

Meinungsforum Entwicklungspolitik

Nr. 3, 24. Juni 2011

Die Ansätze zum Kampf gegen Aids müssen überdacht werden

Michael Grimm und Deena M. Class

Dr. Michael Grimm ist Professor für Entwicklungsökonomie am International Institute of Social Studies der Erasmus Universität Rotterdam, Mitglied der Rotterdam Global Health Initiative und Gastprofessor für Gesundheitsökonomie an der Paris School of Economics. Deena M. Class ist Doctoral Research Fellow an der School of Local Development der Universität Trento (Italien).



In der Reihe „Meinungsforum Entwicklungspolitik“ publiziert die KfW in lockerer Reihenfolge persönliche Stellungnahmen von renommierten Entwicklungsforschern zu aktuellen entwicklungspolitischen Themen. Die inhaltliche Verantwortung für den Text liegt ausschließlich beim Autor. Die KfW teilt nicht notwendigerweise die vorgetragenen Ansichten.

Die finanziellen Mittel, die von multi- und bilateralen Gebern sowie vom 'Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS' für den Kampf gegen die Ausbreitung von HIV/AIDS bereitgestellt werden, sind in den letzten zwei Jahrzehnten enorm angestiegen. In der Summe übersteigen diese bei weitem die Budgets, die für viele andere dringende Gesundheitsprobleme zur Verfügung stehen. Darüber hinaus werden sie von weitgehend krankheitsspezifischen, vertikalen Strukturen in Beschlag genommen. Aus zwei Gründen schätzen wir diese Entwicklung als problematisch ein:

Erstens, HIV/AIDS hat einen weitaus geringeren volkswirtschaftlichen Einfluss als von vielen zu Anfang der Epidemie angenommen, was wiederum den Sonderstatus von HIV/AIDS relativ zu anderen Gesundheitsproblemen in Frage stellt. Zweitens, die Übertragung von HIV über Blut und Blutprodukte wird als Übertragungsweg in Ländern und Regionen mit hoher HIV-Prävalenz erheblich unterschätzt. Letzteres stellt die enormen Mittel, die für Präventionsprogramme ausgegeben werden, die sich in erster Linie auf sexuelle Übertragung konzentrieren, in Frage.

Im Folgenden führen wir beide Thesen weiter aus und schließen mit einigen Politikempfehlungen, wie die derzeitige internationale

HIV/AIDS Politik verbessert werden könnte.

Die sozialen und volkswirtschaftlichen Kosten von HIV/AIDS werden im Vergleich zu denen anderer Krankheiten überschätzt

Im Jahre 2001 hat das Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP) davor gewarnt, dass AIDS zum größten Hindernis für ökonomische Entwicklung und zum wichtigsten Zerstörungsfaktor jeglichen ökonomischen Fortschritts in Afrika südlich der Sahara geworden ist.¹ In der Folge haben viele andere Organisationen, insbesondere natürlich die eigens für den Kampf gegen HIV/AIDS gegründete Initiative der Vereinten Nationen mit dem Namen 'UNAIDS', fortwährend die zerstörerischen Konsequenzen von HIV/AIDS für Wirtschaftswachstum und Armutsreduzierung betont. Im Jahre 2008 hat der Generalsekretär der Vereinten Nationen, Ban Ki-moon, noch einmal darauf hingewiesen, dass die Verhinderung der Ausbreitung von HIV/AIDS nicht nur ein Ziel in sich selbst ist, sondern eine Voraussetzung für das Erreichen von fast allen anderen Jahrtausendentwicklungszielen (Millennium Development Goals oder kurz 'MDGs')².

Rigoreuse empirische Evidenz, die solche Empfehlungen stützen würde, gibt es allerdings nicht. Das Hauptproblem liegt natürlich darin, dass es kein zuverlässiges Vergleichs-

szenario (counterfactual) gibt, das heißt eine Antwort auf die Frage: Wo würde Afrika südlich der Sahara heute stehen, wenn es keine HIV/AIDS Epidemie gäbe?

Studien, die auf allgemeinen berechenbaren Gleichgewichtsmodellen beruhen und versuchen, die ökonomischen Konsequenzen zu bewerten, meistens in einer mittelfristigen Perspektive, finden üblicherweise, dass die Epidemie Wirtschaftswachstum in den durch HIV/AIDS stark betroffenen Ländern im südlichen Afrika um 1 bis 2 Prozentpunkte pro Jahr reduziert. Einige Studien, unter anderem auch solche, die auf Querschnittsländer-Regressionen beruhen, finden sogar wesentlich kleinere und oft insignifikante Effekte in einer Größenordnung von 2 bis 4% Verringerung des jährlichen Wirtschaftswachstums. Paradoxiere werden oft selbst solche Ergebnisse präsentiert, als würden sie erhebliche ökonomische Veränderungen implizieren, da Leser solcher Studien häufig Prozent mit Prozentpunkten verwechseln.

Die Effekte, die von den allgemeinen berechenbaren Gleichgewichtsmodellen betont werden, rühren in der Regel von einer Verringerung des Arbeitsangebotes, einem Rückgang des durchschnittlichen Humankapitals und in dessen Folge der Arbeitsproduktivität sowie von einer Komprimierung von Ersparnissen und Investitionen. Einige Studien heben ebenfalls die Zerstörung von Sozialkapital hervor. All diese Effekte werden jedoch zum Teil wieder aufgehoben durch einen simultanen, sterblichkeitsinduzierten Rückgang des Bevölkerungswachstums, der den Pro-Kopf-Kapitalstock erhöht. Andere Studien wiederum kommen zu völlig anderen Ergebnissen, insbesondere wenn sie weit in die Zukunft schauen und auf den Einfluss der Epidemie auf die Akkumulation von Humankapital abstellen.³ Es ist nicht überraschend, dass unter diesen Umständen HIV/AIDS einen substantiellen Effekt auf die Volkswirtschaft hat. Allerdings sind die Ergebnisse stark durch die zugrunde liegenden Annahmen getrieben. Es gibt andere Studien, die

¹ Siehe Verpflichtungserklärung zum Thema 'HIV/AIDS', beschlossen auf einer Sondersitzung der Generalversammlung der UN im Jahre 2001.

² Ban Ki-moon, UN Generalsekretär, Rede auf einer Generalversammlung zum Thema 'HIV/AIDS', New York, im Juni 2008.

³ Bell et al. (2006).

mit nur kleinen Änderungen in den Annahmen, zu völlig unterschiedlichen Ergebnissen kommen.⁴ Die Struktur und der Zeithorizont solcher Modelle machen eine rigorose empirische Überprüfung natürlich unmöglich.

Unter den vielen Fallstudien, die sich mit dem ökonomischen Einfluss von HIV/AIDS von der mikroökonomischen Perspektive her auseinandersetzen, gibt es ausreichend Belege dafür, dass Haushalte, die durch HIV/AIDS betroffen sind, neben der menschlichen Tragödie, auch besondere ökonomische Härten erfahren. Dazu gehören beispielsweise die Finanzierung kostspieliger Medikamente, die Leistung von Pflege, der Verlust eines Einkommensverdieners und möglicherweise der Abzug der Kinder von der Schule. Allerdings zeigen auch viele dieser Studien, insbesondere die, die etwas genauer hinsehen und sich weniger auf anekdotische Evidenz verlassen, dass selten all diese Effekte auf einmal auftreten und dass Haushalte in einem Kontext, in dem generell häufig Risiken eintreten gelernt haben, auf solche Härten zu reagieren.

Viele Studien zeigen, dass Haushalte in armen Ländern ökonomisch relativ gut mit dem Verlust eines Haushaltsmitgliedes umgehen können, insbesondere natürlich dann, wenn es sich um einen Geringverdiener oder gar ein netto-konsumierendes Familienmitglied handelt. Das soll nicht heißen, dass hier unter Umständen nicht dauerhaft wirtschaftlicher Schaden entsteht, aber der Einfluss von HIV/AIDS ist ökonomisch gesehen in vielen Fällen weniger dramatisch als oft dargestellt. Dies gilt insbesondere, wenn die Folgen über größere Bevölkerungen aggregiert werden. Darüber hinaus muss beachtet werden, dass die potentielle Krankheitsepisode (AIDS) für HIV-Infizierte vergleichsweise kurz ist. Sie übersteigt nur selten zwei Jahre und ist bei Nichtbehandlung mit anti-retroviralen Therapien im Durchschnitt nicht länger als ein Jahr.

Viel wichtiger ist jedoch die Tatsache, dass typischerweise ein direkter Vergleich zwischen HIV/AIDS-induzierten Effekten und solchen, die durch andere Gesundheitsprobleme verursacht werden, nicht durchgeführt wird. Würmer, Durchfall und chronische Unterernährung - inklusive Vitamin- und Proteinmangel - haben substantielle Effekte für die körperliche und geistige Entwicklung von

Kindern. Das ist eingehend in der Literatur dokumentiert. Ein Dollar der in Entwurmung oder in die Ernährung von Kindern investiert wird, führt zu Bildungsgewinnen, die drei Dollar und mehr wert sind. Das heißt, Defizite bei der Gesundheitsversorgung von Kindern führen für die Betroffenen für den Rest ihres Lebens zu Produktivitätseinbußen.

Vergleichende Studien wären eine wichtige Diskussionsgrundlage, um über die Allokation von Gesundheitsausgaben zu entscheiden. Auf diesen Punkt kommen wir weiter unten wieder zurück. Zuvor wenden wir uns aber einer anderen wesentlichen Verwerfung innerhalb der HIV/AIDS Politik und Prioritätensetzung zu.

Neue Erkenntnisse zu den Übertragungswegen von HIV/AIDS legen eine Anpassung der Präventionsmaßnahmen nahe

Während die Forschung über das relative Gewicht der verschiedenen Übertragungswegen von HIV-Infektionen in Afrika debattiert, gibt es bisher kaum ernsthafte Anstrengungen, die Übertragungswege systematisch zu identifizieren.

Neue Forschungsergebnisse, in erster Linie aus der Medizin, liefern Belege dafür, dass der Anteil von HIV-Infektionen in Gesundheitszentren und Krankenhäusern (nosokomiale Infektion) in Ländern südlich der Sahara mit hohen Prävalenzraten mit gerade einmal 2% aller Fälle erheblich unterschätzt wird. In Mosambik's Demographic and Health Survey (DHS) 2009 wurden begleitend Kinder und ihre Mütter auf HIV getestet. Man fand, dass 31% der Kinder zwischen null und elf Jahren, die positiv auf HIV getestet wurden, Mütter hatten, welche nicht mit HIV infiziert waren. Diese Kinder müssen sich also auf anderem Wege infiziert haben. Gerade, diese alarmierenden Zahlen ließen sich alleine durch Kindesmissbrauch erklären, ist absurd. Das Ausmaß des Missbrauchs müsste unplausibel hoch sein, um das Niveau an horizontalen Übertragungen zu erklären. Das statistische Amt in Mosambik hat ebenfalls eine signifikante, positive Korrelation zwischen HIV-Infektion und der Verabreichung einer medizinischen Injektion innerhalb der letzten zwölf Monate vor dem Test gefunden.⁵

Befragt man Pflegepersonal und Ärzte in den

betroffenen Ländern wird quasi ausnahmslos bestätigt, dass Infektionen durch den unsauberen Umgang mit Blut beispielsweise bei Geburten, Impfungen, anderen Injektionen und natürlich Operationen genauso für Erwachsene auftreten, dass dies aber durch den überwältigenden Fokus auf sexuelle Übertragung systematisch in der Gesundheitspolitik ignoriert werden. In der Debatte um HIV-Prävention erhält beispielsweise die Qualität von Blutkonserventests selten Beachtung. Im Jahre 2009 wurden in Mosambik nur knapp 70% der Blutspenden überhaupt Tests unterzogen, die gewissen Qualitätsstandards entsprachen. Die WHO gibt auch bereitwillig zu, dass zum Beispiel die Apparate für die Sterilisation medizinischer Instrumente kaum überwacht und in Stand gehalten werden. Genauso wenig wird die Qualität der medizinischen Instrumente geprüft.

Dieses Thema ist natürlich - wen wundert's - politisch sehr brisant. Kein Zweifel, HIV/AIDS wird sehr häufig sexuell übertragen, aber die Belege dafür, dass die sexuelle Übertragung von HIV in den Ländern Afrikas mit hoher HIV-Prävalenz unter Umständen völlig überschätzt wird, kann nicht länger ignoriert werden.

Die neuen, vehementen Bemühungen der WHO und von UNAIDS 'Massenbeschneidungs-Kampagnen' in Afrika durchzuführen, sind ebenfalls aus zwei Gründen besonders fragwürdig: Erstens, die drei randomisierten kontrollierten Experimente auf denen die Idee basiert, haben ebenfalls die Frage der Übertragungswege völlig ignoriert. Beim genauen Hinsehen zeigt sich zum Beispiel, dass insgesamt nur 43% der Infektionen in diesen drei Studien auf eine sexuelle Übertragung zurück zu führen sind.⁶ Die Studien werden dann aber als Entscheidungsbasis herangezogen für Interventionen, bei denen man nicht nur annimmt, dass 95% der Infektionen sexuell übertragen werden, sondern bei denen man auch noch mit harter Hand afrikanische Länder zu einer weiteren sehr unsicheren medizinischen Prozedur zwingt und dadurch das Risiko einer medizinischen Übertragung für die betroffenen Männer um das Vielfache erhöht.

Weitere Bemühungen, die Epidemie durch Änderungen des sexuellen Verhaltens zu

⁴ Young (2005).

⁵ Ministry of Health, Mozambique (2010).

⁶ Van Howe und Storms (2011).

bekämpfen, ignorieren zwangsläufig die horizontale Übertragung des HI-Virus. Die derzeitigen Politiken ignorieren ebenfalls die schwache und widersprüchliche Evidenz, welche herangezogen wird, um die Hypothese zu stützen, dass in vielen Ländern Afrikas die Menschen eine hohe Zahl an sexuellen Partnern haben.⁷ Die Rolle, die diesem Faktor üblicherweise zugeordnet wird, wäre nur realistisch, wenn die Anzahl der Partner und das Niveau der sexuellen Aktivität ein Ausmaß erreichte, welches jeglicher vernünftigen Erwartung und vorhandener empirischer Evidenz widerspräche.⁸ Wir denken, dass die Ressourcen, welche derzeit der Prävention im Bereich des sexuellen Verhaltens bzw. Massenbeschneidungen mit zweifelhaftem Erfolg gewidmet werden, besser verausgabt werden könnten.

Während zu Beginn der AIDS-Epidemie die Weltgesundheitsorganisation und UNAIDS beschuldigt wurden, nicht genug für die Bekämpfung von AIDS zu tun, klagen heute mehr und mehr Experten diese Organisationen an, eine verzerrte Darstellung der Fakten zu präsentieren und die Prioritäten zu verdrehen, zum Vorteil von HIV/AIDS Vorsorge und Behandlung und zu Lasten anderer Erkrankungen und globaler Gesundheitsprobleme.

Weltweit verursacht HIV 'nur' 3.7% aller Todesfälle. Experten schätzen aber, dass für HIV/AIDS ungefähr 25% der internationalen Gesundheitshilfe sowie ein signifikanter Anteil nationaler Gesundheitsausgaben bereitgestellt wird.⁹ In einigen Ländern übersteigt die Hilfe deutlich das gesamte Gesundheitsbudget. Darüber hinaus verursacht Kindersterblichkeit, die auf akute Lungenkrankheiten, Durchfallerkrankungen, Masern, Malaria und Unterernährung zurück zu führen ist, mehr also doppelt so viele Todesfälle wie AIDS. Selbst innerhalb Afrikas, obwohl dort AIDS die häufigste Todesursache ist, trägt die Epidemie 'nur' ungefähr 12% zur gesamten Krankheitslast (*burden of disease*) bei, erhält aber geschätzte 40% der gesamten Gesundheitshilfe, die in diese Region fließt.¹⁰ Kosten-Nutzen-Analysen zeigen, dass die Kosten für jedes DALY ('disability adjusted life year lost') für Immunisierung, Malaria, Verkehrsunfälle, Kinderkrankheiten und Tuberkulose niedriger sind als für AIDS.¹¹ Trotz allem ruft UNAIDS

immer noch nach einer drastischen Budgeterhöhung.

Wie konnte es zu einer solchen Verzerrung kommen? Ein Grund ist, dass AIDS-Aktivisten schon immer eine sehr mächtige Lobby darstellen, welche zusätzlich durch allgemein beliebte Berühmtheiten wie die Herren Hewson (Bono) und Geldorf gestützt werden. Ein anderer Grund ist, dass Prävalenzraten und Neuinfektionen in der Vergangenheit systematisch überschätzt wurden. Jüngste Schätzungen zum Beispiel suggerieren, dass die UN Zahlen um 25% bis 40% zu hoch waren. Die UN hat daraufhin den mittleren Schätzwert von 37 Millionen infizierten Personen auf 33 Millionen herabgesetzt.¹² Schließlich, wie oben diskutiert, wurde HIV/AIDS von Anfang an als eine wesentliche Bremse wirtschaftlicher Entwicklung präsentiert. Während Nothilfe Maßnahmen, die zum Ziel hatten schnell und effizient leistungsfähige, vertikale Gesundheitsstrukturen aufzubauen, um mit der Epidemie fertig zu werden, in den frühen Jahren der Epidemie ihre Berechtigung hatten, glauben wir, dass diese Strukturen heute nicht mehr zeitgemäß sind.

Implikationen für die Politik

Wir empfehlen, die Prioritäten für Gesundheitsausgaben und Gesundheitsinvestitionen wieder ins Gleichgewicht zu bringen. Patienten, die aufgrund eines Verkehrsunfalls oder aufgrund von Darmparasiten, Unterernährung oder irgendeinem anderen ernsten Leiden ein Gesundheitszentrum aufsuchen, sollten die gleiche Chance zugesprochen bekommen, die notwendige Behandlung zu bekommen, wie HIV-positive Patienten, die eine AIDS-Therapie benötigen.

Investitionspläne im Bereich der Gesundheitsversorgung müssen ausgeglichen sein und unter gegebener Budgetrestriktion so gestaltet sein, dass sie Leben möglichst fair und kosteneffizient retten. Das soll natürlich nicht heißen, dass schon laufende AIDS Behandlungsprogramme gestoppt werden sollen, auch deshalb nicht, weil sie erwiesenermaßen die weitere Übertragung von HIV/AIDS hemmen. Aber man sollte sich die Frage stellen, inwieweit es sinnvoll ist, nach 100% Versorgung aller AIDS-Therapie-Bedürftigen zu streben wie es Ziel '6b' der

MDGs vorsieht. Aus logistischen Gründen und aus der Erfahrung eher schwacher Behandlungstreue (im Durchschnitt 61.6% nach zwei Jahren¹³) muss davon ausgegangen werden, dass die letzten 25% nur sehr schwierig und zu sehr hohen Kosten erreichbar sind. Darüber hinaus ist es wichtig, die Übertragungswege genauer ins Visier zu nehmen. Vieles deutet darauf hin, dass die Übertragung von HIV über Blut und Blutprodukte erheblich unterschätzt wird. Dem entgegenzuwirken erfordert Mittel von am sexuellen Verhalten ansetzenden Präventionsprogrammen hin zu Interventionen in der Gesundheitsversorgung umzuschichten.

Deshalb denken wir es wäre sinnvoller, HIV/AIDS Prävention und Behandlung in das allgemeine Gesundheitsbudget zu integrieren und mehr Maßnahmen zu unternehmen, die Gesundheitssysteme generell stärken.

Derzeit werden nach wie vor viele Ressourcen in Infrastruktur und Leistungen kanalisiert, die ausschließlich dem Kampf gegen HIV/AIDS gewidmet sind. Obwohl solche Überlegungen mittlerweile innerhalb der Geber diskutiert werden, hat bisher nur wenig davon seinen Weg in die konkrete Politik gefunden. Die Realität ist, dass HIV/AIDS anderen Gesundheitsproblemen die Mittel abgräbt.¹⁴ Verschiedene Länder in Afrika südlich der Sahara sind dabei, ihre Gesundheitsversorgung zu dezentralisieren, um HIV-Beratung, Tests und Behandlung in ihr normales Gesundheitssystem zu integrieren. Dabei stoßen diese Länder jedoch auf erhebliche Probleme, da Hilfsgelder zweckgebunden sind und nicht in ihre allgemeinen Gesundheitsbudgets fließen dürfen, was sie zwingt, unsinnige vertikale Strukturen beizubehalten, inklusive dem damit verbundenen administrativen Aufwand für HIV-spezifische Leistungen. HIV/AIDS sollte nicht länger als ein besonderes Problem behandelt werden mit all seinen assoziierten kulturellen und moralischen Defiziten, sondern als ein medizinisches Problem, dessen Ursachen auch in der Gesundheitsinfrastruktur und nicht nur in den Schlafzimmern der Menschen zu suchen sind.



⁷ Sawers und Stillwaggon (2010).

⁸ Buvé et al. (2001); Deuchert (2011).

⁹ England (2007).

¹⁰ Siehe Global Health Observatory of the WHO [URL: <http://www.who.int/gho/>].

¹¹ England (2007).

¹² UNAIDS (2010).

¹³ Rosen et al. (2007).

¹⁴ Case and Paxson (2009).

Literatur

- Bell, C., Devarajan, S. und Gersbach, H. (2006), The Long-Run Economic Costs of AIDS: A Model with an Application to South-Africa. *World Bank Economic Review*, 20(1): 55-90.
- Buvé, A., Caraël, M., Hayes, R.J., Auvert, B., Ferry, B., Robinson, N.J. et al. (2001), Multi-centre study on factors determining differences in rate of spread of HIV in sub-Saharan Africa: Methods and prevalence of HIV infection. *AIDS*, (15): S5-S14.
- Case, A. und Paxson, C. (2009), The impact of the AIDS pandemic on health services in Africa: Evidence from Demographic and Health Surveys. *NBER Working Paper No. 15000*, NBER, Cambridge, MA.
- Deuchert, E. (2011), The "Virgin" HIV puzzle: Can misreporting account for the high proportion of HIV cases in self-reported virgins? *Journal of African Economies*, 20(1): 60-89.
- England, R. (2007), Are we spending too much on HIV? *British Medical Journal*, 334: 344.
- Levinson, J.A., McLaren, Z.O., Shisana, O. und Zuma, K. (2011), HIV Status and Labor Market Participation in South Africa. *NBER Working Paper No. w16901*. NBER, Cambridge, MA.
- Ministry of Health and National Institute of Statistics (2010), *Inquérito nacional de prevalência, riscos comportamentais e informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA) 2009*, Maputo Mozambique.
- Okinyi, M., Brewer, D.D., und Potterat, J.J. (2009), Horizontally-acquired HIV infection in Kenyan and Swazi children. *International Journal of STD AIDS*, 20(12): 852-857.
- Rosen, S., Fox, M.P. und Gill, C.J. (2007), Patient Retention in Antiretroviral Therapy Programs in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review. *PLoS Med*, 4(10): e298. doi:10.1371/journal.pmed.0040298.
- Sawers, L. und Stillwaggon, E. (2010), Concurrent sexual partnerships do not explain the HIV epidemics in Africa: A systematic review of the evidence. *BioMed Central*.
- UNAIDS (1998), *Mother-to-child transmission of HIV: UNAIDS technical update*. UNAIDS, Geneva.
- UNAIDS (2010), *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010*. UNAIDS, Geneva.
- UNGASS (2010), *Progress report, 2008 - 2009*, Mozambique.
- Van Howe, R.S., and Storms, M.R. (2011). How the circumcision solution in Africa will increase HIV infections. *Journal of Public Health in Africa*, 2:e4, 11-15.
- WHO (2010), *Considerations for implementing models for optimizing the volume and efficiency of male circumcision services*. World Health Organisation, Geneva.
- Young, A. (2005), The Gift of the Dying: The Tragedy of AIDS and the Welfare of Future African Generations. *Quarterly Journal of Economics*, 120 (2): 423-465.