

# **Neue Organisationen und alte Sektoren — Eine Analyse der Organisationen im Bereich HIV/AIDS in einigen europäischen Ländern**

*Patrick Kenis/Bert de Vroom*

## **I. Institutionelle und organisatorische Arrangements im Umgang mit HIV/AIDS**

Für die entwickelten Wohlfahrtsstaaten hat HIV/AIDS - vor allem in der Anfangsphase - eine moderne Krise bedeutet, die als "... serious threat to the basic structures or fundamental values and norms of a social system, which - under pressure and highly uncertain circumstances - necessitates making critical decisions" definiert wurde (Rosenthal et al. 1989, S. 10). Die AIDS-Epidemie bleibt bis auf weiteres eine Herausforderung für das Gesundheitssystem in modernen Wohlfahrtsstaaten, indem durch das endemische Auftreten der Krankheit in bestimmten Bevölkerungsgruppen das physische, psychische und soziale Wohlergehen der Bürger in Frage gestellt wird. Angesichts dieser Herausforderung ist nicht nur die Frage nach den Interventionsmöglichkeiten berechtigt und wichtig, sondern — damit in direktem Zusammenhang stehend — auch die Frage danach, wer hier intervenieren soll und wie?

Im Zentrum dieser Überlegungen stehen vor allem Fragen der primären und sekundären Prävention: wie kann die weitere Ausbreitung der HIV-Infektion verringert werden, und wie können die persönlichen und sozialen Auswirkungen von HIV/AIDS reduziert werden? In mehr als zehn Jahren Erfahrung im Umgang mit HIV/AIDS haben sich verschiedene Interventionsformen herausgebildet, die wir hier kurz darstellen möchten. Sehen wir einmal von der "Nichtbeschäftigung" oder "Verdrängung" des Problems ab, so lassen sich noch vier weitere Ansätze unterscheiden. Diese Ansätze sind freilich nur als idealtypische Konstruktionen zu verstehen. In der reinen Form oder als alleinige Antwort kommen sie empirisch kaum vor. Sie korrelieren allerdings stark mit bestimmten praktizierten Lösungsansätzen, bestimmten Typen von Akteuren, spezifischen Ressourcenverteilungsstrategien oder bestimmten Werten und Weltbildern, usw.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Die Relevanz dieser Strategien läßt sich am besten veranschaulichen, wenn man sich überlegt, was man selbst als Entscheidungsträger tun würde, wäre man aufgefordert, das Problem

Der Hauptansatz, der wohl zur Bewältigung von HIV/AIDS am häufigsten herangezogen wird, ist der *medizinische*. Hier steht im Vordergrund, das Virus und seine Folgen mit den Mitteln der Medizin zu bekämpfen. Das medizinische Wissen über AIDS hat in den letzten 10 Jahren gewaltig zugenommen. Präparate zur direkten Virusbekämpfung (wie z.B. AZT<sup>2</sup>) haben sich bei der Erhöhung der Überlebenschancen von AIDS Patienten als beschränkt wirkungsvoll erwiesen. Teilweise haben sie sich auch in Bezug auf die Erweiterung des krankheitsfreien Zeitraums bei asymptomatischen HIV-Infektionen<sup>3</sup> bewährt. Medizinisches Wissen hat zu den Bemühungen um die Erhöhung der Lebenserwartung von Menschen mit AIDS einiges beigetragen. Nach wie vor steht derzeit aber weder eine heilende Behandlung noch ein Impfstoff zur Verfügung. Allgemein besteht Konsens darüber, daß solche Behandlungsmethoden bzw. Impfstoffe in der nächsten Zukunft auch nicht erwartet werden können.

Das Fehlen einer effektiven medizinischen Antwort hat den Ansatz der *Verhaltensänderung* mitbedingt: dieser basiert auf der Bereitstellung von "Information" über bestimmte Verhaltensweisen, die im Hinblick auf eine HIV-Übertragung riskant sind. Der dahinterliegende Gedanke ist, daß sich Veränderungen im Verhalten von Personen aus ihrer Risikokalkulation ergeben. Folglich setzt dieser Ansatz auf den massiven Einsatz von Informationsmitteln, die sich an die Allgemeinheit richten. In gewisser Weise zeigt dieser Ansatz große Ähnlichkeit mit dem sogenannten Marktmodell, in dem rational kalkulierende Akteure aufgrund von Information bewußte Entscheidungen bezüglich der Kosten und Risiken bestimmter Verhaltensweisen treffen. Die Annahme, daß Menschen, wenn sie nur genügend Information über die negativen Folgen ihrer Entscheidungen zur Verfügung haben, ihr Verhalten ändern werden, ist allerdings nicht nur fraglich, sondern empirisch auch vielfach widerlegt worden. In einer Weiterentwicklung des Arguments von Hirschmann (1982) - kann solch ein Ansatz nur auf einer Risikoerfahrung "experience of risk" (im Gegensatz zu einer "expectation of risk") basieren. Wir werden allerdings später zeigen, daß es auch zur effektiven Realisierung eines solchen Ansatzes einiger Voraussetzungen bedarf.

Eine dritte mögliche Antwort sind *politische und administrative* Regelungen. Der vorher dargestellte Ansatz überläßt die Verantwortung für den Umgang mit dem Problem beim Individuum. Hier geht es nun vielmehr um das Aufstellen von

---

HIV/AIDS zu lösen (z.B. durch die Vergabe von Geldmitteln, durch den Erlaß von Verordnungen oder durch die Schaffung bzw. Förderung von Organisationen).

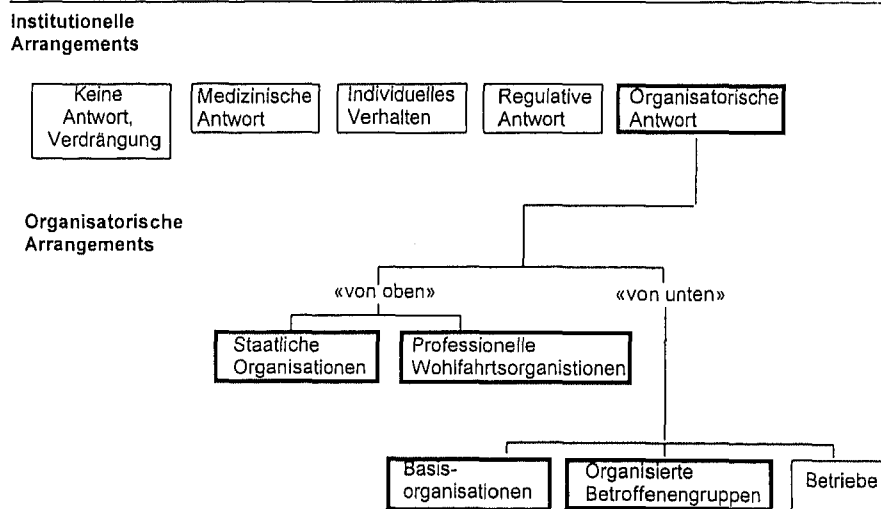
- 2 AZT (Azidothymidin, Zidovudin) blockiert als falscher Baustein der viralen Erbsubstanz die Virusvermehrung im Körper der infizierten Person. Es wird als antivirale Substanz zur Behandlung von AIDS oder schweren Manifestationen der HIV-Erkrankung eingesetzt.
- 3 Die asymptomatische Infektion ist gekennzeichnet durch das Fehlen von Symptomen bei vorliegender HIV-Seropositivität. Die Dauer dieser symptomlosen Phase variiert individuell beträchtlich, sie kann zehn Jahre und länger dauern.

Verhaltensregeln durch eine dritte Instanz, die meistens der Staat ist. Beispiele für einen solchen Umgang mit HIV/AIDS sind Zwangstestungen (z.B. HIV-Kontrolle vor einer Anstellung), die Zuordnung von HIV/AIDS in den Bereich der Kriminalität (durch die rechtliche Verfolgung von Menschen, die andere infiziert haben) oder die Isolierung von HIV-infizierten Personen oder Menschen mit AIDS. Bezugnehmend auf solche administrative Regulierungen meint de Vroom (1991), daß der Staat hier mit einem grundsätzlichen Problem konfrontiert wird: Einerseits soll der Staat die persönliche Freiheit seiner Bürger schützen und Diskriminierungen vorbeugen. Andererseits wird Gesundheit als ein öffentliches Gut betrachtet, welches durch eben diesen Staat sicher gestellt werden muß. Folgerichtig sieht sich der Staat mit einem Dilemma konfrontiert. Es stellt sich die Wahl zwischen dem Schutz der Freiheit des Individuums auf Kosten des öffentlichen Wohlergehens — oder umgekehrt dem Schutz der öffentlichen Wohlfahrt auf Kosten der persönlichen Freiheit. Abgesehen von der ständigen Beschäftigung mit diesem Dilemma ergibt sich im Zusammenhang mit der politischen und administrativen Regulierung noch ein anderes Problem (insbesondere im Hinblick auf die Prävention): Es ist eine beinahe unmögliche Aufgabe für den Staat, soziale Phänomene mit einem so engen Bezug zur Privatsphäre zu regulieren. Nicht nur sind die vielen normativen Problemen in diesem Bereich einer Staatsintervention abträglich, darüber hinaus würde dieser Ansatz im Sinne Wildavsky's "... a larger bureaucracy than anyone has yet conceived and methods of surveillance bigger than Big Brother" (Wildavsky zitiert in Bayer 1989, S. 82) benötigen.

Der vierte Ansatz konzentriert sich nun auf den Beitrag der *Organisationen*, die im Zusammenhang mit HIV/AIDS persönliche Dienstleistungen anbieten und/oder direkt oder indirekt Betroffene vertreten oder organisieren. Dies kann als effektiver Beitrag zur Verringerung der weiteren Ausbreitung der HIV-Infektion und der Reduzierung der persönlichen und sozialen Auswirkungen von HIV/AIDS betrachtet werden. Es handelt sich hier um Organisationen, die in den Bereichen Prävention, Pflege, Interessenvertretung, etc. tätig sind und HIV/AIDS spezifische Aktivitäten anbieten; diese Organisationen können sowohl Betriebe, Vereine oder staatliche Organisationen sein; sie können "exklusive" Organisationen (d.h. Organisationen die sich ausschließlich mit HIV/AIDS beschäftigen) oder "inklusive" Organisationen sein (d.h. Organisationen, die sie sich neben HIV/AIDS auch mit anderen Themen beschäftigen). Die Gesamtheit an spezifischen HIV/AIDS Aktivitäten, die solche Organisationen bereitstellen, wird hier als "organisatorische Antwort" bezeichnet. Obwohl diese Begriffswahl nicht optimal ist, da auch bei den anderen genannten Reaktionsweisen auf HIV/AIDS (also der medizinischen und der regulativen Antwort) Organisationen meist die Hauptakteure sind (Forschungslabors, Ministerien, Parlamente, etc.), erscheint der Begriff "organisatorische Antwort" dennoch sinnvoll. Erstens lenkt er das

Augenmerk in erster Linie auf die Wichtigkeit der organisatorischen Dimensionen (und damit auf den Unterschied organisatorischer Strukturen in der Bereitstellung von HIV/AIDS-Aktivitäten; also z.B. auf die Frage, warum manche Organisationen im HIV/AIDS-Bereich aktiv werden und andere nicht). Zweitens ist in der sozialpolitischen Literatur kein Konzept vorhanden, das die hier gemeinte organisatorische Antwort und ihre Spezifizierungen (siehe Schema 1) adäquater zusammenfassen würde. Die Literatur unterscheidet Aggregate wie den "Dritten" Sektor, intermediäre Organisationen, nicht-staatlicher Bereich, "Civil Society", "welfare mix" usw. als relevante Gesellschaftsbereiche. Das hier als organisatorische Antwort zusammengefaßte Konstrukt liegt allerdings quer zu diesen Konzepten, ist dabei aber gleichzeitig umfassender und beschränkter. Es sollte im Laufe der Ausführungen deutlich werden, daß es sinnvoll ist, die hier zusammengeführten Organisationen in einer Kategorie zusammenzufassen.

**Schema 1: Institutionelle und organisatorische Arrangements als Antwort auf HIV/AIDS**



In diesem Beitrag werden wir uns vor allem auf das institutionelle Arrangement "organisatorische Antwort" konzentrieren; andere Ansätze finden dort Berücksichtigung, wo sie zur Erklärung der organisatorischen Antwort relevant sind. Dies trifft vor allem auf die regulative Antwort zu. Der hier verfolgte Ansatz ist demnach ein organisationssoziologischer, d.h. Organisationen sind in

diesem Beitrag der zentrale Forschungsgegenstand. In welchem Ausmaß, in welcher Form und mit welchen Folgen Organisationen im Bereich HIV/AIDS eine Rolle spielen, sind daher die zentralen Fragen, die hier beantwortet werden sollen.

Wie in Schema 1 dargestellt unterscheiden wir dabei zwischen einer sogenannten organisatorischen Antwort "von oben" und einer organisatorischen Antwort "von unten". Die organisatorische Antwort "von oben" umfaßt Organisationen des institutionalisierten Wohlfahrtssystems, die fast ausnahmslos schon vor der Entdeckung von HIV/AIDS bestanden. Diese Organisationen erfüllen eine anerkannte und formalisierte Aufgabe im Wohlfahrtssystem. Sie können sowohl öffentliche Organisationen als auch Vereine sein. Die organisatorische Antwort "von unten" dagegen hat ihre Wurzeln außerhalb der formalisierten Wohlfahrtsstruktur und setzt sich aus Basisorganisationen, organisierten Betroffenengruppen und Betrieben zusammen. Basisorganisationen sind Organisationen bestimmter sozialer Gruppen (wie z.B. Homosexuelle, Drogenkonsumenten, Prostituierte, etc.). Organisierte Betroffenengruppen hingegen verbinden Menschen, die von HIV/AIDS direkt oder indirekt betroffen sind durch ihr gemeinsames Schicksal und Anliegen (z.B. Selbsthilfegruppen von HIV-infizierten Personen oder an AIDS erkrankten Menschen, Angehörigengruppen oder Buddy-Vereine, etc.).

Es ist anzunehmen, daß gut entwickelte Wohlfahrtsstaaten vorrangig mit einer organisatorischen Antwort "von oben" auf ein neues und komplexes Problem wie HIV/AIDS reagieren werden. Diese Hypothese ist allerdings zu überprüfen, wobei auch die Bedingungen, unter denen eventuell organisatorische Antworten "von unten" entstehen, zu spezifizieren sind.

Bevor wir allerdings die organisatorische Antwort nach der Dimension "von oben" bzw. "von unten" analysieren, wird im folgenden Abschnitt die Gesamtheit der organisatorischen Antwort in einigen europäischen Wohlfahrtsstaaten beschrieben und diskutiert.

## II. Die Empirische Relevanz der organisatorischen Antwort auf HIV/AIDS<sup>4</sup>

Die oben eingeführte organisatorische Antwort ist heute zweifelsohne einer der wesentlichsten Mechanismen im Umgang mit HIV/AIDS. Hinsichtlich der Reduktion der HIV-Infektionen sowie der persönlichen und sozialen Folgen von HIV/AIDS hat sich dieser Ansatz den anderen gegenüber als überlegen erwiesen (Kenis 1992). Perrow und Guillén schreiben in diesem Zusammenhang: "... it is inconceivable that a serious social problem such as an epidemic could have any

---

<sup>4</sup> Datengrundlage nachfolgender Ausführungen ist das Projekt "Managing AIDS" (European Centre/WHO Collaborative Study) (siehe Kenis/Marin 1990).

other solution or mitigation than an organizational one [given the fact] that large organizations have, so to speak, absorbed so much of what we once thought of as society, since they shape our lives so pervasively from conception to death" (Perrow und Guillén 1990, S. 150).

Seit den frühen achtziger Jahren - nachdem die ersten AIDS-Fälle registriert wurden - konnte in den meisten Ländern beobachtet werden, daß Aktivitäten im Bereich HIV/AIDS sowohl von neugegründeten als auch von etablierten Gesundheits- und Wohlfahrtseinrichtungen entwickelt wurden. Dabei hat sich ein breites und differenziertes Spektrum von HIV/AIDS-spezifischen Aktivitäten herausgebildet. So wurde, um nur einige Beispiele zu nennen, die Verbreitung von aufklärender AIDS-Information organisiert. Es wurden Initiativen ins Leben gerufen, um gezielt intravenöse Drogenkonsumenten zu erreichen. Sogenannte "buddy programmes" wurden entwickelt, um AIDS-kranken Personen einen besonderen Freund bzw. Freundin zu vermitteln, der den Betroffenen oder die Betroffene emotional begleitet sowie Hilfestellung im täglichen Leben (Einkaufen oder Apothekenwege) leistet. "AIDS-hotlines" wurden eingerichtet, um die relevanten Informationen im Hinblick auf HIV/AIDS leicht zugänglich zu machen. Rechtshilfe wurde angeboten, um den Betroffenen zu staatlicher Unterstützung zu verhelfen oder sie gegen Diskriminierung zu schützen. Zur Erhöhung der Lebensqualität wurden für Betroffene gezielte Ernährungsprogramme entwickelt.

Im Jahr 1993 waren in sieben (kleinen) europäischen Ländern im Bereich HIV/AIDS mehr als 1200 Organisationen aktiv. Die Entwicklung und die Anzahl von Organisationen, die HIV/AIDS-Programme und -Aktivitäten bereitstellen, variiert jedoch stark zwischen den Ländern. Auf der einen Seite gibt es Länder wie z.B. Ungarn oder Portugal mit nur sehr wenigen Organisationen (sieben bzw. 16). Auf der anderen Seite dieses Kontinuums finden wir Länder wie die Schweiz oder die Niederlande mit jeweils über 300 bzw. 700 Organisationen. Zwischen diesen extremen Polen liegen Schweden, Österreich und Belgien mit einigen Dutzend Organisationen (siehe Tabelle 1).

Aus den Zahlen in Tabelle 1 geht hervor, daß zwischen der Anzahl der Organisationen im Bereich HIV/AIDS und den epidemiologischen Fallzahlen kein direkter Zusammenhang besteht. Dies wird durch beide Indikatoren der organisatorischen Dichte verdeutlicht: die Anzahl der Organisationen pro 100 AIDS-Fälle variiert zwischen 28 und 1; der Zusammenhang mit der Bevölkerungsgröße variiert zwischen 47 und 1, ist also ebenfalls nicht sehr stark.

Dies ist ein erstes eindrucksvolles Ergebnis: Wenn nicht die Ausbreitung der AIDS-Epidemie (also die AIDS-Fallzahlen) die Unterschiede in der organisatorischen Antwort erklären, wodurch können diese Unterschied dann erklärt werden? Das Angebot im Bereich HIV/AIDS in einem Land scheint erstens

**Tabelle 1: Die AIDS-Epidemie, die organisatorische Antwort und die organisatorische Dichte in sieben europäischen Ländern (1993)**

Land	Zahl der Organisationen	Zahl der AIDS-Fälle (kumulativ)	Zahl der Einwohner (Millionen)	OD I <sup>b</sup>	OD II <sup>c</sup>
Niederlande	711	2567	15.2	28	47
Schweiz	306	3240	6.8	9	45
Belgien <sup>a</sup>	50	1114	5.8	4	9
Österreich	104	921	7.9	11	13
Schweden	63	797	8.6	8	7
Portugal	16	1352	9.8	1	2
Ungarn	7	115	10.4	6	1

<sup>a</sup> Nur die Flämische Region wird hier berücksichtigt

<sup>b</sup> OD I (Organisatorische Dichte I): Organisationen/100 AIDS-Fälle

<sup>c</sup> OD II (Organisatorische Dichte II): Organisationen/Million Einwohner

Quellen:

- »Managing AIDS« (European Centre/WHO Collaborative Study)
- European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS
- Eurostat - Statistische Grundzahlen der Gemeinschaft 1993. Luxemburg

durch die von HIV/AIDS unabhängige organisatorische Dichte und zweitens durch das Ausmaß an politischer und administrativer Regulierungen im Hinblick auf HIV/AIDS beeinflusst zu sein.

Der angedeutete Zusammenhang zwischen organisatorischer Dichte und organisatorischer Antwort basiert auf der Annahme, daß Gesellschaften, die schon Erfahrung mit dem Einsatz von Organisationen zur Bewältigung von sozialen Problemen und Krisen haben, auch angesichts der Konfrontation mit einem neuartigen Problem leichter bestehende Organisationen mobilisieren oder neue Organisationen gründen werden<sup>5</sup>. Diese Annahme scheint auf die Niederlande und die Schweiz zuzutreffen, wo schon vor der HIV/AIDS-Krise ein hochentwickeltes

5 Stinchcombe (1965) hat — neben anderen Makro-Faktoren — auf diesen Zusammenhang zwischen organisatorischer Dichte und dem Ausmaß, in dem Gesellschaften Organisationen in Situationen politischer Krisen einsetzen, hingewiesen.

funktional und territorial differenziertes System von Gesundheits- und Wohlfahrtsorganisationen bestand. Gleichzeitig scheint das niedrige Ausmaß an organisatorischer Antwort in Portugal und Ungarn mit der vergleichsweise niedrig entwickelten organisatorischen Struktur in diesen Ländern zusammenzuhängen.

Darüber hinaus scheint auch ein Zusammenhang zwischen der *regulativen* Antwort in einem Land und der organisatorischen Antwort zu bestehen. Jene Länder, die vieles meistens zwingend, reguliert haben, zeigen tendenziell eine geringere Entwicklung der organisatorischen Antwort im Bereich HIV/AIDS. In Ländern, die weniger regulativ eingreifen oder dies in einer liberalen Form tun, läßt sich hingegen eine zunächst quantitativ bedeutendere organisatorische Antwort feststellen (vgl. de Vroom 1992; WHO 1988, 1990; Hendriks 1991).

In Tabelle 2 werden einige Informationen hinsichtlich der Regulierung von HIV/AIDS zusammengefaßt. Dies betrifft selbstverständlich nur einen kleinen Ausschnitt des regulativen Geschehens. Es zeigt aber deutlich, daß Länder mit einem höheren Ausmaß an organisatorischer Antwort tatsächlich tendenziell auch weniger oder in einer liberaleren Form regulieren.



**Tabelle 2: Formen der regulativen Antwort in sieben europäischen Ländern**

Land	Präventionsstil	Meldepflicht für HIV und AIDS	Screening und Tests	Isolation und/oder Ausgrenzung	Allgemeiner Regulierungsstil
Niederlande	nicht moralisierend	keine	freiwillig	keine	Wenig Regulierung nur von oben; Eigenverantwortung HIV/AIDS als gemeinsame Verantwortungs
Schweiz	wenig moralisierend	HIV und AIDS	freiwillig	keine	Zwischenposition - aber eher wie die Niederlande
Belgien	wenig moralisierend	keine	Zwang für Asylsuchende	Asylsuchende	Zwischenposition
Österreich	indirekt moralisierend	AIDS	Zwang für Prostituierte	Prostituierte die HIV positiv sind	Zwischenposition aber eher wie Schweden
Schweden	indirekt moralisierend	HIV und AIDS	Zwang für jeden, der vermutet oder verdächtigt wird, infiziert zu sein; bei Vergewaltigung	Personen mit HIV bzw. AIDS	Viel Regulierung von oben durch staatliche Akteure; 'rationale' Auseinandersetzungen; starke Integration in bestehenden Wohlfahrtsstaat
Portugal		freiwillig für HIV und AIDS	Zwang für Gefängnisinsassen	Gefängnisinsassen	Einige punktuelle Regulierungen durch den Staat; schwach entwickelte Wohlfahrtsstruktur
Ungarn		AIDS	Zwang für Immigranten	Gefängnisinsassen und Immigranten	Einige strikte, zwingende Regulierungen durch den Staat; keine entwickelte Wohlfahrtsstruktur

Quellen:

- »Managing AIDS« (European Centre/WHO Collaborative Study)
- Cattacin und Panchaud (1994)
- WHO, Health legislation and Ethics in the Field of AIDS and HIV Infection, 1988
- Hendriks (1991)

### III. Aspekte der organisatorischen Antwort

Es gibt verschiedene Möglichkeiten organisatorische Strukturen zu analysieren. Innerhalb der Organisationssoziologie können zwei vorherrschende Analysemodelle unterschieden werden: *Systemorientierte* versus *gruppenorientierte* Modelle (siehe Lammers 1987). Diese werden in der Organisationsforschung vor allem eingesetzt, um intra-organisatorische Phänomene zu erklären. Für die vorliegende Fragestellung erscheint es allerdings sinnvoll, diese Unterscheidung auch auf einer analytisch höheren Ebene — nämlich der Populationen von Organisationen — einzuführen. Aus einer *Systemperspektive* betrachtet kann der organisierte Wohlfahrtssektor, zumindest so wie er sich in den meisten westeuropäischen Ländern in den letzten Jahrzehnten entwickelt hat, wie folgt beschrieben werden: ein Komplex öffentlicher wie auch gemeinnütziger Organisationen, der aufgabenspezifisch und professionell funktional differenziert sowie vertikal und/oder horizontal integriert ist und der von einem Policy-Zentrum koordiniert wird. In einer solchen Systemperspektive werden Organisationen vor allem nach ihrer Bedeutung innerhalb des globalen Systems beurteilt und danach, wie sie diese erfüllen. Nun ist es aber auch denkbar, daß man den Wohlfahrtsektor aus einer *Gruppenperspektive* betrachtet. Hierbei richtet sich das Interesse vor allem auf die einzelne Organisation. Nicht das globale organisatorische System ist der wichtigste Anhaltspunkt, sondern die Frage nach einzelnen Organisationen und ihrer Bedeutung für ein bestimmtes Problem oder einer bestimmten sozialen Gruppe.

Diese beiden Perspektiven passen nun auch zu unterschiedlichen Policy-Ansätzen im Hinblick auf den Umgang mit HIV/AIDS. Dabei ist es erstens denkbar, daß konkrete Wohlfahrtspolitiken im Umgang mit einem neuen Problem aus den bestehenden institutionellen und organisatorischen Strukturen heraus reagieren: es wäre möglich, neue Probleme, neue Aufgaben und neue Organisationen in die bestehenden institutionellen Strukturen zu integrieren. Im Fall von HIV/AIDS würde das eine Differenzierung und Integration des Problems in bestehende — und möglicherweise neue — Organisationen des vorhandenen institutionellen Gesundheits- und Pflegesystems bedeuten. Zweitens ist es aber auch denkbar, daß in der konkreten Welt der betroffenen sozialen Gruppen vor allem eine problem- und/oder gruppen-orientierte Perspektive vorherrscht. Diese könnten zur Entstehung von Organisationen führen, die sich ausschließlich mit dem Problem beschäftigen und/oder mit denen sich diese bestimmten Gruppen identifizieren können. Im Fall von HIV/AIDS hieße das, daß "exklusive Organisationen" entstehen und/oder Basisorganisationen oder organisierte Betroffenengruppen aktiv werden.

Beide Perspektiven können auch als Ansatz "von oben" und Ansatz "von unten" charakterisiert werden<sup>6</sup>. Mit einer organisatorischen Antwort "von oben" sind öffentliche Organisationen und professionelle Gesundheits- und Wohlfahrtsorganisationen gemeint. Das Konzept der organisatorische Antwort "von-unten" umfaßt Basisorganisationen, organisierte Betroffenengruppen und Betriebe. Indem wir ein solches Konzept der Organisationstypen einführen und zu den üblicherweise diskutierten Regulierungsformen in Beziehung setzen, ergeben sich verschiedene Optionen des "Umgangs mit der HIV/AIDS-Epidemie" (siehe Tabelle 3).

**Tabelle 3: Typ der Organisatorischen Antwort, Organisationstypus und Regulierungsform**

Typ der Organisatorischen Antwort	Organisationstypus	Regulierungsform
»von oben«	Öffentliche Organisationen; Professionelle Gesundheits- und Wohlfahrtsorganisationen	Hierarchie Organisierte Expertise
»von unten«	Basisorganisationen; Organisierte Betroffenengruppen; Betriebe	Altruismus; Solidarität; Betroffenheit; Rationale Entscheidungen der Konsumenten

Wird im Umgang mit der HIV/AIDS-Epidemie vor allem auf staatliche Organisationen als Interventionsträger gesetzt, so geht man generell davon aus, daß vor allem institutionelle und hierarchische Ansätze sowie gelegentlich auch Zwangsmaßnahmen geeignete Strategien zur Lösung des Problems sind. Zu dem Ansatz "von unten" zählen Marktorganisationen oder Betriebe. Sie sind kongruent mit der Logik der freien und rationalen (Kosten/Nutzen-) Entscheidungen. Die drei übrigen Organisationstypen — Basisorganisationen, organisierte Betroffenengruppen und professionelle Wohlfahrtsorganisationen — befinden sich sozusagen zwischen den beiden Extrempolen Hierarchie und freier Markt. Die Interventionsrationalität bei den Basisorganisationen und den organisierten Betroffenengruppen beruht an erster Stelle auf Altruismus, Solidarität und

<sup>6</sup> Lammers 1993; Siehe auch den Aufsatz von Guy Peters (1993), in welchem er zwischen *Steuerung "von unten"* und *Steuerung "von oben"* unterscheidet und systematisch die empirischen Merkmale beider Policy-Modelle, deren theoretische Grundlage sowie deren normative Implikationen erörtert.

persönlicher Betroffenheit. Die professionelle Organisation hingegen ist der dominante Organisationstypus in modernen, komplexen Gesellschaften und legitimiert sich an erster Stelle über organisierte Expertise. Die Lösungen für bestimmte Probleme liegen hier in den Händen von spezialisierten Professionals. In verschiedenen Sektoren moderner Gesellschaften haben sich komplexe Technostrukturen entwickelt, in denen Technologie- und Managementexperten relativ autonome Positionen im Mittelfeld zwischen Individuum und Staat besetzen. Obgleich diese Experten keine formal politische Position innehaben, sind ihr Wissen und ihre Information "a key resource in the governance of modern society" (Fischer 1990, S. 28). Dieser organisierte Sektor moderner Gesellschaften wird als "technocorporatism" (Fischer) oder im Fall der Sozialpolitik als "welfare coporatism" umschrieben (Williamson 1989, S. 168; siehe auch Heinze und Olk 1981).

Eine weitere Unterscheidung, die hier getroffen werden kann, und die in den meisten Fällen mit der "von oben"/"von unten" - Unterscheidung zusammenfällt, ist die zwischen "inkluisiven" und "exklusiven" Organisationen. Exklusive Organisationen sind solche, die sich ausschließlich mit HIV/AIDS beschäftigen. Diese Organisationen wurden in fast allen Fällen neu und speziell als Antwort auf spezifische Probleme im Hinblick auf HIV/AIDS gegründet<sup>7</sup>. Inklusive Organisationen andererseits haben eine breitere Problemorientierung. In inklusiven Organisationen werden Aktivitäten im Bereich HIV/AIDS als eine neue Aufgabe gesehen, jedoch als Zusatz zu schon bestehenden Aktivitäten. Daher bestanden die meisten inklusiven Organisationen auch schon vor dem Einsetzen der HIV/AIDS-Epidemie.

Wenn die organisatorische Antwort auf HIV/AIDS die bestehende organisatorische Dichte und die üblichen Interventionsstrukturen im Sozial- und Gesundheitsbereich widerspiegeln würde, wäre in den meisten europäischen Staaten eine "traditionelle" wohlfahrtsstaatliche Antwort zu erwarten. In diesem Falle würde sie auf einer Organisationsstruktur aufbauen, die von inklusiven Organisationen und Antworten, die an erster Stelle "von oben" kommen, geprägt ist. Zieht man jedoch die Besonderheiten der HIV/AIDS-Epidemie heran<sup>8</sup>,

7 Es gibt einige wenige Fälle von Organisationen, die es zwar schon vor dem Auftreten von HIV/AIDS gegeben hat, die sich aber an einem bestimmten Zeitpunkt entschlossen haben, sich fortan ausschließlich mit der HIV/AIDS-Problematik zu beschäftigen.

8 Zu diesen Besonderheiten gehören unter anderem:  
 — HIV/AIDS ist mit Stigmatisierung und komplexen psychosozialen Problemen verbunden;  
 — es fehlt derzeit eine wirkungsvolle Behandlung oder eine Impfung;  
 — HIV/AIDS wird häufig als selbstverschuldet gesehen; als Folge gesellschaftlich nicht akzeptierten, risikoreichen Verhaltens von Menschen;  
 — HIV/AIDS manifestiert sich in Europa am stärksten in gesellschaftlichen Randgruppen — insbesondere unter Homosexuellen, intravenösen Drogenkonsumenten, Prostituierten und ethnischen Minderheiten;

erscheint auch eine alternative Hypothese plausibel: Will man den spezifischen Charakteristika der Krankheit und den besonderen Bedürfnissen der betroffenen Gruppen gerecht werden, so erscheint ein anderer Ansatz erfolgversprechender (siehe Kenis 1992). So gesehen müßte man eine umgekehrte Antwort, welche vor allem auf exklusive Organisationen und Organisationen "von unten" aufbaut, erwarten.

Auf Basis dieser Ausführungen erscheinen nun folgende Fragen bezüglich der organisatorischen Antwort auf HIV/AIDS relevant. Erstens, hat sich die organisatorische Antwort auf HIV/AIDS tatsächlich anders als nach dem sogenannten klassischen wohlfahrtsstaatlichen Ansatz entwickelt, das heißt, haben sich andere Organisationen (exklusive Organisationen und Organisationen "von unten") neben den aufgabenorientierten, professionalisierten, inklusiven Organisationen herausgebildet? Falls sich in den bestehenden Strukturen tatsächlich eine solche organisatorische Antwort entwickelt hat, erscheint zweitens die Frage nach der Kooperation relevant: Kennzeichnet diese sich als konfliktrüchsig oder als komplementär? Im nächsten Teil werden wir uns mit der ersten, im nachfolgenden Teil mit der zweiten Frage beschäftigen.

#### **IV. Ländervergleichende Ergebnisse zum Typ der organisatorischen Antwort**

##### *1. Exklusive und inklusive Organisationen*

Hier wird nun zunächst die Frage behandelt, ob das HIV/AIDS-Problem in die bestehenden organisatorischen Strukturen des Gesundheits- und Sozialsektors integriert wurde oder ob HIV/AIDS zur Entwicklung "problemspezifischer" Organisationen geführt hat, also sogenannter exklusiver Organisationen. In Tabelle 4 wird die organisatorische Antwort in sieben europäischen Ländern hinsichtlich der Einwicklung einer exklusiven beziehungsweise inklusiven organisatorischen Antwort verglichen.

---

— HIV/AIDS macht der Öffentlichkeit angst und wird aus der Perspektive eines neuen Konservatismus mit idealisierten Verhaltensmaximen betrachtet, d.h. "wie sich Menschen zu verhalten haben";

— HIV/AIDS interagiert mit anderen sozialen Problemen und verschärft diese: die Krise der Gesundheitssysteme, intravenöser Drogengebrauch, Obdachlosigkeit, die Verbreitung anderer sexuell übertragbarer Krankheiten, usw.

**Tabelle 4: HIV/AIDS und die organisatorische Antwort in sieben europäischen Ländern (1993)**

Länder	inklusive Organisationen		exklusive Organisationen		insgesamt	
	N	%	N	%	N	%
Niederlande	623	88	88	12	711	100
Schweiz	239	78	67	22	306	100
Belgien <sup>a</sup>	35	70	15	30	50	100
Österreich	83	80	21	20	104	100
Schweden	45	71	18	29	63	100
Portugal	15	94	1	6	16	100
Ungarn	2	29	5	71	7	100
insgesamt	1042	83	215	17	1257	100

<sup>a</sup> Nur die Flämische Region wird hier berücksichtigt

Quelle: - »Managing AIDS« (European Centre/WHO Collaborative Study)

Wie aus der Tabelle hervorgeht, unterscheiden sich die Länder sowohl in den absoluten wie auch den relativen Häufigkeiten beider Organisationsformen. Mit Ausnahme von Ungarn überwiegen in allen Ländern die inklusiven Organisationen. Allerdings ist die Zahl der exklusiven Organisationen in einigen Ländern bemerkenswert hoch. Ein interessanter Zusammenhang scheint zwischen der Anzahl der inklusiven Organisationen und dem Entstehen von exklusiven Organisationen zu bestehen: eine *hohe Anzahl* an inklusiven Organisationen korrespondiert mit einer *hohen Anzahl* an exklusiven Organisationen. Dies bestätigt die These, daß nicht so sehr die Unfähigkeit bestimmter Organisationen zu einer adäquaten Reaktion auf das Problem HIV/AIDS für das Entstehen neuer Organisationen eine Rolle spielt, sondern das eher das Ausmaß an genereller organisatorischer Dichte in einem Land dafür den Ausschlag gibt.

## 2. Wohlfahrtsstaat, Nonprofit Sektor und Markt

In Tabelle 5 wird die Verteilung der organisatorischen Antwort in den verschiedenen Ländern nach den drei organisierten Gesellschaftsbereichen Staat, Vereine und gewinnorientierte Unternehmen dargestellt. Als wesentlicher Indikator dafür diente der rechtliche Status einer Organisation.

**Tabelle 5: HIV/AIDS und die organisatorische Antwort in sieben europäischen Ländern nach dem rechtlichen Status der Organisation (1993)**

Land	staatliche Organisation		Vereine		gewinnorientierte Unternehmen		insgesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Niederlande	168	24	526	75	3	1	697*	100
Schweiz	153	50	141	46	12	4	306	100
Belgien <sup>a</sup>	6	12	42	84	2	4	50	100
Österreich	41	39	60	58	3	3	104	100
Schweden	18	31	41	69	0	0	59**	100
Portugal	8	50	7	44	1	6	16	100
Ungarn	3	43	4	57	0	0	7	100
insgesamt							1239	100

<sup>a</sup> Nur die Flämische Region wird hier berücksichtigt

\* 14 Organisationen konnten nicht klassifiziert werden

\*\* 4 Organisationen konnten nicht klassifiziert werden

Quelle: - »Managing AIDS« (European Centre/WHO Collaborative Study)

Auch aus dieser Tabelle lassen sich einige interessante Schlußfolgerungen ziehen: Zunächst spielen die gewinnorientierten Unternehmen eine sehr kleine Rolle. Nur die Schweiz stellt hier in gewisser Weise eine Ausnahme dar, da hier zwölf gewinnorientierte Organisationen (4%) gefunden wurden. Dabei handelt es sich meist um private Krankenhäuser und pharmazeutische Unternehmen. In einigen seltenen Fällen hat die Epidemie jedoch neue gewinnorientierte

Unternehmertätigkeiten stimuliert wie z.B. im Fall von Beratungsfirmen bzw. Blutbanken (hier vor allem im Bereich der Eigenblutvorsorge).

Im Hinblick auf den relativen Anteil der staatlichen Organisationen an der organisatorischen Antwort können die Länder in drei Gruppen unterteilt werden. Erstens Länder mit einem hohen Anteil staatlicher Organisationen (zwischen 43 und 50%): Portugal, die Schweiz und Ungarn. Zweitens Länder mit einem relativ niedrigen Anteil staatlicher Organisationen wie die Niederlande und Belgien (24 bzw. 12%). Schweden und Österreich nehmen hier — gewissermaßen als dritte Kategorie — mit einem Anteil von 31% bzw. 39% staatlicher Organisationen eine Zwischenposition ein. Setzen wir nun diese Daten mit dem Ausmaß an regulativer Kontrolle in Beziehung (siehe Tabelle 2), so ergibt sich ein eindeutiger Zusammenhang. In Ländern mit einer relativ starken Betonung regulativer Initiativen, etwa in Richtung Zwangsmaßnahmen und Ausgrenzung bestimmter gesellschaftlicher Gruppen (wie z.B. Registrierung von Menschen mit AIDS, Zwangsmaßnahmen im Hinblick auf das Verhalten von Menschen mit HIV/AIDS, Zwangstestung, Einreise-, bzw. Einwanderungsverbot von HIV-positiven Menschen, etc.) läßt sich auch allgemein eine höhere relative Anzahl staatlicher Organisationen im Bereich HIV/AIDS feststellen.

### *3. Professionelle Wohlfahrtsorganisationen und Betroffenen- bzw. Basisorganisationen*

Eine Analyse zum relativen Anteil der Vereine wird aussagekräftiger, wenn für die obige Tabelle — wie nachfolgend — die Unterscheidung der Organisationen nach dem oben eingeführten Modell "von oben" versus "von unten" berücksichtigt wird.

Abgesehen davon, daß der Nonprofit Sektor — mit den Ausnahmen Ungarn und Schweden — von professionellen Gesundheits- und Wohlfahrtsorganisationen dominiert wird, kann gleichzeitig in einer Reihe von Ländern eine hohe Beteiligung von Basisorganisationen und organisierten Betroffenenengruppen festgestellt werden. In Ungarn und Portugal sind diese im Politikfeld HIV/AIDS eher selten aktiv, in der Schweiz und den Niederlanden ist die Zahl dieser Organisationen jedoch bemerkenswert hoch. Österreich und Schweden belegen hier wiederum eine Zwischenposition.

Aus den Tabellen 6 und 7 können einige vorläufige Schlußfolgerungen abgeleitet werden. Auf den ersten Blick fällt auf, daß Länder mit einer hohen Anzahl an Basisorganisationen eine relativ niedrige Anzahl organisierter Betroffenenengruppen haben (wie z.B. die Niederlande). Dieser Umstand kann dadurch erklärt werden, daß die Hauptbetroffenengruppen — vor allem homosexuelle Personen, aber auch in geringerem Ausmaß Drogenkonsumenten —



schon organisiert waren bevor HIV/AIDS bekannt wurde. Diese Organisationen haben ihr Aktivitätsspektrum oft um die spezifischen HIV/AIDS-Aktivitäten erweitert. In anderen Ländern hingegen kann man genau die umgekehrte Entwicklung feststellen: die HIV/AIDS-Epidemie hat kollektives Handeln angeregt, welches in manchen Fällen zur Gründung formaler Organisationen innerhalb der Hauptbetroffenengruppen geführt hat.

**Tabelle 6: HIV/AIDS und die organisatorische Antwort  
»von oben« bzw. »von unten« in sechs  
europäischen Ländern (1993)**

Organisationstyp	Nieder- lande	Schweiz	Öster- reich	Schweden	Portugal	Ungarn	insge- samt
<b>»von oben«</b>	<b>478</b>	<b>246</b>	<b>78</b>	<b>29</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>847</b>
staatliche organisation	168	153	41	18	8	3	391
professionelle Wohlfahrts- organisation	310	93	37	11	4	1	456
<b>»von unten«</b>	<b>212</b>	<b>50</b>	<b>26</b>	<b>28</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>322</b>
Basisorganisation	191	27	17	23	1	1	260
organisierte Betroffenengruppe	18	11	6	5	2	1	43
gewinnorientiertes Unternehmen	3	12	3	0	1	0	19
<b>insgesamt</b>	<b>690*</b>	<b>296**</b>	<b>104</b>	<b>57***</b>	<b>16</b>	<b>6****</b>	<b>1169</b>

\* 21 Organisationen konnten nicht klassifiziert werden

\*\* 10 Organisationen konnten nicht klassifiziert werden

\*\*\* 6 Organisationen konnten nicht klassifiziert werden

\*\*\*\* 1 Organisation konnte nicht klassifiziert werden

Quelle: - »Managing AIDS« (European Centre/WHO Collaborative Study)

In Tabelle 7 werden die Basisorganisationen und die Betroffenenorganisationen der jeweiligen Länder nach Basisgruppe bzw. Betroffenengruppe, die sie repräsentieren, dargestellt.

Der relativ starke Anteil der Organisationen, die innerhalb der Homosexuellenbewegung oder aus ihr heraus entstanden sind (d.h. Organisationen von homosexuellen Personen wie auch Organisationen von

**Tabelle 7: Nationale Muster der Basisorganisationen und Betroffenengruppen des Dritten Sektors in sechs europäischen Ländern (1993)**

	Nieder- lande	Schweiz	Öster- reich	Schwede n	Portuga l	Ungarn	insge- samt
<b>Basisorganisationen</b>	191	27	17	23	1	1	260
Homosexuelle	37	7	9	3		1	57
IV-Drogenbenützer	4	4	2				10
Hämophile	2	1	1	2	1		7
Frauen	1						1
Prostituierte	1	2					3
Migranten	1			8			9
Eltern	2			1			3
Glaubensgemeinschaft	7	7					14
Karitative Gemein- schaftsorganisationen (Rotes Kreuz, etc.)	67			5			72
andere	69	6	5	4			84
<b>organisierte</b>	18	11	6	5	2	1	43
<b>Betroffenengruppen</b>							
Menschen mit HIV/AIDS	9	8	4	4	2	1	28
Homosexuelle	1	1					2
Frauen	1	1					2
IV-Drogenbenützer				1			1
Buddies	7		1				8
andere		1	1				2
<b>insgesamt</b>	<b>209</b>	<b>38</b>	<b>23</b>	<b>28</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>307</b>

Quelle: - »Managing AIDS« (European Centre/WHO Collaborative Study)

Menschen mit HIV/AIDS im Kontext homosexueller Basisgruppierungen) hat sicherlich mit den Besonderheiten der HIV/AIDS-Epidemie zu tun. Andererseits kann nicht nur das relativ hohe HIV-Übertragungsrisiko für Mitglieder dieser sozialen Gruppen das hier gefundene hohe Ausmaß an organisatorischen Antworten erklären. Denn auch Menschen, die an Hämophilie erkrankt sind, waren in den ersten Jahren der HIV/AIDS-Epidemie einem besonders hohen Infektionsrisiko ausgesetzt, dennoch kam es hier kaum zu einer nennenswerten organisatorischen Antwort. Es bedarf also zusätzlicher Erklärungsfaktoren, die die

Frage beantworten können, warum in einer sozialen Gruppe eher Organisationen entstehen als in einer anderen Gruppe. Solche zusätzlichen Erklärungen sind sowohl in der Größe der Betroffenengruppe als auch im Ausmaß der zwischen den Gruppenmitgliedern stattfindenden sozialen Interaktionen zu finden.

Aus soziologischer Sicht ist die Größe einer Gruppe ein wichtiger Faktor in der Erklärung kollektiver Handlungen (also in unserem Fall der organisatorischen Antworten). Die gängigen Theorien zu diesem Thema besagen, daß große ("latente") Gruppen bei dem Versuch, sich zu organisieren, auf mehr Schwierigkeiten stoßen als kleine ("privilegierte") Gruppen (vgl. Olson 1965; Dunleavy 1988). Die geschätzte Größe der im Fall von HIV/AIDS verschiedenen Betroffenengruppen variiert zwischen sehr großen ("latenten") Gruppen (z.B. alle heterosexuellen Männer und Frauen in der Altersgruppe zwischen 20 und 45 Jahren) und kleinen ("privilegierten") Gruppen (wie z.B. Menschen, die an Hämophilie erkrankt sind).

Der Faktor "soziale Kohäsion" bezeichnet das Ausmaß, in dem soziale Beziehungen zwischen den Gruppenmitglieder bestehen. Diese Variable ist sowohl bezüglich der epidemiologischen wie auch der soziologischen Aspekte der HIV/AIDS Epidemie relevant. Aus epidemiologischer Sicht wird allgemein angenommen, daß je größer die soziale Nähe in einer Betroffenengruppe ist, die Wahrscheinlichkeit, daß es zu Übertragungen des HIV-Virus in dieser Gruppe kommt, umso höher wird. Aus soziologischer Sicht hingegen müßte man jedoch genau die umgekehrte These aufstellen: ein hohes Ausmaß an sozialer Kohäsion muß als eine wichtige Voraussetzung für kollektives und organisiertes Handeln verstanden werden. Dieses ist wiederum eine Bedingung, um z.B. geeignete Präventionsmaßnahmen entwickeln zu können. So gesehen entsteht im Zusammenhang mit der sozialen Kohäsion eine paradoxe Situation: je höher das Ausmaß an sozialer Kohäsion ist, desto größer ist das Risiko einer HIV-Übertragung, aber gleichzeitig sind die Voraussetzungen für kollektives oder organisatorisches Handeln besser, um gemeinsam die weitere Verbreitung zu kontrollieren.

Drei Aspekte von sozialer Kohäsion erscheinen in diesem Zusammenhang wichtig: Soziale Kohäsion ist erstens ein Indikator für die Regelmäßigkeit des sozialen Kontaktes, den einzelne Mitglieder bestimmter Gruppen zueinander unterhalten. Dies hängt etwa damit zusammen, ob sich Mitglieder von Betroffenengruppen geographisch in einer bestimmten Stadt oder einer bestimmten Region konzentrieren oder ob sie über das ganze Land verstreut leben. Nach diesem Kriterium variiert die soziale Kohäsion der Betroffenengruppen in den meisten Ländern zwischen zwei Extremen. Homosexuelle und Drogenkonsumenten wohnen vor allem in Großstädten (Amsterdam, Zürich, Wien, etc.), während Angehörige anderer Gruppen oft über das ganze Land verstreut leben. Das Ausmaß an sozialer Kohäsion ist zweitens auch davon

abhängig, ob Individuen einer Gruppe *face-to-face* Kontakte unterhalten. Bestimmte Infrastrukturbedingungen ermöglichen solche primären sozialen Kontakte. Auch in dieser Hinsicht unterscheiden sich Betroffenengruppen voneinander. Für homosexuelle Menschen gibt es in bestimmten geographischen Zentren (v.a. in den Großstädten) meistens eine gut ausgebaute Infrastruktur von Bars, Treffpunkten, etc. Für Drogenkonsumenten hingegen ist die Situation anders. Obwohl "Drogenszenen" oft spontan entstehen, werden diese als Treffpunkte meistens nicht toleriert und eher formelle Einrichtungen wie *shooting galleries* sind sehr selten zu finden. Drittens hängt der Grad an sozialer Kohäsion aber auch mit einer gemeinsamen Kultur, gemeinsamen Werte und gemeinsam geteilten Weltbildern einer bestimmten sozialen Gruppe zusammen. Auch diesbezüglich bestehen zwischen und auch innerhalb der Betroffenengruppen große Unterschiede. So gibt es innerhalb der Gruppe von harten Drogenkonsumenten und Prostituierten verschiedene, mehr oder weniger isolierte Gruppen mit bestimmten kulturellen Gemeinsamkeiten.

#### V. Eine neue "Arbeitsteilung" im Wohlfahrtsstaat?

Aus den hier präsentierten Forschungsergebnissen geht hervor, daß sich ein breites Spektrum im Ausmaß und der Richtung von sowohl der organisatorischen wie auch der institutionellen Antwort auf die HIV/AIDS Epidemie feststellen läßt, das sich über die verschiedenen europäischen Länder unterschiedlich verteilt. In manchen Ländern konzentriert sich die institutionelle Antwort vorrangig auf staatlich regulative Interventionen und Zwangsmaßnahmen, wogegen das institutionelle Arrangement in anderen Ländern eher auf einer organisatorischen Antwort basiert.

Die hier untersuchten Länder können nach dem Ausmaß der organisatorischen Antwort auf HIV/AIDS in drei Gruppen gegliedert werden. Die erste Gruppe umfaßt Länder mit einem hohen Niveau an organisatorischer Kapazität (die Niederlande und die Schweiz). Mehrere hundert Organisationen haben in diesen Ländern auf die Herausforderung HIV/AIDS reagiert. Die organisatorische Antwort in der Schweiz ist dabei vorrangig aus staatlichen Organisationen und professionellen Wohlfahrtsorganisationen zusammengesetzt, im institutionellen Bereich lassen sich auch Zwangsmaßnahmen feststellen. In den Niederlanden ist das dominante Merkmal der organisatorischen Antwort eine Mischung aus professionellen Wohlfahrtsorganisationen und Basisorganisationen, während der institutionelle Bereich durch eine vorrangig liberale regulative Antwort charakterisiert ist. Daneben gibt es eine zweite Gruppe von Ländern wie Ungarn und Portugal, die sich durch ein sehr niedriges Ausmaß an organisatorischer Antwort kennzeichnen lassen. Die niedrige Anzahl an Organisationen, die im

Bereich HIV/AIDS in Ungarn tätig werden, reflektiert wahrscheinlich die oft diskutierte Auflösung des Organisationspotentials auf der Gemeinschaftsebene in früheren kommunistischen Ländern. Das niedrige Ausmaß an organisatorischer Antwort wird hier auf der institutionellen Ebene offensichtlich durch ein relativ hohes Ausmaß an regulativen Initiativen "kompensiert". Die dritte Gruppe von Ländern schließlich, zu denen Schweden und Österreich gehören, wird durch eine Mittelposition gekennzeichnet. Der Unterschied dieser beiden entwickelten Wohlfahrtsstaaten zur ersten Gruppe hat nicht so sehr mit der niedrigeren organisatorischen Kapazität an sich zu tun sondern resultiert eher aus einer gleichzeitig schwachen horizontalen Differenzierung und eine relativ starken vertikalen Integration in Schweden und Österreich. In den Niederlanden und in der Schweiz dagegen ist die organisatorische Struktur des Wohlfahrtsstaat vor allem horizontal und territorial differenziert ausgerichtet. Die festgestellte Varianz in der institutionellen wie auch der organisatorischen Antwort auf die HIV/AIDS-Epidemie in den sieben untersuchten Ländern bestätigt jedenfalls die allgemeine These von Rosenberg, die besagt, daß "just as playwright chooses a theme and manages plot development, so a particular society constructs its characteristic response to an epidemic" (Rosenberg 1989 S. 2). Fassen wir dies nun zusammen, so können wir auf einer Makro-Ebene diese Unterschiede vor allem durch folgende Faktoren erklären: (1) die allgemein bestehende organisatorische Dichte (welche die organisatorische Kapazität einer Gesellschaft reflektiert); (2) das Ausmaß und die Richtung der institutionellen Antwort auf HIV/AIDS, und (3) die Struktur des bestehenden Wohlfahrtssystem in einem Land.

Basierend auf diesen Erkenntnissen können nun drei Policy-Stile bezüglich des Umgangs mit HIV/AIDS unterschieden werden. Erstens, der *administrative Ansatz*, und zweitens das *Modell des Wohlfahrtskorporatismus*, welche beide als Ansätze "von oben" zu verstehen sind. Davon zu unterscheiden ist drittens der Ansatz "von unten", der an erster Stelle von der Gemeinschaft und vom Markt ausgeht.

Im administrativen Ansatz liegt der Schwerpunkt vorrangig auf regulativen Maßnahmen und Zwangsmaßnahmen. Die Regulierungs- oder Steuerungsform ist die einer *hierarchischen Steuerung*. Wie die hier präsentierten Daten zeigen, korreliert ein niedriges Ausmaß an organisatorischer Antwort mit einer starken Betonung von Zwangsinterventionen (wie im Fall von Ungarn und Portugal).

Wohlfahrtskorporatismus kennzeichnet sich durch die zentrale Stellung professionalisierter Gesundheits- und Wohlfahrtsorganisationen, welche im politisch-administrativen System institutionalisiert sind. Der dominante Regulierungsmodus könnte hier als *organisierte Expertise* bezeichnet werden. Die Antwort für Probleme liegt in diesem Fall in den Händen spezialisierter Professionals. Mit der Ausnahme von Ungarn und Portugal gibt es in den

verschiedenen untersuchten Ländern ein entwickeltes System des Wohlfahrtskorporatismus. In diesen fünf Ländern lassen sich allerdings zwei unterschiedliche Typen des Wohlfahrtskorporatismus beschreiben: einerseits ein staatsorientierter Wohlfahrtskorporatismus wie z.B. in Österreich und andererseits ein Meso-Wohlfahrtskorporatismus wie in den Niederlanden und der Schweiz.

Die AIDS-Epidemie hat einerseits, allerdings in den verschiedenen Ländern in unterschiedlichem Ausmaß, die schon vorhandenen organisatorischen und/oder regulativen Kapazitäten mobilisiert, andererseits hat diese aber auch, und wiederum in unterschiedlichem Ausmaß, zum Entstehen neuer organisatorischer Initiativen geführt: es handelt sich hierbei vorrangig um *gruppen- und/oder problemorientierte Organisationen* die hier als *Antwort von unten* zusammengefaßt werden.

Bestimmte Tatsachen haben in diesem Bereich neue Konzepte und Ansätze entstehen lassen. Dazu zählen z.B. die Beständigkeit des Problems, die Notwendigkeit der Verhaltensänderung, die Beschränkungen der professionellen Expertise, das Faktum, daß sich risikoreiches Verhalten vor allem in relativ geschlossenen sozialen Gruppen und darüber hinaus im intimen Bereich abspielt sowie die daraus resultierenden Schwierigkeiten für die Eingriffsmöglichkeiten und Einflußnahme des modernen Staates. Diese Faktoren dürften die verhältnismäßig wichtige Zunahme von Basisorganisationen, organisierten Betroffenengruppen und exklusiven HIV/AIDS-Organisationen in den meisten Ländern im letzten Jahrzehnt erklären. Die Zunahme der Basisorganisationen scheint darüber hinaus die These zu bestätigen, daß diese nicht einfach als prä-moderne oder prä-industrielle Organisationsformen abgetan werden können. Gerade im Zusammenhang mit der HIV/AIDS-Epidemie wird deutlich, daß das Politikfeld AIDS nicht nur von den traditionellen Basisorganisationen (wie z.B. vom Roten Kreuz oder von Glaubensgemeinschaften, usw.), sondern darüber hinaus wesentlich von einer ganzen Reihe moderner Basisorganisationen und Betroffenenorganisationen gestaltet wird: Organisationen von Homosexuellen, HIV-Drogenkonsumenten, Hämophilie-Patienten, um hier nur einige zu nennen. Die Zunahme dieser Organisationen deutet nicht nur auf die noch immer bestehenden organisatorischen Kapazitäten solcher sogenannter "traditioneller" Bereiche moderner Wohlfahrtsstaaten, sondern auch auf die Wichtigkeit funktionaler institutioneller Arrangements als Antwort auf eine neue Krankheit hin. Im Fall von HIV/AIDS erweisen sich organisierte Betroffenengruppen als wichtige intermediäre Instanz für eine effektive Präventionspolitik, die nicht nur Information wirkungsvoller verteilen kann sondern darüber hinaus auch in der Lage ist, "Risikoerfahrung" zu vermitteln. Solche Organisationen können zur Entwicklung einer Solidaritätskultur beitragen, welche dann wiederum die gegenseitige Verantwortung zwischen infizierten Personen und nicht-infizierten Personen unterstützen kann. Eine solche Solidarität kann darüber hinaus eine

Entwicklung von Gruppenaktivitäten befördern, die weit über das bloße Regulieren von Verhalten hinausgehen.

Im allgemeinen kann man feststellen, daß die HIV/AIDS-Epidemie einen alternativen Ansatz zur Lösung von Gesundheits- und Wohlfahrtsproblemen hervorgebracht hat. Neben einem aufgabendifferenzierten Modell hat die HIV/AIDS-Epidemie die Entwicklung eines umfassenderen ganzheitlicheren Ansatzes ausgelöst der sicherlich auch für andere Problembereiche des Wohlfahrtssektor große Relevanz besitzt.

Die theoretisch und praktisch spannende Frage ist aber, ob die Entwicklung solcher praktischen Alternativen zum traditionellen Wohlfahrtssektor zu einer "neuen Arbeitsteilung" in modernen Wohlfahrtsstaaten führen wird. Werden diese unterschiedlichen organisatorischen Antworten zur Verflechtung und Integration oder zu Spannungen führen? Dies ist zweifelsohne ein interessantes Thema für zukünftige Forschungen. In der Organisationssoziologie gibt es dazu eine Reihe von Theorien, die sich bereits mit dieser Frage beschäftigt haben. Sie variieren von Michels' "eisernem Gesetz", Eckstein's "Kongruenz-Konzept", Litwak's "Gleichgewichtstheorie der Koordination" bis hin zu neueren Ansätze der "Policy Netzwerke" (Kenis und Schneider 1991), die eine arbeitsteilige Integration beider Ansätze als möglich erachten (so auch Heinze und Oik 1981; Evers 1993).

Eine Erkenntnis, die man aus der Analyse der organisatorischen Antwort auf die AIDS-Epidemie gewinnt ist, daß moderne Gesellschaften komplementäre Formen organisationaler Strukturen benötigen, um mit den aktuellen sozialen Problemen effektiv und angemessen umzugehen. Wenn diese Schlußfolgerung richtig ist, dann läßt sich das Thema zukünftiger Forschung auch genauer präzisieren: Unter welchen sozialen und institutionellen Bedingungen werden sich komplementäre Organisationsstrukturen entwickeln und wie können sie überleben?

## Literatur

- Bayer, Ronald, 1989: Aids, Privacy, and Responsibility, *Daedalus, Journal of the American Academy of Arts and Sciences*, 118,3.
- Cattacin, Sandro, und Christine Panchaud, 1994: La maîtrise du sida. Une analyse comparative des réactions organisationnelle au hiv/sida en Europe de l'Ouest Konferenzbeitrag "Droit et société", Toulouse: Université de Toulouse.
- Dunleavy, P.D., 1988: Group identities and individual influence: reconstructing the theory of interest groups, *British Journal of Political Science*, 18 (January): 21-49.
- European Centre for the Epidemiological Monitoring of Aids, 1992: Aids Surveillance in Europe, Quarterly Report No. 33.
- Evers, Adalbert, 1993: The Welfare Mix Approach. Understanding the Pluralism of Welfare Systems. in: Adalbert Evers/Ivan Svetlik (Hg.): *Blancing Pluralism - New Welfare Mixes in care for the elderly*. Aldershot: Avebury.S. 3-31
- Fischer, Frank, 1990: *Technocracy and the Politics of Expertise*, London: Sage.

- Hegner, Friedhart, 1986: Solidarity and Hierarchy: Institutional Arrangements for the Coordination of Actions. S. 407-429 in: F.X.Kaufman, G.Majone, V.Ostrom (Hg.): Guidance, Control, and Evaluation in the Public Sector, Berlin: De Gruyter, 407-429.
- Heinze, Rolf G./Olk,Thomas 1991: Die Wohlfahrtsverbände im System sozialer Dienstleistungsproduktion - Zur Entstehung und Struktur der bundesrepublikanischen Verbändewohlfahrt, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 33: 94-114.
- Hendriks, A., 1991: Aids, HIV Prevalence and Aids/HIV Policies in Europe; A Survey. Manuskript. Leidschendam.
- Hirschman, Albert O., 1982: Shifting Involvements. Private Interests and Public Action. Princeton: Princeton University Press.
- Hoek, Anneke van den, 1990: Epidemiology of HIV infection among drug users in Amsterdam. Amsterdam.
- Kenis, Patrick & Bernd Marin, 1990: Managing AIDS. The Role of Nonprofit Institutions in Public Health and Welfare Policy - Research Design. Manuskript. Vienna.
- Kenis, Patrick, 1992: Die Rolle von intermediären Organisationen in der Gesundheits- und Wohlfahrtspolitik. S. 125-137 in: Rudolph Bauer (Hg.) Intermediäre Nonprofit-Organisationen in einem neuen Europa.
- Kenis, Patrick, 1992: The Importance of Studying Organisations Providing HIV/AIDS Activities. Konferenzbeitrag "National Styles of organizational responses", Leiden: Leiden Institute for Law & Public Policy.
- Lammers, Cornelius J., 1987: Organisaties vergelijkenderwijs. Utrecht: AULA.
- Lammers, Cornelius J., 1993: Organiseren van bovenaf en van onderop. Utrecht: AULA.
- Olson, Mancur, 1965: The Logic of Collective Action. Public Goods and the Theory of Groups. Cambridge/London: Harvard University Press.
- Peters, Guy, 1993: Alternative Modellen des Policy-Prozesses: Die Sicht "von unten" und die Sicht "von oben", in Adrienne Héretier (Hg.): Policy-Analyse. Kritik und Neuorientierung (Sonderheft PVS). Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 289-306.
- Perrow, Charles, und Mauro F. Guillén, 1990: The AIDS Disaster. The Failure of Organizations in New York and the Nation, New Haven/London: Yale University Press.
- Rosenberg, Charles E., 1989: What Is an Epidemic? Aids in Historical Perspective, Daedalus, Journal of the American Academy of Arts and Sciences: 118, 1-19.
- Rosenthal Uriel, Michael T. Charles und Paul 't Hart, 1989: Coping with Crises. The Management of Disasters, Riots and Terrorism. Sorinfield Ill.: Thomas.
- Stinchcombe, A.L., 1965: Social Structure and Organizations. In: J.G.March (Hg.) Handbook of Organizations, Chicago: Rand McNally.
- Streeck, Wolfgang, und Philippe Schmitter, 1985: Community, Market, State - and Associations? The Prospective Contribution of Interest Governance to Social Order, in: Wolfgang Streeck und Philippe Schmitter (Hg.), Private Interest Government. Beyond Market and State, London: Sage, 1-19.
- Vroom, Bert, de, 1991: AIDS en gedragsregulering. Dilemma's en mogelijkheden van overheidsingrijpen en categorale zelfregulering. Working Paper 34. Leyden Institute Law and Public Policy.
- Vroom, Bert, de, 1992: National Styles of Regulative Responses. The AIDS-epidemic in the European Region, Konferenzbeitrag "National Styles of organizational responses", Leiden: Leiden Institute for Law & Public Policy.
- Vroom, B. de, 1993: AIDS: nationale patronen van organisationele respons. in: Jacques van Doorn, Pauline Meurs und Ton Mijs (Hg.): Het organisatorisch labyrint, Utrecht: AULA, 183-214.
- Vroom, B. de & C.C.M.Kester, 1992: Aids en beheersing van risicogedrag'. S 163-186 in: N.J.H.Huls (Hg.): Sturing in de risicomaatschappij. Zwolle: Tjeenk Willink.
- WHO 1988: Health Legislation And Ethics in The Field of Aids and HIV Infection. S. 163-186.
- WHO 1990: Current Status of HIV/Aids Prevention and Control Policies in the European Region.
- Williamson, Peter J. 1989: Corporatism in Perspective, London: Sage.