der Zeitspanne von 1985 bis 2001 lag er mit 153.1 positiven Tests pro 100'000 EinwohnerInnen allerdings ungefähr im Mittelfeld (11. Platz). Zwischen 1983 bis 2001 wurden im Kanton Neuenburg insgesamt 77.8 Aidsfälle pro 100'000 EinwohnerInnen diagnostiziert.

Abbildung 16: Positive HIV-Testresultate pro 100'000 EinwohnerInnen



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

5.2 Das aktuelle Angebot in den untersuchten Bereichen

Das Präventions-Netzwerk im Kanton Neuenburg ist gut überblickbar und setzt sich hauptsächlich aus vier zentralen Akteuren zusammen. Auf der Seite der staatlichen Akteure beschäftigen sich die beiden Dienste *Service de la Santé publique* und *Service de la Jeunesse* mit der Aidsprävention. Die wichtigste Partnerorganisation der kantonalen Behörden ist die *Groupe Sida Neuchâtel* (GSN). Gemäss verschiedener GesprächspartnerInnen stellt sie gar die einzige private Akteurin dar, die im Bereich der Aidsprävention tätig ist. Im Schulbereich kann aber sicherlich auch die *Groupe information sexuelle et éducation à la santé* (GIS) zu den Akteuren des Aidspräventions-Netzwerkes gezählt werden. Im Bereich des Counselling bilden neben der GSN auch die beiden Kantonsspitäler in Neuenburg und in La Chaux-de-Fonds wichtige Anlaufstellen. In den folgenden Ausführungen wird neben diesen Akteuren auch die *Commission Cantonale de Prévention* kurz vorgestellt. Die Funktion der Kommission liegt vor allem in der Evaluation von Projektanträgen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention.

5.2.1 Akteure und ihre Tätigkeiten in der Aidsprävention

5.2.1.1 *Groupe Sida Neuchâtel*³⁶

Die *Groupe Sida Neuchâtel* (GSN), eine regionale Antenne der AHS, wurde 1988 nicht von Betroffenen, wie die meisten anderen Antennen, sondern von Fachleuten aus dem

³⁶ Quelle: Rapports d'Activité du Groupe Sida Neuchâtel 1994-2003.

Gesundheits- und Sozialbereich gegründet. Dies erklärt vielleicht, weshalb das Angebot der GSN neben der Begleitung von HIV-positiven und aidskranken Menschen, Information, Prävention, Beratung auch den anonymen HIV-Test umfasst. Die GSN ist als gemeinnütziger Verein organisiert und beschäftigte im Jahr 2003 insgesamt vier Personen, die sich 210 Stellenprozente teilen. Dabei entfallen 100% auf Aufgaben im Bereich der Information und Prävention, 80% auf die Begleitung und Unterstützung von HIV-positiven Menschen und 30% auf Sekretariatsarbeit. Die Pflegerinnen, die das HIV-Testangebot und das Präventionsprojekt im Prostitutionsbereich betreuen, werden auf der Basis eines Stundenlohns entschädigt. Ihr Arbeitsaufwand beträgt zwischen 30 und 50%. Im Jahr 2003 betrug das Budget der GSN rund 322'500 Franken. Der Kanton Neuenburg subventioniert die GSN durch eine Defizitgarantie, die jeweils ca. 90% des Budgets beträgt. Seit dem Jahr 2001 liegt die von der Verwaltung festgesetzte maximale Defizitgarantie bei 275'000 Franken pro Jahr. Im Jahre 2003 übernahm der Kanton ein Defizit von 253'000 Franken. Die restlichen Ausgaben deckt die GSN mit Einnahmen des Tests, Informationsveranstaltungen und Spendengeldern.

◆ *Migration*

Das Angebot der GSN im Migrationsbereich beschränkt sich in erster Linie auf sieben bis zehn Informationsveranstaltungen in Asylzentren pro Jahr. Die GSN organisiert diese Veranstaltungen in Zusammenarbeit mit dem *Service de l'asile et des réfugiés*, der auch die Kosten übernimmt. Die Asylsuchenden werden an diesen Informationsveranstaltungen mit den Risiken im Bereich HIV/Aids und anderer sexuell übertragbarer Infektionen vertraut gemacht sowie über entsprechende Schutzmassnahmen informiert. Die Veranstaltungen werden von einem Mitarbeiter oder einer Mitarbeiterin der GSN durchgeführt, die dabei von ÜbersetzerInnen unterstützt werden. Dieses Angebot, das vor ca. 5 Jahren ins Leben gerufen wurde, ist nach Angaben unseres Gesprächspartners von der GSN gut etabliert und durch die direkte Abgeltung auch finanziell gesichert.

Kontakte zu MigrantInnen bestünden auch im Rahmen der Präventionsarbeit in Gefängnissen. Zum Zeitpunkt unserer Datenerhebung im Sommer 2003 knüpfte die GSN Beziehungen zu Ausländervereinigungen und zum *Bureau du délégué aux étrangers* (kantonale Integrationsstelle), es waren aber noch keine konkreten Präventionsaktionen geplant.

◆ *Schule*

Die GSN bietet verschiedene Informationsmodule für Schulen an. Anders als in der Deutschschweiz wird in der Westschweiz die Sexualerziehung und Gesundheitsförderung als spezielles Fach behandelt, für das externe SpezialistInnen engagiert werden.³⁷ Die Sexualerziehung und die Gesundheitsförderung wird in vielen Schulgemeinden der *Groupe Information sexuelle et éducation à la santé* (GIS) übertragen. Für das spezifische Thema der Aidsprävention wird nach Angaben unserer GesprächspartnerInnen meistens die GSN beigezogen bzw. eine Kooperation zwischen der GIS und der GSN angestrebt. So auch im Rahmen der sogenannten *Journées Santé*, die von der GIS organisiert werden. An den Gesundheitstagen besuchen die SchülerInnen der 9. Klasse verschiedene Institutionen im Gesundheitsbereich (GSN, Drop-in usw.) und diskutieren danach ihre Erfahrungen mit den anderen SchülerInnen. Im Rahmen dieser Gesundheitstage erreichte die GSN im Jahr 2003 612 SchülerInnen. Für ihre Aktivitäten im Schulbereich stützt sich die GSN teilweise auch

³⁷ Detailliertere Angaben zu diesem System finden sich im Unterkapitel 5.2.1.2. Zur thematischen Abgrenzung zwischen der GSN und GIS vgl. Kapitel 5.3.3.

auf die Zusammenarbeit mit dem Schulprojekt der AHS, das für die ganze Westschweiz von der *Groupe Sida Genève* organisiert wird.

◆ *Prostitution*

Die GSN ist erst seit dem Jahr 2003 im Prostitutionsbereich tätig. Das *Projet Cabaret* richtet sich an Kabaretttänzerinnen aus dem Ausland. Im Jahr 2003 wurden insgesamt 120 Kabaretttänzerinnen erreicht, die in erster Linie aus Moldawien, Rumänien, der Dominikanischen Republik, Brasilien und Marokko stammten. Im Rahmen dieses Projekts werden die Kabaretttänzerinnen über die Risiken im Bereich HIV/Aids und anderer sexuell übertragbaren Infektionen sowie die entsprechenden Schutzmassnahmen informiert. Neben der Aidsprävention umfasst das Projekt auch die Vermittlung medizinischer Basisinformationen. Zudem sollen die ausländischen Kabaretttänzerinnen befähigt werden, sich in gesundheitlichen, sozialen und juristischen Belangen an die entsprechenden Fachstellen zu wenden. Damit gleicht das *Projet Cabaret* in seiner Zielsetzung dem Projekt APiS der AHS, es bestehen aber Unterschiede in der Umsetzung. Im Rahmen des *Projet Cabaret* werden die Kabaretttänzerinnen nicht von Mediatorinnen an ihrem Arbeitsort kontaktiert, sondern von Krankenschwestern bei ihrem Kontakt mit der kantonalen Verwaltung. In Zusammenarbeit mit dem *Service des étrangers* wird die Aushändigung der Arbeitsbewilligung nicht nur dazu genutzt, die neu ankommenden Kabaretttänzerinnen über ihre Rechte und Pflichten zu informieren, sondern auch für ein halbstündiges Gespräch mit einer Krankenschwester der GSN und einer Übersetzerin. Ein weiterer Unterschied besteht auch darin, dass sich das Projekt offiziell an *Kabaretttänzerinnen* und nicht an Sexworkerinnen richtet. Allerdings wurde in unseren Gesprächen deutlich, dass es sich bei den Kabaretttänzerinnen oft um Sexworkerinnen handelt bzw. eine Grauzone besteht. Die Kosten des Projekts belaufen sich auf ca. 10'000 Franken für zwei Jahre. Die zukünftige Finanzierung des Projekts über das Jahr 2004 hinaus ist nach Angaben der GSN sehr unsicher. Es sei sehr schwierig gewesen, die benötigten Ressourcen für die aktuelle zweijährige Phase zu generieren. Ursprünglich sei ein viel umfassenderes Projekt vorgesehen gewesen, das wie das APiS auch die Kontaktaufnahme am Arbeitsort der Kabaretttänzerinnen bzw. Prostituierten vorgesehen habe.

Aus diesen Ausführungen geht hervor, dass das Präventionsangebot im Bereich der Prostitution im Kanton Neuenburg Lücken aufweist: Das *Projet Cabaret* erreicht nur die neu eingereisten Kabaretttänzerinnen, es fehlt auch ein Freier- und ein MSW-Projekt.

◆ *Counselling*

Als einzige Antenne der AHS bietet die GSN nicht nur telefonische und persönliche Beratung an, sondern führt auch den anonymen HIV-Test seit 1990 selbst durch. Das Testangebot beinhaltet eine persönliche Beratung vor und nach dem Test. Die Beratung und der Test finden nach telefonischer Voranmeldung in den Räumlichkeiten der GSN in Peseux oder seit 1999 auch in der Familienplanungsstelle in La Chaux-de-Fonds statt. Seit der Einführung kurz nach der Gründung der GSN werden die Tests von den gleichen zwei Krankenschwestern durchgeführt. Die medizinische Verantwortung liegt bei einem Infektiologen des Kantonsspitals Neuenburg, der zu den Gründungs- und Vorstandsmitgliedern der GSN gehört. Laut GSN konnte der anonyme HIV-Test in den ersten Jahren nur dank der ehrenamtlichen Arbeit der Krankenschwestern angeboten werden, da sich der Kanton Neuenburg nicht an der Finanzierung beteiligte. Den Personen, die vom Testangebot Gebrauch machen, wird lediglich 30 Franken verrechnet. Unser Gesprächspartner von der GSN betont, dass dieser Betrag bei weitem nicht alle anfallenden

Kosten decke. Vor zwei Jahren sei das Testangebot ins ordentliche Budget integriert worden und werde seither teilweise auch durch öffentliche Mittel subventioniert. Im Jahr 2003 machten insgesamt 761 Personen vom anonymen Testangebot Gebrauch. Die Anzahl der Tests hat in den vergangenen Jahren zugenommen: Im Jahre 2003 waren es knapp 100 Tests oder 13% mehr als im Jahr zuvor. Dies sei zwar erfreulich, bringe aber die Problematik mit sich, dass mit den gleichen finanziellen Mitteln ein umfangreicheres Angebot bewältigt werden müsse. Laut einem Vertreter des klinischen Bereichs werden bei der GSN mehr HIV-Tests durchgeführt als in den Kantonsspitalern.

Neben der persönlichen Beratung bietet die GSN auch eine anonyme Telefon- und Online-Beratung an, jeweils Montag bis Freitag von 8 bis 12 Uhr. Im Jahre 2003 fanden 822 telefonische Beratungen statt. Zu den häufigsten Beratungsinhalten zählten dabei Fragen zu den Übertragungswegen und zum Test.

Laut einem Vertreter des klinischen Bereichs gab es in der Westschweiz bis vor fünf Jahren in Bezug auf das Counselling einen institutionalisierten Austausch zwischen allen Antennen. Seit das BAG diesen Austausch nicht mehr finanziell unterstütze, könne er nicht mehr organisiert werden. Diese Entwicklung wurde von unserem Gesprächspartner wie folgt beschrieben: „Il y a plus d'argent de l'OFSP, donc il y a plus d'intérêt de cette côté là. Il n'y a plus la possibilité de discuter et de faire progresser. C'était extrêmement dynamique à l'époque où il y a avait d'argent.“ Diskussionsbedarf stellt er vor allem in Bezug auf das Counselling im Rahmen des neuen HIV-Schnelltests fest.

5.2.1.2 *Groupe Information sexuelle et éducation à la santé*³⁸

Die *Groupe Information sexuelle et éducation à la santé* (GIS) wurde im Jahre 1986 als Verein gegründet mit dem Ziel, die Umsetzung des Erlasses über die Schulmedizin von 1980 im ganzen Kanton zu ermöglichen. Die GIS wurde offenbar von Anfang an vom Gesundheits- und Erziehungsdepartement finanziell unterstützt, damit sie die nötigen Strukturen aufbauen konnte, um die Sexual- und Gesundheitserziehung an den Volksschulen zu organisieren. Wie erwähnt wird die Sexualerziehung und Gesundheitsförderung im Kanton Neuenburg als spezielles Fach betrachtet, für das spezielle Vorkehrungen getroffen werden. Der Kanton und die Gemeinden übernehmen die Verantwortung für die Durchführung des Sexualunterrichts und teilen sich die Kosten für die Anstellung schulexterner SpezialistInnen. Seit 1992 wird der Inhalt und der Umfang der minimalen, obligatorischen Sexual- und Gesundheitserziehung an den Volksschulen durch die *Convention relative à la médecine scolaire* geregelt. Der Inhalt ist durch die Sexualerziehung, die Drogen-, Alkohol- und Tabakprävention, die Hygiene und die Informationen über erste Hilfemassnahmen bestimmt. Der Unterricht erfolgt in der 5., 7. und 9. Klasse und umfasst jeweils acht Stunden. Zudem soll auch ein Dialog mit den Eltern über den Inhalt der Sexual- und Gesundheitserziehung geführt werden. Jede Schulgemeinde muss eine solche Konvention mit einem Schularzt unterzeichnen. Die Konvention wird formal mit dem *Service publique de la Santé* abgeschlossen. Laut einem Gesprächspartner aus der öffentlichen Verwaltung kann der Schularzt selbst bestimmen, ob er die obligatorische Sexual- und Gesundheitserziehung persönlich unterrichten oder die Aufgabe an externe Fachpersonen delegieren möchte. Offensichtlich delegieren die meisten Ärzte diese Aufgabe an die GIS. Die GIS betreut nach Angaben unserer

³⁸ Quelle: Rapports d'Activité du Groupe Information sexuelle et éducation à la santé 2000-2003. Concept pour l'information sexuelle et l'éducation à la santé en milieu scolaire 1996 du Groupe Information sexuelle et éducation à la santé.

GesprächspartnerInnen die Mehrheit der Schulen im Kanton Neuenburg im Bereich der Gesundheits- und Sexualerziehung.³⁹

Die Aidsprävention ist seit Ausbruch der Epidemie in die Sexualerziehung integriert und vor allem in der 9. Klasse Bestandteil des Interventionsmoduls. Im Jahr 2002 erreichte die GIS im Rahmen ihrer Mandate gemäss eigenen Angaben ca. 700 SchülerInnen. Wie bereits erwähnt, findet im Rahmen der Aidsprävention, insbesondere bei den *Journées Santé* eine Zusammenarbeit mit der GSN statt. Unsere GesprächspartnerInnen sind der Meinung, dass die Aidsprävention in der obligatorischen Schulzeit gut verankert ist. Diese Einschätzung wird auch von Spencer et al. in ihrem Bericht über die Aidsprävention in den Schweizer Schulen geteilt (Spencer et al. 2001: 163). Laut unseren GesprächspartnerInnen besteht aber zwischen den Schulen eine gewisse Heterogenität, da die Schulen unterschiedliche Prioritäten setzen und teilweise mehr als die minimal geforderten Stunden organisieren würden. Lücken bestehen offenbar bei der Aidsprävention an den Berufs- und Mittelschulen. Diese Lücken sollten ursprünglich im Rahmen der neuen *Politique de santé et d'appui à la jeunesse* (PSAJ)⁴⁰ geschlossen werden, erklärt ein Vertreter des Kantons.

Laut eigenen Angaben beschäftigte die GIS im Jahr 2003 ca. 10 ErzieherInnen mit einer Fachausbildung im Bereich der Sexual- und Gesundheitserziehung sowie eine Sekretärin und eine Geschäftsführerin. Alle zusammen teilen sich zwischen 260 bis 300 Stellenprozent. Die Einnahmen der GIS betragen im Jahre 2002 rund 454'000 Franken. Die GIS wird von den kommunalen und kantonalen Behörden pro Mandat bezahlt. Im Jahr 2002 betrug der Anteil des Kantons 134'000 Franken. Die GIS erhielt im Jahr 2002 auch Zuwendungen vom Lotteriefonds und vom Alkoholzehntel in der Höhe von 25'000 Franken bzw. 50'000 Franken.

5.2.1.3 *Counselling an den Kantonsspitalern im Kanton Neuenburg*

Die beiden Kantonsspitäler in Neuenburg und La Chaux-de-Fonds bieten im Rahmen ihrer HIV-Sprechstunden auch den anonymen HIV-Test an. Die folgenden Ausführungen beziehen sich beispielhaft auf das Kantonsspital von Neuenburg. Gemäss den Angaben unseres Gesprächspartners aus dem klinischen Bereich findet im Kantonsspital Neuenburg wie im Rahmen des Counsellings der GSN ein Prä- und Post-Test Counselling statt. Für das Counselling sei hauptsächlich ein Assistenzarzt bzw. eine Assistenzärztin zuständig. Laut unserem Gesprächspartner ist das Counselling damit häufigen personellen (halbjährlichen bzw. jährlichen) Wechseln ausgesetzt. Diese personellen Wechsel würden einen kontinuierlichen Austausch zwischen der GSN und dem Kantonsspital oder auch anderen Spitälern erschweren. Zudem sei der Austausch und die Qualität des Counsellings am Kantonsspital Neuenburg sehr von der aktuellen Assistenzärztin bzw. dem aktuellen Assistenzarzt abhängig und deshalb je nach deren Interessen und Engagement mehr oder weniger gut. Im Prinzip sei die Qualität des Counselling der GSN höher.

³⁹ Ausnahmen bilden insbesondere die Städte Neuenburg und La Chaux-de-Fonds, deren Angebot sich seit Beginn der 80er Jahre selbstständig entwickelte.

⁴⁰ weitergehende Angaben zur PSAJ finden sich in Kapitel 5.2.3.2.

5.2.2 Akteure bei HAART

5.2.2.1 Kantonsspitäler Neuenburg und La Chaux-de-Fonds

Die beiden Kantonsspitäler Neuenburg und La Chaux-de-Fonds führen eine Sprechstunde zur Beratung und Behandlung von HIV-positiven und aidskranken PatientInnen. Da nach Angaben unseres Gesprächspartners aus dem klinischen Bereich insgesamt 90% aller HIV-PatientInnen des Kantons von den Infektiologen des Kantonsspitals in Neuenburg betreut werden, beziehen sich die folgenden Ausführungen darauf.

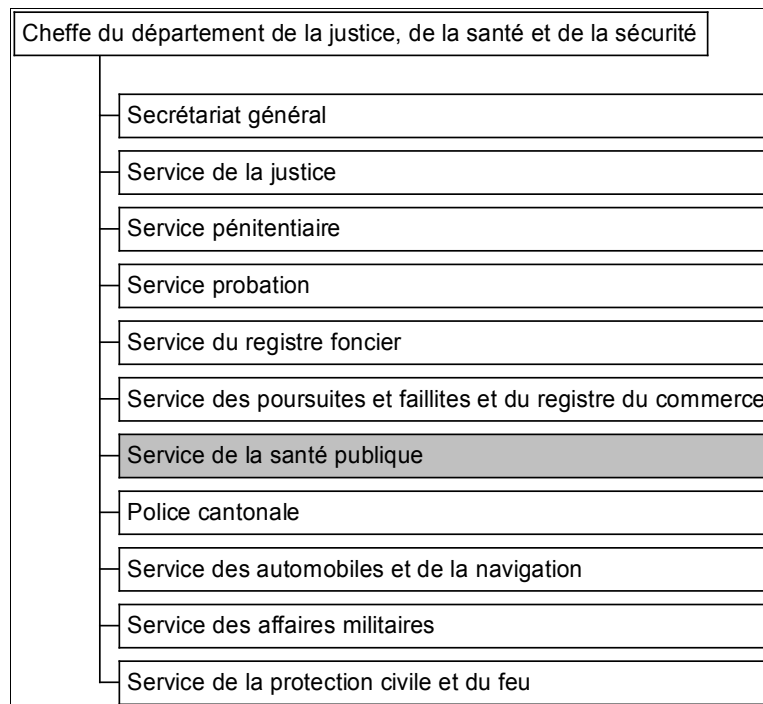
Die Beratung und Behandlung von HIV-positiven und aidskranken Menschen am Kantonsspital Neuenburg (*Hôpital des Cadolles*) bildet nach Einschätzung eines verantwortlichen Akteurs ein gut etablierter Bereich. Bereits beim Ausbruch der Epidemie habe es im Unterschied zu Fribourg oder La Chaux-de-Fonds einen Infektiologen am Kantonsspital gegeben. Die Zeit, die der Infektiologe für den HIV-Bereich einsetzen konnte, sei mit der Zunahme von HIV-positiven und aidskranken PatientInnen erhöht und eine halbe Assistenzstelle für die HIV-Sprechstunde eingerichtet worden, erklärt der Vertreter des Kantonsspitals. Seit zwei Jahren beschäftigt das Kantonsspital Neuenburg neu auch einen Chefarzt im Bereich der Infektiologie, der für die HIV-Sprechstunde verantwortlich ist. Mit dem Antritt des Chefarztes wurde auch die Assistenzstelle, die mit der HIV-Sprechstunde betraut ist, auf eine ganze Stelle erhöht. Zudem ist auch der Infektiologe, der seit dem Ausbruch der HIV-Epidemie am Kantonsspital tätig ist, weiterhin teilzeitlich am Kantonsspital beschäftigt.

5.2.3 Die Rolle der öffentlichen Hand

5.2.3.1 *Service de la santé publique*⁴¹

Im Kanton Neuenburg ist der *Service de la santé publique* für die Aidspräventionspolitik zuständig. Dieser Service ist direkt der Vorsteherin des Justiz-, Gesundheits- und Sicherheitsdepartements (DJSS) unterstellt. Die Prävention und Gesundheitsförderung liegt im Aufgabenbereich der stellvertretenden Kantonsärztin, die auch die kantonale Präventionskommission präsidiert. Die Kantonsärztin ist zudem im Vorstand der GSN. Laut unseren GesprächspartnerInnen lässt der *Service de la santé publique* der GSN weitgehend freie Hand bei der Ausgestaltung der Aidsprävention. Im Bereich der Aidsprävention an Schulen arbeitet der *Service de la santé publique* mit dem *Service de la Jeunesse* zusammen (vgl. Kapitel 5.2.3.2).

⁴¹ Quelle: www.ne.ch



5.2.3.2 *Service de la jeunesse*⁴²

Der *Service de la jeunesse* ist gemeinsam mit dem *Service de la santé publique* für die Aidsprävention in den Schulen zuständig. Der Dienst ist dem Vorsteher des Erziehungs- und Kulturdepartements unterstellt. Zusammen mit dem *Service de la santé publique* erarbeitet er Richtlinien für die Sexual- und Gesundheitserziehung.

Zu den Aufgaben des Dienstes gehört neben der Aidsprävention die allgemeine Gesundheitsförderung bei Jugendlichen. In diesem umfassenderen Zusammenhang erarbeitete der Dienst in den letzten Jahren unterstützt von einer Kommission – *Commission faitière* – eine neue Jugendgesundheitspolitik aus, die sogenannte *Politique de santé et d'appui à la jeunesse* (PSAJ).⁴³ Im Rahmen der neuen Gesundheitspolitik soll ein umfangreiches Präventionsprogramm initiiert und die traditionelle Schulmedizin aktualisiert und harmonisiert werden. Die im Oktober 1999 gegründete Kommission umfasst beinahe 50 Mitglieder aus den betroffenen Bereichen (Schulen und Bildungsstätten, Eltern, Kirchen sowie Leistungserbringer u.a. im Bereich der sexuellen Gesundheit usw.). Die neue Politik sieht sieben bis zehn regionale Antennen *Jeunes En Santé* (Antennes JES) vor, die Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte durchführen und die Aktivitäten koordinieren sollen. Neu soll sich der Blick nicht nur auf die obligatorische Schulzeit, sondern auch auf die Berufs- und Mittelschulen richten. Damit erhofft man sich, auch im Aidsbereich mehr SchülerInnen der Berufs- und Mittelschulen zu erreichen. Gemäss dem Leiter des *Service de la jeunesse* lag der Bericht zur neuen Politik zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Sommer 2003 beim Conseil d'Etat und ist aus finanziellen Gründen auf „stand by“. Es sei vorgesehen, die Politik ins nächste Legislaturprogramm zu integrieren. Die

⁴² Quelle: www.ne.ch, Rapport du Conseil d'Etat sur la politique de santé et d'appui à la jeunesse. Version 11, corrigé après les commentaires de la Commission faitière du 24 avril 2001.

⁴³ Der Regierungsrat beauftragte den Dienst mit diesem Projekt aufgrund der Motion Schaffter vom 15. Mai 1995 (DIPAC 95.124). Diese Motion verlangt ein kantonales Projekt zur Schulmedizin und Gesundheitserziehung.

neue Politik werde grundsätzlich von einem breiten Kreis unterstützt, umstritten seien in Zeiten der Finanzknappheit aber die zusätzlich anfallenden Kosten von ca. 5 Mio. Franken sowie die Aufteilung der Kosten zwischen dem Kanton und den Gemeinden. Laut neueren Informationen von den kantonalen Behörden vom Sommer 2004 wurde die neue Politik aufgrund der Finanzkrise unterdessen beerdigt.

5.2.3.3 *Commission Cantonale de Prévention*⁴⁴

Die kantonale Präventionskommission wurde 1995 mit dem Inkrafttreten des neuen Gesundheitsgesetzes gegründet. Sie umfasst 12 Mitglieder und vernetzt wichtige Akteure aus dem Bereich der Prävention, u.a. die stellvertretende Kantonsärztin (Präsidentin der Kommission), den Leiter des *Service de la Jeunesse*, die Präventionsbeauftragte der GSN und die Direktorin der GIS. Das Mandat der Kommission umfasst folgende Aufgaben:

- *Recueillir les informations sur les projets et actions existants afin de les coordonner et de fédérer les différents acteurs de la prévention.*
- *Mettre au point une procédure d'examen des projets pour appui financier*
- *Préaviser les projets à la cheffe du Département de la justice, de la santé et de la sécurité.*⁴⁵

Laut unseren GesprächspartnerInnen liegt die Hauptaufgabe der Kommission in der Evaluation von Präventionsprojekten. Im Jahre 2002 trat die Kommission sieben Mal zusammen, um neun eingereichte Projekte zu prüfen. Sie unterstützte schliesslich sieben der neun Projekte mit insgesamt 72'630 Franken. Die höchste Summe, die bis jetzt einem Projekt zugesprochen wurde, betrug 15'000 Franken. Das jährliche Projektbudget der Kommission liegt bei ungefähr 100'000 Franken. Unter den Projekten befand sich auch das *projet Cabaret* der GSN sowie ein Informationstag über Aids am *Lycée Blaies Cendrars* in La Chaux-de-Fonds. In zwei weiteren war die Aidsprävention neben anderen Themen integriert.⁴⁶

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

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

⁴⁴ Quelle: www.ne.ch; *Bulletin Impulsion de la commission cantonale de prévention.*

⁴⁵ *Bulletin Impulsion de la commission cantonale de prévention.*

⁴⁶ *Rapport du DJSS 2002 et Bulletin Impulsion de la commission cantonale de prévention.*

5.3 Bestehende und zukünftige Herausforderungen der Aidsprävention

5.3.1 Adaption der Normalisierung

Im Kanton Neuenburg hat sich die zentrale Akteurin der Angebotsseite, die GSN, nach eigenen Angaben im Zuge der Normalisierung nicht grundsätzlich neu ausgerichtet: „On a discuté avec les autres antennes romandes et avec l’ASS de savoir s’il fallait devenir un centre de santé sexuelle. Pour nous il n’a pas des raisons, depuis le canton Neuchâtel a déjà des associations qui font ce travail. Notre travail est celui de la prévention du VIH. On touche après les autres MST, on peut parler de Hépatites et de Syphilis. Mais on va pas élargir plus loin parce qu’il y a déjà des gens qui font le travail. Donc on a évolué en restant complètement dans la mêmes lignes, dans les mêmes objectives.“ Im Bereich der sexuellen Gesundheit sind namentlich die GIS und die Familienplanungsstelle tätig. Die GSN habe sich fortwährend weiterentwickelt und aktiv nach Präventionsstrategien gesucht, die den veränderten Bedingungen der Banalisierung von Aids gerecht werden. Auch wurden mit den Bereichen Migration und Prostitution in den letzten fünf Jahren neue vulnerable Gruppen in die Präventionsarbeit aufgenommen.

Im Bereich der Sexual- und Gesundheitserziehung zeichnet sich in der Romandie eine Adaption der Normalisierung im Sinne einer Professionalisierung ab. So wurde im Jahre 2001 an den Universitäten Lausanne und Genf der Weiterbildungslehrgang *Guidance et éducation en matière de sexualité, vie affective et procréation* eingerichtet. Damit wird die Ausbildung zu einem/einer Sexual- und GesundheitserzieherIn, die bis anhin von den Berufsverbänden organisiert wurde, durch einen universitären Weiterbildungslehrgang ergänzt. Die professionellen Organisationen im Bereich der Sexualerziehung erhoffen sich durch diese Neuerung eine grössere Anerkennung ihres Fachbereichs und damit auch eine verstärkte Wahrnehmung der Wichtigkeit der Gesundheits- und Sexualerziehung an den Schulen.

Die gescheiterte Aktualisierung der Gesundheitspolitik im Schulbereich steht zwar in keinem Zusammenhang mit der Normalisierung von Aids, sie stellt aber ein Versuch dar, den Entwicklungen im Bereich der gesamten Schulmedizin gerecht zu werden. In diesem Zusammenhang ist Aids nur einer unter vielen Interventionsbereichen. Die Politik wollte Kohärenz in die gewachsenen Aufgaben- und Interventionsbereiche der Schulmedizin bringen und die Gesundheitsförderung und Prävention stärken.

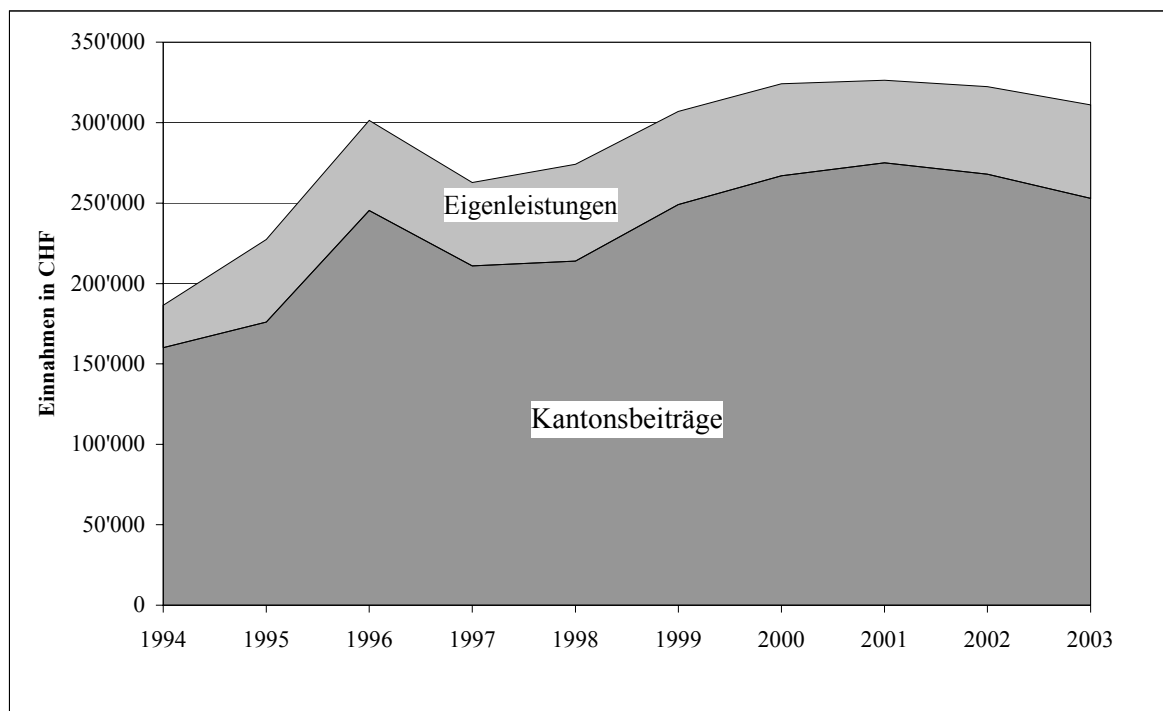
5.3.2 Die Entwicklung der Ressourcen in der Aidsprävention

a) Rückgang verfügbarer Ressourcen?

Wie Abbildung 17 verdeutlicht, verharrten die Ressourcen der GSN in den letzten Jahren auf einem stabilen Niveau bei gut 300'000 Franken. Die Defizitgarantie des Kantons Neuenburg stieg bis ins Jahr 2001 leicht an und nahm in den Jahren 2002 und 2003 leicht ab. Hinter dieser Abnahme steht aber keine Sparbemühung seitens der kantonalen Behörden: Laut unseren GesprächspartnerInnen betrug die maximal gewährte Defizitgarantie in den Jahren 2001 bis 2003 stabil 275'000 Franken. In unserer Untersuchungsperiode ist folglich keine Reduktion der öffentlichen Mittel für die GSN zu beobachten. Gemäss unserem Gesprächspartner von der GSN verlangt der *Service de la santé publique* von der GSN eine Budgetreduktion von 10% für das Jahr 2004. Unsere GesprächspartnerInnen führen

übereinstimmend an, dass diese geplante Kürzung nicht durch die Normalisierung erklärt werden kann, vielmehr sei sie auf die aktuelle Finanzkrise des Kantons Neuenburg zurückzuführen: „Il ne faut pas traduire le problème financier sous cet angle là, parce que ça touche tous les domaines, ça touche pas particulièrement le sida. C’est une crise financière ou c’est une nouvelle gestion publique.“ In der folgenden Aussage eines GSN-Vertreterers kommt die gleiche Einschätzung zum Ausdruck: „L’Etat doit faire des économies globales et le département de la santé doit faire des économies, parce que les chiffres de canton Neuchâtel sont catastrophiques. Donc on n’est pas les seuls à être touché par des réductions. [...] Il n’y a pas une remise en question de notre association. Pour le moment en tout cas on n’est pas là, c’est plus général.“ Allerdings haben die Gesamtausgaben des Kantons Neuenburg für die Gesundheit in den letzten Jahren stark zugenommen. Unsere Gesprächspartnerin vom *Service de la santé publique* betont aber ebenfalls, dass hinter der Reduktion Sparbemühungen stehen und sich ihr Service gegen die Reduktion eingesetzt habe: „Nous, on s’est beaucoup défendu parce qu’on trouve que la promotion de la santé n’a pas un budget exorbitant, c’est plutôt pauvre. On a trouvé qu’il ne fallait pas le taper. C’est une question de rapport. On n’a pas beaucoup et puis le peu qu’on a, on nous prend encore.“ Sowohl die Vertreterin des *Service de la santé publique* als auch der Vertreter der GSN sind sich einig, dass bereits jetzt zu wenig Mittel vorhanden sind, um beispielsweise im Migrations- oder Prostitutionsbereich ein angemessenes Angebot aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Unsere GesprächspartnerInnen sind allgemein sehr skeptisch gegenüber der zukünftigen Entwicklung der Ressourcen.

Abbildung 17: Gesamteinnahmen der GSN 1994-2003



Quelle: GSN-Jahresberichte 1994-2003

Die Ressourcenentwicklung bei der GIS kann leider nicht exakt nachgezeichnet werden, da wir die notwendigen Dokumente nicht erhalten haben. In unseren Gesprächen mit der Direktorin der GIS und den VertreterInnen der öffentlichen Hand wurde deutlich, dass die Finanzierung der GIS aufgrund ihres mandatbezogenen Finanzierungsmodus und der gesetzlichen Verankerung der obligatorischen Sexualerziehung gesichert ist und von Ressourcenkürzungen (noch) nicht betroffen ist. Die Höhe des Budgets wird durch die Anzahl Mandate bestimmt, die theoretisch von Jahr zu Jahr variieren kann, da die

SchulärztInnen und Schulgemeinden ihre Partnerorganisationen frei wählen können. Die Anzahl Mandate würde aber von Jahr zu Jahr nicht stark variieren, betont die GIS-Leiterin.

b) Auswirkungen auf das Präventions-Netzwerk und dessen Angebot

Die aktuelle Ressourcenkürzung bei der GSN im Rahmen der allgemeinen Sparbemühungen des Kantons Neuenburg für das Jahr 2004 werden nach Einschätzungen unserer GesprächspartnerInnen noch keine gravierenden Auswirkungen auf das bestehende Präventionsangebot haben. Gemäss unserem Gesprächspartner der GSN muss kein Angebot gänzlich aufgegeben werden; es werde aber teilweise nicht mehr möglich sein, Interventionen in Doppelbesetzung (Mann/Frau) durchzuführen. Zudem könne keinE PraktikantIn mehr angestellt werden und die Mitarbeit in koordinierenden und vernetzenden Gremien müsse reduziert werden. Bezeichnend sei auch, dass die GSN ihr neues Projekt im Prostitutionsbereich auf ein Minimum beschränken musste, weil die nötigen Mittel nicht gefunden werden konnten, obwohl der Bedarf zumindest auch von der kantonalen Präventionskommission anerkannt wurde. Zudem ist es unsicher, ob das Projekt nach 2004 weitergeführt werden kann, d.h. ob die nötigen Ressourcen gefunden werden können. Wie aus unseren Gesprächen deutlich wurde, führte die Schwierigkeit, finanzielle Mittel für neue Projekte zu finden sowie die Ressourcenkürzung, zu einer gewissen Frustration und sinkender Innovationsfreude der MitarbeiterInnen der GSN.

Der Spardruck wird auch von der GIS wahrgenommen und antizipiert. So führt sie aus Kostengründen Interventionen, die ursprünglich ein Team (Frau/Mann) vorsahen, teilweise nur noch mit einer Person durch. Auch befürchtet die GIS bei ihren Präventionsmandaten mit speziellen Einrichtungen für physisch oder psychisch benachteiligte Jugendliche Sparbemühungen.

5.3.3 Konflikte in der Aidsprävention

Laut unseren GesprächspartnerInnen hat es nie einen nennenswerten Konflikt gegeben, weder zwischen der GSN und der GIS noch zwischen den Behörden und den Angebotsträgern. Die in der Aidsprävention tätigen Akteure sind der Meinung, dass sich die Angebote der GIS und der GSN ergänzen und die Synergien durch Zusammenarbeit genutzt werden. Die Zusammenarbeit finde in erster Linie anlässlich von Projekten statt. Allerdings wurde in unseren Gesprächen auch geäußert, dass man sich durchaus noch eine engere Kooperation zwischen der GSN und der GIS vorstellen könne.

Laut der Präsidentin der *Commission cantonale de Prévention* ist die Zusammenarbeit in der Kommission durch Interessenkonflikte geprägt: „Je dirais qu’il n’a pas de conflit ouvert, mais moi, je trouve que ce n’est pas toujours la meilleure composition, il y a un peu une défense d’intérêt. Des fois il y a quand même des conflits d’intérêt. [...] Chaque un défend un petit peu son gradin. Il n’a y pas encore une vision plus globale dans cette commission.“ Die Interessenkonflikte bezögen sich auf die Mittelverteilung und die Prioritätensetzung. Aufgrund des Spardrucks hätten die Interessenkonflikte zugenommen.

5.3.4 Organisatorische und strukturelle Veränderungen innerhalb des Präventions-Netzwerkes

Das Aidspräventions-Netzwerk des Kantons Neuenburg hat sich den Ausführungen unserer GesprächspartnerInnen zufolge im letzten Jahrzehnt nicht verändert.

5.4 Das Ende des New Public Health-Ansatzes in der Aidspolitik?

5.4.1 Interessenkonflikt zwischen präventiver und klinischer Medizin?

5.4.1.1 Beziehungen zwischen dem präventiven und dem klinischen Bereich

Im Kanton Neuenburg gibt es keinen institutionalisierten Austausch zwischen den Präventionsfachleuten und den ÄrztInnen, die in der Behandlung von HIV-positiven und aidskranken Menschen tätig sind. Unsere GesprächspartnerInnen sehen allgemein keine Notwendigkeit für ein solches Gremium, da diese zwei Bereiche nicht viel miteinander zu tun hätten. Der Kontakt zwischen den Bereichen finde einerseits durch die Vertretung des klinischen Bereichs im Vorstand der GSN statt, andererseits durch einen, wenn auch nicht immer gewährleisteten, Austausch im Bereich des Counselling.

5.4.1.2 Konfliktpotenzial: Gegenspieler oder komplementäre Partner?

Unsere GesprächspartnerInnen aus dem präventiven wie auch aus dem klinischen Bereich führen übereinstimmend an, dass grundsätzlich keine Interessenkonflikte zwischen diesen beiden Bereichen bestehen. Laut ihren Angaben hat sich ein Konflikt über die Verteilung der finanziellen Mittel nicht ergeben, weil einerseits die Finanzierung unabhängig voneinander erfolge, andererseits beide Bereiche, so auch die Spitallandschaft des Kantons Neuenburg, von Sparmassnahmen betroffen seien. Die HIV-Sprechstunde blieb allerdings bisher von Sparmassnahmen verschont. Im Gegenteil, gemäss unserem Gesprächspartner aus dem klinischen Bereich wurden die personellen Ressourcen im Jahre 2001 erhöht. Das Arbeitsvolumen im Bereich der Behandlung von HIV-positiven und aidskranken Menschen hätte keine Erweiterung der personellen Ressourcen bedingt, es wäre sogar eine Reduktion möglich gewesen. Der Ausbau der personellen Ressourcen sei aufgrund der starken Zunahme von Hepatitis C-Fällen notwendig geworden.

In unseren Gesprächen wurde deutlich, dass auch keine Meinungsunterschiede oder Konkurrenz in Bezug auf das Counselling bzw. den HIV-Test zwischen der GSN und den behandelnden Ärzten besteht. Die Beziehung ist offensichtlich vielmehr durch eine gegenseitige Wertschätzung geprägt. Meinungsverschiedenheiten bestehen allenfalls im Bereich der Begeleitung und Unterstützung von HIV-positiven und aidskranken Menschen. So äussert sich ein Gesprächspartner aus dem klinischen Bereich sehr kritisch gegenüber solchen Aktivitäten der GSN und dahingehend, dass sie die medizinische Therapie nicht unbedingt sinnvoll ergänzen.

5.4.2 Auswirkungen auf die Aidsprävention

Aus den bisherigen Ausführungen geht hervor, dass der Erfolg der klinischen Medizin im Kanton Neuenburg keine grundlegenden Veränderungen im Bereich der Aidsprävention bewirkte: Es ist weder ein Ressourcenrückgang, der mit der Normalisierung begründet wird, noch ist eine grundlegende Strategieänderung zu beobachten.

5.5 Fazit: Die wichtigsten Entwicklungstendenzen in der Aidspräventionspolitik im Kanton Neuenburg

Die folgenden Ausführungen fassen die Entwicklungstendenzen in der Aidspräventionspolitik des Kantons Neuenburg zusammen.

◆ *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 aus unseren Gesprächen deutlich wurde, gab es auch seitens der kantonalen Akteure keine Bemühungen, eine Strategieänderung zu initiieren. Folglich hat die Normalisierung keine Strategieänderungen bewirkt.

◆ *Ressourcenentwicklung*

Im Kanton Neuenburg haben 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.

◆ *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.

◆ *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 anstrebe.

◆ *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 voneinander 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 10: Entwicklungstendenzen in der Aidsprävention im Kanton Neuenburg

| Bereiche | Strategieänderungen | Ressourcenentwicklung | Konflikte | Umstrukturierungen |
|-----------------------------|---|--------------------------------|--|--------------------|
| <i>Migration</i> | | stabil | keine | keine |
| <i>Schule</i> | -gescheiterte PSAJ -Professionalisierung der Ausbildung zum Sexualerzieher | GIS: leichte Zunahme | keine | keine |
| <i>Prostitution</i> | | GSN: Zunahme für 2003/2004 | keine | keine |
| <i>Counselling</i> | | stabil | keine | keine |
| <i>bereichsübergreifend</i> | Einbezug der STIs | GSN: Reduktion um 10% für 2004 | Präventionskommission: Interessenkonflikte über die Mittelverteilung und Prioritätensetzung. | keine |

5.6 Verwendete Dokumente und Quellen

a) Dokumente

- Comptes de l'Etat République et Canton de Neuchâtel 1997-2002.
- CHANCELLERIE D'ETAT: *Annuaire officiel de la République et Canton de Neuchâtel 2001.*
- GROUPE INFORMATION SEXUELLE ET EDUCATION A LA SANTE (GIS): *Rapport d'Activité du Groupe Information sexuelle et éducation à la santé 2002.*
- GROUPE INFORMATION SEXUELLE ET EDUCATION A LA SANTE (GIS): *Rapports d'Activités Année scolaire 1998-1999/2000-2001.*
- GROUPE INFORMATION SEXUELLE ET EDUCATION A LA SANTE (GIS): *Concept pour l'information sexuelle et l'éducation à la santé en milieu scolaire 1996.*
- GROUPE SIDA NEUCHATEL (GSN): *Rapports d'Activité du Groupe Sida Neuchâtel 2000/2001/2002.*

- Rapport du Conseil d’Etat sur la politique de santé et d’appui à la jeunesse. Version 11, corrigé après les commentaires de la Commission faîtière du 24 avril 2001.
- SPENCER, Brenda, SO-BARAZETTI, Barbara et Marie-Jo 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.

b) Internetquellen

- www.info-sida.ch
- www.ne.ch

5.7 Liste der interviewten Personen

| Interviewte Person | Institution | Datum |
|---------------------------|--|------------------|
| Anderau, Rebecca | Médecin cantonal adjoint | 24. August 2004 |
| Erard, Philippe | Hôpital de la ville aux Cadolles | 30. Oktober 2003 |
| Guespin, Claudine | Directrice Groupe Information Sexuelle et Education à la Santé | 6. November 2003 |
| Laurent, Jacques | Chef du Service de la Jeunesse | 9. Oktober 2003 |
| Morier-Genoud, Pascal | Chargé de prévention et information, Groupe Sida Neuchâtel | 9. Oktober 2003 |

6 Fallstudie Kanton St. Gallen

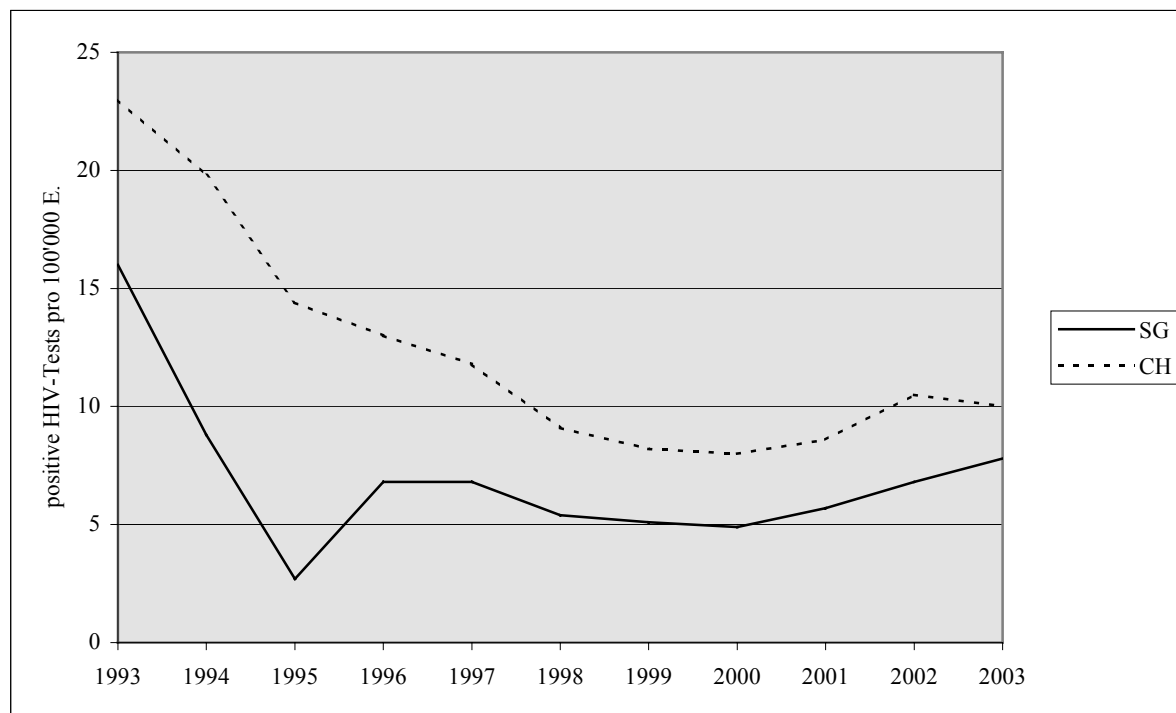
Im Kanton St. Gallen bestehen sowohl im Regierungsrat als auch im Grossen Rat solide bürgerliche Mehrheiten. In beiden Organen veränderte sich im letzten Jahrzehnt das Kräfteverhältnis der einzelnen Parteien. Insbesondere im Grossen Rat kam es mit den Sitzgewinnen der SVP zu einer Verschiebung nach rechts.

Im Regierungsrat herrschte von 1930 bis 1996 eine stabile Sitzverteilung (3 CVP, 3 FDP, 1 SP). Bei den Wahlen 1996 verlor die FDP einen ihrer drei Sitze an die SP. Die FDP konnte diesen Sitz bei den Wahlen von 2000 wieder zurückerobern, so dass sich die Regierung in der aktuellen Legislaturperiode 2000-2004 wieder aus 3 CVP, 3 FDP und 1 SP zusammensetzt. Das Gesundheitsdepartement wird seit 1996 von Anton Grüninger (CVP), das Erziehungsdepartement von Hans Ulrich Stöckling (FDP) geführt.

Im 180-köpfigen Grossen Rat stellte die CVP in den letzten vier Legislaturperioden jeweils die grösste Fraktion. In der aktuellen Legislaturperiode verfügt sie über 62 Sitze, damit verlor sie in den vergangenen Wahlen an Stärke (1988-92: 81 Sitze, 1992-96: 69 Sitze, 1996-00: 66 Sitze). Die SVP bildet seit den Wahlen mit 42 Sitzen neu die zweitgrösste Fraktion; damit gewann sie als noch junge Partei 26 Mandate hinzu. Die FDP insbesondere aber auch die SP mussten Sitzverluste hinnehmen. Die FDP verfügt in der aktuellen Legislatur über 40 Mandate (-4) und die SP über 27 (-7).

6.1 Einleitung: Eckdaten zur HIV/Aids-Epidemie im Kanton St. Gallen

Der Kanton St. Gallen liegt mit 54.7 gemeldeten Aidsfällen pro 100'000 EinwohnerInnen zwischen 1983 bis 2001 im schweizerischen Mittelfeld. Mit 172.5 positiven Tests pro 100'000 EinwohnerInnen zwischen 1985 bis 2001 gehört der Kanton hingegen eher zum oberen Mittelfeld. Im Jahre 2003 wurden im Kanton St. Gallen pro 100'000 EinwohnerInnen 8.6 positive Testresultate gemeldet. Damit verzeichnet er nach Genf, Waadt, Glarus, Zürich, Schwyz und Neuenburg am meisten positive Resultate pro 100'000 EinwohnerInnen.

Abbildung 18: Positive HIV-Testresultate pro 100'000 EinwohnerInnen

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

6.2 Das aktuelle Angebot in den untersuchten Bereichen

Das Aidspräventions-Netzwerk des Kantons St. Gallen umfasst neben den staatlichen Akteuren einen zentralen Akteur: Die *Fachstelle für Aids- und Sexualfragen* des Vereins *Aids-Hilfe St. Gallen-Appenzell* (AHS GA). Auf der Seite der staatlichen Akteure weist der Kanton St. Gallen eine Besonderheit auf: Das kantonale Amt für Gesundheitsvorsorge bildet selbst die Trägerschaft eines Projekts im Prostitutionsbereich. In den anderen Kantonen hingegen führen die kantonalen Verwaltungen selbst kein Angebot, sondern vergeben Mandate an private Akteure. Neben dem Amt für Gesundheitsvorsorge beschäftigt sich auch das Amt für Volksschule mit der Aidsprävention. Im Bereich des Counselling bildet neben der AHS GA auch das Kantonsspital St. Gallen eine wichtige Anlaufstelle. In den folgenden Unterkapiteln werden die Angebote dieser Akteure kurz vorgestellt.

6.2.1 Akteure und ihre Tätigkeiten in der Aidsprävention

6.2.1.1 Aids-Hilfe St. Gallen-Appenzell – Fachstelle für Aids- und Sexualfragen⁴⁷

Die 1985 gegründete regionale Antenne der AHS, die Aids-Hilfe St. Gallen-Appenzell (AHS GA), lancierte im Jahr 2001 einen neuen Auftritt mit neuem Leitbild, Namen und Logo.

⁴⁷ Die Angaben zur AHS GA stammen aus unserem Interview mit deren Geschäftsleiter, der Internetseite www.hiv.net.ch/ahsga, dem Leitbild (2001), den Jahresberichten 2002 und 2003 sowie der Leistungsvereinbarung zwischen dem Kanton St. Gallen und der AHS GA.

Wie der neue Name „Fachstelle für Aids und Sexualfragen“ ausdrückt, erfolgte grundsätzlich eine Öffnung gegenüber der umfassenden Thematik der *sexuellen Gesundheit*, die nicht nur die Prävention von sexuell übertragbaren Infektionen, sondern auch die Förderung der sexuellen Gesundheit als Bildungsarbeit umfasst. Das zentrale Ziel der AHSGA besteht darin, Menschen zu befähigen, sexuelle Gesundheit möglichst souverän, verantwortungsvoll und selbstbestimmt leben zu können. Der Schwerpunkt ihrer Tätigkeit liegt bei der Unterstützung von Lehrkräften im Bereich der Sexualpädagogik. Sie ist aber weiterhin auch im Bereich der Information, Prävention, Beratung und Begleitung tätig. Ihr Angebot im Bereich der Begleitung von HIV-positiven und aidskranken Menschen ist aber im Vergleich zu anderen Aids-Hilfen weniger umfassend. Es beschränkt sich vor allem auf die persönliche Beratung in akuten Notsituationen und den fachlichen Support der dezentral tätigen sozialen Organisationen bei Bedarf.

Die AHSGA beschäftigte im Jahr 2003 insgesamt 6 Personen, die sich 430 Stellenprozente teilen und verfügte über ein Budget von 669'040 Franken. Rund zwei Drittel dieses Budgets sind Beiträge der Kantone St. Gallen, Appenzell-Innerrhoden und -Ausserrhoden sowie einzelner Gemeinden. Dabei stammt der grösste Betrag von 360'000 Franken vom Kanton St. Gallen. Zwischen dem Kanton St. Gallen und der AHSGA besteht eine Leistungsvereinbarung, in der die präventiven Aufgaben, die vom Kanton St. Gallen abgegolten werden, festgehalten sind.

◆ *Migration*

Im Jahre 2003 umfasste das Angebot der AHSGA kein spezifisches Projekt, das sich an die Migrationsbevölkerung richtete. In den vergangenen Jahren wurden allerdings bereits zwei Projekte realisiert – *Integra* und *Integer* – und auch für das Jahr 2004 ist laut AHSGA ein Projekt im Migrationsbereich geplant. Der AHSGA-Leiter betont, dass die kontinuierliche Betreuung dieses Bereichs in Form einer festen Stelle bislang an den dazu benötigten finanziellen Mitteln scheiterte. Die Projekte in der Vergangenheit hätten gezeigt, dass es ohne Betreuung aber nicht möglich sei, die Aktivitäten aufrechtzuerhalten. Die Projekte beruhten auf dem Multiplikatorenansatz, d.h. es wurden MediatorInnen aus verschiedenen Ethnien zu BeraterInnen mit dem Ziel ausgebildet, dass sie in ihrem eigenen Umfeld die Aidsprävention fördern. Diese Aktivitäten hätten jeweils so lange stattgefunden, wie die Projekte von der AHSGA aktiv betreut worden seien. Aus diesem Grund soll im neuen Projekt ein anderer, neuer Zugang gewählt werden. Wie das Projekt genau aussehen wird, sei noch unklar. Ziel sei es, eine möglichst breite Vernetzung mit Ausländerorganisationen und -gemeinschaften sowie anderen NGOs, wie z.B. der Caritas, zu erreichen. Zudem soll die Aidsprävention teilweise auch in bereits bestehende Aktivitäten im Bereich Migration integriert werden.

Die Aidsprävention für Asylsuchende beurteilt die AHSGA im Kanton St. Gallen als ungenügend. In den Asylzentren würden die Gesundheitsverantwortlichen sich der Thematik etwas annehmen und Kondome auflegen. Insbesondere in den Aufnahmezentren, die im Kompetenzbereich des Bundes liegen, seien gravierende Missstände vorhanden. Die Asylsuchenden gingen nämlich davon aus, dass die medizinischen Untersuchungen stillschweigend auch einen HIV-Test umfasse und sie folglich HIV-negativ seien, wenn ihnen nichts mitgeteilt würde. Diese Problematik liege aber nicht im Aufgabenbereich der AHSGA. Allgemein ergebe sich im Asylbereich eine besonders schwierige Situation, da die Asylsuchenden als auch die betreuenden Fachpersonen mit Problemen zugedeckt seien.

In unserem Gespräch mit dem AHSGA-Leiter wurde deutlich, dass die AHSGA - nicht zuletzt auch aufgrund der epidemiologischen Zahlen - den Migrationsbereich gerne besser in ihrem Angebot verankern würde, dies aber bis jetzt aus finanziellen Gründen nicht konnte.

◆ *Schule*

Der Bereich Schule stellt das Kerngeschäft der AHSGA dar. Das Angebot umfasst neben der Beteiligung am Schulprojekt der AHS auch die Produktion von Lehrmitteln, die Lehrerausbildung, Elternabende und -bildungskurse. Bereits 1994 machte die AHSGA mit einem Lehrmittel auf sich aufmerksam, das aufgrund der Thematik „Sexualität“ und der Darstellung des „kleinen Unterschieds“ in einigen Kreisen Entrüstung auslöste. Das Lehrmittel fand aber einen breiten Absatz in der ganzen Deutschschweiz. Das aktuelle Produkt - die CD „beziehungsweise“ - erschien im Jahr 2002 und beinhaltet die umfassende Perspektive der sexuellen Gesundheit. Im Jahr 2003 organisierte die AHSGA ca. 40 schulhausinterne Fortbildungen und 30 Elternabende.

Der Tätigkeitsbereich Schule ist explizit in der Leistungsvereinbarung mit dem Kanton St. Gallen aufgeführt. Folglich anerkennt und unterstützt die kantonale Verwaltung die umfassenden Aktivitäten der AHSGA im Bereich der Sexualpädagogik. Dies ist nicht selbstverständlich, da in der Deutschschweiz die Aidsprävention und Sexualerziehung grundsätzlich nicht als spezielles Fach betrachtet wird, für das spezifische Vorkehrungen getroffen werden müssten. Wie in unseren Gesprächen mit Personen aus der kantonalen Verwaltung deutlich wurde, hält man die Aktivitäten der AHSGA in diesem Bereich für wichtig und befürchtet, dass ohne ihr Engagement die Schulen dieser Aufgabe zuwenig Aufmerksamkeit beimessen würden.

◆ *Prostitution*

Im Prostitutionsbereich bietet die AHSGA das Projekt APiS an, wofür ca. 30 Stellenprozent eingesetzt werden. 15% entfallen dabei auf die Mediatorinnen und 15% auf die Facharbeiterin der AHSGA.⁴⁸ 2003 hatten die Mediatorinnen bei ihren regelmässigen Besuchen in Salons und Nachtclubs mit über 370 Sexarbeiterinnen Kontakt. Die Projektkosten belaufen sich auf ca. 50'000 Franken, damit ist das Projektbudget im Vergleich zu ‚Maria Magdalena‘, dem kantonalen Projekt im Prostitutionsbereich, relativ bescheiden. Während sich APiS auf die Aids- und STI-Prävention beschränkt, stellt ‚Maria Magdalena‘ ein umfassenderes Gesundheitsförderungsprojekt dar (vgl. Kapitel 6.2.3.1).

◆ *Counselling*

Das Beratungsangebot umfasst neben der anonymen Telefonberatung (jeweils Montags bis Donnerstags von 9 bis 12 Uhr), auch eine Online-Beratung. Die persönliche Prävention und Beratung richtet sich an alle Personen, die sich vermeintlich oder tatsächlich in eine Risikosituation hinsichtlich sexuell übertragbarer Infektionen begeben haben. Die AHSGA erachtet die individuelle Prävention und Beratung als bedeutsam, weil in solchen Situationen das Problembewusstsein besonders wichtig sei, damit die Krankheiten nicht an andere Personen weitergegeben werden. Die individuelle Prävention und Beratung erfolgt normalerweise telefonisch.

⁴⁸ Für detaillierte Angaben zum Projektinhalt siehe Fallstudie Schweiz.

6.2.1.2 *Counselling im HIV-Zentrum des Kantonsspitals St. Gallen*⁴⁹

Das HIV-Zentrum St. Gallen war im Jahr 2000 das erste Zentrum, das den HIV-Schnelltest einführt. Zum Zeitpunkt unserer Datenerhebung führten nur die zwei Testzentren St. Gallen und Bern diese Art von Tests durch. Der HIV-Schnelltest erlaubt es, das Testresultat innerhalb von 15 bis 20 Minuten zu erfahren. Laut Leiter des HIV-Zentrums schaffen die 15 bis 20 Minuten Wartezeit und die anschliessende Mitteilung des Resultats eine Gesprächssituation, die ein gutes Counselling ermöglicht. Insgesamt dauert die Test-/Risikoberatung rund 20 bis 30 Minuten. Die Einführung des Schnelltests habe zu keinem Mehraufwand geführt, da bereits vorher so viel Zeit für das Counselling eingesetzt worden sei. Das Counselling am HIV-Zentrum St. Gallen wird auch von den Akteuren aus dem präventiven Bereich als sehr gut bezeichnet.

Das HIV-Zentrum St. Gallen führt nach eigenen Angaben ca. 500 bis 600 Tests pro Jahr durch. Im Gegensatz zur HIV-Sprechstunde am Zürcher Universitätsspital erhält es keine Subventionen vom BAG für sein Testangebot; es berechnet den Patienten wie in Zürich aber ebenfalls nur 50 Franken. Dieser Betrag reiche aus, um den Test und die Beratung zu finanzieren. Die Beratung werde meist von einer Krankenschwester durchgeführt.

6.2.2 Akteure bei HAART

6.2.2.1 *Kantonsspital St. Gallen: Fachbereich Infektiologie*

Im Kanton St. Gallen gibt es eine zentrale Stelle für die Behandlung von HIV/Aids: das HIV-Zentrum bzw. der Fachbereich Infektiologie am Kantonsspital St. Gallen. Der Fachbereich Infektiologie ist dem Departement Innere Medizin angegliedert. Die HIV-Sprechstunde – die Behandlung der HIV-Infektion und der damit verbundenen Erkrankungen – bildet den Kernbereich dieser Abteilung. In St. Gallen wurden im Jahre 2003 ungefähr 300 PatientInnen betreut, was ungefähr 7% der in der Kohortenstudie erfassten PatientInnen entspricht. Die HIV-Sprechstunde wird von zwei Assistenzärzten, einem Oberarzt und vom leitenden Arzt betreut. Die Sprechstunde beteiligt sich an nationalen und internationalen Forschungsprojekten. Neben den infektiologisch-diagnostisch-therapeutischen Aufgaben erfüllt das Team der Sprechstunde auch präventivmedizinische Aufgaben. So betonte der Leiter des HIV-Zentrums, dass die Behandlung von HIV-Positiven auch einen präventiven Aspekt aufweise. Die Sprechstunde umfasse auch Aufklärungsarbeit (Safer Sex-Informationen), die Information und den Miteinbezug des Partners/der Partnerin und ein *Contact Tracing*, d.h. die Identifikation der SexualpartnerInnen von HIV infizierten Personen, um mit ihr das Gespräch zu suchen und sie zu einem sicheren Verhalten zu veranlassen und allenfalls zu einem Test zu motivieren.

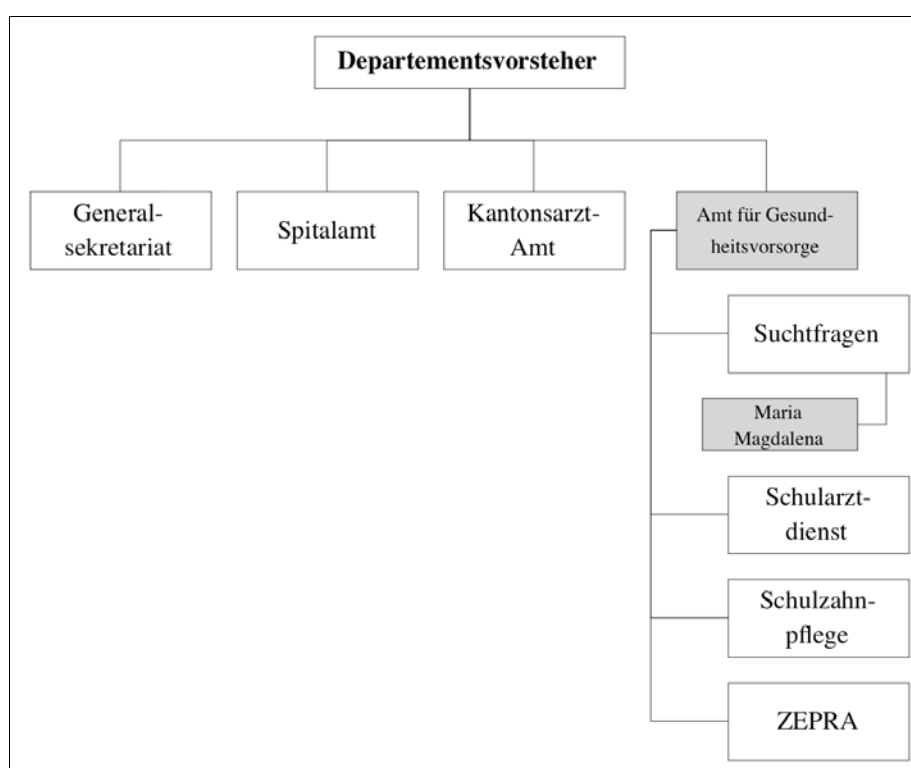
⁴⁹ Die Angaben stammen aus unserem Gespräch mit einem verantwortlichen Akteur sowie der Internetseite www.infekt.ch

6.2.3 Die Rolle der öffentlichen Hand⁵⁰

6.2.3.1 Amt für Gesundheitsvorsorge

Die Rolle der öffentlichen Hand im Kanton St. Gallen weist im Vergleich mit den anderen untersuchten Kantonen zwei Besonderheiten auf: Erstens gab es zumindest bis Ende Jahr 2003 im Gesundheitsdepartement ein spezifisches Amt, welches mit der Aufgabe der Förderung und Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung betraut ist und von einem Präventivmediziner geleitet wird.⁵¹ Wie aus dem Organigramm hervorgeht, umfasst das Amt die schulischen Gesundheitsdienste, die Suchthilfe und das ZEPRA (Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung).

Abbildung 19: Organigramm des Gesundheitsdepartements des Kantons St. Gallen



Zweitens ist die kantonale Verwaltung im Rahmen des ZEPRA und der Suchthilfe selbst Trägerin von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten. Die Aidsprävention ist allerdings aufgrund der historischen Entwicklung nicht Teil dieser Struktur. Die Aidsprävention wird vom ZEPRA explizit ausgeklammert, da bereits vor dessen Entstehung die AHSGA vom Kanton mit dieser Aufgabe betraut wurde. Wie bereits angesprochen, besteht eine Leistungsvereinbarung zwischen dem Kanton St. Gallen und der AHSGA, in welcher die Aufgabenbereiche und die Abgeltung festgelegt sind. Das Amt für Gesundheitsvorsorge nimmt damit in diesem Bereich eine strategische Rolle wahr. So regte es im vergangenen Jahr beispielsweise eine engere Zusammenarbeit und einen gemeinsamen Auftritt der AHSGA und der

⁵⁰ Die Informationen stammen aus unseren Gesprächen mit Verwaltungsakteuren, dem Internet (www.ktsg.ch) sowie den Dokumenten zum Projekt Maria Magdalena.

⁵¹ Mit der anstehenden Pensionierung des aktuellen Leiters wird das Amt für Gesundheitsvorsorge wahrscheinlich aufgelöst und dessen Bereich dem Kantonsarzt-Amt angegliedert, vgl. auch Kapitel 3.4

Familienplanungsstellen an, nachdem eine Umfrage zeigte, dass sich die Bekanntheit des Angebots der AHSGA stark auf die Region St. Gallen beschränkt und in den anderen Regionen wenig bekannt ist.

Eine Ausnahme bildet allerdings das bereits erwähnte Prostitutionsprojekt Maria Magdalena, das der Suchthilfe angegliedert ist. Im Rahmen dieses Projekts kommt der kantonalen Verwaltung auch eine operative Rolle zu. Diese nicht ganz klare Trennung von strategischer und operativer Rolle habe zu Abgrenzungs- und Überschneidungsproblemen geführt, betonen verschiedene Gesprächspartner. Im Folgenden wird das Projekt Maria Magdalena kurz vorgestellt.

◆ *Maria Magdalena – Beratungsstelle für Frauen im Sexgewerbe*

Das Projekt Maria Magdalena ist das kantonale Nachfolgeprojekt des gesamteuropäischen UMBRELLA-Projekts, an dem der Kanton St. Gallen 1998 bis 2000 beteiligt war. Das Projekt Maria Magdalena wurde im Oktober 2000 lanciert und war im Jahr 2003 mit 200 Stellenprozenten und einem Budget von 240'000 Franken dotiert. Das Ziel des Projekts Maria Magdalena ist, die Lebensqualität der Frauen im Sexgewerbe zu verbessern und ihre Sozialkompetenzen zu fördern. Die HIV/Aids-, STI- und Hepatitis-Prävention bildet eines der Detailziele. Die anderen Detailziele betreffen beispielsweise die Förderung der gesellschaftlichen Anerkennung und Akzeptanz der Sexarbeiterinnen, die Verbesserung ihres allgemeinen Wissens zu gesundheitlichen Aspekten wie auch über ihre Rechte und Pflichten (ANAG; Arbeitsrecht, Scheidungsrecht, Kinderrecht usw.) oder die Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen. Die Umsetzung erfolgt durch Beratung, Begleitung und Informationsvermittlung in den Räumen der Beratungsstelle sowie durch kontinuierliche aufsuchende Sozialarbeit vor Ort in den Arbeits- und Privaträumlichkeiten der Frauen. Das Projekt umfasst zudem aktive und passive Feldbeobachtung, ein Netz von MultiplikatorInnen sowie eine Zusammenarbeit mit sozialen Institutionen.

Der Kanton St. Gallen verfügt mit Maria Magdalena und APiS über ein umfassendes Angebot im Bereich des Frauen-Sexgewerbes. Projekte, die sich an Freier oder männliche Sexarbeiter richten, fehlen allerdings.

6.2.3.2 Amt für Volksschule

Das Amt für Volksschule, das dem Erziehungsdepartement angegliedert ist, ist allgemein mit der Unterstützung der Volksschulen betraut. In seinen Aufgabenbereich fällt beispielweise die Ausarbeitung von Lehrplänen und Kreisschreiben. Die Aidsprävention bzw. Sexualerziehung gehört im Kanton St. Gallen zu den obligatorischen Lerninhalten der Mittel- und Oberstufe (vgl. Kreisschreiben zur Sexualerziehung vom 15.9.1996 und Lehrplan 2001: 31). Die Aidsprävention wird damit nicht als spezifische Thematik betrachtet, für die besondere Vorkehrungen getroffen werden müssten. Dies kommt auch in der folgenden Aussage eines Akteurs aus der Verwaltung zum Ausdruck: „Ich kann aber nicht ausschliessen, dass mal jemand kommt und sagt, die Schulen haben doch den Auftrag, wieso schickt ihr die Aids-Hilfe auch noch hin. [...] Wobei im Moment mit der Entwicklung der Infektionszahlen habe ich wieder weniger Bedenken, dass man auch genug Argumente finden könnte, um das beizubehalten.“ Durch das Mandat der AHSGA wollen die kantonalen Behörden – das Amt für Volksschulen und das Amt für Gesundheitsvorsorge – die Verankerung und die Qualität der Sexualerziehung und Aidsprävention in den Schulen stärken bzw. verbessern. Das Mandat

der AHS GA ist aber folglich nicht im Kreisschreiben oder im Lehrplan verankert. Die fachliche Zusammenarbeit mit der AHS GA läuft in erster Linie über das Gesundheitsdepartement, d.h. das Amt für Gesundheitsvorsorge. Ein Kantonsvertreter betont, dass dies kein Nachteil sei, da die Zusammenarbeit zwischen den beiden zuständigen Ämtern gut funktioniere.

Tabelle 11: Die wichtigsten Angebote im Kanton St. Gallen auf einen Blick (Stand 2003)

| Bereiche / Träger | AHS GA | Amt für Gesundheitsvorsorge | HIV-Sprechstunde am Kantonsspital |
|---------------------|---|-----------------------------|--|
| <i>Migration</i> | keine laufenden Projekte, aber ein Projekt in Planung | | |
| <i>Schule</i> | <ul style="list-style-type: none"> • 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 |

6.3 Bestehende und zukünftige Herausforderungen der Aidsprävention

6.3.1 Adaption der Normalisierung

Die AHS GA hat sich gegenüber der Thematik der sexuellen Gesundheit umfassend geöffnet und sich auf den Bereich der Sexualpädagogik spezialisiert. Diese Öffnung wird von der AHS GA explizit als Anpassung an die Bedingungen der Normalisierung bzw. Banalisierung gesehen: „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.“ Der AHS GA-Leiter betont aber auch, dass er aufgrund der Entwicklung der Infektionszahlen gar nicht mehr von einer Normalisierung sprechen möchte, höchstens in Bezug auf den Umgang mit dem Thema.

Nach unserem Kenntnisstand wurde diese Öffnung von allen Akteuren des Präventionsnetzwerks getragen und führte zu keinen Konflikten oder Abgrenzungsproblemen. Wie der Verkauf des Lehrmittels „beziehungs-weise“ und das gut benutzte Angebot im Schulbereich (vgl. Kapitel 2.1.1) nahe legen, besteht Bedarf für ein solches Angebot. Dass die Sexualpädagogik in der Schweiz allgemein ein wenig professionalisierter Bereich mit Handlungspotential darstellt, zeigen auch die aktuellen Bemühungen auf nationaler Ebene oder beispielsweise im Kanton Zürich oder in der Westschweiz.

Wie im nächsten Kapitel dargelegt wird, führte die Normalisierung seitens der kantonalen Behörden nicht dazu, das Mandat und die Unterstützung der AHS GA einzuschränken. Im Gegenteil, die Öffnung wurde vom kantonalen Amt für Gesundheitsvorsorge unterstützt. Zu-

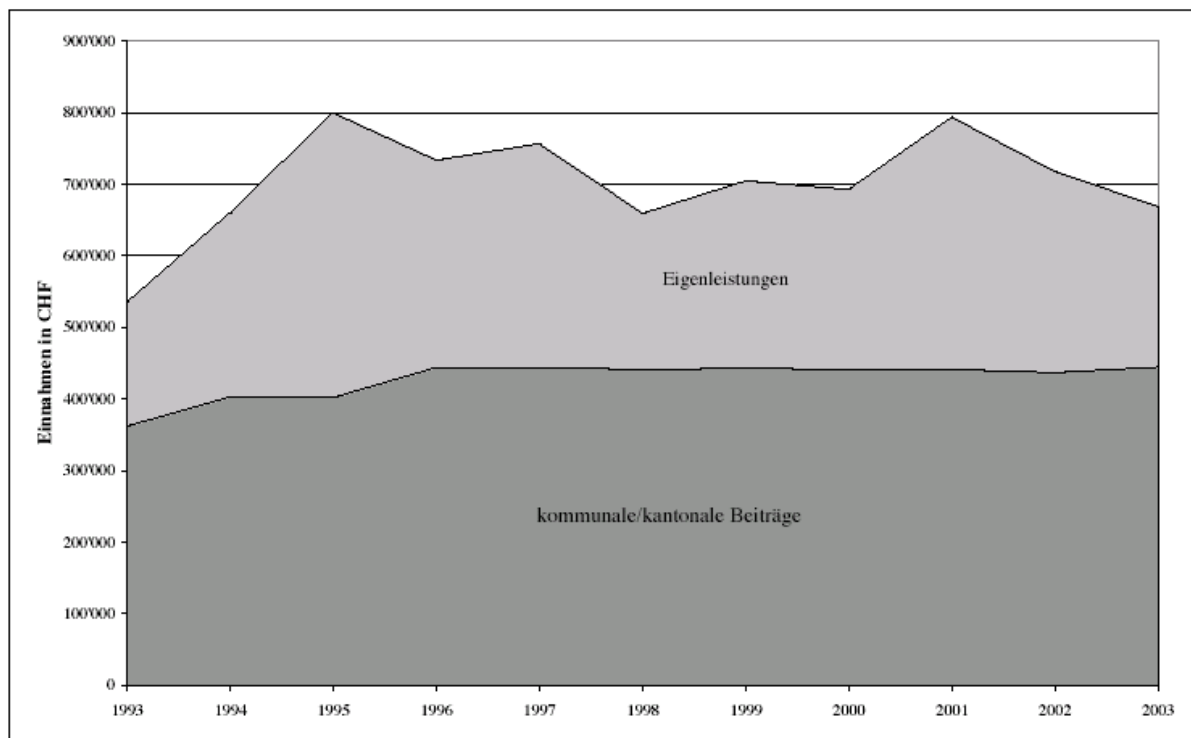
dem baute das Amt für Gesundheitsvorsorge seine Aktivitäten mit dem Projekt Maria Magdalena sogar aus.

6.3.2 Die Entwicklung der Ressourcen in der Aidsprävention

a) Rückgang der verfügbaren Ressourcen?

Wie aus Abbildung 20 hervorgeht, verharrten die Staatsbeiträge an die AHSGA in den letzten zehn Jahren auf demselben Niveau bei ungefähr 440'000 Franken. Der grösste Teil dieses Betrags – rund 360'000 Franken – stammt vom Kanton St. Gallen, der Rest verteilt sich auf die beiden Kantone Appenzell-Innerrhoden und -Ausserrhoden sowie einzelne Gemeinden. Die Normalisierung führte folglich im Kanton St. Gallen nicht dazu, dass die kantonalen Behörden die Problemsituation grundsätzlich neu einschätzten und der Meinung waren, bei der HIV/Aids-Prävention könnten Mittel eingespart werden. Wie ein Kantonsvertreter anführte, war die Aidsprävention denn auch nie mehr ein Thema auf der politischen Agenda.

Abbildung 20: Gesamteinnahmen der AHSGA 1993-2004



Quelle: Jahresberichte der AHSGA 1992-2003

In Zeiten der Finanzknappheit und eines rigorosen, bis jetzt einmaligen Sparpakets für das Jahr 2004 ist erstaunlich, dass die kantonalen Beiträge an die AHSGA und das Projekt Maria Magdalena nicht gekürzt wurden. Das Sparpaket von 90 Millionen wurde an einem runden Tisch mit Vertretern der Regierung und des Kantonsrates ausgehandelt. Anschliessend konnte die Gesamtregierung zu den Sparvorschlägen Stellung nehmen und einige Modifikationen anbringen. Die Tatsache, dass die Mittel für die Aidsprävention nicht reduziert wurden, erstaunt umso mehr, als das Budget des ZEPRA - damit die Mittel für alle anderen Präventionsbereiche - um die Hälfte reduziert wurde. Ein Gesprächspartner aus der kantonalen Verwaltung kommentierte diese Tatsache wie folgt: „Das war kein bewusster Entscheid für die Aidsprävention, das war mehr Zufall.“ Die Verschonung der

Aidsprävention kann damit, wie die folgenden Ausführungen zusätzlich verdeutlichen, nicht als bewusstes, politisches Bekenntnis zur Aidsprävention gedeutet werden: „Das war ein interessanter Mechanismus. Im Rahmen des Sparpakets mussten alle Departemente aufschreiben, was Leistungen sind, die nicht zwingend durch Gesetze vorgegeben sind. D.h. wir führten alle Beiträge an Beratungsstellen wie Suchtberatung, Aids-Hilfe, Krebsregister usw. auf und das ZEPRA ebenfalls, das eine Abteilung des Amtes für Gesundheitsvorsorge ist. Die Sparrunde hat generell gesagt, dass über die Beiträge an Aussenstehende nicht diskutiert wird. Der Hintergrund war, dass bei den meisten der Beratungsstellen – bei der Aids-Hilfe allerdings nicht – die Kürzungen zu Lasten der Gemeinden ausgefallen wären. Die Gemeindelobby hat das verhindert. Die Aids-Hilfe hatte Glück, dass sie bei uns in diesem Pool von Leistungsvereinbarungen mit Aussenstehenden ist. So genau haben sie gar nicht geschaut und so ist die Aids-Hilfe verschont geblieben. Wir haben natürlich auch nichts gesagt.“

Das Projekt Maria Magdalena sei ebenfalls aus strukturellen Gründen nicht von Sparbemühungen betroffen, da es nicht als separater Budgetposten oder separate Verwaltungsstelle konzipiert, sondern ein Teil der Stelle für Suchtfragen sei. In der Sparrunde seien Sparbemühungen in diesem Bereich nicht diskutiert worden. Die verantwortlichen Verwaltungsakteure brachten in unseren Gesprächen klar zum Ausdruck, dass sie selbst an Kürzungen in diesen Bereichen nicht interessiert sind und sie folglich auch nicht explizit in die Diskussion über das Sparpaket eingebracht.

Abbildung 20 verdeutlicht weiter, dass das Jahresbudget der AHSGA durchschnittlich 40% Eigenleistungen umfasst. Die Eigenleistungen unterliegen allerdings grösseren Schwankungen. Die AHSGA schätzt ihre finanzielle Situation kritisch ein, da sie im Jahr 2002 mit einem Defizit von ca. 185'000 Franken abschloss.⁵² Für das Jahr 2003 budgetiert die AHSGA wiederum ein zwar erheblich kleineres Defizit von 44'000 Franken und schloss schliesslich mit einem Defizit von 19'500 Franken ab. Aufgrund dieser finanziellen Entwicklungen strebte die AHSGA grundsätzlich eine Erhöhung der Staatsbeiträge an, da sonst Stellenprozente und Dienstleistungen abgebaut werden müssten. Bei der AHSGA ist man sich bewusst, dass angesichts der Sparbemühungen eine Erhöhung des Beitrags aussichtslos ist: „Die Signale sind ziemlich eindeutig: gleich wie bisher. Faktisch bedeutet das natürlich eine schleichende Reduktion, wir haben seit sechs bis sieben Jahren die gleichen Beiträge erhalten.“ Das Defizit soll in den kommenden Jahren mit privaten Mitteln ausgeglichen werden, damit keine Leistungen abgebaut werden müssen: „Fakt ist einfach, dass wir noch mehr privates Fundraising machen müssen. [...] D.h. in etwa jedes Jahr 50'000 bis 60'000 Franken mehr private Mittel als bis jetzt. Das wird nicht einfach sein, aber möglich ist es schon, glaube ich. So lange diese Entwicklung anhält und eine gewisse Aufmerksamkeit besteht. Man kann natürlich ironischer Weise sagen, solange wie Aids international so ein unbewältigtes Problem bleibt und national die Zahlen auch wieder steigen.“

Die zukünftige finanzielle Lage der AHSGA ist folglich zum aktuellen Zeitpunkt schwierig einzuschätzen. Für das Jahr 2004 wird sie vom Kanton St. Gallen wiederum 360'000 Franken erhalten, für die nachfolgenden Jahre muss allerdings die Leistungsvereinbarung neu ausge-

⁵² Das negative Resultat im Jahr 2002 ergab sich insbesondere durch einen Verlust bei der Vermögenslage. Anstelle eines Ertrags von 10'000 Franken musste ein Verlust von rund 41'000 Franken hingenommen werden. Hinzu kam eine Verzögerung beim Erscheinen der CD-ROM „beziehungs-weise“, was zu Mindererträgen beim Verkauf führte (Jahresbericht 2002: 2).

handelt oder verlängert werden. Hinzu kommt, dass der Leiter des Amts für Gesundheitsvorsorge pensioniert wird, vielleicht nicht mehr ersetzt und seine Amtsbereiche dem Kantonsarzt-Amt angegliedert werden. Damit ist unsicher, wie die Zusammenarbeit und die Unterstützung der kantonalen Behörde in Zukunft aussehen werden: „Wir haben eigentlich gestaunt, dass es dieses Jahr so problemlos über die Bühne ging. Ich glaube, es hängt auch damit zusammen, dass man nichts mehr ändern wollte mit dem Austritt des Präventivmediziners. Man wollte es einfach noch so lassen. Ich habe etwas Angst, wenn wir niemanden mehr haben, der dort für uns eine Lobby bildet. Das kann ziemlich zurückgehen.“ Eine weitere Unsicherheit besteht darin, dass das Budget der AHSGA stark von Fundraising abhängt.

Da die AHSGA bis jetzt noch keine Reduktion der Staatsbeiträge hinnehmen musste und sie erfolgreich eigene Mittel generierte, musste sie in den untersuchten Bereichen noch keine Leistungen abbauen. Ob in der Zukunft Leistungen abgebaut werden müssen, wird sich zeigen. Bis jetzt bestehen laut den Angaben unseres Gesprächspartners von der AHSGA aber noch keine klaren Abbauszenarien.

Abschliessend kann festgehalten werden, dass die kantonalen Mittel für die Aidsprävention mit dem Projekt Maria Magdalena (bzw. dem Vorgängerprojekt UMBRELLA) seit Beginn der Normalisierung deutlich zugenommen haben, wobei festgehalten werden muss, dass das Projekt Maria Magdalena nicht nur Aidsprävention beinhaltet.

6.3.3 Konflikte in der Aidsprävention

Zum Zeitpunkt unserer Erhebung (2003) bestanden nach Angaben unserer Gesprächspartner keine Konflikte zwischen den verschiedenen Akteuren des Aidspräventions-Netzwerkes. In der Vergangenheit gab es jedoch zwei Konfliktsituationen.

Die erste Konfliktsituation liegt laut Angaben eines Präventionsfachmanns vor der Phase der Normalisierung und sei zwischen der AHSGA und dem Volksschulamt entstanden. Der Grund für den Konflikt habe darin bestanden, dass das Volksschulamt bzw. der Erziehungsrat 1994 nicht auf das Begehren der AHSGA, ihrem ersten Lehrmittel den Status eines kantonalen Lehrmittels zu verleihen, eingetreten sei. In unseren Gesprächen wurde deutlich, dass das Lehrmittel den kantonalen Behörden wohl zu weit ging und seiner Zeit voraus war. Man befürchtete auch, dass das Lehrmittel insbesondere von Angehörigen anderer Kulturkreise bzw. Religionen nicht gut aufgenommen würde und nicht alle LehrerInnen über ausreichende Sensibilität im Umgang mit der Thematik verfügen. Ein Kantonsvertreter führte zudem aus: „Es ist natürlich auch so, dass der Kanton etwas dazu sagen möchte, wenn er etwas herausgibt. Es kann ja nicht sein, dass ein Dritter bestimmt, was es ist und der Kanton dann die Verantwortung übernimmt.“ Seitens der AHSGA wird die kontroverse Diskussion um das Lehrmittel aus rückblickender Perspektive positiv eingeschätzt, da das Lehrmittel dadurch wohl mehr Aufmerksamkeit erzielt habe und wohl auch mehr verkauft worden sei. Beim aktuellen Lehrmittel „beziehungs-weise“ sei seitens der AHSGA eine Zusammenarbeit und die Anerkennung als kantonales Lehrmittel nicht mehr angestrebt worden. Man sei zum Schluss gekommen, dass man auch aufgrund der schnelleren Realisierungsmöglichkeit die Unabhängigkeit und Selbständigkeit behalten wolle.

Die zweite Konfliktsituation sei im Zusammenhang mit der Lancierung des Projekts Maria Magdalena im Oktober 2000 entstanden. Seitens der AHSGA konnte man nicht ganz verstehen, weshalb man das Projekt der Verwaltung angliederte, sie nicht konsultierte und nicht ihr

das Projekt übergab: „Wir hatten eine Weile das Gefühl, was soll das? Man hätte das Projekt auch dem APiS zuordnen und uns damit bestücken können. Wir hätten es noch so gerne genommen.“ Seitens der kantonalen Behörden wird betont, dass der Kanton als Absender des Projekts auftreten wolle, um den Prostituierten zu signalisieren, dass sie auch auf staatlicher Seite eine Ansprechpartnerin haben. Unsere Gesprächspartner betonen, dass unklar gewesen sei, wie sich die beiden Projekte voneinander abgrenzen, da sich beide Projekte an die gleiche Zielgruppe richten, beide HIV-Prävention beinhalten, aber eine etwas unterschiedliche Vorgehensweise aufweisen. Nach Angaben der beiden betroffenen Akteure hat man sich nun über eine Zusammenarbeit geeinigt, die eine gegenseitige Zuweisung von Klientinnen und eine inhaltliche Gewichtung vorsieht: 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. Der verantwortliche Akteur der kantonalen Verwaltung betont, dass sich die Angebote ergänzen und sich Vorteile aus der unterschiedlichen Trägerschaft ergeben. So könne das Projekt Maria Magdalena gewisse Fragen verbindlicher regeln und direkt Zusagen machen. Das APiS hingegen könne besser im illegalen Bereich agieren.

6.3.4 Organisatorische und strukturelle Veränderungen innerhalb des Präventions-Netzwerkes

Das Aidspräventions-Netzwerk im Kanton St. Gallen kann grundsätzlich als stabiles Netzwerk beschrieben werden, zumal in den letzten zehn Jahren keine grundlegenden Umstrukturierungen zu beobachten waren. In der näheren Vergangenheit können allerdings zwei Veränderungen ausgemacht werden.

Erstens trat mit dem Projekt Maria Magdalena ein neuer Akteur ins Netzwerk ein. Die Suchtberatung war zwar vorher bereits im Drogenbereich in der Aidsprävention tätig, nicht aber im Prostitutionsbereich. Diese strukturelle Veränderung stiess wie bereits angesprochen bei der AHSGA auf Unverständnis und die Zusammenarbeit war anfangs etwas problematisch.

Zweitens wird zur Zeit vom Leiter des Amtes für Gesundheitsvorsorge eine organisatorische Umstrukturierung angestrebt, die eine engere Koordination und Zusammenarbeit zwischen der AHSGA und der Familienplanungsstelle (FAMPLA) vorsieht. Geplant sei insbesondere ein gemeinsamer Auftritt unter dem Titel „sexuelle und reproduktive Gesundheit“. Mit diesem Auftritt soll die Bevölkerung, die Schulen, soziale Institutionen usw. auf das Angebot der beiden Fachstellen aufmerksam gemacht werden. Die Angebote der beiden Fachstellen ergänzen sich gegenseitig; die AHSGA ist vor allem für die sexuelle Gesundheit und die FAMPLA für die reproduktive Gesundheit zuständig.

In nächster Zukunft steht zudem, wie bereits angesprochen, wahrscheinlich eine organisatorische Umstrukturierung in der kantonalen Verwaltung an. Mehrere Gesprächspartner führten an, dass der Leiter des Amtes für Gesundheitsvorsorge vielleicht nicht mehr ersetzt werde und seine Amtsbereiche dem Kantonsarzt-Amt angegliedert werden könnte. Ob dieser verwaltungsinterne Umstrukturierung Auswirkungen auf die Aidsprävention haben wird, kann zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschätzt werden. Unsere Gesprächspartner betonten, dass die Auswirkungen wohl massgeblich durch den neuen Stelleninhaber oder den Kantonsarzt beeinflusst werden.

6.4 Das Ende des New Public Health-Ansatzes in der Aidspolitik?

6.4.1 Interessenkonflikt zwischen präventiver und klinischer Medizin?

6.4.1.1 Beziehungen zwischen dem präventiven und dem klinischen Bereich

Im Kanton St. Gallen besteht ein vergleichsweise enger Austausch zwischen den Präventionsfachleuten und den ÄrztInnen, die am Kantonsspital St. Gallen HIV-positive und aidskranke Menschen betreuen. Der Leiter des Fachbereichs Infektiologie ist im Vorstand der AHSGA und wurde beispielsweise auch bei der Produktion des neuen Lehrmittels als medizinischer Berater beigezogen. Zudem findet mindestens einmal jährlich ein informeller Austausch zwischen dem Team der Infektiologie und den Präventionsfachleuten der AHSGA statt, bei dem u.a. die aktuellen Entwicklungen im Bereich des Counselling diskutiert werden. Unsere Gesprächspartner aus beiden Bereichen betonten, dass sie diesen Austausch und die Arbeit des jeweils anderen schätzen würden.

6.4.1.2 Konfliktpotenzial: Gegenspieler oder komplementäre Partner?

In unseren Gesprächen wurde deutlich, dass im Kanton St. Gallen kein Konflikt zwischen den Akteuren des präventiven und des klinischen Bereichs besteht; im Gegenteil, wie bereits erwähnt, ist gegenseitige Wertschätzung vorhanden. Die Basis dieser guten Beziehung besteht vielleicht auch darin, dass den Akteuren des klinischen Bereichs die Prävention ebenfalls ein wichtiges Anliegen ist. So betont unser Gesprächspartner aus dem klinischen Bereich die präventiven Aspekte, die er in die Behandlung von HIV-positiven und aidskranken Menschen einbringt.

In Bezug auf die Mittelverteilung und die finanzielle Situation besteht ebenfalls kein Konfliktpotenzial. Einerseits erfolgt die Finanzierung dieser zwei Bereiche unabhängig voneinander, andererseits haben beide Seiten nach eigenen Angaben eher zu wenig Mittel und damit ähnliche Probleme bezüglich der Generierung von Mitteln. Die Infektiologie des Kantonsspitals hat zwar im Jahre 2003 eine zusätzliche Assistenzstelle für die HIV-Sprechstunde erhalten; diese sei aber bereits seit langer Zeit benötigt und vorher über längere Zeit fremd finanziert worden. Auch mit dieser zusätzlichen Stelle bestünden weiterhin personelle Engpässe. Der Leiter des HIV-Zentrums schildert die Ressourcenentwicklung wie folgt: „1987 gab es überall Geld für solche Stellen und nachher war es bald einmal fertig, als man das Gefühl hatte, es sei nicht mehr so ein Thema.“ Diese Aussage deutet an, dass die Normalisierung von HIV/Aids die Ressourcenentwicklung im klinischen Bereich negativ beeinflusst hat und dass mit dem Erfolg der klinischen Medizin nicht automatisch genug Ressourcen für die medizinische Behandlung von HIV/Aids und anonyme Testberatung bereit gestellt wurden. Die Entscheidung für die Bildung von neuen Stellen liegt bei der Spitalleitung und ist damit kein politischer Entscheid. Folgende Aussage wirft ein Licht auf die Stellung der Infektiologie im medizinischen Bereich: „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.“ Damit wird angedeutet, dass sich die Infektiologen in der Spitalhierarchie offenbar gegenüber dominanten Bereichen behaupten müssen und sie sich in

einer ähnlichen Situation wie die Präventivmediziner befinden, die sich gegenüber der klinischen Medizin behaupten müssen.

Der Leiter des HIV-Zentrums wünschte sich etwas mehr Unterstützung von den kantonalen Behörden und eine Abgeltung der Leistungen im präventiven Bereich im Rahmen der Betreuung von HIV-positiven und aidskranken Menschen.

6.4.2 Auswirkungen auf die Aidsprävention

Der Erfolg der klinischen Medizin und die bis ins Jahr 2001 sinkenden Ansteckungszahlen haben bis jetzt nicht zu einem Rückgang der finanziellen Ressourcen für die Aidsprävention geführt. Allerdings hat die im Aidsbereich eingetretene Normalisierung bzw. Banalisierung die AHSGA dazu veranlasst, ihr Angebot auf die Thematik der sexuellen Gesundheit auszuweiten und sich vor allem im Bereich der Sexualpädagogik zu spezialisieren.

6.5 Fazit: Die wichtigsten Entwicklungstendenzen in der Aidspolitik des Kantons St. Gallen

Die folgenden Punkte fassen die Entwicklungstendenzen in der Aidspolitik des Kantons St. Gallen zusammen.

◆ 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 „beziehungs-weise“ –, 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.

◆ 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; 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.

◆ *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.

◆ *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 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.

◆ *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 12: Entwicklungstendenzen in der Aidsprävention im Kanton St. Gallen

| Bereiche | Strategieänderung | Ressourcenentwicklung | Konflikte | Umstrukturierungen |
|-----------------------------|---|---------------------------------------|--|--|
| <i>Migration</i> | AHSGA: zukünftige Strategie noch unklar | schwankend, eher negative Entwicklung | keine | keine |
| <i>Schule</i> | AHSGA: Neuausrichtung „Sexuelle Gesundheit“ | stabil | keine | gemeinsamer Auftritt und Zusammenarbeit AHSGA/FAMPLA |
| <i>Prostitution</i> | | Zunahme (Projekt Maria Magdalena) | 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 | keine | keine |
| <i>bereichsübergreifend</i> | | | | mögliche Auflösung bzw. Eingliederung des Amtes für Gesundheitsvorsorge in das Kantonsarzt-Amt |

6.6 Verwendete Dokumente und Quellen

a) Dokumente

- AHSGA (2003): Jahresbericht 2002
- AHSGA (2001): Leitbild
- ERZIEHUNGSDEPARTEMENT DES KANTON ST. GALLEN (2001): Lehrplan und Erziehungsplan, Kindergraten und Volksschule des Kantons St- Gallen, 2. Auflage.
- ERZIEHUNGSRAT DES KANTONS ST. GALLEN (1996): Kreisschreiben zu Sexualerziehung. In Amtliches Schulblatt 9/1996.
- GESUNDHEITSDÉPARTEMENT DES KANTONS ST. GALLEN (2002): Jahresbericht 2001, Maria Magdalena – Beratungsstelle für Frauen im Sexgewerbe. Ein Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekt des Gesundheitsdepartements des Kanton St. Gallen.
- GESUNDHEITSDÉPARTEMENT DES KANTONS ST. GALLEN (2002): Konzept: Maria Magdalena – Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekt für Frauen im Sexgewerbe.
- KANTON ST. GALLEN (2001): Leistungsvereinbarung zwischen dem Kanton St. Gallen und dem Verein Aids-Hilfe St. Gallen-Appenzell.

b) Internetquellen

- www.ktsg.ch
- www.infekt.ch
- www.hivnet.ch/ahsga

6.7 Liste der interviewten Personen

| Interviewte Person | Institution | Datum |
|---------------------------|---|--------------------|
| Bamert, Herbert | Beauftragter für Suchtfragen, Amt für Gesundheitsvorsorge | 23. September 2003 |
| Baumer, Felix | Leiter Amt für Volksschule | 24. September 2003 |
| Schläpfer, Johannes | Aids-Hilfe St. Gallen-Appenzell | 23. September 2003 |
| Van der Linde, François | Leiter Amt für Gesundheitsvorsorge | 23. September 2003 |
| Vernazza, Pietro | Leiter HIV-Zentrum, Kantonsspital St. Gallen | 9. Dezember 2003 |

7 Fallstudie Kanton Tessin

Der Kanton Tessin zählt 306'846 Einwohner⁵³ und ist somit einer von den bevölkerungsmässig mittleren Kantonen. Durch die Alpen vom Rest der Schweiz getrennt, steht das wirtschaftliche, kulturelle und soziale Leben im Tessin unter starkem Einfluss der italienischen Nachbarprovinzen und insbesondere der lombardischen Metropole Mailand. Der Urbanisierungsgrad des Kantons ist sehr hoch: 86.3% der Bevölkerung lebt in den vier Agglomerationen Lugano, Locarno, Bellinzona und Chiasso-Mendrisio. Die Agglomeration Lugano stellt mit ihren ca. 136'000 Einwohnern den grössten und wirtschaftlich bedeutendsten Ballungsraum des Tessins.

Die kantonale Legislative, der *Gran Consiglio*, zählt 90 Sitze und wird nach dem Proporzsystem bestellt. Die politischen Kräfteverhältnisse im Parlament waren während der ganzen 90er Jahre geprägt von einer deutlichen Dominanz der bürgerlichen Parteien. FDP und CVP verfügten zusammen klar über die Mehrheit der Grossratsmandate, während die SVP praktisch bedeutungslos ist. Erwähnt werden muss die Protestbewegung *Lega dei Ticinesi*, welche anlässlich der Grossratswahlen 1991 erstmals ins Parlament einzog und seither kontinuierlich fast einen Fünftel der Parlamentssitze hält. Nach den Wahlen im Jahre 2003 ist die FDP mit 30 Mandaten die stärkste Partei, gefolgt von der CVP (23 Mandate), und der SP (16 Mandate). Die Lega dei Ticinesi hat, gegenüber 1999, an Wähleranteil eingebüsst und stellt noch 11 Mandate. Die SVP konnte sich ein bisschen steigern und kommt erstmals auf 6 Mandate.

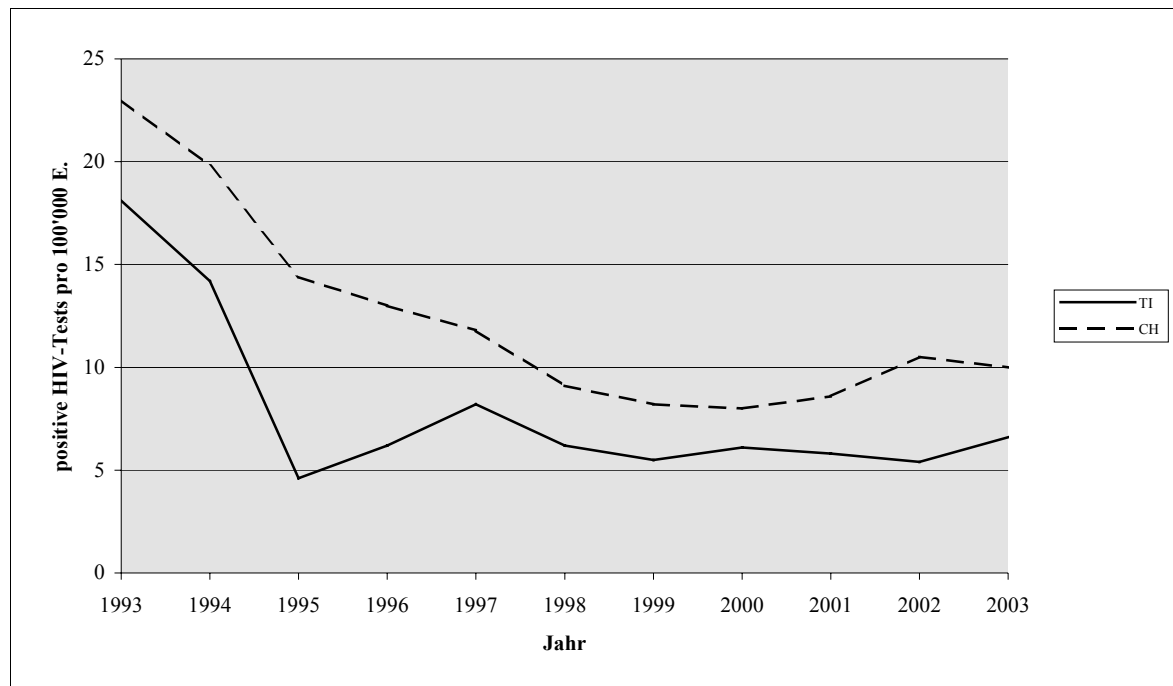
Die Exekutive des Kantons Tessin, der *Consiglio di stato*, besteht aus fünf Mitgliedern, die ebenfalls nach dem Proporzsystem gewählt werden. Zusammen mit dem Kanton Zug stellt dies ein Unikum in der Schweiz dar: In allen anderen Kantonen werden die Mitglieder der Exekutive nach dem Majorzsystem bestimmt. Auch in der Exekutive stellten die bürgerlichen Parteien FDP und CVP während der neunziger Jahre die Mehrheit. In den Wahlen von 1995 gelang einem Vertreter der *Lega* die Wahl in den Staatsrat, dies auf Kosten der CVP, welche einen Sitz verlor. Der heutige Staatsrat präsentiert sich wie folgt: 2 FDP, 1 CVP, 1 Lega, 1 SP. Das für den HIV/Aids-Bereich zuständige *Dipartimento della sanità e della socialità* wird von der SP-Vertreterin Patrizia Pesenti geführt.

7.1 Einleitung: Eckdaten zur HIV/Aids-Epidemie im Kanton Tessin⁵⁴

Die epidemiologischen Zahlen zeigen, dass die Anzahl Neuinfektionen pro 100'000 EinwohnerInnen im Tessin unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt liegt (vgl. Abbildung 21). Dennoch bewegt sich das Tessin diesbezüglich im vorderen Drittel aller Kantone. Die Entwicklung der Neuinfektionen weist auch im Tessin die gesamtschweizerische Tendenz eines Wiederanstiegs seit 2002 auf.

⁵³ Quelle: Bundesamt für Statistik, Daten der Volkszählung 2000.

⁵⁴ Quelle: BAG (2003): Aids und HIV in der Schweiz. Epidemiologische Situation Ende 2002. Bern: BAG.

Abbildung 21: Positive HIV-Testresultate pro 100'000 EinwohnerInnen

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

Bezüglich der Ansteckungswege liegt im Tessin gegenwärtig, wie anderswo auch, der ungeschützte heterosexuelle Geschlechtsverkehr an der Spitze (43.2% aller positiven HIV-Tests). Der Anteil an Ansteckungen durch Spritzenaustausch beim injizierenden Drogenkonsum liegt hingegen deutlich über dem gesamtschweizerischen Durchschnitt (38.6% im Tessin gegenüber 30.6% gesamtschweizerisch).

7.2 Das aktuelle Angebot in den untersuchten Bereichen

Das Netzwerk in der HIV/Aids-Prävention im Tessin ist ein eher kleines Netzwerk. Die Hauptakteure sind einerseits die zuständigen Verwaltungsstellen des kantonalen Gesundheits- und Sozialdepartements (*Dipartimento della sanità e della socialità*), das *Ambulatorio delle malattie infettive* am Kantonsspital Lugano, sowie andererseits die *Aiuto Aids Ticino* (AAT). Diese drei Akteure bilden den Kern des Netzwerks. Für verschiedene Belange sind punktuell auch noch andere Akteure wichtig. So ist im Prostitutionsbereich die *Antenna May Day* involviert, eine seit 1996 existierende Organisation, die auf sprachlich-kulturelle Mediation im Gesundheitsbereich spezialisiert ist. Für die Sexualerziehung in den Schulen der Sekundarstufe II werden vom Kanton die Familienplanungszentren, sowie die AAT (für den Aspekt der HIV/Aids-Prävention) miteinander beauftragt. Im Bereich MSM unterhält die AAT Beziehungen zu Schwulen- und Lesbengruppen – diese Beziehungen sind aber nur punktuell.

7.2.1 Akteure und ihre Tätigkeiten in der Aidsprävention

7.2.1.1 *Aiuto Aids Ticino*⁵⁵

Wie in den meisten anderen Kantonen gibt es auch im Tessin eine lokale Antenne der Aids-Hilfe Schweiz, die *Aiuto Aids Ticino* (AAT). Sie wurde im Jahre 1985 gegründet und ist in Lugano domiziliert. Sie ist heute die einzige NGO im Tessin, die spezifisch auf das Thema HIV/Aids spezialisiert ist. Die fixen Mitarbeiter-Ressourcen bestehen aus 80% Sekretariat und 140 zusätzlichen Stellenprozenten, die sich zwei Sozialarbeiter teilen. Diese Stellen, sowie die Kosten für die Büro-Räumlichkeiten werden aus dem Beitrag des Kantons an die Infrastruktur der Fachstelle gedeckt. Dieser beläuft sich nun schon seit nahezu 10 Jahren auf rund einer Viertelmillion Franken jährlich. Zusätzlich verfügt die AAT noch über eine 30%-Stelle, die vorwiegend über kantonale Projektgelder aus dem Bereich MSM finanziert wird, sowie über vier Stellen für Mediatorinnen, die über Projektgelder im Bereich Prostitution angestellt sind (s.u.). Darüberhinaus kann die AAT für verschiedene Aktivitäten auf insgesamt zwölf freiwillige Helfer zurückgreifen. Generell wird die Tätigkeit der AAT heute mit zwei Stichworten zusammengefasst: *prevenzione e sostegno*. Also: Prävention und Unterstützung von HIV-positiven Personen.

Der Bereich Prävention umfasst vor allem Medienarbeit, die Herstellung und Übersetzung von Informationsmaterial auf Italienisch, Interventionen in Schulen, Telefoncounselling, sowie diverse zielgruppenspezifische Aktivitäten. Seit 1995 animiert die AAT auch eine Selbsthilfegruppe von HIV-positiven Personen, die der AAT zum Teil auch als Freiwillige für verschiedene Aktionen zur Verfügung stehen.

◆ *Migration*

Neben dem Prostitutionsprojekt PRIMIS, das sich hauptsächlich an ausländische Prostituierte richtet (s.u.) ist die AAT in der Aus- und Weiterbildung von Personen tätig, die mit MigrantInnen zu tun haben. Konkret organisiert sie Weiterbildungsmodulare für das Personal des Schweizerischen Roten Kreuzes, das im Tessin die Zentren für Asylbewerber betreibt.

◆ *Schule*

Während in der obligatorischen Schulzeit die HIV/Aids-Prävention von den LehrerInnen im Rahmen des normalen Unterrichts durchgeführt wird, ist die Sexualerziehung und HIV/Aids-Prävention im Kanton Tessin auf der Sekundarstufe II (nach der obligatorischen Schulzeit) Sache von externen SpezialistInnen (s.u.). Die AAT ist, neben den Familienplanungszentren, ebenfalls an diesen Veranstaltungen beteiligt. So besuchen Leute aus der AAT regelmässig Gymnasien und Berufsschulen.

◆ *Prostitution*

Die Hauptaktivitäten der AAT im Bereich Prostitution bestehen aus dem Projekt PRIMIS (*Prevenzione, informazione e mediazione nell'ambito dell'industria del sesso*), das sich an ausländische Prostituierte richtet. Dieses Projekt wird von der AAT in Zusammenarbeit mit dem Verein *May Day* durchgeführt. Der Ursprung dieses Projekts geht auf das von der AHS initiierte Barfüsserprojekt zurück. Dieses wurde ab 1995 von der AAT unter dem Namen

⁵⁵ Quellen: AAT-Jahresbericht 2003; *Messaggio 5172 del Consiglio di Stato „Assegnazione di un contributo fisso ricorrente alla Sezione Ticino dell’Aiuto AIDS Svizzero („Aiuto Aids Ticino“)*, 13.11.2001.

Donne scalze implementiert. Es beinhaltete vor allem die Ausbildung von drei Mediatorinnen aus dem Prostitutionsmilieu (eine Russin, eine Kolumbianerin und eine Brasilianerin), die ihre Kolleginnen über die HIV/Aids-Problematik informieren sollten, sowie als erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen und sonstigen Problemen fungierten. 1998 ging die von der AHS und dem BAG finanzierte Pilotphase zu Ende, worauf die Finanzierung dieses Projekts vom Kanton übernommen wurde. Im Jahre 2002 wurde es in PRIMIS umbenannt. Die Arbeit der drei Mediatorinnen ist mehr oder weniger die gleiche geblieben: Verteilen von Informationsmaterial zum Thema HIV/Aids, anderen STIs sowie Empfängnisverhütung, Broschüren über Arbeits- und Lebensbedingungen, Weitergeben der Adressen verschiedener Dienste und Arbeitsstellen, an die sich die Frauen wenden können. Die AAT schätzt, dass im Tessin etwa 300 Migrantinnen in den insgesamt etwa 25 Bordellen arbeiten, zuzüglich etwa 150-180 Night-Club-Tänzerinnen. Die meisten davon kommen aus Lateinamerika (Brasilien, Kolumbien, Dominikanische Republik und Ecuador). Die Mediatorinnen fungieren auch als Anlauf- und Vermittlungsstellen bei aller Art von Problemen. So wurden über sie Kontakte zu medizinischen Diensten hergestellt, sowie juristische Hilfe geleistet bei Problemen mit Arbeitsverträgen bzw. Lohnzahlungen.

Die AAT hatte sich in der Vergangenheit mit einer einmaligen Standaktion (im Juni 2000) an dem von der AHS national koordinierten Projekt *Don Juan* beteiligt, einem Präventionsprojekt, das sich an Freier von Prostituierten richtet. Weitere Aktivitäten in diesem Rahmen sind von der AAT zur Zeit nicht vorgesehen. Neben dieser projektorientierten Arbeit ist die AAT auch Mitglied der interdepartementalen Kommission *Gruppo die monitoraggio della prostituzione*, welche die Umsetzung des kantonalen Prostitutionsgesetzes begleitet.

◆ *Counselling*

Anonymes und kostenloses Counselling zu Fragen rund um HIV/Aids gehört seit der Gründung zum Kerngeschäft der AAT. Für Counselling steht während den Büroöffnungszeiten (Montag bis Freitag) jeweils ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin zur Verfügung. Das Counselling findet zur Hauptsache am Telefon statt, aber auch bei Besuchen in den Büros und in zunehmendem Masse per E-Mail. (Kontakte insgesamt im Jahre 2003: 119.) Die Gespräche drehen sich vor allem um die Infektionswege, aber auch um den HIV-Test. Letzteren führt die AAT allerdings nicht selbst durch, sondern verweist interessierte Personen an andere Stellen, die solche Tests durchführen. Dies sind, neben den frei praktizierenden Ärzten, die Familienplanungszentren, sowie das *Ambulatorio delle malattie infettive* am Kantonsspital Lugano (s.u.).

7.2.1.2 *May Day*

Die *Antenna May Day* ist eine private Organisation, die sich auf sprachlich-kulturelle Mediation im Gesundheitsbereich spezialisiert hat. Sie wurde im Jahre 1996 auf Initiative des *Gruppo Rete PISP (persone immigrate a statut precario)* gegründet. Dieses Netzwerk PISP setzt sich zusammen aus Vertretern von staatlichen und privaten Sozialdiensten. Sie waren zum Schluss gekommen, dass ImmigrantInnen mit prekärem Aufenthaltsstatus Zugangsprobleme zum öffentlichen Gesundheitssystem hatten und gründeten eine private Organisation – eben *May Day* - die sich dieser Probleme annehmen sollte.

May Day beschäftigt zur Zeit eine Sozialarbeiterin zu 50%. Das Budget wird durch den Lotteriefonds des Kantons Tessin gedeckt. Es beläuft sich auf rund 80'000 Franken pro Jahr.

Sozusagen als Kompetenzorganisation für MigrantInnen ist MayDay für mehrere Organisationen im Bereich Gesundheitsförderung tätig, die den Migrationaspekt ihrer Projekte an May Day delegiert haben (z.B. Radix, Arbeiterhilfswerk, DSS). Seit März 2000 arbeitet May Day im Prostitutionsbereich mit der AAT zusammen. Mit dem ehemaligen Projekt *Venere* wurde von May Day der Migrationsbereich des Barfüsserprojekts der AAT abgedeckt, und dementsprechend von der AAT sowie dem kantonalen Gesundheitsdepartement bezahlt. Diese Zusammenarbeit zwischen AAT und May Day wurde im Rahmen des Projekts PRIMIS (s.o.) seit 2002 in feste Strukturen überführt.

7.2.1.3 *Counselling in den Tessiner Kantonsspitalern*

Counselling im Rahmen des anonymen HIV-Tests wird in den öffentlichen Spitälern des Tessins vor allem durch die Abteilung für Infektiologie des Kantonsspitals Lugano (*Ambulatorio di malattie infettive*) angeboten. Dieses Counselling richtet sich nach den vom BAG und der FMH entwickelten Qualitätskriterien für die HIV-Testberatung.

Daneben führen auch die Familienplanungszentren (*Centri di pianificazione familiare*, CPF) anonyme HIV-Tests durch, mit entsprechender Prä- und Posttest-Beratung. Im Tessin gibt es vier Familienplanungszentren, die jeweils den gynäkologisch-geburtshilflichen Kliniken der vier Kantonsspitäler angegliedert sind (d.h. in Bellinzona, Locarno, Lugano und Mendrisio). Diese CPF sind nach Massgabe des Bundesgesetzes über die Schwangerschaftsberatungsstellen vom 9. Oktober 1981 (SR 857.5) in der Betreuung und Begleitung von Schwangeren tätig. Neben ihrer Tätigkeit im Counselling und anonymen HIV-Tests treten die Mitarbeiterinnen der CPF auch im Rahmen der Sexualerziehung in den Schulen der Sekundarstufe II auf (s.u.).

7.2.2 Akteure bei HAART

7.2.2.1 *Ambulatorio di malattie infettive dell’Ospedale Civico di Lugano*

Das *Ambulatorio* ist das wichtigste medizinische HIV-Zentrum im Kanton Tessin. Es wird geleitet von Dr. Enos Bernasconi, der zur Zeit auch als Präsident der Eidgenössischen Kommission für Aidsfragen (EKAF) amtiert. Das *Ambulatorio* ist eine Abteilung der Klinik für Innere Medizin des Kantonsspitals Lugano. Es ist als Kompetenzzentrum für HIV/Aids-Fragen weitherum anerkannt und akzeptiert. Seine Stellung – wie auch diejenige seines Chefs – scheint sowohl innerhalb der Spitalhierarchie, als auch ausserhalb des Spitals von niemandem in Frage gestellt werden. „Il a un rôle de chef de service dans le département de médecine interne, il est le consultant pour tout l’hôpital, il est aussi le remplaçant du chef de secteur pour tous les hôpitaux publics dans le canton du Tessin. Donc il a un rôle hiérarchique qui est important. En plus, il est très bien accepté, il est compétent, il est gentil, il sait communiquer et expliquer les choses de manière simple. Je crois que son rôle n’est pas du tout mis en question, ni son service ambulatoire. Evidemment, comme tous, il a un peu des problèmes de financement. Il doit aussi faire des comptes... J’ai discuté encore dernièrement avec lui et je crois qu’il ne se trouve pas du tout dans une situation financière plus pénible aujourd’hui qu’il y a 5 ans. Je crois qu’on n’a pas touché grand chose.“

Die HAART-Behandlung wird in der Regel durch die Ärzte in freier Praxis administriert, die sich jedoch bei Problemen und Fragen ans *Ambulatorio* wenden können – und dies auch tun.

7.2.3 Die Rolle der öffentlichen Hand

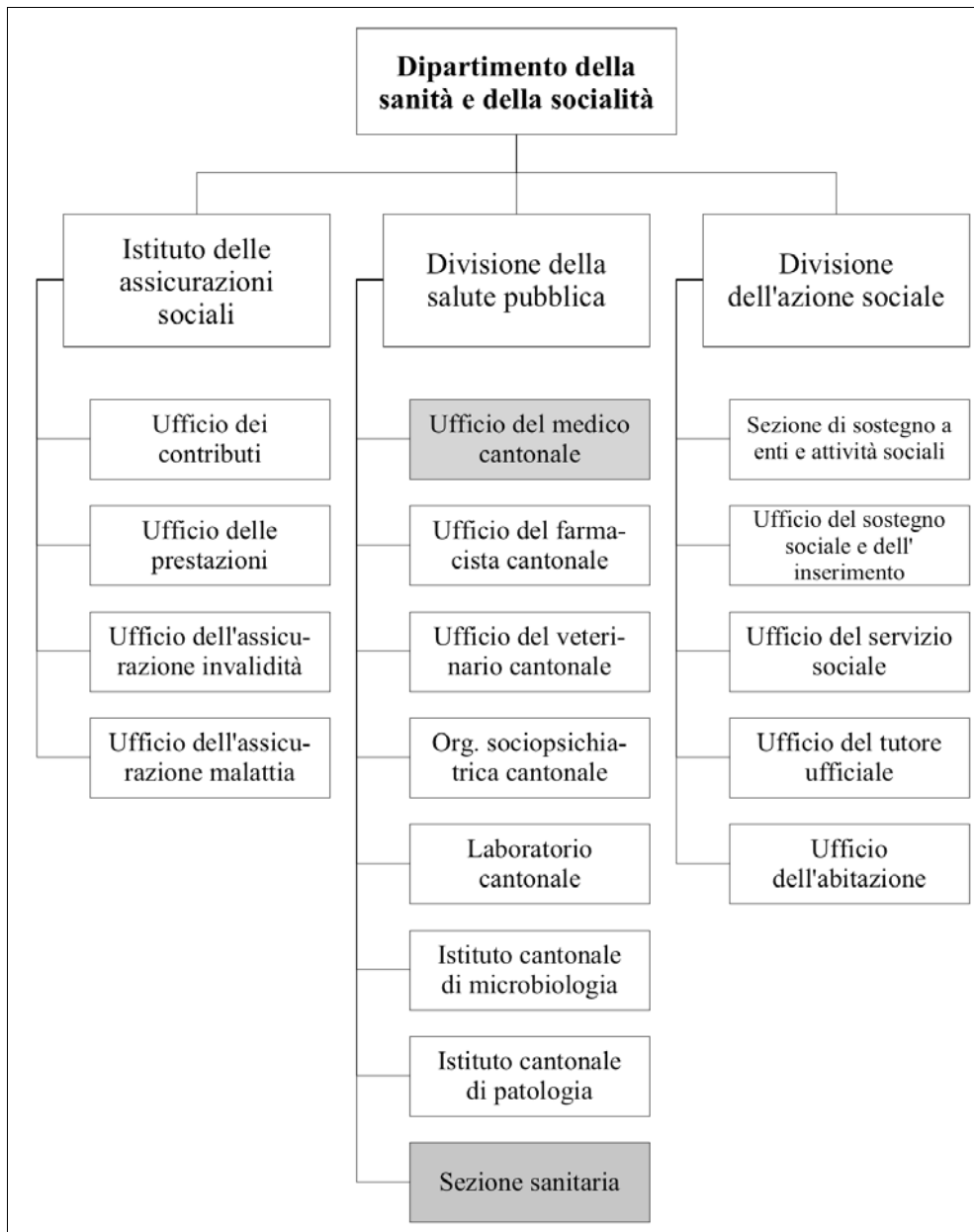
Die Rechtsgrundlage der Aktivitäten des Kantons im Bereich HIV/Aids findet sich in der *Legge per la promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria)* von 1989. Dieses Gesetz verpflichtet den Kanton, im Bereich der Gesundheitsförderung aktiv zu werden. Der Regierungsrat muss diesbezüglich jedes Jahr ein Gesundheitsförderungsprogramm verabschieden. Darin wird auch das Thema HIV/Aids explizit erwähnt.

Bezüglich HIV/Aids relevant sind insbesondere zwei Bereiche des Gesetzes. Einerseits verpflichtet es den Kanton zu Massnahmen gegen die Verbreitung von ansteckenden Krankheiten (Art. 4 und Art. 49) – dies ist die Rechtsgrundlage für die kantonale Finanzierung der AAT. Sodann wird der Kanton dazu verpflichtet, Aktivitäten im Bereich der Gesundheitserziehung zu entfalten (Art. 34 – 35) – dies ist die Rechtsgrundlage für die Sexualerziehung und HIV/Aids-Prävention an den Tessiner Schulen.

7.2.3.1 Abteilung für öffentliche Gesundheit des Gesundheits- und Sozialdepartements

Zuständig für die Umsetzung dieses Gesetzes ist das Gesundheits- und Sozialdepartement (*Dipartimento della sanità et della socialità* – DSS; früher: *Dipartimento delle opere sociali*). Innerhalb des DSS sind zwei Unterabteilungen der Abteilung für öffentliche Gesundheit für das Thema HIV/Aids zuständig. Während sich der Kantonsärztliche Dienst (*Ufficio del medico cantonale*) mit den Massnahmen gegen die Verbreitung von HIV/Aids kümmert, beschäftigt sich die *Sezione Sanitaria* mit HIV/Aids-relevanten Aspekten der Gesundheitsförderung und -erziehung.

Abbildung 22: Organisationsstruktur des Dipartimento della sanità e della socialità



Quelle: www.ti.ch/DSS

Bis vor kurzem gab es in der *Sezione sanitaria* eine Koordinationsstelle für HIV/Aids-Fragen, wo die Fäden zusammenliefen. Diese Stelle war aber mit 20 Stellenprozenten nicht sonderlich grosszügig dotiert. Nachdem die betreffende Mitarbeiterin im Jahre 2003 den Staatsdienst verliess, wurde ihre Stelle nicht wieder besetzt. In der Kantonsverwaltung ist das Thema HIV/Aids nun wieder beim Kantonsärztlichen Dienst angesiedelt, der sich unter der Rubrik ‚Infektiöse Krankheiten‘ damit befasst.

In den Augen des Kantonsarztes spiegelt die Geschichte der organisatorischen Verortung des Themas HIV/Aids in der Kantonsverwaltung auch dem wandelnden Stellenwert des Themas HIV/Aids über die Jahre. Zu Beginn der Epidemie war HIV/Aids beim Kantonsärztlichen Dienst angesiedelt, in dessen Aufgabenbereich wie erwähnt die infektiösen Krankheiten

fallen. Es wurde eine Mitarbeiterin engagiert, bei der die Fäden zu diesem Thema in der Kantonsverwaltung zusammenliefen. Gegen Ende der 90er Jahre stellte man fest, dass Fragen der Sexualerziehung in der Arbeit dieser Mitarbeiterin immer wichtiger wurden und die HIV/Aids-spezifische Tätigkeit in den Hintergrund rückte. Deshalb beschloss man, die Stelle dieser Mitarbeiterin in den Bereich Gesundheitsförderung der *Sezione sanitaria* zu verschieben. Nach ihrer Kündigung kam das Thema HIV/Aids – jedoch ohne entsprechende Stellenprocente – wieder zum Kantonsärztlichen Dienst zurück: „Je pense que ça appartient effectivement un peu au processus de normalisation. Le sida étant une maladie infectieuse, le médecin cantonal étant le responsable de la gestion des maladies infectieuses, il semble assez logique que finalement la question me parvienne sur ce thème“, führt der Kantonsarzt an.

7.2.4 HIV/Aids-Prävention an Tessiner Schulen⁵⁶

HIV/Aids-Prävention an den Tessiner Schulen findet im Rahmen der Sexualerziehung aufgrund des Gesundheitsförderungsgesetzes statt. Wie erwähnt ist das DSS – und nicht das Erziehungsdepartement – für die Sexualerziehung in den Schulen zuständig, konkret die *Sezione sanitaria*. Um die diesbezüglichen Tätigkeiten mit den zuständigen Stellen im Erziehungsdepartement zu koordinieren, wurde eine Kommission gegründet, die *Commissione per l'educazione sessuale nelle scuole*. In der Folge wurde Sexualerziehung und darin enthalten HIV/Aids-Prävention fest im Lehrplan der Primarstufe sowie der Sekundarstufen I und II verankert.

Spencer et al. (2001) unterscheiden in ihrer Studie über die kantonalen Praktiken zur HIV/Aids-Prävention und Sexualerziehung in den Schweizer Schulen grundsätzlich zwischen zwei Modellen. Beim sogenannten ‚internen‘ Modell wird Sexualerziehung und HIV/Aids-Prävention durch die Lehrerschaft im Rahmen des normalen Unterrichts gemacht. Beim sogenannten ‚externen‘ Modell werden zu bestimmten Zeiten Spezialisten von ausserhalb beigezogen, die entsprechende Module unterrichten.

Im Tessin werden diese beiden Modelle kombiniert. In der obligatorischen Schulzeit, d.h. Primarstufe und Sekundarstufe I wird Sexualerziehung und HIV/Aids-Prävention von den normalen Lehrkräften gelehrt – das ist das ‚interne‘ Modell. In der nachobligatorischen Schulzeit der Sekundarstufe II (also: Gymnasium und Berufsschulen) kommt das ‚externe‘ Modell zur Anwendung. Die beigezogenen Spezialisten sind sowohl Mitarbeiterinnen der Familienplanungszentren, als auch der AAT.

Anzumerken bleibt noch, dass die Qualität der HIV/Aids-Prävention in den Tessiner Schulen im Allgemeinen als sehr gut bezeichnet wird. Einerseits stellen die von uns befragten Akteure im Tessin dem implementierten System ein gutes Zeugnis aus. Andererseits kommt auch die Untersuchung von Spencer et al. (2001) zum Schluss, dass im Tessin die HIV/Aids-Prävention in Schulen die entsprechenden Vorgaben gut erfüllt. Es werden nahezu 100% aller SchülerInnen der diversen Stufen erreicht (Spencer et al. 2001: 77). Die inhaltliche Qualität des Unterrichts wird gesichert durch die Produktion und Verwendung adäquaten Unterrichtsmaterials, sowie durch die Existenz von Guidelines und Kursangeboten für Lehrer und spezialisierte Lehrpersonen (Spencer et al. 2001: 86). Die klare Regelung der Zuständigkeiten in der Verwaltung, sowie die Koordination durch eine speziell geschaffene Kommission wird im interkantonalen Vergleich sogar als modellhaft bezeichnet (Spencer et al. 2001: 20).

⁵⁶ Quelle: Spencer et al. (2001)

Tabelle 13: Die wichtigsten Angebote im Kanton Tessin auf einen Blick (Stand 2003)

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

7.3 Bestehende und zukünftige Herausforderungen der Aidsprävention

7.3.1 Adaption der Normalisierung

Für die AAT bestand die am meisten spürbare Auswirkung der Normalisierung im Wandel der Arbeit mit HIV-positiven Personen. Aufgrund der neu verfügbaren Therapien (HAART) ist die Sterbebegleitung nicht mehr so wichtig wie früher. Wichtiger ist vielmehr eine Lebensbegleitung, d.h. den betroffenen Personen Hilfe anzubieten bei psychischen, sozialen und wirtschaftlichen Problemen. Nebst diesem direkt spürbaren Wandel in der konkreten Arbeit, hat sich die AAT auch intensiv mit der Frage einer strategischen Neuausrichtung beschäftigt. Sie hat sich für eine Konzentration auf die Kernkompetenz HIV/Aids entschieden und gegen eine Ausweitung ihrer Tätigkeit auf andere Bereiche der sexuellen Gesundheit. Der Leiter der AAT begründet diesen Entscheid vor allem damit, dass für eine Ausweitung der Themen die dafür benötigten Ressourcen nicht zur Verfügung stünden: „Non abbiamo sviluppato l’idea che noi siamo gli esperti, che ne so, di epatite o di altre malattie. Innanzitutto perché non abbiamo le risorse. Se avessimo altri 300mila franchi potremmo formare un operatore per tutte le malattie. Ma ci siamo chiesti: è davvero questo il nostro ruolo? In fondo siamo Aiuto Aids Ticino, parliamo di sessualità. [...] Diciamo quindi che esistono altre malattie, questa è probabilmente la più pericolosa ma ce ne sono altre anche pericolose. Però non ci poniamo come esperti di malattie sessualmente trasmissibili. [...] questo necessita un impegno in più che con le risorse di oggi non possiamo garantire”

Auch der Kanton hat seine Strategien im Bereich HIV/Aids nicht geändert. Die Ziele sind dieselben geblieben: „Rien n’a changé par rapport à la politique cantonale. Par exemple, le canton écrit dans ces ‘lignes programmatiques’ [...]: ‘Les objectifs en matière de sida et maladies infectieuses sont restés les mêmes’“.

Die Aufhebung der (bescheiden dotierten) Koordinationsstelle für HIV/Aids im Gesundheitsdepartement hat an der grundsätzlichen Ausrichtung der Strategie des Kantons

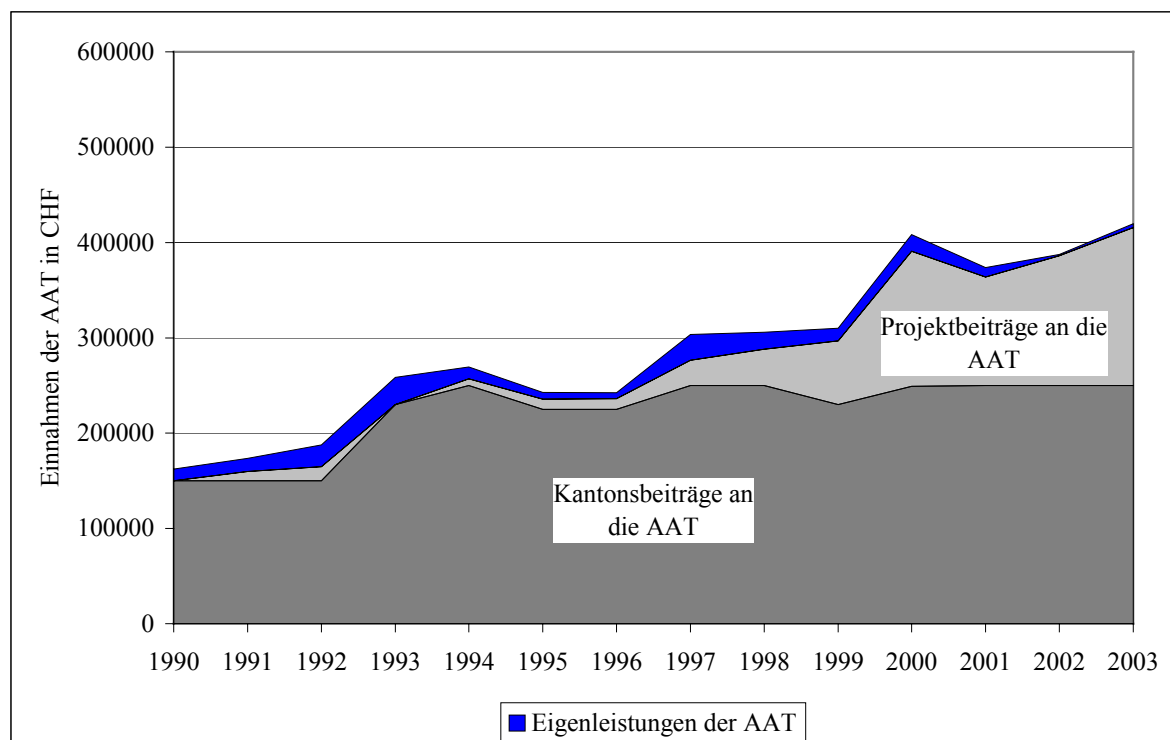
nichts geändert. Sie ist allerdings sicher ein Ausdruck dafür, dass der Kanton im Vergleich zu früher eine passivere Rolle angenommen hat. Im Wesentlichen wird die Ausgestaltung der Aktivitäten im Bereich HIV/Aids-Prävention der AAT überlassen, die der Kanton weiterhin finanziell unterstützt. Desgleichen signalisiert er Offenheit gegenüber neuen Projekten, welche von der AAT vorgeschlagen werden – z.B. für neue Zielgruppen. Es ist aber kein starker Steuerungsanspruch seitens der kantonalen Stellen im Bereich HIV/Aids erkennbar.

7.3.2 Die Entwicklung der Ressourcen in der Aidsprävention

7.3.2.1 Rückgang der verfügbaren Ressourcen?

Abbildung 23 zeigt die Ressourcenentwicklung im Bereich HIV/Aids im Kanton Tessin in den Jahren 1990 bis 2003. Daraus wird ersichtlich, dass das Gesamtbudget der AAT über diese Periode signifikant gestiegen ist. Es kann also in keiner Weise von einem Ressourcenrückgang gesprochen werden. Zudem stellt man fest, dass der Sockelbeitrag des Kantons – mit dem die Anlaufstelle finanziert wird - seit 1994 bei rund einer Viertelmillion Franken jährlich liegt. Die Steigerung des Gesamtbudgets ist demnach in erster Linie auf eine Steigerung der Projektbeiträge zurückzuführen. Davon stammt wiederum ein Grossteil ebenfalls vom Kanton.

Abbildung 23: Entwicklung der finanziellen Mittel der AAT seit 1990



Quelle: AAT-Jahresberichte 1990-2003

Diese Ressourcensteigerung ist sicherlich mit ein Zeichen für den hohen Stellenwert, den die HIV/Aids-Prävention nicht nur bei der zuständigen kantonalen Verwaltung, sondern auch bei Regierung und Parlament genießt. Dieser Eindruck bestätigt sich bei der Lektüre der staatsrätlichen Botschaften zu den in regelmässigen Abständen vom Grossrat zu bewilligenden Anträgen auf finanzielle Unterstützung der AAT – trotz oder gerade wegen der

Normalisierung. Schon im Jahre 1997 wird in der Tat in der entsprechenden Botschaft⁵⁷ darauf hingewiesen, dass sinkende Infektionszahlen in keiner Weise als Rechtfertigung für eine Reduktion der Präventionsanstrengungen gesehen werden dürfen, sondern vielmehr auf die Notwendigkeit für deren Fortführung hinweist. Ausserdem seien die Kosten für Prävention wesentlich geringer als die Kosten für die Behandlung von HIV/Aids. Derselbe Diskurs findet sich auch in späteren Botschaften⁵⁸, in denen auf noch prägnantere Weise auf die Notwendigkeit der Fortführung der bisherigen Präventionsanstrengungen hingewiesen wird, insbesondere angesichts des seit Anfang 2001 festgestellten Wiederanstiegs der Infektionsraten. Die vorberatende parlamentarische Kommission stellt diese Analyse in der Regel nicht in Frage, wie der folgende Ausschnitt aus dem Kommissionsbericht von 2001 zeigt: „La situazione [epidemiologica] desta qualche preoccupazione, nella misura in cui sembra va scemando l’uso di misure preventive per la convinzione che l’epidemia sia ormai superata. Non si può certo parlare di superamento dell’epidemia, ma piuttosto dell’uscita dall’emergenza, dovuta in particolare all’applicazione delle terapie antiretrovirali che permettono di contrastare in modo efficace la progressione della malattia nelle persone infette. Questo professo non deve distogliere da un forte impegno nel campo della prevenzione.” (Rapporto della Commissione della gestione e delle finanze sul messaggio 5172 del 13.11.2001, S. 2).

Trotzdem ist nach Ansicht der zuständigen Beamten der Rechtfertigungsdruck für die kantonalen Ausgaben für die HIV/Aids-Prävention gestiegen. Für die Politikerinnen und Politiker werden die tiefen Infektionsraten als Zeichen dafür gewertet, dass das Problem HIV/Aids gelöst ist. Der Kantonsarzt meint zu diesem Thema: „Evidemment, le sida n’est plus perçu comme une urgence politique. Pour le discours politique, le sida est réglé, n’est plus un problème. On voit mal mettre de l’argent pour quelque chose qui est réglé. Ce que nous devons dire c’est que justement le problème est réglé parce que nous continuons à faire quelque chose. C’est toujours difficile... Il faut bien expliquer que si on arrêta de faire ce qu’on fait, il est fortement probable que dans quelques années il y aura une baisse d’attention et une augmentation des gens infectés, donc des risques etc. Mais pour l’instant, nous avons eu la chance, d’être soit très persuasif dans notre vocabulaire, soit très légitimé à le dire...“

Man ist auf Seiten der kantonalen Verwaltung der Meinung, dass eine Erhöhung des Sockelbetrags im Parlament nur schwierig durchzusetzen wäre. So hat die AAT schon im Jahre 2001 wegen aufgelaufener Kosten (Raummiete, Pensionskasse, etc.) eine Erhöhung des Betrags auf 280'000 Franken verlangt. Die zuständigen Stellen im Gesundheitsdepartement befürchteten jedoch, dass eine Erhöhung des Sockelbetrags im politischen Prozess nicht zu rechtfertigen sei. Schlimmer: Dieses Verlangen würde eine Grundsatzdiskussion vom Zaune reissen, die den Kredit als Ganzen gefährden könnte. Man beliess es also bei 250'000 Franken und erhöhte in der Folge projektbasierte Beiträge des Kantons, die nicht vom Parlament bewilligt werden mussten. Angesichts der akuten Finanzkrise des Kantons wird auch heute das politische Klima von den zuständigen Beamten als ungünstig eingeschätzt für eine substanzielle Erhöhung des Sockelbetrags.

⁵⁷ *Messaggio concernente l’assegnazione di un contributo ricorrente alla Sezione Ticino dell’Aiuto Aids Svizzero („Aiuto Aids Ticino“)*, No. 4709, 9.12.1997, S. 1.

⁵⁸ *Messaggio concernente l’assegnazione di un contributo ricorrente alla Sezione Ticino dell’Aiuto Aids Svizzero („Aiuto Aids Ticino“)*, No. 5056, 25.10.2000; *Messaggio concernente l’assegnazione di un contributo ricorrente alla Sezione Ticino dell’Aiuto Aids Svizzero („Aiuto Aids Ticino“)*, No. 5172, 13.11.2001.

Nichtsdestotrotz ist der Leiter der AAT der Ansicht, dass in naher Zukunft eine offene politische Diskussion geführt werden sollte über die Erhöhung des Sockelbetrags. Denn für die AAT bringe der grosse Anteil projektgebundener Beiträge auch das Problem mit sich, dass man dauernd neue Projekte erfinden müsse, um die laufenden Kosten zu decken: „Questo è un po' il circolo vizioso che, secondo me, va bene per un anno o due perché ti dà nuovi stimoli ecc. Ma poi ciò non è più possibile perché ogni anno devi finanziare nuovi progetti... devi inventare nuovi progetti. Questo andrebbe anche bene se non fosse poi che per attuare questi progetti alle volte hai bisogno delle risorse in più, anche lavorative. Attualmente inventiamo nuovi progetti ma sempre con le stesse persone. Quindi questo è l'imbuto in cui siamo caduti adesso.”

In der Vergangenheit spielten neben dem Kanton auch Bundesstellen eine wichtige Rolle bei der Finanzierung von HIV/Aids-bezogenen Angeboten im Tessin. Dies betraf nicht nur die lokale Umsetzung von nationalen Projekten (z.B. APiS, Don Juan), sondern auch Aktivitäten im Weiterbildungsbereich, wo das BAG im Rahmen einer Pilotphase die *Commissione di Formazione HIV/Aids della Svizzera Italiana* (CSFI) finanzierte. Die Finanzierung ‚von oben‘ ist mittlerweile deutlich zurückgegangen und wurde durch die Erhöhung der kantonalen Mittel nicht vollständig kompensiert. So fanden sich etwa für die CSFI nach dem Auslaufen der Unterstützung durch das BAG keine neuen Mittel und die Kommission hörte per 2001 auf zu existieren.

7.3.2.2 Auswirkungen auf das Präventionsnetzwerk und dessen Angebot

Die Ressourcenlage stellt sich zugegebenermassen nicht so perfekt dar, wie dies aus Sicht der AAT vielleicht gewünscht wird. Trotzdem ist festzuhalten, dass die Lage im Tessin doch ziemlich komfortabel ist – insbesondere wenn man sie mit gewissen anderen Kantonen vergleicht. Dementsprechend ist auch kein Beispiel eines Angebots bekannt, das aus finanziellen Gründen hätte gestrichen werden müssen.

Gleichermassen inexistent sind im Tessiner Präventionsnetzwerk Diskussionen darüber, ob und wie man allenfalls angesichts knapper werdender Finanzmittel Prioritäten setzen könnte. Man macht sich zwar Gedanken darüber, wie man neu übernommene Aufgaben möglichst kosteneffizient erledigen kann. (Zum Beispiel indem man betreffend Migration auf HIV/Aids-bezogene Aus- und Weiterbildung von anderen Fachleuten setzt, anstatt selbst ein konkretes Projekt mit MigrantInnen auf die Beine zu stellen.) Aber es gibt bis jetzt keine Anzeichen dafür, dass man sich aufgrund knapper Finanzen überlegen müsste, ob man allenfalls auf die Präventionsaktivitäten in einem Sektor, bzw. mit einer bestimmten Zielgruppe, verzichten müsste und welche dies allenfalls wäre.

In der Einschätzung der durch uns befragten Personen gibt es heute im Tessin auf der Seite des Angebots keine Lücken oder ungedeckten Bedürfnisse, die in irgendeiner Weise auf die Knappheit von finanziellen Ressourcen zurückzuführen wären. Was nicht heissen soll, dass es keine ungedeckten Bedürfnisse gibt. Beispielsweise gibt es keine Projekte, die sich spezifisch an Migrantinnen mit illegalem Aufenthaltsstatus richten, die im Sexbusiness tätig sind. Aber das liegt an der Schwierigkeit, solche Zielgruppen zu erreichen und nicht am Mangel finanzieller Ressourcen. Der Kantonsarzt führt dazu aus: „Le problème c'est qu'on n'atteint pas 95% du public cible par ce que c'est des illégaux. Au moment où on les atteint, on est obligé de les déclarer, donc ils sont refoulés. Si on me demandait aujourd'hui quel est le thème où je verrais une intervention nécessaire dans le canton au niveau du sida mais aussi au niveau des autres MST, je dirais voilà, c'est ça [les prostituées migrantes illégales]. Mais je

vois mal, à cause de la construction légale, comment y parvenir. Ce n'est pas vraiment un problème d'argent. C'est vraiment un problème politico-juridique, si on veut.“

7.3.3 Konflikte in der Aidsprävention

Im Unterschied zur Situation Ende der 80er Jahre gibt es heute keine nennenswerten Konflikte mehr zwischen den verschiedenen Akteuren des Tessiner Aidspräventions-Netzwerkes.

Wie der Kantonsarzt im Rückblick ausführt, waren die Kooperation zwischen der AAT und den kantonalen Behörden zu Anfang relativ angespannt. Diese Spannungen resultierten seiner Ansicht nach vor allem aus dem unterschiedlichen kulturellen Hintergrund der verschiedenen Akteure. Konkret biss sich der Sozialarbeits-Hintergrund der AAT mit der (schul)medizinisch geprägten Organisationskultur der staatlichen Gesundheitsdienste. Im Laufe der Jahre haben sich diese Spannungen aber gelegt, indem auf beiden Seiten – auch mit der Erneuerung der jeweiligen Mitarbeiterpools im Laufe der Zeit - eine Anpassung der Sichtweise stattgefunden hat.

Auch unter den im Tessin im HIV/Aids-Bereich tätigen NGOs gibt es heute offenbar keine nennenswerten Konflikte. Der Leiter der AAT möchte nicht von ‚Konflikten‘, sondern eher von ‚unterschiedlichen Ansichten‘ sprechen. Dies ist sicher nicht zuletzt auf die relativ komfortable finanzielle Situation in der Aidsprävention zurückzuführen. Denn bei diesen ‚unterschiedlichen Ansichten‘ geht es definitiv nicht um die Verteilung von pekuniären Mitteln. Sondern sie drehen sich eher um die gegenseitige Wahrnehmung und die verschiedenen Arbeitsansätze. So beklagt die AAT zum Beispiel eine gewisse Funkstille von Seiten der Schwulenorganisationen: „Divergenze di punti di vista qualche volta possono nascere. Per esempio nel campo omosessuale è chiaro che noi puntiamo di più su un riconoscimento. Forse non possiamo ancora parlare di un conflitto ma c'è un po' un silenzio da parte loro, un far finta di non troppo sapere, perché è vero che i nostri temi sono sempre un po' scottanti.“

7.3.4 Organisatorische und strukturelle Veränderungen innerhalb des Präventions-Netzwerkes

Der Kern des Tessiner Aidspräventions-Netzwerks – bestehend aus der AAT, dem *Ambulatorio* und den zuständigen Stellen im DSS – ist in den letzten Jahren zwar stabil geblieben. Trotzdem haben einige signifikante Änderungen stattgefunden. Die erste betrifft die Auflösung der CFSI im Jahre 2001. Bei der CFSI handelte es sich um eine im Jahre 1997 ins Leben gerufene Struktur, die Koordinations- und Weiterbildungsaktivitäten im Bereich HIV/Aids-Prävention für SozialarbeiterInnen und Fachpersonen aus Gesundheitsberufen organisierte. Weiter leistete sie gewisse finanzielle Beiträge an einzelne Projekte und unterstützte die Produktion von Informationsmaterial, insbesondere im Bereich der Prostitution. Darüber hinaus fungierte sie als wichtiges Gefäss für den Austausch der verschiedenen Akteure und Amtsstellen, die sich mit HIV/Aids befassen. Bis im Jahre 2000 wurde die CFSI vom BAG im Rahmen einer vierjährigen Pilotphase finanziert. Danach konnte die weitere Finanzierung nicht gesichert werden und es kam zur Auflösung der CFSI – was von allen Akteuren bedauert wird.

Die zweite bedeutende Änderung betrifft die Umstrukturierung innerhalb des Gesundheits- und Sozialdepartements, wo das Thema HIV/Aids, nach der Streichung der

Koordinatorinnenstelle, von der *Sezione Sanitaria* wieder zum Kantonsärztlichen Dienst wechselte.

Das Resultat dieser Umstrukturierungen ist nicht zuletzt eine Stärkung der AAT, die, relativ zu allen anderen Akteuren, deutlich an Gewicht gewonnen hat. Einerseits ist sie nach dem Wegfall der CFSI der einzige ausschliesslich auf HIV/Aids spezialisierte, verbliebene Ansprechpartner. Andererseits hat der Kanton seinen Steuerungsanspruch im Bereich HIV/Aids eine Stufe zurückgeschraubt. Die kantonale Verwaltung versteht ihre Aufgabe in erster Linie darin, die Finanzierung der AAT weiterhin auf einem Niveau zu halten, das dieser ein vernünftiges Arbeiten erlaubt.

Zusammenfassend kann man deshalb sagen, dass im Tessiner HIV/Aids-Präventionsnetzwerk ein Konzentrationsprozess stattgefunden hat. Weil das Resultat dieses Prozesses letztlich eine Stärkung der AAT war, kann dieser Prozess durchaus als *Konsolidierung* des HIV/Aids-Präventionsnetzwerkes gewertet werden. Es gibt allerdings auch eine Kehrseite dieser Medaille. Einerseits ist durch die Konzentration des Netzwerkes auf die vom Kanton finanzierte AAT die Abhängigkeit von der kantonalen Finanzierung grösser geworden. Eventuell ins Haus stehende Beitragskürzungen seitens des Kantons – die notabene zur Zeit allerdings noch nicht in Sicht sind – werden vermutlich viel direkter auf das Angebot durchschlagen. Andererseits ist die AAT beim Auftauchen von neuen Problemen oder Entwicklungen als einziger verbleibender Ansprechpartner auch viel stärker auf sich allein gestellt und kann weniger auf die Unterstützung von anderen Akteuren zählen: „In un certo senso la concentrazione esiste in un qualche modo. Siamo noi che cerchiamo magari di lavorare ancora molto sulla rete. Ma sentiamo che senz'altro c'è una delega su questo tema, proprio perché c'è forse meno attenzione, altri problemi. È un po' un atto di fiducia verso Aiuto Aids Ticino nel senso che è riconosciuta più professionale. Credo che l'abbia dimostrato e che una credibilità da questo punto di vista esiste. Ma possono nascere dei conflitti quando sorge un problema, essendoci anche meno solidarietà spontanea.”

Somit könnte sich das konsolidierte Netzwerk eventuell als unzureichend diversifiziert erweisen, um auf neue Entwicklungen und Probleme angemessen zu reagieren.

7.4 Das Ende des New Public Health-Ansatzes in der Aidspolitik?

7.4.1 Interessenkonflikt zwischen präventiver und klinischer Medizin?

7.4.1.1 Beziehungen zwischen dem präventiven und dem klinischen Bereich

Die Beziehungen zwischen den in der Prävention tätigen Akteuren einerseits und den klinisch tätigen Akteuren andererseits werden im Tessin als sehr gut bezeichnet. Im Interview auf dieses Thema angesprochen, führt der Kantonsarzt die gute Qualität dieser Beziehungen auf zwei Ursachen zurück. Einerseits hat im Laufe der 80er und 90er Jahre die intensive Auseinandersetzung mit öffentlicher Gesundheit – nicht zuletzt aufgrund des Themas HIV/Aids – zu einem gewissen Wandel der Ansichten in der Ärzteschaft geführt. Diese sei im Allgemeinen viel sensibler geworden gegenüber sozialen und psychologischen Aspekten einer Krankheit wie HIV/Aids. Aus diesem Grund stehe sie der Präventionsarbeit und ihren

Akteuren heute generell offener und verständnisvoller gegenüber als früher. Andererseits seien im Speziellen im Tessin die beiden Sektoren Prävention bzw. Klinik durch Persönlichkeiten repräsentiert, die gegenseitig keine Berührungspunkte haben und gut miteinander kommunizieren: „Il y a un centre sida cantonal clinique [...]. C'est le Dr. Bernasconi qui est le responsable de ce centre et qui est en même temps le président de la commission sida nationale. C'est à nouveau une personne qui est très ouverte aux colloques etc. et qui n'a jamais eu un problème conflictuel avec le monde social, avec le monde des éducateurs. Ma vision, c'est que grâce à des personnalités comme ça, on a pu éviter une barrière entre les deux mondes. De l'autre côté, Vittorio Degli Antoni [direttore dell' AAT] est aussi raisonnable et on peut très bien travailler avec. Et je crois que les deux se rencontrent assez régulièrement pour tout ce qui est la consultation VIH anonyme etc.“

7.4.1.2 Konfliktpotenzial: Gegenspieler oder komplementäre Partner?

Konflikte, die auf eine allfällige unterschiedliche Bedienung der jeweiligen finanziellen Interessen zurückgingen, sind keine festzustellen. Dies liegt natürlich auch daran, dass die Finanzierung der jeweiligen Aktivitäten aus vollkommen unterschiedlichen Quellen stammt. Die Aktivitäten im Bereich der Prävention werden in erster Linie vom Kanton und allenfalls noch vom Bund, bzw. bundesweit tätigen Organisationen (z.B. AHS, SAH, Caritas) finanziert. Die Tätigkeiten der klinischen Akteure hingegen werden als ambulante medizinische Leistungen von den Krankenkassen finanziert. (Mit dem neuen Tarmed-Tarif gilt das sogar für das Counselling im Rahmen des HIV-Tests, die man neu als Konsultation abrechnen kann.)

Dementsprechend verstehen sich die Akteure des präventiven und des klinischen Bereiches eher als komplementäre Partner denn als Gegenspieler. Dass Anstrengungen im Bereich der HIV/Aids-Prävention weiterhin nützlich sind, wird von den relevanten klinischen Akteuren in keiner Weise in Frage gestellt. Ebenso wird seitens der Präventionsakteure begrüsst, dass es neue wirkungsvolle Therapien gibt und dadurch die klinische Medizin wieder zu einem gewichtigen Akteur im Bereich HIV/Aids geworden ist: „Noi abbiamo comunque sempre ragionato in termini molto pragmatici. Noi siamo felicissimi che ci siano delle medicine, siamo ancora più felici se i medici sanno che pesci pigliare (perché sappiamo che anche loro hanno tantissime difficoltà). I sieropositivi sono contenti che ci sono delle medicine e siamo contenti anche noi. Magari non sono così contenti i volontari che accompagnavano alla morte. Infatti, noi ne abbiamo ora solo due mentre prima ne avevamo quindici. Però, chi se ne frega se i volontari o gli attivisti politici dell'Aids non sono felici! Per me quello è un po' uno sciacallaggio. Io sono contento che la medicina abbia ripreso il suo potere, magari abbiamo perso qualcosa per strada – di questo sono sicuro.“

Dass dadurch die Anerkennung der Prävention durch den klinischen Sektor gelitten habe oder leidet, glauben die Präventionsakteure nicht. Denn angesichts der Kosten der Behandlung von HIV/Aids ist es jedem klar, dass die Prävention immer noch viel kosteneffizienter ist. Darüberhinaus sei es, laut den Präventionsakteuren, auch völlig unlogisch, einen Gegensatz zwischen Prävention und Behandlung herstellen zu wollen. Nur Extremisten auf jeder Seite seien versucht, einen solchen Gegensatz zu konstruieren – und von solchen gäbe es im Tessin glücklicherweise keine.

7.4.2 Auswirkungen auf die Aidsprävention

Der Erfolg der klinischen Medizin bei der Behandlung von HIV/Aids hat somit keinen merklichen Einfluss gehabt auf die Beziehungen zwischen den verschiedenen Akteuren des Aids-Netzwerks im Tessin.

Es wird jedoch geltend gemacht, dass ausserhalb der auf HIV/Aids spezialisierten Kreise durchaus ein Wahrnehmungswandel stattgefunden hat. Zum Beispiel hat die Tessiner Ärztesgesellschaft mit dem Auftauchen von HAART ihre Aids-Kommission aufgelöst; eine Entscheidung, die laut Kantonsarzt eine Haltung widerspiegelt, das Aids-Problem sei nun gelöst. Nach Einschätzung des Kantonsarztes hat HAART die Wahrnehmung des Themas HIV/Aids in der Öffentlichkeit verändert: „C’est sûr que la trithérapie a changé la prévention. D’un côté par un contexte culturel qui a mythifié la trithérapie. Qui a cru et qui continue de croire que la trithérapie est la solution au sida. Je suis toujours surpris qu’il y a des personnes qui continuent de croire que on peut guérir du sida et qu’une fois qu’on est en trithérapie, on n’est plus infectieux. [...] J’ai un peu l’impression que la société a un peu délégué au monde médical la question du sida. Donc, oui, dans les écoles on fait ce qui est nécessaire, les adolescents sont informés, en famille on parle de ça... Mais c’est au niveau avant d’exprimer le mot VIH ou sida. Là il y a une médicalisation très forte. Mais je ne crois pas qu’il y ait eu une fracture entre le monde médical et social à cause de ça.“

Dementsprechend wenden die Fachleute des HIV/Aids-Bereichs viel Zeit und Energie für die Medienarbeit auf, um diese Wahrnehmung zu korrigieren.

7.5 Fazit: Die wichtigsten Entwicklungstendenzen in der Aidspolitik des Kantons Tessin

◆ *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 1993) 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).

◆ *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.

◆ *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.

◆ *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.

◆ *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 finanziellen 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 14: Entwicklungstendenzen in der Aidsprävention im 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. -APiS und Venere zu PRIMIS zusammengeführt. |

| | | | | |
|-----------------------------------|-------|-----------|-------|---|
| <i>Counselling</i> | keine | zunehmend | keine | keine |
| <i>bereichs- übergreifend</i> | | | | -Auflösung der CFSI -Zuständigkeit für Aidsdossier wechselt von der <i>Sezione sanitaria</i> zum Kantonsärztlichen Dienst; Koordinationsstelle wird gestrichen |

7.6 Verwendete Dokumente und Quellen

a) Dokumente

- Aiuto Aids Ticino, Jahresberichte 1990 – 2003.
- May Day, Jahresbericht 2003
- Consiglio di Stato, *Messaggio concernente l'assegnazione di un contributo ricorrente alla Sezione Ticino dell'Aiuto Aids Svizzero* („Aiuto Aids Ticino“), No. 4709, 9.12.1997, S. 1
- Consiglio di Stato, *Messaggio concernente l'assegnazione di un contributo ricorrente alla Sezione Ticino dell'Aiuto Aids Svizzero* („Aiuto Aids Ticino“), No. 5056, 25.10.2000;
- Consiglio di Stato, *Messaggio concernente l'assegnazione di un contributo ricorrente alla Sezione Ticino dell'Aiuto Aids Svizzero* („Aiuto Aids Ticino“), No. 5172, 13.11.2001.
- Consiglio di Stato, *Messaggio concernente la nuova Legge sull'esercizio della prostituzione e modifica della Legge sugli esercizi pubblici del 21 dicembre 1994*, No. 5044, 10.10.2000
- Fallstudie Tessin in Kübler et al. (2002: 103-113).

b) Internetquellen

- www.ti.ch/DSS

7.7 Liste der interviewten Personen

| interviewte Person(en) | Institution | Datum |
|------------------------|---------------------|-----------|
| Cassis, Ignazio | Kantonsarzt | 21.9.2004 |
| Degli Antoni, Vittorio | Geschäftsleiter AAT | 21.9.2004 |

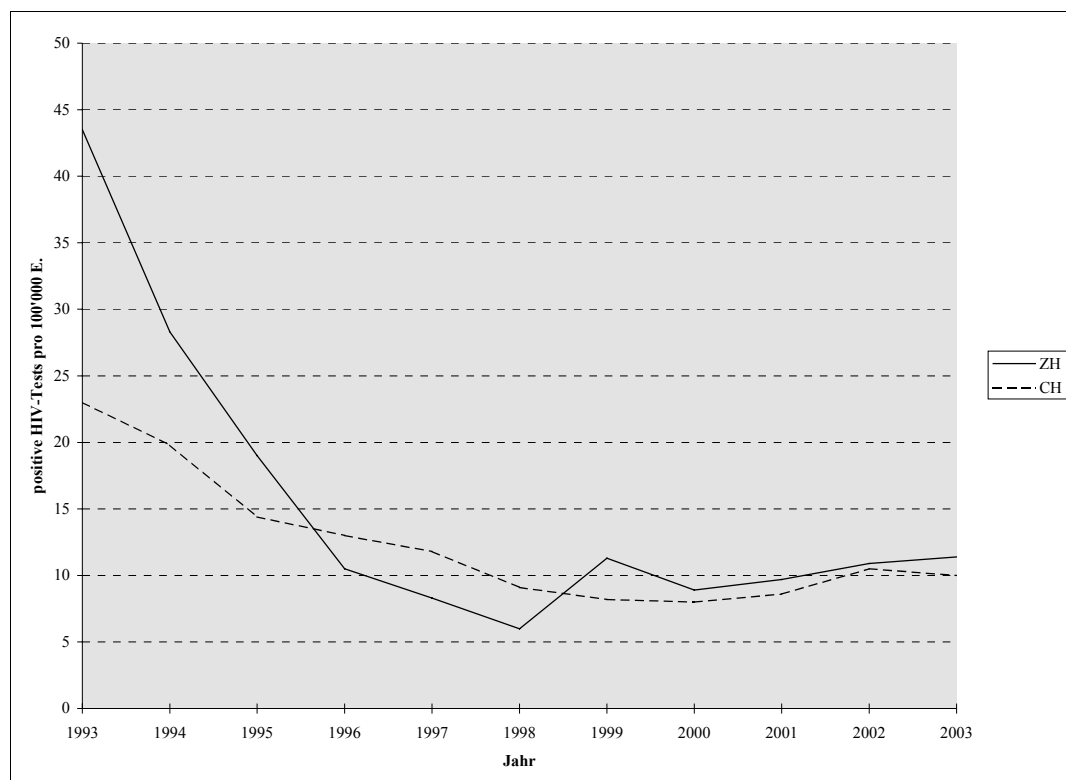
8 Fallstudie Kanton Zürich

Der mit rund 1.2 Mio. EinwohnerInnen bevölkerungsmässig grösste Schweizer Kanton wird von einem aus sieben Mitgliedern bestehenden *Regierungsrat* regiert. Die Kantonsregierung ist momentan (Amtsperiode 1999-2003) folgendermassen zusammengesetzt: SVP: 2, FDP: 2, CVP: 1, SP: 1, Grüne: 1. Als Legislative fungiert der aus 180 Mitgliedern bestehende *Kantonsrat*. Darin stellt die SVP mit 60 Mandaten momentan die grösste Partei dar, gefolgt von der SP mit 43 und der FDP mit 35 Mandaten. Mit mehr als zehn Sitzen vertreten sind nur noch die CVP (13) und die Grünen (11). Im Verlaufe der 90er Jahre fand im Kantonsrat ein veritabler Rechtsrutsch statt. Während die SVP ihre Sitzzahl von 1991 bis 1999 von 36 auf 60 erhöhen konnte, verlor die FDP in derselben Zeitspanne 15 von ihren anfänglich 50 Mandaten. Die SP hingegen konnte ihre 43 Sitze halten.⁵⁹

8.1 Einleitung: Eckdaten zur HIV/Aids-Epidemie im Kanton Zürich

Der Kanton Zürich wurde neben dem Kanton Genf von der HIV-Epidemie besonders stark betroffen. Zwischen 1985 bis 1999 hatte der Kanton pro 100'000 EinwohnerInnen insgesamt 628.5 positive Testresultate zu verbuchen. Damit belegt Zürich hinter Genf den unrühmlichen zweiten Platz. Berücksichtigt man nur die zwischen Mitte 2000 und Mitte 2001 gemeldeten positiven Testresultate, ist der Kanton Zürich mit 10.5 pro 100'000 EinwohnerInnen hinter Genf, Waadt und Basel-Stadt auf dem vierten Platz. Aidsfälle wurden in Zürich zwischen 1983 bis 1999 pro 100'000 EinwohnerInnen 170.6 gemeldet. Abbildung 24 veranschaulicht, dass die Anzahl positiver Testresultate seit 1999 wieder über dem schweizerischen Mittelwert liegt. Ab 2000 verläuft die Entwicklung im Kanton Zürich im Vergleich zur schweizerischen beinahe parallel.

⁵⁹ Quelle: Staatskalender des Kantons Zürich 2001/2002, S. 28

Abbildung 24: Positive HIV-Testresultate pro 100'000 EinwohnerInnen

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

8.2 Das aktuelle Angebot in den untersuchten Bereichen

Verglichen mit anderen Schweizer Kantonen ist die Anzahl Akteure, die sich mit Aidsprävention auseinandersetzen und entsprechende Angebote haben, im Kanton Zürich recht vielfältig. Innerhalb der Gesundheitsdirektion trägt die dem Kantonsärztlichen Dienst angegliederte Fachstelle für Aidsfragen die Hauptverantwortung für das Aidsdossier. Weitere wichtige staatliche Akteure sind das Universitätsspital Zürich sowie das Kantonsspital Winterthur. Im Schulbereich ist das der Bildungsdirektion angegliederte Volksschulamt für Aidsprävention zuständig. Zu den wichtigsten NGOs gehören die zwei offiziellen Partnerorganisationen der kant. Gesundheitsbehörde, die Zürcher Aids-Hilfe sowie die Aids-Infostelle Winterthur. Daneben gibt es in unserem Kontext zahlreiche weitere, kleinere Organisationen mit einem aidspräventiven Angebot. Dazu zählen etwa die Zürcher Stadtmission oder der Verein Zürcher Sozialprojekte.

Die Vielzahl der im Aidsbereich tätigen Organisationen geht auf historische Gründe zurück. „Was sicher im Kanton Zürich die Situation immer noch ist, und das ist halt historisch bedingt, dass es vergleichsweise viele Organisationen gibt, die in der Aidsarbeit tätig sind, mit Teilangeboten aus dem ganzen Spektrum, [die] andernorts von einer oder zwei Organisationen bewältigt werden“, erklärt eine Person aus dem Präventionsbereich.

8.2.1 Akteure und ihre Tätigkeiten in der Aidsprävention

In diesem Abschnitt werden die vier in der Aidsprävention tätigen NGOs – Zürcher Aids-Hilfe, Aids-Infostelle Winterthur, Verein Zürcher Sozialprojekte, Zürcher Stadtmission – sowie das HIV-Test-Beratungsangebot des Zürcher Universitätsspitals und des Winterthurer Kantonsspitals beschrieben.

8.2.1.1 Zürcher Aids-Hilfe⁶⁰

Die Zürcher Aids-Hilfe (ZAH) ist ein gemeinnütziger Verein, der am 5. November 1985 gegründet wurde. Er lebt vor allem von Subventionen der Stadt und des Kantons Zürich sowie von privaten und kirchlichen Spenden. Die ZAH beschäftigt acht Personen, die sich 640 Stellenprozent teilen und in den Bereichen Prävention für die Allgemeinbevölkerung und bestimmte Zielgruppen, der telefonischen und persönlichen Beratung sowie der psychosozialen Beratung und Betreuung tätig sind.

◆ Migration

HIV/Aids-Prävention im Migrationsbereich wird von der ZAH als ausgesprochener Entwicklungsbereich charakterisiert. Die ZAH sei bei dem vom Schweiz. Tropeninstitut und dem Schweiz. Roten Kreuz geführten Sub-Sahara-Projekt im Kanton Zürich deren Partnerorganisation. Die ZAH verstärke die Finanzierungsbasis des Projektes und fungiere als Projektbegleiter.⁶¹ Ansonsten versuche die ZAH seit einiger Zeit, die Zusammenarbeit mit den für den Betrieb von Durchgangszentren verantwortlichen Institutionen zu verbessern. Bei der einen handle es sich um die *Asylorganisation Zürich*, bei der anderen um die private *ORS Service AG*, die ebenfalls für die Unterbringung und Betreuung von Asylsuchenden zuständig sei, mit der sich aber die Zusammenarbeit schwieriger gestalte.⁶² Zusammen mit der *Asylorganisation Zürich* führte die ZAH im Jahre 2003 eine Gratiskondom-Aktion und eine ganztägige Weiterbildung für Mitarbeitende aus dem Asylbereich durch. Laut Jahresbericht 2003 plant die ZAH zudem die Lancierung eines Mediatorenprojektes, durch das MigrantInnen aus verschiedenen Kulturen erreicht werden sollen.

Die von der *Asylorganisation Zürich* angestellten Gesundheitsbeauftragten und –fachleute in den Durchgangszentren würden von der ZAH im Bereich der HIV/Aids-Prävention geschult, erklärt der Interviewte. In der Vergangenheit habe man auf Anfrage hin in den Durchgangszentren auch Informationsveranstaltungen zum Thema HIV und Aids angeboten. Dies könne jedoch aufgrund fehlender Ressourcen nicht länger aufrecht erhalten werden. Das Ziel der ZAH bestehe darin, „etwas ähnliches wie im Sub Sahara-Projekt aufzubauen, mit Mediatoren, dort Präventionsbotschaften zu lancieren“, erklärt ein ZAH-Vertreter. „Ganz allgemein ist unsere Zielrichtung, gerade im Asylbereich: weg vom punktuellen, zufälligen

⁶⁰ Quelle: www.zah.ch; ZAH-Jahresberichte 1998 bis 2003.

⁶¹ Gemeint ist das vom BAG finanzierte Projekt AFRIMEDIA, ein Projekt zur HIV/Aids-Prävention für MigrantInnen aus Ländern südlich der Sahara. Im Rahmen dieses Projektes arbeiten vier MediatorInnen im Grossraum Zürich.

⁶² Die *Asylorganisation Zürich* ist eine Dienststelle des Sozialdepartementes der Stadt Zürich. ‘ORS’ steht für Organisation für Regie- und Spezialaufträge. Seit 1992 leitet die *ORS Service AG* die vier Empfangsstellen des Bundes (Chiasso, Kreuzlingen, Basel, Vallorbe) sowie die beiden Transitzentren in Altstätten und am Flughafen Zürich. In den Kantonen Basel-Land, Bern und Zürich ist die Organisation seit 1993 für den Betrieb der kantonalen Durchgangszentren verantwortlich. Seit 1997 schliesslich ist die *ORS Service AG* in den Kantonen Basel-Land, Zürich und Solothurn auch auf Gemeindeebene tätig. (Quelle: www.ors.ch).

Präventionsangebot und –setting, hin zu etwas Strukturiertem, Nachhaltigem, das längerfristig trägt.“

◆ *Schule*

Fachstelle für Sexualpädagogik 'Lust und Frust': Die Fachstelle für Sexualpädagogik ist ein Gemeinschaftsprojekt der ZAH und des Schulärztlichen Dienstes der Stadt Zürich, das von der Bildungsdirektion des Kantons Zürich, dem Schulamt der Stadt Zürich und von privaten Sponsoren finanziert wird. Das Angebot beschränkt sich zur Zeit auf die Stadt Zürich und die beiden Pilotbezirke Dietikon und Meilen und umfasst:

- ein Beratungsangebot für Jugendliche von 10 bis 21 Jahren (inkl. Sexsprechstunde),
- Bildungsangebote für Schulklassen und Jugendgruppen (sexualpädagogische Einsätze),
- Fachberatung, Weiterbildungs- und Informationsangebote, Interventionen für Fachpersonen im Schul- und Jugendbereich.

Zum Projektangebot gehört ebenfalls eine eigene Website (www.lustundfrust.ch), die sich sowohl an Jugendliche wie auch an Fachpersonen richtet. Im „Jugendbereich“ finden sich neben anderen Themen (Sex von A bis Z, das erste Mal, schwul/lesbisch/bisexuell etc.) auch viele Informationen zu HIV/Aids und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten.

Laut Aussagen eines Vertreters der Bildungsdirektion ist die Finanzierung der Fachstelle seitens des Kantons erst bis Ende 2004 gewährleistet. „Wir sind im Moment unter einem relativ grossen Spardruck und wir müssen sorgfältig abklären und uns einen Weg überlegen, wie man die Fachstelle über die Runden bringt vom Kanton her.“ Offenbar besteht ein Problem darin, dass das Angebot von Lust und Frust sich bis anhin auf die Stadt Zürich und zwei Pilotbezirke beschränkte. Versuche, die Fachstelle auch in Winterthur zu etablieren seien aufgrund der Finanzknappheit von Winterthur gescheitert. „Wenn die Bildungsdirektion das Projekt unterstützen würde, müsste man den ganzen Kanton abdecken. Wir können als kantonale Institution nicht einfach zwei Bezirke von zwölf [unterstützen]. Ob und wie es bei einem Rückzug der Bildungsdirektion mit ‚Lust und Frust‘ weitergeht, war zum Zeitpunkt unserer Recherche noch unklar.“

◆ *Prostitution*

Don Juan: An insgesamt zwölf Abenden war die ZAH im Langstrassenmilieu und auf dem Drogenstrich am Sihlquai vor Ort und sprach Freier auf der Strasse oder im Auto auf HIV/Aids und andere sexuell übertragbare Infektionen an.

◆ *Counselling*

Die ZAH bietet drei Arten von Beratungen zu Fragen rund um HIV/Aids, Übertragungswege, Schutzmassnahmen etc. an: persönliche-, telefonische- sowie E-Mail-Beratungen. Im Jahre 2003 fanden 426 persönliche Beratungen statt. Die anonyme Telefonberatung wird von Montag bis Freitag von 14.00 bis 17.00 Uhr angeboten und wurde im Jahre 2003 von 824 Ratsuchenden benutzt. Immer mehr Menschen (2003: 126) machen zudem von der Möglichkeit Gebrauch, sich per E-Mail beraten zu lassen. Laut ZAH stehen bei den anonymen Telefonberatungen sowie bei E-Mail-Beratungen Fragen zu Übertragungswegen und Testmöglichkeiten im Vordergrund.

8.2.1.2 Aids-Infostelle Winterthur⁶³

Die seit 1992 existierende Aids-Infostelle Winterthur ist neben der ZAH die zweite offizielle Partnerorganisation des Kantons. Sie wird finanziert durch Mitgliederbeiträge und Spenden sowie durch Subventionen der Stadt Winterthur und des Kantons Zürich. Die Aids-Infostelle informiert zu allen Fragen rund um Sexualität, HIV und Aids. Dies geschieht mit persönlichen Beratungen, Vorträgen und Informationsveranstaltungen. Die Aids-Infostelle ist in verschiedenen der von uns untersuchten Bereichen tätig. Das entsprechende Angebot ist stark auf die Stadt Winterthur fokussiert. Laut eigenen Angaben verfügt die Aids-Infostelle bereits seit etlichen Jahren über 150 Stellenprozent, die sich drei Mitarbeitende teilen. Hinzu kommt eine Mediatorin, die zehn Stunden monatlich für das APiS-Projekt arbeitet. Die Aids-Infostelle verbuchte im Jahr 2002 einen Aufwand von rund 291'000 Franken und einen Ertrag von rund 274'000 Franken. Der Kanton Zürich und die Stadt Winterthur deckten mit je 80'000 Franken mehr als die Hälfte davon ab.

◆ *Schule*

liebeseXUNDSoweiter war ein Projekt der Aids-Infostelle und des Oberstufenschulhauses Rychenberg. Im Rahmen dieses Projektes setzten sich Ende 2002 180 SchülerInnen während zwei Tagen mit dem Thema Liebe, Beziehung, Sexualität und Aids auseinander. Als Produkt dieser Arbeit resultierte ein Heft im Stil eines selbstgemachten BRAVOs. Das 48-seitige Heft wurde in einer Auflage von 5'500 Exemplaren gedruckt und allen rund 2'800 OberstufenschülerInnen der Stadt Winterthur verteilt. Unterstützt wurde das Projekt u.a. von der Aids-Hilfe Schweiz, der Stiftung Aids und Kind, der Migros Ostschweiz sowie der Pro Juventute.

Peer-Education an Winterthurer Kantonsschulen: Im Rahmen dieses Projektes unterrichten Jugendliche Gleichaltrige über Liebe, Sexualität, Aids etc. Je eine Schülerin und ein Schüler einer Klasse des gleichen Jahrgangs werden in eine Projektwoche geschickt. Dabei erlangen sie die Kompetenz, im Anschluss an diese Woche während eines halben Tages in der eigenen Klasse einen Workshop zu diesem Themenkreis durchzuführen. Das Peer-Education-Projekt wurde erstmals im Schuljahr 1999/2000 an den drei Winterthurer Kantonsschulen durchgeführt.

◆ *Prostitution*

Die Aids-Infostelle beteiligt sich am nationalen Angebot APiS (Aidsprävention im Sexgewerbe). Im Rahmen von APiS informiert und berät eine Mediatorin ausländische Sexarbeiterinnen in Winterthur. Sie orientiert über Risikoverhalten bezüglich HIV/Aids, verteilt Broschüren, Präservative und Audiokassetten. Im Jahre 2000 fanden 122 Kontakte mit ausländischen Prostituierten statt.

◆ *Counselling*

Im Jahre 2002 wandten sich 482 Personen mit persönlichen oder fachlichen Fragen an die Aids-Infostelle Winterthur. In rund 300 Fällen liessen sich die Personen über Infektionswege und HIV-Testmöglichkeiten informieren

◆ *Plakatkampagne*

⁶³ Quelle: www.aidsinfo.ch

Mit der Botschaft *Seitensprung immer mit* wies die Aids-Infostelle im Jahre 2001 auf die gesundheitlichen Risiken bei ungeschützten Seitensprüngen hin. Die Präventionskampagne startete am 22. Mai mit einem Aushang in den Bussen der Winterthurer Verkehrsbetriebe und wurde am 28. Mai mit einer Plakatkampagne an Strassen und Kreuzungen fortgesetzt. Im Jahre 2002 führte die Infostelle eine Plakatkampagne mit dem Satz *ist frau sicher, dass mann sich schützt* durch. Die Plakate wurden vom 28. Oktober bis 11. November an allen Verkehrssicherheits-Plakatstellen der Stadt aufgehängt. Der Aushang erfolgte in Zusammenarbeit mit dem Departement Sicherheit und Umwelt und der Stadtpolizei Winterthur.

8.2.1.3 Verein Zürcher Sozialprojekte⁶⁴

Der Verein Zürcher Sozialprojekte (VZSP) ist Träger der Opferberatungsstelle für gewaltbetroffene Jungen und Männer sowie der Präventions-, Beratungs- und Informationsstelle für männliche Sexworker HERRMANN. Im Jahre 2002 verfügte HERRMANN über ein Jahresbudget von rund 220'000 Franken und über 180 Stellenprozent für drei MitarbeiterInnen (davon 10% für die Geschäftsleitung). Das immer wieder mit Geldsorgen kämpfende Projekt wird massgeblich von der Aids-Hilfe Schweiz, dem Sozialdepartement der Stadt Zürich und der kant. Gesundheitsdirektion finanziert.

HERRMANN ist ein Angebot für männliche Sexworker, das Gassenarbeit mit einer Informations- und Beratungsstelle mit Treffpunktcharakter verbindet. Im Rahmen der Gassenarbeit sind die HERRMANN-MitarbeiterInnen wöchentlich mind. 20 Stunden an den entsprechenden Szenetreffpunkten präsent. Der Auftrag besteht darin, männliche Sexarbeiter über die Ansteckungsrisiken und die Prävention von HIV/Aids und andere STIs zu informieren. Zudem werden Sexworker in gesundheitlichen, psychischen und rechtlichen Fragen beraten. Seit Oktober 2002 wird ein Mal monatlich eine Rechtsberatung angeboten. An diesem sog. Anwalts-Tag können sich die Stricher mit Informationen zu allen rechtlichen Fragen eindecken (z.B. Fragen zu Aufenthaltsstatus, Rekursmöglichkeiten etc.). Alle sechs Wochen wird ein Doktor-Tag durchgeführt. An diesem Tag ist der Vertrauensarzt anwesend und es besteht die Möglichkeit, kostenlos eine Hepatitis B-Impfung, den HIV-Test sowie weitere Untersuchungen vornehmen zu lassen. Im HERRMANN können zudem gratis Kondome und Gleitmittel bezogen werden und die Stricher haben die Gelegenheit, ihre Wäsche zu waschen und in einem Tumbler trocknen zu lassen. Die Beratungsstelle ist nachmittags von Dienstag bis Freitag geöffnet.

8.2.1.4 Zürcher Stadtmission⁶⁵

Die Zürcher Stadtmission gehört zur Stiftung der Evangelischen Gesellschaft und trägt die Verantwortung für drei Angebote in der Stadt Zürich: die Randständigen-Beiz Café Yucca im Niederdorf, die Fach- und Beratungsstelle Gastronomie und Hotellerie sowie die Anlauf- und Beratungsstelle Isla Victoria. *Isla Victoria* richtet sich an Frauen im Sexgewerbe und beinhaltet Gesundheits- und Sozialberatung inkl. HIV-Prävention. Das Angebot lief bis Mitte 2002 noch unter dem Namen APiS und wurde danach in Isla Victoria umbenannt. Das Hauptanliegen der Projektverantwortlichen besteht darin, den Prostituierten ein Beratungs- und Aufklärungsangebot zu bieten und ihnen mit Essens-, Spielzeug- und Kleiderabgabe

⁶⁴ Quelle: www.vzsp.org; www.malesexwork.ch; VZSP-Jahresberichte 1999 bis 2002.

⁶⁵ Quelle: Jahresberichte der Zürcher Stadtmission 2000-2003

unter die Arme zu greifen. Im Jahre 2003 verzeichneten die Isla Victoria-Verantwortlichen über 15'000 Erst- und Folgekontakte mit ihren Klientinnen.

Isla Victoria verursachte im Jahre 2003 Kosten in der Höhe von rund 332'000 Franken. Das Sozialdepartement der Stadt Zürich unterstützt das auf Prostituierte ausgerichtete Angebot mit 145'000 Franken, die kantonale Gesundheitsdirektion mit 30'000 Franken. Im Rahmen von Isla Victoria sind drei Mitarbeiterinnen tätig, die sich insgesamt 130 Stellenprozente teilen. Hinzu kommen sieben Mediatorinnen, die insgesamt 160 Stunden pro Monat arbeiten.

8.2.1.5 *Counselling am Universitätsspital Zürich und am Kantonsspital Winterthur*⁶⁶

Die Abteilung Infektionskrankheiten und Spitalhygiene des Universitätsspitals Zürich (USZ) betreibt nicht nur die grösste HIV-Sprechstunde (vgl. Kap. 2.2.1.), sondern seit 1985 auch die grösste anonyme Test- und Beratungsstelle der Schweiz. Jährlich werden zwischen 3'000 und 4'000 Tests und Beratungen durchgeführt. Der HIV-Test wird mit und ohne telefonische Voranmeldung durchgeführt. Er beinhaltet Beratung vor dem Test, Blutentnahme, HIV-Test, Mitteilung des Testresultats und Beratung nach dem Test und kostet 50 Franken. Auf Wunsch wird zusätzlich ein Schnelltest zur Suche nach HIV-Antikörpern angeboten. Die Testresultate werden wahlweise telefonisch oder persönlich mitgeteilt. Der anonyme Test nach telefonischer Voranmeldung und das damit verbundene Counselling wird von einem zu 80% angestellten Pfleger übernommen, dessen Stelle vom BAG mitfinanziert wird. Für den zwei Mal wöchentlich angebotenen HIV-Test ohne Voranmeldung werden hingegen laut USZ Ressourcen eingesetzt, die nicht speziell dafür alloziert sind. Diese Aufgabe werde von Assistenzärzten, Krankenschwestern oder Laborforschern übernommen, die einen Teil ihrer dafür eigentlich nicht vorgesehenen Arbeitszeit investieren müssten.

Eine weitere Behandlungsstelle für HIV-Infizierte besteht am Kantonsspital Winterthur. Die Medizinische Poliklinik bietet zudem die Durchführung eines anonymen HIV-Testes an. Testwillige können unangemeldet Montags bis Freitags durchgehend zwischen 8.00 und 17.00 Uhr die Poliklinik aufsuchen. Zwei Tage nach dem Test kann das Resultat persönlich eingeholt werden; telefonische Auskünfte über das Testresultat werden – im Gegensatz zum Universitätsspital Zürich – keine erteilt. Es ist anzunehmen, dass im Testverfahren auch eine Beratung vor – und nach dem Test enthalten ist.⁶⁷

8.2.2 Akteure bei HAART

Wie bereits erwähnt existieren im Kanton Zürich zwei wichtige Stellen für die Behandlung von HIV/Aids. Die eine befindet sich am Universitätsspital Zürich, die andere am Kantonsspital Winterthur. Im Folgenden werden die beiden HIV-Behandlungsstellen kurz vorgestellt.

8.2.2.1 *Abteilung Infektionskrankheiten und Spitalhygiene, Universitätsspital Zürich*⁶⁸

Die dem Departement für Innere Medizin angegliederte Abteilung Infektionskrankheiten und Spitalhygiene ist neben zahlreichen anderen Aufgaben für den Betrieb der HIV-Sprechstunde verantwortlich. Die Behandlung der HIV-Infektion und der damit verbundenen Erkrankungen

⁶⁶ Quelle: www.jahresbericht.unispital.ch; www.dim.unizh.ch

⁶⁷ Quelle: www.ksw.ch

⁶⁸ Quelle: www.jahresbericht.unispital.ch; www.dim.unizh.ch

bildet denn auch einen Schwerpunkt der Abteilung. Im Jahre 2002 wurden rund 1600 HIV-Infizierte betreut. Damit gehört die HIV-Sprechstunde des Zürcher Universitätsspitals zu den grössten HIV-Behandlungszentren Europas. Doch zu den Aufgaben der Abteilung gehört nicht nur die Behandlung von HIV/Aids, sondern auch die damit verbundene Forschung. Untersucht werden vor allem neue anti-HIV Substanzen sowie neue diagnostische und therapeutische Verfahren. Die HIV-Sprechstunde ist an nationalen und internationalen Forschungsprogrammen beteiligt. Damit soll gewährleistet werden, dass die von der HIV-Sprechstunde betreuten PatientInnen von den neuesten Erkenntnissen und Entwicklungen (bspw. neueste und vielversprechende Substanzen) profitieren können.

8.2.2.2 Medizinische Poliklinik, Kantonsspital Winterthur⁶⁹

Die Medizinische Poliklinik des Kantonsspitals Winterthur ist die zweite wichtige Stelle im Kanton Zürich, wo antiretrovirale Behandlungen stattfinden. Die Klinik bietet Beratung HIV-positiver PatientInnen und die Durchführung der antiretroviralen Therapien in Zusammenarbeit mit den zuweisenden ÄrztInnen an.

8.2.3 Die Rolle der öffentlichen Hand

In unserem Untersuchungszusammenhang sind – neben dem USZ und dem Kantonsspital Winterthur – zwei staatliche Akteure zu erwähnen, die in der Zürcher Aidsprävention von Bedeutung sind. Der eine ist die der Gesundheitsdirektion angegliederte Fachstelle für Aidsfragen, der andere die Abteilung Pädagogisches im Volksschulamt. Daneben soll in diesem Abschnitt zusätzlich die Rolle der kantonalen Aidskommission beleuchtet werden.

8.2.3.1 Fachstelle für Aidsfragen

Die mit dem Aidsdossier betraute Fachstelle für Aidsfragen ist dem Kantonsärztlichen Dienst angegliedert und ist mit 50 Stellenprozenten dotiert. Die Fachstelle stützt sich nach eigenen Angaben bei ihrer Arbeit sehr stark auf das Nationale HIV/Aids-Programm des Bundes ab. „Unser Ziel ist es, dass wir das Nationale Aidsprogramm auch umsetzen können im Kanton Zürich, und dass die Aidsorganisationen mitziehen. [...] Aus unserer Sicht macht es keinen Sinn, dass jeder Kanton für sich eine Strategie entwickelt“, erklärt die Fachstellenleiterin. Die wichtigsten Partnerorganisationen der kant. Gesundheitsbehörden sind die Zürcher Aids-Hilfe und die Aids-Infostelle Winterthur. Neben diesen zwei Organisationen unterstützt der Kanton jedoch weitere Angebotsträger im Bereich der Aidsprävention wie z.B. den VZSP, die Zürcher Stadtmission etc.

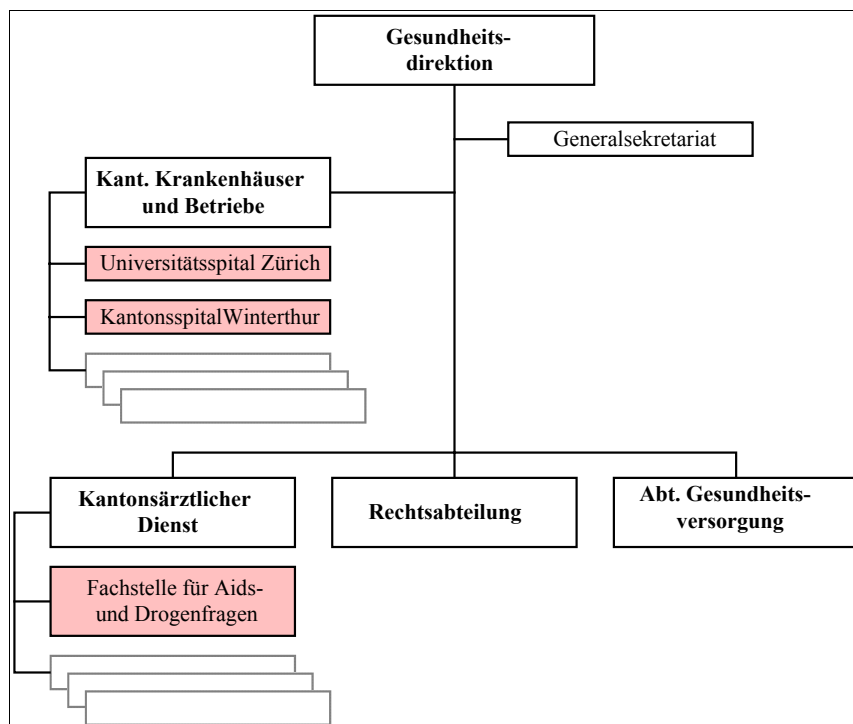
Die Subventionierung von in der Aidsprävention tätigen Organisationen durch die öffentliche Hand ist im Kanton Zürich insofern speziell, als dass namhafte Beiträge nicht nur vom Kanton, sondern auch von den Städten Zürich und Winterthur entrichtet werden. In einzelnen Fällen sind die städtischen Subventionen sogar um einiges höher als diejenigen des Kantons. So wird denn der Kanton zum Teil auch nicht als Partner wahrgenommen, sondern als „hintergründiger Mitfinanzierer.“ Im Falle der beiden offiziellen Partnerorganisationen des Kantons – Zürcher Aids-Hilfe sowie Aids-Infostelle Winterthur – referenziert der Kanton auf die Stadt, d.h. der Kanton zahlt nur so viel wie die jeweiligen Städte. Aus der Sicht der Präventionsorganisationen handelt es sich bei dieser Subventionspraxis um ein kompliziertes Arrangement, muss doch nicht nur mit einem, sondern mit zwei Partnern gleichzeitig

⁶⁹ Quelle: www.ksw.ch

verhandelt werden. Ein Interviewter aus dem Präventionsbereich bezeichnet diese Situation als Zürcher Komplott: „Man hat einen starken Partner, entweder die Stadt oder den Kanton, und der andere finanziert mit.“

Laut Geschäftsbericht der Gesundheitsdirektion soll das Thema Aids in den Gesamtkontext der sexuellen Gesundheit eingebettet werden. Die Behörden wollen der Verharmlosung von HIV und der Präventionsmüdigkeit entgegenzutreten. Im Jahre 2002 bildete deshalb der Bereich Jugend einen Schwerpunkt. So wurde an der Pädagogischen Hochschule Zürich ein Aus- und Weiterbildungsprogramm in Sexualpädagogik aufgebaut. Die ZAH schuf zusammen mit dem Schulärztlichen Dienst der Stadt Zürich eine Fachstelle für Sexualpädagogik.

Abbildung 25: Organisationsstruktur der Gesundheitsdirektion



Quelle: Staatskalender des Kantons Zürich 2002/2003: 185-219.

8.2.3.2 Volksschulamt, Abt. Pädagogisches

Das Thema HIV/Aids-Prävention an Zürcher Schulen hat eine lange Tradition. Am 9. August 1988 wurde vom Erziehungsrat ein Konzept der Aidsprävention beschlossen, das auch für Privatschulen Gültigkeit hatte. Die Teilnahme am Unterricht zu HIV und Aids wurde für obligatorisch erklärt. Im Gegensatz zum Sexualkundeunterricht wurde ein Dispensationsrecht ausgeschlossen. Daraufhin wurde die HIV/Aids-Prävention ab 1991 fester Bestandteil des neuen Lehrplanes. Eine im Frühjahr und Sommer 2001 durchgeführte Erhebung kam zum Schluss, dass mehr als 85% der befragten Lehrkräfte eine HIV/Aids-Intervention durchgeführt haben, meistens in der 8. und 9. Klasse. Die Zahl von 85% stimmt exakt mit der Zahl der befragten SchülerInnen überein, die angaben, im Verlauf der obligatorischen Schulzeit das Thema HIV/Aids-Prävention behandelt zu haben, die MittelschülerInnen

übrigens signifikant öfters und ausführlicher als die BerufsschülerInnen (vgl. Schlumpf et al. 2002).⁷⁰

Für die HIV/Aids-Prävention an den Zürcher Volksschulen ist die dem Volksschulamt angegliederte Abteilung Pädagogisches innerhalb der Bildungsdirektion verantwortlich. Der dafür zuständige Verwaltungsangestellte setzt nach eigenen Angaben rund 20% seiner Arbeitszeit für das Thema Sexualpädagogik und HIV/Aids ein und vertritt die Anliegen der Bildungsdirektion auch in der kantonalen Aidskommission. Zwar habe der Erziehungsrat 1988 beschlossen, an der Oberstufe der Volksschule eine obligatorische Aidsprävention einzuführen. Wie genau dieser Unterricht auszusehen habe, sei jedoch nie klar umschrieben worden. „Wer das genau macht ist nie festgelegt worden. Man hat einfach gesagt, der Oberstufenlehrer habe die Hauptverantwortung, dass eine Prävention durchgeführt werde“, meint der Vertreter der Bildungsdirektion. Diese offene Formulierung habe dazu geführt, dass es stark abhängig ist von den einzelnen Lehrpersonen, wie das Thema HIV und Aids im Unterricht abgehandelt werde, in welchem Zusammenhang und in welcher Qualität. Generell werde das Thema zu isoliert behandelt und zu wenig in einem grösseren, sexualpädagogischen Zusammenhang eingebettet.

Nach Ansicht einer anderen Person steckt das Thema Aidsprävention an Zürcher Schulen noch in den Kinderschuhen. Trotz den offensichtlichen Mängeln habe das in der Westschweiz angewendete ‘externe Modell’ im Kanton Zürich aber keine Chance. „Das wird im Kanton Zürich niemals durchkommen. Weil es ein Finanzierungsproblem ist.“

8.2.3.3 Kommission für Aidsfragen des Kantons Zürich

Die Zürcher Aidskommission besteht aus elf Mitgliedern und wird vom bekannten Sozial- und Präventivmediziner Felix Gutzwiller präsiert. In der Kommission sind u.a. vertreten der Zürcher Kantonsarzt, der Leiter der HIV-Sprechstunde sowie der Test- und Beratungsstelle am USZ, ein Vertreter der Bildungsdirektion sowie die grösste NGO in diesem Bereich, die Zürcher Aids-Hilfe. Die Rolle der kantonalen Aidskommission wird von den befragten Akteuren unterschiedlich eingeschätzt. So gab es eine Person, die insbesondere vom Kommissionspräsidenten ein grösseres Engagement einfordert. „Man merkt, dass Herr Gutzwiller in erster Linie Nationalrat ist und die Aidskommission nebenbei führt. Er engagiert sich zu wenig in dieser Aufgabe drin. Ich würde erwarten, dass jemand, der eine kantonale Kommission führt, sich entsprechend mehr engagieren würde.“ Auf der anderen Seite gibt es auch Stimmen, die die Rolle der Aidskommission eher als Diskussionsforum denn als Motor der Zürcher Aidspolitik verstehen. „Die Aidskommission ist ja nicht dafür da, dass sie neue Strategien entwickelt, sondern dass sie bestimmte Sachen diskutiert und quasi eine Marschrichtung vorgibt, wie wir uns das im Kanton Zürich vorstellen.“

⁷⁰ Die Ergebnisse basieren auf einer schriftlichen Befragung von 196 Lehrpersonen der Oberstufe sowie 494 Berufs- und MittelschülerInnen im Kanton Zürich.

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

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

8.3 Bestehende und künftige Herausforderungen der Aidsprävention

8.3.1 Adaption der Normalisierung

Die verschiedenen in der Aidsprävention tätigen Organisationen gehen mit der Normalisierung ganz unterschiedlich um. Während die einen nach wie vor fast ausschliesslich auf das Kerngeschäft HIV und Aids setzen, haben andere sich geöffnet gegenüber anderen STIs oder allgemein sexuelle Gesundheit.

Bei der grössten Aidsorganisation des Kantons, der Zürcher Aids-Hilfe, hat die Normalisierung im Aidsbereich nach eigenen Angaben bis jetzt zu keinen Strategieänderungen geführt. Dies hat auch mit den beschränkten finanziellen Mitteln zu tun, wurde uns gegenüber betont. „Wir sind immer noch eine Aids-Hilfe, die im Moment nur Geld – und das nicht in ausreichendem Ausmass – für HIV-Prävention kriegt. Gerade in der jetzigen Situation ist es extrem schwierig, irgendwelche Leistungsaufträge zu erweitern, sich finanziell besser zu alimentieren.“ Zudem wolle die ZAH durch Strategieänderungen nicht ihr bestehendes Angebot gefährden. „Wenn man alles neu diskutiert, kann das im Zweifelsfall auch heissen, dass man bisher Erreichtes gefährdet.“

Eine völlig andere Strategie wird offenbar von der Aids-Infostelle in Winterthur verfolgt. Von dieser Stelle werden laut Aussagen des Geschäftsleiters schon seit einigen Jahren Projekte in den Themenbereichen Hepatitis C, Sexualpädagogik oder Gesundheitsförderung angeboten. Die thematische Ausweitung der Aids-Infostelle wird zum einen fachlich, zum anderen aber auch ganz pragmatisch erklärt: „Ein Teil, rund um Sexualität, ist sukzessive dazugekommen,

und zwar aus der ganz einfachen Überlegung: man kann nicht über Aids sprechen, ohne über Sexualität zu sprechen. [...] Man kann nicht einfach Abläufe von Infektionen erklären, rein auf der Ablaufschiene, sondern es ist ja etwas dahinter.“ Die von der Aids-Infostelle angebotenen Projekte in anderen Themenbereichen werden aber auch ganz klar als Verdienstmöglichkeiten aufgefasst. „Die finanzielle Frage ist immer ein Teil. Wenn wir nichts verdienen würden, würden wir es nicht machen“, betont der Stellenleiter.

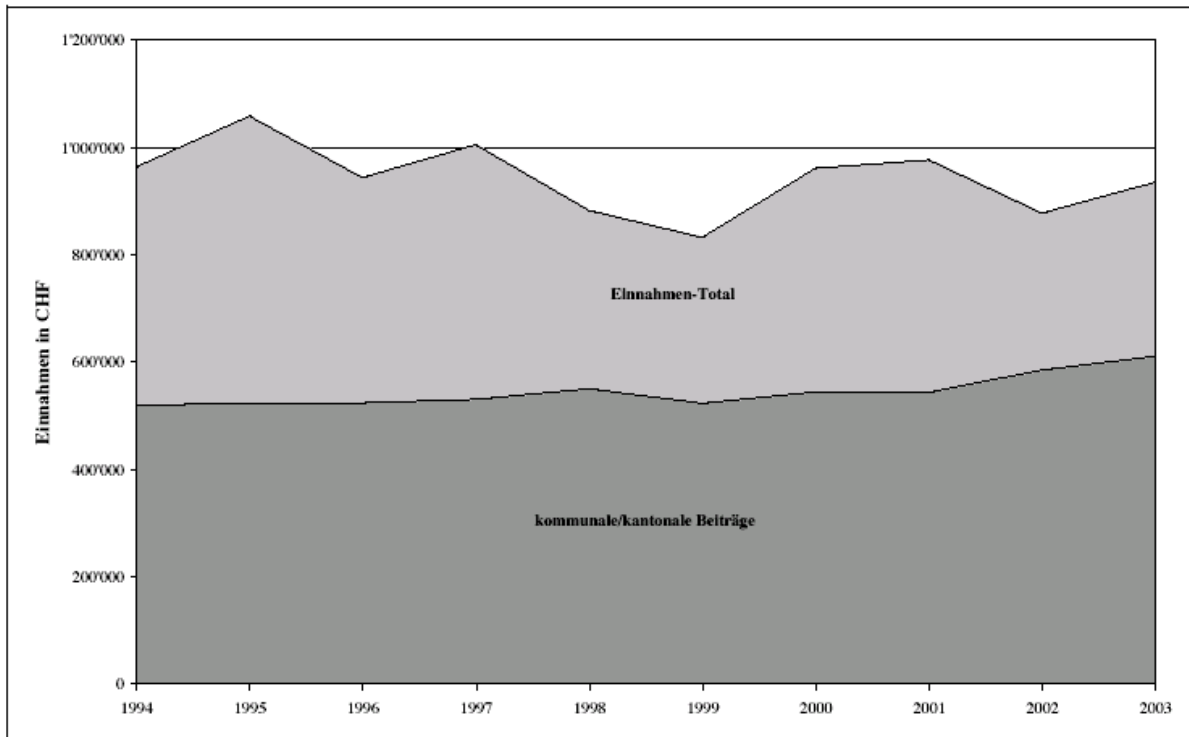
8.3.2 Die Entwicklung der Ressourcenlage in der Aidsprävention

Allgemein wird die Ressourcenlage in der Zürcher Aidsprävention als ziemlich angespannt beschrieben. Die einzelnen Akteure des Präventions-Netzwerkes sind davon jedoch in unterschiedlichem Ausmass betroffen. Während einige Organisationen ihre Einnahmensituation einigermaßen stabilisieren konnten, kämpfen andere ums Überleben. Diese Situation dürfte sich in den nächsten Jahren eher noch zuspitzen, meint eine Vertreterin des Kantons. „Ich kann mir vorstellen, dass bei gewissen Projekten Abstriche anstehen. Vielleicht nicht bei einem *Key Player* wie der Zürcher Aids-Hilfe. Aber es gibt natürlich andere, kleinere Projekte, die Geld bekommen, z.B. im Prostitutionsbereich oder so. Dort Gelder längerfristig zu halten... Ich könnte mir vorstellen, dass wir in den nächsten Jahren Schwierigkeiten haben werden“. Diese Schwierigkeiten werden in erster Linie mit der angespannten finanziellen Lage der öffentlichen Hand in Verbindung gebracht. „Wir sind im Kanton Zürich unter einem enormen Spardruck. Auch die ganzen Präventionsbudgets sind unter enormen Druck.“ Dennoch hat aber in den letzten Jahren die kantonale Gesundheitsdirektion nach eigenen Angaben noch keine Kürzungen ihres Präventionsbudgets hinnehmen müssen.

Generell verfolge man in Zürich – sowohl auf kantonaler wie auf städtischer Ebene – die Strategie, das bestehende Angebot möglichst zu bewahren und von Erweiterungen abzusehen, schätzt ein Gesprächspartner aus dem Präventionsbereich die momentane politische Grosswetterlage ein. „Im Moment ist die Einschätzung ein bisschen so, dass es zu gefährlich ist, über zusätzliche Beiträge zu sprechen, weil man dann das Bisherige gefährden könnte“, beschreibt ein Vertreter des Präventionsbereichs die aktuelle Situation. Die Defensivstrategie seitens der zuständigen politischen Behörden wird vor allem mit dem massiven Erstarken der SVP erklärt. „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.“

Die Zürcher Aids-Hilfe ist eine derjenigen Aidspräventionsorganisationen, die bis anhin von Subventionskürzungen der öffentlichen Hand verschont wurde. „Die Subventionen sind über die ganzen Jahre immer stabil geblieben. Sie sind auch nie gegen oben angepasst worden, es hat keine Teuerungsanpassungen oder so was gegeben“, erklären die ZAH-Vertreter. Hingegen habe es vor etwa fünf Jahren bei der ZAH einen Stellenabbau im Umfang von 80 bis 100% gegeben. Dies habe aber nichts mit einem allfälligen Rückgang der staatlichen Zuwendungen zu tun gehabt, sondern mit dem Einbruch der Spenden. „Die erste finanzielle Auswirkung, die die sog. Normalisierung gebracht hat, ist ein starker Spendenrückgang.“ Die Schwankungen bei den Gesamteinnahmen werden zum einen mit befristeten Projekten und zum anderen mit nicht kalkulierbaren, unregelmässig eintreffenden hohen Spenden erklärt.

Abbildung 26: Beiträge der öffentlichen Hand an die ZAH



Quelle: ZAH Jahresberichte 1997-2003

Im Gegensatz zur ZAH war die Zukunft der anderen offiziellen Partnerorganisation des Kantons, der Aids-Infostelle Winterthur, zum Zeitpunkt unserer Datenerhebung im Oktober 2003 noch ungewiss. Der Grund dafür sind die Sparbemühungen der Stadt Winterthur, von denen die Aids-Infostelle im Kern getroffen werden könnte, wie die folgenden Ausführungen des Stellenleiters veranschaulichen. „Die Sucht- und Aidsprävention sollen 100'000 Franken sparen pro Jahr. 2004 sind es 50'000, und danach sind es 100'000. Wir haben lange nicht gewusst, was das heisst. Wir haben mittlerweile, im Oktober, Klarheit bekommen. Das heisst: 2004 betrifft es uns mit einer Kürzung um 25%. Das heisst, statt 80'000, wie bis anhin, noch 60'000. Und 2005 statt 80'000 nur noch 40'000. Und das ist für uns eine Existenzfrage. Weil wir einen gewissen Sockel haben müssen, dass wir Projekte machen können, die wir verkaufen können. Wenn wir das nicht mehr haben, ist es existenziell.“ Unterdessen ist bekannt, wie die weitere Finanzierung der Aids-Infostelle aussehen wird. Gemäss Beschluss des Grossen Gemeinderates vom 23. Februar 2004 „wird für den Weiterbetrieb der Aids-Infostelle W'thur im Jahre 2004 zum letzten Mal ein Jahresbeitrag von Fr. 80'000 und in den Jahren 2005-2007 ein Betrag von jährlich Fr. 60'000 zu Lasten der laufenden Rechnung gewährt.“ Dieser Beschluss sei nur dank einem Antrag der EVP und nur sehr knapp – mit einem Stimmenverhältnis von 29:27 – zustande gekommen, betont der Leiter der Aids-Infostelle. Um auf diesen Entscheid hinzuwirken, habe man im Vorfeld der Parlamentsdebatte sehr viel Lobbyarbeit machen müssen, u.a. mit einem von 99 Personen unterzeichneten öffentlichen Aufruf an die Winterthurer ParlamentarierInnen. Da der Kanton von 2004 bis 2006 seine Beiträge auf 90'000 Franken jährlich aufgestockt habe, sei das Überleben der Stelle in den nächsten Jahren gewährleistet, führt der Stellenleiter weiter aus. Das Angebot

der Stelle werde durch die knappen Ressourcen nicht beeinträchtigt, jedoch habe es beim Sekretariat einen Abbau um 10 Stellenprozente gegeben.

Ein weiterer Akteur, der immer wieder mit Geldproblemen zu kämpfen hat, ist der für HERRMANN verantwortliche Verein Zürcher Sozialprojekte. Mit rund 90'000 Franken pro Jahr ist die Aids-Hilfe Schweiz mit Abstand die wichtigste Geldgeberin von HERRMANN, gefolgt von der kantonalen Gesundheitsdirektion und dem Stadtzürcher Sozialdepartement mit je 30'000 Franken pro Jahr. Obschon der städtische Betrag ab 2004 auf neu 50'000 Franken pro Jahr erhöht werden konnte, konnte der unter einer notorischen Geldknappheit leidende Verein ab 2004 nur noch ein Basisangebot garantieren, bestehend aus den unveränderten Öffnungszeiten der Anlaufstelle und der Gassenarbeit. „Alles andere bieten wir modulartig an, sobald wir die Finanzierung haben. Wir haben uns zähneknirschend damit abgefunden, dass die Mittel wahrscheinlich zukünftig nicht grösser werden, und deshalb von der öffentlichen Hand nur das Basic-Angebot abdecken“, führt der Leiter des Vereins aus.

Ein völlig anderes Bild präsentiert sich bei der Anlauf- und Beratungsstelle für Frauen im Sexgewerbe, Isla Victoria. Seit 1999 wurde der Aufwand für das von der Zürcher Stadtmission betriebene Angebot mehr als verdoppelt. Während die kantonalen Subventionen zwischen 1999 und 2003 konstant bei 30'000 Franken verharrten, stiegen die Subventionen des stadtzürcherischen Sozialdepartementes in derselben Zeitspanne von anfänglich 30'000 Franken auf rund 150'000 Franken. Zudem befindet sich die Zürcher Stadtmission in der glücklichen Lage, dass alle anfallenden Kosten, die nicht durch Dritte abgedeckt werden, von der Stiftung der Evangelischen Gesellschaft übernommen werden. Laut Aussagen der Stadtmission erwirtschaftet die Evangelische Gesellschaft ihr Geld vor allem durch elf Liegenschaften, die nach marktwirtschaftlichen Kriterien bewirtschaftet werden sowie durch Mittel, die angelegt sind. Insofern befinde sich die Stadtmission in einer vergleichsweise komfortablen Situation, betont der Leiter der Zürcher Stadtmission. „Grundsätzlich denke ich, stehen wir auf einem guten Fundament, was nicht heisst, dass wir klotzen können. Aber wir können planen, wir können gewisse Sachen ins Auge fassen. Es ist nicht so, dass wir permanent ein Damoklesschwert über uns haben.“

Von den knappen Finanzmitteln sind nicht nur NGOs betroffen, sondern auch staatliche Akteure, wie das Beispiel der HIV- Test- und Beratungsstelle am USZ verdeutlicht. Offenbar sind die für die Teststelle und das damit verbundene Counselling zur Verfügung stehenden Mittel sehr knapp bemessen. „Wir können es machen, weil wir es wollen, und weil wir relativ viele Leute [haben], die kompetent sind, um ein Counselling machen zu können [...]. Aber eigentlich habe ich kein Geld dafür. Ich müsste mindestens 200'000 Franken mehr haben“, erklärt der Leiter der HIV-Sprechstunde. An dieser prekären Situation dürfte sich gemäss Auskunftsperson auch in absehbarer Zukunft nichts ändern. „Das USZ hat ein Globalbudget. Ich kann noch so sagen, wie wichtig ein Job ist, im Moment gibt es gar nichts, nicht nur für uns, sondern für niemanden.“

8.3.3 Konflikte in der Aidsprävention

Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Präventionsakteuren wird von allen Befragten als sehr gut und weitgehend frei von Konflikten bezeichnet. Laut Aussagen unserer Interviewpartner treffen sich die LeiterInnen der Zürcher Aidsorganisationen zusammen mit der Leiterin der kantonalen Fachstelle für Aidsfragen zwei Mal pro Jahr. Ein weiteres koordinierendes Gremium ist die kantonale Aidskommission, die sich mehrmals jährlich trifft.

Spannungen gibt es offenbar zwischen einzelnen Präventionsorganisationen und dem Zürcher Lighthouse, das für die Betreuung von aidskranken, sterbenden Menschen zuständig ist. In diesem Zusammenhang wird sogar von einem seit zehn Jahren bestehenden „Lighthouse-Trauma“ gesprochen. Die Spannungen stünden im Zusammenhang mit dem Fundraising, meint ein Interviewpartner. „Dort sind wir Konkurrenten in gewissen Bereichen. Gerade die grösseren, sprich die ZAH und das Lighthouse zum Beispiel, dort gibt es immer wieder ein bisschen Friktionen, weil der Spendenmarkt lokal begrenzt ist, weil man im selben Thema versucht, an potenzielle Spender zu gelangen.“ Eine Organisation, die quasi den Todkranken auf den Spendenmarkt schleppen könne, habe es einfacher, Spendengelder zu generieren als eine Organisation, die im Prinzip ein theoretisches Konzept – Prävention – verkaufe, wurde uns gegenüber betont. „Das lässt sich einfach weniger gut emotionalisieren und entsprechend ist es ein schwächeres Angebot auf dem Spendenmarkt. Das führt zu latentem Frust bei uns und manchmal auch zu Friktionen, wo wir das Gefühl haben, jetzt beginnen sie Sachen, wo wir drin sind, auszuhebeln.“ Ansonsten gebe es aber keine Verteilungskonflikte zwischen den in der Prävention tätigen Akteuren, meint eine Person aus dem Präventionsbereich. „Wir haben alle zu wenig, deshalb gibt es wenig Grund, aufeinander neidisch zu sein.“

Auch die Zusammenarbeit mit den städtischen Behörden wird als unproblematisch geschildert. „Wir haben sehr kurze Wege und eigentlich gute Kontakte“, gab ein Präventionsverantwortlicher zu Protokoll.

8.3.4 Organisatorische und strukturelle Veränderungen innerhalb des Präventions-Netzwerkes

Das in Kapitel 8.2.1 beschriebene Zürcher Aidspräventions-Netzwerk hat sich in der Untersuchungsperiode strukturell nicht verändert. Zwar ist es im Schulbereich mit der seit dem Jahr 2000 existierenden Fachstelle für Sexualpädagogik ‚Lust und Frust‘ zu einer Angebotserweiterung gekommen. Da die Fachstelle aber von zwei etablierten Akteuren – der ZAH und dem Schulärztlichen Dienst – getragen wird, kann nicht eigentlich von einem neuen Akteur im Zürcher Aidspräventions-Netzwerk gesprochen werden.

Gemäss Aussagen unserer GesprächspartnerInnen hat es einige private und nicht dem Netzwerk angehörige Gruppierungen gegeben, die ihre Aktivitäten unterdessen haben einstellen müssen. Gemeint sind die HIV- und Aidsberatungsstelle Zürcher Oberland (HABZO) sowie der in Winterthur beheimatete Verein Prima Donna. Die HABZO habe einen Treff und ein Beratungstelefon betrieben, ihre Dienstleistungen aber per Ende 2002 wegen fehlender Ressourcen einstellen müssen. Aus verschiedenen Gründen habe die kantonale Gesundheitsdirektion Zuschüsse abgelehnt, „und dann ist das ein über drei Jahre gestaffelter Sterbeprozess gewesen.“ Ebenfalls aufgelöst wurde per Ende 2003 der Verein Prima Donna, der eine Sozialarbeiterin beschäftigte, die sich um Frauen im Sexgewerbe kümmerte. Laut Aussagen eines Präventionsvertreters seien bei dieser Arbeit aber Beratungen zu HIV- und Aidsprävention nicht im Vordergrund gewesen. Bei den Beratungsgesprächen seien vielmehr persönliche- und Rechtsberatungen im Zentrum gestanden. Der Verein Prima Donna existierte von 1999 bis 2003

Auf der Stadtzürcher Ebene hat es offenbar Überlegungen gegeben, bei den verschiedenen, niederschweligen Organisationen einen Konzentrationsprozess einzuleiten. Diese Bestrebungen seitens der Stadt Zürich hätten „allen ein bisschen Angst gemacht und man hat auch ganz leise sondiert und es dann wieder aufgegeben“, meint ein Präventionsvertreter. Dort hat die Stadt eine Chance verpasst. Es sind wieder 19 Läden, wieder 37 Träger, es ist das

gleiche Puff wie immer. Es gibt Doppelspurigkeiten, die ich nach wie vor nicht für nötig halte“, betont ein Präventionsfachmann. Als Fernziel schwebt dem Gesprächspartner für den Grossraum Zürich eine Fachstelle Prostitution vor. „Das dürfte keine Verwaltungseinheit sein, das würde gar nicht gehen, sondern ein interdisziplinäres Zentrum.“

Ein Konzentrationsprozess ist auch beim Kanton ein durchaus ernst zu nehmendes Szenario, „dass es im Endeffekt wahrscheinlich eine grosse Organisation geben wird, die zuständig ist zentral für Aidsprävention, also *die* grosse kantonale NGO, vergleichbar mit der Lungenliga, das ist durchaus ein realistisches Szenario“, meint die Vertreterin der Gesundheitsdirektion. Wenn, dann dürfte aber ein solches Szenario frühestens in fünf bis sechs Jahren umgesetzt werden.

Die nicht stattfindende Stukturbereinigung in der Aidsprävention wird zum einen mit den Eigeninteressen der beteiligten Akteure erklärt. „Jede Organisation ist selbständig, mit einer privaten Trägerschaft, die eigene Interessen hat mit eigenen Klientelen, eigenen Empfindlichkeiten, die historisch gewachsen sind, wo bei den meisten Organisationen auch viel ehrenamtliche Arbeit damit verbunden ist und Identifikationen. Das macht eine Bereinigung oder einen Strukturprozess einfach schwierig.“ Andererseits wird auch der fehlende politische Wille als Erklärungsgrund angegeben. Der Kanton sei nicht Träger des Ganzen, er verlege überall Teilaufträge, zum Teil klarer ausformuliert, zum Teil im Sinne einer pauschalen, wiederkehrenden Abgeltung. „Der Kanton hat dadurch keinen wesentlichen Einfluss auf die Struktur dieser Organisationen. [...] Er hat zu wenig Einfluss, um einen Prozess in Gang zu bringen, der die ganze Landschaft ein bisschen neu strukturieren würde.“ Ob die Struktur des Aidspräventions-Netzwerkes jedoch immer so veränderungsresistent bleiben wird, bleibt abzuwarten. „Je nachdem, wie sich die Situation verändert, finanziell und auch politisch, könnte es durchaus mal sein, dass ein Wind einfährt, der das in Gang bringt.“

Während strukturelle Veränderungen fehlen, hat es durchaus einige organisatorische Änderungen gegeben, die an dieser Stelle erwähnt werden sollen. So ist zum Beispiel die Winterthurer Aids-Infostelle einer neuen Verwaltungsstelle zugeteilt worden, nachdem sie zuvor zehn Jahre lang dem Gesundheitsamt im Departement Sicherheit und Umwelt zugeteilt war. Neu wurde die Stelle administrativ dem Departement Soziales und Sicherheit unterstellt. Durch diesen Wandel wurde es den städtischen Behörden einfacher gemacht, bei der Sucht- und Aidsprävention Kürzungen zu beschliessen. „Dass es einfach heisst, in einem Aufwisch Sucht- und Aidsprävention, das wäre vorher gar kein Thema gewesen. Jetzt steht das einfach in einem Ziel, auf einer Linie“, beschreibt der Stellenleiter seine missliche Lage. Auch die Kommunikation sei vorher mit dem Gesundheitsamt einfacher gewesen, betont er: „Wenn wir dort zum Beispiel gesagt haben, dass wir Projekte verkaufen, [hiess es] super, das ist ein Geschäft. Und beim Departement Soziales sind Fragen gekommen, es sei ja gar nicht für Winterthur, das dürften wir gar nicht machen. Es habe ja nicht direkt mit Aids zu tun, Hepatitis. [...] Es ist die Optik, die jetzt vielleicht ein bisschen enger ist.“

Weitere Änderungen haben sich in Bezug auf die zunehmende Professionalisierung bei den diversen Angebotsträgern ergeben. NGOs, die längerfristig überleben wollen, kommen nach Einschätzung einer Fachperson nicht darum herum, sich zu professionalisieren. „Man hat jetzt gelernt, dass im Bereich NGO nur die längerfristig überleben können, die sehr professionell sind. Die Hobbygrüppchen wie zum Beispiel HABZO, Aidsaufklärung Zürcher Oberland: die mussten letztes Jahr schliessen“, betont die Vertreterin der Fachstelle für Aidsfragen. Nicht zuletzt aus dieser Überlebensstrategie beginnt offenbar Herrmann immer mehr, NPM-mässig zu funktionieren, meint ein Präventionsvertreter. „Das heisst, wir schauen sehr genau, was

macht Sinn und was macht keinen Sinn?“ Konkret hätten diese Überlegungen ergeben, dass man bei Herrmann mit elektronischer Gassenarbeit einsteigen wolle, da der direkte Face-to-Face Markt immer mehr abnehme. Einige Akteure des Aidspräventions-Netzwerkes waren im Untersuchungszeitraum zudem von der Einführung von Leistungsaufträgen betroffen. Dieses Instrument wird zwar grundsätzlich als nützlich eingeschätzt, kritisiert wird aber der unverhältnismässig hohe Zeitaufwand, der oft damit verbunden ist. „Es gibt extrem viel an irgendwelchen Statistiken oder Fragen auszufüllen, das ist ein verhältnisblöder Zeitaufwand für unsere Stellenprozent. [...]. Mit allem positivem Denken gegenüber dem neuen Management-Denken im Sozialwesen, ist es ein wahnsinniger Papierkrieg und ich frage mich manchmal, wer all die Papiere danach liest und was daraus gemacht wird“, zeigt sich eine Person aus dem Präventionsbereich kritisch.

Der Trend, dass die öffentliche Hand mit seinen Subventionsempfängern Leistungsaufträge abschliesst, ist aber trotz den negativen Aspekten nicht mehr rückgängig zu machen. „Bis jetzt ist es so gewesen, dass nur ein Teil einen Leistungsauftrag gehabt hat vom Kanton. Es geht aber ganz klar in die Richtung, dass man bei allen Leistungsaufträge machen möchte. Und dass man bei denen, die Subventionen beziehen, auch ein Qualitätsmanagement verlangen möchte“, betont eine Kantonsvertreterin. Leistungsaufträge haben offenbar für die in der Aidsprävention engagierten NGOs sowohl Vor- wie Nachteile. „Der Vorteil ist sicher, dass wir kein Korsett haben [...]. Wir sind in der Umsetzung hochgradig autonom und eigentlich auch nicht wirklich kontrolliert. Der Nachteil ist aber auch, man kann auch nicht sagen, dass man die und die Aufgabe auch machen sollte. Das Erweitern ist genauso schwierig.“

8.4 Das Ende des New Public Health-Ansatzes in der Aidspolitik?

Ein Ende des New Public Health-Ansatzes aufgrund der seit Mitte der 90er Jahre existierenden Möglichkeit der medikamentösen Therapie wird von den meisten der befragten Zürcher Aidsfachleute nicht befürchtet. Ein Votum diesbezüglich lautete etwa: „Nein, ich glaube nicht, dass es einen Rückschlag geben wird. Weil, im Endeffekt haben wir ja noch kein Heilmittel.“ Es gibt jedoch auch kritische Stimmen, die eine Erosion des vormals dominanten New Public Health-Ansatzes glauben wahrnehmen zu können. „Man kann es nicht verleugnen, die Medizin hat wieder mehr zu sagen, als beispielsweise 1994 oder 1995“, betont ein Präventionsexperte.

8.4.1 Interessenkonflikt zwischen präventiver und klinischer Medizin?

8.4.1.1 Beziehungen zwischen dem präventiven und klinischen Bereich

Die Beziehungen zwischen den in der Prävention tätigen Akteuren und dem klinischen Bereich variieren von Organisation zu Organisation. So gibt es Akteure, die angeben, mit dem klinischen Bereich praktisch keinen direkten Austausch zu haben. „Wenn medizinische Fragen auftauchen, haben wir Ärzte, von denen wir wissen, dass sie HIV-positive Patienten behandeln. Aber dass wir dort direkt dran sind, eigentlich nicht.“ Bei anderen Akteuren wiederum scheint eine viel intensivere Zusammenarbeit mit dem klinischen Bereich stattzufinden. Dieser Austausch ist aber offenbar stark personenabhängig und scheint sich nur wenig in institutionalisierten Bahnen abzuspielen. „Es ist für mich immer wieder erstaunlich gewesen, wie stark die Zusammenarbeit mit dem USZ davon abhängig ist, wer dort gerade an

Personal ist“, beschreibt ein Präventionsspezialist die Zusammenarbeit mit dem klinischen Bereich.

Den direktesten Draht zum klinischen Bereich hat allem Anschein nach die Fachstelle für Aidsfragen. Die Zusammenarbeit mit dem USZ wird als sehr nah und unkompliziert geschildert. „Wir haben einen sehr direkten Draht zum USZ. Unser Partner dort ist die Infektiologie mit ihrer HIV-Sprechstunde. [...] Wir ziehen sie in vielen Fragen als Experten bei, bevor eine Entscheidung getroffen wird.“ Die Zusammenarbeit zwischen den beiden kantonalen Stellen findet laut Fachstelle nicht nur im Rahmen der kantonalen Aidskommission, sondern auch über viele informelle Kontakte statt.

8.4.1.2 Konfliktpotenzial: Gegenspieler oder komplementäre Partner?

Die Beziehungen zwischen den Präventionsakteuren und dem klinischen Bereich sind gemäss den von uns befragten Personen nicht immer frei von Spannungen. Jedoch könne dieses Spannungsverhältnis nicht als Konflikt bezeichnet werden. Vor allem in der Anfangsphase von HAART Mitte der 90er Jahre seien die Meinungen zwischen der Präventionsseite und der klinischen Medizin auseinander gegangen. Wir „haben am Anfang sicher nicht einfach tel quel die Empfehlung herausgegeben, die Medikamente seien gut, nimm sie. Und diesbezüglich hat es sicher graduelle Unterschiede gegeben im Vergleich zum USZ.“ Die grössten Differenzen zwischen der Präventionsseite und dem klinischen Bereich bestünden jedoch in Bezug auf alternativmedizinische Behandlungsmöglichkeiten, meint ein Präventionsakteur. „Wenn man mit der Schulmedizin diskutiert, scheiden sich natürlich die Geister, wenn es um alternative Behandlungsmöglichkeiten geht.“

Auch Verteilungskonflikte zwischen präventivem und klinischem Bereich sind laut den von uns befragten Fachleuten keine vorhanden, da die beiden Bereiche völlig unterschiedlich finanziert würden. „Das sind ja ganz andere Finanzierungsaspekte und –kanäle. Der arivierte medizinische Bereich, gerade der klinische Bereich usw., die Spitalfinanzierung usw., das ist eine ganz andere Diskussion“, meint ein Präventionsvertreter. Auch organisatorisch sind die beiden Bereiche innerhalb der kantonalen Gesundheitsdirektion klar voneinander getrennt. „Für den therapeutischen Teil – Spitäler, Heime usw. – ist die Gesundheitsversorgung zuständig. Prävention ist beim Kantonsärztlichen Dienst aufgehängt. Innerhalb der Gesundheitsdirektion sind es zwei Töpfe“, erklärt die Vertreterin der Fachstelle für Aidsfragen. Auch Umverteilungen zulasten des präventiven Bereichs hält sie für ausgeschlossen. „Viel wahrscheinlicher ist, dass man dann zum Beispiel den Präventionsteil streichen würde. Das wäre viel wahrscheinlicher, als dass man es umverteilen würde.“

Wo hingegen Verschiebungen vom einen in den anderen Bereich befürchtet werden, ist der Forschungsbereich. „Das ist schon etwas, das man von der Präventionsseite mit Argwohn beobachtet, was dort passiert. Auch mit den neuen Entscheidungsstrukturen im Nationalfonds, die sich herausbilden, dass es neue Abteilungen gibt, wo der HIV-Bereich verschwindet und nicht mehr genannt wird. Dort sind schon Befürchtungen.“

8.5 Fazit: Die wichtigsten Entwicklungstendenzen in der Aidsprävention des Kantons Zürich

In diesem Abschnitt werden die in den zwei vorangegangenen Kapiteln gemachten Ausführungen zusammengefasst.

◆ *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.

◆ *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.

◆ *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.

◆ *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.

◆ *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

Zusammenarbeit 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 16: 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 | | |

8.6 Verwendete Dokumente und Quellen

a) Dokumente

- KUTTER, Beatrice, FABIAN, Carlo und Rainer HORNING (2002): *Evaluation der Fachstelle für Sexualpädagogik ‚Lust und Frust‘. Kurzfassung des Schlussberichts*. Zürich: Psychologisches Institut.
- SCHLUMPF, Lukas, WYDLER, Hand und Rainer HORNING (2002): *Evaluation der HIV/Aids-Prävention an Zürcher Schulen. Schlussbericht – Kurzfassung*. Zürich. Psychologisches Institut/Institut für Sozial- und Präventivmedizin.
- STAATSKANZLEI DES KANTONS ZÜRICH (2003): *Regierungsrat des Kantons Zürich. Geschäftsbericht 2002*. Zürich.
- STAATSKANZLEI DES KANTONS ZÜRICH (Hrsg.) (2003): *Staatskalender des Kantons Zürich 2002/2003*. Zürich.

b) Internetquellen

- www.aidsinfo.ch
- www.dim.unizh.ch
- www.jahresbericht.unispital.ch
- www.ksw.ch
- www.lustundfrust.ch
- www.malesexwork.ch
- www.ors.ch
- www.vzsp.org

8.7 Liste der interviewten Personen

| interviewte Person(en) | Institution | Datum |
|---------------------------------|---|-------------------|
| Bernhard, Martin | Aids-Infostelle Winterthur | 29. Oktober 2003 |
| Gysi, Ruedi | Volksschulamt | 4. November 2003 |
| Jeger, Reto & Tappeiner, Markus | Zürcher Aids-Hilfe | 29. Oktober 2003 |
| Lanz, Thomas | Verein Zürcher Sozialprojekte (Herrmann) | 10. November 2003 |
| Reinholz, Danuta | Gesundheitsdirektion, Fachstelle für Aidsfragen | 10. November 2003 |
| Weber, Rainer | USZ, Test- und Beratungsstelle/HIV-Sprechstunde | 3. November 2003 |
| Zingg, Christoph & Bösiger, Lea | Zürcher Stadtmission (Isla Victoria) | 27. Oktober 2003 |

9 Gesprächsleitfaden I: Prävention

Aktuelles Angebot in den untersuchten Bereichen

- ◆ (1) **Angebot:** Welche Projekte/Aktivitäten bietet ihre Organisation im Bereich der Aidsprävention an?
 - Ist die Zukunft dieser Projekte/Aktivitäten gesichert?
 - Welches sind andere wichtige Angebote in der Aidsprävention in ihrem Kanton?
 - Welches sind deren Träger?

- ◆ (2) **Zusammenarbeit:** Mit welchen privaten und öffentlichen Akteuren haben sie am meisten zu tun?
 - andere Angebotsträger?
 - kantonale/städtische Behörden?
 - wie häufig finden diese Kontakte statt?

Bestehende und künftige Herausforderungen in der Aidsprävention

- ◆ (3) **Strategieänderungen:** Wie gehen sie strategisch mit den Herausforderungen der Normalisierung um?
 - bildet HIV/Aids nach wie vor ihr Kerngeschäft?
 - integrieren sie andere STIs vermehrt in ihr Angebot?
 - ist eine thematische Ausweitung erfolgt (Sexual Health/Sexualpädagogik)?

- ◆ (4) **Gründe/Strategieänderungen:** Weshalb haben sie ihre Strategie angepasst?
 - Normalisierung von Aids?
 - Finanzielle Gründe/Überlebensstrategie?
 - Druck seitens der öffentlichen Hand?
 - andere Gründe?

- ◆ (5) **Auswirkungen/Strategieänderungen:** Wenn sie ihre Strategie angepasst haben: hat das Auswirkungen auf das bestehende Angebot gehabt?
 - wie schätzen sie die Auswirkungen auf die von uns untersuchten Bereiche ein? sind einzelne Bereiche besonders stark betroffen?
 - werden/wurden dadurch innerhalb des Präventionsbereiches Konflikte ausgelöst resp. verstärkt?
 - anderweitige Auswirkungen?

- ◆ (6) **Ressourcen:** Wieviele Ressourcen (finanziell + personell) stehen ihnen momentan für ihre Präventionsprojekte zur Verfügung?
 - sind das gleich viele wie in den 90er Jahren, oder mussten sie in den letzten Jahren Kürzungen hinnehmen? in welchem Umfang?
 - woher stammen ihre Mittel? (kantonale/städtische Subventionen, Spenden etc.)
 - wenn noch keine Kürzungen erfolgt sind, wissen sie, ob solche geplant sind?

– kennen sie andere Organisationen im Aidsbereich, die Kürzungen hinnehmen mussten?

◆ (7) Verantwortung/Kürzungen: Wenn bereits Ressourcen gekürzt worden sind, wer trägt die Verantwortung dafür?

- wurde der Entscheid dazu in der Verwaltung getroffen? wenn ja, auf welcher Ebene?
- wurde der Entscheid im Parlament getroffen? wenn ja, von wem initiiert?

◆ (8) Gründe/Kürzungen: Haben sie eine Erklärung dafür, weshalb es zu diesen Kürzungen kommt oder gekommen ist?

- Normalisierung von Aids?
- Budgetrestriktionen seitens der öffentlichen Hand?
- ist eine Umverteilung der öffentlichen Gelder zugunsten von HAART im Gang?
- andere Gründe?

◆ (9) Auswirkungen/Kürzungen: Wenn es bereits zu Ressourcenkürzungen gekommen ist, oder wenn solche geplant sind: mit welchen Auswirkungen rechnen sie?

- werden/wurden dadurch die Qualität und der Umfang ihres Angebotes gefährdet?
- werden/wurden davon andere Akteure und deren Angebote betroffen?
- wie schätzen sie die Auswirkungen auf die von uns untersuchten Bereiche ein? sind einzelne Bereiche besonders stark betroffen?
- werden/wurden dadurch Verteilungskämpfe innerhalb des Präventionsbereiches ausgelöst bzw. verstärkt?
- kommt/kam es zu organisatorischen/institutionellen Anpassungen? Wie sehen diese aus?
- andere Auswirkungen?

◆ (10) **Konflikte**: Gibt es im Präventionsbereich Konflikte zwischen den beteiligten Akteuren, oder hat es in der Normalisierungsphase bereits solche gegeben?

- wenn ja, wer ist daran beteiligt?
- wenn ja, um welchen Streitpunkt handelt es sich dabei?
 - Verteilungskonflikte?
 - ideelle Konflikte?
- konnten diese Konflikte unterdessen gelöst werden? wenn ja, wie?

◆ (11) Gründe/Konflikte: Haben sie eine Erklärung dafür, weshalb es zu diesen Konflikten gekommen ist?

- Verteilungskonflikte zwischen beteiligten Akteuren?
- Strategieänderungen seitens der Gesundheitsbehörden?
- Ressourcenkürzungen?
- andere Gründe?

◆ (12) Auswirkungen/Konflikte: Welche Auswirkungen haben diese Konflikte (gehabt)?

- wird/wurde dadurch die Qualität ihres Angebotes gefährdet?
- wie schätzen sie die Auswirkungen auf die von uns untersuchten Bereiche ein? sind einzelne Bereiche besonders stark betroffen?
- kommt/kam es zu organisatorischen/institutionellen Änderungen? wie sehen diese aus?
- anderweitige Auswirkungen?

◆ (13) **Umstrukturierungen:** Haben in den letzten Jahren im Präventionsbereich institutionelle und/oder organisatorische Umstrukturierungen stattgefunden, oder sind solche geplant?

- sind zum Beispiel neue Akteure hinzugekommen, oder werden neue Akteure hinzukommen?
- haben Akteure das Feld verlassen, oder planen, es zu verlassen?
- sind Abläufe geändert worden resp. sollen sie geändert werden?

◆ (14) **Verantwortung/Umstrukturierungen:** wenn bereits Umstrukturierungen stattgefunden haben, oder wenn solche geplant sind: wer trägt die Verantwortung dafür?

- Akteure innerhalb der Verwaltung? auf welcher Ebene?
- werden/wurden die Anpassungen vom Parlament verlangt? wenn ja, auf wessen Initiative?
- andere Akteure?

◆ (15) **Gründe/Umstrukturierungen:** Worauf führen sie diese Umstrukturierungen zurück?

- Normalisierung von Aids?
- Budgetrestriktionen seitens der öffentlichen Hand?
- Strategieänderungen seitens der Gesundheitsbehörden?
- andere Gründe?

◆ (16) **Auswirkungen/Umstrukturierungen:** Wie schätzen sie die Auswirkungen der (geplanten) Umstrukturierungen auf die Aidsprävention ein?

- werden/wurden davon einzelne Akteure und deren Angebote in besonderem Masse betroffen?
- wie schätzen sie die Auswirkungen auf die von uns untersuchten Bereiche ein? sind einzelne Bereiche besonders stark betroffen?
- werden/wurden dadurch innerhalb des Präventionsbereiches Konflikte ausgelöst resp. verstärkt?
- anderweitige Auswirkungen?

Das Ende des New Public Health-Ansatzes in der Aidspolitik?

◆ (17) **Einschätzung:** Wie beurteilen sie die Auswirkungen des Erfolgs von HAART auf die Aidsprävention?

- glauben sie, dass die Prävention durch den Erfolg der klinischen Medizin geschwächt bzw. in Frage gestellt wird?
- wenn ja, an welchen Entwicklungen lässt sich ihre Einschätzung festmachen?
- sind davon einzelne Bereiche der Aidsprävention in besonderem Masse betroffen?
- bekommt HAART von der öffentlichen Hand mehr Geld, zulasten des Präventionsbereiches?
- von wem werden die beiden Bereiche hauptsächlich finanziert? stammt das Geld aus demselben Topf, oder handelt es sich um unterschiedliche Quellen?
- glauben sie, dass der New Public Health-Ansatz wieder abgelöst wird durch einen Old Public Health-Ansatz? wenn ja, an welchen Entwicklungen lässt sich ihre Einschätzung festmachen?

- ◆ (18) **Interessenkonflikt:** gibt es einen Interessenkonflikt zwischen dem Präventionsbereich und dem klinischen Bereich?
 - wenn ja, welche Merkmale weist dieser Konflikt auf?
 - Verteilungskonflikt?
 - unterschiedliche Vorstellungen betr. Strategien und operativer Umsetzung?
 - anderes?

- ◆ (19) **Zusammenarbeit:** haben sich deswegen die Beziehungen zum klinischen Bereich in letzter Zeit verschlechtert?
 - findet überhaupt eine Zusammenarbeit mit dem klinischen Bereich statt? wenn ja, in welcher Form?
 - informell/formell: z.B. in entsprechenden Fachkommissionen
 - welche Merkmale weist diese Zusammenarbeit auf?
 - intensiv/sporadisch?
 - konfliktiv/ konsensuell?

- ◆ (20) **Rolle staatlicher Akteure:** spielen dabei die staatlichen Akteure eine Rolle? nehmen sie Einfluss auf die Art und Weise der Zusammenarbeit zwischen Präventionsbereich und klinischem Bereich?
 - treten staatliche Akteure als Vermittler zwischen den beiden Bereichen auf?
 - gibt es Unterschiede zwischen dem Präventionsbereich und dem klinischen Bereich, was die Beziehungen zu den staatlichen Akteuren anbelangt?

- ◆ (21) **Fazit:** Welches sind ihrer Meinung nach in ihrem Kanton und auf Bundesebene momentan und in Zukunft die grössten Herausforderungen in der Aidsprävention?

10 Gesprächsleitfaden II: Gesundheitsbehörden

Aktuelles Angebot in den untersuchten Bereichen

- ◆ (1) **Aufgaben:** bitte umschreiben sie kurz ihr Tätigkeitsgebiet im Bereich von Aids
- ◆ (2) **Zusammenarbeit:** Mit welchen privaten Organisationen und anderen kantonalen/städtischen Behörden haben sie am meisten zu tun?
 - kantonale/städtische Behörden?
 - Angebotsträger?
 - wie häufig finden diese Kontakte statt?

Bestehende und künftige Herausforderungen in der Aidsprävention

- ◆ (3) **Strategieänderungen:** Haben sie in den letzten Jahren im Präventionsbereich strategische Anpassungen veranlasst, oder sind solche geplant?
 - sollen andere STIs vermehrt in das Angebot von NGOs integriert werden?
 - ist eine thematische Ausweitung geplant (Sexual Health/Sexualpädagogik)?
- ◆ (4) **Gründe/Strategieänderungen:** Weshalb haben sie diese Anpassungen veranlasst?
 - Normalisierung von Aids?
 - Spardruck in der Verwaltung?
 - andere Gründe?
- ◆ (5) **Auswirkungen/Strategieänderungen:** Wenn Strategien angepasst wurden: hat das Auswirkungen auf das bestehende Angebot gehabt?
 - wie schätzen sie die Auswirkungen auf die von uns untersuchten Bereiche ein? sind einzelne Bereiche besonders stark betroffen?
 - werden/wurden dadurch innerhalb des Präventionsbereiches Konflikte ausgelöst resp. verstärkt?
 - anderweitige Auswirkungen?
- ◆ (6) **Ressourcen:** Wieviele Ressourcen (finanziell + personell) stehen ihnen momentan im Bereich der Aidsprävention zur Verfügung?
 - sind das gleich viele wie in den 90er Jahren, oder ist ihr Budget in den letzten Jahren gekürzt worden? in welchem Umfang?
 - wenn noch keine Kürzungen beschlossen worden sind, sind solche in absehbarer Zeit geplant? sind davon alle Akteure gleichermassen betroffen?
- ◆ (7) **Verantwortung/Kürzungen:** Wenn bereits Ressourcen gekürzt worden sind, wer trägt die Verantwortung dafür?
 - wurden die Kürzungen von ihrer Stelle beschlossen, oder auf höherer Ebene? auf wessen

Antrag?

- wurden die Kürzungen im Parlament beschlossen? wenn ja, auf wessen Antrag?
- wie ist die Entscheidung zustande gekommen? welche Entscheidmechanismen haben gespielt?

◆ (8) Gründe/Kürzungen: Haben sie eine Erklärung dafür, weshalb es zu diesen Kürzungen kommt oder gekommen ist?

- Normalisierung von Aids?
- Budgetrestriktionen seitens der öffentlichen Hand?
- ist eine Umverteilung innerhalb des Präventionsbereiches im Gang?
- ist eine Umverteilung der öffentlichen Gelder zugunsten von HAART im Gang?
- andere Gründe?

◆ (9) Auswirkungen/Kürzungen: Wenn es bereits zu Ressourcenkürzungen gekommen ist, oder wenn solche geplant sind: wer wird davon am stärksten betroffen?

- werden/wurden die untersuchten Bereiche alle gleichermassen betroffen, oder gibt es Unterschiede?
- werden/wurden dadurch Verteilungskämpfe innerhalb des Präventionsbereiches ausgelöst bzw. verstärkt?
- andere Folgen?

◆ (10) **Umstrukturierungen:** Haben sie in den letzten Jahren im Präventionsbereich institutionelle und/oder organisatorische Umstrukturierungen veranlasst, oder sind solche geplant?

- ist der Kreis der beteiligten Akteure ausgeweitet worden, bzw. soll er ausgeweitet werden?
- ist der Kreis der beteiligten Akteure eingeschränkt worden, bzw. soll er eingeschränkt werden?
- sind Abläufe geändert worden resp. sollen sie geändert werden?

◆ (11) Verantwortung/Umstrukturierungen: wenn bereits Umstrukturierungen stattgefunden haben, oder wenn solche geplant sind: wer trägt die Verantwortung dafür?

- werden/wurden die institutionellen bzw. organisatorischen Anpassungen von ihrer Stelle beschlossen, oder auf höherer Ebene? wenn ja, auf wessen Initiative?
- werden/wurden die Anpassungen vom Parlament verlangt? wenn ja, auf wessen Initiative?
- andere Akteure?

◆ (12) Gründe/Umstrukturierungen: Wie werden die bereits durchgeführten oder geplanten Umstrukturierungen begründet?

- Normalisierung von Aids?
- Budgetrestriktionen seitens der öffentlichen Hand?
- Strategieänderungen seitens der Gesundheitsbehörden?
- andere Gründe?

◆ (13) Auswirkungen/Umstrukturierungen: Wie schätzen sie die Auswirkungen der (geplanten) Umstrukturierungen auf die Aidsprävention ein?

- werden/wurden einzelne Akteure davon besonders stark betroffen?
- sind einzelne Bereiche besonders stark betroffen?
- werden/wurden dadurch innerhalb des Präventionsbereiches Konflikte ausgelöst resp.

verstärkt?

– anderweitige Auswirkungen?

◆ (14) **Konflikte:** Wie schätzen sie die Zusammenarbeit mit ihren Partnerorganisationen ein? treten Konflikte auf, oder herrscht Konsens?

– wenn Konflikte, mit wem?

– um welchen Streitpunkt handelt es sich dabei?

– konnten die Konflikte unterdessen gelöst werden? wenn ja, wie?

◆ (15) **Gründe/Konflikte:** Haben sie eine Erklärung dafür, weshalb es zu diesen Konflikten gekommen ist?

– Ressourcenkürzungen?

– Strategieänderungen seitens der Gesundheitsbehörden?

– institutionelle und/oder organisatorische Umstrukturierungen?

– andere?

◆ (16) **Auswirkungen/Konflikte:** Welche Auswirkungen haben diese Konflikte (gehabt)?

– wird/wurde dadurch die Qualität der Aidsprävention im Kanton gefährdet?

– kommt/kam es zu organisatorischen/institutionellen Änderungen? wie sehen diese aus?

– sind einzelne Bereiche besonders stark gefährdet?

– anderweitige Auswirkungen?

Das Ende des New Public Health-Ansatzes in der Aidspolitik?

◆ (17) **Einschätzung:** Wie beurteilen sie die Auswirkungen des Erfolgs von HAART auf die Aidsprävention?

– glauben sie, dass die Prävention durch den Erfolg der klinischen Medizin geschwächt bzw. in Frage gestellt wird?

– wenn ja, an welchen Entwicklungen lässt sich ihre Einschätzung festmachen?

– sind davon einzelne Bereiche der Aidsprävention in besonderem Masse betroffen?

– bekommt HAART von der öffentlichen Hand mehr Geld, zulasten des Präventionsbereiches?

– von wem werden die beiden Bereiche hauptsächlich finanziert? stammt das Geld aus demselben Topf, oder handelt es sich um unterschiedliche Quellen?

– glauben sie, dass der New Public Health-Ansatz wieder abgelöst wird durch einen Old Public Health-Ansatz? wenn ja, an welchen Entwicklungen lässt sich ihre Einschätzung festmachen?

◆ (18) **Interessenkonflikt:** gibt es deswegen einen Interessenkonflikt zwischen dem Präventionsbereich und dem klinischen Bereich, bzw. zwischen ihnen und dem Präventionsbereich?

– wenn ja, welche Merkmale weist dieser Konflikt auf?

-Verteilungskonflikte

-unterschiedliche Vorstellungen betr. Strategien und operativer Umsetzung

-anderes?

◆ (19) **Zusammenarbeit:** hat sich deswegen die Zusammenarbeit zwischen

- Präventionsbereich und klinischem Bereich, bzw. zwischen ihnen und dem Präventionsbereich verschlechtert?
- in welcher Form findet überhaupt eine Zusammenarbeit zwischen Präventionsbereich und klinischem Bereich statt?
 - informell/formell: z.B. in entsprechenden Fachkommissionen?
 - welche Merkmale weist diese Zusammenarbeit auf?
 - intensiv/sporadisch
 - konfliktiv/ konsensuell
 - ◆ (20) Rolle staatlicher Akteure: Welche Rolle spielen sie bei der Zusammenarbeit zwischen Präventionsbereich und klinischem Bereich? nehmen sie Einfluss auf die Art und Weise der Zusammenarbeit?
 - treten sie als Vermittler zwischen den beiden Bereichen auf?
 - unterhalten sie zum Präventionsbereich dieselben Beziehungen wie zum klinischen Bereich? gibt es Unterschiede? wenn ja, weshalb?
 - ◆ (21) **Fazit:** Welches sind ihrer Meinung nach in ihrem Kanton und auf Bundesebene momentan und in Zukunft die grössten Herausforderungen in der Aidsprävention?

11 Gesprächsleitfaden III: HAART

Aktuelles Angebot und Ressourcenlage

- ◆ (1) **Angebot:** Was bietet ihre Organisation im Bereich von HAART genau an? Gibt es andere wichtige HAART-Anbieter im Kanton? Wenn ja, um wen handelt es sich dabei?
 - welchen Stellenwert hat dabei das Counselling?

- ◆ (2) **Ressourcen:** Wieviele Ressourcen (finanziell und personell) stehen Ihnen momentan für HAART zur Verfügung?
 - von wem werden sie hauptsächlich finanziert?
 - werden sie aus demselben Topf finanziert wie der Präventionsbereich, oder handelt es sich um unterschiedliche Quellen?
stehen Ihnen ungefähr gleich viele Mittel zur Verfügung wie in den 90er Jahren, oder...
 - sind Ihre Mittel in den letzten Jahren aufgestockt worden? wenn ja, geschah dies zulasten des Präventionsbereiches?
 - sind Ihre Mittel in den letzten Jahren gekürzt worden?
 - hat es im Bereich des Counselling Veränderungen gegeben?

- ◆ (3) **Gründe/Ressourcenänderungen:** Haben Sie eine Erklärung dafür, weshalb Ressourcen gekürzt oder aufgestockt wurden?
 - Normalisierung von Aids?
 - Budgetrestriktionen seitens der öffentlichen Hand?
 - ist eine Umverteilung der öffentlichen Gelder zugunsten von HAART im Gang?
 - andere Gründe?

- ◆ (4) **Verantwortung/Ressourcenänderungen:** Wenn Ressourcen gekürzt oder aufgestockt werden/wurden, wer trägt die Verantwortung dafür?
 - wurde der Entscheid dazu in der Verwaltung getroffen? wenn ja, auf welcher Ebene?
 - wurde der Entscheid dazu im Parlament getroffen? wenn ja, von wem initiiert?

Das Ende des New Public Health-Ansatzes in der Aidspolitik?

- ◆ (5) **Zusammenarbeit:** Wie schätzen Sie Ihre Zusammenarbeit mit dem Präventionsbereich ein? Findet eine Zusammenarbeit mit dem Präventionsbereich überhaupt statt?
 - mit welchen Präventionsorganisationen arbeiten Sie am meisten zusammen?
 - welche Merkmale weist diese Zusammenarbeit auf?
 - intensiv/sporadisch?
 - konfliktiv/konsensuell?
 - komplementäre Partner/Gegenspieler?
 - in welcher Form findet diese Zusammenarbeit statt?
 - informell/formell: z.B. in entsprechenden Fachkommissionen?
 - haben sich Ihre Beziehungen zum präventiven Bereich in letzter Zeit verschlechtert? wenn ja, weshalb?

◆ (6) **Interessenkonflikt:** gibt es einen Interessenkonflikt zwischen dem klinischen Bereich und dem Präventionsbereich?

- wenn ja, welche Merkmale weist dieser Konflikt auf?
 - Verteilungskonflikt?
 - unterschiedliche Vorstellungen betr. Strategien und operativer Umsetzung?
 - andere?
- glauben sie, dass der New Public Health-Ansatz wieder abgelöst wird durch einen Old Public Health-Ansatz? wenn ja, an welchen Entwicklungen lässt sich ihre Einschätzung festmachen?

◆ (7) **Rolle staatlicher Akteure:** Nehmen staatliche Akteure Einfluss auf die Art und Weise der Zusammenarbeit zwischen ihrem Bereich und dem Präventionsbereich?

- wenn ja, inwiefern?
- treten staatliche Akteure als Vermittler zwischen den beiden Bereichen auf?

◆ (8) **Fazit:** Hat die Trendwende im Aidsbereich seit Mitte der 90er Jahre einen Einfluss auf ihre Arbeit? Welches sind ihrer Meinung nach in ihrem Kanton und auf Bundesebene momentan und in Zukunft die grössten Herausforderungen im Aidsbereich (HAART und Präventionsbereich)?