



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

**Österreichische Gesundheitspolitik am Beispiel der AIDS-Hilfen – Eine Politikfeldanalyse. Reaktion der österreichischen Politik auf die AIDS-Problematik von 1983 bis 2010.**

Verfasserin

Christine Keplinger

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, im November 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt  
Studienrichtung lt. Studienblatt  
Betreuer:

A300  
Politikwissenschaft  
Univ.Prof. Dr. Gernot Stimmer



*Der Umgang mit Aids ist weitgehend normalisiert, aber Aids ist nach wie vor alles andere als eine normale Krankheit. Dabei wäre nichts besser, als dass Aids eine normale Krankheit sein könnte, und nichts schlechter, als dass es eine normale Krankheit würde (Kohler 2002: 245).*



# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Theoretischer Ansatz</b>	<b>7</b>
<b>2.1</b>	<b>Die Politikfeldanalyse</b>	<b>7</b>
2.1.1	Der funktionalistische Ansatz	10
2.1.2	Der handlungs- und steuerungstheoretische Ansatz	13
<b>2.2</b>	<b>Die Politikfeldanalyse der österreichischen Gesundheitspolitik im Bezug auf HIV/AIDS</b>	<b>16</b>
2.2.1	Vier Perioden des Normalisierungsprozesses von HIV/AIDS	18
2.2.2	Hypothesen	19
<b>3</b>	<b>Die österreichische Gesundheitspolitik</b>	<b>21</b>
<b>3.1</b>	<b>Internationale Einflüsse</b>	<b>21</b>
3.1.1	Die Erklärung von Alma-Ata	21
3.1.2	Die Ottawa Charta	22
3.1.3	Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert	22
<b>3.2</b>	<b>Gesundheitspolitik im Rahmen der Europäischen Union</b>	<b>23</b>
3.2.1	Bisherige Entwicklung	24
3.2.2	Öffentliche Gesundheit – Public Health auf EU-Ebene im Bereich HIV/AIDS	26
<b>3.3</b>	<b>Demographische Verbreitung von HIV/AIDS</b>	<b>27</b>
<b>3.4</b>	<b>HIV in Europa</b>	<b>28</b>
<b>3.5</b>	<b>Die Geschichte der medikamentösen Behandlung von HIV/AIDS</b>	<b>29</b>
3.5.1	Definition von HIV und AIDS	29
3.5.2	Die Rolle der Medizin	31
<b>4</b>	<b>HIV/AIDS in der österreichischen Gesundheitspolitik</b>	<b>37</b>
<b>4.1</b>	<b>HIV/AIDS in Österreich</b>	<b>39</b>
<b>4.2</b>	<b>Die Österreichische AIDS Politik in der ersten Periode – Entstehung des Exceptionalism (ca. 1981 bis 1986)</b>	<b>42</b>
4.2.1	Die Bedeutung von NGOs in den 80er und 90er Jahren	45
4.2.2	Gründung der Österreichischen AIDS-Hilfe	47
4.2.3	Kooperation ÖAH – Institutionen – Politik	48

<b>4.3</b>	<b>Die Österreichische AIDS Politik in der zweiten Periode – Praxis und Konsolidierung des „Exceptionalism“ (1986 bis 1991)</b>	<b>50</b>
4.3.1	Die Entstehung des österreichischen AIDS Gesetzes	50
4.3.2	Das AIDS-Gesetz (Stand 2010)	52
<b>4.4</b>	<b>Auflösung ÖAH/Neugründung AHÖ</b>	<b>55</b>
4.4.1	Finanzierungsprobleme und Auflösung der Österreichischen AIDS-Hilfen	55
4.4.2	Neugründung der AIDS Hilfen Österreich	57
<b>4.5</b>	<b>Die Österreichische AIDS Politik in der dritten Periode – Auflösung des exceptionalism und erste Anzeichen der Normalisierung (ca. 1991 bis 1996)</b>	<b>59</b>
4.5.1	Die Aids Hilfe Wien	61
<b>4.6</b>	<b>Die Österreichische AIDS Politik in der vierten Periode – Normalisierung/Normalität (seit 1996)</b>	<b>64</b>
<b>4.7</b>	<b>Entwicklung des politischen Interesses an HIV/AIDS innerhalb des Normalisierungsprozesses</b>	<b>67</b>
<b>5</b>	<b>HIV/AIDS Politik im Phasenmodell</b>	<b>71</b>
<b>5.1</b>	<b>Wie kommt HIV/AIDS auf die politische Agenda</b>	<b>73</b>
<b>5.2</b>	<b>Wie und wo findet der politische Formulierungsprozess statt?</b>	<b>76</b>
<b>5.3</b>	<b>Politik Implementierung</b>	<b>78</b>
5.3.1	Präventionspolitik	80
5.3.2	Analytische Rahmenbedingungen zur Untersuchung von HIV-Präventionspolitik in Europa	82
5.3.3	Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich HIV/AIDS in Österreich	84
5.3.4	Kampagnen als Teil der Präventionsarbeit	90
5.3.5	Regulierende Instrumente der Präventionspolitik	94
<b>5.4</b>	<b>HIV/AIDS in der Arbeitswelt</b>	<b>97</b>
<b>5.5</b>	<b>Die Rolle der Selbsthilfegruppen im Bereich HIV/AIDS</b>	<b>101</b>
<b>5.6</b>	<b>Evaluierung der österreichischen AIDS-Politik</b>	<b>104</b>
<b>5.7</b>	<b>Zukünftige Herausforderungen an die beteiligten Akteure</b>	<b>105</b>

<b>6</b>	<b>Die Internationale AIDS Konferenz als Auslöser für eine neue AIDS-Debatte in Österreich?!</b>	<b>111</b>
6.1	Menschenrechte und HIV/AIDS	115
<b>7</b>	<b>Resümee und Ausblick</b>	<b>117</b>
<b>8</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>127</b>
<b>9</b>	<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>139</b>
<b>10</b>	<b>Anhänge</b>	<b>141</b>
10.1	Interviewleitfäden	141
10.2	Auflistung Bezeichnungen und parteipolitische Zugehörigkeit des Bundesministeriums für Gesundheit	143
<b>11</b>	<b>Abstract (deutsch/englisch)</b>	<b>145</b>
<b>12</b>	<b>Lebenslauf</b>	<b>147</b>





# 1 Einleitung

In Österreich sind seit dem Auftreten der ersten Fälle 1983 bereits 1516 Menschen an AIDS verstorben. Diese relativ niedrigen Zahlen lassen nicht vermuten, dass es sich bei HIV/AIDS um eine der schlimmsten Epidemien des 20. Jahrhunderts handelt. HIV/AIDS betrifft in Österreich zwar nur einen kleinen Teil der Bevölkerung, trotzdem hat sich in den 1980er Jahren eine Welle der Solidarität ausgebreitet. Für viele ist die Gefahr, die von HIV/AIDS ausgeht, überstanden – doch die Krankheit existiert auch heute noch. Dank meiner Tätigkeit bei der Aids Hilfe Wien konnte ich Einsicht in das tägliche Leben mit und um HIV/AIDS bekommen. Trotz oder gerade wegen der relativ niedrigen Zahl von Infizierten in Österreich und der guten medikamentösen Versorgung von Betroffenen stellt die Krankheit eine große Herausforderung für die österreichische Politik dar. Es gibt zahlreiche internationale Organisationen, die sich dem Thema widmen und versuchen Unterstützung im Kampf gegen HIV/AIDS in Hochprävalenz Ländern zu geben. Aber wie sieht die AIDS-Politik in einem westlichen Staat aus, der sehr wohl von der Epidemie betroffen ist, sich jedoch nicht in jener prekären Situation befindet wie zum Beispiel die Staaten südlich der Sahara? Die vorliegende Arbeit widmet sich der AIDS-Politik in Österreich, nicht zuletzt, da die Zusammenarbeit zwischen zivilgesellschaftlichen Organisationen, Betroffenengruppierungen und den zuständigen politischen Organen Anfang der 80er Jahre von der WHO als Vorzeigemodell gepriesen wurde. Die Entwicklung der österreichischen AIDS-Politik ist Kern dieser Analyse.

Die Arbeit selbst gliedert sich in fünf Bereiche. Im ersten Kapitel wird eine kurze Einführung in die theoretische Herangehensweise sowie den Forschungsansatz, der dieser Politikfeldanalyse zu Grunde liegt, gegeben. Dabei ist anzumerken, dass es in Österreich keinen nationalen Aktionsplan zu HIV/AIDS gibt, somit die Rollenzuteilung der beteiligten Akteure nicht festgelegt ist. Im Laufe der Jahre haben sich jedoch gewisse Strukturen etabliert, anhand welcher die Beziehungsstruktur innerhalb des Netzwerkes analysiert wird.

Der zweite Teil gibt einen groben Überblick über die internationalen Einflüsse auf die österreichische Gesundheitspolitik. Die Darstellung der demographischen Verteilung

von HIV/AIDS sowie die medikamentöse Entwicklung der Therapiemöglichkeiten geben einen ersten Einblick in die Thematik HIV/AIDS.

Der dritte Abschnitt konzentriert sich auf HIV/AIDS in der österreichischen Gesundheitspolitik. Zuerst wird auf die beteiligten Akteure eingegangen, um dann die demographische Situation in Österreich darzustellen. Anhand der vier Perioden der Normalisierung nach Rosenbrock wird die Entwicklung der österreichischen AIDS-Politik, vor allem in Bezug auf die Entwicklung der AIDS-Hilfen Österreichs analysiert.

Im vierten Teil wird die Österreichische AIDS-Politik anhand der Phasen des Politik Zyklus dargestellt. Anhand der parlamentarischen Tätigkeit im Nationalrat, der Präventionsarbeit der AIDS-Hilfen Österreichs sowie der aktuellen gesellschaftspolitischen Herausforderungen wird aufgezeigt, wie der politische Prozess durch die Netzwerkakteure beeinflusst wird. Generell konzentriert sich die Analyse auf das gesundheitspolitische Feld von HIV/AIDS. Vereinzelt werden jedoch Ausblicke in andere Bereiche gegeben, die durch HIV/AIDS beeinflusst werden. Anhand der Österreichischen Drogenpolitik, strafgesetzlichen Bestimmung sowie arbeitsrechtlichen Reaktionen auf HIV/AIDS, wird aufgezeigt, dass die Krankheit viele Politikfelder betrifft.

Abschließend wird aufgezeigt, vor welchen Herausforderungen die Österreichische AIDS Politik steht. Mit einem kurzen Exkurs zur Internationalen AIDS-Konferenz wird dargestellt, welchen Einfluss dieser exogene Faktor auf die zukünftige AIDS-Debatte in Österreich haben wird.

Abgerundet wird die Politikfeldanalyse durch Leitfaden Interviews mit ExpertInnen im Bereich HIV/AIDS. Eine kurze Vorstellung der ExpertInnen sowie der Interview-Leitfaden finden sich im Anhang.

Im Folgenden immer wieder die Rede vom *Bundesministerium für Gesundheit* sein. Es wird nicht zwischen den verschiedenen Bezeichnungen, die seit 1972 für den Bereich Gesundheit vergeben wurden unterschieden. Im Anhang findet sich eine Tabelle der verschiedenen Zuordnungen, Gesundheitsminister sowie deren Parteizugehörigkeit.

## 2 Theoretischer Ansatz

In der vorliegenden Arbeit wird die österreichische Gesundheitspolitik am Beispiel der AIDS Hilfen in Österreich untersucht. Dabei liegt das Hauptaugenmerk auf den beteiligten Akteuren (vor allem den AIDS-Hilfen Österreichs), den gesetzlichen Grundlagen und den gesundheitspolitischen Herausforderungen und Zielen der österreichischen AIDS-Politik. Um eine angemessene Analyse der politischen Aktivitäten in diesem Bereich der Gesundheitspolitik durchführen zu können, wird die Politikfeldanalyse als theoretischer Zugang herangezogen.

### 2.1 Die Politikfeldanalyse

Die Politikfeldanalyse hat ihren Ursprung in den 1950er Jahren und stammt aus den USA. Lerner und Lasswell (1951) versuchten eine neue Art von sozialwissenschaftlicher Problemlösungsstrategie zu entwickeln. Ende der 1960er Jahre wurde die Policy Forschung in den USA forciert. Vor allem Lowi's Policy-Arenen-Modell sowie die Systemtheorie von Easton gewannen international an Bedeutung. Das Arenen Modell konzentrierte sich dabei auf den Austragungsort des politischen Prozesses, mit Schwerpunkt auf die Akteure sowie den Einfluss von pluralistischen Interessensgruppen auf die Politik. Im Unterschied zur Systemtheorie, die den Schwerpunkt auf rationale Entscheidungsprozesse, die durch Umwelt- und Sozialeinflüsse angetrieben werden, legt (vgl. Schneider Janning 2006: 20). Bei Easton's Modell entsteht eine Art *Black Box*, die keinen Aufschluss darüber gibt, welche Akteure bzw. Beziehungsstrukturen Einfluss auf den politischen Prozess haben. Ziel der modernen Politikfeldanalyse ist die Beleuchtung dieser *Black Box*.

Auf der Ebene der empirischen Politikfeldanalyse gibt es verschiedene anwendbare Theorien. Generell lassen sich drei Theorieströme festmachen. Zum einen gibt es den Theorierahmen der quantitativ vergleichenden Policy-Forschung, der auf der Makroebene angesiedelt ist. In diesen Ansatz fallen unter anderem die Parteienherrschaftstheorie, die Theorie der Machtressourcen sowie die politisch-institutionalistische Theorie. Der kulturalistische Theorierahmen der Policy-Forschung - weiters - ist der jüngste Ansatz innerhalb der Policy-Forschung und legt den

Schwerpunkt auf die Analyse kognitiver Bereiche, wie zum Beispiel Glaubenssysteme, Argumentationsmuster oder Werthaltungen. Darunter fällt zum Beispiel der Advocacy Koalitionen-Ansatz (vgl. Janning/Scheider 2006: 96-101; Sabatier 1993: 116-148). Die dritte Strömung – der akteur- und strukturzentrierte Ansatz - ist auf der Mikro- und Mesoebene anzusiedeln und ist in den letzten Jahren in der Politikfeldforschung zunehmend in den Vordergrund gerückt. Die einzelnen Phasen des Politik-Zyklus sollen anhand dieses Theorieansatzes erklärt werden. Die Konzentration auf Akteure bzw. Handlungseinheiten signalisiert, dass der politische Prozess nicht rein durch den Staat, den Gesetzgeber oder die Regierung formbar ist, sondern, dass durch die Interaktion vieler Akteure öffentliche Politik beeinflusst wird. Innerhalb des akteur- und strukturzentrierten Ansatzes lassen sich wiederum Unteransätze erkennen. Der *akteurzentrierte Institutionalismus* (vgl. Mayntz/Scharpf 1995: 39-72) bezieht sich einerseits auf die beteiligten Akteure, gleichzeitig auch auf relevante strukturelle und institutionelle Faktoren. Der Rational-Choice Institutionalismus fokussiert das rationale Entscheidungsverhalten der Akteure innerhalb des vorgegebenen Systems. Der dritte Ansatz ist der beziehungsstrukturelle, bei dem die Analyse von handlungs-, macht- und tauschtheoretischen Konzepten im Vordergrund steht. Dabei wird generell davon ausgegangen, dass ein Policy Output/Outcome das Ergebnis der Verhandlungen vieler Akteure untereinander ist. Durch unterschiedliche, sich wandelnde Macht- und Tauschbeziehungen wird ein Politikfeld geprägt.

In Deutschland waren Fritz W. Scharpf und Renate Mayntz die ersten, die den Wert der Policy-Analyse für die Untersuchung von politisch-administrativen Prozessen erkannten. In den 1970er Jahren wurde die Politikfeldanalyse vor allem bei Analysen der Umsetzung und Implementierung von Politiken eingesetzt. Die Konzentration auf die Untersuchung der Implementierungsstruktur wurde bald von der Orientierung an der Analyse mehrerer abgegrenzter Phasen des politischen Prozesses abgelöst. Der Policy Circle stellt dabei einen bedeutenden Untersuchungsrahmen dar (vgl. Schneider/Janning 2006: 15-45).

Der Schwerpunkt der Politikfeldanalyse liegt in der Erforschung der inhaltlichen Dimension von staatlicher Politik. Der Begriff Politik wird im Englischen in drei Begriffe eingeteilt. *Polity* bezieht sich auf die formalen Rahmenbedingungen,

Institutionen, Regeln und Normen eines politischen Systems. Mit dem Begriff *Politics* wird der politische Prozess bezeichnet, in dem verschiedenen Akteure versuchen Einfluss auf die Gestaltung der Politik zu nehmen. Policy hingegen umfasst – allgemein definiert – die problemlösungsorientierte Festlegung von Konzepten und Strategien. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf der inhaltlichen Dimension. In der klassischen Politikfeldanalyse geht es darum herauszufinden

*[...] what governments do, why they do it, and what difference it makes“.* (Dye 1976: 2 zit. in Schneider/Janning 2006: 17)

Im Zentrum einer Politikfeldanalyse steht die Untersuchung von Einflüssen und Bedingungen, die öffentliches Handeln hervorrufen unter der Berücksichtigung von Aspekten, die das Ausbleiben von politischen Aktionen verursachen. Die Policy stellt in diesem Zusammenhang die abhängige Variable dar, deren Ausprägung durch die unabhängigen Variablen (Polity und Politics) bestimmt wird. Kennzeichnend für eine Politikfeldanalyse ist ihre problemorientierte, interdisziplinäre und methodische Ausrichtung. Jegliche relevanten Aspekte und Prozessstadien werden in die Analyse mit einbezogen. Im Rahmen der Politikfeldanalyse können viele verschiedene Untersuchungsschwerpunkte gesetzt werden. Beispielsweise können einzelne Entscheidungen, konkrete Phasen oder der gesamte Politikzyklus im Zentrum der Untersuchung stehen. Auch geographisch gibt es keinerlei Einschränkungen; so kann der Fokus auf regionaler, nationaler oder auch supranationaler Ebene liegen. Oftmals wird ein Zugang über qualitative Einzelfallstudien sowie vergleichende Fallstudien gewählt, obwohl diese Ansätze ihrer fraglichen Relevanz im Bezug auf sozialwissenschaftliche Erkenntnisse wegen oftmals in Frage gestellt werden. Generell wird der deduktive Zugang favorisiert, da die Anwendung von Theorieansätzen zur Bestätigung der Überprüfbarkeit von Zusammenhängen schlussendlich zu einer Weiterentwicklung der theoretischen Einflüsse führen kann. (vgl. Schneider/Janning 2006: 15-45)

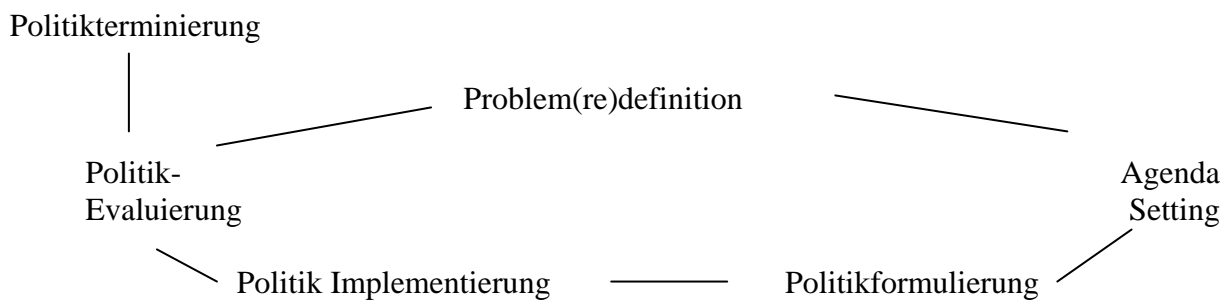
Die inhaltliche Dimension von Politik bildet den Kern der Politikfeldanalyse. Die Policies können dabei sowohl in prozessualer Hinsicht (funktionalistischer Ansatz), als auch in struktureller Hinsicht (handlungs- und steuerungstheoretischer Ansatz)

untersucht werden. Der funktionalistische Ansatz bedient sich einer Einteilung des Policy-Prozesses in einzelne Phasen und Abschnitte, wogegen sich der handlungs- und steuerungstheoretische Ansatz vor allem auf die Struktur des Politikfeldes, die Beziehungstypen sowie –konstellationen bezieht.

### 2.1.1 Der funktionalistische Ansatz

Die bereits erwähnte Systemtheorie von David Easton bildet die Grundlage für den funktionalistischen Ansatz. In seinem *Input-Output-Modell* werden Forderungen an die Politik als Input, die politischen Maßnahmen als Output behandelt. In der *Black Box* findet die politische Diskussion mit sämtlichen Umwelteinflüssen statt. Im Gegensatz zu Easton arbeitet Lasswell mit einem Phasenmodell ohne *Black Box* (vgl. Schneider/Janning 2006: 21-45). Durch die systemtheoretische Betrachtung des politischen Prozesses ergibt sich ein Regelkreis, der durch eine relativ lineare Abfolge von Input – Output – Umwelteinflüssen – Feedback gekennzeichnet ist. Diese Modelle gelten seit den 1960er Jahren als Basismodelle der Politikfeldanalyse und wurden seither weiterentwickelt und adaptiert. Grundsätzlich lassen sich drei Phasen festhalten: In der ersten Phase wird das Problem festgestellt; es folgt die Phase der Zieldefinition und Entwicklung von Handlungsalternativen, worauf die Phase der Implementierung anschließt. Dem Schema dieser groben Einteilung folgt auch der Politikzyklus.

**Abbildung 1: Der idealtypische Policy Cycle**



Quelle: eigene Darstellung nach Schneider/Janning, 2006: 50

Generell beginnt der Kreislauf mit dem Auftreten eines Problems, dem politische Bedeutung zukommt. Diese Probleme können unterschiedlicher Natur sein. Aus der Problemdefinition ergibt sich eine Betroffenenstruktur, wobei die Betroffenen sich innerhalb der Problemdefinition zu Akteuren entwickeln. Politisches Handeln der Akteure ist nicht automatisch gegeben. Politische Aufmerksamkeit ist nur sehr schwer zu erlangen. Es bedarf vieler Komponenten, um ein Problem nach dessen Definition in die nächste Phase/Ebene heben zu können (vgl. Windhoff-Héritier 1987: 64-115). Es gibt verschiedene Möglichkeiten, um ein gesellschaftliches Thema auf die Regierungsagenda zu bekommen. Grob unterscheiden kann man hierbei endogene Faktoren (also innerstaatliche, innerpolitische Aspekte) und exogene Faktoren (z. B. internationaler Druck, inter- oder transnationale Einflüsse). Themen, die es schaffen politische Aufmerksamkeit zu erregen, weisen oft bestimmte Merkmale auf. Erfüllt das Problem eine oder mehrere der folgenden Anforderungen, ist es sehr wahrscheinlich, dass es auf die Agenda der Regierung kommt: Es sollte möglichst konkret und klar, gesellschaftlich relevant, temporär brisant, komplex sowie ein Novum sein und große symbolische Bedeutung aufweisen. (vgl. Schneider/Janning 2006: 56).

Hat das Thema die Phase des Agenda-Settings überstanden, beginnt die inhaltliche Gestaltung des politischen Programms. Es werden Handlungsziele festgelegt und Adressaten bestimmt. Oftmals werden in dieser Phase Gesetze und Verordnungen festgelegt, die im Rahmen des politischen Programms umgesetzt werden. Es gibt jedoch auch Verfahrensabmachungen bei denen die Beziehung zu privaten Akteuren geklärt wird. Meist werden nur grobe Richtlinien festgelegt, wodurch für die beteiligten Akteure eine gewisse Unabhängigkeit bei der Umsetzung von Vorgaben gegeben ist. Diese Phase des Entscheidungsprozesses ist durch die Festlegung von Aktivitäten gekennzeichnet, die durch den Einsatz finanzieller, sachlicher und personeller Ressourcen ein zuvor definiertes Ziel erreichen sollen. Eine Kombination aus Zielwirksamkeit und der Bewertung der Reaktionen beteiligter Akteure fließt in den Bewertungsprozess der Programmformulierung mit ein.

Bei der Implementation von Policies gibt es verschiedene Programmtypen. Ob ein regulativer Ansatz, ein Anreiz- oder ein Leistungsprogramm favorisiert wird, hängt von der gewünschten Wirkungsweise, vom Aufwand der Umsetzung sowie von den zu erwartenden Vollzugsproblemen ab. Generell kann zwischen innerstaatlicher Implementation und Implementation durch private Akteure unterschieden werden, wobei unterschiedliche Machtverteilung zu Problemen führen kann. Viele Programme werden mittels einer Art Tauschgeschäft umgesetzt, wobei die Regierung als auch die privaten Akteure bereit sind, Kompromisse einzugehen.

Nach Abschluss des Policy-Prozesses mit der Implementierung eines Handlungsprogramms kommt es zur Evaluierung, danach entweder zu einer Neudefinierung des Problems oder zu einer Terminierung des *Issue*-Kreislaufs.

Der Vorteil der Darstellung durch den Policy-Zyklus liegt darin, dass Politikgestaltung als Prozess betrachtet und analysiert wird. Die Einteilung in Phasen ermöglicht zusätzliche Konzentration auf einzelne Segmente, die auf Besonderheiten innerhalb eines Politikfeldes hinweisen können (vgl. Schneider/Janning 2006: 48-69).

Für eine Analyse stellt das Phasenmodell durch mögliche Überschneidungen und teilweise parallel verlaufende Prozesse eine gewisse Herausforderung dar. Policies sind dadurch gekennzeichnet, dass sie nicht in ein zeitlich abgegrenztes Phasenmodell eingeordnet werden können, sondern sich in einem vielfältig verflochtenem und nicht eindeutig abgrenzbaren Prozess finden (vgl. Schubert/Bandelow 2003: 13-47). Eine weitere Schwäche des Phasenmodells liegt im weitgehend analog dargestellten Ablauf des politischen Prozesses. Zusätzlich wird vor allem das unrealistische Weltbild des Phasenmodells beanstandet, indem das Policy Making als zu einfach und linear betrachtet wird. Interaktionen die außerhalb dieses Zyklus stattfinden, werden nicht berücksichtigt, ebenso wenig wie Einflüsse durch parallel ablaufende Zyklen. Innerhalb des Policy-Circles werden die teilnehmenden Akteure sowie ihre Handlungsmotive weitgehend von der Untersuchung ausgeschlossen (vgl. Schneider/Janning 2006: 48-69). Sabatier bezeichnet den Policy Circle als Phasenheuristik, der in seiner Nützlichkeit für die Politikfeldforschung in Frage zu stellen ist (vgl. Jann/Wegrich 2003: 70-100). Das Phasenmodell stellt nur bedingt ein theoretisches Modell zur Generierung von Hypothesen dar.



### **2.1.2 Der handlungs- und steuerungstheoretische Ansatz**

Die strukturelle Perspektive dieses Ansatzes ermöglicht innerhalb eines Politikfeldes die Unterscheidung zwischen Politik und Gesellschaft. Die Untersuchung von gegenseitigen Abhängigkeiten beziehungsweise einer Tauschbeziehung lässt sich mit Hilfe des Netzwerkansatzes gut darstellen. Zusätzlich ermöglicht die strukturelle Perspektive es, die Zusammensetzung, Binnenstruktur und Funktionsweise eines Politikfeldes zu beschreiben. Policy-Akteure stellen Handlungseinheiten dar, die an der Formulierung und Implementation von öffentlicher Politik beteiligt sind. Oft entsteht innerhalb der Akteurskonstellation ein Interessenskonflikt, vor allem wenn private Akteure Änderungen bei zu implementierenden Policies fordern. Das Politikfeld wird dabei zu einer Arena, in der die Wirkung politischer Entscheidungen auf die Betroffenen analysiert werden kann (vgl. Braumandl 2003: 14-22). Innerhalb des Politikfeldes finden sich Akteure in verschiedenen wechselseitigen Konstellation und Positionen. Aufgabe des steuerungstheoretischen Zugangs ist die Beschreibung ihrer Interessenspositionen sowie ihrer Konflikt- und Kooperationsbeziehungen.

Auch ein Ansatz mittels diskursanalytischer Politikforschung ist möglich, da ein Politikfeld aus struktureller Perspektive auch als Diskursfeld betrachtet werden kann. Im Zentrum der Untersuchung stehen hierbei die Weltanschauungen sowie Wahrnehmungsformen der involvierten Akteure, die auf den politischen Formulierungsprozess Einfluss nehmen. Die Form der Policy-Diskussion kann im Mittelpunkt der Analyse stehen oder aber auch die autoritative Behauptung der Entscheidungsmacht (vgl. Schneider/Janning 2006: 48-69). Obwohl sich dieser Ansatz gut für die Erklärung der wandelnden Interessenpositionen innerhalb des Politikfeldes eignen würde, wird in dieser Arbeit nicht näher auf die diskursanalytische Politikfeldforschung eingegangen.

### 2.1.2.1 Das Politiknetzwerk

Ein Politiknetzwerk beschreibt die Beziehung zwischen Staat/Regierung und zivilgesellschaftlichen Interessensorganisationen innerhalb eines Politikfeldes.

Adrienne Héritier definiert Politiknetzwerke als:

*...überwiegend informelle (aber auch formelle) Interaktion zwischen Akteuren, meist Organisationen oder Einzelpersonen (als Mitglieder von Organisationen) mit unterschiedlichen, aber wechselseitig abhängigen Interessen, die ein gemeinsames Handlungsproblem auf einer dezentralen, nicht hierarchischen Ebene bearbeiten (Héritier 1993: 433).*

Die Netzwerkanalyse gilt als wichtig für die präzise Analyse der Beziehungsstrukturen der beteiligten Akteure (vgl. Schneider/Janning 2006: 122). Politiknetzwerke bilden sich oftmals als Reaktion auf neue gesellschaftliche Rahmenbedingungen, in denen Parlament und Regierung nicht die Hauptakteure darstellen, sondern die verfügbaren Ressourcen auf mehrere staatliche und nicht-staatliche Organisationen und Interessengruppen innerhalb eines Politikfeldes aufgeteilt sind. Das Kriterium der *gegenseitigen Relevanz* bestimmt die Akteure, die in die Bildung öffentlicher Politiken mit einbezogen werden. Diese heterogenen Netzwerkakteure sind in der Regel autonom jedoch lose gekoppelt. Innerhalb der Kooperations- und Konfliktbeziehungen versuchen sie durch Ressourcentausch, Kommunikation und Verhandlung den Politikprozess zu beeinflussen (vgl. Janning et al. 2009: 59-93). Trotz der relativ hohen Autonomie der Akteure sind hierarchische Beziehungen innerhalb eines Netzwerkes nicht auszuschließen (vgl. Schneider/Janning 2006: 66-68). Entsteht strukturelle Stabilität kommt es zur Institutionalisierung von Netzwerken (vgl. Windhoff-Héritier 1993: 432-448).

Neben institutionalisierten Netzwerken, die über feste, dauerhaft bestehende Strukturen verfügen, können auch zeitlich begrenzte Netzwerke in einem Politikfeld entstehen, vor allem als Teil von konkreten, kurzfristigen Problemlösungsstrategien. Sowohl Tausch als auch *Bargaining* sind Mittel des Interessenausgleichs zwischen den Netzwerkakteuren und dienen dazu, gemeinsame Ziele zu erreichen. *Problem Solving* Netzwerke setzen verstärkt auf kooperatives Zusammenwirken, das zu einer effektiven Problemlösung führen soll (vgl. Mayntz 1993: 39-61).

Es gibt zahlreiche Möglichkeiten, durch eine Netzwerkanalyse Beziehungsstrukturen darzustellen. Zum Beispiel mittels einer Matrix, in der die bestehenden Beziehungen eingetragen werden; oder durch graphische Darstellung, in der die Konstellation der Akteure übersichtlich wird. Der Dichte-Index hingegen, basierend auf dem Konzept der Gegenüberstellung tatsächlicher Beziehungen zu theoretisch möglichen Beziehungen, ist nur für den Vergleich mehrerer Politikfelder sinnvoll (vgl. Schneider/Janning 2006: 122).

#### **2.1.2.2 Der *Advocacy-Coalition* Ansatz**

Ähnlich wie die Netzwerkanalyse ist der *Advocacy-Coalition-Ansatz* von Sabatier (1993) und Jenkins-Smith charakterisiert. Die Analyse von Advocacy Koalitionen stellt die Erklärung von Policy-Wandel sowie die Bedeutung von policy-orientiertem Lernen in den Mittelpunkt. Für eine Untersuchung müssen drei grundlegende Annahmen erfüllt werden: Der Policy-Prozess muss sich über mindestens ein Jahrzehnt erstrecken und sich auf ein Subsystem konzentrieren. Staatliche Maßnahmen können wie ein *belief system* verstanden werden. Unter einem *belief system* versteht Sabatier ein Set von grundlegenden Wertvorstellungen, die sich auf spezifische Politikausschnitte beziehen (vgl. Schneider/Janning 2006: 195). Dabei geht die Untersuchungseinheit eines Policy-Subsystems davon aus, dass alle beteiligten staatlichen und nicht-staatlichen Akteure Einfluss auf den politischen Prozess nehmen wollen und können. Dieser handlungstheoretische akteursbezogene Ansatz versucht das Verhalten der beteiligten Akteure anhand ihrer Wertvorstellung beziehungsweise moralischen und ideologischen Überzeugungen zu erklären (vgl. Katz 1995: 56; Schneider/Janning 2006: 97).

## **2.2 Die Politikfeldanalyse der österreichischen Gesundheitspolitik im Bezug auf HIV/AIDS**

Österreich ist ein kooperativer Staat, für den die Vernetzung von staatlichen und gesellschaftlichen Akteuren in vielen Politikfeldern charakteristisch ist. Der Politik kommt hierbei die Aufgabe zu die Rahmenbedingungen sowie die Steuerungssysteme innerhalb der Politikfelder zu gestalten. Direkte Steuerungsinstrumente, wie Regulierung durch Ge- und Verbote sowie indirekte Steuerungsinstrumente wie Information, finanzielle Anreize und Strukturierung sind Teile dieses Systems. Mittels Information wird die Gesellschaft über weiche Formen der Steuerung beeinflusst, es herrscht der sanfte Weg, ohne Zwang vor. Finanzielle Anreize spiegeln sich in Steuervergünstigungen für Investitionen und Spenden wieder. Auch die Subvention von Organisationen fällt unter diesen Punkt. Die Strukturierung stellt den Versuch einer Verhaltensänderung durch die Erstellung von Rahmenbedingungen bzw. das Bereitstellen von Infrastruktur in den Mittelpunkt der Vorgehensweise. Sie zielt auf die Förderung der Selbstorganisation von gesellschaftlichen Akteuren ab. Vor allem im Bereich HIV/AIDS werden regulative Maßnahmen als nicht zielführend angesehen. Ein einfaches Verbot hilft nicht die Übertragung der Infektion zu verhindern. Deshalb verlagerte Österreich seine Bestrebungen auf indirekte Steuerungsmittel, wie zum Beispiel Informations- und Aufklärungskampagnen. Im Sinne des kooperativen Staates findet staatliches Handeln in der Zusammenarbeit politischer und privater Akteure in durch vom Staat festgelegten Verhandlungssystemen statt. Dieses Verhandlungssystem wird im Sub-Politikbereich „Gesundheitspolitik und HIV/AIDS“ anhand der Struktur eines Netzwerkes untersucht. Durch prozedurale Steuerung<sup>1</sup> kann der Staat auch in Netzwerken, die formal über keine hierarchische Machtverteilung verfügen, Einfluss auf die Zusammensetzung der Netzwerke, sowie die Gestaltung des politischen Prozesses nehmen. (vgl. Braun/Giraud 2003: 147-174).

Im gesundheitspolitischen Teilbereich HIV/AIDS stellen die beziehungsstrukturellen Elemente der Netzwerkanalyse ein passendes Instrument für die Untersuchung dar. (vgl. Windhoff-Hèritier 1993: 432-451). Vor allem bei der Betrachtung der ersten

---

<sup>1</sup> Beeinflussung der netzwerkförmigen Verhandlungssysteme; soll Entscheidungen beeinflussen (setzt am Modus der Entscheidungen an).

Perioden nach dem Auftreten von HIV/AIDS in Europa wird deutlich, wie sich aus dem zeitlich begrenzten *issue network* dauerhafte Strukturen entwickeln konnten, die zum fixen Bestandteil (wenn auch teilweise informell institutionalisiert) des politischen Systems wurden. Ein Vorteil dieser Institutionalisierung liegt in der zunehmenden Unabhängigkeit der gesellschaftlichen Akteure: Eigene Interessen können verstärkt verfolgt werden, wobei ihnen gleichzeitig mehr Verantwortung und somit eine wichtigere Rolle innerhalb des Netzwerkes zukommt (vgl. Schneider 2003: 107-146).

Laut Mayntz (1980: 236-249) haben „externe Gruppen“ (zum Beispiel Verbände, Interessenvertretungen) Einfluss auf mehrere Phasen des Policy Circles (nicht nur wie ursprünglich angenommen auf die Problemdefinition). Gleichmaßen werden Regierung und Verwaltung nicht mehr auf ihre Verwaltungsaufgaben reduziert. Die beteiligten Akteure sind auf unterschiedliche Weise von dem Policy Problem betroffen, durch die daraus resultierenden Handlungsoptionen kann es zu Interessenskonflikten kommen (vgl. Schneider/Janning 2006: 116-118). Akteure innerhalb eines Netzwerkes sind gewissermaßen immer in komplexe Beziehungsstrukturen eingebettet. Ziel dieser Arbeit ist es, gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse im Bereich HIV/AIDS in Österreich zu rekonstruieren, die Entstehung und Implementierung der AIDS-Politik zu analysieren, sowie die Beziehungsmuster und Interaktionsformen zwischen den Akteuren zu beleuchten. Vor allem die Einbeziehung medizinischer Akteure in den Politikprozess stellt dabei eine Besonderheit der österreichischen Gesundheitspolitik dar. Dabei werden die politischen Diskurse, die in Korrelation mit den Interessen der Akteure liegen, sowie deren Auswirkung auf die partizipative Steuerung untersucht. Bei dem untersuchten Politikfeld handelt es sich um einen Teilbereich der Gesundheitspolitik, weshalb sich die Untersuchung auf ein relativ kleines Netzwerk mit wenigen Akteuren bezieht. Die Analyse ist räumlich und zeitlich begrenzt; die Untersuchung konzentriert sich auf die AIDS-Politik Österreichs zwischen 1983 und 2010. Methodisch werden dabei vor allem qualitative Verfahren berücksichtigt, wie z.B. Leitfaden-Interviews, teilnehmende Beobachtung sowie eine Analyse von Primär und Sekundär Literatur (vgl. Behrens 2003: 203-236).

### 2.2.1 Vier Perioden des Normalisierungsprozesses von HIV/AIDS

Rosenbrock und Schäffer (et al. 2002: 11-70) unterscheiden vier Perioden des Normalisierungsprozesses von AIDS in Westeuropa.

*Periode 1* bezeichnet den Zeitraum zwischen 1981 und 1986. HIV/AIDS kommt nach Westeuropa und durch die Entstehung dieses *exceptionalism* arbeitet die Politik unter hohem Druck, um Strategien zu entwickeln und der neuen Herausforderung gerecht zu werden.

*Periode 2* läuft zwischen 1986 und 1991 ab. HIV/AIDS behält seinen Sonderstatus; gleichzeitig findet eine erste Institutionalisierung der Verfahren und Netzwerke statt. Die zu Beginn befürchtete Katastrophe einer Epidemie bleibt jedoch aus.

In *Periode drei*, von 1991 bis 1996, kommt es bereits zur Auflösung des *exceptionalism*. Es werden keine großen Schwankungen bei Neuinfektionen festgesellt, erste Therapieerfolge werden erreicht. Der Sonderstatus von HIV/AIDS ist am bröckeln und es stellt sich eine erste Phase der Normalisierung ein.

Die *vierte Periode* beginnt ca. 1996 und dauert bis heute an. Diese Periode steht ganz im Zeichen der Normalisierung von HIV/AIDS. Der eingeschlagene Weg der Präventionsarbeit fruchtet, neue antiretrovirale Therapien verbessern die Lebensqualität der Betroffenen und die Politik wendet sich anderen akuten Problemen und deren Lösungen zu.

Im Zentrum der folgenden Analyse stehen das Verhältnis der Netzwerkakteure zueinander, sowie die Veränderung der Strukturen des Politiknetzwerkes in Österreich. Bereits bei Betrachtung der ersten Perioden ist ersichtlich, dass in der modernen Gesundheitspolitik nicht nur klassisch politische Akteure, wie z.B. der Staat oder politische Parteien, aktiv sind, sondern die Initiative hinsichtlich politischer Maßnahmen oftmals bei InteressensvertreterInnen und Betroffenen liegt. Die Umsetzung neuer Strategien ist – im Sinne der *New Public Health* - nur durch die Mitarbeit von nicht-staatlichen Organisationen möglich.

Im Laufe dieser vier Perioden verändern sich jedoch die Handlungsmotive, sowie die Zielsetzungen der politischen Handlungen. Durch den Wandel der Krankheit (Verlauf,

Therapiemöglichkeiten, Umgang mit Betroffenen) muss also eine gewisse Wandelbarkeit der Policies, die sich den Umständen und Gegebenheiten der Zeit anpassen, gegeben sein. Auch die Ziele und Strategien der Österreichischen Aids Hilfe (später AIDS-Hilfen Österreichs) änderten sich im Lauf der letzten 25 Jahre. Neue Faktoren sind in den politischen Prozess mit eingeflossen, was dazu führt, dass die Policies innerhalb dieses Politikfeldes als *moving targets* (d.h. als veränderbar) verstanden werden müssen (vgl. Winhoff-Héritier 1993: 13-15).

In der vorliegenden Arbeit wird der Schwerpunkt der Politikfeldanalyse bewusst nicht auf den Vergleich zwischen mehreren Ländern bzw. mehreren Politikfeldern bezogen. Ziel ist es, die Entwicklung der AIDS-Politik in Österreich anhand der vier Perioden Rosenbrocks zu analysieren und die neuen gesellschaftlichen Herausforderungen für die Akteure innerhalb des Netzwerkes aufzuzeigen. Die Zusammenarbeit zwischen Politik und Zivilgesellschaft im Bereich HIV/AIDS wurde in den 1980er Jahren von der WHO als Vorzeigemodell gehandelt. Diese neue Art der Kooperation ermöglichte es den zivilgesellschaftlichen Organisationen Einfluss auf den politischen Prozess zu nehmen. Durch die Wandlung der Gesundheitspolitik in Richtung Gesundheitsförderung entsteht ein partizipativer Politikstil.

### **2.2.2 Hypothesen**

Die Österreichische AIDS- Politik hat sich von einer aktiven zu einer reaktiven Politik gewandelt.

Die Akteure der Zivilgesellschaft verlieren nach und nach ihre ursprünglich starke Position innerhalb des Netzwerkes. Die Beziehungsstruktur der Akteure innerhalb des Netzwerkes hat sich zunehmend von einem Tausch- zu einem Abhängigkeitsverhältnis gewandelt.

Die Wandlung von HIV/AIDS von einer tödlichen zu einer chronischen Krankheit wurde zwar medizinisch und gesellschaftlich wahrgenommen, jedoch politisch nicht in der Entwicklung neuer Policies umgesetzt. Ein erneuter nachhaltiger Aufschwung der politischen Tätigkeit im Politikbereich HIV/AIDS ist nicht zu erwarten.

HIV/AIDS ist kein Thema das politisch abgeschlossen und beendet werden kann. Trotz eines relativ gut etablierten Netzwerks kommt es zu neuen Herausforderungen. Nicht zuletzt durch den internationalen Einfluss diverser Organisationen und Konferenzen wird das politische Interesse an HIV/AIDS wieder verstärkt in die politische Diskussion eingehen.



## 3 Die österreichische Gesundheitspolitik

### 3.1 Internationale Einflüsse

Um im Folgenden auf die Gesundheitspolitik in Österreich eingehen zu können, wird zuerst ein Überblick über die wichtigsten internationalen Einflüsse auf die österreichische Gesundheitspolitik gegeben. Im Sinne des Politiknetzwerkansatzes werden die internationalen Akteure (WHO, Europäische Union, UNO) mit in die Untersuchung einbezogen. Österreich orientiert sich in seinen gesundheitspolitischen Maßnahmen stark an den Konzepten der WHO. *Public Health* steht dabei im Vordergrund. Die Elemente der Erklärung von Alma-Ata, der Ottawa Charta sowie der Jakarta Deklaration werden als Leitgedanken für die österreichische Gesundheitspolitik herangezogen (vgl. Amort/Hammerschmied 1999: 3-25).

#### 3.1.1 Die Erklärung von Alma-Ata

Die Internationale Konferenz für *Primary Health Care* in Alma-Ata 1978 machte die primäre Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zum zentralen Element der Gesundheitspolitik. *Primary Health Care* ist abhängig von ökonomischen, soziokulturellen und politischen Eigenschaften eines Landes. Angemessene Maßnahmen im Bereich der Prävention, Behandlung und Verbesserung der Lebensumstände sind ihre Hauptziele. Ein wichtiger Punkt der Deklaration ist die Miteinbeziehung mehrerer Politikfelder. Zusätzlich zum Gesundheitsressort sollen beispielsweise auch Bildungs-, Arbeits- und Familiensektor ihre Policies an die WHO-Vorgaben anpassen. In Punkt VII unterstreicht die Erklärung von Alma-Ata die Wichtigkeit von Policies und Strategien um Primary Health in die bestehenden nationalen Gesundheitssysteme nachhaltig einzubauen (vgl. WHO, Declaration of Alma Ata 1978<sup>2</sup>). Die Eigenverantwortlichkeit der BürgerInnen, unterstützt durch Ressourcen des Staates, gilt als Grundidee für Primary Health Care.

---

<sup>2</sup> WHO. (1978). Declaration of Alma Ata. International Conference on Primary Health Care 6. - 12. September 1978. Abgerufen am 14. Februar 2010 von: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)

### **3.1.2 Die Ottawa Charta**

Am 21. November 1986 fand in Ottawa die erste Internationale Konferenz für Gesundheitsförderung statt. Die Gesundheitsförderung zielt auf ein höheres Maß an Selbstbestimmung hinsichtlich Gesundheit ab, und versucht die Menschen zu einer Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Gesundheit wird dabei nicht als vorrangiges Lebensziel, sondern als wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens verstanden. Wie bereits in der Erklärung von Alma Ata festgehalten, zeigt eine ganzheitliche Betrachtung von Gesundheitsförderung, dass die Verantwortung nicht allein dem Gesundheitssektor zukommt, sondern auch in anderen Politikbereichen liegt, die die Entwicklung gesünderer Lebensweisen beeinflussen können. Ein koordiniertes Zusammenwirken von Regierung, Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektoren sowie nichtstaatlicher Organisationen ist nötig um *Gesundheit für alle* zu ermöglichen.

Grundlegende Voraussetzungen wie Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Chancengleichheit und soziale Gerechtigkeit, müssen erfüllt sein, um Gesundheit, wie sie von der WHO definiert wird, zu ermöglichen.

Gesundheitsförderung versucht soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern und eine Befähigung zur größtmöglichen Umsetzung des eigenen Gesundheitspotenzials zu ermöglichen (vgl. WHO, Ottawa Charta for Health Promotion 1986<sup>3</sup>).

### **3.1.3 Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert**

20 Jahre nach der Erklärung von Alma-Ata und 11 Jahre nach der Ottawa Charta fand die dritte richtungsweisende Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Jakarta statt.

Aufbauend auf der Erklärung von Alma-Ata und der Ottawa Charta wird Gesundheitsförderung als Schlüsselinvestition für die Zukunft gesehen.

Bezugnehmend auf die gesellschaftspolitischen Veränderungen setzt sich die Jakarta

---

<sup>3</sup> WHO. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung 21. November 1986. Abgerufen am 12. Februar 2010 von [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)

Erklärung mit neuen Herausforderungen auseinander. Vor allem das Auftreten von Infektionskrankheiten sowie der Anstieg im Bereich psychischer Gesundheitsprobleme rücken in den Vordergrund und verlangen nach neuen Ansätzen der Gesundheitsförderung. Die Bevölkerung mit einzubeziehen ist unerlässlich. Für die Wirksamkeit von gesundheitsfördernden Entscheidungen müssen die Menschen in den Blickpunkt gerückt werden. Der Zugang zu Bildung und Information ist dabei ein unabdingbares Schlüsselement.

Im 21. Jahrhundert benötigt die Gesundheitsförderung „Festigung und Ausbau von Partnerschaften für Gesundheit“ (vgl. WHO, Jakarta Erklärung 1997<sup>4</sup>). Dabei muss sichergestellt werden, dass die entsprechende Infrastruktur vorhanden ist, um Informationsnetzwerke zu bilden und Menschen zu befähigen ihre Gesundheit selbst beeinflussen zu können.

### **3.2 Gesundheitspolitik im Rahmen der Europäischen Union**

In der Europäischen Gemeinschaft herrschte in den Bereichen der Sozial- und Gesundheitspolitik ein vergleichsweise niedriger Grad von Vergemeinschaftung. Trotzdem wurden in den letzten Jahrzehnten zahlreiche EU-weite Strategien zur Bekämpfung weit verbreiteter Krankheiten entwickelt. Die ersten Jahre der EG waren vor allem durch wirtschaftspolitische Zusammenarbeit gekennzeichnet, gesundheitspolitische Aspekte waren nicht oder nur indirekt durch andere Politikfelder geregelt. Ab den 80er Jahren gewann die sozial- und gesundheitspolitische Seite jedoch an Gewicht. Es gibt zwar bis heute keine einheitliche Gesundheitspolitik der Europäischen Union, dennoch ist im Lauf der Entwicklung eine Art Mosaik, mit einer Vielzahl gesundheitspolitischer Maßnahmen, entstanden (vgl. Von Schwanenflügel 1996: 10-19).

---

<sup>4</sup> WHO. (1997). Jakarta Erklärung. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung 21.-25. Juli 1997. Abgerufen am 12. Februar 2010 von [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta\\_declaration\\_german.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_german.pdf)

### 3.2.1 Bisherige Entwicklung

In den Gründungsverträgen der EG (EGKS, EURATOM, EWG) stehen die wirtschaftlichen Verknüpfungen und Ziele der Mitgliedstaaten im Vordergrund. Wie oben erwähnt, ist die soziale Dimension nur im Zusammenhang mit anderen Politikfeldern feststellbar, z.B. innerhalb der Arbeitsmarktpolitik. Gesundheitspolitik fällt somit fast gänzlich in die Zuständigkeit der einzelnen Mitgliedstaaten (vgl. Berg 1997: 82-89).

Beim Gipfeltreffen der Staats- und Regierungschefs 1972 in Paris wurden erstmals auch soziale Ziele definiert, wie z.B. die Angleichung der Lebensbedingungen und die Verbesserung der Lebensqualität in den einzelnen Mitgliedstaaten.

Eine entscheidende Phase für die europäische Gesundheitspolitik war die Umsetzung des Vertrags von Maastricht Titel X „Gesundheitswesen“ (nach Vertrag von Amsterdam Titel XIII). Artikel 129 (jetzt Art. 152) befugt die EG erstmals zu Zusammenarbeit und Unterstützung hinsichtlich „Sicherstellung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus“ (vgl. EGV: 1993<sup>5</sup>) in den Mitgliedsstaaten. Kernbereiche der Koordinierung und Zusammenarbeit sind die Verhütung von (schwerwiegenden) Krankheiten sowie das Problem der Drogenabhängigkeit. Förderung von Gesundheitsinformation und -erziehung steht dabei im Vordergrund. Aktivitäten und Maßnahmen der EU-Institutionen sind jedoch beschränkt auf Koordination bzw. Harmonisierung von nationalstaatlichen Policies.

*Public health policy as such, except where the Treaties provide otherwise, is the responsibility of the Member States (Beschluss des Ministerrates 1993, zi. nach Hervey 2002: 27).*

In diesem Beschluss des Ministerrats von 1993 wurden vier Kriterien festgelegt, nach denen die Europäische Gemeinschaft politisch aktiv wird. Erstens muss es sich um ein signifikantes Gesundheitsproblem handeln, bei dem präventives Handeln als sinnvoll und zielführend erachtet wird. Zweitens muss die geplante bzw. vorgeschlagene Aktivität andere EG-Policies unterstützen und darf deren Durchführbarkeit nicht beeinträchtigen. Als dritter Punkt gilt die Vereinbarkeit mit internationalen Richtlinien, zum Beispiel die Vorgaben der WHO, um die Kooperation der EG mit

---

<sup>5</sup> Vertrag über die Europäische Gemeinschaft.

anderen internationalen Partnern nicht zu gefährden. Der letzte Punkt bezieht sich auf das Subsidiaritätsprinzip der EG (Art. 5 EG). Das bedeutet, dass das Eingreifen der EG nur dann erfolgt, wenn die Aufgabe von einem Mitgliedstaat (MST) alleine nicht bewältigbar ist, bzw. die Koordination der Aktivitäten zwischen den MSTen nötig ist, zum Beispiel aus Kosten- oder Durchführbarkeitsgründen. Dieser Beschluss des Ministerrats von 1993 wurde in den darauf folgenden Jahren durch Aktionsprogramme der EG verstärkt. Ein solches Programm bezieht sich auf Gesundheitsförderung und -information im Bereich *Public Health*. Durch ein beschränktes Budget musste man sich auf gewisse Bereiche festlegen, in denen diese Aktionsprogramme durchgeführt werden konnten. Acht Public Health Programme der EG wurden Mitte bis Ende der 90er Jahre eingeführt. Dabei handelte es sich um Strategien im Bereich Gesundheitsbewusstsein, Information und Ausbildung; Krebs; AIDS und andere ansteckende Krankheiten; Drogenabhängigkeit; Gesundheitsüberwachung; Umweltverschmutzungs-bezogene Krankheiten; seltene Krankheiten und Unfallvermeidung. Im Laufe der Zeit wurde neben den Präventionsaktivitäten auch vermehrt Bewusstseinsänderung - mit dem Ziel eine allgemeine Stärkung der Gesundheit zu erreichen - in die Programme der EG eingearbeitet (vgl. Hervey 2002: 23-57).

Auch durch den Vertrag von Lissabon, der mit 1. Dezember 2009 in Kraft getreten ist, kommt es in der Gesundheitspolitik zu keinen supranationalen Normen. Es werden jedoch die Mitgliedsstaaten hinsichtlich Formulierung, Festlegung und Umsetzung der Gesundheitspolitik in die Verantwortung genommen. Die Union ergänzt mit ihren Tätigkeiten die Politik der Mitgliedsstaaten zur Verbesserung der Gesundheit in der Bevölkerung sowie zur Vermeidung von Krankheiten (vgl. EU, Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union 2008: 132), die auch für die Österreichische Gesundheitspolitik richtungsweisend sind.

Der Europäischen Union kommt demnach zwar eine *Gesundheitskompetenz* zu, es kann jedoch nicht von einer umfassenden gesundheitspolitischen Zuständigkeit die Rede sein (vgl. Hybasek 2001: 46-61).

### 3.2.2 Öffentliche Gesundheit – *Public Health* auf EU-Ebene im Bereich HIV/AIDS

*Public Health* stellt den Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung in den Vordergrund. Prävention ist dabei ein Kernelement. Neben einem gewünschten hohen Gesundheitsschutzniveau finden auch Vorsorge und Selbstbestimmung Eingang in die gesundheitspolitischen Überlegungen. *Public Health* baut auf dem Ansatz der Gesundheitsvorsorge auf. Das Konzept der Vermittlung von Fertigkeiten und Wissen in Bezug auf gesunde Lebensweisen, zielt auf höhere individuelle Verantwortung ab. So entsteht im Rahmen der erwähnten EG-Richtlinien eine Reihe von Strategien zur Bekämpfung von Krankheiten. 1989 wurde zum Beispiel das Programm „Europa gegen AIDS“ initiiert. Dabei wurde darauf geachtet, dass die Zuständigkeit bei der Bekämpfung von HIV/AIDS im Bereich der Mitgliedstaaten bleibt, die EG zielte jedoch verstärkt auf Kooperation und Koordination nationalstaatlicher Aktivitäten ab. Anfang der 90er Jahre ist der Erfahrungsaustausch vor allem in den Bereichen Aufklärung, Gesundheitserziehung, Epidemiologie, In-vitro-Immunologie sowie der Behandlung von Infizierten bereits Teil des politischen Umgangs mit HIV/AIDS (vgl. Von Schwanenflügel 1996: 10-19).

Durch nachfolgende Aktionsprogramme wurde die Strategie „Europa gegen AIDS“ regelmäßig verlängert und an die Gegebenheiten angepasst. Gemeinschaftsmaßnahmen im Bereich Prävention, Monitoring, Information sowie Betreuung von HIV positiven Menschen und AIDS-Kranken wurden getroffen (vgl. Kamp 1996<sup>6</sup>). Außerdem wurden verstärkt nicht-staatliche Organisationen zur Durchführung der Kernelemente mit einbezogen, um eine bessere Basisarbeit zu ermöglichen.

In den Jahren 2006 bis 2009 wurde von der Europäischen Kommission eine Strategie für den Kampf gegen AIDS entwickelt. Mit der Verlängerung des Strategiepapiers zur Bekämpfung von HIV/AIDS in der EU und den Nachbarländern von 2009 bis 2013 wurde erneut auf die immense Bedeutung von geschlossenem politischem Engagement, starker Einbindung der Zivilgesellschaft (auch auf europäischer Ebene)

---

<sup>6</sup> Kamp, Wolfgang (1996): Gesundheitsförderung in Europa: Beispiel für die Dynamik der Integration, in: Deutsches Ärzteblatt. Abgerufen am 7. April 2010 von <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=1462>

sowie zentralisierter Datenerfassung durch das ECDC<sup>7</sup> hingewiesen. Die darin definierten Ziele sind: Minimierung von Neuinfektionen, Zugang zu Prävention, Behandlung und Versorgung für alle BürgerInnen sowie Verbesserung der Lebensqualität von Betroffenen. Androulla Vassiliou, Kommissarin für Gesundheit von 2008 bis Februar 2010, unterstreicht die enorme Bedeutung dieser Strategie für die Europäische Union und ihre Mitgliedsstaaten.

*Wir müssen weiterhin politische Impulse zur HIV/Aids-Bekämpfung geben. Wir müssen an die Menschen appellieren, Verantwortung für sich und ihre Partner zu übernehmen, das heißt, Gespräche über risikoarmes Verhalten zu führen, Safer Sex zu praktizieren und sich dem HIV-Test zu unterziehen. Gleichzeitig sind jedoch die Achtung der Menschenrechte und die Nichtdiskriminierung von Menschen, die mit HIV/Aids leben, zu gewährleisten. Zur Behandlung von HIV-Infektionen stehen heute therapeutische Möglichkeiten zur Verfügung, die den Ausbruch von Aids viele Jahre hinausschieben können (Vassiliou zitiert in Press releases Rapid 2009<sup>8</sup>).*

### **3.3 Demographische Verbreitung von HIV/AIDS**

Über 60 Millionen Menschen haben sich bisher weltweit mit dem HI-Virus infiziert. Seit dem Ausbruch der Krankheit in den 80er Jahren sind bereits 25 Millionen Menschen an AIDS gestorben. Laut dem AIDS Epidemic Update 2009 der UNAIDS leben heute weltweit über 33,4 Millionen Menschen mit dem HI-Virus. Das bedeutet einen 20 prozentigen Anstieg von HIV-Infektionen seit der Jahrtausendwende und eine Verdreifachung der Prävalenz weltweit seit 1990. Der Höhepunkt der Neuinfektionen wurde im Jahre 1996 mit ca. 3,5 Millionen erreicht. Im Jahr 2008 ist die Zahl der Neu-Ansteckungen zwar um ca. 30 Prozent geringer, jedoch mit ca. 2,4 bis 3 Millionen Neuinfektionen immer noch drastisch.

Durch zahlreiche internationale Präventionsprogramme und Strategien gegen AIDS

---

<sup>7</sup> European Centre for Disease Prevention and Control.

<sup>8</sup> Vassiliou, Androulla (2009). Strategie zur HIV/Aids-Bekämpfung in der EU und den Nachbarländern für den Zeitraum 2009-2013. Abgerufen am 24. September 2010 von <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/09/1583&format=HTML&aged=0&language=DE>

konnte die Anzahl der Neuinfektionen sowie der an AIDS Verstorbenen<sup>9</sup> insgesamt reduziert werden. Südlich der Sahara, in der am stärksten betroffenen Region, sinkt die Zahl der Neuinfektionen, im Gegensatz zu den Regionen in Osteuropa und Zentralasien, wo die Rate der HIV Neuinfektionen weltweit am Höchsten ist (vgl. UNAIDS, AIDS Epidemic Update 2009<sup>10</sup>). Die Anzahl der Menschen, die mit dem HI-Virus leben, ist weltweit im Steigen. Dies ist unter anderem auf neue therapeutische Behandlungsmethoden zurückzuführen.

### 3.4 HIV in Europa

Entsprechend der Einteilung Europas durch die WHO (West, Zentral und Ost<sup>11</sup>) wurden 2006 in 50 von 53 Ländern 86.912 Neuinfektionen registriert. Die höchsten Raten erreichen hierbei mit 69 Prozent die Regionen im Osten Europas<sup>12</sup>.

In der Europäischen Union wurden im selben Jahr 26.220 Neuinfektionen (30 Prozent) gemeldet<sup>13</sup>. Hauptrisiko innerhalb der EU ist die sexuelle Übertragung. 171,685 Personen wurden durch hetero- oder homosexuellen Sexualverkehr angesteckt, *nur* 33.393 Personen durch intravenösen Drogenkonsum. Im selben Zeitraum wurden im Osten Europas (WHO-Einteilung) 284.832 Personen durch verunreinigte Spritzen infiziert.

Die Europäische Union besteht aus 27 Mitgliedsstaaten, wovon sich laut WHO-Einteilung sechzehn Länder im Westen, drei im Osten und acht in Zentraleuropa befinden. Aufgrund dieser Ausgangslage liegt der Schwerpunkt der epidemiologischen Untersuchung durch EuroHIV auf den Daten der west- und zentraleuropäischen Staaten.

---

<sup>9</sup> Höhepunkt der AIDS-Todesfälle 2004 (ca. 2,2 Millionen); Todesfälle durch AIDS und AIDS definierte Krankheiten 2008 um 10 Prozent niedriger als 2004 (vgl. UNAIDS, AIDS Epidemic Update 2009).

<sup>10</sup> UNAIDS (2009). AIDS Epidemic Update 2009. Abgerufen am 03. 03 2010 von [http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1700\\_Epi\\_Update\\_2009\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1700_Epi_Update_2009_en.pdf)

<sup>11</sup> West: Andorra, Österreich, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Island, Irland, Israel, Italien, Luxemburg, Malta, Monaco, Niederlande, Norwegen, Portugal, San Marion, Schweden, Schweiz, Großbritannien

Zentral: Albanien, Bosnien & Herzegowina, Bulgarien, Kroatien, Zypern, Tschechische Republik, Ungarn, Mazedonien, Montenegro, Polen, Rumänien, Serbien, Slowakei, Slowenien, Türkei

Ost: Armenien, Azerbaijan, Belarus, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgistan, Lettland, Litauen, Moldawien, Russische Föderation, Tadschikistan, Ukraine, Usbekistan

<sup>12</sup> Osten: 69 Prozent = 59.866 Neuinfektionen, Westen 29 Prozent = 25.241 Neuinfektionen, Zentral: 2 Prozent 1.805 Neuinfektionen)

<sup>13</sup> Italien und Spanien verfügen über kein nationales HIV-Meldesystem, sind deshalb nicht enthalten.



Elf Prozent der Neuinfektionen betreffen Jugendliche zwischen 15 und 24 Jahren, 34 Prozent Frauen. Mit 53 Prozent erweist sich heterosexueller Geschlechtsverkehr als der Hauptübertragungsweg von HIV innerhalb der EU<sup>14</sup>.

Das Wissen um die Übertragungswege ist für die Regionen sehr wichtig, da nur so spezifische Präventionsmaßnahmen gesetzt werden können. Verschiedene Handlungsweisen ergeben sich für die einzelnen Nationalstaaten, als auch für die Europäische Union. Für die Länder im Osten ist es vor allem wichtig im Bereich HIV und i.v. Drogengebrauch Schritte zu setzen, um die rasante Verbreitung zu stoppen und das Überschwappen auf andere Übertragungswege zu vermeiden. In Zentral- und Westeuropa ist eine Adaptierung der Strategien an die neuen Herausforderung unumgänglich. Maßnahmen im Präventionsbereich müssen gesetzt, Strategien für neue Risikogruppen erstellt, und Behandlungs- und Betreuungsangebote an die gesundheitspolitischen Gegebenheiten angepasst werden. Der freie Zugang zu Testangeboten sowie Beratungsstellen muss in allen Regionen Europas und weltweit forciert werden, um eine weitere Verbreitung der Epidemie verhindern zu können (EuroHIV 2006<sup>15</sup>).

### **3.5 Die Geschichte der medikamentösen Behandlung von HIV/AIDS**

#### **3.5.1 Definition von HIV und AIDS**

HIV bedeutet *Human Immunodeficiency Virus*. Dieser Virus nistet sich in die Wirtszellen der Menschen ein, reproduziert sich dort und schwächt das menschliche Immunsystem (vgl. Gradl 2009: 9).

AIDS ist das *Acquired Immune Deficiency Syndrome*, zu Deutsch das erworbene Immunschwächesyndrom. AIDS wird durch den HI-Virus hervorgerufen. Durch die Schwächung des Immunsystems kann sich der Körper nicht mehr gegen Krankheitserreger wehren. Vom Vollbild AIDS spricht man, wenn opportunistische Krankheiten, wie zum Beispiel PCP, eine spezielle Art der Lungenentzündung oder

---

<sup>14</sup> Heterosexuell: 53 Prozent = 10.489 Neuinfektionen; Homosexuell: 37 Prozent = 7.223 Neuinfektionen; i.v. Drogengebrauch: 9 Prozent = 1713 Neuinfektionen; Rest: Mutter-Kinder Übertragung, Bluttransfusion, ...)

<sup>15</sup> EuroHIV (2006). HIV/AIDS Surveillance in Europe. Abgerufen am 23. August 2010 von [http://www.eurohiv.org/reports/report\\_75/pdf/report\\_eurohiv\\_75.pdf](http://www.eurohiv.org/reports/report_75/pdf/report_eurohiv_75.pdf)

Leberzirrhosen auftreten (vgl. Gradl 2009: 9, Aids Statistik 2010).

Es gibt eine Einteilung der Stadien einer HIV-Infektion nach der CDC<sup>16</sup>-Klassifikation von 1993. Für die Einteilung in Kategorien wird die CD4-Zellzahl herangezogen. Der Abfall der CD4-Zellen<sup>17</sup> bestimmt den Grad der Erkrankung. Meist kommt es direkt nach der Infektion zu einem rapiden Rückgang der Zellen, sie erholen sich jedoch nach einigen Monaten wieder, um dann im weiteren Verlauf der Erkrankung allmählich wieder abzufallen. Unter einem CD4-Wert von 200 muss zunehmend mit dem Ausbruch von AIDS-definierenden Krankheiten gerechnet werden (Hoffmann et al. 2010: 10-25).

**Abbildung 2: Einteilung der HIV-Infektion nach CDC-Klassifikation von 1993**

<b>Klinik/CD-Zellen</b>	<b>Asymptomatisch oder akute HIV-Krankheit</b>	<b>Symptomatisch, aber nicht A oder C</b>	<b>AIDS-Erkrankungen</b>
>500/µl	A1	B1	C1
200 - 499/µl	A2	B2	C2
< 200/µl/td>	A3	B3	C3

Quelle: Hoffmann et al. 2010: 18

Bei der Kategorie A, also einer CD4-Zellzahl über 500/µl spricht man von einer asymptomatischen HIV-Infektion. Symptome nach der ersten Phase der Infektion sind relativ unspezifisch, und erschweren eine HIV-Diagnose<sup>18</sup>.

In die Kategorie B fallen Krankheitssymptome, die nicht der Kategorie C zuzuordnen sind, also nicht AIDS-definierend, aber trotzdem auf eine HIV-Infektion zurückzuführen sind und auf eine Störung der zellulären Immunabwehr hinweisen<sup>19</sup>.

Bei Kategorie C spricht man von AIDS-definierenden Erkrankungen, d.h. der/die Betroffene befindet sich im Krankheitsvollbild AIDS.<sup>20</sup>

<sup>16</sup> Center for Disease Control and Prevention.

<sup>17</sup> CD4-Zellen sind Helferzellen des Immunsystems.

<sup>18</sup> Symptome sind Lymphknotenschwellung, Fieber, persistierende generalisierte Lymphadenopathie.

<sup>19</sup> Krankheitssymptome sind zum Beispiel: bazilläre Angiomatose, Entzündungen des kleinen Beckens, Herpes Zoster, Orale Haarleukoplakie, uvm.

<sup>20</sup> Erkrankungen wie zum Beispiel: Candidose von Bronchien, Trachea oder Lungen; Herpes simplex-Infektionen, Tuberkulose, uvm.

### 3.5.2 Die Rolle der Medizin

Zwei Jahre nach Auftreten der ersten AIDS-Fälle in den USA konnte 1983/84 erstmals die Ursache der Immunschwäche identifiziert werden – das HI-Virus<sup>21</sup>. Als man die Ursache der Krankheit entdeckt hatte, wurden erste Schritte zur Früherkennung der Krankheit gesetzt. Es wurden erste Antikörpertests entwickelt, die bereits 1985 durchgeführt werden konnten. Zur selben Zeit wurde intensiv nach einer medikamentösen Behandlung geforscht, die das HI-Virus unterdrücken sollte. 1987 kam AZT (Handelsname Retrovir®) auf den Markt. Bei dieser antiretroviralen Substanz handelt es sich um einen sogenannten NRTI („nukleosidischen Reverse Transkriptase Inhibitor“), dessen Wirkstoff das Umschreiben von HIV-Erbgut von RNA in DNA hemmt. Medikamente dieser Substanzklasse beherrschten bis Anfang der 90er Jahre den Markt, obwohl der erhoffte Durchbruch ausblieb. Festzustellen war jedoch bereits, dass eine Kombination aus zwei NRTIs bessere Ergebnisse brachte als eine Monotherapie.

1995/96 kamen drei Proteaseinhibitoren (PIs) auf den Markt, die die Blockade eines speziellen Enzyms des HI-Virus ermöglichten. Das Besondere daran ist, dass durch diese PIs keine neuen infektiösen Viren entstehen können. Für die Weiterentwicklung der HIV-Therapie gelten die 3. CROI (Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections) sowie die Internationale AIDS Konferenz 1996 als richtungsweisend. Auf diesen Konferenzen wurden erstmals die Erfolge von einer Kombinationstherapie aus mehreren Substanzen durch Studien belegt.

Das HI-Virus charakterisiert sich durch seine außerordentlich hohe Anpassungs- und Wandlungsfähigkeit. Bei einer Monotherapie kommt es daher oftmals zu Resistenzen. Durch die Kombinationstherapie kann eine Mutation des HI-Virus unterbunden werden. Daher hat sich bis heute dieses Konzept durchgesetzt. Mit NNRTI (nicht nukleosidische Reverse Transkriptase Inhibitor) kam dann zusätzlich eine dritte Medikamentenklasse auf den Markt, die das Umschreiben von HIV-RNA in HIV-DNA verhindert.

Im Jahr 2003 kam eine weitere Substanzklasse mit einem Fusionsinhibitor hinzu, die

---

<sup>21</sup> Der Virus wurde zeitgleich von Luc Montagnier und Robert Gallo entdeckt. Lange Zeit herrschte Streit zwischen den Wissenschaftlern wer den Virus als erstes identifizieren konnte, man einigte sich auf einen Kompromiss: eine einheitliche Darstellung des Wissenschaftsprozesses (vgl. Geene 2001:108-110).

die Bindung der Viren an die Zielzelle verhindert. Ein weiterer Meilenstein wurde 2007/08 erreicht, als erneut innovative Wirkstoffklassen zugelassen wurden. Dabei handelt es sich um einen Integraseinhibitor, der verhindert, dass sich HIV-DNA in das menschliche Erbgut verfestigt, und einen Korezeptorantagonist, der den Eintritt von HI-Viren in die Zellen hemmt.

Vor allem für die Betroffenen gilt die Entwicklung einer kompletten Kombinationstherapie in Form einer einzigen Tablette als großer Durchbruch. Bisher stellte die regelmäßige Einnahme der Medikamente eine große Herausforderung für die Betroffenen dar. Neben zahlreichen Nebenwirkungen durch die relativ hohe Dosierung, wie z.B. Magen- und Darmbeschwerden, Fieber, Veränderungen des Hautbildes, dem Auftreten des Lipodystrophiesyndrom<sup>22</sup>, stellte die Einnahme von bis zu 24 Tabletten täglich eine hohe psychische Belastung dar.

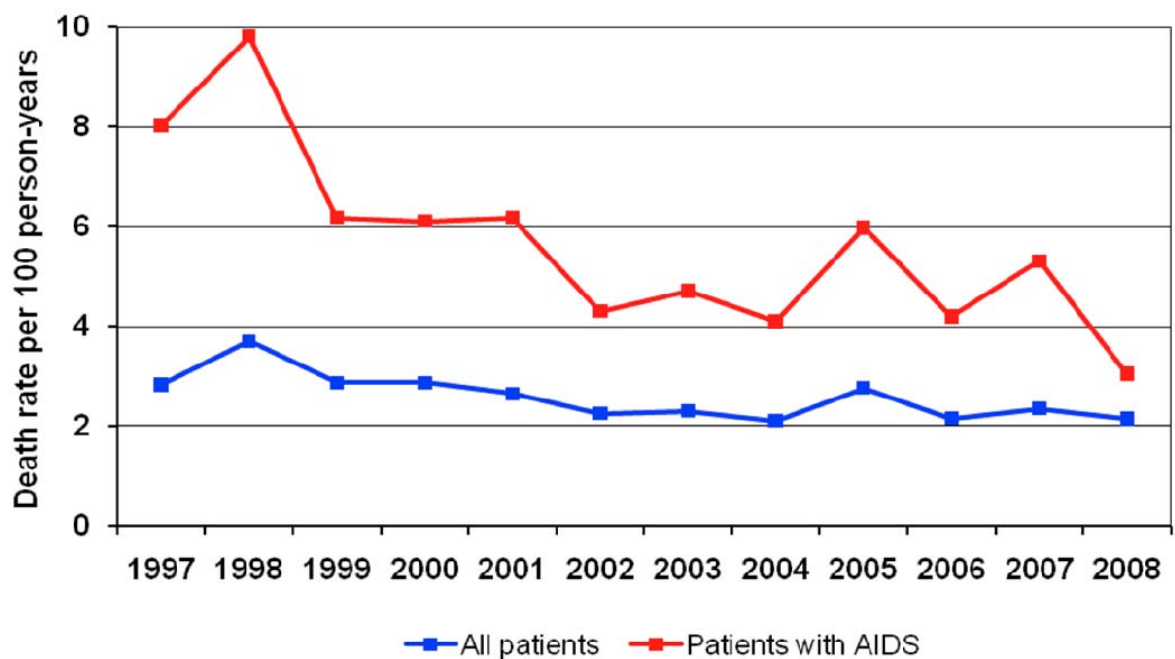
Heute stehen Menschen, die sich in Behandlung befinden, bis zu 30 Einzel- bzw. Kombinationspräparate zur Verfügung. Die Einstellung auf die Kombinationstherapie ist jedoch nicht einfach und wird oft von den genannten Nebenwirkungen begleitet. Für die exakte Einstellung der Therapie ist ein vertrauensvolles Verhältnis zum behandelnden Arzt sehr wichtig. Nichtsdestotrotz haben sich durch die kontinuierliche Weiterentwicklung der HIV-Therapie haben sich Lebenserwartung sowie Lebensqualität der Betroffenen erheblich verbessert. Dennoch darf nicht vergessen werden, dass HIV/AIDS nach wie vor eine unheilbare Krankheit ist. HIV positive und an AIDS erkrankte Menschen müssen sich lebenslang einer Therapie unterziehen, die die genannte Dauermedikation sowie zahlreiche Nebenwirkungen mit sich bringt. Das heißt obwohl die Entwicklung der HIV-Therapie sehr rasch voran geschritten ist und sich in der Entwicklung der Medikamente viel getan hat, ist nach beinahe drei Jahrzehnten Forschung noch immer keine Heilungsmöglichkeit in Sicht (vgl. Leichsenring 2010: 8-10).

---

<sup>22</sup> Fettverteilungsstörung: Fettabnahme bei Armen, Beinen und im Gesicht einerseits, Fettanlagerung am Bauch sowie im Nackenbereich.

Wie folgende Grafik zeigt, ist in Österreich seit Einführung der antiretroviralen Kombinationstherapie die Mortalität stark gesunken. 1995 betrug die Sterblichkeit noch 25,6 Prozent bei Männern und 25,4 Prozent bei Frauen. In den letzten Jahren gingen die Todesfälle auf 10 Prozent bei Männern und 5 Prozent bei Frauen zurück (vgl. Schmied 2010a).

**Abbildung 3: Mortalitätsrate 1997 - 2008**



Quelle: Grafik von Schmied, Vortrag APA-JournalistInnenseminar 10.06.2010

Die Expertise der Medizin spielte nach dem ersten Auftreten von HIV/AIDS eine wichtige Rolle. Nach der Entdeckung des Virus wurden große Hoffnungen in die baldige Entwicklung eines Impfstoffes oder heilender Medikamente gesetzt. Leider konnten diese Erwartungen bis heute nicht erfüllt werden. Trotzdem brachte die stetige Forschung und Neuentwicklung von Medikamenten große Fortschritte für die PatientInnen. Medizinische ExpertInnen spielen in Österreich seit jeher eine wichtige Rolle in der Gesundheitspolitik. Auch in der AIDS-Politik sind ExpertInnen in Entscheidungsgremien auf allen Ebenen vertreten<sup>23</sup>. Dennoch haben sie ihre Vormachtstellung in Bezug auf die AIDS-Politik verloren und müssen den eventuellen

<sup>23</sup> ExpertInnen sind zum Beispiel in der AIDS-Kommission (Beratungsorgan des Gesundheitsministeriums), in Beratungsstellen und in den medizinischen Behandlungszentren vertreten.

Einfluss mit anderen Akteuren, wie zum Beispiel den AIDS-Hilfen teilen, beziehungsweise ihren Einfluss über nicht-staatliche Organisationen geltend machen. Generell ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche, möglichst effektive AIDS-Politik die enge Kooperation zwischen den beteiligten nicht-staatlichen Akteuren und der Politik.

Wie bereits erwähnt ist es für Nationalstaaten sehr wichtig die Epidemiologie einer Krankheit zu kennen. Effektive medizinische und politische Aktionen können nur getätigt werden, wenn Verhaltensmuster, Auswirkungen und Umgang mit der Krankheit bekannt sind, das heißt, wenn epidemiologische Daten als Grundlage von politischen Aktionen und Reaktionen zur Verfügung stehen (vgl. UNAIDS, AIDS Epidemic Update 2009). In Österreich beispielsweise gibt es zurzeit sieben HIV/AIDS spezifische Behandlungszentren<sup>24</sup>.

Seit 2001 - wird initiiert durch VertreterInnen von den HIV-Behandlungszentren in Österreich - eine *Österreichische HIV-Kohortenstudie* (ÖHIVKOS) durchgeführt. Ziele dieser Studie sind die Optimierung des Patientenmanagements, Qualitätssicherung, die Verbesserung der Epidemiologischen Erfassung der HIV-Infektionen sowie die Erleichterung der Durchführung von Forschungsprojekten. Die Grundlage der HIV-Kohortenstudie bildet das HIV-Patienten Management System. Die HIV-Zentren geben ihre Daten elektronisch in diese Datenbank ein. Voraussetzung für die Verwendung der PatientInnendaten ist Anonymität. Folgende Daten stammen aus der Kohortenstudie von 2009 (vgl. Zangerle et al. 2009: 6-125): Schätzungen für die Anzahl von mit dem HI-Virus lebenden Personen in Österreich belaufen sich laut Kohortenstudie auf 6000. Dabei ist eine Dunkelziffer zu addieren, da Positive, die noch nicht in einem der teilnehmenden Behandlungszentren waren, beziehungsweise (noch) nichts von ihrer Infektion wissen, nicht in den Daten der Kohortenstudie aufscheinen.

Das durchschnittliche Alter der PatientInnen, die in der Kohortenstudie erfasst wurden, beträgt 43,2 Jahre. Unterschiede nach Bundesländern lassen sich dabei kaum feststellen. Der Median liegt 2009 bei 42,9 Jahren, das bedeutet einen Anstieg von 3

---

<sup>24</sup> AKH Wien, Otto-Wagner Spital Wien, AKH Linz, LKH Innsbruck und LKH Graz West, seit 2008 auch das LKH Salzburg und das LKH Klagenfurt.

Jahren verglichen zum Median von 39,3 im Jahr 1992. 7,9 Prozent der KohortenteilnehmerInnen sind heute älter als 60 Jahre, 24,4 Prozent älter als 50 Jahre. Diese Entwicklung spiegelt die erfolgreiche Weiterentwicklung der Medikamente im Bereich HIV/AIDS wieder. Vor allem seit Einführung der antiretroviralen Kombinationstherapie ist die Mortalitätsrate deutlich gesunken. Ein positives Testergebnis führt nicht mehr - wie in den 1980er und frühen 1990er Jahren - innerhalb von wenigen Jahren zum Tod, sondern kann die Menschen über mehrere Jahrzehnte begleiten.

Das Bundesministerium für Gesundheit finanziert die Kohortenstudie, um dem internationalen Standard der Datenerhebung gerecht zu werden. Auch für die AIDS-Hilfen stellt diese Studie eine wichtige Grundlage für die Entwicklung neuer Konzepte in den Bereichen Prävention und Beratung dar (vgl. Interview Dirnberger 2010).

Was die konkrete Betreuung anbelangt, so gibt es zusätzlich zu den Behandlungszentren in den Landeskrankenhäusern auch ein Betreuungsnetzwerk aus AllgemeinmedizinerInnen, FachärztInnen und Pflegeorganisationen, die HIV positiven bzw. AIDS kranken Menschen zur Verfügung stehen (vgl. Steflitsch 2010<sup>25</sup>). Leider ist die diesbezügliche Auswahl für die PatientInnen in Österreich sehr gering. So beklagt Wiltrut Stefanek, Obfrau des Selbsthilfevereins PULSHIV, die hohe Diskriminierungsrate von Betroffenen durch medizinisches Personal und die immer wieder auftretende Behandlungsverweigerung durch Ärzte oder PflegerInnen (vgl. Interview Stefanek 2010).

---

<sup>25</sup> Steflitsch, Wolfgang (2010). MedMedia - Medical Opinion Network. Abgerufen am 27. August 2010 von [http://www.medmedia.at/medien/aerztekrone/artikel/2010/07/9821\\_13-10\\_HIV.php](http://www.medmedia.at/medien/aerztekrone/artikel/2010/07/9821_13-10_HIV.php)





## **4 HIV/AIDS in der österreichischen Gesundheitspolitik**

Wie in vielen westeuropäischen Ländern kam auch in Österreich durch die prekäre Situation in den ersten Jahren HIV/AIDS hohe Aufmerksamkeit zu. Die gesundheitspolitische Reaktion auf HIV/AIDS stellte in der österreichischen Gesundheitspolitik eine Besonderheit dar. Dies zeigte sich in erhöhter Ausgabenbereitschaft von Seiten der Politik sowie durch die Forcierung der Zusammenarbeit von staatlichen und nicht-staatlichen Organisationen. Regierung und Interessensgemeinschaften entwickelten gemeinsam innovative Strategien um auf die gesundheitlichen und gesundheitspolitischen Herausforderungen eingehen zu können (vgl. Rosenbrock et al. 2002: 25-70). In Österreich ist Gesundheitspolitik föderalistisch organisiert, doch im Bereich HIV/AIDS (vor allem im Bereich der Präventionspolitik) liegt die Entscheidungsgewalt beim Bund (vgl. Amort/Hammerschmid (1999: 5).

Zahlreiche Akteure wurden in den ersten Jahren nach Auftreten der Krankheit in den Politikprozess mit einbezogen wurden und gestalteten diesen aktiv mit. Die internationalen Akteure wie die WHO und die UNO spielen mit ihren Richtlinien und Empfehlungen – wie bereits erwähnt – eine wichtige Rolle in der österreichischen Gesundheitspolitik. Die Richtlinien der Europäischen Union können in den ersten Phasen der Entstehung der österreichischen AIDS-Politik noch außer Acht gelassen werden, da spezielle Programme für HIV/AIDS erst später entwickelt wurden und die Europäische Union sich vor allem auf die Harmonisierung der nationalstaatlichen Programme konzentriert. Bei einer Untersuchung der Präventionspolitik in 25 europäischen Ländern im Jahr 2001 wurde festgestellt, dass keiner der teilnehmenden Staaten einen Einfluss der EU (Weilandt et al. 2001: 39) auf den politischen Prozess ihres Landes spezifiziert. Trotzdem muss festgehalten werden, dass HIV/AIDS zu denjenigen politischen Themen zählt, die durch internationale Einflüsse, Konferenzen und Medien auf die politische Agenda Österreichs gesetzt wurde. Die Brisanz des Themas veranlasste das Ministerium für Gesundheit ExpertInnen und BeraterInnen für die Gestaltung des Politikprozesses zu Rate zu ziehen. Projektbezogen wurden auch andere Ministerien oder politische Untergruppen in die politische Diskussion mit

einbezogen. Angelpunkt und Schmelzriegel für Österreichische AIDS-Politik bildet jedoch das Bundesministerium für Gesundheit (vgl. Interview, Klein 2010).

Auf Seiten der Zivilgesellschaft gibt es zahlreiche Organisationen, die sich mit dem Thema HIV/AIDS beschäftigen. Das Aktionsbündnis gegen AIDS ist ein Netzwerk, das sich aus 43 Organisationen zusammen setzt, und sich vorrangig mit internationalen Projekten befasst. Auf nationaler Ebene sind – neben der Österreichischen AIDS-Gesellschaft (wissenschaftliche Fachgesellschaft für Forschung) – die AIDS-Hilfen Österreichs (AHÖ) die zivilgesellschaftlichen Hauptakteure in der AIDS-Politik. Medizinische ExpertInnen, sowie VertreterInnen der Homosexuellen Vereinigung arbeiten eng mit den MitarbeiterInnen der AIDS-Hilfen zusammen, um den von der Politik erteilten Auftrag zu erfüllen. Dabei steht vor allem Information, Aufklärung, Präventionsarbeit, Testung und Beratung im Mittelpunkt der Arbeit der AIDS-Hilfen. Sie bilden in ihrer Funktion eine Schnittstelle zwischen Betroffenen, HIV/AIDS-Behandlungszentren, Politik und Selbsthilfeorganisationen.

Die mediale Präsenz von HIV/AIDS war vor allem in den ersten beiden Perioden des Normalisierungsprozesses sehr stark. Der erste österreichische Bericht erschien 1982 im Kurier (Kurier 1982: 4). Zu dieser Zeit war noch von einer rätselhaften tödlichen Krankheit in den USA die Rede. Erst 1983 gelangten in Österreich die ersten Todesfälle in die Medien. Die Berichterstattung war durchaus ambivalent. Einerseits sprach man von leichter Übertragung und sicherem Tod, andererseits gab man Entwarnung, da die Krankheit nur durch Intimkontakte übertragbar sei, und nur bestimmte Risikogruppen betroffen wären. Ab 1985, ausgelöst durch den Tod des berühmten US-Schauspielers Rock Hudson, wurde auch medial verstärkt darauf eingegangen, dass HIV/AIDS eine Gefahr für alle Menschen darstellt und sich nicht nur innerhalb gewisser Bevölkerungsgruppen ausbreitet (vgl. Geene 2001: 117). Nach dem Aufschwung der Berichterstattung zwischen 1985 und 1987 flaute die themenbezogene mediale Aufmerksamkeit jedoch wieder stark ab. Bis heute konzentriert sich die Berichterstattung beinahe ausschließlich auf Events wie den Life Ball, den Welt-AIDS-Tag (vgl. Anrather 2008: 13-38) oder die Internationale AIDS Konferenz.

## 4.1 HIV/AIDS in Österreich

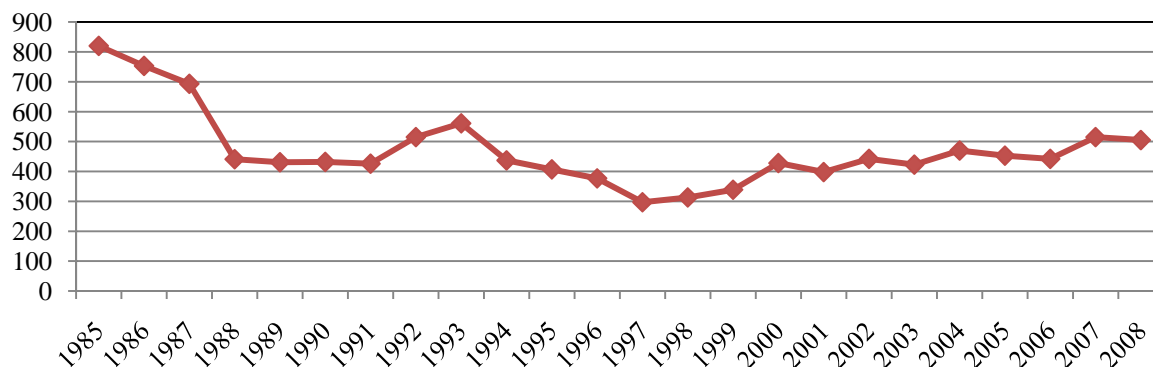
Rosenbrock spricht von drei zu erreichenden Zielen in der AIDS-Politik: Senkung der Anzahl der Neuinfektionen, Vermeidung der Diskriminierung von Betroffenen sowie bedarfsorientierte Pflege und Betreuung der Menschen mit HIV/AIDS. Um diese Ziele durchzusetzen, ist die Entwicklung und Implementierung von früh greifenden Strategien im Kampf gegen HIV/AIDS Voraussetzung. Wichtig ist die Berücksichtigung kultureller Unterschiede innerhalb der Personengruppen mit erhöhtem Risikoverhalten. Programme, die früh greifen tragen einen wichtigen Teil zur Präventionspolitik bei. Eine Früherkennung bei Neuinfizierten erleichtert die schnelle und effektive Reaktion. Die nationale AIDS-Politik muss in sich konsistent sein und durch die Bevölkerung, vor allem durch die Betroffenen selbst legitimiert sein. Eine Integration der Strategien in die politische Kultur ist Voraussetzung, um diese Ziele erreichen zu können (vgl. Rosenbrock/Schäffer 2003: 71-126).

Laut UNAIDS ist jeder Staat verantwortlich dafür, eine Strategie beziehungsweise einen nationalen Aktionsplan gegen HIV/AIDS zu entwickeln. Um mit speziellen Programmen auf die Situation der jeweiligen Region reagieren zu können, müssen Daten erhoben und analysiert werden. Die am stärksten betroffenen Gruppierungen, den Krankheitsverlauf und die Verbreitungswege von HIV/AIDS in einem Land zu erkennen, erleichtert die Aufgabe der nationalen Gesundheitspolitik. Präventionsstrategien können gezielter geplant werden, Testung für die richtigen Zielgruppen gefördert und Behandlungs- und Betreuungsangebote sinnvoll eingesetzt werden (vgl. UNAIDS, AIDS Epidemic Update 2009).

In Österreich sind zwischen 1983 und April 2010 bereits 2782 Menschen an AIDS erkrankt. Davon sind 1516 Patienten verstorben, das heißt zurzeit leben 1266 Menschen in Österreich, bei denen AIDS diagnostiziert wurde. Davon sind 33,9 Prozent Homo- und Bisexuell, 24,2 Prozent intravenöse Drogenbenutzer, 20,7 Prozent Heterosexuell und 0,9 Prozent durch die Übertragung von Mutter auf Kind betroffen. Über 78 Prozent der Betroffenen sind Männer. Beinahe die Hälfte der AIDS-Patienten hat ihren Lebensmittelpunkt in Wien, Oberösterreich hat die zweithöchste Prävalenz,

das Burgenland die Niedrigste.<sup>26</sup>

**Abbildung 4: HIV-Neuinfektionen in Österreich seit 1985**



Quelle: Grafik selbst erstellt, Daten zur Verfügung gestellt von der Aids Hilfe Wien 2010

Grob gesagt wird von 1-2 Neuinfektion täglich gesprochen. Im Jahr 2009 beispielsweise sind 507 Neuinfektionen gemeldet worden.<sup>27</sup> Was die Anzahl der mit HIV lebenden Personen in Österreich betrifft, so sind sich die zuständigen Organe nicht einig. Die Aids Hilfe Wien spricht von 12000 bis 15000 Positiven in Österreich (vgl. Aids Hilfe Wien 2010), das Bundesministerium für Gesundheit<sup>28</sup> sowie die Österreichische AIDS Gesellschaft setzen die Zahl mit ca. 9000 HIV infizierten Menschen deutlich niedriger an (vgl. Schmied 2010b). Grund für diese Diskrepanz sind die unterschiedliche Annahmen der Dunkelziffer<sup>29</sup>. Einig ist man sich jedoch darüber, dass die höchste prozentuelle Steigerung der Neuinfektionen die Gruppe der heterosexuellen Personen betrifft. Laut Statistik der Aids Hilfe Wien hat sich – mit 42 Prozent – diese Zahl seit 1998 beinahe verdoppelt (damals 27 Prozent). Mit 28,6

<sup>26</sup> Wien 47,7 Prozent, Burgenland 1,19 Prozent, Kärnten 2,59 Prozent, OÖ 16,75 Prozent, NÖ 6,26 Prozent, Salzburg 4,31 Prozent, Steiermark 6,61 Prozent, Tirol 10,06 Prozent und Vorarlberg 4,4,6 Prozent.

<sup>27</sup> Bei der Zahl der Neuinfektionen handelt es sich um Schätzungen, da die Meldung eines positiven HIV-Status nicht verpflichtend ist. Durch die Testangebote in verschiedenen Institutionen kann es außerdem zu Doppelzählungen kommen.

<sup>28</sup> Laut einer Anfragebeantwortung 2009 schätzt das BM für Gesundheit die Anzahl der HIV positiven Menschen in Österreich zwischen 6000 und 8500 (vgl. Stöger 2009).

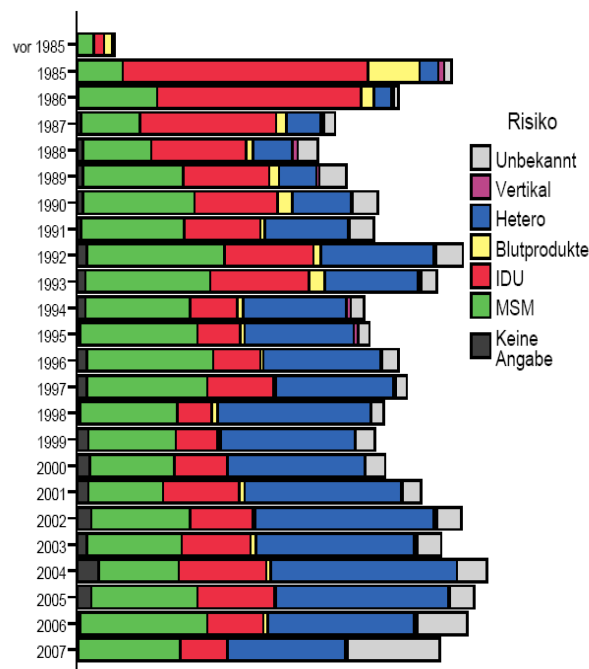
<sup>29</sup> Die AIDS-Gesellschaft und das BM für Gesundheit orientieren sich vorrangig an der Österreichischen Kohortenstudie. Der Geschäftsführer der Aids Hilfe Wien sieht viele Schwachstellen in dieser Studie, da Daten von vielen Organisationen, die im Bereich HIV/AIDS tätig sind nicht einbezogen werden. Auch das Otto Wagner Spital nimmt nur unregelmäßig an der Studie teil (vgl. Interview Dirnberger 2010).

Prozent bzw. 20,5 Prozent stellen Übertragungen durch homosexuelle Kontakte bzw. intravenösen Drogenkonsum die nächsthäufigsten Ursachen.

Die ersten Todesfälle, die auf AIDS zurückzuführen sind, wurden wie bereits erwähnt 1983 in den Medien gemeldet. Folgende Grafik zeigt die epidemiologische Entwicklung von 1985 bis April 2010. eingeteilt in sogenannte Risikogruppen:

### Abbildung 5: Übersicht über die Infektionsrisiken seit 1985

Abb. 1: Übersicht über die Infektionsrisiken seit 1985



Quelle: Zangerle et al. 2009: 28

Besonders markant sind der Rückgang an Ansteckungen durch intravenösen Drogengebrauch sowie der Anstieg bei heterosexuellen Kontakten. Laut Dr. Schmied ist die Verbesserung im Bereich der i.v. DrogengebraucherInnen auf die Arbeit der österreichischen Drogenpolitik zurückzuführen ist. Die Drogenpolitik stellt ein eigenes Politiknetzwerk dar, das sich in Punkten wie Nadelaustauschprogramme oder Substitutionslegalisierung mit dem Netzwerk von HIV/AIDS überschneidet. Die Präventionsarbeit in der österreichischen Drogenpolitik wird international als sehr gut eingestuft. Marginalisierte Gruppen werden mit einbezogen, zudem wird die Sozialarbeit vor Ort forciert. Der Rückgang von Übertragungen durch intravenösen Drogengebrauch ist auch auf die gute Zusammenarbeit von medizinischen Stellen, Sozialleistungsstellen, Street Workern und Nadeltauschprogrammen zurückzuführen.

Ein wichtiger Bestandteil der aktiven Drogenpolitik ist das Substitutionsprogramm. Seit 1987 ist Substitution in Österreich legal erhältlich (vgl. Schmied 2010a). Die Grafik zeigt deutlich, dass die Übertragung durch intravenösen Drogengebrauch seit Auftreten der Epidemie einen der Hauptansteckungswege darstellt. Durch das niederschwellige Angebot des Nadeltausch- und Methadonprogramms konnten in diesem Bereich beachtliche Erfolge erzielt werden. Speziell die AIDS-Hilfen in Tirol und Salzburg leisten durch die Bereitstellung von Spritzenautomaten wichtige Präventionsarbeit (vgl. Amort 2010).

Der Anstieg der Infektionen mit dem HI-Virus bei heterosexuellen Kontakten ist auf die Normalisierung von HIV/AIDS in Österreich zurückzuführen. Es herrscht noch immer die Meinung vor, dass HIV/AIDS heterosexuelle Menschen nicht betrifft, beziehungsweise wird der Krankheit durch den Erfolg der neuen Therapie und daraus resultierender erhöhter Lebenserwartung der Schrecken genommen. Zudem ist HIV/AIDS in den letzten Jahren medial und politisch zu einer Randerscheinung geworden und verschwindet zunehmend aus den Köpfen der Menschen.

#### **4.2 Die Österreichische AIDS Politik in der ersten Periode – Entstehung des *Exceptionalism* (ca. 1981 bis 1986)**

Um zu verstehen, wie es zu der Entstehung des *Exceptionalism* kam, muss man im Hinterkopf behalten, dass das Recht auf Gesundheit wird von der WHO als fundamentales Recht für alle Menschen eingefordert wird. Die Wahrung der Volksgesundheit ist also Aufgabe des Bundes und der Länder. Das bedeutet, dass die österreichische Regierung eine gewisse Verantwortung für die Gesundheit ihrer BürgerInnen trägt (vgl. Zotter 1994: 1-44).

HIV/AIDS stellte sich für die Politik von Beginn an als schwierige Herausforderung dar. Es herrschte die Meinung vor, dass ausschließlich Randgruppen wie Homosexuelle oder Drogensüchtige von der Krankheit betroffen wären. Erst nach einiger Zeit erkannte man das Ausmaß der Ausbreitung der Krankheit auf andere Bevölkerungsgruppen. Trotzdem blieben Schlagwörter wie Homosexualität, Tod und Sex am Image der Krankheit hängen. Dies erschwerte der Politik einen offenen

Zugang zu der Problematik. Trotzdem schaffte es Österreich politisch sehr schnell auf die neue Bedrohung zu reagieren. Vor allem durch die gute Organisationsstruktur der Homosexuellen Initiative (HOSI) konnten die ersten Informations- und Aufklärungsmaßnahmen früh gesetzt werden. Im März 1983 gab die HOSI Wien gemeinsam mit den Wiener Professoren Dr. Wolff von der ersten Universitäts-Hautklinik und Dr. Kunz vom Institut für Virologie und der „Wiener Arbeitsgemeinschaft für Volksgesundheit“ die erste Informationsbroschüre Europas heraus, die an homosexuelle Männer gerichtet war (vgl. Krickler/Blaas 1987: 7-10).

*Sobald sich die Politik (...) mit AIDS befaßt, ist AIDS ein politisches Problem.*(Dür 1988: 198)

Schon nach den ersten Fällen von AIDS Anfang der 80er Jahre herrschte nationaler Konsens hinsichtlich einer politischen Reaktion auf HIV/AIDS. Alle zu dieser Zeit im Nationalrat vertretenen Parteien (SPÖ, ÖVP und FPÖ) waren an der schnellen und effektiven Erstellung eines Lösungsansatzes interessiert. Die Zusammenarbeit mit nicht-staatlichen Vereinigungen, in denen die am stärksten betroffenen Personengruppen organisiert waren,<sup>30</sup> wurde forciert.

Schon kurze Zeit nach Auftreten der ersten Fälle wurde die AIDS-Kommission ins Leben gerufen (1983). Die AIDS-Kommission ist eine Unterkommission des Obersten Sanitätsrates und besteht aus ExpertInnen im Bereich Virologie, Hygiene, Epidemiologie, Dermatologie, Sozialmedizin und Transfusionsmedizin. Vorsitzender der AIDS Kommission war Univ.-Prof. Dr. Josef R. Möse. Die Einbeziehung dieser unabhängigen ExpertInnen-Kommission beeinflusste und unterstützte die politischen Entscheidungen der Anfangsphase (vgl. Einfalt 2006: 37-41). Bemerkenswert ist, dass es während dieser Zeit zu keinerlei parteipolitischen Auseinandersetzungen kam. Neben der politischen Dringlichkeit war mit Sicherheit auch der Einsatz dieser unabhängigen ExpertInnenkommission ein Grund für den hohen Konsensgrad im Bereich der AIDS Politik in Österreich (vgl. Zotter 1994: 1-44).

Die Art und Weise wie die Politik auf HIV/AIDS reagierte, war entscheidend für den

---

<sup>30</sup> Vor allem mit der Homosexuellen Initiative – HOSI Wien.

Umgang mit HIV/AIDS und den sogenannten Risikogruppen.<sup>31</sup> Repressive Maßnahmen wurden von der Politik abgelehnt, da zum Beispiel die Verordnung von Zwangsuntersuchungen für Risikogruppen zu Stigmatisierung geführt und somit die österreichweite Aufklärung und Bekämpfung von HIV/AIDS erschwert hätte. Laut einer Analyse von Dürr, Haas, Letz und Pelikan aus dem Jahr 1988 war dies vor allem ein Verdienst der gut organisierten Homosexuellen Vereinigung, die deutlich machte, dass Zwangstestung und allgemeine Meldepflicht nicht die richtigen Mittel wären, um eine gute Zusammenarbeit zu ermöglichen und den Kampf gegen AIDS zu bestreiten. Durch den hohen Organisationsgrad dieser Gruppierung konnten gemeinsame Maßnahmen mit der Politik gesetzt werden (vgl. Dür 1988: 220-251). Prävention und Aufklärung standen daher im Vordergrund; eine Strategie, die dem *New Public Health* Konzept entspricht.

1984 kamen die ersten Antikörpertests, die das menschliche Blut auf den AIDS-Erregervirus (damals noch LAV oder HTLVIII) untersuchen, in Österreich auf den Markt. Für die Erprobung dieser Tests wurden ProbandInnen gesucht und vor allem Personen aus denjenigen sozialen Gruppen, die von AIDS am stärksten betroffen waren, eigneten sich für die Teilnahme an der Untersuchung. Trotz anfänglicher Skepsis, beziehungsweise Vorbehalten wegen potentieller Angst der ersten Probanden vor dem Umgang mit einem positiven Ergebnis, entschloss sich die HOSI Wien das Angebot anzunehmen. Von Jänner bis März 1985 meldeten sich 318 homosexuelle Männer für die Teilnahme an der von Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Horak geleiteten Studie. Im Rahmen dieser Studie wurden außerdem weitere 309 konsekutive PatientInnen der Ambulanz der 2. Universitätsklinik für Gastroenterologie und Hepatologie sowie 265 DialysepatientInnen untersucht.

Die Anonymität der Testpersonen war von Beginn an gewährleistet. Das Blut wurde von Vertrauensärzten abgenommen, mit einem Codewort und einer Codenummer versehen und ins Labor geschickt. Die Aufnahme in die Studie setzte für jede/r ProbandIn die Teilnahme an einem Vortrag über AIDS, Ansteckungsmöglichkeiten, sicheres Verhalten sowie die Bedeutung des Antikörpertests voraus. Die Rückgabe der Ergebnisse wurde von der HOSI nahestehenden Ärzten vorgenommen und von einem

---

<sup>31</sup> Heute versucht die AIDS-Hilfe vom Begriff der Risikogruppe Abstand zu nehmen, es wird von Personen mit Risikoverhalten gesprochen.



persönlichen Gespräch begleitet.

Auf Wunsch der HOSI wurde außerdem eine Fragebogenerhebung durchgeführt, die Aufklärung bezüglich des Risikoverhaltens geben sollte. Bei 21,4 Prozent der getesteten homosexuellen Männer wurden LAV-Antikörper festgestellt (68 von den 318). In Europa war die Studie eine der ersten und größten Untersuchungen dieser Art (vgl. Krickler/Blaas 1987: 9-11).

Nach Beendigung der Studie stand man vor einer neuen Herausforderung. Die Nachfrage nach anonymen Testmöglichkeiten war geweckt, praktisch existierte diese Möglichkeit jedoch nur mittels teurer Untersuchungen auf PrivatpatientInnenbasis. Aufklärungs- und Präventionskampagnen – speziell für homosexuelle Männer – sollten dennoch weiterhin betrieben werden, außerdem bestand hoher Bedarf an Betreuungsangeboten für positiv getestete Personen, sowie deren Angehörige.

Im restlichen Europa gab es zu diesem Zeitpunkt bereits zahlreiche Selbsthilfe- und Betroffenenengruppen, die vor allem aus der schwulen Szene heraus entstanden waren. Grundsätzlich konnten die internationalen Homosexuellen Organisationen auf eine gute Organisationsstruktur, die teilweise noch aus der „Schwulenbefreiungsbewegung“ der 70er Jahre stammte, zurückgreifen. In Österreich war es nicht allzu einfach sich dieser Organisationsstrukturen zu bedienen, da es eine langjährige Geschichte von Verfolgung und Strafbarkeit homosexueller Handlungen existiert (Österreich stellte erst 1971 homosexuelle Handlung unter Erwachsenen straffrei).

Obwohl viele innerhalb der homosexuellen Gruppierungen sehr engagiert waren, war es doch sehr schwer für diese Gruppe gezielte Prävention, Aufklärung und Beratung professionell zu implementieren (vgl. Krickler/Blaas 1987: 10-15).

#### **4.2.1 Die Bedeutung von NGOs in den 80er und 90er Jahren**

Das Auftreten von HIV/AIDS hat die nicht-staatliche Organisationslandschaft Österreichs stark geprägt. Zu Beginn der 80er Jahre wurde schnell klar, dass es EG-weit innerhalb der nationalen Gesundheits- und Sozialsysteme viele Mängel gab. Bisher verwendete Strategien reichten nicht mehr aus um auf die neue gesundheitliche Herausforderung zu reagieren. *Old Public Health* wurde durch erste Ansätze des *New Public Health* Konzepts ersetzt. *Health For All* lautete die Vorgabe der WHO, so

rückten multidisziplinäre Zugänge zur Präventionspolitik, Gesundheitsförderung und *Primary Health Care* in den Mittelpunkt der Gesundheitspolitik. Vor allem im Bereich HIV/AIDS gilt die Zusammenarbeit von NGOs und Politik als Meilenstein. Die Homosexuellen Vereinigung reagierte als erstes auf die neue Herausforderung und schuf durch ihr Engagement im Bereich Prävention und Betreuung die Basis für die Entstehung einer nichtstaatlichen Organisationsstruktur (vgl. Mikkelsen 1990: 261-265).

In Österreich war es vor allem für die genannten Risikogruppen schwer, das nötige Vertrauen zu staatlichen Organisationen aufzubauen. Angst vor strafrechtlicher Verfolgung oder vor Stigmatisierung durch öffentliche Stellen erschwerten die staatliche Präventionspolitik. Gerade deshalb waren nicht-staatliche Organisationen von besonderer Bedeutung. Sie stellten ihr Programm und ihre Strategien auf die Zielgruppen ein, und ermöglichten einen niederschweligen Zugang zu Aufklärung, Beratung und Behandlung. Im Gegensatz zu staatlichen Einrichtungen war der Umgang mit Themen wie Sexualität und Drogen für NGOs einfacher. Durch den direkten Zugang zu betroffenen Gruppen, konnten Präventionsmaßnahmen wie das Propagieren von *Safer Sex* schneller transportiert werden. Als Resultat wurde in den ersten Jahren nach Auftreten von HIV/AIDS ein enormer Rückgang des Risikoverhaltens bei homosexuellen Männern verzeichnet (vgl. Rosenbrock et al. 2002: 262-281). Bereits in den 90er Jahren unterstreicht Mikkelsen (1990: 261-265) die enorme Bedeutung der Kooperation zwischen nicht-staatlichen und staatlichen Institutionen. Eine erfolgreiche Strategie hat das Ziel durch konstruktive Zusammenarbeit von Institutionen im Meso- (NGOs) und im Makro-Level (Staat, Politik) Einfluss auf das individuelle Verhalten (Mikro Level) zu haben (vgl. Kenis/Marin 1997: 1-27). Eine Optimierung der gesundheitspolitischen Aktivität ist nur durch nachhaltige Programme, generelle Unterstützung von Organisationen sowie intensiven Dialog zwischen Politik und Zivilgesellschaft möglich.

#### 4.2.2 Gründung der Österreichischen AIDS-Hilfe

Mitte der 80er Jahre bestand bereits ein loses Netzwerk zwischen Homosexuellen-Gruppen, Kliniken und Fachärzten, so dass das

*„... Projekt Schaffung und Finanzierung von Informations-, Beratungs- und Betreuungseinrichtungen – der AIDS-Hilfe also ...“ (Krickler/Blaas 1987: 12)*

in Angriff genommen werden konnte. Dr. Reinhardt Brandstätter (Obmann der HOSI Wien und Oberärztin Dr. Judith Hutterer kontaktierten das Gesundheitsministerium und wurden zur *2nd European Gay Health Conference* nach London geschickt um Erfahrungsberichte aus anderen europäischen Ländern zu sammeln. Mit Unterstützung des Gesundheitsministeriums wurde ein Konzept ausgearbeitet, schließlich wurden die Statuten der Österreichischen AIDS Hilfe festgelegt. Im August 1985 kam es zur Gründung des Vereins.

Oberstes Organ des Vereins ist die Generalversammlung, die den Vorstand wählt. Die Funktionsdauer des Vorstands beträgt drei Jahre. Der erste Vorstand, der bei der konstituierenden Generalversammlung des Vereins am 29. August 1985 gewählt wurde, bestand aus: Dr. Helga Halbich (1. Präsidentin), Dr. Reinhardt Brandstätter (2. Präsident), Dr. Judith Hutterer (3. Präsident), Dr. Ingrid Erlacher (Schriftführerin) und Henning Dopsch (Kassier). Im Vorstand waren zu dieser Zeit zwei Beamtinnen des Gesundheitsministeriums vertreten. Da es bereits kurz nach der Gründung der ÖAH zu einer Förderung durch das Gesundheitsministerium kam, waren diese beiden Positionen nicht mehr vereinbar, weshalb Frau Dr. Halbich und Dr. Erlacher freiwillig aus dem Vorstand ausschieden (vgl. 5 Jahre Österreichische AIDS-Hilfe 1990: 3-6).

Im September 1985 wurden die ersten Informationsbroschüren mit einer Auflage von 40.000 Stück von der ÖAH herausgegeben. Im November 1985 nahm die erste Beratungsstelle in Wien ihren Betrieb auf, zwischen 1986 und 1987 folgten sechs weitere in Graz, Bregenz, Innsbruck, Salzburg, Klagenfurt und Linz.

Ziel der ÖAH war es von Anfang an, die Gesamtbevölkerung in die Aufklärungs- und Beratungsarbeit mit einzubinden und trotz spezieller, zielgruppenspezifischer Kampagnen für alle Bevölkerungsgruppen eine Anlaufstelle zu bilden (vgl. Krickler/Blaas 1987: 14-28).

Die Entstehung der Österreichischen AIDS-Hilfe aus dem Engagement der Homosexuellen Initiative brachte den Vorteil mit sich, dass der Zugang zu den in den 80er und 90er Jahren am stärksten betroffenen Bevölkerungsgruppen (schwule Männer) von Beginn an gegeben war. Die Lebensumstände der Personen, die erhöhtem Risiko ausgesetzt waren, waren bekannt und der Zugang zur Szene gegeben, auch die sprachlichen Mittel und Ausdrucksweisen mit denen Safer-Sex-Botschaften am besten transportiert werden konnten, waren bekannt (vgl. Mikkelsen 1990: 261-265).

In der Beratungsstelle Wien waren 1985 achtzehn Personen beschäftigt, davon fünf ÄrztInnen, sieben BeraterInnen, zwei diplomierte SozialarbeiterInnen, eine Person für administrative Tätigkeiten sowie drei Sprechstundenhilfen. Die Schwerpunkte der Arbeit in den diversen Beratungsstellen lagen auf Information und Aufklärung, individueller persönlicher und telefonischer Beratung, psychosozialer Betreuung und ärztlicher Betreuung. Zusätzlich wurden anonyme HIV-Antikörpertests (inkl. Beratung vor der Blutabnahme und nach der Befundrückgabe) angeboten. Von November 1985 bis Dezember 1986 wurde die Beratungsstelle Wien von 1177 KlientInnen aufgesucht, davon ließen sich 74 Prozent anonym testen (vgl. Hutterer 1987: 28-34). Bereits von Anfang an setzte man bei der Österreichischen AIDS-Hilfe verstärkt auf den Einsatz von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen.

#### **4.2.3 Kooperation ÖAH – Institutionen – Politik**

Trotz der Subventionierung durch das Gesundheitsministerium war die ÖAH eine unabhängige Non-Profit Organisation. Das österreichische Modell – *community-based* und staatlich finanziert – galt international als Vorzeigemodell (vgl. Kenis/Nöstlinger 1997: 217-274).

Es herrschte eine enge Kooperation zwischen Gesundheitsministerium und ÖAH, die Politik nahm ihre Verantwortung gegenüber der österreichischen Bevölkerung wahr, und schuf Rahmenbedingungen für nicht-staatliche Organisationen, die durch niederschwellige Angebote eine Anlaufstelle für Information, Aufklärung und Beratung boten. Neben der Grundstruktur, die sich zu dieser Zeit bildete gab es auch vermehrt außerordentliche Kooperationen, wie zum Beispiel mit dem Justizministerium im Zusammenhang mit der Betreuung inhaftierter Positiver oder mit

dem Unterrichtsministerium bei der Aufklärungsarbeit in Schulen und Fortbildungen für das Lehrpersonal. Auch das Sozial- und Wissenschaftsministerium war projektbezogen immer wieder Bestandteil des Netzwerkes.

Durch die verstärkt risikogruppenspezifische Aufklärungsarbeit arbeitete man eng mit Drogenberatungsstellen, der Homosexuellen-Szene sowie dem Verband der Prostituierten Österreichs zusammen. Natürlich war auch Kontakt zu den Kliniken notwendig (vgl. Krickler/Blaas 1987: 14-28), die AIDS-Kranke stationär behandelten, bzw. anderen Institutionen die mit gefährdeten Menschen zu tun hatten (Streetworker, Bahnhofssozialdienst, Caritas, Obdachlosenheime)

Zusammenfassend kann für die erste Periode festgehalten werden, dass mit dem Bekanntwerden der ersten AIDS-Toten in Österreich sowohl die Zivilgesellschaft als auch die staatlichen Stellen sehr schnell reagierten. Die Epidemie HIV/AIDS kam auf die politische Agenda und wurde ab 1985 regelmäßig im österreichischen Parlament diskutiert. Wie oben dargestellt kooperierten in der ersten Periode viele unterschiedliche Akteure miteinander um bestmöglich auf die Verbreitung der Krankheit zu reagieren. Neben den zuständigen politischen Organen waren vor allem zivilgesellschaftliche Organisationen richtungsweisend für die österreichische AIDS-Politik. Bemerkenswert ist hierbei, dass es gelungen ist, AIDS-Politik nicht für parteipolitische Machtkämpfe zu instrumentalisieren. Ein Grund dafür liegt mit hoher Wahrscheinlichkeit in der Legitimation der politischen Entscheidungen durch die unabhängige AIDS Kommission sowie in der engen Zusammenarbeit mit nicht-staatlichen Organisationen. Durch die Auslagerung zielgruppenspezifischer Aufklärungskampagnen konnten öffentliche Diskurse weitgehend vermieden werden. Die Politik konnte sich somit auf eng gefasste Maßnahmen auf bundesstaatlicher Ebene konzentrieren (vgl. Dür et al. 1988: 218).

### **4.3 Die Österreichische AIDS Politik in der zweiten Periode – Praxis und Konsolidierung des „Exceptionalism“ (1986 bis 1991)**

Ende der 1980er Jahre ist HIV/AIDS nach wie vor ein brisantes Thema. Politik und Zivilgesellschaft suchen gemeinsam nach Ansätzen mit der Epidemie umzugehen. Hinzu kommt, dass die Akteurskonstellation im Vergleich zu früheren Macht- und Ressourcenverteilungen im Bereich Gesundheitspolitik neu ist. Die Medizin, die üblicherweise richtungsweisend im Gesundheitsbereich agiert, verlor in dieser Periode ihre Vorreiterrolle, da es noch immer keine Heilungsmöglichkeit für HIV/AIDS gab. Massen-Screening und Zwangsuntersuchungen – Instrumente, die teilweise von medizinischen VertreterInnen gefordert wurden – widersprachen dem Präventionsmodell der *New Public Health* und wurden daher abgelehnt. Verstärkt wurden Organisationen von Betroffenen und der Community in den Politikformulierungs- und Implementierungsprozess mit einbezogen. Der Drang nach effektiver politischer Reaktion ermöglichte eine ausgeglichene Machtstruktur innerhalb des Netzwerkes und förderte eine korporatistische Arbeitsweise zwischen den Akteuren (vgl. Rosenbrock et al. 2002: 12-68).

#### **4.3.1 Die Entstehung des österreichischen AIDS Gesetzes**

Im April 1986 fand in Graz ein gesamteuropäischer AIDS-Kongress statt, bei dem die rasche Ausbreitung der Krankheit in Amerika aber auch Europa Thema war. Die Angst vor einer ähnlich drastischen Entwicklung wie in den USA führte in Österreich zu einer breiten parlamentarischen Debatte. Alle zu der Zeit im Nationalrat vertretenen Parteien (SPÖ, ÖVP und FPÖ) waren sich darüber einig, dass weder das Epidemie- noch das Geschlechtskrankheiten-Gesetz für den Umgang mit AIDS geeignet waren, da die Absonderung von Betroffenen beziehungsweise eine Behandlungspflicht nicht als sinnvoll erachtet wurden. Zwei Ziele wurden vom Abgeordneten Hochmairs (SPÖ) in der Nationalratssitzung vom 16. Mai 1986 für den Gesetzesentwurf genannt:

*... erstens: Vorbeugen, Vorbeugen gegen die Krankheit selbst und vorbeugen gegen die Panikreaktion in der Bevölkerung, aber auch gegen die Panikreaktion bei den Behörden; zweitens: die Information: Information an Gesunde, an die Gefährdeten und an die Risikogruppen, und die Information an die Kranken.“ (Hochmair 1986 12459)*

Das AIDS-Gesetz wurde als Initiativantrag eingebracht, in der Nationalratssitzung am 16. Mai 1986 einstimmig beschlossen und trat mit 1. Juli 1986 in Kraft (BGBl. Nr. 293).

*Wir haben uns mit diesem AIDS-Gesetz gegen eine Apartheid-Politik mit einer Absonderung von Infizierten und Kranken ausgesprochen und sind sehr massiv für den Weg der Aufklärung, Information, Beratung und Vorsorge eingetreten (Stummvoll 1987: 1789)*

Federführend bei der Initiierung des AIDS-Gesetzes war das Bundesministerium für Gesundheit, das als politisches Organ seinen Auftrag als regulierender Akteur erfüllte. Es wurden jedoch zivilgesellschaftliche Einwände anerkannt und so folgte dem Gesetz 1987 ein Entschließungsantrag, der den Ausbau von Informations- und Beratungsprogrammen forderte. Nach Beratungsgesprächen im Gesundheitsausschuss mit Experten wie Dr. Reinhard Brandstätter von der Österreichischen Aids Hilfe, Dr. Egmont Baumgartner von der Akademie für Arbeitsmedizin sowie Univ.-Prof. Dr. Josef Möse vom Hygiene-Institut der Universität Graz wurde dieser Entschließungsantrag ausgearbeitet. Der für Gesundheitsfragen zuständige Minister wird in diesem Antrag ersucht, die laufende Informationskampagne zu evaluieren und ein Informationskonzept zu erstellen um Informationen zu AIDS auch in Schulen zugänglich zu machen sowie einen Ausbau der Österreichischen AIDS Hilfe durch personelle und räumliche Erweiterung zu unterstützen (vgl. 64 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates 1987).

Das AIDS Gesetz stellt somit einen weiteren Beweis der guten Kooperation zwischen staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren dar. Es bildet als direktes Steuerungselement die Rahmenbedingung für den Umgang mit einer bis dahin relativ unbekanntem Krankheit. Innerhalb des Gesetzes ist neben regulierenden Maßnahmen gleichzeitig der indirekte Zugang gewährleistet, indem verpflichtende Aufklärung durch die zuständigen Minister sowie Förderungen für Organisationen, die im Bereich HIV/AIDS tätig sind, festgeschrieben wurden.

### 4.3.2 Das AIDS-Gesetz (Stand 2010)

Die Reaktion auf HIV/AIDS bzw. die Kommunikation rund um die neue Herausforderung wurde sehr stark von internationalen ExpertInnendiskussionen sowie den Richtlinien der WHO beeinflusst. So entspricht zum Beispiel die Definition von AIDS in § 1 des österreichischen AIDS-Gesetzes inhaltlich jener der WHO (vgl. Dürr 1988: 292).

- § 1. (1) Ein erworbenes Immundefektsyndrom (AIDS/Acquired Immuno Deficiency Syndrome) liegt vor, wenn nach dem jeweiligen Stand der Wissenschaft*
- 1. ein entsprechender Nachweis für eine Infektion mit einem Human Immunodeficiency Virus (HIV) und*
  - 2. zumindest eine Indikatorerkrankung vorliegt (vgl. Bundeskanzleramt 2010<sup>32</sup>)*

Unter Punkt 2 wird festgehalten, dass eine Änderung von Infektionsnachweis und Indikatorerkrankungen durch den Bundesminister/die Bundesministerin für Gesundheit Verordnungen erlassen werden kann, die sich am aktuellen Stand der Wissenschaft orientiert.

In § 2 und 3 des AIDS Gesetzes wird die Frage der Meldepflicht geregelt. Jede manifestierte Erkrankung und jeder Todesfall sind meldepflichtig. Freiberuflich tätige Ärzte, ärztliche Leiter von Krankenanstalten sowie der Totenbeschauer oder Prosektoren sind zur Meldung verpflichtet. Auch die Form der Meldung ist gesetzlich geregelt. Sie hat innerhalb einer Woche nach der Diagnose schriftlich an das zuständige Ministerium zu erfolgen. Die Initialen, das Geburtsdatum, das Geschlecht sowie die Angaben zur Krankengeschichte der an AIDS erkrankten Person bzw. des/der Verstorbenen müssen angegeben sein.

Im AIDS-Gesetz wird lediglich für eine Personengruppe eine Verhaltensordnung festgesetzt – für Prostituierte. Es ist hier anzumerken, dass Prostituierte in der österreichischen AIDS-Statistik bis dato nie als Risikogruppe angeführt wurden (vgl. Zotter 1994: 45-70).

---

<sup>32</sup> Bundeskanzleramt. Bundesrecht: Gesamte Rechtsvorschrift für AIDS-Gesetz 1993. Abgerufen am 17. 08 2010 von <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010768>



Laut § 4 (1) ist es Personen, die mit dem HI-Virus infiziert sind, oder kein eindeutig negatives Ergebnis einer Untersuchung haben,

*... verboten, gewerbsmäßig sexuelle Handlungen am eigenen Körper zu dulden oder solche Handlungen an anderen vorzunehmen.*

In einem Abstand von drei Monaten müssen sich Prostituierte im Rahmen der gesetzlich vorgegebenen amtsärztlichen Untersuchungen durch das Geschlechtskrankheiten-Gesetz (StGBI.Nr. 152/1945) einer HIV-Testung unterziehen. Der Ausweis für Prostituierte darf von der Bezirksverwaltungsbehörde nur ausgestellt werden, wenn keine HIV-Infektion vorliegt, der Test eindeutig negativ ist und die Untersuchung *periodisch wiederkehrend* durchgeführt wurde.

§ 5 verpflichtet ÄrztInnen, die bei einer Untersuchung eine Infektion mit dem HI-Virus feststellen zu einem umfangreichen persönlichen Aufklärungs- und Beratungsgespräch. Zusätzlich wird unter Punkt (2) festgeschrieben, dass HIV-Positive über Infektionswege informiert und an ihre individuellen Verhaltensregeln erinnert werden sollen, um eine weitere Ausbreitung zu vermeiden (vgl. AIDS-Gesetz 1993: BGBl. Nr. 728). Ziel dieses Gesetzes ist, die enorme Belastung, die auf Menschen mit positivem Testergebnis zukommt, abzufedern und sie nicht in ihrer Verzweiflung allein zu lassen. Erstrebenswert ist vor allem eine Verhaltensänderung der Infizierten. Die Politik setzt hier auf Einsicht und individuelles Verantwortungsgefühl von HIV positiven Menschen, um die weitere Verbreitung des Virus zu vermeiden. Die Aufklärungspflicht gilt auch bei Verdacht auf Infektion, bzw. bei negativen Befunden, d.h. sobald ein Test durchgeführt wird. Die Art und Weise wie dieses Gespräch aussehen soll, ist jedoch nirgends geregelt (vgl. Zotter 1994: 129-145).

Die Qualitätssicherung von Untersuchungen zum Nachweis von HIV wird durch § 6 des AIDS-Gesetzes geregelt. Es dürfen nur Methoden, die dem jeweiligen Stand der Wissenschaft entsprechen angewandt werden. Der zuständige Bundesminister kann Kriterien zur Qualitätskontrolle und –sicherung erlassen.

§ 7 regelt die Vergabe von Forschungsaufträgen sowie die Erhebung epidemiologischer Studien durch den zuständigen Minister.

In § 8 des AIDS-Gesetzes ist der Umgang des Bundesministeriums für Gesundheit im Bereich Aufklärung, Verhaltensnormierung, Vergabe von Zuschüssen sowie Förderung von physischen und juristischen Personen, die im Bereich Beratung und Betreuung tätig sind geregelt. Das BMG ist zuständig für die Subventionieren von Organisationen, die im Bereich HIV/AIDS tätig sind, wie z.B. den AIDS-Hilfen Österreichs.

In § 9 wird die Höhe der jeweiligen Verwaltungsstrafe bei Verstoß gegen einen bisher erwähnten §§ des AIDS-Gesetzes festgelegt. So können Geldstrafen von bis zu 2180 Euro verhängt werden, wenn die Meldepflicht laut § 2 nicht eingehalten wird.

Die §§ 10 bis 12 beziehen sich auf die Zuständigkeitsbereiche des Bundesministers für Gesundheit bzw. auf das Inkrafttreten und die Berücksichtigung anderer Gesetze.

## 4.4 Auflösung ÖAH/Neugründung AHÖ

### 4.4.1 Finanzierungsprobleme und Auflösung der Österreichischen AIDS-Hilfen

Ab Gründung der Österreichischen AIDS Hilfe 1985 war der Hauptsubventionsgeber das Gesundheitsressort des Bundes. Der finanzielle Beitrag der Länder war zu Beginn sehr marginal, so betrug er 1986 lediglich 0,57 Prozent und 1989 nur 7,1 Prozent der Gesamtkosten (vgl. Dopsch 1990). Zusätzlich gab es Bestrebungen durch Spendenaufrufe und Benefizveranstaltungen eine Erhöhung des Gesamtbudgets zu erreichen. Henning Dopsch, Mitarbeiter der Aids Hilfen Österreichs und zuständig für die Finanzen, beklagte den mangelnden Erfolg Drittmittelförderungen aufzustellen. Auch innerhalb der Regierung existierte Unmut über die unzulänglichen Zahlungen an die ÖAH. So wurde der Bundesminister für Gesundheit und öffentlichen Dienst Ing. Harald Ertl nach den Subventionszahlungen in Form einer schriftlichen Anfrage im Nationalrat befragt. Abgeordneter Srb (1990) von den Grünen zeigt darin die prekäre Situation der ÖAH auf und verweist auf die Bestimmung im AIDS-Gesetz zur Förderung von Einrichtungen und Vereinigungen zur Beratung und Betreuung von Personen im Hinblick auf AIDS.

Aus der schriftlichen Beantwortung des Bundesministers Ing. Ertl geht hervor, dass neuerliche Förderung an eine Änderung der Organisationsstruktur der ÖAH gebunden sei. Die finanzielle Krise konnte zu diesem Zeitpunkt nicht gelöst werden. Dopsch (1990) schreibt in seinem Bericht, dass die stets verspäteten Subventionszusagen bzw. Verminderungen der Förderungen des Bundes zu großen Problemen führten, bis die ÖAH schließlich nicht mehr liquide war.

*Aus der Abrechnung 1989 wurden ohne Begründung Beträge gestrichen, die bisher stets anerkannt worden sind, wodurch die Verschuldung der ÖAH eine nicht mehr finanzierbare Höhe erreicht. Die Förderung wurde für 1990 so niedrig angesetzt, daß Kündigung aller Dienstverträge im Sommer 1990 und Schließung der Einrichtungen der ÖAH unbedingt erforderlich sind. (Dopsch, 1990: 33)*

Zusätzlich zu den Finanzierungsproblemen gab es interne Konflikte mit den Landesstellen der Österreichischen AIDS Hilfe. Der zentralistische Organisationsgrad („Wasserkopf“ in Wien) wurde von den Beratungsstellen in den Bundesländern zunehmend kritisiert. Die unterschiedlichen Vorstellungen bzw. das zu knappe Budget

fürten schlussendlich zur Schließung der Österreichischen AIDS-Hilfen.

Die Differenzen zwischen den zuständigen politischen Stellen und der Geschäftsführung der ÖAH führten dazu, dass 1990 ein Rechnungshofbericht erstellt wurde (Rechnungshofbericht 1990<sup>33</sup>). Am 21. Mai 1990 ersuchte der Bundesminister für Gesundheit und öffentlichen Dienst den Rechnungshof um eine Überprüfung der dem Verein „Österreichische AIDS-Hilfe“ 1989 zur Verfügung gestellten Subventionszahlungen. Kritikpunkte gab es vor allem bei der Förderung der Gehaltsentschädigungen für den Vorstand bzw. den Geschäftsführer<sup>34</sup>.

Der Rechnungshof bemängelte in seinem Bericht, dass kein umfassendes Informationskonzept für eine bundesweite Aufklärung über AIDS vom Gesundheitsressort ausgearbeitet wurde (wie ursprünglich im AIDS-Gesetz §8 vorgesehen). Daher waren die Fördermittel an die ÖAH nicht an bestimmte Aufklärungsmaßnahmen, das heißt nicht zweckgebunden. Durch die verzögerte Förderung des BKA-Gesundheit an die ÖAH kam es dazu, dass die nachträglich erbrachten Aufzeichnungen nicht mit den ursprünglichen Zweckwidmungen der Fördergelder überein stimmten. Das BKA-Gesundheit verzichtete jedoch auf die Rückforderung der nicht widmungsgemäß verwendeten Förderungen und nahm auch nachträgliche Umwidmungen der Förderungszwecke vor, mit der Begründung, dass der finanzielle Nachteil den eine Rückforderung mit sich gebracht hätte, von den ÖAH nicht ausgleichbar gewesen wäre.

Außerdem kritisierte der Rechnungshof die geringe Initiative der ÖAH bei der Gewinnung von Landes- und Gemeindeförderungen. Geschätzte 6,42 Prozent des Gesamtbudgets der ÖAH kamen von Landes- und Gemeindeebene.

---

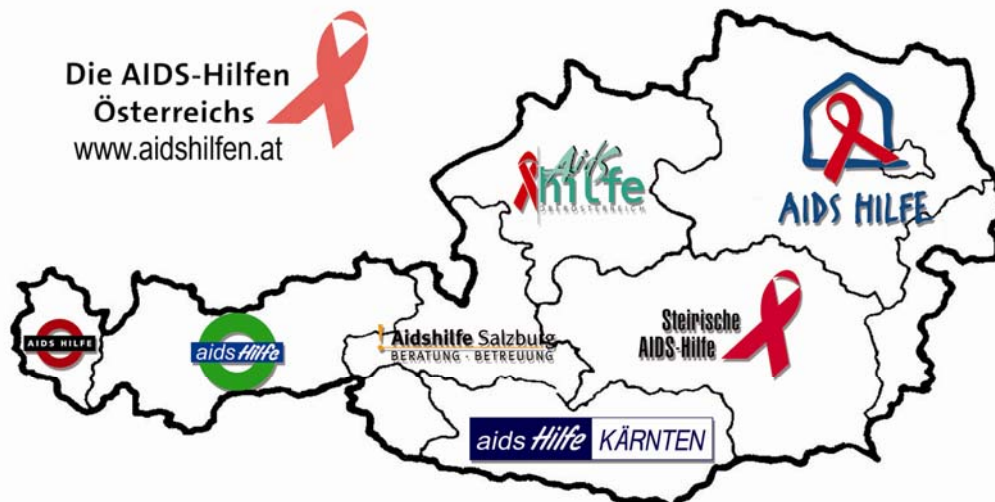
<sup>33</sup> Bericht des Rechnungshofausschusses über „die Gebarungsüberprüfung hinsichtlich der AIDS-Maßnahmen des BKA-Gesundheit sowie der dem Verein „Österreichische AIDS-Hilfe“ zur Verfügung gestellten Mittel des Bundes“

<sup>34</sup> 1988 wurde der Geschäftsführer trotz finanzieller Knappheit in die höchste Dienstklasse des öffentlichen Dienstes eingestuft. Zusätzlich kam es aus Krankheitsgründen dazu, dass der damalige Geschäftsführer seinen Aufgaben nicht nachkommen konnte, jedoch trotzdem bis zu seinem Rücktritt am 18. Juni 1990 sein volles Entgelt bezog. Da der Vertreter der Geschäftsführung diese Funktion zusätzlich auf Honorarbasis abwickelte, kam es zu einer doppelten Abgeltung.

#### 4.4.2 Neugründung der AIDS Hilfen Österreich

1991 kam es zur Gründung von sieben regionalen, lose gekoppelten AIDS Hilfen. Niederösterreich und das Burgenland wurden zur Aids Hilfe Wien zusammengefasst, alle weiteren Bundesländer verfügten von nun an über regionale autonome Organisationen (vgl. Kenis/Nöstlinger 1997: 217-275).

Abbildung 6: Logos und Aufteilung der AIDS-Hilfen Österreichs



Quelle: Aids Hilfe Wien 2010

Das Ministerium für Gesundheit ist weiterhin als Hauptsubventionsgeber tätig, die regionalen AIDS Hilfen müssen sich, wie vom Rechnungshof gefordert, Zuschüsse durch die Länder sichern. Die einzelnen Vereine bilden zusammen die AIDS-Hilfen Österreichs und sollten in Zukunft projektbezogen kooperieren. Für die neugegründeten unabhängigen Landesstellen der AIDS-Hilfen Österreichs wurden konkrete Folgerungen aus dem Bericht des Rechnungshofes gezogen. So wurde vertraglich festgehalten, welche Kosten (zum Beispiel Personalkosten, Betriebsaufwand) vom Bund übernommen werden und welche Kosten nicht von den Fördermitteln des Bundes bezahlt werden (zum Beispiel Kreditzinsen, Repräsentationsausgaben). Außerdem werden regelmäßige Berichte an die Förderungsgeber verlangt sowie mehr Kontrolle der Tätigkeiten der einzelnen Vereine durch das Bundesministerium für Gesundheit (vgl. Rechnungshofbericht 1990).

Theoretisch betrachtet heißt das, dass der Grad der Erneuerung und Durchsetzbarkeit neuer Konstellationen und Strategien durch die Pfadabhängigkeit im Politikfeld Gesundheit bestimmt ist. Die politisch-staatliche und die politisch-gesellschaftliche Kultur sowie der Verhandlungsverlauf, die Kooperationsbildungen und die Art der Implementierung der Maßnahmen haben die Entwicklung der österreichischen AIDS-Politik wesentlich beeinflusst (vgl. Rosenbrock et al. 2002: 33). Die Rahmenbedingungen wurden von der Regierung geschaffen, das AIDS-Gesetz von den beteiligten Akteuren angenommen und umgesetzt. Vor allem im finanziellen Bereich kam es zu Diskrepanzen, die schließlich zu Änderungen im Bereich der nicht-staatlichen Organisationsstruktur führten.

Zusammenfassend für die zweite Periode der AIDS-Epidemie kann jedoch festgehalten werden, dass die Akteure innerhalb des Netzwerkes sehr homogen an der Institutionalisierung bisheriger Maßnahmen und Strukturen arbeiteten. Neue Akteure wie Länder, Gemeinden und Sozialversicherungsträger wurden in die politische Verantwortung mit einbezogen. HIV-PatientInnen und AIDS Erkrankte wurden in das Sozialversicherungssystem inkludiert, der Zugang zu Information und Aufklärung wurde gesichert. Gleichzeitig entschieden sich die Verantwortlichen gegen repressive Maßnahmen wie Zwangsuntersuchungen oder generelle Verbote.

Obwohl es in Österreich zu diesem Zeitpunkt keine vergleichbaren Konstellationen im Gesundheitswesen gab, somit diese spezielle Art der Kooperation zwischen Forschung, Politik und Zivilgesellschaft neu war, wurde die Zusammenarbeit in der Literatur immer wieder als sehr gut hervorgehoben.

Der hohe Grad an Tradition in der österreichischen politisch-gesellschaftlichen Kultur hatte keinen negativen Einfluss auf die Informationstätigkeit und Aufklärungsarbeit der AIDS-Hilfen im Zusammenhang mit brisanten Themen wie Sexualität, Homosexualität, Promiskuität, Drogen und HIV/AIDS. Vor allem durch die niederschwellige Arbeit der nicht-staatlichen Akteure innerhalb des Politikfeldes wurde eine relativ hohe Akzeptanz in der österreichischen Bevölkerung erreicht.

#### **4.5 Die Österreichische AIDS Politik in der dritten Periode – Auflösung des *exceptionalism* und erste Anzeichen der Normalisierung (ca. 1991 bis 1996)**

Es gibt mehrere Gründe, die für eine Normalisierungsphase im Bereich HIV/AIDS sprechen. Nach den ersten 10 Jahren war klar, dass von HIV/AIDS ausgehende Gefahren in Österreich nicht im erwarteten Ausmaß eintraten. Die Brisanz der medialen Berichterstattung nahm mehr und mehr ab. [Nach Downs *Issue Attention Cycle* (vgl. 1972: 38-50) folgt auf eine hohe mediale und politische Aufmerksamkeit eine gewisse Ermüdung von vormals brisanten Themen.] Dieses Abflauen des öffentlichen Interesses führt zu geringerer Wahrnehmung in der Bevölkerung und somit auch zu geringerer politischer Bedeutsamkeit. Andere Themen kamen auf die politische Agenda und die Anfang der 80er Jahre noch offenen *policy windows* begannen sich für das Thema HIV/AIDS zu schließen.

Der Übergang von der Periode des *exceptionalism* zu den ersten Normalisierungsansätzen bringt oft (nicht zuletzt durch die zeitliche Differenz) eine Veränderung der Akteurskonstellationen mit sich. Prioritäten ändern sich, Strategien werden an die neuen Konstellationen angepasst, neue Akteure verfolgen neue Ziele. Ein weiterer Faktor in diesem Zusammenhang ist die hohe Todesrate unter den engagierten Betroffenen und Aktivisten der ersten Stunde. Nicht zuletzt durch den personellen Wechsel ändern sich oft die Strategien und Ziele innerhalb der HIV/AIDS Arbeit (vgl. Rosenbrock et al. 2002: 11-71).

In Österreich ist Anfang der 90er Jahre noch keine Ermüdung des Themas HIV/AIDS feststellbar. Einerseits findet zu dieser Zeit die Neugründung der sieben autonomen Vereine der AIDS-Hilfen Österreichs statt, andererseits bringt der Bericht des Rechnungshofausschusses neuen politischen Diskussionsstoff mit sich.

Der Bericht des Rechnungshofausschusses führte 1993 zu einer breiten Diskussion im Nationalrat. Diese Debatte zeigte bereits erste Tendenzen von parteipolitischen Machtkämpfen und Positionierungsversuchen der Oppositionsparteien. So spiegelt sich in einer Aussage von Abgeordneten Fischl (FPÖ) die Ablehnung der gesundheitspolitischen Entscheidungen der großen Koalition wider:

*Da bezahlt man einem Verein, der von Homosexuellen und Ärzten gegründet wurde, Unsummen und glaubt, damit letztlich ganz einfach die Verantwortung abschieben zu können. In meinen Augen ist das keine Sachpolitik und keine Politik, wie sie im Sinne der österreichischen Bevölkerung betrieben werden sollte, sondern Alibipolitik, und das ist der Beweis, daß man sich der Verantwortung, die man auferlegt bekommen hat, einfach nicht beugen will, sich ihr entziehen will (Fischl 1993: 12002).*

Für Fischl stellt auch die Neugründung der sieben AIDS Hilfen Österreichs insofern ein Problem dar, als er die Aufgabe von Betreuung und Beratung im Bereich HIV/AIDS im öffentlichen Gesundheitsdienst bzw. bei bereits bestehenden Ärztestrukturen sieht.

Dr. Renoldner von der ÖVP bestätigte zwar die Missstände in einigen Bereichen der AIDS-Hilfe, unterstreicht aber die absolute Notwendigkeit der Auslagerung dieser gesundheitspolitischen Maßnahmen. Zusätzlich unterstreicht er die Schwierigkeit mit einem bisher noch nie dagewesenen gesundheitlichen Problem umgehen und Strukturen dafür schaffen zu müssen. Frau Abgeordnete Dkfm. Graenitz von der SPÖ stellt den Bericht des Rechnungshofes dem Bericht *Fünf Jahre österreichische Aids-Hilfe* gegenüber, und weist auf die fachlichen und gesundheitspolitischen Erfolge hin, die darin festgehalten wurden.

In der Nationalratssitzung vom 6. Mai 1993 ist die Novellierung des AIDS-Gesetzes Thema. Dabei geht es vor allem um die Anpassung an den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft, die Steigerung der Effizienz der AIDS-Meldungen, die von nun an direkt an das Bundesministerium für Gesundheit gehen sollen<sup>35</sup> sowie die Anpassung des Geschlechtskrankengesetzes an das AIDS-Gesetz (vgl. 1026 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates 1993).

Wurde das AIDS-Gesetz 1986 noch mit allen Stimmen der im Nationalrat vertretenen Parteien beschlossen, so konnte die Novellierung nur noch mit der Stimmenmehrheit der beiden Regierungsparteien (SPÖ und ÖVP) bestätigt werden. Die Oppositionsparteien (FPÖ, GRÜNE und Liberales Forum) stimmten aus unterschiedlichen Gründen gegen die Erneuerung des Gesetzes. Die FPÖ verlangte eine Ausdehnung der Informationspflicht gegenüber medizinischem Personal sowie die Beibehaltung des Meldesystems. Die Grünen stießen sich an der Meldepflicht von AIDS bzw. einer HIV-Infektion durch niedergelassene Ärzte, da ihrer Meinung nach

---

<sup>35</sup> Bis 1993 wurden die AIDS-Meldungen an die Bezirksverwaltungsbehörde erstattet.



durch das Festhalten von Initialen, Geburtsdatum und Geschlecht die Anonymität der PatientInnen nicht mehr gegeben sei. Auch das Liberale Forum befürchtete mangelnden Schutz der Anonymität im Zuge der Novellierung, sowie die damit verbundene Angst und Scheu vor Untersuchungen und Tests. Des Weiteren fordern die Mitglieder des LIF Maßnahmen zum Schutz vor Diskriminierung (vgl. Stenographisches Protokoll 1993: 13835-13845). Trotz der Einwände der Oppositionsparteien wurde die Novellierung des AIDS-Gesetzes am 6. Mai 1993 mit Stimmenmehrheit durchgesetzt.

#### **4.5.1 Die Aids Hilfe Wien**

Als repräsentatives Beispiel für die Neuorganisation der einzelnen AIDS-Hilfen in Österreich wird in dieser Arbeit im speziellen auf die Aids Hilfe Wien eingegangen. Einerseits inkludiert die AHW in ihrer Arbeit auch die Zuständigkeit für die Bundesländer Niederösterreich und Burgenland, ist somit der größte Verein in Österreich, andererseits leben über 50 Prozent der HIV positiven und an AIDS erkrankten Menschen in Wien (Kenis/Nöstlinger 1997: 217-174).

Aus der insolventen Österreichischen AIDS-Hilfe wurden die organisatorischen Strukturen für die Aids Hilfe Wien übernommen. AIDS galt bereits Anfang der 90er Jahre als unheilbare jedoch zunehmend behandelbare Krankheit, die bis zur Einführung der Kombinationstherapie relativ schnell zum Tod führte (vgl. Dür et al. 1988: 7-10). Gerade deshalb war und ist für die einzelnen Vereine die Orientierung des Angebots an den wechselnden Bedürfnissen ihrer KlientInnen wichtig. Innerhalb der AIDS-spezifischen Betreuung wurde ein System zur Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung geschaffen.

Die Aids Hilfe Wien ist ein privater Verein, der gemäß § 8 des AIDS-Gesetzes förderungswürdig ist.

*§8 (2) Die Tätigkeit von Einrichtungen und Vereinigungen zur Beratung und Betreuung von Personen im Hinblick auf AIDS kann vom Bund gefördert werden. Die Förderung hat durch Gewährung von Zuschüssen nach Maßgabe der hiefür nach dem jeweiligen Bundesfinanzgesetz verfügbaren Bundesmittel zu erfolgen.(AIDS-Gesetz 1993: BGBl. Nr. 728)*

Von der Neugründung der Aids Hilfe Wien bis Ende des Jahres 1992 gab es einen Anstieg von 20 bis 50 Prozent bei den KlientInnenzahlen und eines der größten Probleme, vor dem die Aids Hilfe damals stand, waren die räumlichen Kapazitäten. Es gibt zwei Standorte in Wien - einen für die Geschäftsführung und einen für die Betreuung, Beratung und Testung. Nach Angaben der Geschäftsführung fehlten damals für optimale Arbeitsverhältnisse mindestens 400 m<sup>2</sup>, da die Aids Hilfe Wien für die gesamte österreichische Ostregion zuständig ist, das heißt ca. 3,2 Millionen EinwohnerInnen in ihr Arbeitsfeld fallen. (vgl. Aids Hilfe Wien Halbjahresbericht 1992: 3).

Durch die zahlreichen und stetig steigenden KlientInnenkontakte war es wichtig für die Betroffenen ein medizinisches Netzwerk mit Vertrauensärzten in ihrer Nähe zu erstellen. Viele Ärzte waren und sind trotz ihrer Ausbildung nicht mit der Krankheit vertraut und weigern sich HIV positive PatientInnen zu behandeln. Die Aids Hilfe Wien versuchte verstärkt Fortbildungen für Ärzte anzubieten, um die bestehenden Ängste minimieren und die freie Arztwahl ermöglichen zu können (vgl. Aids Hilfe Wien Jahresbericht 1992: 5).

In der ersten Hälfte des Jahres 1993 stand die Aids Hilfe Wien erneut vor einer Liquiditätskrise. Der Fördervertrag zwischen AHW und Gesundheitsministerium wurde erst verspätet (Ende Februar) abgeschlossen und andere Subventionsgeber, wie z.B. die Gemeinde Wien, konnten zu dieser Zeit noch nicht als Fördergeber gewonnen werden. Auch das Justizministerium, das 1992 im Rahmen eines Projektes die Aids Hilfe Wien finanziell unterstützte, verwies auf die Subventionierung nach Bedarf von Schulungen bzw. Workshops in den einzelnen Justizanstalten (vgl. Aids Hilfe Wien Halbjahresbericht 1993: 4-9). Förderung für die Abwicklung des alltäglichen Geschäftes fiel jedoch in die Zuständigkeit des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Krise wurde nicht zuletzt dank des Engagements des neuen Vorstandes überwunden und der Fortbestand der Aids Hilfe Wien konnte gesichert werden<sup>36</sup>. Mehr denn je wurde die enorme Bedeutung zusätzlicher Fördergeber deutlich.

---

<sup>36</sup> Neuer Vorstand: Dennis Beck, Michael Dressel, Karl Eberl (vgl. Tätigkeitsbericht Aids Hilfe Wien 1997: 2-6).

In dieser Zeit des Normalisierungsprozesses fanden auch Änderungen der Akteurskonstellation innerhalb des Netzwerkes statt. Zum einen gab es statt dem Verein Österreichische AIDS-Hilfen nun sieben autonome AIDS-Hilfen, zum anderen entwickelten sich die politischen Parteien zu heterogenen Spielern, die verstärkt ihre eigenen Interessen durchsetzen wollten. Die sieben regionalen Aids Hilfen waren in der Regel gleichberechtigte Partnerorganisationen, jedoch kommt der Aids Hilfe Salzburg sowie der Aids Hilfe Wien ein breiteres Aufgabenspektrum zu. Die Landesstelle Salzburg ist zuständig für die gemeinsamen Publikationen der AIDS-Hilfen Österreichs, das Aids Hilfe Haus in Wien beherbergt zwei Planstellen der AHÖ, eine für die medizinische Dokumentation sowie eine für das Medientcenter, und ist gleichzeitig der Mitglieder und KlientInnen stärkste Verein.

Zudem wurde die Abhängigkeit von der alleinigen Subventionierung durch den Bund reduziert, alle Landesstellen fanden Unterstützung durch die zuständigen Gemeinden und Länder. Eine zusätzliche finanzielle Stütze stellte ab 1993 der Verein Aids Life<sup>37</sup> dar. Die Einnahmen, die die Organisation durch die Veranstaltung des Life Balls jedes Jahr lukriert, werden an nationale und internationale Organisationen, die im Bereich HIV/AIDS tätig sind, weitergegeben. 2008 wurden nationale Organisationen mit 490.551,24 € gefördert<sup>38</sup>. 250.529,12 € davon gingen an die Vereine der AIDS-Hilfen Österreichs (vgl. Life Ball 2010).

Gegen Ende der dritten Periode des Normalisierungsprozesses setzte jene Ermüdung gegenüber dem Thema HIV/AIDS ein, die Rosenbrock et.al in ihrem Werk diesem Zeitraum zuordnen. Die Neuinfektionsrate sank auf einen historischen Tiefstand seit Auftreten der Krankheit, eine neue Therapieform wurde entwickelt und sollte in den nächsten Jahren die Todesrate von AIDS PatientInnen deutlich senken<sup>39</sup>. Die bisherige Arbeit der beteiligten Akteure fruchtete weshalb auch die politische Aktivität im Nationalrat stark zurück ging (siehe Grafik Seite 73).

---

<sup>37</sup> Aids Life organisiert seit 1993 den Life Ball.

<sup>38</sup> Gefördert wurden außerdem Positiver Dialog, Buddy Verein, Names Project Vienna, Positiv Leben, Pater Clemens: Gedenkstätte für an AIDS Verstorbene, H.I.V. mobil, AIDS-Dienst Malteser.

<sup>39</sup> 1996 halbierte sich die Anzahl der AIDS Todesfälle auf 62 pro Jahr, Tendenz weiter sinkend (vgl. BMG, Österreichische AIDS-Statistik 2009).

#### **4.6 Die Österreichische AIDS Politik in der vierten Periode – Normalisierung/Normalität (seit 1996)**

Es lassen sich zwei Arten der Normalisierung unterscheiden. Zum einen ist Normalität gleichzusetzen mit Abbau, also mit Einsparungen im Bereich der AIDS Forschung, der AIDS spezifischen Untersuchungen und AIDS spezifischen politischen Reaktionen. Zum anderen werden Strategien und Konzepte in bestehende Organisationsstrukturen eingebaut, und als Teil des Gesamten gesehen. Das „Schreckgespenst“ AIDS konnte in Westeuropa relativ gut unter Kontrolle gebracht werden. Die erfolgreiche AIDS-Politik führte dazu, dass AIDS spezifische Maßnahmen in anderen Bereichen der österreichischen Gesundheitspolitik adaptiert und umgesetzt wurden.

Durch den Rückgang der Todesfälle und der HIV-Neuinfektionen kam es – wie gesagt – zu einer Reduzierung der politischen Aktivitäten im Bereich HIV/AIDS. Dies hat vor allem Folgen für die Qualität von bestehenden Programmen, sowie für die Bereitschaft zur Anpassung von Subventionszahlungen. Trotzdem muss festgehalten werden, dass sich gewisse Strukturen institutionalisieren konnten, d.h. durch den Normalisierungsprozess eine Stabilisierung der bisherigen politischen Aktivitäten erreicht werden konnte (vgl. Rosenbrock 2002: 11-71). So wurden zum Beispiel Zentren für medizinische Betreuung und Beratung in beinahe jedem Bundesland in Österreich geschaffen (vgl. Schmied 2010a).

Die Ermüdung der politischen Tätigkeit der dritten Periode setzte sich in der vierten Periode fort. Die neuen Therapiemöglichkeiten verbesserten zunehmend Lebensqualität und -erwartung der Betroffenen und auch medial verlagerte sich das öffentliche Interesse auf andere Themen.

Die Aids Hilfe Wien befand sich zur selben Zeit in einer Phase der Umstrukturierung. Durch die Unterstützung von namenhaften Wiener GemeindepolitikerInnen<sup>40</sup> konnten für den Verein neue Räumlichkeiten gefunden werden. Auch die Medien (gratis Schaltungen im ORF sowie in diversen Tageszeitungen) konnten in diesem Zusammenhang für eine Spendenkampagne gewonnen werden. Nach Vorlage eines Nutzungskonzeptes durch den Vorstand der Aids Hilfe Wien, welches eine Mischung aus bereits bestehenden und neuen Angeboten beinhaltete, wurde am 28. Juni 1996

---

<sup>40</sup> Bm. Michael Häupl, Vzbm. Grete Laska, Stadtrat Sepp Rieder und Stadtrat Rudolf Edlinger.

durch einstimmigen Beschluss des Wiener Gemeinderats der Aids Hilfe Wien ein Gebäude für die tägliche Arbeit zur Verfügung gestellt. Mit der Umsetzung dieses Projekts konnte die Gemeinde Wien als Fördergeber gewonnen werden. 1997 wurde schließlich das neue Vereinslokal eröffnet. Die Schwerpunkte des Aids Hilfe Hauses lagen von da an im Beratungs- und Betreuungszentrum, im Tages- und Aktivzentrum für Betroffene, im Selbsthilfezentrum sowie im Präventions- und Schulungszentrum (vgl. Tätigkeitsbericht der Aids Hilfe Wien 1996: 5-9). Dank der Kooperation zwischen Aids Hilfe Wien und der Gemeinde Wien konnte ein weiterer Meilenstein der österreichischen AIDS-Politik gesetzt werden.

Der erste Abschnitt der vierten Periode verlief auf bundespolitischer Ebene relativ ruhig. Die Regierung übertrug zunehmend die Arbeit auf die AIDS-Hilfen und konzentrierte ihre Einflussnahme auf finanzielle Unterstützung diverser Projekte. Die Subventionierung der AIDS-Hilfen war geregelt und von nun an weitgehend gesichert. Jede der sieben AIDS Hilfen ist autonom und wird somit separat vom Bund und vom zuständigen Bundesland gefördert. Das Aufstellen von Drittfördermitteln ist jedem Verein selbst überlassen. Die Daten von 2008 zeigen, dass 56 Prozent der gesamten Förderungen für die AIDS-Hilfen Österreichs vom Bundesministerium für Gesundheit übernommen werden. 26 Prozent werden von den zuständigen Organen der Bundesländer finanziert und 18 Prozent der gesamten Subventionen kommen von Drittfördergebern, zum Beispiel durch Spenden oder Sponsoring<sup>41</sup>. Somit ergeben sich drei finanzielle Standbeine für die Vereine der AIDS-Hilfen Österreichs.

Grundsätzlich sind die Zuwendungen an gewisse Teilbereiche gebunden. So übernimmt zum Beispiel das Bundesministerium für Gesundheit die Finanzierung der Präventionstätigkeiten. In Wien übernimmt die Stadt, konkret der Fonds Soziales Wien, die Kosten für die Behandlungs- und Betreuungsabteilung. Diese relativ freie Zuteilung der Fördermittel verschafft den AIDS-Hilfen einerseits mehr Autonomie in der Gestaltung ihrer Projekte und Programme, stellt sie jedoch andererseits vor die Herausforderung etwaiger Unklarheit bezüglich Erwartungen und Vorgaben. Die staatlichen Förderungen reichen grundsätzlich nicht, um die Gesamtkosten der Aids

---

<sup>41</sup> Daten zur Verfügung gestellt von der Aids Hilfe Wien.

Hilfe Wien abzudecken. Trotz der relativ knappen Berechnung der Subventionszahlungen ist der Geschäftsführer der Aids Hilfe Wien jedoch mit den zu Verfügung gestellten staatlichen Fördermitteln zufrieden. Dennoch ist klar, dass für das Weiterbestehen des breiten Angebotes der Aids Hilfe Wien das Lukrieren zusätzlicher Unterstützung durch Drittfördergeber Voraussetzung ist. Der Life Ball beispielsweise ist einer der größten unabhängigen Geldgeber der AIDS-Hilfen Österreichs, wobei die zur Verfügung gestellten Mittel an Direkthilfe für KlientInnen gebunden sind (vgl. Interview Dirnberger 2010).

Diese finanzielle Abhängigkeit führt jedoch zu Einschränkungen in der politischen Tätigkeit der AIDS-Hilfen. Sie sind an die Vorgaben des Bundes und der Gemeinden gebunden und können politisch nicht völlig frei agieren. Diese Zurückhaltung gegenüber den politischen Akteuren wird oft von Selbsthilfegruppen und anderen Akteuren innerhalb des Netzwerkes kritisiert.

Was die Perspektive innerhalb des Netzwerkes anbelangt, so wird projektbezogenen Vernetzung von allen Akteuren, die im Bereich HIV/AIDS tätig sind begrüßt. Der Umstand, dass es bis heute keinen nationalen Aktionsplan gibt, erschwert jedoch die Zusammenarbeit. Es fehlt an Transparenz, oft kommt es zu Überschneidungen von Projekten, teilweise bleiben einzelne Bereiche offen, da sie von keinem der Akteure abgedeckt werden. Durch die Einsparungen im Gesundheitsbereich, ergo knappe finanzielle Ressourcen, ist es wichtig für die Organisationen, sich innerhalb des Politikfeldes zu positionieren. Eigene Interessen und die Sicherstellung des weiteren Bestehens stehen im Vordergrund und führen oftmals zu Konkurrenzverhalten zwischen den beteiligten Akteuren (vgl. Interview Dirnberger 2010).

Politisch lassen sich in dieser Periode nicht viele Aktivitäten feststellen. Die beteiligten Akteure haben sich in ihrer Position weitgehend gefestigt und institutionalisiert. Der Verlauf der Krankheit erfordert keine akuten Maßnahmen mehr, die Grundstruktur des Netzwerkes hat sich etabliert.

Trotzdem ist die vierte Periode sehr ambivalent. Einerseits wird das Thema HIV/AIDS ab 1996 immer mehr zur Randerscheinung in der österreichischen Gesundheitspolitik, andererseits kommt es erneut zu einem Anstieg der Neuinfektionen, das heißt neuen gesundheitspolitischen Herausforderungen. Erst durch die Internationale AIDS

Konferenz erlebt das Thema HIV/AIDS schließlich einen neuen medialen Aufschwung, der letztlich auch auf die zunehmenden politischen Aktivitäten Einfluss nimmt.

Durch die Entwicklungen der letzten Jahre ist es nach der bisherigen Analyse sinnvoll, in Österreich von einer fünften Periode zu sprechen. Die Wiederbelebung der AIDS-Thematik in der Öffentlichkeit ist zwar vorrangig exogenen Faktoren – sprich der Internationalen AIDS Konferenz – zu verdanken, wirkt sich aber dennoch positiv auf die Politikimplementierung aus.

#### **4.7 Entwicklung des politischen Interesses an HIV/AIDS innerhalb des Normalisierungsprozesses**

Anhand der folgenden Tabelle werden die Entwicklungsperioden der österreichischen AIDS-Politik nochmals übersichtlich dargestellt und den jeweiligen Regierungsabschnitten zugeordnet.

Der Umbruch von einer hohen politischen Brisanz und öffentlichen Aufmerksamkeit zur Ermüdung der Thematik in der dritten und vierten Periode ist in ganz Europa erkennbar (vgl. Rosenbrock et al 2002: 11-71). Für Österreich stellt jedoch die Veranstaltung der Internationalen AIDS Konferenz eine große Chance dar, das steigende Interesse der Öffentlichkeit für die Verbesserung der zu implementierenden Strategien zu nutzen. Deshalb erfolgt in der Tabelle eine Erweiterung der Perioden um eine Fünfte, die ca. 2008 beginnt und auf die Wiederbelebung des AIDS-Diskurses eingeht.

Abbildung 7: Entwicklung des Politikinteresses innerhalb der Normalisierungsperioden

Entwicklung des Politikinteresses/-verständnisses innerhalb der Normalisierungsperioden					
Perioden	Regierung	BMG	Opposition	andere Akteure	Interesse/Engagement
<b>1. Periode 1981-1986</b>	SPÖ (1981-1983) SPÖ/FPÖ (1983-1986)	SPÖ	FPÖ/GRÜNE	HOSI, medizinische Experten, AIDS-Kommission, Medien	hohes mediales, öffentliches und politisches Interesse; rasches Agenda-Setting; hoher Konsens in Politikformulierung und -implementierung.
<b>2. Periode 1986-1991</b>	SPÖ/FPÖ (1986-1987) SPÖ/ÖVP (1987-1990)	SPÖ	FPÖ/GRÜNE	HOSI, ÖAH, ÖAG, AIDS-Kommission	erste Uneinigkeiten zw. Regierung und Opposition (AIDS-Gesetz) sowie zw. staatlichen Stellen und privaten Akteuren (Subventionen); Rückgang des öffentlichen Interesses und medialer Berichterstattung, erste Anzeichen der Ermüdung des politischen Engagements.
<b>3. Periode 1991-1996</b>	SPÖ/ÖVP (1990-1994) SPÖ/ÖVP (1994-1996)	SPÖ	FPÖ/GRÜNE/ ab 1993 LIF	ÖAH - AHÖ, AIDS-Kommission, ÖAG, Rechnungshof, Gemeinden/Länder, Drittfördergeber,	
<b>4. Periode 1996-2008</b>	SPÖ/ÖVP (1996-1997) SPÖ/ÖVP (1997-2000) ÖVP/FPÖ (2000-2003) ÖVP/SPÖ (2003-2007)	SPÖ (bis 2000) FPÖ (2000-2003) ÖVP (2003-2008)	FPÖ/GRÜNE/ LIF bis 1999	AHÖ, ÖAG, AIDS-Kommission, SH-Gruppen, Gemeinden/Länder, Drittfördergeber,	starker Rückgang der politischen Aktivitäten; mediales und öffentliches Interesse auf Welt-AIDS-Tag und Life Ball reduziert; es kommt zu einer Ent-Politisierung von HIV/AIDS.
<b>5. Periode seit 2008</b>	SPÖ/ÖVP (seit 2007)	SPÖ	FPÖ/GRÜNE	IAS*, AHÖ, AIDS-Kommission, ÖAG, SH-Gruppen, Gemeinden/Länder, Drittfördergeber	Wiederbelebung des Interesses an nationaler AIDS-Politik; Veranstaltung der Internationalen AIDS Konferenz; erhöhtes mediales und öffentliches Interesse; Politikimplementierung gewinnt wieder an Relevanz.

\*IAS: Internationale AIDS Society

Quelle: Graphik nach eigener Darstellung



Die Grafik zeigt die jeweiligen Regierungsparteien in den einzelnen Phasen des Normalisierungsprozesses. Vor allem die sozialdemokratischen Gesundheitsminister waren stark in der Entwicklung der österreichischen AIDS-Politik vertreten. Auf den ersten Blick scheint der Wechsel des Postens des Gesundheitsministers von der SPÖ zur FPÖ und später zur ÖVP in Korrelation mit dem Rückgang des politischen Engagements zu stehen. Bei genauerer Betrachtung wird jedoch klar, dass auch während der sozialdemokratischen Besetzung eine Minimierung festzustellen ist. Diese Interessensreduktion innerhalb der AIDS-Politik ist ein europaweites Phänomen; die Parteizugehörigkeit ist demnach für diesen Bruch des Politikinteresses nicht ausschlaggebend. Auch durch die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Interviews mit ExpertInnen im Bereich HIV/AIDS wird deutlich, dass die AIDS-Politik nicht für parteipolitische Machtkämpfe missbraucht wurde und spiegeln eine relativ homogene Einstellung der politischen Parteien zum Thema HIV/AIDS wider.

Auch europaweit ist die Einteilung des Normalisierungsprozesses in fünf Perioden anzudenken, da es durch die steigenden Infektionszahlen und die zunehmend prekäre Situation in Osteuropa zu einem neuerlichen Aufschwung der AIDS-Diskussion kommen muss. Österreichspezifisch ist die fünfte Periode gekennzeichnet durch die Wiederbelebung des öffentlichen und politischen Interesses an HIV/AIDS, die auf die Veranstaltung der Internationalen AIDS Konferenz in Wien zurückzuführen ist. Der Aufschwung der medialen Berichterstattung sowie die Beleuchtung der Situation mit und rund um HIV/AIDS in Österreich durch internationale Organisationen (wie zum Beispiel der Internationalen AIDS Society, die eng mit der WHO und UNAIDS zusammenarbeitet) führen zur vermehrter politischer Aufmerksamkeit gegenüber HIV/AIDS.

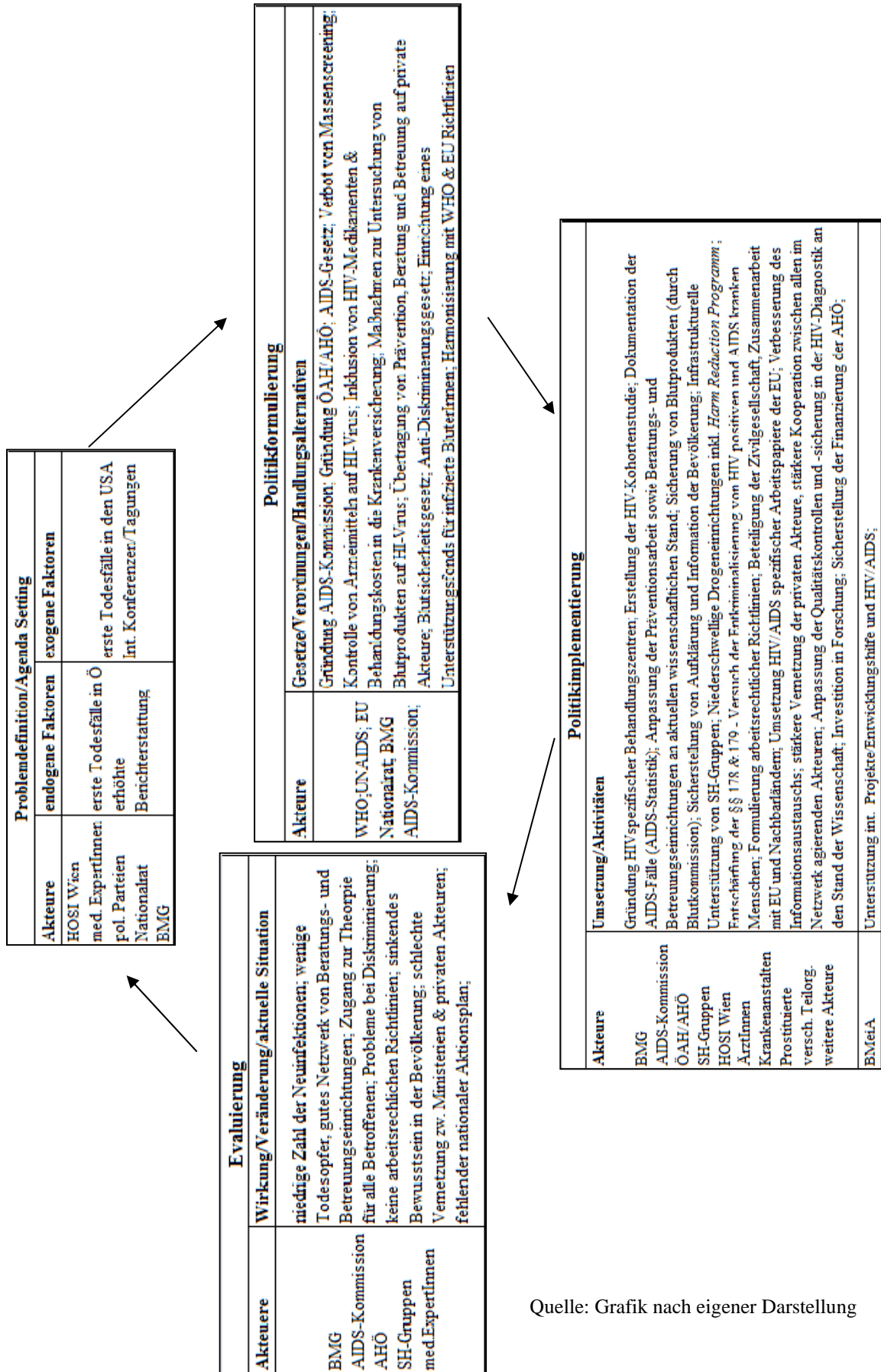


## 5 HIV/AIDS Politik im Phasenmodell

Anhand der Normalisierungsperioden nach Rosenbrock wurde versucht, eine grobe Übersicht über die Entstehung der AIDS-Politik zu geben. Dabei konnte bereits ein erster Einblick in die Zusammensetzung und Struktur der beteiligten Akteure gewonnen werden.

Im folgenden Teil der Arbeit wird nun spezifisch darauf eingegangen wie HIV/AIDS auf die politische Agenda kam, welche Ziele definiert, welche Handlungsvarianten gewählt wurden und wie letztlich die Implementierung der formulierten Policies vollzogen wurde. Die einzelnen Phasen des Zyklus sind dabei nicht strikt voneinander trennbar und überschneiden sich in einigen Fällen. Anhand einer graphischen Darstellung soll eine Übersicht über die Phasen der Problem(re)definition/dem Agenda Setting, der Politikformulierung, der Politikimplementierung sowie der Evaluierung gegeben werden. Dabei wird durch einige ausgewählte Aktivitäten aufgezeigt, welche Faktoren für eine aktive AIDS-Politik ausschlaggebend waren, welche Maßnahmen in den einzelnen Phasen getroffen wurden, und welche Akteure maßgeblich am politischen Prozess beteiligt waren. Anzumerken ist hierbei, dass vor allem jene Akteure dargestellt wurden, die im Zuge der Recherche für diese Arbeit am häufigsten vorgekommen sind, und als aktivste Stakeholder innerhalb der österreichischen AIDS-Politik bezeichnet werden können. Die internationalen Einflüsse durch die WHO, UNAIDS und der Europäischen Union sind nicht in allen Einzelheiten angeführt, da es im Lauf der Jahre immer wieder zu Harmonisierungsprozessen gekommen ist, die jedoch keine großen Änderungen innerhalb der österreichische AIDS-Politik mit sich brachten (vgl. Interview Klein 2010).

**Abbildung 8: Phasen des Policy Zyklus anhand der österreichischen AIDS-Politik**



Quelle: Grafik nach eigener Darstellung

HIV/AIDS ist dadurch gekennzeichnet, dass die Krankheit gleichermaßen den Mikrobereich (also Einzelpersonen) wie auch den Makrobereich (Staat und Gesellschaft) betrifft. Im Fall von HIV/AIDS kann die Lösung des Problems im Wesentlichen nur durch medizinische Forschung gefunden werden (Heilmittel, Impfstoff,...). Gerade deshalb kommt es der Gesundheitspolitik zu, kurz- und mittelfristige Folgen der Epidemie abzufangen. Die große individuelle Betroffenheit führte dazu, dass viele Aktivitäten in den letzten Jahren in den politischen Prozess integriert wurden – HIV/AIDS wurde politisiert.

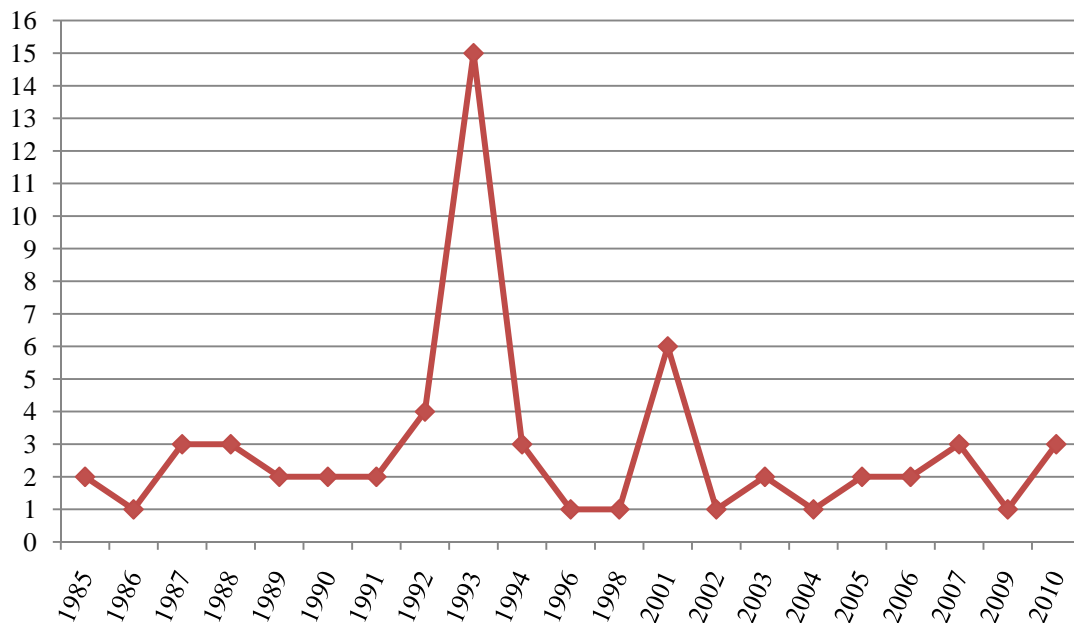
### **5.1 Wie kommt HIV/AIDS auf die politische Agenda**

Die Problemdefinition stellt bei HIV/AIDS keine großen Schwierigkeiten dar. Es handelte sich um ein konkretes Problem und durch prominente Todesfälle erlangte es einen sehr brisanten Status. HIV/AIDS war gesellschaftlich relevant und stellte ein absolutes Novum dar. Durch die Besonderheit von HIV/AIDS bildete sich schnell eine Betroffenenstruktur, die sich dazu entschied auch politisch aktiv zu werden. Die HOSI Wien als Hauptbetroffenengruppe nutzte ihre Organisationstruktur um die politischen Akteure auf das Problem HIV/AIDS aufmerksam zu machen. Zu Beginn der 80 Jahre war es relativ leicht HIV/AIDS auf der politischen Agenda zu platzieren. Anzumerken ist allerdings, dass es vermutlich auch ohne das hohe Engagement der Homosexuellen Initiative auf die Agenda gesetzt worden wäre, da durch internationale Tagungen und Konferenzen sowie verstärkte mediale Präsenz HIV/AIDS ohnehin hohe politische Aufmerksamkeit zukam. Die wichtigsten Akteure in Österreich für die Problemdefinition sowie das Agenda Setting waren das Bundesministerium für Gesundheit und die Homosexuellen Initiative Wien. Nach dem Abflauen der politischen Tätigkeit der HOSI Wien sind andere zivilgesellschaftliche Akteure hervorgetreten. Neben der Österreichischen AIDS Hilfe (später den sieben Vereinen der AIDS-Hilfen Österreichs) haben sich im Laufe der Zeit zahlreiche kleinere Akteure und Teilorganisationen mit HIV/AIDS beschäftigt, (wie zum Beispiel die AIDS-Malteser, Caritas, Volkshilfe, ÖGB,). Die Aufrechterhaltung des Interesses an HIV/AIDS erschwerte sich laufend, bis HIV/AIDS zunehmend von der politischen Oberfläche verschwand. Trotzdem wurde das Thema nie ganz in den Untergrund

verdrängt, da durch die Unterstützung und Umsetzung internationaler Richtlinien, wie zum Beispiel von der WHO oder UNAIDS, HIV/AIDS immer in den gesundheitspolitischen Debatten berücksichtigt werden musste (vgl. Interview Klein 2010).

Anhand der parlamentarischen Tätigkeiten im Nationalrat lässt sich gut aufzeigen, wann HIV/AIDS verstärkt auch außerhalb des Kreises der SpezialistInnen politisch diskutiert wurde.

**Abbildung 9: Häufigkeit parlamentarischer Tätigkeiten**



Quelle: Grafik selbst erstellt nach Häufigkeit der Diskussionen im Nationalrat<sup>42</sup>

Für die Erstellung dieser Grafik wurden alle Nationalratssitzungen seit 1983 auf das Vorkommen von HIV/AIDS relevanten Themen untersucht. Die häufigste Form der Erwähnung von HIV/AIDS erfolgte durch schriftliche Anfragen. Im Zeitrahmen der 1980er Jahren ist es nicht verwunderlich, dass die Krankheit regelmäßig Thema im Nationalrat war – HIV/AIDS war zu einem politischen Thema geworden. Überraschend ist der hohe Anstieg an Aktivitäten im Jahr 1993. Der

<sup>42</sup> Berücksichtigt wurden dabei schriftliche Anfragen, Lesungen von Gesetzen sowie mündliche Anfragen im Nationalrat zwischen 1983 und 2010.

Rechnungshofbericht, der Umgang mit HIV infizierten Blutern sowie die Vorgehensweise hinsichtlich Informationspflicht der Allgemeinbevölkerung werden in diesem Jahr vermehrt diskutiert (vgl. Sitzungen des Nationalrats 1983-2010). Besondere Brisanz bringen zusätzlich die erhöhten Sterberaten zwischen 1991 und 1995. In diesem Zeitraum sterben jährlich über 110 Menschen an AIDS.<sup>43</sup> Der nächste Anstieg im Jahr 2001 wurde vor allem durch das Thema der strafrechtlichen Verfolgung von HIV positiven Menschen verursacht. Ab 2006 konzentriert sich die Diskussion vor allem auf die finanzielle und politische Unterstützung von internationalen HIV/AIDS Programmen. Schriftliche Anfragen sind Teil der parlamentarischen Kontrolltätigkeiten und wichtiges Instrument der Demokratie. Oftmals konnten VertreterInnen von NGOs ihre Verbindung zu Nationalratsabgeordneten nutzen um Forderungen indirekt an das Ministerium für Gesundheit oder auch für Justiz zu stellen. Auch wenn die Intensität des politischen Diskurses zwischen staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren zurückgegangen ist, versuchen Netzwerkakteure immer wieder auf die Politik Einfluss zu nehmen (vgl. Interview Klein 2010). Die Häufigkeit parlamentarischer Tätigkeiten im Nationalrat gibt also nur unzureichend Auskunft darüber, in welchem Ausmaß das Interesse an HIV/AIDS abnimmt. Innerhalb des Bundesministeriums für Gesundheit beschäftigen sich ExpertInnen täglich mit der Krankheit und ihren Auswirkungen. Trotzdem kann generell festgestellt werden, dass am Höhepunkt der parlamentarischen Diskussionen im Jahr 1993 vor allem endogene Faktoren ausschlaggebend waren. Das AIDS-Gesetz, die AIDS-Hilfen Österreichs, der Anstieg der Todesfälle, die Situation von Betroffenen sowie der Rückgang der Neuinfektionen waren Themen aufgrund derer im Nationalrat diskutiert wurde. 2001 ist erneut erhöhte Aufmerksamkeit hinsichtlich des Themas erkennbar. Zu dieser Zeit ist Herbert Haupt (FPÖ) Gesundheitsminister. Fragen, die an Haupt gestellt wurden, bezogen sich auf mangelnde medizinische Versorgung von PatientInnen sowie die Forderung nach besseren Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen für medizinisches Personal im Bereich HIV/AIDS. Auch hier kann aufgrund der Themenwahl kein direkter Zusammenhang zwischen dem Anstieg der schriftlichen Anfragen an Gesundheitsminister Haupt mit seiner Parteizugehörigkeit festgestellt werden.

---

<sup>43</sup> 1991: 118 Todesfälle, 1992:159 Todesfälle; 1993: 156 Todesfälle; 1994: 161 Todesfälle, 1995:153 Todesfälle (vgl. BMG, Österreichische AIDS Statistik, 2010).

Entsprechend dem Verlauf der Häufigkeit themenspezifischer parlamentarischer Tätigkeit, war mit einem erneuten Aufschwung nach 2001 nicht zu rechnen. Dank der Veranstaltung der Internationalen AIDS Konferenz in Wien 2010 verschwand HIV/AIDS jedoch nicht ganz von der politischen Oberfläche. Die Hälfte aller Anfragen zur Situation von HIV/AIDS in Österreich bezog sich 2009 und 2010 auf die Internationale AIDS Konferenz. Aus dieser Entwicklung kann abgeleitet werden, dass dank exogener Faktoren die politische Aufmerksamkeit nicht ganz verloren ging.

## **5.2 Wie und wo findet der politische Formulierungsprozess statt?**

Im Verlauf der Darstellung ist deutlich geworden, dass durch die besonderen internationale und nationale Brisanz des Themas es keiner besonderen zusätzlichen Initiativen der beteiligten Akteure bedarf, um HIV/AIDS auf die politische Agenda zu bringen. Es stellte sich vorrangig die Frage nach der Art und Weise wie mit der Krankheit und all ihren Facetten umgegangen werden sollte. Die inhaltliche Gestaltung eines politischen Programms, inklusive Festlegung der Ziele, Bestimmung der Adressaten der Policies sowie die Rollenzuschreibung der beteiligten Akteure musste festgelegt werden. Oftmals werden diese Formulierungen in der Form von Gesetzen explizit gemacht. Die Österreichische AIDS-Politik stellt durch die Formulierung des AIDS-Gesetzes eine europäische Besonderheit dar. Federführend war das Bundesministerium für Gesundheit, das im Prozess der Gesetzesformulierung verstärkt auf die Einbindung von ExpertInnen achtete. Die AIDS-Kommission als beratendes Gremium, medizinische VertreterInnen sowie die HOSI Wien nahmen Einfluss auf die Ausrichtung des Gesetzes. Vor allem die beschränkte Meldepflicht von AIDS geht auf die Mitwirkung der HOSI zurück, die dadurch die ersten Schritte gegen Diskriminierung von HIV positiven Menschen setzte. Zusätzlich kam es neben der Schaffung eines Gesetzes auch zu Abmachungen zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und der Österreichischen AIDS-Hilfe, die bis heute bestehen. Präventions- und Betreuungsarbeit wurde von der Politik ausgelagert und von den AIDS-Hilfen übernommen. Dabei wurde den AIDS-Hilfen in der Umsetzung ihrer Programme und Strategien weitgehend freie Hand gelassen. Die Aufgabe der Behandlungstätigkeit wurde von den spezifischen Behandlungszentren übernommen. Das politische initiierte Programm zielt darauf ab möglichst effektiv

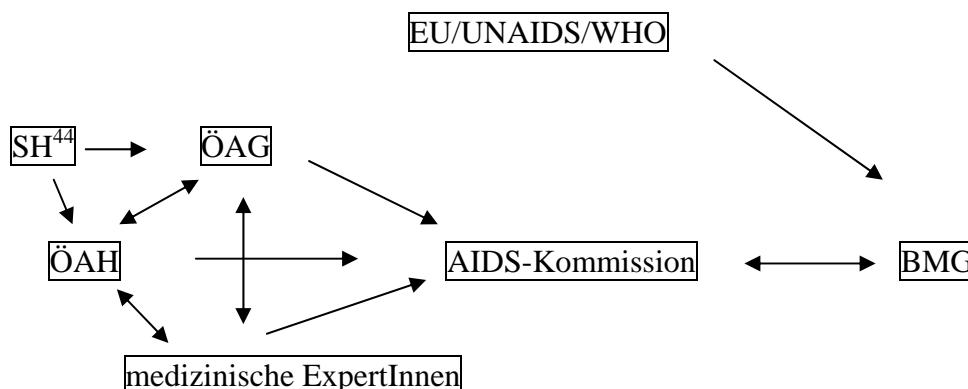


und effizient zu sein (vgl. Schneider/Janning 2006:56-58).

Laut Klein (vgl. Interview 2010) holt sich das Bundesministerium für Gesundheit Ministerium die Expertise im Bereich therapeutischer Maßnahmen von der AIDS-Gesellschaft, die – wie bereits erwähnt – eine wissenschaftliche Funktion in Österreich inne hat. Da es sich bei AIDS Politik um ein absolutes Novum handelt, kann als Besonderheit festgehalten werden, dass ursprünglich keiner der beteiligten Akteure mit absoluter Sicherheit die Durchsetzbarkeit und die Sinnhaftigkeit der Handlungsoptionen garantieren konnte. Mit der Zeit etablierte sich jedoch ein stabiles Netzwerk, auf dessen Expertise Programme aufgebaut werden konnten.

Dank der guten Kooperation mit internationalen AIDS Gesellschaften (vor allem mit der Schweizer AIDS-Gesellschaft und der Deutschen AIDS Gesellschaft) herrscht in Österreich sehr gutes *Know How* im medizinisch-wissenschaftlichen Bereich. Die Expertise im Umgang mit Betroffenen holt sich das Ministerium von verschiedenen im HIV/AIDS Bereich tätigen NGOs, vorrangig von den AIDS-Hilfen Österreichs. Epidemiologische Daten werden vom Ministerium selbst erstellt, bzw. durch die HIV-Kohortenstudie der Behandlungszentren ergänzt. Dieses System hat sich laut Klein sei Jahren bewährt, und spricht für eine gute, solide Struktur des Netzwerkes.

**Abbildung 10: Einflussmöglichkeiten auf die Politikformulierung durch das BMG**



Quelle: Graphik selbst erstellt nach Interview mit Klein 2010

<sup>44</sup> Selbsthilfegruppen

Die oben abgebildeten Akteure stellen – hinsichtlich der letzten 25 Jahre – die Wichtigsten im Politikformulierungsprozess dar. Natürlich hat auch das Bundesministerium für Gesundheit Einfluss auf bestimmte Bereiche der beteiligten Akteure dieses Netzwerkes; aus dieser Darstellung soll jedoch deutlich werden, wie Expertise eingeholt und der Prozess der politischen Planung umgesetzt wird.

Beratend fungiert das Bundesministerium für Gesundheit im Zusammenhang von HIV/AIDS im Rahmen entwicklungspolitischer Agenden für das Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten. Internationale Projekte, wie zum Beispiel die Mitgliedschaft beim Global Fund fallen in die Zuständigkeit des Außenministeriums. Es findet zwar eine Vernetzung zwischen den ExpertInnen innerhalb der Ministerien statt, diese Beziehungen sind jedoch sehr lose und hauptsächlich zur Informationsgewinnung gedacht (vgl. Interview Klein 2010, Interview Bayr 2010). Bis dato gibt es in Österreich keinen nationalen Aktionsplan, in dem eine genaue Rollenzuschreibung inklusive Verantwortlichkeiten festgelegt ist. Ein Strategiepapier würde die Verfahren festlegen und den zukünftigen Umgang mit Herausforderungen im Bereich HIV/AIDS für alle beteiligten Akteure erleichtern.

Wie bereits erwähnt lassen sich die einzelnen Phasen des Politikzyklus nicht immer messerscharf trennen. Die Überlappung des Formulierungsprozesses mit dem Implementierungsprozess ist durch die Beziehungsstruktur innerhalb des Netzwerkes möglich.

### **5.3 Politik Implementierung**

Generell kann festgehalten werden, dass die Drehscheibe der Österreichischen AIDS-Politik das Ministerium für Gesundheit darstellt. Wie weiter oben dargestellt, holt sich das Ministerium die Expertise von den Akteuren innerhalb des Netzwerkes. (vgl. Interview Klein 2010).

Es gibt verschiedene Programmtypen, die den Akteuren – im Besonderen den politischen Entscheidungsträgern – zu Verfügung stehen. Regulative Maßnahmen bringen eine direkte Verhaltensbeeinflussung mit sich, die oft zu Widerstand der Adressaten führt. Zusätzlich steht man vor einem relativ hohen Aufwand, vor allem im

Kontrollbereich. Anreizprogramme motivieren dagegen die betroffenen Akteure positiv und können bei einem relativ niedrigem Administrationsaufwand zu positiven Kooperationen führen. Durch Leistungsprogramme werden die beteiligten Akteure ebenfalls positiv motiviert, sie stellen jedoch einen hohen administrativen und finanziellen Aufwand dar und sind im Politikfeld HIV/AIDS nicht als zielführend einzustufen (vgl. Schneider/Janning 2006: 59-62).

Aufgrund der engen Zusammenarbeit der beteiligten Akteure erfolgt die Implementation von AIDS spezifischen Policies innerhalb einer horizontalen Organisationsstruktur. Die Umsetzung des politischen Programms läuft durch die hohe Kooperationsbereitschaft der privaten Akteure relativ reibungslos ab. Gründe dafür sind einerseits die Konzentration auf Anreizprogramme und Tauschbeziehungen, andererseits die Involvierung der wichtigsten Akteure in die Gestaltung des politischen Prozesses.

Ein Beispiel für eine Tauschform innerhalb der Phase der Implementierung ist die Übertragung der Präventionsarbeit im Bereich HIV/AIDS vom Bundesministerium für Gesundheit an die AIDS-Hilfen Wien, welchen bei der Gestaltung der Präventionsstrategien relativ freie Hand gelassen wird und die finanzielle Unterstützung erhalten. Grundsätzlich orientiert sich die Österreichische Präventionspolitik an internationalen Richtlinien und an der Definition von Gesundheit (und Gesundheitsförderung) der WHO aus dem Jahr 1948:

*Gesundheit [...] ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freiseins von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung (WHO 1948<sup>45</sup>).*

---

<sup>45</sup> Zitiert nach BMG. Gesundheit und Gesundheitsförderung. Abgerufen am 23.August2010 von <http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0771&doc=CMS1201505682652>

### 5.3.1 Präventionspolitik

Im folgenden Abschnitt wird die Präventionsarbeit der AIDS-Hilfen dargestellt und aufgezeigt, wie auf Herausforderungen und Einflüsse bzw. fehlende Vorgaben durch die zuständigen politischen Akteure reagiert wird.

In Österreich orientierte man sich bereits früh an den Richtlinien der Ottawa Charta und versuchte gesundheitsförderliche Netzwerke zu fördern und zu implementieren. Als gesetzliche Grundlage gilt seit 1998 das Gesundheitsförderungsgesetz (vgl. Gfg 1998: BGBl: Nr. 51). Durch das Gesetz werden Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung und Verbesserung der allgemeinen Gesundheit gesichert, bzw. Aufklärung und Information über vermeidbare und ansteckende Krankheiten gewährleistet. Mit dem Fond Gesundes Österreich (FGÖ) wurde eine nationale Stelle für Gesundheitsförderung und Prävention eingerichtet (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2010<sup>46</sup>).

Neben dem Prinzip der Gesundheitsförderung, das auf alle möglichen Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit innerhalb der Gesellschaft abzielt und den Menschen mehr Selbstbestimmungsrecht einräumt, richtet sich Prävention auf ein bestimmtes Ziel. Prävention zeichnet sich dadurch aus, dass sie Krankheiten zuvorkommt und versucht Risikofaktoren für die Übertragung bzw. den Ausbruch von Epidemien zu beseitigen. Man unterscheidet drei Phasen (vgl. Amort 2005: 52-62)

*Primärprävention:* setzt noch vor Krankheitsbeginn an und trägt dazu bei die Entstehung zu verhindern. Primärprävention kann an die Allgemeinbevölkerung gerichtet sein, wird jedoch oft auch zielgruppenspezifisch angewendet (vgl. BMG, BGBl. Nr 51/1998). Im Fall von HIV/AIDS dient Primärprävention der Vermeidung von Neuinfektionen.

*Sekundärprävention:* dient zur Früherkennung von Krankheiten und soll das Fortschreiten des Krankheitsverlaufs minimieren (vgl. Gradl 2009: 68). Durch den Wandel der Behandelbarkeit von HIV/AIDS wurden Menschen, die mit HIV infiziert

---

<sup>46</sup> BMG. Gesundheit und Gesundheitsförderung. Abgerufen am 23. August 2010 von <http://www.bmg.gov.at/cms/site/standard.html?channel=CH0771&doc=CMS1201505682652>

sind, immer stärker zur Zielgruppe von Sekundärprävention. Mit der Broschüre *Aspekte* gehen die AIDS-Hilfen Österreichs speziell auf Infizierte ein, um sie mit genügend Information zu versorgen.

*Tertiärprävention:* konzentriert sich im Allgemeinen auf die mögliche Wiederherstellung der Gesundheit. Eindämmung von Folgeschäden sowie Rehabilitation sollen ermöglicht werden (vgl. AIDS-Hilfen Österreichs 2005: 55). Im Bereich HIV/AIDS dient Tertiärprävention vor allem zur Verbesserung der Lebensqualität von Betroffenen sowie dem Kampf gegen Diskriminierung und Stigma.

Laut Definition des Bundesministeriums für Gesundheit fällt die Verhütung von übertragbaren Krankheiten in den *Bereich Drei* der Primärprävention<sup>47</sup>. 2001 entfiel etwa ein Drittel der Ausgaben des Bundes, der Bundesländer, der Gemeinden, der Sozialversicherungen und des FGÖ im Bereich der Primärprävention auf die Verhütung übertragbarer Krankheiten<sup>48</sup>. Von den € 32.532.209 entfielen € 3.103.448 auf die Maßnahmen im Bereich AIDS. Im Rahmen von Sekundär- und Tertiärprävention stellt HIV/AIDS bei der bei der finanziellen Aufteilung keinen eigenen Posten dar. Die Gesamtausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung im Jahr 2001 beliefen sich auf € 1.026.731.494, davon werden € 3.103.448 explizit für AIDS aufgewendet. Bei dieser Summe handelte es sich vor allem um Förderungen durch den Bund zur Finanzierung der AIDS-Hilfen und anderer Beratungsstellen mit Hauptaugenmerk auf Aufklärung, außerdem enthält die Summe einen Anteil des Bundes für das WHO-AIDS-Programm (vgl. Habl et al. 2005: 3-25).

---

<sup>47</sup> Primärprävention 1: Förderung gesunder Lebensweisen, Verhinderung von Krankheiten.

Primärprävention 2: Vermeidung von Suchtkrankheiten.

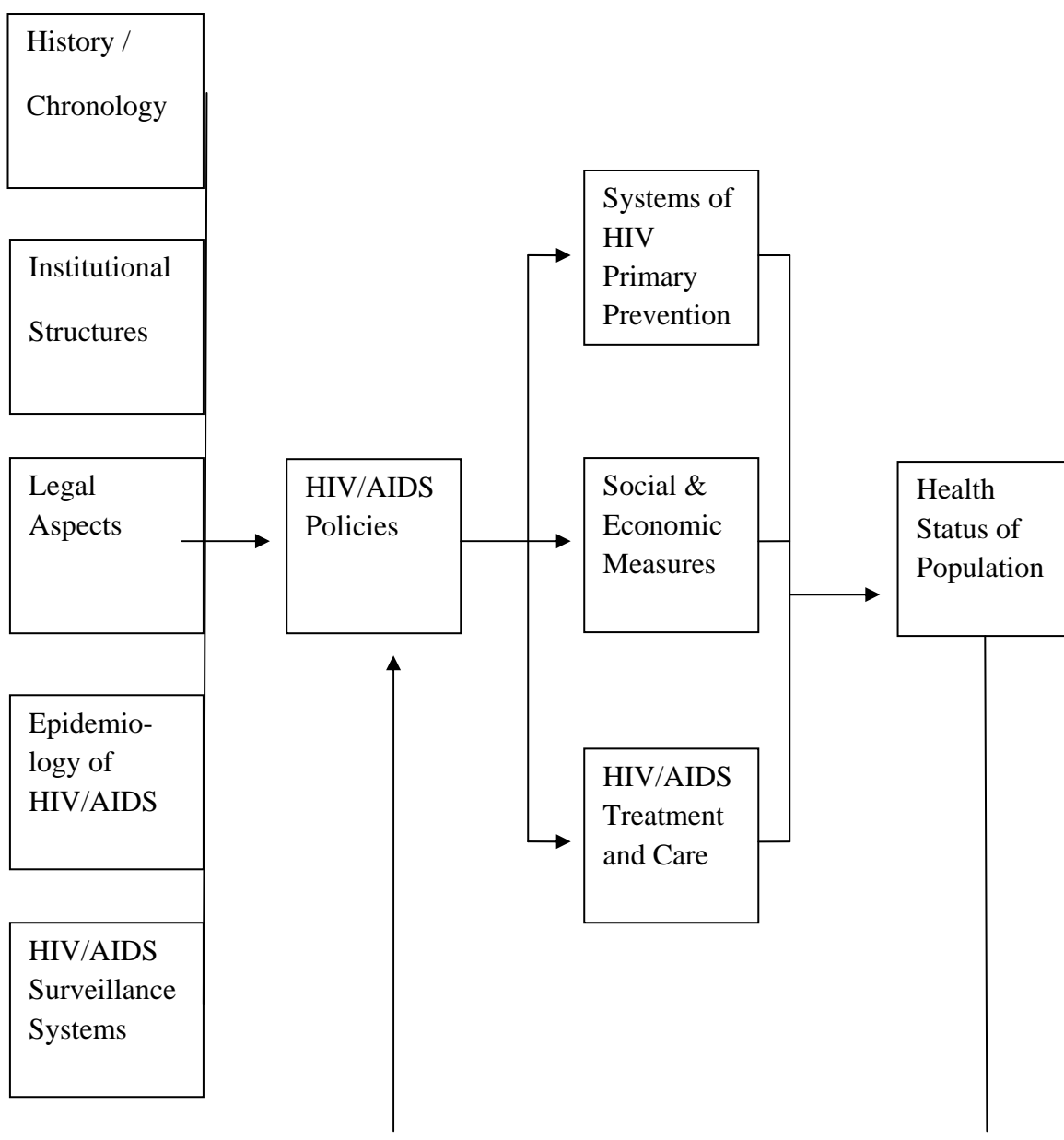
Primärprävention 3: Verhütung von übertragbaren Krankheiten

<sup>48</sup> €32.532 Millionen

### 5.3.2 Analytische Rahmenbedingungen zur Untersuchung von HIV-Präventionspolitik in Europa

Anhand folgender Darstellung wird deutlich, welche Komponenten für die Entstehung und Entwicklung der AIDS-Politik eines Landes wichtig sind. Die Epidemiologie von HIV/AIDS, die Implementierung institutioneller Strukturen sowie gesetzliche Grundlagen beeinflussen die Präventionsstrategien und die erforderlichen politischen Rahmenbedingungen.

**Abbildung 11: Analytische Rahmenbedingungen zur Untersuchung von HIV-Präventionspolitik in Europa**



Quelle: eigene Darstellung nach Weilandt et al. 2001: 20

Jeder dieser Punkte beeinflusst die Entwicklung der nationalstaatlichen *Policies* im Bereich Prävention. Die historische Entwicklung von HIV/AIDS in Österreich ist durch die österreichische AIDS Statistik relativ gut dokumentiert. Aufgrund dieser Ausgangslage konnte es zu einer Institutionalisierung von Organisationsstrukturen kommen, die ursprünglich als kurzfristige Reaktion auf die Epidemie gebildet wurden. Mit dem AIDS Gesetz wurden die rechtlichen Rahmenbedingungen festgelegt, innerhalb derer die weiteren politischen Handlungsalternativen festgelegt werden konnten. Die Kohortenstudie ist ein nationalstaatliches Instrument um die epidemiologische Entwicklung in Österreich festzuhalten. Diese Informationen sind nicht zuletzt wichtig um die Harmonisierung der europäischen AIDS-Politik zu ermöglichen. Natürlich hat auch der allgemeine Gesundheitszustand der Bevölkerung Auswirkungen auf die AIDS-Politik eines Landes, so sind in Österreich andere Präventionsmaßnahmen bezüglich der Prävention zu setzen als zum Beispiel in Osteuropa, wo andere gesellschaftspolitische Umstände und auch andere Übertragungswege des HI-Virus vorherrschen.

HIV-Antikörpertests werden in den AIDS-Hilfen Österreichs anonym und kostenlos durchgeführt<sup>49</sup> und stellen einen wichtigen Teil der Präventionsarbeit dar. Nur durch den Zugang zur Testung können Präventionsstrategien erfolgreich umgesetzt und auch Beratung und Behandlung den Bedürfnissen der positiv Getesteten angepasst werden. Präventionspolitik muss regelmäßig den aktuellen Umständen entsprechend adaptiert werden. Zahlreiche Einflüsse spielen in der Entwicklung und Erneuerung der Policies eine Rolle, zum Beispiel die Änderung der Testmöglichkeiten oder Änderungen bezüglich gesetzlicher Richtlinien betreffend Drogenpolitik oder Homosexualität.

Die drei wichtigsten Ziele der europäischen HIV Präventionspolitik sind die Minimierung von HIV Neuinfektionen, die Vermeidung von Diskriminierung und Stigmatisierung von Personen mit erhöhtem Risikoverhalten bzw. Menschen, die mit dem HI-Virus leben sowie die Sicherstellung von adäquater Behandlung von Betroffenen. Für eine erfolgreiche Präventionspolitik ist die schnelle Reaktion auf die Epidemie erforderlich. In Österreich wurden vor allem im Bereich der Primärprävention sehr schnell Maßnahmen gesetzt, die eine weitere Verbreitung des

---

<sup>49</sup> In einem Labor ist der Test kostenpflichtig, beim Hausarzt kann die Anonymität nicht zu 100 Prozent gewährleistet werden, da der Test bei begründetem Verdacht über die Krankenkasse abgerechnet wird.

Virus verhindern sollten. Relevante Akteure wurden in den Politikbildungsprozess mit einbezogen und Ziele auf allen politischen und gesellschaftlichen Ebenen definiert. Für die nicht-staatlichen Akteure ist entsprechender Freiraum Voraussetzung um unabhängig – auf die eigenen Ressourcen angepasste – Strategien entwickeln zu können. HIV/AIDS spezifische Policies müssen in die sozial- und gesundheitspolitischen Maßnahmen und Strukturen integriert werden, um Konsistenz zu gewährleisten (vgl. Weilandt et al. 2001: 31-55).

### **5.3.3 Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich HIV/AIDS in Österreich**

Durch die Einführung der Kombinationstherapie und die damit einhergehende Normalisierung von HIV/AIDS hat sich die Wahrnehmung der Krankheit während der letzten Jahre zunehmend verändert. Die Zeiten in denen Angst und Schrecken vorherrschten sind vorbei, HIV/AIDS entwickelte sich zu einer „normalen“ Erkrankung. Die Gefahr, die die Normalisierung dieser nach wie vor tödlichen Krankheit mit sich bringt, spiegelt sich in der seit 1997 wieder konstant ansteigenden Anzahl der HIV-Neuinfektionen wider. Der prozentuell höchste Anstieg lässt sich bei heterosexuellen Paaren nachweisen<sup>50</sup>, wobei vor allem Frauen stark betroffen sind. Oftmals wird die Infektion erst sehr spät erkannt. Nach medizinischer Definition handelt es sich um eine späte Diagnose, wenn das Vollbild AIDS weniger als drei Monate nach einem positiven HIV-Antikörpertest ausbricht. Laut Dr. Schmied (2010a) stellt dies eine große Schwierigkeit für die Behandlung dar, da durch den verspäteten Beginn der Therapie die Überlebenschancen der Infizierten stark sinken. Neue Präventionsstrategien wurden diesbezüglich adaptiert und konzentrieren sich vermehrt auf Personengruppen, die Spät Diagnose-gefährdet sind.<sup>51</sup> Eine Infektion durch den HI-Virus muss, aufgrund der medizinischen Errungenschaften der letzten Jahre, nicht mehr zwingend zum Ausbruch von AIDS führen. Durch frühen Therapiebeginn und durch die als durchaus gut einzustufenden Behandlungsmöglichkeiten haben Betroffene die Chance auf eine nahezu normale Lebenserwartung (Schmied 2010b).

---

<sup>50</sup> Seit 2000 haben sich 45,1 Prozent über heterosexuellem Kontakte, 35,3 Prozent durch homosexuelle Kontakte und 15,8 Prozent durch intravenösen Drogenkonsum mit HIV infiziert (vgl. APA 2010).

<sup>51</sup> Ältere, Männer sowie Frauen die sich auf heterosexuellem Weg infizieren, und Personen aus Pandemieländern (vgl. APA 2010).



Durch die höhere Lebensdauer dieser PatientInnen und die langzeitige Einnahme von Medikamenten erhöht sich jedoch das Risiko anderer chronischer Erkrankungen, die zum Tod führen.<sup>52</sup>

Zwischen 26. April und 12. Mai 2010 wurden bei einer von GfK durchgeführten Studie 1000 Personen in allen Altersgruppen über die Wahrnehmung von HIV/AIDS in der Bevölkerung befragt. Das Ergebnis zeigt, dass mit abnehmendem Bildungsniveau das Wissen über HIV/AIDS sinkt. Erschreckend dabei ist, dass nur 50 Prozent aller Befragten *safer sex* praktizieren und im Allgemeinen sehr fahrlässig mit sexuell übertragbaren Krankheiten umgehen. Aussagen wie

*Menschen, die normal leben, bekommen kein HIV/AIDS.*  
oder  
*AIDS ist eine Krankheit, mit der sich nur Homosexuelle und Drogensüchtige anstecken.*  
(APA 2010)

stellen die Politik und die AIDS-Hilfen Österreichs nach wie vor vor eine große Herausforderung.

Prävention ist seit der Gründung der Aids Hilfe ein wichtiger Bestandteil der täglichen Arbeit (AIDS-Hilfen Österreichs 2005: 52-56). Seit 1998 ist in Österreich mit dem Gesundheitsförderungsgesetz strukturelle und finanzielle Sicherheit für allgemeine Gesundheitsförderung gegeben. Das Gesundheitsförderungsgesetz umfasst Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit sowie Maßnahmen zu Aufklärung und Information bezüglich vermeidbarer Krankheiten (vgl. BMG, BGBl. Nr 51/1998). Bundesweite Kampagnen der AIDS-Hilfe Österreichs konnten aufgrund dieses Gesetzes finanziert und durchgeführt werden<sup>53</sup>.

HIV/Prävention und Gesundheitsförderung spielt sich in Österreich auf drei Kommunikationsebenen ab (*Three-Step-Strategie*<sup>54</sup>). Auf der ersten Ebene wird die Allgemeinbevölkerung informiert. Durch das Bereitstellen von Materialien bezüglich

---

<sup>52</sup> Aktuelle Todesursachen: 11 Prozent kardiovaskuläre Erkrankungen, 12 Prozent maligne Erkrankungen und 14 Prozent Lebererkrankung, 32 Prozent AIDS (vgl. Zangerle et al 2009:81-87)

<sup>53</sup> Zum Beispiel der Red Ribbon Award 2004.

<sup>54</sup> Wurde bereits 1993 in die Präventionsarbeit eingeführt (vgl. Aids Hilfe Wien Halbjahresbericht 1993:2-5).

HIV-Infektionen und AIDS sowie Empfehlungen zu sicherem Sexualverhalten wird Aufklärung betrieben. Die Finanzierung von bundesweiten Kampagnen ist meist durch das Bundesministerium für Gesundheit<sup>55</sup> abgedeckt. Die AIDS-Hilfen Österreichs übernehmen die Gestaltung und Abwicklung dieser Kampagnen. Vor allem auf dieser ersten Ebene der Kommunikation findet eine enge Zusammenarbeit zwischen den einzelnen autonomen Vereinen der Aids Hilfen Österreichs statt. Durch regelmäßige Treffen der GeschäftsführerInnen und AbteilungsleiterInnen werden bundesweite Projekte und Kampagnen abgesprochen, geplant und durchgeführt. Durch Information und Aufklärung der allgemeinen Bevölkerung können Risikosituationen verhindert, gleichzeitig Vorurteile abgebaut und Solidarität aufgebaut werden.

Um die ohnehin sehr begrenzten finanziellen Mittel möglichst effizient einsetzen zu können, konzentrieren sich die AIDS-Hilfen Österreichs zunehmend auf die zweite Ebene, d.h. auf die zielgruppenspezifische Präventionsarbeit. Soziale und betroffene Gruppen werden in die Präventionsarbeit mit einbezogen. So wird der Zugang zu Gruppen mit risikoreichem Verhalten besser ermöglicht und die Botschaften können direkt und effektiv vermittelt werden.

Der dritte Schritt der Kommunikationsarbeit im Bereich Gesundheitsförderung ist die *maßgeschneiderte Einzelberatung*. Großteils geschieht dies durch Beratungsgespräche bei ÄrztInnen oder direkt bei den AIDS-Hilfen. Hierbei wird auch auf neue Arten der Kommunikation reagiert. Neben persönlichen Einzelgesprächen wird vermehrt mit der Hilfe von neuen Medien wie Internet, Beratung durchgeführt (vgl. Gradl 2009: 77). Wichtig für eine erfolgreiche langfristige Präventionsstrategie ist die individuelle Verhaltensänderung. Auf Risikosituationen kann leichter reagiert werden, wenn das Bewusstsein dafür gestärkt wird. Ganz nach der Idee der Gesundheitsförderung setzt die Aids Hilfe auf die Schulung und Besserung von individuellem Verhalten (vgl. Aids Hilfe Wien Halbjahresbericht 1993: 5-9).

---

<sup>55</sup> Projektbezogen auch durch andere Ministerien, wie zum Beispiel das Ministerium für Unterricht für Jugendkampagnen.

Um eine möglichst erfolgreiche Präventionsstrategie verfolgen zu können, orientiert sich die Gesundheitspolitik am *Morin Modell*<sup>56</sup>, das auf die erwähnte Verhaltensänderung von Individuen setzt. Jeder Mensch muss erkennen, dass AIDS eine persönliche Bedrohung darstellt und jeden treffen kann. Der Glaube an die Schutzmöglichkeit vor HIV/AIDS ist unabdingbar ebenso wie das Vertrauen in die Fähigkeit vermindertes Risikoverhalten umzusetzen. Unterstützung im Prozess dieser Verhaltensveränderung kommt dabei von betroffenen Gruppen, die sich mit der Situation des zu Beratenden gut identifizieren können (vgl. Salmen 1990: 85-99). In den letzten 25 Jahren war die Verhaltensänderung von Menschen, die sich vermehrt Risikosituationen aussetzen, einer der Schwerpunkte der HIV-Prävention. Diesem Präventionsansatz kommt nach wie vor große Bedeutung zu, er ist jedoch isoliert gesehen nicht ausreichend für eine erfolgreiche Gesamtpräventionsstrategie.

Uneinig sind sich Experten auch über die Rolle des HIV-Antikörpertests als Präventionsmittel. Salmon hinterfragt die Nachweisbarkeit einer Verhaltensänderung nach der Diagnose HIV positiv im Gegensatz zum Verhalten eines nicht Getesteten (vgl. Salmen 1990: 95). Wohlfeiler und Ellen (2007: 329-348) betonen, dass Beratungsgespräche vor und nach dem Test Einfluss auf das Verhalten vor allem von neu diagnostizierten Personen haben. Viele der positiv Getesteten ändern ihre Verhaltensweisen und versuchen die Weitergabe des Virus zu verhindern. Die AIDS-Hilfen Österreichs setzen nach wie vor auf die Testung als ein Kernelement der Präventionsarbeit. In diesem Fall kann die gute Sichtbarkeit und Öffentlichkeit der AIDS-Hilfen jedoch kontraproduktiv wirken, da viele Menschen Hemmungen davor haben mit HIV/AIDS in Verbindung gebracht zu werden. Ein Gang zur Testung stellt also für einige Zielgruppen eine Überwindung und Herausforderung dar. Derzeit arbeitet die AIDS-Hilfe Wien an der Entwicklung neuer Strategien, die verstärkt auf Testung vor Ort abzielen, um den Zugang zu Tests für marginalisierte Gruppen zu erleichtern (vgl. Interview Dirnberger 2010).

Insgesamt sind die drei Phasen der Prävention (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) von den AIDS-Hilfen Österreichs – trotz fehlenden nationalen Aktionsplans (vgl. Weilandt et al. 2001: 37) – sehr gut abgedeckt. In der

---

<sup>56</sup> Das Morin Modell nennt fünf Bedingungen, die für ein Individuum wichtig sind, um den Prozess von der Änderung der Einstellung hin zu einer tatsächlichen Verhaltensänderung zu ermöglichen (vgl. Salmen 1990: 86).

Primärprävention werden spezielle Personengruppen mit erhöhtem Risiko angesprochen, um die Anzahl der Neuinfektionen möglichst niedrig zu halten. Die Sekundärprävention dient dazu, eine Infektion mit dem HI-Virus möglichst früh erkennen und schnellstmöglich mit der Therapie beginnen zu können sowie dazu Betroffenen Unterstützung durch Beratungsgespräche anzubieten. In der Tertiärprävention geht es vor allem um die Vermeidung von negativen Konsequenzen für Menschen, die HIV positiv sind. Psychologische und sozialarbeiterische Betreuung werden hier als Mittel eingesetzt. In die dritte Ebene der Prävention fällt auch die Bekämpfung von *sozialem AIDS*.

Informationen zu HIV/AIDS, Aufklärung sowie Verhaltensempfehlungen sollen möglichst vielen Menschen näher gebracht werden. Im Bereich der Prävention für die Allgemeinbevölkerung konzentrieren sich die AIDS-Hilfen Österreichs auf die klassische Informationsbroschüre sowie in den letzten Jahren verstärkt auf das Internet. Jährlich werden Kampagnen von den einzelnen AIDS-Hilfen initiiert und durchgeführt. Nationale massenmediale Kampagnen sind jedoch Mangelware (vgl. Amort 2005: 52-62; Interview Dirnberger 2010).

Um gezielt Aufklärungsarbeit leisten zu können, haben die AIDS-Hilfen Österreichs Zielgruppen definiert. Jugendliche, Frauen, MigrantInnen, intravenös Drogenabhängige sowie Männer, die Sex mit Männern haben stehen bei der zielgruppenspezifischen Präventionsarbeit im Mittelpunkt.

Vor allem in der Jugendarbeit werden die Vereine stark von den zuständigen Bundesministerien unterstützt. So werden durchschnittlich alle zwei Jahre österreichweite Kampagnen und Projekte organisiert. Kernarbeit im Bereich Jugendliche sind Workshops, die je nach Bedarf in Schulen oder in den Räumlichkeiten der AIDS-Hilfen stattfinden. Ziel ist es, Jugendliche zwischen 13 und 19 Jahren mit Informationen zu den Themen HIV/AIDS, sexuelle Gesundheit, STDs (sexuell transmitted diseases) sowie den fachgerechten Gebrauch von Kondomen zu versorgen. Der Versuch durch *Peer Education*<sup>57</sup> Jugendliche aufzuklären wurde in den letzten Jahren verstärkt forciert. Im Rahmen dieser *Peer Education* werden

---

<sup>57</sup> Ist jene Strategie, bei der Gleiche Gleiche informieren; in diesem Fall informieren SchülerInnen ihre KollegInnen.

SchülerInnen dazu ausgebildet die erhaltene Information an ihre AlterskollegInnen weiterzugeben (vgl. Schmuckermair 2010).

Der Anstieg der Neuinfektionen bei Frauen führte dazu, dass die AIDS-Hilfen Österreichs genderspezifische Workshops und Informationsmaterialien entwickelten. Netzwerke wurden gebildet, um möglichst viele Organisationen und Berufsgruppen in die Präventionsarbeit mit einzubeziehen. Gezielte Schulungen für MultiplikatorInnen werden angeboten.

Ähnlich stellt sich die Situation im Bereich MigrantInnen dar. Verstärkt werden ReferentInnen ausgebildet, die selbst einen Migrationshintergrund und somit leichter Zugang zu gefährdeten MigrantInnengruppen haben. Ausgebildete externe MitarbeiterInnen der Aids Hilfe Wien gehen im Rahmen dieses Projekts<sup>58</sup> in Wiener Parks und versuchen dort mit MigrantInnen in Kontakt zu treten und diese über HIV/AIDS und STDs aufzuklären. Dabei wird vor allem versucht, auf die kulturspezifischen Eigenheiten Rücksicht zu nehmen und die Informationsmaterialien dementsprechend zu gestalten.

Die intravenös Drogenkonsumierenden gehören seit jeher zu den Hauptbetroffenen der Epidemie. Wie bereits im Kapitel *HIV/AIDS in Österreich* erwähnt, konnten durch angepasste gesetzliche Rahmenbedingungen im Sinne des *Harm Reduction* - Prinzips die Prävalenz unter den i.v. Drogenkonsumenten stark gesenkt werden. Der niedrigschwellige Zugang zu Spritzentauschprogrammen ermöglichte große Erfolge bei der Reduzierung der Neuansteckungen innerhalb dieser Risikogruppe (vgl. Amort 2005: 52-65).

In Österreich ist die Gruppe der homosexuellen Männer schon seit dem ersten Auftreten von HIV/AIDS die am stärksten betroffene Gruppe, gleichzeitig jedoch auch die Zielgruppe mit den meisten Erfahrungswerten und dem größten Engagement. Zielgruppenspezifische Materialien sowie Workshops für Szenelokalbesitzer und andere Multiplikatoren sind wichtige Bestandteile der Präventionsarbeit. Einen Schwerpunkt der Tätigkeit der AIDS-Hilfen stellt die Arbeit vor Ort, also direkt in der homosexuellen Szene dar. Information und Aufklärung wird direkt dorthin gebracht, wo sie benötigt und möglichst niedrigschwellig und einfach weitergegeben werden

---

<sup>58</sup> wurde als Vorzeigeprojekt von der WHO gewählt.

kann. Der Ansatz, Lokale, in denen es zu häufig wechselnden Sexualkontakten kommt, nicht auszuklammern, sondern Information, Aufklärung und Kondome genau dort anzubieten, zeigt große Erfolge (vgl. Wohlfeiler/Ellen 2007: 339-348). Für die zukünftige Strategie wird auch die Testung als Präventionsmittel verstärkt in die Szenearbeit eingebaut. Die Angst durch den Besuch von Beratungsstellen mit HIV/AIDS in Verbindung gebracht zu werden, kann dadurch abgebaut, und Präventionsarbeit effektiver gestaltet werden (vgl. Interview Dirnberger 2010).

Im Bereich der Prävention bringt der Einfluss der Europäischen Union für die Arbeit der AIDS-Hilfen Österreichs viele Vorteile mit sich. Durch den verstärkten Informationsaustausch innerhalb themenspezifischer Netzwerke können Trends festgestellt und analysiert und diese Kenntnisse in der Szenearbeit vor Ort angewendet werden. Die lokale Umsetzung von europaweit initiierten Standards im Bereich der HIV-Prävention (bei allen Zielgruppen) funktioniert bis dato sehr gut. Trotzdem kann bemängelt werden, dass es noch immer kein nationales Strategiepapier für HIV/AIDS gibt. Eine einheitliche Definierung der Ziele, Akteure und Strategien würde die Arbeit der AIDS-Hilfen erleichtern und ihre Effektivität erhöhen (vgl. Amort 2005: 60-62). Zusätzlich erschwert der Rückgang des öffentlichen Interesses die Präventionsarbeit. Das Bewusstsein gegenüber der drohenden Gefahr von HIV/AIDS ist weder in der Bevölkerung noch bei den politischen VertreterInnen des Nationalrats ausreichend vorhanden (vgl. Interview Bayr, Mernyi, Stefanek 2010).

### **5.3.4 Kampagnen als Teil der Präventionsarbeit**

Seit der Gründung der Österreichischen Aids Hilfen gab es immer wieder verschiedene Arten von Kampagnen. In den 80er Jahren konzentrierten sich die Informationsbroschüren vor allem auf die allgemeine Aufklärung über HIV/AIDS. Ein wichtiger Teil der Arbeit der ÖAH war jedoch die zielgruppenspezifische Informationsarbeit. Bereits kurz nach Gründung der ÖAH wurden die ersten Broschüren in Umlauf gebracht (vgl. Krickler/Blaas 1987: 9-15).

Von 1987 bis 1989 liefen zwei österreichweite Informations- und Aufklärungskampagnen, die Radio- und Kinospots, Plakate, Inserate in Printmedien,

sowie Broschüren und Folder für die Bevölkerung und für bestimmte Zielgruppen inkludierten. Bereits im ersten Bericht des Rechnungshofs 1990 wurde bemängelt, dass es vom Gesundheitsressort kein – wie im AIDS-Gesetz §8 ursprünglich vorgesehen – umfassendes Informationskonzept für eine bundesweite Aufklärung über AIDS gab (vgl. Rechnungshofbereich 1990).

Dieses Manko besteht auch heute noch. Jedoch werden für einzelne Kampagnen immer wieder Förderungen von den zuständigen Ministerien oder Landesstellen genehmigt. Durchschnittlich erhalten die AIDS-Hilfen Österreichs alle zwei bis drei Jahre eine Förderung von staatlicher Seite für bundesweite Kampagnen. Vor allem im Bereich Jugend sind die Bundes- und Landesstellen unterstützend tätig. Der *Red Ribbon Award* wurde 2010 zum vierten Mal erfolgreich vergeben und konnte zur Gänze durch das Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur und den Fond Gesundes Österreich finanziert werden (vgl. Schmuckermaier 2010).

Zahlreiche Kampagnen konnten österreichweit dank einer Finanzierung durch Drittfördergeber durchgeführt werden, so zum Beispiel die aktuelle Kampagne für die Zielgruppe *Men Having Sex with Men* „Küss mich“, die den Schwerpunkt auf Toleranz und Solidarität gegenüber Menschen, die mit dem HI-Virus leben, legt.

Die Aids Hilfe Wien veröffentlicht durchschnittlich eine Kampagne im Jahr. Die Zielgruppen Jugend und MSM werden dabei am häufigsten angesprochen. Oftmals werden die Kampagnen in Kooperation mit anderen Institutionen durchgeführt, so z.B. die „Sport-Kampagne“ 2005 mit Unterstützung des ASKÖ<sup>59</sup> oder die „Lovemaniacs-Kampagne“ in Kooperation mit der ÖGJ.<sup>60</sup>

Eine Besonderheit stellt die von der ApothekerInnen Kammer Wien und Niederösterreich initiierte Kampagne dar. Zum ersten Mal seit Bestehen der Aids Hilfe Wien wurde eine Kampagne speziell auf die Zielgruppe Frauen 30+ ausgerichtet. Mit Kosten von rund 60.000 Euro stellt diese Kampagne auch eine der Teuersten in der Geschichte der Aids Hilfe Wien dar. Ähnlich wie die erfolgreiche ApothekerInnen-Kampagne wird der Großteil der Kampagnen der Aids Hilfe Wien durch Drittfördergeber (z.B. Pharmafirmen) finanziert (vgl. Tätigkeitsbericht Aids Hilfe Wien 2010: 3).

---

<sup>59</sup> Arbeitsgemeinschaft für Sport und Körperkultur in Österreich.

<sup>60</sup> Österreichische Gewerkschaftsjugend.

Bundesweite Kampagnen stellen einen wichtigen Beitrag in der Präventionspolitik dar. Vor allem für die Sensibilisierung der Allgemeinbevölkerung, als Aufruf für Spendensammlungen oder als bloße Erinnerung, dass HIV/AIDS in Österreich noch immer ein wichtiges gesundheitliches Thema ist. Trotzdem werden vermehrt zielgruppenspezifische Kampagnen durchgeführt, da diese im Sinne der Präventionspolitik, als effektiver eingeschätzt werden (vgl. Amort 2010).

Zu Bemängeln bleibt der Beitrag der zuständigen Ministerien. So betont Nationalratsabgeordnete Petra Bayr (2005) von der Sozialdemokratischen Partei Österreichs (SPÖ) in einer schriftlichen Anfrage an die Gesundheitsministerin Maria Rauch-Kallat die Notwendigkeit von Kampagnen zur allgemeinen Aufklärung der Bevölkerung. Die Ministerin verwies hingegen auf die Auslagerung der Informations- und Aufklärungsarbeit ihres Ressorts zu den AIDS-Hilfen Österreichs und rechtfertigte die geringe politische Kampagneninitiative durch zielgruppenspezifische Präventionsarbeit der AIDS-Hilfen.

*Österreich plant derzeit keine groß angelegten HIV/AIDS-Aktivitäten: auch im Einklang mit anderen Staaten, die einen ähnliche Epidemiologie aufweisen, kann festgehalten werden, dass die Zeit der groß angelegten Medienkampagnen vorbei ist, da die Kosten/Nutzen-Relation nicht mehr gegeben ist. (Rauch-Kallat 2005: 3351/AB)*

Das Bundesministerium für Gesundheit lagert seit Bestehen der AIDS-Hilfen die Kampagnentätigkeit beinahe zur Gänze auf die AIDS-Hilfen Österreichs aus. Innerhalb der AIDS-Hilfen Österreichs konzentriert man sich in der Präventionstätigkeit vor allem auf die definierten Zielgruppen. Trotz des ursprünglichen Vorhabens regelmäßige Kampagnen für die Allgemeinbevölkerung durchzuführen, hat man sich informell auf die neue Zielausrichtung geeinigt. Mit der Schwerpunktsetzung auf zielgruppenspezifische Primärprävention sowie der Anpassung der Sekundär- und Tertiärprävention auf die neuen Lebensumstände haben die AIDS-Hilfen gut auf die neuen Herausforderungen innerhalb der AIDS-Politik reagiert. Trotzdem bleibt zu hinterfragen, ob die Übertragung der Verantwortung und inhaltlichen Gestaltung in diesem Bereich auf die AIDS-Hilfen ohne gleichzeitige Anhebung der Subventionszahlungen gerechtfertigt ist. Laut dem Geschäftsführer der Aids Hilfe Wien (vgl. Interview Dirnberger 2010) gibt es Tendenzen zu einer engeren



Kooperation zwischen Bundesministerium für Gesundheit und AIDS-Hilfen in diesem Bereich. Vor allem inhaltlich soll eine bessere Vernetzung und Kooperation stattfinden. Er schätzt das Verhältnis zwischen den beiden Akteuren als sehr gut ein und betont das gegenseitige Interesse an einer gemeinsamen strategischen Ausrichtung der zukünftigen AIDS-Politik.

Die AIDS-Hilfen Österreichs und das Bundesministerium für Gesundheit befinden sich also in einem gewissen Abhängigkeitsverhältnis. Das Ministerium hat nicht die Ressourcen Präventionstätigkeit niederschwellig und zielgruppenspezifisch durchzuführen und vertraut daher auf die Kooperation mit den AIDS-Hilfen. Im Gegenzug erhalten die AIDS Hilfen die nötige finanzielle Unterstützung um ihren Betrieb aufrecht zu erhalten. Die Funktionalität dieser Beziehungsstruktur ist dadurch gegeben, dass es sich nach wie vor um eine Tauschbeziehung handelt. Die AIDS Hilfen haben Einfluss auf die Zielsetzung in der Phase des Politikformulierungsprozesses und begnügen sich meist mit ihrer Rolle als ausführendes Organ. Das Bundesministerium für Gesundheit hingegen versucht durchaus die Zügel in der Hand zu behalten und durch die bereits erwähnte prozedurale Steuerung die Macht bei sich zu konzentrieren, lässt aber gleichzeitig privaten Akteuren genügend Freiraum um eigene Strategien entwickeln und umzusetzen zu können (vgl. Interview Klein 2010, Interview Dirnberger 2010). Die Hauptakteure der nationalen Präventionstätigkeit im Bereich HIV/AIDS sind also das Bundesministerium für Gesundheit und die AIDS-Hilfen Österreichs, wobei projektbezogen auch andere Organisationen in den Prozess involviert werden.

Im Folgenden werden noch einige Bereiche innerhalb des Politikfeldes HIV/AIDS dargestellt, in denen mehrere private und auch staatliche Akteure in der Implementierungsphase involviert sind.

### 5.3.5 Regulierende Instrumente der Präventionspolitik

Als regulierendes Instrument der Präventionsarbeit dienen die Paragraphen 178 und 179 des Strafgesetzbuches (StGB), die sich vorsätzlicher bzw. fahrlässige Gefährdung von Menschen durch übertragbare Krankheiten auseinandersetzen. Im Zentrum dieser gesetzlichen Richtlinien steht der Versuch, die Übertragung des HI-Virus strafbar zu machen. Dabei handelt es sich um ein potentiell Gefährdungsdelikt, da die Möglichkeit der Übertragung für eine Verurteilung ausreicht und keine Vorsätzlichkeit gegeben sein muss. Die Implementierung dieses Gesetzes stößt auf großen Widerspruch bei Organisationen und VertreterInnen der zivilgesellschaftlichen Vereine. Bereits Anfang der 1980er Jahre war klar, dass regulierende Maßnahmen in einer aktiven Präventionspolitik nicht zielführend sind. Trotzdem kommt es laut dem Rechtsgutachten von Dr. Hinterhofer immer wieder zu Verurteilungen (vgl. Hinterhofer 2002: 12-15).

Im Rahmen der Internationalen AIDS Konferenz 2010 in Wien traten Betroffenenorganisationen<sup>61</sup> zusammen und forderten eine Anpassung des geltenden Rechts an die neuesten medizinischen Erkenntnisse. In der Vergangenheit war es in mehreren Fällen zu Verurteilungen gekommen, obwohl die angeklagten Personen alle Vorkehrungen gegen eine mögliche Übertragung getroffen hatten; dies ist darauf zurückzuführen, dass der Tatbestand des potentiellen Gefährdungsdeliktes gegeben war.<sup>62</sup> VertreterInnen von Betroffenen fordern daher, dass die vom Bundesministerium für Gesundheit und den AIDS-Hilfen Österreichs empfohlene Verhaltensregel des *Safer Sex* den Tatbestand des § 178 nicht erfüllt (vgl. PulsHIV 2010). Die Forderungen der Betroffenen-Community wurden in Österreich von politischen VertreterInnen sowie von der Zivilgesellschaft aufgegriffen. Bei einem Treffen im August 2009 mit RepräsentantInnen des Justizministeriums, der AIDS-Hilfen Österreichs, der Community, der Österreichischen AIDS Gesellschaft und der Ärzteschaft wurde erstmals eine Aktualisierung des Strafrechts besprochen. Nach weiteren Meetings im zivilgesellschaftlichen Rahmen, wurde eine Anfrage an das Justizministerium gesendet, in der konkret die Anpassung der Rechtsprechung an das

---

<sup>61</sup> Vor allem vertreten von PULSHIV und dem Positiven Dialog.

<sup>62</sup> 1992 wurde in Linz eine HIV positive Frau nach §178 verurteilt, obwohl sie Präservative verwendete (wurde als Strafmilderungsgrund angesehen) (vgl. Hinterhofer 2002:3).

EKAF – Statement (Eidgenössische Kommission für Aidsfragen) gefordert wird. Die EKAF veröffentlichte 2008 folgende Stellungnahme zur Übertragbarkeit des HI-Virus:

*Die Eidgenössische Kommission für Aidsfragen (EKAF) hält auf Antrag der Fachkommission Klinik und Therapie des Bundesamtes für Gesundheit, nach Kenntnisnahme der wissenschaftlichen Fakten und nach eingehender Diskussion fest: Eine HIV-infizierte Person ohne andere STD unter einer antiretroviralen Therapie (ART) mit vollständig supprimierter Virämie (im Folgenden: «wirksame ART») ist sexuell nicht infektiös, d. h., sie gibt das HI-Virus über Sexualkontakte nicht weiter, solange folgende Bedingungen erfüllt sind: die antiretrovirale Therapie (ART) wird durch den HIV-infizierten Menschen eingehalten und durch den behandelnden Arzt kontrolliert; die Viruslast (VL) liegt seit mindestens sechs Monaten unter der Nachweisgrenze (d.h., die Virämie ist supprimiert);– es bestehen keine Infektionen mit anderen sexuell übertragbaren Erregern (STD).(Vernazza et al. 2008: 89:5)*

Das heißt also, dass aufgrund von Forschungsergebnissen aus der Schweiz HIV positive Personen, die sich konsequent einer wirksamen antiretroviralen Therapie unterziehen, auch bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr keine Gefahr für nicht infizierte PartnerInnen darstellen. Das EKAF-Statement soll vor allem Menschen ansprechen, die mit einem/einer HIV positiven PartnerIn in einer festen Beziehung leben, und bei denen gegebenenfalls ein Kinderwunsch vorhanden ist (vgl. Vernazza 2008<sup>63</sup>).

Zwischen 2005 und 2009 wurden in Österreich 52 Personen aufgrund des § 178 StGB angeklagt. 15 Fälle davon betrafen die Übertragung von HIV/AIDS.

Auf eine Anfrage der zivilgesellschaftlichen Akteure im Bezug auf diese Verurteilungen, hielt das Justizministerium in einem Antwortschreiben fest, dass keine Änderungen bezüglich der §§ 178 und 179 notwendig seien, da die enthaltenen Bestimmungen der nationalen und internationalen Rechtslage entsprächen und die neuesten Forschungsergebnisse bereits Eingang in das österreichische Strafrecht gefunden hätten. Darüber hinaus wird in diesem Schreiben bestätigt, dass es bei

---

<sup>63</sup> Vernazza, Pietro. (2008). Infekt.ch. Abgerufen am 25. 07 2010 von <http://www.infekt.ch/kategorien/themen/hiv/praeventionvonhiv/1427-hiv-therapie-wirkt-auch-praeventiv.html>

Gebrauch von Präservativen beim Geschlechtsverkehr zu keiner Verurteilung kommen könne (vgl. BM für Justiz 2010<sup>64</sup>).

Durch die Initiative und Kooperation der österreichischen Community<sup>65</sup> wurde somit das nationale Strafrecht an die modernen medizinischen Erkenntnisse angepasst und eine Entkriminalisierung von HIV positiven Menschen erreicht. Im aktuellen Statement des Justizministeriums heißt es, dass bei Geschlechtsverkehr unterhalb der „Schwelle sozial inadäquater Gefährlichkeit“ eine Übertragung nicht strafbar sei. Unterhalb dieser Schwelle liegen der kondomgeschützte Geschlechtsverkehr sowie der ungeschützte Geschlechtsverkehr wenn die EKAF-Regeln erfüllt sind (vgl. Interview Stefanek 2010; Schmied 2010b; Aidshilfe Salzburg 2010). Justizministerin Claudia Bandion-Ortner (vgl. 2010: 4941/AB) garantiert eine angepasste und aktualisierte Interpretation des Gesetzes durch regelmäßige institutionalisierte ExpertInnen Meetings mit VertreterInnen des Justizministeriums und LeiterInnen der Staatsanwaltschaften. Sie verspricht eine adäquate rechtliche Implikation der neuesten medizinischen und gesundheitspolitischen Erkenntnisse aus der AIDS Forschung.

Hinsichtlich rechtlicher Bestimmungen zu HIV/AUDES empfiehlt UNAIDS, HIV-spezifische Gesetze aufzuheben, die sich kontraproduktiv auf Präventionsstrategien auswirken, oder Menschenrechte von HIV Positiven und vulnerablen Gruppen verletzen (vgl. UNAIDS 2008<sup>66</sup>). In Europa weisen zwölf Länder neben Österreich ähnliche rechtliche Bestimmungen wie in den §§ 178 und 179 des StGB festgelegt auf.<sup>67</sup> Obwohl es in Österreich nicht zu der ursprünglich geforderten Abschaffung der Paragraphen gekommen ist, zeigen sich die Selbsthilfegruppen mit diesem Schritt Richtung Entkriminalisierung von Betroffenen zufrieden. (vgl. Interview Stefanek 2010).

---

<sup>64</sup> Bundesministerium für Justiz: Stellungnahme zu den rechtlichen Aspekten in Bezug auf die Bestimmungen der §§ 178 und 179 StGB. (23. Februar 2010). Brief an Österreichische AIDS Gesellschaft. Wien.

<sup>65</sup> Community Forum Austria: Zusammenschluss von nicht staatlichen Organisationen im Bereich HIV/AIDS.

<sup>66</sup> UNAIDS (2008). Criminalization of HIV Transmission. Abgerufen am 08. August 2010 von [http://data.unaids.org/pub/basedocument/2008/20080731\\_jc1513\\_policy\\_criminalization\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/basedocument/2008/20080731_jc1513_policy_criminalization_en.pdf)

<sup>67</sup> Belgien, Bosnien und Herzegowina, Kroatien, Tschechien, Estland, Island, Irland, Liechtenstein, Litauen, die Niederlande, Portugal, Schweden und die Schweiz.

HIV/AIDS Policies wurden im Strafbereich ohne Einbeziehung der privaten Akteure des Netzwerkes formuliert und implementiert. Erst im Nachhinein konnten VertreterInnen nicht-staatlicher Organisationen ihren Einfluss geltend machen und dank der starken exogenen Faktoren eine Adaptierung der Vorschriften erwirken. Das Einlenken des Justizministeriums im Bezug auf die Situation von Betroffenen im Strafgesetz ist einerseits durch den steigenden internationalen Druck, andererseits durch die zunehmende innerstaatliche Lobbying – Tätigkeit der zivilgesellschaftlichen Akteure im Vorfeld der Konferenz zu erklären. Durch die Verstärkung von internationalen Organisationen gewannen die österreichischen privaten Akteure mehr Macht innerhalb des Netzwerkes, und konnten das Gleichgewicht innerhalb des Verhandlungsnetzwerkes wieder herstellen (vgl. Community Forum Austria 2010<sup>68</sup>).

#### **5.4 HIV/AIDS in der Arbeitswelt**

Etwas anders stellt sich die Lage im arbeitsrechtlichen Bereich dar. Grundsätzlich konnten durch die relative gute Netzwerkstruktur innerhalb des Politikfeldes HIV/AIDS die Gefahren durch die Krankheit und ihre Auswirkungen unter Kontrolle gebracht werden. Trotzdem ergaben und ergeben sich in der Gesellschaft immer wieder Probleme, die durchaus zu einer Adaptierung der ursprünglich festgelegten Policies führen sollten. Die Darstellung der Präventionstätigkeit der AIDS-Hilfen Österreichs zeigte bereits, dass HIV/AIDS kein rein medizinisches Problem darstellt, sondern vor allem im sozial und gesundheitspolitischen Bereich Auswirkungen zeigt. Obwohl HIV/AIDS zu den schwer übertragbaren Krankheiten gezählt wird, nimmt die Krankheit eine besondere Stellung im Bewusstsein der Bevölkerung ein. Menschen, die mit dem HI-Virus leben oder an AIDS erkrankt sind stehen vor einer Vielzahl von Problemen. Vorurteile, Diskriminierung und Stigmatisierung spiegeln sich in der österreichischen Rechtsprechung, im Sozialsystem sowie in der Arbeitswelt wider. In diesem Teil der Arbeit soll aufgezeigt werden, welche Herausforderungen auf Betroffene nach einem positiven Test zukommen und wie relevante Akteure darauf reagieren. Im Bereich des Arbeitsrechts fügen sich weitere Akteure, wie die AK-Wien und der ÖGB, in den Politikformulierungs- sowie Implementierungsprozess ein.

---

<sup>68</sup> Community Forum Austria 2010 Abgerufen am 25. Juni 2010 von [http://www.aidskampagne.at/veranstaltungen\\_communityforum.html](http://www.aidskampagne.at/veranstaltungen_communityforum.html)

Prinzipiell gibt es in Österreich keine arbeitsrechtlichen Gesetze für HIV positive oder an AIDS erkrankte Menschen. Trotzdem kommt es oftmals zu Zwangspensionierungen, Kündigungen sowie Diskriminierung von Seiten der ArbeitgeberInnen. VertreterInnen des Sozialministeriums waren bei der Tagung der ILO (International Labour Organisation) aktiv, um internationale Richtlinien gegen Stigmatisierung und Diskriminierung mit zu formulieren und in weiterer Folge auch zu implementieren (vgl. Interview Klein 2010; vgl. Internationale Arbeitskonferenz 2010: 3-12)

Trotz der neuen medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten von HIV/AIDS bringt die Krankheit für die Betroffenen viele Schwierigkeiten mit sich. Das Gefühl lebenslang von Medikamenten abhängig zu sein und ständig den Virus in sich zu tragen löst oft Angst und Paniksymptome aus. Viele Menschen, die HIV positiv sind, leben von der Arbeitslosen-, Notstands- oder Sozialhilfe (vgl. AIDS-Hilfen Österreichs 2005: 32-36). Im Jahr 2005 lebten laut Daten der AIDS-Hilfen 92,5 Prozent der sozialarbeiterisch betreuten KlientInnen unter der aktuellen Armutsgrenze Österreichs (vgl. Klein 2005: 3). Wird das Vollbild AIDS erstmals diagnostiziert (Stadium C der CDC-Klassifikation), ist trotz neuer Behandlungsmethoden eine (medizinische) Rückstufung nicht möglich. Das bedeutet für die Betroffenen, dass sie als nicht arbeitsfähig eingestuft werden und von einer Mindestpension leben müssen.

Das heißt obwohl es in Österreich keine berufliche Einschränkung von HIV positiven Menschen gibt (mit der Ausnahme von Prostituierten), kommt es oft zu Diskriminierung in der Arbeitswelt, wie zum Beispiel durch *freiwillige HIV-Antikörpertest*“ vor der Einstellung (vgl. AIDS-Hilfen Österreichs 2005: 32-68).

Der Österreichische Gewerkschaftsbund hat gemeinsam mit der Arbeiterkammer Wien im Zuge der Internationalen AIDS Konferenz 2010 in Wien eine Broschüre zum Thema *HIV/AIDS in der Welt der Arbeit* herausgegeben. In diesem Informationsheft wird darauf hingewiesen, dass ein positiver HIV-Status dem Arbeitgeber weder beim Einstellungsgespräch, noch während des Dienstverhältnisses gemeldet werden muss.

Ein Urteil des OGH aus dem Jahr 1993 unterstreicht das

*Bei Begründung des Arbeitsverhältnisses besteht keine Verpflichtung zur Offenbarung einer nicht dauernde Arbeitsunfähigkeit bewirkenden Krankheit. Die Verschweigung rechtfertigt daher nicht die Entlassung wegen Vertrauensunwürdigkeit.(OGH 1993<sup>69</sup>)*

Ausgenommen davon sind laut ÖGB und AK Berufsfelder, in denen eine uneingeschränkte Reisemöglichkeit gegeben sein muss, da in manchen Ländern Einreisebeschränkungen für HIV positive Menschen gelten. Zusätzlich wird in der Broschüre dargestellt, dass HIV positive Menschen im Gesundheitswesen nur beschränkt tätig sein dürfen.

*Bei Berufen im Gesundheitswesen wird dies nach dem derzeitigen arbeits- und sozialrechtlichen Diskussionsstand und nach den Gegebenheiten in der Praxis beispielsweise für invasive Tätigkeiten, bei Eingriffen in die Körpersubstanz und den Kontakt mit offenen Wunden (z. B. im Bereich der Chirurgie) bejaht. (ÖGB/AK-Wien 2010: 7)*

Diese Richtlinie des ÖGB und der AK-Wien zeigt die schwierige Lage für Krankenhauspersonal auf. Grundsätzlich existiert kein Gesetz, dass HIV positiven Chirurgen die Ausübung seiner Arbeit verbieten würde, doch durch die potentielle Gefährdung von PatientInnen während einer Operation wird empfohlen, sich an die Richtlinie zu halten (vgl. ÖGB/AK-Wien 2010: 6-14).

Für Menschen, die am Vollbild AIDS erkrankt sind, ergibt sich jedoch eine andere Situation am Arbeitsmarkt. Es ist anzunehmen, dass keine Tätigkeit mehr im vollen Ausmaß durchgeführt werden kann und es vermehrt zu Krankenständen kommt. Die wahrheitsgemäße Information des Arbeitgebers über den AIDS-Status ist in diesem Fall verpflichtend. Für Wiltrut Stefanek, Obfrau des Selbsthilfe Vereins *PULSHIV* ist auch diese Regelung überholt, da ihrer Einschätzung nach bei Einnahme der Therapie und regelmäßiger medizinischer Kontrolle ein normales Arbeitsverhältnis auch für Menschen im AIDS Stadium möglich ist (vgl. derStandard 22.07.2010).

Seit 1.1.2006 gilt in Österreich das Diskriminierungsverbot für ArbeitnehmerInnen aufgrund von Behinderung. Für den ÖGB und die AK Wien fällt HIV/AIDS unter die Definition von Behinderung nach dem Behinderteneinstellungsgesetz. Aufgrund

---

<sup>69</sup> Oberster Gerichtshof 29.10.1993, 9 Ob A 227/93.

dieser Regelung darf eine ArbeitnehmerIn nicht nach Bekanntwerden einer HIV-Infektion oder dem Ausbruch von AIDS gekündigt werden (vgl. ÖGB/AK-Wien 2010: 10-14). Leider sind viele Betroffene nicht ausreichend über ihre rechtlichen Möglichkeiten informiert. Oftmals wird ihnen nach Bekanntwerden der HIV-Infektion die Kündigung nahegelegt. Aus Angst gehen viele diesen Weg und suchen erst verspätet Hilfe bei Beratungsstellen oder den AIDS-Hilfen (vgl. Interview Stefanek 2010).

HIV positive und an AIDS erkrankte Menschen wurden auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit von Beginn an in das Sozialversicherungssystem aufgenommen (vgl. Interview Klein). Grundsätzlich besteht in Österreich für alle Personen, die ein Einkommen erhalten, eine Pflichtversicherung. Die Sozialversicherungsbeiträge hängen dabei nicht vom Gesundheitsrisiko der versicherten Person ab, die Höhe der Beiträge wird anhand des Verdienstes bemessen. Das heißt dass HIV positive bzw. AIDS kranke Menschen keine höheren Beiträge einzahlen müssen. Betroffene dürfen von den zuständigen Sozialversicherungsträgern nicht abgewiesen werden. Außerdem bietet die Sozialversicherung die Sozialversicherung im Bereich HIV/AIDS Sonderleistungen an. Personen mit anzeigepflichtigen Krankheiten sind von den Rezept-, Spitalaufenthalts- und Krankenscheingebühren befreit. Dies gilt nur für Medikamente und Behandlungen, die im direkten Zusammenhang mit HIV/AIDS stehen (vgl. Die Aids Hilfen Österreichs 2005: 32-48).

Bei Versicherungsunternehmen, die private Kranken-, Unfall- oder Lebensversicherungen anbieten, ist die Situation anders. Denn hier spielt der Gesundheitszustand eine erhebliche Rolle. Versicherungsunternehmen haben das Recht Informationen über den HIV-Status des zu Versichernden einzuholen. Eine wahrheitsgemäße Beantwortung der Fragen ist Pflicht für die VersicherungsnehmerInnen, und kann bei Falschaussage dazu führen, dass der Anspruch auf Leistungen erlischt (vgl. AIDS Hilfen Österreichs 2004: 11-16).

In der Vergangenheit ist es oft zu Zwangspensionierungen von HIV positiven und AIDS kranken Menschen gekommen. Heutzutage wird eine Berufsunfähigkeit oder



Invaliditätspension aufgrund eines positiven HIV-Status abgelehnt, und versucht, die Betroffenen wieder in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Leider gelingt dies in vielen Fällen der KlientInnen der Aids Hilfe Wien nicht, und schlussendlich beginnt ein Lauf zwischen dem Arbeitsmarktservice und der Pensionsversicherungsanstalt (vgl. Kamenik et al. 2009: 6-13).

## **5.5 Die Rolle der Selbsthilfegruppen im Bereich HIV/AIDS**

Selbsthilfegruppen sind bei der Bewältigung der gesellschaftlichen Herausforderung von HIV/AIDS ein wichtiger Bestandteil der gesundheitspolitischen Landschaft. Vor allem im Bereich der Politikimplementierung ist man auf die Unterstützung von Selbsthilfevereinen angewiesen. Sie erlauben direkten Zugang zu den Policy-AdressatInnen und ermöglichen somit den VertreterInnen einen sehr guten Einblick in deren Situation. Auch im Politikformulierungsprozess darf die Rolle der Selbsthilfegruppen nicht unterschätzt werden. Sie dienen immer wieder als beratende ExpertInnen für private Akteure wie zum Beispiel die AIDS-Hilfen Österreichs (vgl. Interview Dirnberger). Die Hauptaufgaben der Selbsthilfevereinen sind jedoch die Beratung und Betreuung von Betroffenen, also durchaus auch sekundäre und tertiäre Präventionsaufgaben. Es gibt zwar keinen offiziellen Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit an die Selbsthilfegruppen, sie stellen aber trotzdem wichtige Akteure innerhalb des Netzwerkes dar.

Ob man über seine HIV Infektion spricht, bleibt jedem Betroffenen selbst überlassen. Da ein offener Umgang mit HIV/AIDS im alltäglichen Leben sehr oft Schwierigkeiten mit sich bringt, ziehen es viele Positive vor, ihren Status für sich zu behalten. Gerade deshalb ist es sehr wichtig in einer Gesellschaft Angebote zu schaffen, die sich speziell an Betroffenen richten und ihnen nach der Diagnose möglichst unbürokratisch Hilfe anzubieten. Es gibt verschiedene Ebenen, auf denen Betroffene Hilfe bekommen können: Familie, Freunde und Verwandte stellen die primären Netzwerke und AnsprechpartnerInnen dar. Oftmals ergeben sich jedoch Situationen, in denen diese Netzwerke nicht genutzt werden können beziehungsweise nicht die erhoffte Hilfeleistung erbracht wird. Die institutionalisierten Ressourcen wie die AIDS-Hilfen bieten professionelle Unterstützung, Beratung und auch psychosozialen Beistand. Trotzdem ist es sehr wichtig den Betroffenen ein soziales Umfeld zu bieten, in dem sie

über ihre Situation mit Menschen sprechen können, die sich in derselben Lage befinden. In Österreich konnten sich mit Unterstützung der Politik und der bestehenden Organisationsstrukturen einige Selbsthilfegruppen bilden, die durch ihre geringgradige Organisationsstruktur charakterisiert sind. Diese Art von sozialer Ressource wird von vielen Menschen angenommen, da insbesondere nach einem positiven Test viele Unklarheiten entstehen und der Austausch mit anderen Betroffenen sehr wichtig für die persönliche Weiterentwicklung ist. Die meisten PatientInnen leiden unter den gleichen Problemen im beruflichen, privaten und gesundheitlichen Bereich und können durch die Teilnahme an Selbsthilfegruppen lernen, besser mit ihrer Situation umzugehen. Die AIDS-Hilfen Österreichs versuchen die Selbsthilfegruppen bestmöglich in ihrer Arbeit zu unterstützen (vgl. Amort 2010). Am Beispiel der Aids Hilfe Wien ist gut erkennbar, wie Betroffene auch in die Präventionsarbeit mit einbezogen werden: Personen aus den Selbsthilfevereinen unterstützen die Präventionstätigkeit bei Workshops für diverse Zielgruppen. In ihrer ursprünglichen Struktur waren Selbsthilfevereine zu schwach organisiert um aktiv auf die österreichische AIDS Politik einwirken zu können. Auch in diesem Bereich brachte die Internationale AIDS Konferenz innerstaatliche Verbesserungen mit sich, da eine gesteigerte politische Tätigkeit festgestellt werden konnte, die sich durch Umstrukturierungen einzelner Vereine, wie zum Beispiel PulSHIV, äußert. (vgl. PulSHIV 2010) Mit PulSHIV und dem Positiven Dialog gibt es in Österreich zwei aktive Selbsthilfevereine, die beide vorrangig in Wien tätig sind.

*PULSHIV* entstand erst vor kurzem aus dem Verein H.I.V. (Verein Hoffnung, Information, Vertrauen) und wirkt seit 2009 als Interessensvertretung für Menschen, die mit HIV/AIDS leben. Das Angebot von PULSHIV richtet sich vor allem an Frauen und deren Angehörige, versucht jedoch auch positiven Männern Unterstützung zu bieten. Im Rahmen der Internationalen AIDS Konferenz wurde PULSHIV zunehmend politisch aktiv und fordert mehr Gerechtigkeit, Akzeptanz und Gleichberechtigung für Betroffene (vgl. Interview Stefanek 2010).

Der *Positive Dialog* ist ein Selbsthilfeverein, der sich vor allem an homosexuelle Männer richtet. Wöchentlich bietet der Positive Dialog Vereinsabende und Veranstaltungen, um Betroffenen einen vertraulichen Rahmen für Diskussionen zu schaffen (vgl. Positiver Dialog 2010).

Vor allem der Verein PulsHIV setzt sich verstärkt für die Rechte der Betroffenen ein und versucht deren Interessen und Anliegen (Gesetzesänderungen, Anpassung von Richtlinien, Klarstellung von arbeitsrechtlichen Pflichten) zu vertreten. Trotz der immensen Bedeutung von politisch aktiven Selbsthilfevereinen kam es in den letzten Jahren zu einem Wandel der Wertschätzung und des Abhängigkeitsverhältnisses zwischen den Selbsthilfevereinen und den politischen Organen. Ursprünglich war die Politik auf die Betroffenen-Gruppen angewiesen (zum Beispiel die HOSI Wien) um eine angemessene AIDS-Politik nach den ersten Todesfällen zu implementieren. Im Laufe der Zeit, nachdem sich Strukturen innerhalb des Netzwerkes gefestigt hatten, wurden Selbsthilfegruppen zunehmend aus dem politischen Prozess ausgeschlossen (vgl. Mernyi 2010). Laut Stefanek (vgl. Interview 2010) war die Kooperation zwischen Selbsthilfe, AIDS-Hilfen und Politik für die Betroffenen noch nie zufriedenstellend. Trotz der Einbindung in präventive Tätigkeiten von Seiten der AIDS-Hilfen fühlen sich VertreterInnen der Community oft nicht ernst genommen und von wichtigen Entscheidungen ausgeschlossen. In den letzten Jahren hat sich die Zusammenarbeit zunehmend verschlechtert. Früher kennzeichnete gegenseitige Unterstützung die Beziehung der Akteure – Kommunikation fand statt. Doch das Verhältnis von Selbsthilfe Organisationen und AHÖ wird zunehmend auf eine Zweckgemeinschaft reduziert, die vor allem auf infrastruktureller Abhängigkeit beruht (vgl. Mernyi 2010). Wichtig für eine Verbesserung der Beziehung wäre laut Amort (2010) Transparenz, und darauf aufbauendes Vertrauen. Nur dadurch könnten Konkurrenzgefühle abgebaut werden und durch intensive Zusammenarbeit neue Strategien für gemeinsame Ziele entwickelt werden. Betrachtet man die relativ informelle Organisationsstruktur der Selbsthilfegruppen stellt sich jedoch die Frage, inwieweit Ressourcen für eine Partizipation an der Gestaltung der AIDS-Politik vorhanden sind.

## 5.6 Evaluierung der österreichischen AIDS-Politik

Eine der Prioritäten des Bundesministeriums für Gesundheit ist die Reduzierung der Zahl der Neuinfektionen. Übertragungen von Mutter zu Kind, durch medizinische Unfälle in Krankenhäusern oder durch verschmutzte Blutprodukte konnten in den letzten Jahren bereits auf ein Minimum reduziert und sollen in naher Zukunft völlig vermieden werden. Die Ansteckung durch verseuchte Spritzen wurde durch das *Harm Reduction Program* weitgehend unter Kontrolle gebracht. Generell ist das Bundesministerium für Gesundheit mit der bisherigen Entwicklung der AIDS-Politik in Österreich zufrieden. Es konnten medizinische Fortschritte erreicht werden, die Therapie ermöglicht den HIV positiven Menschen eine bessere Lebensqualität und eine längere Lebenserwartung. Es hat sich ein gutes Netzwerk aus medizinischer Versorgung, Beratungs- und Betreuungsstellen etabliert. Die Zufriedenheit mit den bisherigen Maßnahmen innerhalb der AIDS-Politik differiert zwischen staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren. Betroffenenorganisationen und andere private Akteure weisen vermehrt auf die sozial- und gesellschaftspolitischen Missstände hin. Grundsätzlich wird viel in die Präventions- und Aufklärungsarbeit investiert. Trotzdem zeigen die steigenden Infektionszahlen dass es Zeit wird, neue Strategien zu implementieren und vermehrt auf die Lebensweisen der Gruppen mit Risikoverhalten einzugehen. Die AIDS-Hilfen Österreichs haben in den letzten Jahren immer wieder Kampagnen gegen Diskriminierung und Stigmatisierung veröffentlicht. Vor allem in diesem Bereich gibt es noch Aufholbedarf, um das Bewusstsein der Bevölkerung gegen über HIV/AIDS zu ändern. Es wird deutlich dass der Politik Zyklus nach über 20 Jahren nicht zur Terminierung gebracht werden kann, und es durch die neuen Herausforderungen zu einer Neudefinition der Handlungsalternativen, der Ziele und der Maßnahmen innerhalb der AIDS-Politik kommt.

## 5.7 Zukünftige Herausforderungen an die beteiligten Akteure

Die größte Herausforderung stellt die Bewusstseinsänderung im Bereich des sexuellen Verhaltens, egal welcher Orientierung, dar. VertreterInnen des Bundesministeriums für Gesundheit planen bereits verstärkte Kooperationen mit den AIDS-Hilfen, um in der zielgruppenspezifischen Prävention die Effektivität der bisherigen Tätigkeiten zu steigern (vgl. Interview Klein 2010, Interview Dirnberger 2010). Auch die Betreuungssituation wird in Österreich als sehr gut eingestuft, kann aber trotz des freien Zugangs zur Therapie sowie der bestehenden HIV/AIDS spezifischen Behandlungszentren noch verbessert werden. Medizinisch gesehen können – wie bereits dargestellt – viele Fortschritte verzeichnet werden, wenn auch bis dato kein Impfstoff und keine Heilungsmöglichkeit in Sicht sind.

Trotz der relativ erfolgreichen Arbeit rund um das Thema HIV/AIDS gibt es zahlreiche Defizite, auf welche zukünftige Policies abgestimmt werden sollten. Im folgenden Abschnitt werden alltägliche Probleme von Betroffenen dargestellt sowie die Diskriminierung und Stigmatisierung in Österreich anhand konkreter Beispiele aufgezeigt.

*From the first diagnosis of 28 years ago of what eventually came to be called AIDS, HIV has carried a mountainous burden of stigma. Stigma has, in fact, been the predominant feature of the social and political response to AIDS. No other infectious disease is viewed with as much fear as is HIV. In fact, diseases far more infectious than HIV are treated with less repugnance. (Cameron 2010<sup>70</sup>)*

Es herrscht allgemein die Meinung vor, dass Menschen, die sich mit dem HI-Virus infiziert haben, es verdienen unter der Krankheit zu leiden. Sie werden aufgrund ihrer sexuellen Orientierung oder ihrer Drogenabhängigkeit verurteilt, und beschuldigt selbst für ihre Situation verantwortlich zu sein (vgl. Interview Bayr 2010). Trotz des Anstiegs der Infektionsrate durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr, sind verstärkt jene Menschen von Stigmatisierung betroffen, die durch ihre Lebensumstände bereits Teil einer marginalisierten Gruppe sind. Durch diese zusätzliche Diskriminierung werden Betroffene oftmals in den Untergrund gedrängt und meiden Plätze, wo sie mit einer HIV Infektion assoziiert werden könnten (wie zum Beispiel Beratungsstellen

---

<sup>70</sup> Cameron 2010 zit. nach <http://www.aidsmap.com/page/1441760/>

oder Ambulanzen für HIV/AIDS).

Dies erschwert wiederum die Präventionsarbeit der AIDS-Hilfen Österreichs. Die konstante Verbreitung des HI-Virus kann durchaus auf die minimale öffentliche Diskussionsbereitschaft zurückgeführt werden; viele Menschen verstehen die Gefahr und den Verlauf der Krankheit nicht, schüren deshalb Vorurteile und Angst und verhindern einen offenen, allgemeinen Zugang zu Testung, Beratung und Behandlung. Durch Vorurteile und Diskriminierung bekommen Menschen, die Hilfe und Unterstützung dringend benötigen, oft nicht die Behandlung, die sie brauchen (vgl. Schmied 2010a).

Die Wandlung von HIV/AIDS von einer tödlichen zu einer chronischen Krankheit brachte eine Verbesserung der Lebensqualität für Menschen, die mit HIV leben. Gleichzeitig werden sie jedoch vor eine neue Herausforderung gestellt: Der Kampf gegen die Diskriminierung und Stigmatisierung, der sich für Betroffene oftmals als schwieriger zu bewältigen herausstellt als der Umgang mit der Krankheit selbst. Aus Angst vor der Reaktion ihres sozialen Umfelds behalten viele Infizierte ihren Krankheitszustand für sich. Über 90 Prozent der Menschen, die HIV positiv sind, verschweigen ihren Status am Arbeitsplatz. Betroffene, wie Wiltrut Stefanek oft in ihrer Selbsthilfe Gruppe zu hören bekommt, wünschen sich mehr Unterstützung durch die Politik.

*Man redet gern über die Menschen mit HIV, aber nicht mit den Menschen mit HIV (Stefanek 2010<sup>71</sup>)*

Auch Frank Amort, ehemaliger Leiter der Präventionsabteilung sowie interimistischer Geschäftsführer der Aids Hilfe Wien, betont die enorme Bedeutung von *Empowerment* Betroffener vor allem im Bereich von Präventionsprojekten (vgl. Amort 2006: 3-6).

Probleme ergeben sich für Menschen, die mit HIV leben bzw. an AIDS erkrankt sind, bereits bei alltäglichen Dingen. Eigentlich schützt § 1 des Datenschutzgesetzes Menschen vor der Weitergabe persönlicher Daten (vgl. Bundesgesetz über den Schutz

---

<sup>71</sup> Stefanek, Wiltrut (2010). Arbeiten mit HIV/AIDS: Besteht Auskunftspflicht. In Der Standard Abgerufen am 22. Juli 2010 von <http://derstandard.at/1277338718407/Kriminalisierung-HIV-als-Verbrechen>

von personenbezogenen Daten 2000). Nichtsdestotrotz kommt es immer wieder zu Fällen, bei denen durch Ämter und Behörden Informationen über den positiven HIV-Status weitergeleitet werden. So wurden zum Beispiel in Tirol die Daten einer HIV-positiven Person an das Arbeitsmarktservice weitergegeben, was für den/die Arbeitssuchende und ihre mögliche Vermittlung viele Nachteile mit sich brachte. Auch im medizinischen Bereich kommt es zu Verletzungen der Schweigepflicht und Weitergabe der Daten. Trotz des Hippokratischen Eids werden oftmals HIV-positive Menschen abgewiesen und nicht behandelt. Eine Umfrage der AIDSHILFE Oberösterreich 2008 ergab, dass von 81 befragten ZahnärztInnen nur ein Viertel bereit war, HIV-Positive zu behandeln. Die Diskriminierung durch fachlich ausgebildetes medizinisches Personal bedeutet also für die Betroffenen eine Einschränkung bei der Arztwahl (vgl. Kamenik et al. 2009: 6-13).

Generell kann festgehalten werden, dass es in Österreich Bemühungen gibt, auch durch regulative Maßnahmen Diskriminierung vorzubeugen. Grundsätzlich setzt die österreichische AIDS Politik auf eine Mischung von direkten Steuerungsinstrumenten, wie zum Beispiel dem AIDS-Gesetz, und indirekten Steuerungselementen, wie ausgelagerten Informations- und Aufklärungstätigkeiten, finanzieller Unterstützung von Organisationen und den Versuch eine Bewusstseinsänderung innerhalb der Gesellschaft zu bewirken. Anhand der bisher genannten Beispiele wird schnell ersichtlich, dass vor allem hinsichtlich der Bewusstseinsänderung sowohl im Bereich Ansteckung, Testung, Prävention, als auch im Bereich Diskriminierung und Stigmatisierung noch viel Aufholbedarf besteht.

Dass die bisherigen Versuche der Vermittlung von Wissen und Information über HIV/AIDS nicht ausreichen um Diskriminierung vorzubeugen, zeigt der Diskriminierungsbericht der AIDS-Hilfen Österreichs. Bei einer Umfrage des Marketinginstitutes GfK wurden 557 SchülerInnen zwischen zehn und neunzehn Jahren online befragt. Dabei zeigt sich, dass durchaus ein sehr guter Wissensstand vorherrscht; grundsätzlich sind der Unterschied zwischen HIV und AIDS sowie die verschiedenen Wege der Übertragung bekannt. Dennoch lässt sich ein hoher Diskriminierungsgrad bei den Befragten erkennen: 61 Prozent der SchülerInnen würden einen HIV-positiven Menschen nicht auf die Wange küssen, 42 Prozent würden nicht mit ihm essen gehen und 36 Prozent würden nicht einmal wagen,

gemeinsam Computer zu spielen (vgl. Kamenik et al. 2009: 6-10). In der Einstellung dieser jungen Menschen spiegeln sich die Vorurteile wider, die sich im Laufe der Zeit in unserer Gesellschaft manifestiert haben.

Die AIDS-Hilfen Österreichs haben einige Beispiele für tägliche Diskriminierung und Stigmatisierung von Betroffenen in der Ausgabe des Magazins Plus Minus<sup>72</sup> vom April 2009 gesammelt. Die zahlreichen dargestellten Diskriminierungsfällen in Österreich sind den Bereichen Medizin, Arbeitsplatz, Schule und Kindergarten entnommen. Darüber hinaus werden HIV-positive und an AIDS erkrankte Menschen durch Einschränkungen bei der Benutzung von öffentlichen Einrichtungen diskriminiert. Bis Juni 2010 wurden Betroffene laut Beförderungsbedingungen der Wiener Linien<sup>73</sup> von der Benutzung der öffentlichen Verkehrsmittel ausgeschlossen. Auch in öffentlichen Schwimmbädern gab es ein Verbot für HIV-Positive und AIDS-Kranke<sup>74</sup>. Obwohl diese Richtlinien ursprünglich nicht speziell für Menschen mit HIV/AIDS gedacht waren, stellen Sie doch eine Diskriminierung der Betroffenen dar. Positiv anzumerken ist hierbei, dass durch das Engagement der Zivilgesellschaft und der Zusammenarbeit von Politik und Community im Vorfeld der Internationalen AIDS Konferenz diese Missstände geklärt werden konnten und die Wiener Linien sowie die Wiener Bäder ihre Richtlinien in Bezug auf HIV/AIDS im Juni 2010 änderten (vgl. Interview Mernyi, Interview Dirnberger, Interview Stefanek 2010).

Es gibt zahlreiche Maßnahmen, die gegen Diskriminierung und Stigmatisierung getätigt werden können. So konnte nachgewiesen werden, dass Menschen mit höherer Bildung weniger Vorurteile gegenüber HIV Positiven haben. Doch nicht nur umfassende Bildung beeinflusst die Einstellung innerhalb der Gesellschaft, auch soziale Nähe zu Betroffenen und verstärkte Öffentlichkeitsarbeit sind von großer

---

<sup>72</sup> Informationsmagazin der AIDS-Hilfen Österreichs.

<sup>73</sup> *Von der Benützung sind insbesondere ausgeschlossen: d) Personen, die mit einer anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheit behaftet sind ...* (vgl. Wiener Linien (2010). *Beförderungsrichtlinien*. Abgerufen am 12. Februar 2010 von [http://www.wienerlinien.at/media/files/2008/Befoerderungsbestimmungen\\_2416.pdf](http://www.wienerlinien.at/media/files/2008/Befoerderungsbestimmungen_2416.pdf))

<sup>74</sup> *Zum Wohle unserer Badegäste kann aus hygienischen Gründen und im Hinblick auf eine entsprechende Sicherheit und Ordnung im Bad Personen mit offenen Wunden, Hautausschlägen oder anderen Anstoß erregenden bzw. ansteckenden Krankheiten ... der Eintritt nicht gestattet werden.* (vgl. Stadt Wien (2010). *Wiener Bäderordnung*. Abgerufen am 12. Februar von <http://www.wien.gv.at/freizeit/baeder/pdf>).



Bedeutung. Darüber hinaus darf die Verantwortung der Medien als meinungsbildendes Instrument im Kampf gegen Diskriminierung nicht außer Acht gelassen werden. All die erwähnten Maßnahmen greifen jedoch nur, wenn auch die gesetzlichen Rahmenbedingungen einen Abbau von Vorurteilen erlaubt. So war zum Beispiel die Entkriminalisierung von Homosexualität in den 1970er Jahren ein wichtiger Schritt (vgl. Gradl 2009: 31-38). Ähnlich bedeutend wäre eine Entkriminalisierung von Prostitution und die tatsächliche Verankerung der Zusätze zu den §§ 178 und 179 im Strafgesetzbuch.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass *soziales AIDS* von politischer Seite weitgehend unbeachtet bleibt. Die politischen Rahmenbedingungen sind in der Zeit vor der Kombinationstherapie (HAART<sup>75</sup>) stecken geblieben und wurden nicht den neuen Herausforderungen und der veränderten Situation angepasst. Man gibt sich mit dem Status Quo zufrieden, neue Strategien in der AIDS-Politik sind aus dieser Sicht nicht erforderlich. Medizinische, technische Entwicklungen stehen im Vordergrund, die prekäre Situation in der sich viele Menschen befinden wird jedoch außer Acht gelassen. Es liegt hier also in der Verantwortlichkeit der privaten Akteure Strategien zu entwickeln und den zuständigen politischen Organen ein umfassendes Bild der Problematik zu übermitteln und konkrete Lösungsansätze einzubringen. Ein Problem stellt hierbei allerdings der relativ hohe Grad an Heterogenität der zivilgesellschaftlichen Akteure innerhalb des Netzwerkes dar. Viele verfolgen ihre eigenen Interessen und treten nicht in aktive Kooperationen mit anderen nicht-staatlichen Organisationen. Um Schwerpunkte innerhalb der AIDS-Thematik auf die Agenda zu setzen, bedarf es jedoch einem starken gemeinsamen Auftreten der beteiligten Akteure.

Im Rahmen der Internationalen AIDS Konferenz wurde HIV/AIDS in Österreich wieder zu einem brisanten Thema. Es kam zu einer Wiederbelebung der Thematik auch außerhalb des ExpertInnen-Netzwerkes, das sich seit den 1980er Jahren etabliert hat. Neue Akteure wurden in Kooperationen mit eingebunden, alte Netzwerkbeziehungen konnten wieder verstärkt genutzt werden.

---

<sup>75</sup> Hochaktive antiretrovirale Therapie, seit 1996 erhältlich.



## **6 Die Internationale AIDS Konferenz als Auslöser für eine neue AIDS-Debatte in Österreich?!**

Von 18. Juli bis 23. Juli fand in Wien die 18. Internationale AIDS Konferenz statt. Die Konferenz stand im Zeichen der Einhaltung der Menschenrechte im Kampf gegen HIV/AIDS. Wien wurde unter anderem deshalb als Austragungsort gewählt, weil der Schwerpunkt der Konferenz auf die Regionen Osteuropa und Asien gesetzt wurde und Wien seine Rolle als Schnittstelle zwischen West- und Osteuropa wahrnehmen sollte. Es fanden sich 19.300 TeilnehmerInnen aus 197 Ländern der Welt in Wien ein, wobei auch darauf geachtet wurde, dass Betroffenen aus ärmeren Regionen eine Teilnahme durch Stipendien ermöglicht werden konnte. Der Fokus der Konferenz, bei der es sich um eine der größten in Europa handelte, lag auf sozial- und gesellschaftspolitischen Herausforderungen im Zusammenhang mit HIV/AIDS. Neben medizinischen Fortschritten steht vor allem der Umgang mit und die Situation von HIV positiven Menschen im Mittelpunkt (vgl. Internationale AIDS Konferenz 2010<sup>76</sup>).

Die Konferenz stellte eine große Möglichkeit für alle beteiligten österreichischen Akteure im Bereich HIV/AIDS dar, die HIV/AIDS Problematik mitsamt ihren neuen Herausforderungen wieder auf die politische Agenda zu setzen.

Mit Clemens Auer (Bundesministerium für Gesundheit), Petra Bayr (Nationalratsabgeordnete SPÖ) und Sonja Wehsely (Stadträtin Wien) waren drei politische VertreterInnen aus Österreich im *Conference Coordinating Committee (CCC)*<sup>77</sup> der Internationalen AIDS Konferenz vertreten. Für die nicht-staatlichen Organisationen waren Kurt Krickler (HOSI Wien), Sigrid Ofner (AIDS-Hilfen Österreichs) sowie Robert Zangerle (Behandlungszentrum Innsbruck) im CCC involviert. Brigitte Schmied (Vorsitzende der AIDS-Gesellschaft Österreich) übernahm die Funktion des Co-Chairs der Konferenz (vgl. Internationale AIDS Konferenz 2010). Darüber hinaus waren österreichische RepräsentantInnen in den dem CCC untergeordneten Gremien tätig, wie zum Beispiel Wiltrut Stefanek (PULSHIV), Frank Amort (ehemaliger Mitarbeiter der Aids Hilfe Wien) und Gottfried

---

<sup>76</sup> Internationale AIDS Konferenz. (2010). Abgerufen am 27. August 2010 von <http://www.aids2010.org/Default.aspx?pageId=204>

<sup>77</sup> Organisationskomitee der Internationalen AIDS Konferenz.

Mernyi (Aktionsbündnis gegen AIDS). Die österreichischen ExpertInnen versuchten sich auch außerhalb der Konferenzgestaltung mit anderen Organisationen zu vernetzen und so viel Transparenz wie möglich zu gewährleisten. Das *Lokale Organisationskomitee* (LOK) traf sich im Vorfeld der Konferenz vierteljährlich, um innerstaatliche Aktivitäten abzustimmen und Informationen auszutauschen.

Gleichzeitig formierte sich auf das *Community Forum Austria 2010* (CFA), das aus über 40 zivilgesellschaftlichen Organisationen bestand, zu einem lose gekoppelten Netzwerk. Diese nationale Plattform, die keinerlei hierarchische Strukturen aufweist, versuchte eine Abstimmung der politischen, kulturellen und aktivistischen Projekte zwischen Politik, Verwaltung, Kultur und NGOs zu ermöglichen. Trotz der großen Unterschiede zwischen den Schwerpunkten, den Zielgruppen und den Aktivitäten der Mitglieder des CFA, schlossen sich die Organisationen zusammen, um gemeinsam Fortschritte in der AIDS-Politik zu erreichen. Ziel war es dabei auf die Situation in Österreich, aber auch auf die internationalen Herausforderungen aufmerksam zu machen und für die Politik Vorschläge zur Verbesserung der aktuellen Vorgehensweise und Policy Gestaltung zu bringen. Durch die Formierung eines Netzwerkes, mit vielen namhaften Organisationen<sup>78</sup> versuchte das CFA verstärkt Einfluss auf das Agenda Setting und den politischen Prozess zu nehmen (vgl. *Community Forum Austria 2010*).

Die nationale Schwerpunktsetzung des *Community Forums Austria 2010* hatte zum Ziel auf die prekäre Situation von Betroffenen aufmerksam zu machen und Vorschläge für neue Strategien für die Zusammenarbeit mit der Internationalen AIDS Society zu erstellen. Kurz vor Beginn der Konferenz wurde ein Forderungskatalog veröffentlicht, dessen AdressatInnen je nach Thematik Ministerien und staatliche Behörden<sup>79</sup> waren. Bereits bei der Entwicklung dieses Katalogs kam es zu Kooperationen mit staatlichen Stellen, die einer Diskriminierung entgegenwirkten, wie zum Beispiel die weiter oben erwähnten Änderung der Wiener Bäderordnung und die Beförderungsrichtlinien der

---

<sup>78</sup> AIDS-Hilfen Österreichs, Aktionsbündnis gegen AIDS, UNICEF, World Vision, Österreichische Gesellschaft für Familienplanung, Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte, PULSHIV,

<sup>79</sup> Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Inneres, Bundesministerium für Justiz, Fond Soziales Wien, Ärztekammer, Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, Österreichische Apothekerkammer, Gebietskrankenkassen, AMS, Pensionsversicherungsanstalten, Sozialämter.

Wiener Linien. Forderungen bestehen bis dato weiterhin in den Bereichen betreutes Wohnen, Umgang mit positiven AsylwerberInnen, Rechte für Sexworker, durchgehende Krankenversicherung und Psychotherapie für Betroffene sowie hinsichtlich des Appells für ein stärkeres Engagement im weltweiten Kampf gegen HIV/AIDS (vgl. Community Forum Austria, Forderungskatalog 2010).

Dank der Konferenz in Wien war auf allen Ebenen in Österreich ein Aufschwung von politischen und zivilgesellschaftlichen Aktivitäten spürbar. Neue Teilnetzwerke wurden geformt und verschiedenste Medien konnten für eine breite Berichterstattung mit Themenschwerpunkten gewonnen werden. Vor allem im Vorfeld der Konferenz schafften es die Medien<sup>80</sup> die Situation rund um HIV/AIDS darzustellen und an die Allgemeinbevölkerung heranzutragen. Leider wurde das Thema nicht von Leadmedien wie dem ORF aufgenommen, weshalb in Frage zu stellen ist, ob eine nachhaltige Bewusstseinsänderung innerhalb der Bevölkerung erreicht werden konnte. (vgl. Interview Mernyi 2010; Interview Bayr 2010).

Fest steht in jedem Fall, dass es diesem internationalen Event zu verdanken ist, dass es in Österreich zu einer Wiederbelebung der Diskussion rund um HIV/AIDS gekommen ist. Auch wenn sich die zuständigen politischen Stellen dafür eingesetzt haben, dass die Konferenz in Österreich stattfindet, so gibt es für ExpertInnen immer wieder Grund zur Kritik der allgemeinen Haltung der staatlichen Akteure. Es wird ihnen vorgeworfen, sich auf dem Erfolg der Konferenz in Wien auszuruhen und durch die finanzielle Unterstützung für die Internationale AIDS Society ihre Verantwortung gegenüber nationalen Projekten und internationalen Verpflichtungen zu vernachlässigen. Auf politischer Seite wurden Chancen zu einer besseren Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen Ländern und Regionen ausgelassen. Von der EU wurde im April vor der Konferenz in Madrid (während der spanischen EU-Präsidentschaft) eine ExpertInnen Konferenz veranstaltet, sowie im Juli ein Treffen zu HIV/AIDS des Ministerrats in Belgien (zur Zeit der belgischen EU-Präsidentschaft). ExpertInnen werfen ExpertInnen dem Bundesministerium für Gesundheit vor, keine eigene Vorkonferenz zu HIV/AIDS in Österreich im Rahmen der Internationalen AIDS Konferenz initiiert zu haben. Somit verstrich die Möglichkeit für Österreich wieder in die Rolle des Vorreiters in der Planung und Umsetzung einer zukünftige

---

<sup>80</sup> Vor allem Printmedien sowie PULS 4 war Kooperationspartner der AIDS-Hilfen Österreichs.

Strategien im Kampf gegen HIV/AIDS zu werden (vgl. Protokoll *Lokales Organisationskomitee* 2010). Auch ExpertInnen des Gesundheitsministeriums räumen ein, dass ein zu erwartendes nationales wie internationales Engagement der Staaten bei der Konferenz gefehlt hat, so gab in Wien weder Sonderveranstaltungen veranlasst durch die Österreichische Politik, noch durch die Europäischen Union (vgl. Interview Klein 2010).

Positiv ist jedoch anzumerken, dass die doch etwas angeschlagene Kooperation zwischen den medizinischen ExpertInnen und den nicht-staatlichen Akteuren im Rahmen der Konferenz wieder gestärkt werden konnte. Auch nach der Konferenz können bereits weiterführende Kooperationen festgestellt werden, so verfassten zum Beispiel das Aktionsbündnis gegen AIDS, Ärzte ohne Grenzen und die Österreichische AIDS Gesellschaft gemeinsam einen Brief an die Mitglieder der Bundesregierung, der die Einzahlung in den Global Fund<sup>81</sup> thematisiert (vgl. Interview Mernyi 2010).

Inwieweit die Internationale AIDS Konferenz nachhaltige Auswirkungen auf die nationale AIDS-Politik haben wird, ist bis dato noch nicht feststellbar. Generell lässt sich jedoch erkennen, dass die politischen Akteure eine große Chance verpasst haben, ein Zeichen für eine integrative AIDS-Politik zu setzen. Es wurden zahlreiche sozial- und gesellschaftspolitische Probleme im Vorfeld und während der AIDS Konferenz veranschaulicht. Inwieweit diese von den politischen Akteuren aufgegriffen werden, wird sich in den nächsten Jahren zeigen. Deutlich wurde, dass sich die Beziehung zu den zivilstaatlichen Akteuren, die sich die Konferenz sehr gut für eine Verbesserung ihre Netzwerke zunutze machen konnten, nicht mehr so harmonisch wie noch vor einigen Jahren ist. Die Forderungen nach einem politischen Commitment sowie nach einem nationalen Aktionsplan werden intensiver (vgl. Mernyi 2010). Um eine erfolgreiche adäquate AIDS-Politik gestalten zu können, müssen Ziele (re-)definiert werden und die Rollen und Aufgaben sinnvoll auf die partizipativen Akteure verteilt werden.

---

<sup>81</sup> Österreich hat erst einmal seit Bestehen des Global Fund eingezahlt (1. Mio. € im Gründungsjahr 2001).

## 6.1 Menschenrechte und HIV/AIDS

Die Internationale AIDS Konferenz fand unter dem Motto *Rights Here, Right Now* statt und war somit die erste sozialpolitische Konferenz zum Thema HIV/AIDS, in der Menschenrechte im Mittelpunkt standen. Dies ist von besonderer Bedeutung, da für viele Menschen ein positiver HIV-Status bedeutet, dass ihre Rechte missachtet werden, was wiederum zu sozialer Ausgrenzung führt. Dieses Problem ist auch in Österreich wiederzufinden.

Der Menschenrechtsexperte Manfred Nowak vom Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte fordert im Rahmen der Internationalen AIDS Konferenz die Enttabuisierung von AIDS. Erfolgreiche AIDS-Politik ist nur dann möglich, wenn sogenannte Risikogruppen entkriminalisiert werden (vgl. Nowak 2010<sup>82</sup>).

Trotz des Bewusstseins, dass moderne Präventionsstrategien nur durch eine Entkriminalisierung greifen können, kommt es weltweit vermehrt zu strafrechtlichen Verfolgungen von HIV-positiven Menschen. Chris Mallouris vom globalen Netzwerk von Menschen mit HIV (GNP+) spricht von über 600 Verurteilungen, die durch eine Erhebung seiner Organisation gesammelt wurden. Vor allem Nordamerika und Europa sind bei den Verurteilungen federführend. Wie bereits erwähnt kam es auch in Österreich zu zahlreichen Prozessen und Verurteilungen. Österreich liegt unter den Spitzenreitern auf Platz Zwei und somit deutlich vor Ländern wie Deutschland (Platz 14) oder Frankreich (Platz 15) (vgl. der Standard 2010<sup>83</sup>).

Mit der Anpassung der §§ 178 und 179 (StGB) durch das Justizministerium ist Österreich jedoch auf einem richtigen Weg. Inwieweit der weiter oben besprochene schriftliche Zusatz des Justizministeriums tatsächlich Anwendung in der praktischen Rechtsprechung findet, wird sich in Zukunft zeigen.

Weltweit werden Gruppen, die durch ihre Lebensweise besonders hohem Ansteckungsrisiko ausgesetzt sind, kriminalisiert und stigmatisiert. Vor allem Drogenabhängige, Homosexuelle und Sexworker sind besonders stark davon

---

<sup>82</sup> Nowak, Manfred (2010). Risikogruppen: Stigmatisiert und kriminalisiert. In Die Standard Abgerufen am 23. Juli 2010 von <http://diestandard.at/1277338761044/HIVAids-Risikogruppen-Stigmatisiert-und-kriminalisiert>

<sup>83</sup> Der Standard (2010). Kriminalisierung HIV als Verbrechen. Abgerufen am 17. September von <http://derstandard.at/1277338718407/Kriminalisierung-HIV-als-Verbrechen>

betroffen. Diskriminierungen aus politischen und religiösen Gründen sind auch in westlichen Staaten vorzufinden. Als Beispiel nennt Nowak die Einstellung der Katholischen Kirche zum Gebrauch von Kondomen (vgl. Nowak 2010).

Menschenrechte spielen eine wichtige Rolle im Kampf gegen HIV/AIDS und auch im Kampf gegen Diskriminierung und Intoleranz. Bei der ersten weltweiten AIDS Strategie von 1987 erkannte man bereits die enorme Bedeutung von Menschenrechten im Bezug auf HIV/AIDS<sup>84</sup>. Verletzungen der Grundrechte führen zu einer weiten Verbreitung der Krankheit, vor allem innerhalb von Gruppen, deren Rechte nicht wahrgenommen werden. Der Schutz von Menschenrechten ist Voraussetzung, um erhöhte Vulnerabilität gefährdeter Menschen zu minimieren und sie zu einer selbstständigen Gesundheitsförderung zu ermächtigen (vgl. Schmied 2010a).

---

<sup>84</sup> Vor allem das Recht auf Gesundheit sowie das Recht auf Arbeit werden im Zusammenhang mit HIV/AIDS angeführt.



## 7 Resümee und Ausblick

Generell kann die Entwicklung der AIDS-Politik in Österreich als erfolgreich beurteilt werden. Vor allem in den ersten Perioden wurde effektiv auf die Krankheit reagiert. Gleich nach Auftreten der ersten AIDS-Fälle bildete sich ein Netzwerk zwischen politischen und nicht-staatlichen Akteuren. Aufgrund zahlreicher Erkrankungen und Todesfälle bestand auf Seiten der Politik enorme Dringlichkeit rasch zu Handeln; so konnte durch die Kooperation zwischen engagierten Akteuren wie der HOSI Wien und medizinischen ExpertInnen mit Hilfe des Bundesministeriums für Gesundheit die Österreichische AIDS Hilfe gegründet werden. Neben dem hohen Commitment der nicht-staatlichen Akteure, spielt das Bundesministerium für Gesundheit seit jeher eine fundamentale Rolle in der Entwicklung der AIDS-Politik: Einerseits wurden neue gesundheitspolitische Ansätze (New Public Health) forciert, andererseits wurde durch die Gründung und finanzielle Sicherung der Österreichischen AIDS Hilfe, durch die Implementierung des AIDS-Gesetzes, sowie der Besetzung der AIDS-Kommission mit ExpertInnen aus verschiedenen Bereichen, eine Institutionalisierung der AIDS-Politik ermöglicht. Die Entwicklung der sieben autonomen AIDS-Hilfen Österreichs Anfang der 1990er Jahre und das damit entstandene Netzwerk aus Beratungs- und Betreuungszentren sowie die Möglichkeit kostenlose und anonyme Tests machen zu lassen können als Erfolg gesehen werden. Die Herangehensweise des Bundesministeriums für Gesundheit in den ersten Perioden stellte die Weichen für den partizipativen Politikstil im Bereich der Politikformulierung. Die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren war durch Tauschbeziehungen geprägt. Das Bundesministerium für Gesundheit, sowie später die zuständigen Landesstellen, sicherte die finanzielle Unterstützung der AIDS-Hilfen, die die Informations-, Aufklärungs- sowie Beratungs- und Betreuungsarbeit übernommen haben.

Vor allem in den ersten Perioden zeichnet sich das Netzwerk durch eine Gleichberechtigung aller Akteure aus. Laut Amort konnten die AIDS-Hilfen bis etwa zum Jahr 2000 Themen in den politischen Prozess einbringen und Policies aktiv mitgestalten (vgl. Amort 2010; Weilandt et al. 2010: 95). Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass in diesem Zeitraum der Politikprozess von den beteiligten Akteuren als problemlösungsorientiert wahrgenommen wurde; in die Gestaltung der ersten

Policies waren wenige Akteure involviert, woraus sich ein breiter Konsens bei der Entwicklung der Strategie im Kampf gegen AIDS ergab. Interessen und Ziele der Akteure innerhalb des Netzwerkes waren weitgehend ident: die Verbreitung des HI-Virus sollte vermieden werden und ein möglichst gutes Behandlungs- und Betreuungsangebot geschaffen werden. Im Laufe der Zeit wandten sich unterschiedliche (Teil-) Organisationen dem Thema zu, wobei die Akteure unterschiedliche Ziele verfolgten und eigene unabhängige Strategien entwickelten. Diese meist kurzfristige Zuwendung zur HIV/AIDS Problematik führte dazu, dass die Akteurskonstellation innerhalb des Netzwerkes unübersichtlich wurde (vgl. Interview Mernyi 2010); es gab keine geregelte Aufgabenverteilung, wodurch es oft zu parallel ablaufenden Projekten und Aktivitäten verschiedener Organisationen kam, die im Grunde dieselben Ziele verfolgten. Das Bundesministerium für Gesundheit nahm im Lauf der Zeit eine eher passive Rolle ein (vgl. Dirnberger 2010). Die daraus entstandene Unabhängigkeit der privaten Akteure führt dazu, dass sie ihre Ideen und Projekte relativ frei umsetzen können, erschwert aber im Gegenzug die Kooperation zwischen gleichberechtigten Akteuren innerhalb des Politikfeldes.

Die Europäische Kommission fordert mit ihrem Aktionsplan (2009-2013) die Einbindung und aktive Mitarbeit der Zivilgesellschaft beim Kampf gegen HIV/AIDS.

*Die Zivilgesellschaft – als entscheidender Akteur bei der HIV/Aids-Bekämpfung auf allen Ebenen – trägt maßgeblich dazu bei, dass die Problematik auf der politischen Agenda bleibt. (Mitteilung der Europäischen Kommission 2009: 5)*

Das Beziehungsmuster innerhalb des Netzwerkes veränderte sich über die Jahre zunehmend. Zu Beginn stand der partizipative Politikstil im Vordergrund. Die Politik ermöglichte es ExpertInnen der Zivilgesellschaft in den politischen Prozess einzugreifen. Durch den Rückgang der politischen Aktivitäten verloren auch die zivilgesellschaftlichen Akteure zunehmend ihre Stellung innerhalb des Netzwerkes. ExpertInnen werden zwar noch beratend hinzugezogen (zum Beispiel im Rahmen der AIDS-Kommission), haben realpolitisch jedoch nicht mehr die Möglichkeit effektiven Einfluss auf die Politik auszuüben um den politischen Prozess zu steuern oder das Thema HIV/AIDS auf die politische Agenda zu bringen. Die Konstellation innerhalb des Netzwerkes zeigt, warum es für die nicht-staatlichen Organisationen so schwer ist,

den politischen Prozess aktiv zu beeinflussen. Bereits auf der Ebene der Selbsthilfeorganisationen gibt es zwischen den Akteuren zunehmend Konflikte über die Art und Weise der Teilnahme am politischen Geschehen (vgl. Interview Stefanek 2010). Ein weiteres Konfliktfeld entsteht im Teilnetzwerk der sieben AIDS-Hilfen Österreichs; sie sind autonom organisiert und arbeiten ohne Dachorganisation. Durch die relativ große Unabhängigkeit voneinander und die strukturelle Entwicklung der einzelnen Vereine in den letzten 20 Jahren wird eine gemeinsame Positionsfindung erschwert.

Nach Einführung der Kombinationstherapie, und der damit einhergehenden Reduzierung der Todesfälle, ging das Interesse der politischen Akteure auf ein Minimum zurück. ExpertInnen, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit befragt wurden, weisen darauf hin, dass seit 1996 die AIDS-Politik Österreichs nicht ausreichend an die Bedürfnisse der Bevölkerung, im Speziellen der Betroffenen, angepasst wurde. AIDS hat medizinisch und in der öffentlichen Wahrnehmung die Wandlung von einer tödlichen zu einer chronischen Erkrankung vollzogen. Die Politik hat jedoch in den letzten fünfzehn Jahren verabsäumt dieser Entwicklung gerecht zu werden (vgl. Amort 2010, Interview Mernyi, Interview Stefanek 2010). So kommt es im Bereich Arbeitsrecht noch immer zu Diskriminierungen bei der Einstellung bzw. der Entlassung HIV positiver Menschen. Die bereits erwähnte Broschüre des ÖGB und der AK-Wien stellt zwar ein wichtiges Dokument zur Orientierung für die Betroffenen dar, allerdings handelt es sich dabei um Empfehlungen, die auf keinem Gesetz beruhen und somit keinen aktiven Schutz vor Diskriminierung bieten. Bezüglich der Implementierung des Diskriminierungsverbots für ArbeitnehmerInnen aufgrund einer Behinderung gibt es bis dato noch keine bekannten Anwendungsbeispiele.

Auch die Einteilung der Krankheitsstadien nach der CDC-Klassifikation hält Stefanek für überholt. Eine Rückstufung in die Kategorie A oder B ist nach der Diagnose *Vollbild AIDS* für viele Betroffene trotz eines Wiederanstiegs ihrer CD4-Werte nicht möglich. Für Stefanek macht es keinen Unterschied, in welchem Stadium sich die Menschen befinden, da sich bei regelmäßiger Einnahme der Therapie das Immunsystem soweit erholen kann, dass eine volle Arbeitsfähigkeit wieder gegeben ist. Sie fordert daher eine Anpassung der Einteilungskriterien an den aktuellen

medizinischen Stand. Auch das AIDS-Gesetz mit der Novellierung von 1993 (also vor der Einführung von HAART) entspricht nicht mehr den Gegebenheiten der Krankheit (vgl. Stefanek 2010) und Bedarf einer Anpassung an die aktuellen Herausforderungen.

Die Recherche im Zuge dieser Arbeit zeigt deutlich, dass der Großteil der politischen Aktivitäten im nationalen Bereich vor 1996 stattfand. Einerseits ist dies durch die medizinische Entwicklung und die damit einhergehende Wandlung der Krankheit durchaus nachzuvollziehen, andererseits ist es verwunderlich, dass trotz des kontinuierlichen Anstiegs der Neuinfektionen seit 1997 keine aktive politische Reaktion festzustellen ist. Die Regierung hat sich nach anfänglichem hohem Engagement zunehmend in die Rolle des Netzwerkverwalters zurückgezogen.

Medizinisch sind Menschen, die in Österreich mit einer HIV-Infektion leben oder an AIDS erkrankt sind, sehr gut versorgt. Es gibt in beinahe in jedem Bundesland eine Schwerpunktambulanz, der Zugang zu Medikamenten ist gesichert und Beratungs- und Betreuungszentren sind vorhanden. Trotzdem stehen Infizierte in vielen Lebenslagen vor schwierigen Situationen. Dies spiegelt sich in der von Stefanek kritisierten Einschränkung bei der freien Arztwahl wider. Die Ablehnung der Behandlung von HIV positiven Menschen durch viele niedergelassene Ärzte stellt die Betroffenen vor schwierige Bedingungen.

Auch die Rolle der Selbsthilfe änderte sich in den letzten 20 Jahren zunehmend. In der ersten Phase der Entwicklung der AIDS-Politik waren Betroffene bzw. VertreterInnen der sogenannten Risikogruppen wichtige Akteure. Die AIDS-Hilfen waren auf ihre Mitarbeit angewiesen und auch die Politik versuchte sie verstärkt in die Planung und Umsetzung von AIDS-Policies zu involvieren. Seit einigen Jahren vollzieht sich hier ein Wandel. Selbsthilfegruppen werden immer weniger in politische Prozesse einbezogen. Auch die Beziehung zwischen AIDS-Hilfen und Selbsthilfegruppen hat sich zu einer Zweckgemeinschaft reduziert. Die Selbsthilfegruppen konzentrierten sich ursprünglich in ihrer Tätigkeit vor allem auf die Unterstützung von Betroffenen und deren Angehörigen. Sie konnten sich aus strategischen Gründen aus dem politischen Prozess zurückziehen, da sie ihre politischen Interessen durch die AIDS-Hilfen Österreichs vertreten sahen (vgl. Schneider 2003: 119). Die Betroffenen

konnten also Nutzen aus der Arbeit der AIDS-Hilfen ziehen und gleichzeitig ihre Ressourcen der Betreuungsarbeit zuwenden (vgl. Schneider/Janning 2006: 96). Laut Stefanek existiert weder zwischen den Selbsthilfevereinen und den AIDS-Hilfen, noch zwischen Selbsthilfevereinen und Politik eine Kooperation. Diese persönliche Einschätzung wird durch den Rückgang der medialen Berichterstattung und der teilweisen Auflösung der kurzfristig gebildeten zivilgesellschaftlichen Netzwerke bereits wenige Wochen nach der Konferenz verstärkt.

Der Selbsthilfeverein PULSHIV beschloss bei seiner Gründung 2009 selbst aktiv auf den politischen Prozess Einfluss nehmen zu wollen, und Forderungen für Maßnahmen zur Adaptierung der AIDS-Policies auf die aktuelle Situation zu stellen. Laut Dirnberger ist die Unterscheidung zwischen Selbsthilfevereinen und den Vereinen der AIDS-Hilfen essentiell. Durch ihre Unabhängigkeit und ihre direkte Betroffenheit können die Selbsthilfeorganisationen mehr Druck auf die Politik ausüben. Die AIDS-Hilfen sind aufgrund ihrer finanziellen Abhängigkeit Großteils nicht imstande, politische Forderungen zu unterstützen (vgl. Interview Dirnberger 2010). Es stellt sich die Frage, inwieweit Selbsthilfevereine wie PULSHIV mit einer relativ kleinen Organisationsstruktur die personellen und finanziellen Ressourcen aufstellen können, um politisches Lobbying zu betreiben. Die AIDS-Hilfen Österreichs, als die formal stärksten nationalen, nicht-staatlichen Akteure können ihre Rolle als VertreterInnen der Betroffenen nur bedingt wahrnehmen und konzentrieren sich daher in diesem Bereich auf die Rolle des Vermittlers.

Vor allem im Bereich der Diskriminierung und Stigmatisierung gelingt es der österreichischen Zivilgesellschaft nicht, die politischen Akteure auf die prekäre Situation von Menschen, die mit HIV leben oder an AIDS erkrankt sind, aufmerksam zu machen. Das Bewusstsein der politischen VertreterInnen ist laut Stefanek nicht gegeben.<sup>85</sup> Ein Problem hierbei stellt die wechselnde Zuständigkeit der Organe dar. Akteure innerhalb der Organisationen wechseln regelmäßig, somit gehen AnsprechpartnerInnen und Fachexpertise verloren. Eine weitere Schwierigkeit entsteht dadurch, dass es österreichweit nur wenige konstante nicht-staatliche Akteure im Bereich HIV/AIDS gibt. Viele Organisationen beschäftigen sich Phasenweise

---

<sup>85</sup> Schlussfolgerung von Stefanek nach einer Podiumsdiskussion mit VertreterInnen aller politischer Parteien im Rahmen der Internationalen AIDS Konferenz (vgl. Interview Stefanek 2010).

durch Teilgruppierungen mit HIV/AIDS, erstellen aber keine nachhaltige Strategie oder Linie, die über längere Zeit verfolgt wird<sup>86</sup>. Kooperationspartner innerhalb des Netzwerkes wechseln oft, wodurch das Vertrauen in die Kompetenzen der Partner relativ gering ist. Dies erschwert die Institutionalisierung eines breiteren Netzwerkes und schwächt die Position der Zivilgesellschaft. Es besteht ein ambivalentes Verhältnis zwischen NGOs und staatlichen Institutionen. Zum einen hat sich eine Art Partnerschaft etabliert, zum anderen ist die Beziehung durch politischen Antagonismus geprägt. Generell lässt sich festhalten, dass die Leistungsfähigkeit des Gesamtnetzwerkes im Bereich HIV/AIDS sehr träge geworden ist. Die Politik gibt sich mit dem Status Quo zufrieden, und einige nicht-staatliche Akteure beharren auf ihren institutionalisierten Rollen, ohne auf die aktuellen Herausforderungen aktiv einzugehen.

Österreich steht vor der Herausforderung einen flächendeckenden Aktionsplan für HIV/AIDS zu entwickeln und umzusetzen. Die Erkenntnisse dieser Arbeit zeigen, dass sich der Normalisierungsprozess der AIDS-Politik in Österreich zurzeit in einer fünften Periode befindet. Gekennzeichnet ist diese Periode durch einen erneuten Aufschwung der zivilgesellschaftlichen Aktivitäten, hervorgerufen durch die Internationale AIDS Konferenz sowie die prekäre Lebenssituation vieler HIV positiver Menschen und dem konstanten Anstieg von Neuinfektionen. Gleichzeitig verschiebt sich die Wahrnehmung in den Medien, in der Politik sowie in der Öffentlichkeit zunehmend hin auf die internationalen Probleme mit HIV/AIDS, wie beispielsweise die AIDS-Katastrophen in Subsahara-Afrika oder Osteuropa. International fällt jedoch HIV/AIDS als Teil des entwicklungspolitischen Bereichs in die Zuständigkeit des Bundesministeriums für europäische und internationale Angelegenheiten (BMeiA). Es findet zwar intensiver Informationsaustausch mit dem Bundesministerium für Gesundheit statt, doch die Zuständigkeiten der jeweiligen Ministerien sind klar definiert. Nationale AIDS-Politik fällt zur in die Verantwortung des Bundesministeriums für Gesundheit (vgl. Interview Klein 2010), entwicklungspolitische Agenden gehören zum Ressort des BMeiA.

Diese Arbeit hat versucht die vielen Facetten von HIV/AIDS im nationalen Kontext

---

<sup>86</sup> Zum Beispiel Caritas, Volkshilfe, ÖGB, AK, Industriellenvereinigung.

aufzuzeigen. Trotz der internationalen Herausforderung und prekären Situation in vielen Regionen (darunter auch Nachbarländer Europas) darf die lokale Situation nicht in Vergessenheit geraten (vgl. Amort 2005: 52-62).

Anhand der politischen Tätigkeiten im Nationalrat ist ersichtlich, dass die Zahl der PolitikerInnen, die sich aktiv mit dem Thema HIV/AIDS auseinandersetzen, sehr gering ist. Trotz der steigenden Zahl der Neuinfektionen und der rasanten Ausbreitung der Krankheit in unseren östlichen Nachbarländern, lässt sich nur geringer politischer Diskurs erkennen. Dank der Internationalen AIDS Konferenz kam HIV/AIDS wieder in das öffentliche Bewusstsein und fand erneut Eingang in den politischen Prozess. Trotzdem lässt sich eine gewisse Ignoranz dem Thema gegenüber erkennen. Das geringe Interesse der einzelnen Parteien kann darauf zurückzuführen sein, dass HIV/AIDS in Österreich nach Abwenden der ersten Gefahr nicht mehr als gesundheitspolitisch relevantes Thema erscheint. Die Zurückhaltung der politischen VertreterInnen kann auch als Scheu vor dem Thema interpretiert werden. Mit einer Infektionskrankheit, die mit dem Tod endet, kann man weder im Parlament glänzen, noch Wählerstimmen gewinnen (vgl. Interview Klein 2010). In parlamentarischen Debatten wurden eher informative Anfragen zum Thema HIV/AIDS gestellt, von hetzerischen Aktivitäten wurde auf politischer Ebene seit jeher abgesehen. Die Aufmerksamkeit der österreichischen Nationalratsabgeordneten richtete sich in den letzten Jahren vermehrt auf die Finanzierung und Durchführung internationaler Projekte, wobei anzumerken ist, dass sich der Gesundheitsminister während der Internationalen AIDS Konferenz in der unangenehmen Situation befand, dass Österreich seit der Gründung des Global Funds 2001 als eines der wenigen europäischen Länder nicht mehr eingezahlt hatte (vgl. Mernyi 2010).

Die nicht-staatlichen Akteure versuchten im Zuge der Internationalen AIDS Konferenz verstärkt die mediale und politische Aufmerksamkeit dem Thema gegenüber zu nutzen, um auf die Missstände in Österreich aufmerksam zu machen und ihre Forderungen öffentlich zu machen. Durch den Zusammenschluss zahlreicher zivilgesellschaftlicher Organisationen und eine Vernetzung mit politischen VertreterInnen erhoffte man sich eine neue Zieldefinition und die Wiedergeburt eines partizipativen Politikstils.

Vor allem die Forderung nach einem nationalen Aktionsplan ist aus Sicht dieser Arbeit zu unterstützen. Eine klar definierte Rollenzuschreibung für die beteiligten Akteure sowie die Erstellung einer gemeinsamen adäquaten Strategie, um die gesetzten Ziele zu erreichen, sind im Kampf gegen HIV/AIDS und dem damit verbundenen Kampf gegen Diskriminierung und Stigmatisierung unabdingbar. Akteure mit kleineren Organisationsstrukturen haben oft nicht die nötigen Ressourcen, um auf den politischen Prozess einzuwirken. Die Einbindung von Selbsthilfevereinen würde zu einer stärkeren Legitimation und Akzeptanz von regulierenden Maßnahmen führen. Doch um einen nationalen Aktionsplan zu beschließen bedarf es eines politischen Commitments der zuständigen Organe (vgl. Interview Mernyi 2010). Zusätzlich ist die Inklusion aller Netzwerkakteure in den Entstehungsprozess Voraussetzung für die Entstehung einer adäquaten Strategie. Auch ExpertInnen des Bundesministeriums für Gesundheit sind sich der Bedeutung eines nationalen Aktionsplans bewusst. Laut Dr. Klein (vgl. Interview 2010) wird in naher Zukunft die Planungsphase für die Festlegung einer AIDS-Strategie begonnen. Auch das Bewusstsein für die Notwendigkeit der Einbeziehung der beteiligten Akteure im Politikformulierungsprozess ist gegeben. Ein Problem bei der Formulierung neuer Policies könnte dadurch entstehen, dass sich die Wertvorstellungen und Interessen der beteiligten Akteure in den letzten Jahren zunehmend verändert haben. Die staatlichen Akteure sind vordergründig an der Minimierung bis zur gänzlichen Vermeidung von HIV Übertragungen interessiert. Erst wenn es keine neuen Infektionen gibt, kann man nach Ansicht des Bundesministeriums für Gesundheit verstärkt in Maßnahmen gegen Diskriminierung investieren. Die zivilgesellschaftlichen Akteure befürworten das staatliche Engagement im Bereich der Prävention, halten jedoch den Kampf gegen Diskriminierung und Stigmatisierung für einen wichtigen Bestandteil der österreichischen AIDS Politik. Um hier wieder in ein gemeinsames *belief system* zu kommen, muss in Zukunft verstärkt in die Kooperation innerhalb des Netzwerkes investiert werden. Strukturelle Voraussetzungen dafür wurden während den Vorbereitungen zur Internationalen AIDS Konferenz geschaffen. Es wird sich zeigen, ob die zuständigen politischen Akteure bereit sind, dieses Kooperationsnetzwerk – aus bewährten alten und neuen Akteuren – zu nutzen, zu manifestieren und die strukturelle Planung eines nationalen Aktionsplans umzusetzen. Vier Monate nach der größten sozialpolitischen Veranstaltung zum Thema HIV/AIDS in Österreich sind die



Auswirkungen auf die gesundheitspolitische Landschaft in Österreich noch nicht absehbar. Ob sich die Politik den Forderungen der Zivilgesellschaft annimmt und neue Konzepte und Strategien für Betroffene entwickelt und implementiert werden, wird sich in den nächsten Jahren zeigen.



## 8 Literaturverzeichnis

AIDS-Hilfen Österreichs (2005). AIDS-Hilfen Österreichs: Gemeinsamen Zielen verpflichtet. 20 Jahre AIDS Hilfe in Österreich, Salzburg.

Alkier, Stefan (2009). HIV/AIDS - Ethnische Perspektiven, Berlin.

Amann, Elisabeth (1997). Menschen mit HIV/AIDS, Wien.

Amort, Frank/Hammerschmied, Barbara (1999). HIV Prevention in Austria: a review of policy and practice 1995-1999. A project undertaken for the European Commission, Aids Hilfe Wien.

Amort, Frank (2005). Von der Risikogruppe zur Zielgruppe, in: AIDS-Hilfen Österreichs (Hg.): Gemeinsamen Zielen verpflichtet. 20 Jahre AIDS-Hilfen in Österreich, Salzburg/Wien, 52-62.

Amort, Frank (2006). Positive Prävention. Unbequem? Notwendig! PlusMinus Februar, 3-6.

Amort, Frank (2010). Schriftliche Auskunft zur Entwicklung der AIDS-Politik in Österreich.

Anrather, Florian (2008). Zur Konstruktion und Normierung von Identität und Sexualität im Diskurs der österreichischen AIDS-Hilfen. Wien.

Badura, Bernhard/Troschke Jürgen (1996). Die Bedeutung der Ottawa Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland, Freiburg.

Barta, Heinz (Hg.) (2002). Recht auf Gesundheit, Wien.

Behrens, Maria (2003). Quantitative und qualitative Methoden in der Politikfeldanalyse, in: Schubert, Klaus/Bandelow, Nils (Hg.): Lehrbuch der Politikfeldanalyse, München/Wien, 203-236.

Berg, Werner (1997). Gesundheitsschutz als Aufgabe der EU. Entwicklung, Kompetenzen, Perspektiven, Baden-Baden.

Braumandl, Elisabeth (2003). Die Österreichische Gesundheitspolitik ab der 2. Republik. Akteure, gesundheitspolitische Maßnahmen und Paradigmen, Wien.

Braun, Dietmar/Giraud Olivier (2003). Steuerungsinstrumente, in: Schubert Klaus/Bandelow Nils (Hg.): Lehrbuch der Politikfeldanalyse, München/Wien, 147-174.

Cohen, Larry (Hg) (2007). Prevention is primary, Chichester/NJ.

Die AIDS-Hilfen Österreichs (2004). Ratgeber: Recht HIV und AIDS, Salzburg/Wien.

Dopsch, Henning (1990). Finanzierungsprobleme, in: 5 Jahre Österreichische AIDS-Hilfe 1985-1990. ÖAH info aktuell 2, Wien, 32-34.

Downs, Anthony (1972). Up and Down with Ecology - The "Issue-attention Cycle". The Public Interest, 28-50.

Dür, Wolfgang/Haas, Sabine/Leth, Jutta/Pelikan, Jürgen (Hg.) (1988). Aids - Analyse einer gesellschaftlichen Herausforderung. Zur Komplexität eines diskursiv und thematisch gespaltenen Phänomens, Wien.

Dür, Wolfgang/Pelikan Jürgen (2000). Gesundheit beobachten, Wien.

Dür, Wolfgang/Pelikan, Jürgen (1999). Aids als soziales Problem, in: Albrecht, Günter/Grönemeyer, Axel/Stallberg, Friedrich (Hg.): Handbuch soziale Probleme. Wiesbaden, 139-173.

Dye, Thomas R. (1976). Policy Analyse. What governments do, why they do it and what difference it makes, Alabama.

Einfalt, Elisabeth (2006). AIDS in Österreich - unter besonderer Berücksichtigung der Situation in Wien, Wien.

Europe Centre for Advanced Legal Studies in Health Care (2001). Europe and its impact on national health care systems yearbook, Rotterdam.

Frisch, Wolfgang (2009). HIV-Infektionsrisiken und rechtliche Verhaltensordnung. Die Stellungnahme der rechtlichen Ethik, in: Alkier, Stefan/Dronsch, Kristina (Hg.) HIV/AIDS - Ethische Perspektiven, Berlin, 49-77.

Gene, Raimond (2001). AIDS-POLITIK. Ein neues Krankheitsbild zwischen Medizin, Politik und Gesundheitsförderung, Frankfurt am Main.

Gellner, Winand (Hg.) (2002). Freiheit und Gemeinwohl, Baden-Baden.

Grädl, Bettina (2009). HIV/AIDS - eine gesellschaftspolitische Herausforderung, Linz.

Gusenbauer, Alfred (2002). Netzwerk Innovation: zukunftsfähige Politikprojekte, Wien.

Habl, Claudia/Schnabel, Eva/Vogler, Sabine (2005). Öffentliche Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich 2001, Wien.

Herek, Gregory M. (1998). Stigma and sexual orientation, Thousand Oaks.

- Héritier, Adrienne (1993). Policy-Netzwerkanalyse als Untersuchungsinstrument im europäischen Kontext: Folgerungen aus einer empirischen Studie regulatoriver Politik, in: Héritier, Adrienne (Hg.): Policy-Analyse. Kritik und Neuorientierung. Politische Vierteljahresschrift 34, Sonderheft 24, Opladen, 434-447.
- Hervey, Tamara (2002). The Legal Basis of European Community. Public Health Policy, in: Mc Kee, Martin/Mossialos, Elias/Baeten, Rita (Hg.): The Impact of EU Law on health Care Systems. Bruxelles/Bern/New York/Wien, 23-57.
- Hinterhofer, Hubert (2002). AIDS, HIV und Strafrecht. Zur Strafbarkeit von Sexualkontakten HIV-infizierter Personen nach den §§178, 179 StGB, Salzburg/Wien.
- Hofer, Christine (2005). HIV/Aids in Namibia, Linz.
- Hofmarcher, Maria/Rack Herta (Hg.) (2001). Gesundheitssysteme im Wandel - Österreich, Berlin.
- Hofmarcher, Maria/ Rack, Herta (2006). Austria: health system review, Berlin.
- Höffe, Otfried (2009). Warum ist Diskriminierung ungerecht, in: Alkier Stefan/Dronsch Kristina (Hg.): HIV/AIDS - Ethische Perspektiven, Berlin, 117-131.
- Hoffmann, Christian/ Rockstroh, Jürgen/Noah Christian (2010). HIV 2010. Das Buch zu HIV und AIDS, Hamburg.
- Hösle, Vittorio (2009). Inwieweit ist man dafür verantwortlich, sich über sich selbst zu informieren? Moral- und rechtsphilosophische Reflexionen im Zusammenhang mit der Aids-Pandemie, in: Alkier Stefan/Dronosch Kristina (Hg.) HIV/AIDS - Ethische Perspektiven, Berlin, 13-37.
- Hornung, Rainer/Helminger André/Hättlich, Achim (1994). Aids im Bewußtsein der Bevölkerung. Stigmatisierung- und Diskriminierungstendenzen gegenüber Menschen mit HIV und Aids, Bern.
- Hornung, Rainer (Hg.) (2004).Sexualität im Wandel, Zürich.
- Hutterer, Judith (1987). Die Arbeit der Ordinationen der Österreichischen AIDS-Hilfe, in: Krickler, Kurt/Blaas, Patricia (Hg.): Österreichische AIDS-Hilfe: Info aktuell. Schwerpunkt: Zwei Jahre österreichische AIDS Hilfe ein Tätigkeitsbericht, Wien, 28-34.
- Hybasek, Sabine (2001). Gesundheitspolitik im Europäischen Integrationsprozeß - unter Berücksichtigung der Auswirkungen auf das österreichische Gesundheitssystem, Wien.
- International Labour Organization (2006). Der parxisorientierte Leitfaden der IAO zu HIV/AIDS in der Welt der Arbeit.

- Jann, Werner/Wegrich Kai (2003). Phasenmodelle und Poitikprozesse: Der Policy Cycle, in: Schubert, Klaus/Bandelow, Nils (Hg.): Lehrbuch der Politikfeldanalyse, München/Wien, 70-100.
- Janning, Frank/Leifeld, Philip/Malang, Thomas/ Schneider, Volker (2009). Überlegungen zur Theoriebildung und Methodik, in: Schneider, Volker/Janning, Frank (Hg.): Politiknetzwerke. Modelle, Anwendungen und Visualisierungen, Wiesbaden, 59-93.
- Kenis, Patrick/Marin, Bernd (1997). Managing AIDS: Organizational Responses in Six European Countries, Vienna.
- Kenis, Patrick/Nöstlinger, Christiana (1997). Managing AIDS. Organizational Responses to HIV/AIDS in Austria, in: Kenis, Patrick/Bernd, Martin (Hg.): Managing AIDS. Organizational Responses in Six European Countries, Vienna, 217-275.
- Kirp, David (1992). AIDS in the industrialized democracies, New Brunswick/NJ.
- Kohler, Robert (2002). Normalisierung und kein Ende, in: Rosenbrock, Rolf/Schäffer, Doris (Hg.): Die Normalisierung von Aids. Politik - Prävention - Krankenversorgung, Berlin, 245-255.
- Krickler, Kurt/Blaas Patricia (1987). Österreichische AIDS-HILFE: Info aktuell. Schwerpunkt: Zwei Jahre österreichische AIDS Hilfe ein Tätigkeitsbericht, Wien.
- Ladinsler, Edwin (2008). Den Stigmatisierungsprozess durchbrechen, Wien.
- Leichsenring, Birgit (2010). HIV und Medikamente - eine Erfolgsgeschichte. PlusMinus, April 2010, Salzburg/Wien.
- Lerner, Daniel/Lasswell, Harold (Hg.) (1951). The Policy Sciences. Recent Developments in Scope and Method, Stanford, CA.
- Matic, Srdan (2006). Twenty-five years of HIV/AIDS in Europe, in: Matic, Srdan/Lzarus, Jeffrey/Donoghoe, Martin (Hg.): HIV/AIDS in Europe, Copenhagen, 1-11.
- Mayntz, Renate (1980). Die Implementation poliitscher Programme. Theoretische Überlegungen zu einem neuen Forschungsgebiet, in: Mayntz Renate (Hg.): Implemenation politischer Programme. Empirische Forschungsberichte, 236-249.
- Mayntz, Renate (1993). Policy-Netzwerke und die Logik von Verhandlungssysteme, in: Winhoff-Héritier, Adrienne (Hg.): Policy-Analyse: Kritik und Neuorientierung, Opladen, 39-61.
- Mayntz, Renate (1997). Soziale Dynamik und politische Steuerung. Theoretische und methodologische Überlegungen, Frankfurt am Main.

- Mayntz, Renate/Scharpf, Fritz (1995). Der Ansatz des akteurzentrierten Institutionalismus, in: Mayntz, Renate/Scharpf, Frith (Hg.): Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung, Frankfurt am Main, 39-72.
- McKee, Martin/Mossialos, Elias (2002). The impact of EU law on health care systems. Bruxelles/Wien.
- Meggeneder, Oskar (2002). Reform des Gesundheitssystems. wer profitiert - wer verliert? Tagungsband der 5. wissenschaftlichen Jahrestagung der ÖGGW&PH.
- Meggeneder, Oskar (2004). Reformbedarf und Reformwirklichkeit des österreichischen Gesundheitswesens, Frankfurt am Main.
- Mikkelsen, Henning (1990). The role of nongovernmental organizations and AIDS services organizations in AIDS programmes, in: 5 Jahre Österreichische AIDS-Hilfe 1985-1990, Wien, 261-265.
- Mossialos, Elias (2002). EU law and the social character of health care, Bruxelles/Wien.
- Nöstlinger, Christiana (1997). Österreichische AIDS-Politik und die Rolle der NGOs, Wien.
- ÖGB/AK-Wien (2010): HIV/AIDS in der Welt der Arbeit, Wien.
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2001) Öffentliche Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich, Wien.
- Prokop, Heimo (1990). Politisch-administratives Handeln angesichts neuartiger Herausforderungen, in: Rosenbrock, Rolf/Salmen, Andreas (Hg.): Aids-Prävention, Berlin, 275-291.
- Rosenbrock, Rolf/Schäffer, Doris (Hg.) (2002). Die Normalisierung von Aids. Politik - Prävention - Krankenversorgung, Berlin.
- Rosenbrock, Rolf/Schäffer, Doris/Moers, Martin/Dubois-Arber, Françoise/Pinell, Patrice/Setbon, Michel (2002). Die Normalisierung von Aids in Westeuropa - Der Politikzyklus am Beispiel einer Infektionskrankheit, in: Rosenbrock, Rolf/Schäffer, Doris (Hg.): Die Normalisierung von Aids. Politik - Prävention - Krankenversorgung, Berlin, 11-71.
- Rosenbrock, Rolf (2003). Ein Grundriss wirksamer Aids-Prävention, in: Rosenbrock, Rolf/Schäffer, Doris (Hg.): Die Normalisierung von AIDS. Ergebnisse einer sozialwissenschaftlichen Aids Forschung, Band 23, Berlin, 71-83.
- Rosenbrock, Rolf (2004). Gesundheitspolitik: eine systematische Einführung, Bern.

Sabatiér, Paul (1993). Advocacy-Koalitionen, Policy-Wandel und Policy-Lernen. Eine Alternative zur Phasenheuristik, in: Héritier, Adrienne (Hg.): Policy-Analyse. Kritik und Neuorientierung, Opladen, 116-148.

Sabatiér, Paul (Hg.) (1999). Theories of the Policy Process, Boulder/Colo.

Salmen, Andreas (1990). Aktuelle Erfordernisse der Aidsprävention, in: Rosenbrock, Rolf/Salmen Andreas (Hg.): Aids-Prävention, Berlin, 85-99.

Scharpf, Fritz W. (2000). Interaktionsformen. Akteurzentrierter Institutionalismus in der Politikforschung, Opladen.

Schäffer, Doris (1992). Aids-Krankenversorgung, Berlin.

Schneider, Volker (2003). Akteurkonstellationsn und Netzwerke in der Politikentwicklung, in: Schubert, Klaus/Bandelow, Nils (Hg.): Lehrbuch der Politikfeldanaylse, München/Wien, 107-146.

Schneider, Volker/Janning, Frank (2006). Politikfeldanalyse. Akteure, Diskurse und Netzwerke in der öffentlichen Politik, Wiesbaden.

Schwamberger, Helmut (1999). Bundesgesetz über die Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen in Blutspendeeinrichtungen, Wien.

Sommersguter, Therese Beatrix (1990). Zur Diskriminierungsbereitschaft gegenüber homosexuellen Männern unter der besonderen Berücksichtigung der AIDS-Problematik, Wien.

Sontag, Susan (1989). Krankheit als Metapher, Frankfurt am Main.

Steffen, Monika (2000). The normalization of AIDS policies in Europe: patterns, path dependency and innovation, in: Moatti, Jean-Paul/Souteyrand, Yves/ Prieur, Annick/Sandfort, Theo/Aggleton, Peter (Hg.): AIDS in Europe. New challenges for the social science, London, 207-223.

Steger, Florian (2007). Was ist krank? Stigmatisierung und Diskriminierung in Medizin und Psychotherapie, Gießen.

Sulser-Prem, Barbara (2009). Emotionen im Social Advertising. Eine Untersuchung von ausgewählten emotionalisierenden Elementen der AIDS-Präventionskampagnen der Aids Hilfe Wien der Jahre 2003 bis 2009, Wien.

Bundeszentrale für politische Bildung (2008). Vertrag von Lissabon. Vertrag über Arbeitsweise der Europäischen Union AEUV, Titel XIV, Berlin, 133-135.

Von Schwanenflügel, Matthias. (1996). Die Entwicklung der Kompetenzen der Europäischen Union im Gesundheitswesen, Berlin.



Weilandt, Caren/Heckmann, Wolfgang/Kraus, Michael/Lambrecht, Jana/Pervilhac, Cyril (Hg.) (2001). HIV Prevention in Europe. A Review of Policy and Practice in 25 Countries, Berlin.

Weimer, David (2005). Policy Analysis. Concepts and Practice, Upper Saddle River/NJ.

Weinreich, Sonja/Benn, Christoph (Hg.) (2004). Aids - eine Krankheit verändert die Welt, Frankfurt am Main.

Windhoff-Héritier, Arianne (1987). Policy-Analyse. Eine Einführung, Frankfurt am Main.

Wohlfeiler, Dan/Ellen, Jonathan M. (2007). The Limits of Behavioral Interventions for HIV Prevention, in: Cohen, Larry/Chávez, Vivian/ Chehimi, Sana (Hg.) Prevention is primary. Strategies for Community Well-Being, San Francisco, 329-348

Zangerle, Robert/Jöchel, Margret/Gogl, Stefanie (Hg.) (2009). HIV/AIDS in Österreich. 15. Bericht der Österreichischen HIV-Kohortenstudie, Innsbruck.

Zotter, Wolfgang (1994). AIDSPOLITIK - eine Krankheit als Gegenstand von Gesetzgebung, Vollziehung und politischer Auseinandersetzung, Wien.

### **Zeitschriften/ /Broschüren/Berichte/Vorträge/nicht veröffentlichte Quellen**

AIDS Hilfen Österreichs (2004). Ratgeber: Recht HIV und AIDS, Salzburg/Wien.

Aids Hilfe Wien. Jahresbericht 1992.

Aids Hilfe Wien. Halbjahresbericht 1992.

Aids Hilfe Wien. Halbjahresbericht 1993.

AIDS-Gesetz, BGBl. Nr. 728/1993.

Bundesministerium für Gesundheit (1998). BGBl. Nr. 51/1998.

Bundesministerium für Justiz: Stellungnahme zu den rechtlichen Aspekten in Bezug auf die Bestimmungen der §§ 178 und 179 StGB. (23. Februar 2010). Brief an Österreichische AIDS Gesellschaft, Wien.

Community Forum Austria (2010a). Protokoll 12.05.2010.nicht veröffentlicht

Community Forum Austria (2010b). AIDS 2010 Forderungskatalog. Wien.

Internationale Arbeitskonferenz (2010). HIV/Aids und die Welt der Arbeit, 99. Tagung. Bericht V (2A).

Kamenik, Andreas/Leichsenring, Birgit/Ofner, Sigrid (2009). Bericht über die Diskriminierung von Menschen mit HIV/AIDS. Wien, Salzburg.

Klein, Gerhard (2005). 20 Jahre AIDS Festschrift. Wien.

Kurier (1982). Amerika zitter vor mörderischem Leiden. Tödliche Krankheit - die Ärzte sind ratlos; Nr. 269/29.09.1982, 4.

Lokales Organisationskomitee: Protokoll 26.02.2010. nicht veröffentlicht

Mernyi, Gottfried (2010). Vortrag JournalistInnen Seminar: Internationale AIDS Konferenz am 10. Juni 2010, APA, Wien.

Mitteilung der Kommission and das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen über die Bekämpfung von HIV/Aids in der Europäischen Union un din den Nachbarländern 2009-2013.

Oberster Gerichtshof 29.10.1993, 9 Ob A 227/93.

Oberster Gerichtshof 29.06.1989. 3 Ob 516/89.

ÖAH (Hg.) (1990). 5 Jahre Österreichische AIDS-Hilfe 1985-1990, ÖAH info aktuell 2, Wien.

PULSHIV. (2010). Forderungen der Community §§178 und 179. nicht veröffentlicht.

Rechnungshofbericht. (1990). Bericht des Rechnunghofes über Wahrnehmungen aufgrund besonderer Akte der Gebarungsprüfung hinsichtlich der AIDS Maßnahmen des BKA-Gesundheit und dem Verein "Österreichische AIDS-Hilfe" zur Verfügung gestellte Mittel des Bundes, Wien.

Schmied, Brigitte (2010a). Vortrag JournalistInnen Seminar: Internationale AIDS Konferenz am 10. Juni 2010, APA, Wien.

Schmuckermair, Lukas (2010). Schriftliche Auskunft zur Präventionsabteilung mit Schwerpunkt Jugend

Tätigkeitsbericht der AIDS-HILFE WIEN. Arbeitsjahr 1996.

Tätigkeitsbericht der Aids Hilfe Wien. Arbeitsjahr 1997.

Tätigkeitsbericht der Aids Hilfe Wien. Arbeitsjahr 2009.

Tätigkeitsbericht der Aids Hilfe Wien. Arbeitsjahr 2010 – noch nicht veröffentlicht.

Vernazza, Pietro/Hirschel, Bernard/Bernasconi, Enos/Flepp, Markus (2008). HIV-infizierte Menschen ohne andere STD sind unter wirksamer antiretrovialer Therapie sexuell nicht infektiös. Schweizerische Ärztezeitung 2008, 89:5.

## **Internetquellen**

Aidshilfe Salzburg (2010). Änderungen im Sexualstrafrecht mit Konsequenzen für HIV-positive Menschen. Abgerufen am 10. August 2010 von <http://www.aidshilfe-salzburg.at/>

Aids Hilfe Wien (2010). Aids Statistik. Abgerufen am 16. April 2010 von <http://www.aids.at/>

APA (2010). Österreicher wollen mehr Informationen über HIV/AIDS. Abgerufen am 17. August 2010 von [http://www.ots.at/presseaussendung/OTS\\_20100525\\_OTS0186/oesterreicher-wollen-mehr-informationen-ueber-hiv-aids](http://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20100525_OTS0186/oesterreicher-wollen-mehr-informationen-ueber-hiv-aids)

BMG (2010). Gesundheit und Gesundheitsförderung. Abgerufen am 23. August 2010 von <http://www.bmg.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0771&doc=CMS1201505682652>

BMG (2010). Österreichische AIDS-Statistik. Abgerufen am 20. Oktober 2009 von <http://www.bmg.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0745&doc=CMS1235035856753>

Buddy Verein (2010). Abgerufen am 12. September 2010 von Buddy Verein: <http://www.buddy-verein.org/>

Bundesgesetz über den Schutz personenbezogener Daten. Abgerufen am 13. 07 2010 von <http://www.dsk.gv.at/site/6229/default.aspx#1>

Bundeskanzleramt (2010). Bundesrecht: Gesamte Rechtsvorschrift für AIDS-Gesetz 1993. Abgerufen am 17. 08 2010 von <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010768>

Cameron, Edwin (2010). Criminal HIV Transmission. Abgerufen am 28. 07 2010 von <http://www.aidsmap.com/page/1441760/>

Community Forum Austria (2010) Abgerufen am 25. Juni 2010 von [http://www.aidskampagne.at/veranstaltungen\\_communityforum.html](http://www.aidskampagne.at/veranstaltungen_communityforum.html)

Der Standard (2010). Kriminalisierung HIV als Verbrechen. Abgerufen am 17. September von <http://derstandard.at/1277338718407/Kriminalisierung-HIV-als-Verbrechen>

Die Wiener Erklärung (2010). Abgerufen am 28. Juli 2010 von <http://www.diewienererklarung.com/die-erklaumlrung.html>

European Commission (2007). Public Health. HIV/AIDS. Abgerufen am 24. September 2010 von [http://ec.europa.eu/health/ph\\_threats/com/aids/aids\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_threats/com/aids/aids_en.htm)

Europäische Union (1993). Vertrag von Maastricht. Abgerufen am 12. Februar 2010 von <http://eur-lex.europa.eu/de/treaties/dat/11992M/htm/11992M.html#0001000001>

EuroHIV (2006). HIV/AIDS Surveillance in Europe. Abgerufen am 23. August 2010 von [http://www.eurohiv.org/reports/report\\_75/pdf/report\\_eurohiv\\_75.pdf](http://www.eurohiv.org/reports/report_75/pdf/report_eurohiv_75.pdf)

HIVmobil (2010). Abgerufen am 23. Juli 2010 von: <http://www.hivmobil.org/>

Human Rights: Now More Than Ever. Abgerufen am 12. Juli 2010 von [http://www.hivhumanrightsnow.org/deu/march\\_and\\_rally](http://www.hivhumanrightsnow.org/deu/march_and_rally)

Internationale AIDS Konferenz (2010). Abgerufen am 27. August 2010 von <http://www.aids2010.org/Default.aspx?pageId=204>

Life Ball - Fighting and Celebrating Life (2010) Abgerufen am 23. August 2010 von [http://www.lifeball.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=69&Itemid=71&lang=de](http://www.lifeball.org/index.php?option=com_content&view=article&id=69&Itemid=71&lang=de)

Kamp, Wolfgang (1996): Gesundheitsförderung in Europa: Beispiel für die Dynamik der Integration, in: Deutsches Ärzteblatt. Abgerufen am 7. April 2010 von <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=1462>

Nowak, Manfred (2010). Risikogruppen: Stigmatisiert und kriminalisiert, in: Die Standard Abgerufen am 23. Juli 2010 von <http://diestandard.at/1277338761044/HIVAids-Risikogruppen-Stigmatisiert-und-kriminalisiert>

Österreich Lexikon (2010). Abgerufen am 24. September 2010 von Österreich Lexikon: <http://www.aeiou.at/aeiou.encyclop.g/g345758.htm>

Österreichische AIDS Gesellschaft (2010). State-of-the-art med. Erkenntnisse fließen in die Rechtsprechung ein. Abgerufen am 10. August 2010 von <http://www.aidsgesellschaft.org/newsmeldungen>

Positiver Dialog. Abgerufen am 12. September 2010 von <http://www.positiverdialog.at.tf/>

PULSHIV. Abgerufen am 12. September 2010 von <http://www.pulshiv.at/main.php?cat=5>

PULSHIV (2010). Paragraphen 178 und 179 des österreichischen Strafgesetzbuches. Abgerufen am 12. August 2010 von Paragraphen 178 und 179 des österreichischen Strafgesetzbuches: <http://www.pulshiv.at/main.php?cat=69>

Schmied, Brigitte (2010b). Österreichische AIDS Gesellschaft. Abgerufen am 23. 08. 2010 von <http://www.aidsgesellschaft.org/>

Sexworkers in Europe Manifesto (2005). Abgerufen am 26. August 2010 von <http://www.sexworkeurope.org/icrse/images/phocadownload/manbrussels2005.pdf>

SOPHIE-Bildungsraum für Prostituierte (2010). Abgerufen am 23. August 2010 von [http://de.sophie.or.at/category/basic\\_infos/prostitutions-gesetze](http://de.sophie.or.at/category/basic_infos/prostitutions-gesetze)

Stadt Wien (2010). Wiener Bäderordnung. Abgerufen am 12. Februar von <http://www.wien.gv.at/freizeit/baeder/pdf>

Stefanek, Wiltrud (2010). Arbeiten mit HIV/AIDS: Besteht Auskunftspflicht, in: Der Standard Abgerufen am 22. Juli 2010 von <http://derstandard.at/1277338718407/Kriminalisierung-HIV-als-Verbrechen>.

Steflitsch, Wolfgang (2010). MedMedia - Medical Opinion Network. Abgerufen am 27. August 2010 von [http://www.medmedia.at/medien/aerztekrone/artikel/2010/07/9821\\_13-10\\_HIV.php](http://www.medmedia.at/medien/aerztekrone/artikel/2010/07/9821_13-10_HIV.php)

UNAIDS (2009). AIDS Epidemic Update 2009. Abgerufen am 03. März 2010 von [http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1700\\_Epi\\_Update\\_2009\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1700_Epi_Update_2009_en.pdf)

UNAIDS (2008). Criminalization of HIV Transmission. Abgerufen am 08. August 2010 von [http://data.unaids.org/pub/basedocument/2008/20080731\\_jc1513\\_policy\\_criminalization\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/basedocument/2008/20080731_jc1513_policy_criminalization_en.pdf)

UNAIDS. Uniting the world against AIDS. Abgerufen am 28. März 2010 von [www.unaids.org](http://www.unaids.org)

Vassiliou, Androulla (2009). Strategie zur HIV/Aids-Bekämpfung in der EU und den Nachbarländern für den Zeitraum 2009-2013. Abgerufen am 24. September 2010 von <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/09/1583&format=HTML&aged=0&language=DE>

Vernazza, Pietro (2008). Infekt.ch. Abgerufen am 25. 07 2010 von <http://www.infekt.ch/kategorien/themen/hiv/praeventionvonhiv/1427-hiv-therapie-wirkt-auch-praeventiv.html>

WHO (1978). Declaration of Alma Ata. International Conference on Primary Health Care 6. - 12. September 1987. Abgerufen am 14. Februar 2010 von: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf)

WHO (1997). Jakarta Erklärung. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung 21.-25. Juli 1997. Abgerufen am 12. Februar 2010 von [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta\\_declaration\\_german.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_german.pdf)

WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung 21. November 1986. Abgerufen am 12. Februar 2010 von [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)

Wiener Linien (2010). Beförderungsrichtlinien. Abgerufen am 12. Februar 2010 von [http://www.wienerlinien.at/media/files/2008/Befoerderungsbestimmungen\\_2416.pdf](http://www.wienerlinien.at/media/files/2008/Befoerderungsbestimmungen_2416.pdf)

### **Parlamentarische Tätigkeiten**

Bandion-Ortner, C. Anfragebeantwortung (2010). 4941/AB XXIV.GP.

Bayr, Petra. Schriftliche Anfrage: 5823/J XXIV.GP 18.06.2010.

Bayr, Petra. (2005)schriftliche Anfrage 2943/J XXII GP 27.04.2005.

Ettl, H. Anfragebeantwortung (1990). 5720/AB 1990-08-02.

Fischl (1993): Stenographisches Protokoll. Nationalrat XVIII.GP-103. Sitzung-29. Jänner 1993:12002.

Stöger, Alois (2009) Anfragebeantwortung 1554/AB XXIV.GP 27.05.2009.

Rauch-Kallat, Maria. Anfragebeantwortung 3351/AB XXII. GP 15.11.2005.

Hochmair (1986). Stenographisches Protokoll. Nationalrat XVI.GP-142. Sitzung-16. Mai 1986:12459.

Stenographisches Protokoll (1993). Nationalrat XVIII.118.Sitzung-6.Mai1993:13835-13845.

Stummvoll (1987).Stenographisches Protokoll. Nationalrate XVII.GP-15. Sitzung-8.April 1987:1789.

Stöger, A. Anfragebeantwortung. (2010). 5768/ABXXIV.GP 18.08.2010.

Srb, M. schriftliche Anfrage (1990). 5747/J 1990-06-22.

1026 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XVIII.GP. (1993).

64 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XVII.GP.

## 9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Der idealtypische Policy Cycle.....	10
Abbildung 2: Einteilung der HIV-Infektion nach CDC-Klassifikation von 1993.....	30
Abbildung 3: Mortalitätsrate 1997 - 2008 .....	33
Abbildung 4: HIV-Neuinfektionen in Österreich seit 1985.....	40
Abbildung 5: Übersicht über die Infektionsrisiken seit 1985 .....	41
Abbildung 6: Logos und Aufteilung der AIDS-Hilfen Österreichs.....	57
Abbildung 7: Entwicklung des Politikinteresses innerhalb der Normalisierungsperioden.....	68
Abbildung 8: Phasen des Policy Zyklus anhand der österreichischen AIDS-Politik ..	72
Abbildung 9: Häufigkeit parlamentarischer Tätigkeiten .....	74
Abbildung 10: Einflussmöglichkeiten auf die Politikformulierung durch das BMG ..	77
Abbildung 11: Analytische Rahmenbedingungen zur Untersuchung von HIV- Präventionspolitik in Europa .....	82
Abbildung 12: Auflistung unterschiedliche Bezeichnungen Bundesministerium für Gesundheit .....	1433





## 10 Anhänge

### 10.1 Interviewleitfäden

- Beurteilung der bisherigen Entwicklung der AIDS Politik in Österreich
- Beurteilung der Kooperation von Bund/Stadt/Gemeinde, NGOs (im speziellen AIDS-Hilfen Österreichs) und Betroffenen(organisationen)
- Österreichische PolitikerInnen und die neuen gesellschaftspolitischen Herausforderungen
- Aufgaben/Vernetzung der Vereine der AIDS-Hilfen Österreichs
- Beurteilung der Kooperation AIDS-Hilfen und Selbsthilfvereine
- Parteipolitische Machtkämpfe beim Thema HIV/AIDS?
- Entwicklungspolitischer Schwerpunkt zu HIV/AIDS?
- Selbsthilfgruppen innerhalb der österreichischen AIDS Politik
- Beurteilung des Problembewusstseins der aktuellen Situation im Nationalrat
- Diskriminierung und Stigmatisierung im alltäglichen Leben
- Einschätzung zukünftige Strategie der Politik
- Auswirkungen der Internationalen AIDS Konferenz auf die österreichische Gesundheitspolitik im Bereich HIV/AIDS?

**Gottfried Mernyi** ist Experte im Bereich HIV/AIDS. Er arbeitet zurzeit bei der Kindernothilfe und war federführend für die zivilgesellschaftlichen Organisationen innerhalb des Community Forums Austria 2010 tätig. Bei der Internationalen AIDS Konferenz war er Member im *Leadership & Accountability Programme Committee*

**Wiltrut Stefanek** lebt seit 1996 offen mit ihrer HIV-Infektion. Sie wurde von ihrem positiven Ehemann angesteckt. Stefanek gründete 1998 die Selbsthilfegruppe H.I.V. Seit 2009 setzt sie sich mit dem Selbsthilfverein PULSHIV für die Rechte HIV positiver und AIDS kranker Menschen ein. Bei der Internationalen AIDS Konferenz in Wien war sie Member im *Community Programme Committee*.

**Philipp Dirnberger** ist seit Oktober 2009 Geschäftsführer der Aids Hilfe Wien

**Petra Bayr** ist Nationalratsabgeordnete der SPÖ, Mitglied in den Ausschüssen Außenpolitik, Finanzen, Menschenrechte und Konsumentenschutz. Petra Bayr war während der Internationalen AIDS Konferenz Co-Chair *im Leadership & Accountability Programme Committee*.

**Jean-Paul Klein** ist Experte zum Thema HIV/AIDS im Bundesministerium für Gesundheit. Er ist seit Anfang der 1980er Jahre aktiv bei der Gestaltung der AIDS-Politik Österreichs involviert, und ist in allen AIDS spezifischen Gremien Österreichs vertreten.

## 10.2 Auflistung Bezeichnungen und parteipolitische Zugehörigkeit des Bundesministeriums für Gesundheit

Abbildung 12: Auflistung unterschiedliche Bezeichnungen Bundesministerium für Gesundheit

<b>Bundesministerien im Bereich Gesundheit</b>			
1981-1985	BM für Gesundheit und Umweltschutz	Kurt Steyrer	SPÖ
1985-1987	BM für Gesundheit und Umweltschutz	Franz Kreuzer	SPÖ
1987-1989	BM für Gesundheit und öffentlichen Dienst	Franz Löschnak	SPÖ
1989-1991	BM für Gesundheit und öffentlichen Dienst	Harald Ettl	SPÖ
1991-1994	BM für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz	Michael Ausserwinkler	SPÖ
1994-1997	BM für Gesundheit und Konsumentenschutz	Christa Krammer	SPÖ
1997-2000	BM für Arbeit, Gesundheit und Soziales	Eleonora Hostasch	SPÖ
2000-2003	Sozialministerium + Staatssekretariat für Gesundheit und Generationen	Herbert Haupt	FPÖ
2003-2007	BM für Gesundheit und Frauen	Maria Rauch-Kallat	ÖV P
2007-2008	BM für Gesundheit und Familie	Andrea Kdolsky	ÖV P
seit 2008	BM für Gesundheit	Alois Stöger	SPÖ

Quelle: Österreich Lexikon Österreich 2010



## 11 Abstract (deutsch)

In der vorliegenden Arbeit wird die österreichische AIDS-Politik der letzten 25 Jahre anhand einer Politikfeldanalyse untersucht. Seit Auftreten der ersten durch den HI-Virus verursachten Todesfälle in Österreich 1983 beschäftigt sich die Politik mit dem Thema. Es bildete sich rasch ein Netzwerk aus privaten und staatlichen Akteuren, die eine effektive und effiziente AIDS Politik gestalteten. Diese Kooperation – *community based und staatlich finanziert* – galt international für viele Jahre als Vorzeigemodell. Anhand einer Politikfeldanalyse wird dargestellt, wie sich die Beziehungsstrukturen zwischen den beteiligten Akteuren entwickelt und welche Akteure verstärkt Einfluss auf die Politikformulierung sowie -implementierung genommen haben. Im Mittelpunkt der Analyse stehen die AIDS-Hilfen Österreichs, die – neben dem Bundesministerium für Gesundheit – die aktivsten nationalstaatlichen Akteure innerhalb des Politikfeldes darstellen. Es haben sich über die Jahre gute Netzwerke in den Bereichen Prävention, Beratung, Betreuung und Behandlung etabliert. HIV/AIDS ist medizinisch in Österreich weitgehend unter Kontrolle. Nichtsdestotrotz ist HIV/AIDS ein ständiger Wegbegleiter des gesundheitspolitischen Geschehens. Endogene und exogene Faktoren beeinflussen die Politikgestaltung. Neben der steigenden Zahl der Neuinfektionen stellen die sozial- und gesellschaftspolitischen Probleme die Akteure des Politikfeldes vor neue Herausforderungen.

## **Abstract (english)**

This thesis deals with the development of the Austrian AIDS policy within the past 25 years. In response to the first cases of death due to HIV/AIDS a network of political and private stakeholders was established. The main aim of this network was to develop effective and efficient policies to fight HIV/AIDS in Austria. This cooperation – *community based and financed* by the government – served as a role model on an international level for many years.

As theoretical background for this thesis the policy analysis is used. It is applied in order to analyze the structure of relations between the stakeholders involved, their development, and their influence on Austrian AIDS policy. Emphasis is especially put on the *AIDS-Hilfen Österreich*, which are – next to the ministry of health – the most active stakeholders within the policy field. Over the past 25 years networks in the areas of prevention, counseling, care and treatment have been established and developed. Seen from a medical point of view HIV/AIDS in Austria is now – to a large extent – under control. However, HIV/AIDS is still and has to be on the agenda in the public health sector. The policy process is constantly influenced by international and national matters. In Austria stakeholders are currently facing the problem of increasing numbers of new infections as well as challenges within social policies which are difficult to manage.

## 12 Lebenslauf

### Persönliche Daten

---

Name: Christine Johanna Keplinger  
Geburtsdatum/-ort: 26.06.1982/Linz  
Staatsbürgerschaft: Österreich

### Bildungsgang

---

1996-2001: Höhere Lehranstalt für Tourismus  
Seit 2003: Diplomstudium der Politikwissenschaft an der Universität Wien  
Seit 2004: Diplomstudium der Geschichtswissenschaft an der Universität Wien

### Zusätzliche akademische Qualifikationen

---

Februar 2006: dreiwöchiger Forschungsaufenthalt an der *Universidad de la Habana/Cuba*  
Herbst 2007: Auslandssemester and der *Universitetet i Bergen* in Norwegen  
Februar 2008: dreiwöchiger Forschungsaufenthalt an der *Universität Ivana Franka* in Lemberg/Ukraine  
Juli 2010: Poster Präsentation bei der Internationalen AIDS Konferenz in Wien zum Thema: *Monitoring and evaluating activities of eh Austrian Community and the federal government dealing with HIV/AIDS.*

### Berufliche Erfahrung

---

04/2010 – 07/2010: Eventmanagement Aids Hilfe Wien  
08/2008 – 03/2010: Projektkoordination Aids Hilfe Wien  
03/2007 – 06/2007: Marketing Assistentin Repa Copy Franchise