
Institutionelle Lösungen zur gemeinschaftlichen Risikoverteilung bei Krankheit in Afrika südlich der Sahara: Überlegungen angesichts der vorgefundenen Hindernisse

Bruno Meessen, Bart Criel und Guy Kegels

Institut für Tropenmedizin Prinz-Leopold, Antwerpen

In den letzten Jahren wurden in zahlreichen Reformvorschlägen für die Entwicklungsländer institutionelle Lösungen zur gemeinschaftlichen Risikoverteilung bei Krankheit vorgelegt. Solche Empfehlungen werden mit den umfassenden Erfahrungen in den alten Industrieländern empirisch untermauert. Die Realität auf dem Lande in Afrika oder in Asien hat allerdings wenig mit jener in den westlichen Industrieländern gemein, unabhängig davon, ob man deren Vergangenheit oder Gegenwart als Beispiel nimmt. Auch wenn Praktiker und Wissenschaftler relativ gute Fachkenntnisse in diesem Bereich haben, zeigen mehrere Erfahrungen mit der Einrichtung von Hilfsvereinen auf Gegenseitigkeit in Afrika aus neuerer Zeit, dass dieser Ansatz gegenwärtig nur begrenzte Erfolge zeitigt. So zwingt uns insbesondere die geringe Abdeckung, den Dingen ins Auge zu sehen. In diesem Beitrag versuchen wir mögliche Erklärungen für das allzu schlechte Abschneiden dieses Ansatzes in Afrika südlich der Sahara zu finden.

91

Im Bereich der Finanzierung der Gesundheitsversorgung in den Entwicklungsländern fanden in den letzten Jahren Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit, Kranken- und Mikro-Krankenversicherungen

besondere Aufmerksamkeit (Griffin und Shaw, 1995; Atim, 1998; Bennett et al., 1998; Normand, 1999; Dror und Jacquier, 1999). Auf individueller Ebene erleichtern diese institutionellen Lösungen den Zugang zur Gesundheitsversorgung und bieten Schutz gegen Katastrophenfälle. Und sie können zu einer gerechteren Verteilung der Krankheitskosten führen. Aus der Sicht der Gesundheitsdienste erscheinen sie als eine Möglichkeit, die Finanzierungsgrundlage zu erweitern und zu stabilisieren, und als ein Instrument zur effizienteren Verwendung der bereits verfügbaren staatlichen und privaten Ressourcen im Gesundheitswesen.

Wenn man das heute angesammelte Fachwissen im Bereich der Krankenversicherungen oder Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit bedenkt, überraschen jedoch zwei Sachverhalte (Normand und Weber, 1994; ANMC/BIT-ACOPAM/WSM, 1996). Zum einen kommt die Initiative in den meisten Fällen von außerhalb der Empfängergemeinschaften. Im Wesentlichen geht sie von multilateralen Organisationen, Institutionen der Entwicklungszusammenarbeit oder ausländischen Nichtregierungsorganisationen aus. Warum entstehen so wenige Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit spontan in den Entwicklungsländern? Die zweite bemerkenswerte Tatsache ist, dass viele dieser Initiativen bei der Rekrutierung von Mitgliedern innerhalb der Zielgruppen hinter den Erwartungen zurückbleiben (Atim, 1998; Bennett et al., 1998; Letourmy, 2000; Criel und Waelkens, 2001). Wie lässt sich ein solch geringes Interesse der Betroffenen erklären?

Neben diesen beiden Beobachtungen sollten wir eine weitere ins Blickfeld rücken, die Planer und Befürworter von Gesundheitsreformen allzu schnell aus den Augen verloren: Warum interessieren sich private gewinnorientierte Versicherungsträger überhaupt nicht für die arme oder ländliche Bevölkerung?

Wir sind der Ansicht, dass diese Fragen Forschungsgegenstand sein sollten. Der politische Erwartungsdruck auf Gemeinschaftsrichtungen zur Deckung des Krankheitsrisikos nimmt zu. Mehrere arme Länder haben in neuester Zeit diesbezügliche Reformen zur Finanzierung des Gesundheitswesens angekündigt oder begonnen. Diese Reformen sind bisweilen ehrgeizig, was die Planung und die angestrebte Abdeckung angeht. So ist zu befürchten, dass übertriebene Eile eine Alternative ausschaltet, die langfristig eine der besten Formen der Finanzierung der Gesundheitsversorgung darstellt (WHO, 2000).

In diesem Beitrag versuchen wir die verschiedenen Hindernisse

zu resümieren, die gemeinschaftliche Lösungen zur Risikoverteilung in Afrika in ihrer vollen Entwicklung behindern. Die meisten Hindernisse wurden bereits von anderen Autoren genannt. Wir konzentrieren uns daher darauf, sie auf mikroökonomischer Ebene neu zu formulieren und Aspekte herauszuarbeiten, die unserer Meinung nach zu wenig berücksichtigt wurden.

Die Alternativen

Um den Wert institutioneller Lösungen der gemeinschaftlichen Risikoverteilung bei Krankheit besser zu verstehen, ist es sinnvoll, Vor- und Nachteile von Alternativen aufzuzeigen, die Haushalte in Bezug auf die Krankheitskosten haben. Wenn sich diese dafür entscheiden, keine Beiträge in eine bestehende Krankenversicherung einzuzahlen, oder wenn Gemeinschaften keine Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit ins Leben rufen, dann liegt das daran, dass der Einzelne oder die Gemeinschaft glauben, dass andere ihnen zur Verfügung stehende Alternativen besser sind.

Ein Haushalt kann gegenüber den wirtschaftlichen Risiken, die Krankheit mit sich bringt, mehrere Strategien verfolgen¹. Eine erste Möglichkeit zur Deckung des Risikos ist vorsorgliches Sparen. Für diese Lösung spricht die wirtschaftliche Umsetzung auf Haushaltsebene: Es genügt, einen Teil des Einkommens in Form von Geld oder Sachwerten² zu sparen (Sauerborn et al., 1996). Sind andere wirtschaftliche Akteure vorhanden, ergibt sich auch die Möglichkeit finanzieller Einsparungen (Bank- oder privater Kredit). Ein weiterer Vorteil des Sparens ist die vielfältige Verwendungsmöglichkeit: Zum einen kann das Geld investiert werden und eine Rendite erwirtschaften; andererseits kann es ganz unterschiedliche Risiken abdecken (Missernte, Preisverfall ...). Die wichtigste Beschränkung des Sparens sind die Opportunitätskosten der beiseite gelegten Beträge. Es handelt sich um eine effiziente Lösung, wenn es darum geht, kleine und häufig eintretende Risiken abzudecken, oder wenn die Behandlungspreise an die finanziellen Möglichkeiten der Haushalte angepasst sind (staatliche Finanzierung der Gesundheitsversorgung)³. In anderen Fällen ist das Sparen eine überzogene Lösung:

1... Eine mikroökonomische Darstellung dieser unterschiedlichen Strategien findet sich bei Meessen und Criel, 2002.

2. Haus- oder Zuchttiere, Getreide, Werkzeug, Schmuck ...

3. In diesem Zusammenhang ist es durchaus vorstellbar, dass bestimmte ausreichend

Die knappen Mittel des Haushalts fänden bessere Verwendung in der Befriedigung der unmittelbaren Bedürfnisse. Wenn die anderen Möglichkeiten mit zu hohen Transaktionskosten verbunden sind, bleibt das Sparen jedoch die Vorzugslösung für die Haushalte.

Die Interaktion mit anderen Individuen eröffnet neue Möglichkeiten des Wohlstandes. Ein Kredit, der die Kosten der Gesundheitsversorgung über die Zeit verteilt, kann für einige den Zwang zum Sparen aufheben. Er ändert jedoch nichts daran, dass die Kostenlast bei Krankheit beim einzelnen Haushalt verbleibt. Es handelt sich zudem um eine Ex-post-Lösung: Ein Kredit hilft auch nicht, die Angst vor dem Krankwerden zu bannen, die allein schon ein gutes Lebensgefühl verhindert. Und in der Praxis haben die meisten Haushalte aufgrund der hohen Transaktionskosten und ihrer Armut einfach keinen Zugang zu Krediten oder müssen auf Pfandleiher mit Wucherzinsen zurückgreifen.

Diese Interaktion erlaubt auch eine Abdeckung auf dem Wege der Risikoverteilung. Die Risiken im Gesundheitsbereich sind für die Individuen weitgehend identisch und voneinander unabhängig⁴; eine gemeinschaftliche Risikoverteilung ist daher möglich. Die Übertragung des wirtschaftlichen Risikos ist dabei umso vollständiger, je größer die Zahl der Individuen ist, auf die sich das Risiko verteilt.

Diese Risikoverteilung auf die Gemeinschaft lässt sich vollständig dezentralisieren. In diesem Falle spricht man von gegenseitiger Hilfe. Diese Lösung funktioniert gut, wenn es für die Mitglieder des Netzwerkes einfach ist, die Bedürfnisse und die mobilisierungsfähigen Ressourcen zu kennen: Die Menschen im Dorf versammeln sich spontan, um einen der ihrigen, der von einer Schlange gebissen wurde, auf der Bahre bis zum Krankenhaus zu bringen. Ein Bruder oder ein Freund ersetzt sofort das Familienoberhaupt, das während

begüterte Haushalte sich selbst versichern und unabhängig von dessen Leistungsfähigkeit keinem Hilfsverein auf Gegenseitigkeit beitreten. Dazu z.B. Criel, Van Dorrael et al., 1998, zu einem entsprechenden Phänomen in Bwamanda.

4. In tropischen Ländern ist dies aufgrund der saisonbedingten Kovarianzen nur teilweise richtig. In der Regenzeit wird ein epidemischer Höhepunkt (Malaria, Durchfallerkrankungen ...) erreicht. Zu dieser Zeit sind die Haushalte am meisten von der Feldarbeit gefordert. Es handelt sich auch um eine schwierige Übergangsphase für sie: Neue Einkommen sind knapp und die Reserven werden aufgebraucht (Chambers, 1979; Sauerborn et al., 1996; Criel et al., 1999). Die Überschneidung dieser verschiedenen Zyklen führt dazu, dass die Hilfe gerade in dem Augenblick, in dem sie am meisten gefordert wird, am wenigsten verfügbar ist. Hier stoßen wir an eine klare Grenze der gegenseitigen Unterstützung.

der Saison der Feldarbeit im Krankenhaus liegt. Das Bedürfnis ist klar, Kapazitäten für eine wirksame Hilfe bestehen.

In den meisten Fällen besteht jedoch eine Informationsasymmetrie in Bezug auf die wirklichen Bedürfnisse des Kranken⁵ und die Hilfskapazitäten der anderen. Um Missbrauch zu verhindern (Nichtmeldung von Krankheitsperioden, übertriebene Angaben zu Krankheiten und den mit ihnen verbundenen Kosten, unvollständige Angaben zur verfügbaren Hilfe), müssen Transaktionskosten (Kontrolle mit Augenschein ...) in Kauf genommen werden. Die Kosten sind umso höher, je größer die Informationsasymmetrie zwischen den Beteiligten ist. Diese nimmt mit dem Wachsen der Gruppe zu. Angesichts der Krankheitskosten wird die gegenseitige Hilfe rasch ihre Grenzen erreichen: Die Kosten, die jeder Einzelne tragen muss, um sich über seine Partner zu informieren, fallen höher aus als der Vorteil, den eine Vergrößerung der Gruppe abdeckungsmäßig bringt.

Die gegenseitige Hilfe kann sich kaum über einen kleinen Kreis hinaus ausdehnen, innerhalb dessen Opportunismus und Altruismus beider Seiten sich die Waage halten und es einen täglichen Umgang miteinander gibt. In den traditionellen Gesellschaften betrifft die Gesundheitsversorgung vor allem das Privat- und viel weniger das Gemeinschaftsleben⁶. Da die Möglichkeiten der Mitgliederwerbung begrenzt sind, dürfte die Risikoverteilung mäßig und die Abdeckung des jeweiligen Risikos unsicher sein. Zu bedenken sind ferner die finanziellen Grenzen, da die Risiken sich nur auf eine kleine Zahl von Mitgliedern verteilen. Kostspielige, aber seltene Behandlungen, die bei einer ausreichend großen Gruppe hätten übernommen werden können, sind nicht möglich⁷.

5. Für andere ist es schwierig, Art und Schwere meiner Erkrankung einzuschätzen, mögliche Abhilfe und ihre Kosten festzustellen. Diese Informationsasymmetrie ist nicht nur eine Tatsache, sondern sogar wünschenswert in Bezug auf das Recht auf Privatleben. Hier zeigt sich ein weiterer Vorteil einer anonymen Verteilung der Risiken, wie sie eine institutionelle Lösung bietet.

6. Im Gegensatz zu den Todesfällen, da hier der Augenschein den Missbrauch unmöglich macht. Wenn es auch bedenklich erscheinen mag, in dieser unterschiedlichen Beweisbarkeit eine Erklärung für das Paradox der Bestattungsbeihilfen in Afrika (eine Beihilfe, die für die Beerdigung, aber nicht für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung steht) zu finden, haben wir es hier mit einem weiteren erschwerenden Faktor zu tun.

7. Nehmen wir an, dass eine von 1000 Personen voraussichtlich einer bestimmten Krankheit zum Opfer fällt, deren Behandlung 20 000 Franken kostet. Wir gehen davon aus, dass jeder über Mittel in Höhe von 1000 Franken für die Gesundheitsver-

Wenn es um die Abdeckung der wirtschaftlichen Folgen schwerer Krankheiten geht, können sich herkömmliche Mechanismen wie Sparen und gegenseitige Hilfe als unzureichend erweisen (Gertler und Gruber, 1997; Morduch, 1999). Um Größengewinne zu erzielen, ist daher eine institutionelle Verwaltung der Risiken nötig, d.h. Information und Verwaltung der Sanktionen müssen zentralisiert werden. Darum geht es bei den verschiedenen institutionellen Lösungen der Verteilung des Krankheitsrisikos auf die Gemeinschaft.

Probleme bei der institutionellen Verteilung des Krankheitsrisikos auf die Gemeinschaft

Wenn ein Haushalt ein Versicherungsangebot eines Hilfsvereins auf Gegenseitigkeit oder einer Versicherung wahrnehmen will, vergleicht er seinen Vorteil mit den zu tragenden Kosten. Haushalte, die sich nicht versichern, beurteilen ihren persönlichen Vorteil also als zu gering im Vergleich zum zu erbringenden Opfer: Aus der Sicht des Haushalts können die Mittel, die für eine Mitgliedschaft in einem Hilfsverein aufzubringen sind, anders besser verwendet werden.

Die gleiche Fragestellung in Bezug auf eine optimale Strategie stellt sich auch auf Seiten des Versicherungsangebots. Wenn private Versicherer kein Interesse zeigen, Aktivitäten auf dem Lande zu entwickeln, und die Gemeinschaften keine eigenen Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit schaffen, liegt dies daran, dass der erwartete Gewinn im Vergleich zu den Kosten für institutionelle Lösungen unzureichend ist.

Ausgehend von diesen mikroökonomischen Überlegungen, können wir versuchen, die verschiedenen Beschränkungen zu ermitteln, denen die eine oder andere Initiative unterworfen ist. Eine Vielzahl dieser Restriktionen ist bereits bekannt und gut dokumentiert. Wenn wir alle erwähnen, tun wir dies der Vollständigkeit halber. Wir untersuchen allerdings die Beschränkungen genauer, die unserer Auffassung nach bisher zu wenig berücksichtigt wurden. So behandeln wir die Beschränkung, die sich aus einem engen Moral-

sorgung verfügt. Ein Netzwerk von bis zu 19 Mitgliedern kann in diesem Fall die Behandlungskosten nicht übernehmen. Je größer das Netzwerk wird, desto geringer wird der individuelle finanzielle Beitrag. Wenn 1000 Personen ein- und demselben Netzwerk angehören, reicht ein individueller Beitrag von 20 Franken.

verständnis ergibt, ausführlich — ein Thema, das in der Literatur über Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit im Gesundheitswesen noch nicht aufgegriffen wurde.

Das Informationsdefizit

Eine erste Erklärung für das geringe Interesse der Haushalte und Gemeinschaften für Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit ergibt sich aus der einfachen Tatsache, dass diese von der Existenz und den Mitteln zur Umsetzung einer solchen Versicherung nichts wissen. Alle heutigen Werbemaßnahmen, die naturgemäß von auswärtiger Unterstützung getragen sind, wenden sich gegen dieses Unwissen. Dieses Hindernis lässt sich mit Strategien in Form von Projekten bekämpfen. Wir haben hier sicherlich eine Erklärung für die Schwäche spontaner Initiativen und die dominierende Rolle der Interventionen von außen, aber es wäre in unseren Augen irreführend, die einzige Erklärung in diesem Punkt zu suchen. Es ist klar, dass auch gut informierte Haushalte entscheiden können, nicht Mitglied eines Hilfsvereins zu werden (Criel und Waelkens, 2001).

Beschränkungen durch Verwaltungs- und Planungskapazitäten

Wenn sich die gemeinschaftliche Risikoverteilung nach Zeiträumen gliedert, ließe sich im Prinzip eine Verteilung der gesamten Krankenkosten am Ende dieses Zeitraums vorstellen: Da die Gesamtkosten bekannt sind, würde eine Umlage zu gleichen Teilen genügen. Wir wissen jedoch, dass eine solche Regelung opportunistische Verhaltensweisen jener fördern würde, die wenig oder überhaupt nicht krank waren: Sie würden die anfängliche Vereinbarung in Frage stellen, sich weigern, den versprochenen Beitrag zu zahlen ... Wenn der Hilfsverein keinen Kredit beim Leistungserbringer hat, würde dieser Aufschub auch nicht das Finanzierungsproblem lösen, das die Gesundheitskosten für die Haushalte darstellen.

Die Beitragszahlung zu Beginn des Vertragszeitraums stärkt den Zwangscharakter des Vertrages. Sie macht die Mitgliedschaftsvereinbarung des Hilfsvereins glaubwürdig. Diese Lösung ist daher vorzuziehen⁸. Daraus ergeben sich allerdings drei Neuerungen:

8. Sie verringert das Finanzierungsproblem für den Haushalt ganz erheblich: Er kann sich die Kosten sofort nach Erhalt der Rechnung erstatten lassen. Noch besser: Es

1) Es muss eine Kasse verwaltet werden; 2) damit die Bilanz stimmt, müssen die Beiträge mindestens gleich hoch wie die von der Versicherungskasse ausgezahlten Erstattungen sein; 3) der Versicherungsträger steht vor dem Problem des Missbrauchs. Dieser dritte Aspekt wird im folgenden Abschnitt erläutert.

Das Bestehen einer zentralen Kasse erfordert die Suche nach einem Verantwortlichen für deren Verwaltung. Im Falle einer Mikroversicherung genügen eine vertrauenswürdige, des Lesens und Schreibens kundige Person, einige grundlegende Verwaltungsinstrumente, soziales Engagement und das Abhalten von Sitzungen. Die Kosten dürften sich in Grenzen halten. Haben wir es mit einer großen und anonymen Mitgliedschaft zu tun, muss der Hilfsverein auf Gegenseitigkeit eigene institutionelle Formen annehmen. Er befindet sich in der gleichen Lage wie eine private Versicherungsgesellschaft. Die Institution hat die Aufgabe, die Beiträge einzuziehen, die Mitglieder zu registrieren und den Privatpersonen oder den Leistungserbringern ihre Auslagen für die Gesundheitsversorgung zu erstatten. Neben diesen Erstattungen muss die Kasse des Hilfsvereins die Verwaltungskosten übernehmen: Mieten, Gehälter⁹ ... Die Finanzierung beruht auf den Beiträgen der Mitglieder. Die Kasse des Hilfsvereins steht somit vor den Verwaltungsproblemen, mit denen jedes Unternehmen konfrontiert ist: Sie muss die Ressourcen effizient verwalten, da sie sonst Marktanteile verliert. Wenn die Beiträge hauptsächlich dazu dienen, die Verwaltungsstruktur zu finanzieren, fallen die Kostenerstattungen des Versicherers mäßig aus. Die gebotene Abdeckung ist folglich für die Versicherten nicht mehr von

kann eine Vereinbarung mit den Leistungserbringern im Gesundheitswesen geschlossen werden, damit der Versicherte nur seine Kostenbeteiligung zahlen muss (Prinzip der direkten Zahlung durch den Versicherungsträger). Die Gesundheitseinrichtungen stellen den Restbetrag dem Hilfsverein in regelmäßigen Abständen in Rechnung. Diese Lösung hat den weiteren Vorteil, die Transaktionskosten der gemeinschaftlichen Risikoverteilung zu verringern, da der Einzelne sich nicht mehr an seinen Hilfsverein wenden muss, um eine Kostenerstattung zu erhalten. Eine derartige Lösung setzt allerdings voraus, dass der Leistungserbringer im Gesundheitswesen überprüfen kann, ob der Patient auch wirklich bei der Krankenkasse versichert ist. Diese muss daher ein System einrichten, das eine Identifizierung des Versicherten erlaubt (Mitgliedsausweis mit Identitätsfoto ...). Dies ist natürlich mit Kosten verbunden.

9. Eine private Versicherung muss zudem Renditen aus ihrem Kapital erwirtschaften, d.h. Gewinne erzielen und diese an die Investoren weiterleiten. Die gebotene Rendite muss mit der in anderen Wirtschaftszweigen vergleichbar sein, da sonst keine entsprechenden Mittel gefunden werden können.

Interesse, und sie sehen sich nach Alternativen um. In vielen armen Ländern sind die Managementkapazitäten knapp. Der Markt oder der Staat setzen sie für Bedürfnisse ein, die als wichtiger angesehen werden.

Wenn die Schadensfälle durch Prämien zu Beginn des Versicherungszeitraums finanziert werden, sind zusätzliche Verwaltungskapazitäten erforderlich: Die Leitung des Hilfsvereins muss in der Lage sein, die Kostenerstattungen, die auf ihn zukommen werden, vorzuberechnen. Wenn keine ausreichenden Reserven vorhanden sind, um die schätzungsweise ermittelten Beträge zu begleichen, ist ein Mindestmaß an versicherungsmathematischen Kenntnissen erforderlich. Ohne dieses grundlegende Wissen gerät die Kasse schnell in eine finanzielle Schieflage und verliert ihre Glaubwürdigkeit durch Zahlungsunfähigkeit.

Solche durch mangelndes Fachwissen hervorgerufene Restriktionen sind eine schwere Belastung für bestimmte afrikanische Gesellschaften, in denen der Analphabetismus weit verbreitet ist. Diese Gemeinschaften sind zu arm (in Bezug auf die Humanressourcen und die Finanzmittel), um die Koordinationskosten zu tragen. Es handelt sich hier um eine der wichtigsten Ursachen warum in ländlichen Gemeinschaften auch im kleinen Maßstab so wenig institutionelle Lösungen zu finden sind. Die Vernachlässigung des Verwaltungsaspekts ist auch eine ständige Bedrohung für die langfristige Tragfähigkeit bestehender Mechanismen, die sich unter günstigen sozialen Rahmenbedingungen entwickeln konnten (Atim, 1998).

Natürlich können kompetente Manager von außerhalb eingestellt werden, aber die Gehälter, die diese bewegen könnten, auf dem Lande zu arbeiten, dürften das Haushaltsgleichgewicht des Hilfsvereins schwer belasten. Die Kasse müsste von den Versicherten höhere Prämien verlangen, was die Attraktivität des Versicherungsangebots senkt.

Die Schwierigkeit, Missbrauch zu bestrafen

Der Hilfsverein versucht dem Missbrauch zu begegnen, indem er einerseits strenge Auflagen für die Kostenerstattung macht und andererseits die Leistungserbringer und die Versicherten kontrolliert. Wenn ein Missbrauch aufgedeckt wird, kann die Beteiligten der Versicherer bestrafen, indem er die Beteiligten von zukünftigen vertraglichen Vereinbarungen ausschließt. In dieser Hinsicht genügt im Allgemeinen eine dezentralisierte Lösung.

Missbräuche bei den Beiträgen der Haushalte werden durch die Einforderung der Prämienzahlung zu Beginn des Versicherungszeitraums verhindert. Der Haushalt kann also die Vereinbarung, anderen Mitgliedern im Notfall zu helfen, nicht rückgängig machen. Diese Vorauszahlung fördert allerdings den Missbrauch bei der Kostenerstattung.

Welche Garantie haben die Haushalte, dass der Versicherer seine Verpflichtungen einhält? Wird er nicht bestimmte Erstattungen in Frage stellen, wird er nicht infolge schlechter Verwaltung oder allzu großzügiger Versprechungen zahlungsunfähig werden? Im Prinzip ist es weniger kostspielig zu überprüfen, ob eine Institution ihren Verpflichtungen nachkommt, als zu kontrollieren, ob die Masse der Versicherten ihre Zahlungsverprechen einhält. Daher ist eine Zahlung zu Beginn des Versicherungszeitraums sinnvoller als am Ende. Wenn ein Versicherungsunternehmen seinen Verpflichtungen nachkommen soll, muss es allerdings Anreize dazu vorfinden.

In vielen armen Ländern fehlt es an einem entsprechenden Umfeld. Die Verwalter öffentlicher Mittel sind jenen, die ihre Ressourcen einbringen, wenig Rechenschaft schuldig, ganz gleich, ob es sich bei ihnen um Steuerzahler, Aktionäre oder Versicherte handelt. Die für eine Kontrolle nötige Transparenz besteht nicht. Nachlässigkeit, Verwaltungsfehler und Unterschlagungen werden intern nur selten sanktioniert. Es gibt ein formales Rechtssystem, das in der Praxis wenig Gewicht hat. Häufig werden staatliche oder private Unternehmen, die ihren Verpflichtungen nicht nachkommen, nicht gesetzlich verfolgt. Da er nicht auf die Justiz zählen kann, verliert der Haushalt jegliche glaubwürdige Möglichkeit der Drohung gegenüber dem betrügerischen Versicherer. Isolierte Gegenmaßnahmen wie etwa die Nichtbezahlung des nächsten Beitrags wirken lächerlich angesichts der geringfügigen Bedeutung des Haushalts und der häufig anzutreffenden Monopolstellung des Versicherers. Wenn man den Haushalten keine Garantie anbieten kann, dass die mit ihnen vereinbarten Dienstleistungen zum entsprechenden Zeitpunkt erbracht werden, verweigern sie die Beitragszahlung¹⁰.

Das Vertrauen der Haushalte beruht daher u.a. auf der Möglichkeit, betrügerische Individuen oder Institutionen zu bestrafen.

10. Unehrliche Versicherer wirken sich nicht nur negativ auf die eine Versicherungsdeckung suchenden Haushalte aus, sondern auch auf die Versicherer mit ehrlichen Absichten: Wie können Letztere den Haushalten glaubhaft machen, dass sie keine betrügerischen Absichten haben?

Bevor man ihn bestraft, muss man den Betrug allerdings aufdecken. Geringe Verwaltungstransparenz und Komplexität sind in den Augen einer teilweise des Lesens und Schreibens unkundigen Bevölkerung Faktoren, die zu Misstrauen führen¹¹. Abhilfe schafft hier nur eine starke Kontrollinstanz über den Versicherungsträgern, die Betrug aufdecken und verfolgen kann. Sanktionen setzen allerdings beim potenziell Schuldigen eine gewisse Strafempfindlichkeit voraus, sei es in Bezug auf sein Hab und Gut, seine Finanzen oder sein Ansehen.

Nach diesem Prinzip verfährt ein Mikroversicherungsorganismus, wenn er seinen Schatzmeister bestellt — er wird häufig eine in ihrer Buchführung integre Person wählen, die aber auch selber finanziell gesichert ist: z.B. einen reichen Händler, der auf seinen Ruf achtet. Da mit diesem Amt eine gewisse Machtfülle und Ermessensspielraum verbunden sind, wäre es ungeschickt, eine Person in einer unanfechtbaren Position zu wählen. Ebenso wird ein Haushalt, der sich für eine größere, anonymere Versicherung entscheidet, sich vorgängig vergewissern, ob es eine Kontrollgewalt gibt und ob die Institution finanziell solvent und „vertrauenswürdig“ ist.

In vielen armen Ländern erfüllen der Staat, seine Institutionen und seine Beamten diese Kriterien nicht: Es gibt keinen guten Ruf zu verteidigen, und die Kontrollmechanismen funktionieren nicht. Privatunternehmen sind informeller Natur oder werden zu wenig kontrolliert; die Justiz bestraft kaum jene, die sie kaufen, und für Betrüger und Bankrotteure ist es leicht, von der Bildfläche zu verschwinden, wenn die Kläger sie zu sehr bedrängen. Bemerkenswert ist, dass hinter den erfolgreichen Modellen in Afrika häufig die katholische Kirche steht¹², d.h. eine Institution mit starker Hierarchie, die gezeigt hat, dass sie komplexe Strukturen verwalten kann, und die auf ihren moralischen Ruf bedacht ist!

11. Eine optimale Transparenz würde es hingegen einem ehrlichen Versicherer erlauben, sich von den anderen abzuheben.

12. Wir verweisen auf den Erfolg der Versicherungssysteme, die in katholischen Diözesen entstanden, z.B. in Bwamanda (Demokratische Republik Kongo) oder, in geringerem Umfang, in Nkoranza (Ghana). Das Modell von Bwamanda stützt sich auf ein integriertes Entwicklungsprojekt, das im Laufe mehrerer Jahrzehnte aufgebaut wurde. Angesichts der eindrucksvollen Ergebnisse (Landwirtschaft, Infrastruktur, Gesundheitswesen ...) hatte die Bevölkerung allen Grund, dem Zentrum für integrale Entwicklung Vertrauen zu schenken, als es seine Krankenversicherung einführte. Die Unterstützung der katholischen Mission für die NRO, und sei es nur in Bezug auf das „Vertrauenkapital“ und die finanzielle Garantie, dürfte auch eine wichtige Rolle gespielt haben. Dazu Ilunga et al., 1995.

Wir kommen später auf die zentrale Bedeutung des Vertrauens für die Entwicklung von Versicherungen und Hilfsvereinen auf Gegenseitigkeit im Gesundheitswesen zurück. Dieser Aspekt wird unserer Meinung nach in der Literatur zu wenig berücksichtigt. Wir haben gesehen, dass das Vertrauen vor allem auf der Möglichkeit beruht, Rechtsverstöße zu bestrafen. Eine glaubwürdige Justiz ist die angemessene Antwort. Eine alternative Lösung ist eine vertrauenswürdige Instanz der Selbstkontrolle (z.B. ein Aufsichtsamt für das Versicherungswesen), sie müsste aber wohl von diesem Sektor selbst, d.h. von den Versicherten finanziert werden!

Ohne dieses Sicherheit vermittelnde Umfeld werden die Haushalte den vorgeschlagenen Lösungen misstrauen. Dies erklärt vielleicht die geringe Mitgliedschaft in vielen Fällen, vor allem bei einigen der staatlichen Einrichtungen. Allgemein erklärt dieser Umstand, warum in vielen armen Ländern soziale (Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit) oder gewinnorientierte Initiativen (private Versicherungen)¹³ gegenwärtig wenig Aussicht haben sich zu entwickeln.

Zu hohe physische Transaktionskosten

Wir wissen, dass die Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit den Netzwerken der gegenseitigen Hilfe dank der breiteren Risikoverteilung überlegen sind. Die Erweiterung des Versicherungspools hat aber auch ihren Preis.

In zahlreichen afrikanischen Ländern lebt die Landbevölkerung weit verstreut. Wer neue Mitglieder rekrutieren will, verbraucht daher erhebliche Ressourcen durch Reisen. Aus ähnlichen Gründen erlaubt es die geringe Zahl der Lohnempfänger nicht, die Beiträge an der Quelle einzuziehen. Da diese wenig kostspielige Regelung des Beitragseinzugs nicht zur Verfügung steht, müssen die Versicherungsinteressenten oder der Versicherer Mittel aufwenden, um die verstreuten Prämienzahlungen zu verwalten (Reisen, administrative Betreuung des Einzelfalls, Mahnungen bei Verzug ...).

Diese Kosten trägt der Haushalt entweder direkt (wenn er sich zum Büro des Versicherers begibt) oder indirekt über die an den Hilfsverein überwiesene Prämie (Bezahlung der Entschädigung für die Freiwilligen oder der Löhne für die Angestellten, die die Prä-

13. Das Fehlen einer das Recht durchsetzenden Justiz entmutigt auch Investoren: Mit wessen Unterstützung können sie rechnen, wenn Personen, denen Fonds in Gewinnabsicht anvertraut wurden, Gelder unterschlagen?

mien im Hause der Versicherten einsammeln). Auf alle Fälle sind diese Mitgliedschaftskosten Finanzmittel, die nicht für die Finanzierung des Schadens selbst zur Verfügung stehen. Damit verliert die Versicherung an Attraktivität für die Haushalte.

In bestimmten Fällen ließen sich die Kosten verringern, indem man sich auf bereits bestehende Einrichtungen stützt (das Netz der Einrichtungen zur Gesundheitsversorgung, Freiwillige des Hilfsvereins, eine die Jahreseinnahmen aus dem Baumwollanbau verwaltende Genossenschaft im Dorf, ein Netz von Sparkassen ...). Die geringe Bevölkerungsdichte und die schlechten Straßenverhältnisse belasten in den meisten Fällen jedoch den Budgetposten, der für die Ausdehnung der Abdeckung vorgesehen ist. Haushalte, die sehr entfernt leben, versichern sich nicht, und der Hilfsverein hat eine zu geringe Rekrutierungsbasis, um die verschiedenen Strukturkosten zu finanzieren (Miete und Büroausrüstung, Ausbildung, Buchführung ...). Die privaten Versicherer meiden teils aus diesem Grund die ländlichen Gebiete der armen Länder.

Hohe Fixkosten für Versicherungspolice

Selbst im städtischen Bereich, wo die Bevölkerungsdichte hoch ist und Fachkräfte zur Verfügung stehen, entstehen wenig Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit im Gesundheitswesen. Mit Ausnahme von Angeboten für die wohlhabenderen Bevölkerungsschichten interessieren sich die privaten Versicherungsträger schon aus Rentabilitätsgründen nicht für die Krankenversicherung¹⁴.

Eine Erklärung ist der erhebliche Anteil der Fixkosten bei der Unterzeichnung einer Versicherungspolice. Der Abschluss eines solchen Vertrages kostet den Versicherer verwaltungsmäßig (Zeitaufwand des Beschäftigten, Büromaterial, Aktenführung ...) ähnlich viel wie die Deckung eines Schadens in Höhe von 1000 oder gar 100 000 Francs. Verträge mit hohen Versicherungsprämien erlauben daher eine erheblich größere Gewinnspanne. Nur die Wohlhabenden, die zudem häufig geringere Risiken mit sich bringen, können für die Versicherer rentable Policen unterschreiben.

Die städtischen Massen haben dafür zu geringe Ressourcen. Selbst wenn ein Haushalt sein gesamtes für die „Gesundheit“ zur

14. Hier ist der Gegensatz zu den OECD-Ländern bemerkenswert, wo die Versicherungsgesellschaften intensive Werbung betreiben, um ihre Marktanteile im Gesundheitswesen zu erhöhen.

Verfügung stehendes Budget für die Versicherung aufwendet, bliebe das Prämienvolumen bescheiden. Der Gestaltungsspielraum, der dem Versicherungsträger bei einem solchen Vertrag bleibt, ohne die Mitgliedschaft des Haushalts zu gefährden, wird zu gering sein und es unmöglich machen, das Rentabilitätsminimum zu erreichen, das ein Investor für sein Kapital fordert. Und dies, ohne die zusätzlichen Verwaltungskosten zu rechnen, die ärmere Mitglieder verursachen: längere Erläuterungen, unvollständige Akten, Verzug bei Neufestsetzung der Prämien ...

Die Armut der Mehrheit der Bevölkerung und die hohen Kosten des Versicherers führen dazu, dass sich die Krankenversicherung in zahlreichen armen Ländern nicht rentiert.

*Die erwarteten Gewinne sind zu niedrig,
zu unsicher oder liegen in zu ferner Zukunft*

Wir sollten nicht vergessen, dass zwischen dem Auftreten der Krankheit und den Ausgaben für die Behandlung eine Entscheidung des Haushalts fällt, nämlich ob er auf die Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung zurückgreift oder nicht. Die Nachfrage nach der medizinischen Versorgung hängt einerseits vom erwarteten Gewinn, andererseits von der Zahlungsfähigkeit des Einzelnen ab.

Der erwartete Gewinn hängt natürlich von der Qualität und der Effizienz der Dienstleistungen im Gesundheitswesen ab. Der Einzelne möchte sich nur dann gegen Behandlungskosten versichern, wenn er den Eindruck gewinnt, dass die Behandlung seiner Gesundheit zugute kommt¹⁵! Wenn die Bevölkerung ein Behandlungsangebot mit oder ohne Grund zurückweist, weil es als unzureichend und ineffizient angesehen wird, nützt die Versicherung nichts: Man macht nicht davon Gebrauch, weder durch Sparen noch über eine Versicherungspolice, da es sich um Ausgaben handelt, die von vornherein nicht vorgesehen sind!

Die erwarteten Gewinne müssen bedeutend und sollten auch nicht allzu ungewiss sein. Die Haushalte werden sich kaum für die Schaffung eines Hilfsvereins auf Gegenseitigkeit interessieren oder

15. Dabei kommt es vor, dass der Haushaltsvorstand die Gesundheit der Familienmitglieder nicht nach dem gleichen Maßstab bewertet: Ein erwerbstätiges Haushaltsmitglied kann mehr wert sein als ein abhängiges, ein Junge mehr als ein Mädchen ... Ein Versicherungsangebot kann zurückgewiesen werden, weil es sich vor allem an die wirtschaftlich weniger wertvollen Individuen richtet.

Beiträge an ihn zahlen, wenn das von ihm unterbreitete Behandlungsangebot Schwächen aufweist. Wir haben bereits die Frage des Missbrauchs von Seiten des Versicherers erörtert. Wir haben gezeigt, wie die Straflosigkeit desselben die Haushalte zum Misstrauen anhält. Selbst wenn der Versicherer ehrlich ist, können andere Probleme auftreten: Die Schwächen des Hilfsvereins können gesehen werden (geringe Finanzreserven, Abhängigkeit von einem externen Partner ...), die Behandlungsqualität kann von der Präsenz eines für sein Engagement und seine Kompetenz bekannten Arztes abhängig gemacht werden (Letourmy, 2000), die wirtschaftliche oder politische Lage kann tief greifende Veränderungen erwarten lassen ...

Schließlich sollten die vom Einzelnen erwarteten Gewinne zeitlich nicht allzu fern liegen. In einer wirtschaftlichen Situation, in der es mehr oder weniger ums Überleben geht, zählt vermutlich vor allem die Gegenwart. Je ferner eine Leistung ist, desto weniger Wert wird ihr zum heutigen Zeitpunkt zugemessen. Angesichts des starken Einflusses der Jahreszeiten auf das ländliche Leben, kann man annehmen, dass die meisten Haushalte in Afrika südlich der Sahara mindestens ein Jahr vorausschauen (üblicher Versicherungszeitraum der Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit). Wir gehen allerdings davon aus, dass nicht einmal das für die Ärmsten stimmt.

Die endgültige Entscheidung des Haushalts, sich zu versichern, hängt von dem Vorteil ab, den das erbrachte Opfer bringt (d.h. die heutige Zahlung der Versicherungsprämie, aber auch die nicht versicherten Kosten, die auf die Familie zukommen, wenn sie das Gesundheitswesen in Anspruch nimmt: Kostenbeteiligung, Transport, Opportunitätskosten für Begleiter ...). In vielen Gegenden ist die Behandlung weder *zugänglich* noch *qualitativ hochwertig*. Eine Deckung der Risiken durch Sparen oder eine Versicherung macht dann keinen Sinn. Die schlechte Qualität der Behandlung dürfte eine wichtige Erklärung für die schwache Entwicklung von Hilfsvereinen auf Gegenseitigkeit im Gesundheitswesen dieser Länder sein (Letourmy, 2000; Criel und Waelkens, 2001). Aus operationeller Sicht steht man vor der Frage, ob das Ei oder die Henne zuerst dagesen ist. Wenn man nicht schon die Grundbedingungen ändern möchte, sollte zumindest die Förderung von Versicherungslösungen mit der Verbesserung der medizinischen Versorgung und der Qualität der Leistungen einhergehen.

Eines der herkömmlichen Argumente zugunsten von Versicherungen und Hilfsvereinen auf Gegenseitigkeit ist neben dem verbesserten Zugang zum Gesundheitswesen die Möglichkeit, die Einnahmen der Gesundheitsdienste zu stabilisieren und zu erhöhen. Ein weiteres Argument hebt hervor, dass der Versicherungsträger, wenn er es wünscht, seine Position als Käufer von Leistungen nutzen kann, um die Behandlung zu rationalisieren und zu verbessern. Man schließt daraus, dass die Gesundheitsministerien eigentlich nur an diesem „Produkt“ interessiert sein können und entsprechend Werbung machen.

Während die Stabilisierung und Steigerung der Einnahmen dem System der Gesundheitsversorgung zugute kommt, kann der Erfolg des Hilfsvereins auf Gegenseitigkeit im Widerspruch zu den Interessen Einzelner stehen, die aus der Schwäche der Nutzer Vorteile ziehen (Bestechungsgelder, unnötiges Verschreiben von Medikamenten ...). Die Einführung eines Hilfsvereins kann das Kräfteverhältnis zwischen einzelnen Leistungserbringern und Nutzern grundlegend zugunsten Letzterer verändern (Criel, Wiegandt et al., 2000). Die Bedrohung wird deutlich, wenn der Hilfsverein sich als Gegenmacht versteht (Aushandeln der Tarife, Rationalisierung der Verschreibungen, Bekämpfung von Missbrauch ...).

Wie sich schon bei den Gesundheitsausschüssen und der Beteiligung der Gemeinschaften im Allgemeinen zeigte, ist zu befürchten, dass die Hilfsvereine wenig Unterstützung erhalten von jenen, die täglich in der staatlichen Gesundheitsversorgung tätig sind. Im besten Falle kann man von ihnen erwarten, dass sie die Entwicklung nicht behindern. Von ihnen ist jedenfalls keine nachhaltige Förderung zu erhoffen.

Allgemein stellt sich die Frage, ob man beim richtigen Partner ist, wenn man Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit im Gesundheitswesen mit Hilfe der Gesundheitsministerien entwickeln möchte (Létourmy, 2000). Die Zivilgesellschaft (Kirchen, Berufsverbände, Gemeinschaften ...) und selbst die mit der ländlichen Entwicklung in anderen Ministerien Befassten (oder jene, die zumindest von den Gesundheitsdiensten unabhängig sind) sind in unseren Augen glaubwürdigere Partner für Veränderungen. Auf jeden Fall müssen die Befürworter von Hilfsvereinen mit Widerstand und Sabotage gegen ihre Aktionsstrategie rechnen.

Eine weitere Ursache für die geringe Akzeptanz interessanter Versicherungslösungen dürfte in der Denkweise zu suchen sein, die in traditionellen Gesellschaften vorherrscht.

In bestimmten Kulturen wird Krankheit nicht als Zufall angesehen: Der Einzelne leidet, weil ein böswilliges Individuum ihn verzaubert hat oder einfach weil es der göttliche Wille ist. Glück und Unglück werden allgemein nicht als zufallsbedingt angesehen, sondern als Phänomene, die sich beherrschen und hervorrufen lassen. Aus dieser Sicht ist eine freiwillige und ausdrückliche *formelle* Absicherung im besten Fall eine ineffiziente Strategie, im schlimmsten Fall eine Provokation.

Eine hohe Zahl von Nichtverlängerungen der Policen kann auch das Ergebnis der Unzufriedenheit des Haushalts mit dem sein, was er aufgrund seiner Mitgliedschaft erhalten hat. Platteau zufolge werden Haushalte in traditionellen Gesellschaften, die informelle Lösungen der Risikoabdeckung eingehen, von Prinzipien geleitet, die weniger der Versicherungslogik entsprechen, sondern eher auf einer *im Gleichgewicht befindlichen Reziprozität* beruhen: Sie legen Wert darauf, am Ende etwas für ihren Beitrag zu erhalten, auch wenn es geringerwertig ist (Platteau, 1997). Dieses Prinzip ist mit formellen oder informellen Formen der Risikoverteilung nicht unvereinbar. Es erfordert aber gewisse Anpassungen unserer Versicherungen und Hilfsvereine im Gesundheitsbereich, um ihre Akzeptanz zu erhöhen: insbesondere eine Ausdehnung der Abdeckung auf kleine, häufigere Risiken¹⁶ und solche, die außerhalb der Gesundheitsversorgung liegen (Bestattungskosten ...).

*Erklären unangepasste moralische Werte
das afrikanische Paradox?*

Jedes wirtschaftliche Tauschgeschäft, auch die Mitgliedschaft in einem Hilfsverein auf Gegenseitigkeit oder einer Versicherung, bedarf des Vertrauens. Wir haben bereits die absolute Notwendigkeit von Sanktionsmechanismen erwähnt, die sich gegen Opportunisten richten, um dieses Vertrauen zu stützen. Diese Mechanismen

16. Damit kommen wir auch einer Forderung entgegen, die häufig zu hören ist, wenn sich die Deckung auf größere, mit Krankenhausaufenthalten verbundene Risiken beschränkt.

Gesetzen, Finanzierung der Justiz, Einrichtung von Kontrollinstanzen ...) und den Einzelnen mit sich (z.B. wenn er entscheidet einen Vertrag nicht mehr zu erneuern, weil er kein Vertrauen mehr in die andere Seite hat).

Ideal für die Gesellschaft wäre eine Lösung, die Vertrauen zu geringeren Kosten schafft. Dies ist die eigentliche Aufgabe moralischer Werte. Wir verstehen darunter Verhaltensnormen, die ein Individuum verinnerlicht hat und deren Einhaltung für den Einzelnen von zentraler Bedeutung ist: Normen werden nicht aufgrund einer externen Belohnung oder Bestrafung respektiert, sondern weil sie den eigenen Wertvorstellungen entsprechen. Verstöße gegen die Norm führen hingegen zu unangenehmen Gefühlen wie Schuld und Scham.

Diese Normen werden uns in zwei Sozialisierungsphasen übermittelt. Die primäre Phase fällt mit der Kindheit zusammen: Die Erziehung besteht zu einem guten Teil aus der Vermittlung dessen, was als gut und böse angesehen wird, durch die affektive Mittlerfunktion der Eltern. In der sekundären Sozialisierungsphase wird dieses Wertegerüst gestärkt und erhalten (Religion, Schulausbildung ...) sowie spezifischeres Wissen vermittelt (berufliche Normen, gesellschaftliches Protokoll, Vereinsregeln ...).

Für Ökonomen, die sich mit den Transaktionskosten befassen, sind diese moralischen Werte sehr wichtig: Wenn der Einzelne sie selbst dann respektiert, wenn er nicht damit rechnen muss, von den andern bei einem Verstoß erlappt zu werden, erspart dies kostspielige Vertragssysteme, Kontrolle und Sanktionen. Der Einzelne hält die Regeln nicht deshalb ein, weil er die Sanktion einer zentralen Instanz (Justiz) oder eine Bestrafung durch seine direkten Partner (Nichterneuerung des Vertrages) fürchtet, sondern weil er dies für richtig hält. Damit dieses Prinzip auch funktioniert, muss die Gruppe Bestimmungen erlassen, aus denen hervorgeht, dass sie selbst ebendiese Werte respektiert. Es geht darum, die Werte am Leben zu erhalten und sie wenn möglich zu stärken. Hier müssen Modelle präsentiert werden mit allfälligen Belohnungen bei Einhalten der Normen und ausdrücklichen Sanktionen bei Verstößen. Das im Wirtschaftsleben notwendige Vertrauen bildet sich aufgrund einer funktionierenden Justiz in Kombination mit moralischen Werten, die sich günstig auswirken. Unsere Hypothese besagt, dass die Normen in zahlreichen afrikanischen Gesellschaften auch heute noch eine dezentralisierte gegenseitige Hilfe begünstigen, einer

institutionellen Lösung der Risikoverteilung jedoch entgegenstehen.

In traditionellen Gesellschaften dominieren Werte wie Geben, Solidarität und Gemeinsinn. Die sich daraus ergebenden Verhaltensregeln stärken das Vertrauen unter den Mitgliedern der Gemeinschaft, was wiederum die Transaktionskosten verringert und die Umsetzung der gegenseitigen Hilfe erleichtert. Angesichts der Vielzahl der Risiken, die mit den prekären Lebensbedingungen häufig sehr armer Bevölkerungsgruppen verbunden sind, ist die Bedeutung dieser gegenseitigen Hilfe offensichtlich.

Historisch gesehen, haben andere Faktoren die Umsetzung der gegenseitigen Hilfe begünstigt. So etwa die physische Nähe in einem Dorf (Sichtbarkeit der Mittel und Bedürfnisse) und die vielfältige Interaktion in zeitlicher (man kennt sich aufgrund der gemeinsamen Vergangenheit, die gemeinsame Zukunft legt es nahe, Beziehungen aufrechtzuerhalten) und inhaltlicher Hinsicht (neben der gegenseitigen Hilfeleistung kommen die gleichen Individuen zusammen, um Güter und Dienstleistungen auszutauschen, aber auch um Kollektivgüter zu finanzieren, herzustellen und zu verwalten, sowie andere wechselseitige Abhängigkeiten). Schließlich verringerte eine gewisse wirtschaftliche Gleichheit unter den Haushalten (in Bezug auf das Risikoprofil und die Ressourcen) das Risiko, dass eine allzu große Zahl unter ihnen in Versuchung gekommen wäre, sich auf eigene Rechnung zu versichern.

Die Gemeinschaft verfügte mit der *sozialen Ächtung* über eine wirksame Waffe, um den Wert dieser moralischen Normen immer wieder zu bestätigen. Sie ist in vielen Kulturen ein umso stärkeres Druckmittel, da die Schande nicht nur den Schuldigen trifft, sondern auch auf die Seinigen zurückfällt. Sobald das System der gegenseitigen Hilfe eingerichtet war, hatte es die Gruppe nicht einmal mehr nötig, zu extremen Sanktionen wie der Ächtung oder gar dem zeitweiligen Ausschluss aus der Gesellschaft zu greifen: Gemeinsinn und Gebebereitschaft, Verhaltensnormen, Spielregeln und entsprechende Rituale waren in jedem fest verankert.

Im Laufe der letzten Jahrzehnte haben sich diese Verhältnisse in Afrika teilweise verändert¹⁷. Die westliche Welt hat ihre stärker indi-

17. Wie dies bereits über einen wesentlich längeren Zeitraum hinweg in den westlichen Gesellschaften geschah: Die Solidarität in den Dörfern (bisweilen gegen das Nachbardorf gerichtet!) ist verschwunden; die Familienpflichten beschränken sich auf Verwandte ersten Grades, die menschlichen Beziehungen sind anonym und die Pflichten institutionalisiert worden. Es liegt uns fern, die Veränderungen, die eine

viuell ausgerichteten, liberaleren Werte verbreitet. Das Eindringen des Marktes fördert die Spezialisierung, schafft soziale Unterschiede, bietet Überlebenschancen unabhängig von der Herkunftsgemeinschaft. Sparen wird erleichtert, da es, insbesondere bei Geld, leichter ist, es dem Blick der anderen und der Netzwerke zur gegenseitigen Hilfe zu entziehen. Während das Sparen und Investieren für das Wachstum unverzichtbar sind, erreicht das Sparen, wie wir gesehen haben, als Versicherungsmechanismus schnell seine Grenzen. Eine gemeinschaftliche Risikoverteilung ist da interessanter. Wie bereits festgestellt, gibt es aber kaum spontane Initiativen, um neue Formen der kollektiven Sicherung zu schaffen. Ist es nicht paradox, dass die afrikanischen Gesellschaften, die so stark auf Solidarität beruhen, derartige Probleme haben, wenn es darum geht, Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit im Gesundheitswesen zu schaffen?

Ein guter Teil der Antwort auf diese Frage beruht gerade auf diesem Solidaritätsverständnis. Die Solidarität bezieht sich meist auf die Familie, den Clan, den Stamm. In zahlreichen traditionellen Gesellschaften¹⁸ spielen Untergruppen und Hierarchie eine große Rolle. Die sozialen Verhaltensregeln sind unterschiedlich je nachdem, ob man mit seinem Bruder, einem Nachbarn aus einer anderen Linie, einem Fremden aus einem anderen Stamm oder einem Ausländer verkehrt (Platteau, 1994). An manchen Orten sind Gaunereien, Diebstahl und Raub moralisch vertretbar, wenn das Opfer ein Fremder ist. Dagegen hat der Einzelne gelernt, dass es schlecht und unwürdig ist, einem nahen Verwandten nicht zu helfen. Unangenehme Gefühle wie Schuld oder Scham stellen sich weniger ein, wenn es um den Missbrauch „anonymer“ Ressourcen („unpersönliche“ staatliche Mittel sowie Geld von Unternehmen, Projekten und aus dem Ausland) geht, als wenn jemand kein Mitleid mit einem bedürftigen Verwandten zeigt.

Was der Einzelne persönlich empfindet, wird durch Mechanismen, die seine Bezugsgruppe zur Bestätigung der moralischen Vorschriften eingeführt hat, noch verstärkt. Seine Bezugsgruppe wird ihm deutlich zu verstehen geben, dass seine Weigerung, einen Ausländer zu schädigen, als Im-Stich-Lassen der Familie, als feindlicher

Individualisierung des gesellschaftlichen Lebens bringt, in jeder Hinsicht zu begrüßen!

18. Afrikanische, aber auch andere Gesellschaften mit anderen Merkmalen in Asien (Jemen, Afghanistan ...) oder in Europa (Kaukasus ...) lassen sich unter diesem Gesichtspunkt hier anführen.

Akt gegen das Netzwerk der gegenseitigen Hilfe und Leugnen der Unterstützung, die er selber früher erhalten hat, gedeutet werden kann. Ganz allgemein würde ein Zurückweisen der Gebepflicht, die die gegenseitige Hilfe erst möglich macht, von den anderen als Habgier gewertet; der Einzelne weiß zudem, dass dies den bösen Blick anzieht (Olivier de Sardan, 1999).

Ein Gefühl der Schuld, Scham und Eigeninteresse drängen den Einzelnen daher, der Tradition treu zu bleiben. Wer sich gegen die Tradition und die Pflichten wendet, begeht nicht nur eine schwere moralische Verfehlung, deren Folgen er auf sich nehmen muss, sondern verrechnet sich auch: Wenn sich die wirtschaftliche Lage verschlechtert, bietet das soziale Kapital die einzige Ressourcenquelle, auf die Haushalte noch bauen können (Woolcock und Narayan, 2000).

Diese starke gefühlsmäßige Verpflichtung innerhalb einer kleinen schwachen Gruppe gegenüber der großen Mehrheit hat eine erhebliche Bremswirkung auf die wirtschaftliche Aktivität und den Wohlstand¹⁹. Diese basieren weitgehend auf einer Erweiterung der Bezugsgruppe: Eine solche Vergrößerung schafft neue Unterschiede und damit neue Austauschmöglichkeiten zwischen den Individuen. Diese Erweiterung ist umso einfacher, je stärker bestimmte Wertvorstellungen (Respekt des gegebenen Wortes, Empathie und Ehrlichkeit gegenüber dem Fremden ...) ²⁰ in dieser größeren Gruppe geteilt werden. Es wird dagegen wenig Wohlstand geschaffen, wenn der Unternehmer aufgrund des herrschenden Misstrauens in seinen Tauschgeschäften mit Investoren, Arbeitnehmern, Zulieferern von Material oder Waren und den unbekanntenen Konsumenten seines Produkts eingeschränkt wird²¹. So geht es dem Markt besser, wenn es *allgemeine moralische Wertvorstellungen* gibt: Die Ehrlichkeit der

19. Wir verdanken J.-Ph. Platteau den Hinweis auf die *limited-group morality* als Hindernis für die wirtschaftliche Entwicklung. Zur Beziehung zwischen moralischen Werten, Vertrauen und Markt siehe Platteau (1994) und die Diskussion in den folgenden Ausgaben des *Journal of Development Studies*.

20. Bestimmte Aktivitäten sind ohne die spezifische Festlegung von Moralnormen nicht denkbar. Denken wir an die wichtige Funktion des Berufsethos in Tätigkeitsbereichen, in denen eine erhebliche Informationsasymmetrie zwischen den am Austausch Beteiligten besteht. Die Gesundheitsversorgung ist natürlich das beste Beispiel.

21. Dieses Misstrauen erklärt z.B., warum es so wenig Partnerschaften zwischen Unternehmern aus verschiedenen ethnischen Gruppen in Afrika gibt. Zum Verlust an Effizienz, der durch diese auf die eigene ethnische Gruppe begrenzte Zusammenarbeit entsteht, siehe Kennedy (1988) und Faichamps (1999).

Parteien fördert das Vertrauen, was wiederum die Transaktionskosten senkt.

Diese allgemeinen moralischen Wertvorstellungen sind auch nötig für die Finanzierung und die Produktion der Kollektivgüter. Viele von ihnen hängen effektiv vom Vorhandensein einer großen Bezugsgruppe ab: städtische Gemeinschaft, Region, Land ... Unverzichtbar ist dann auch eine Weiterverbreitung der Wertvorstellungen: Die Finanzierung des Staates ist umso einfacher, je mehr Bürgersinn der Steuerzahler zeigt; die Schonung der kollektiven Infrastruktur und der Umwelt hängt vom Respekt der Bevölkerung für diese ab; die Landesverteidigung basiert auf Patriotismus und Gehorsam; die Justiz gründet sich auf den alltäglichen Respekt der Rechte anderer; die Verwaltung des öffentlichen Dienstes setzt staatsstreues Denken voraus; die humanitäre Hilfe geht auf einen Verantwortungssinn für die gesamte Menschheit zurück²² ...

Diese Erweiterung der Bezugsgruppe macht zudem die institutionellen Lösungen zur gemeinschaftlichen Risikoverteilung effizienter. Eine institutionelle Verteilung der Risiken profitiert nur dann von Größenvorteilen, wenn sie über enge soziale Netzwerke hinausgeht. Um die mit der Informationsasymmetrie verbundenen Kosten tragen zu können, müssen neue soziale Bindungen geschaffen werden: Der Versicherungsträger, seine Beschäftigten, die Versicherten und die Leistungserbringer im Gesundheitswesen müssen sich gegenseitig respektieren und alle gemeinsam ehrliches Verhalten an den Tag legen. Anderenfalls stellt sich kein spontanes Vertrauen ein, und es müssen übertrieben hohe Mittel für Kontrollen verwendet werden. Wenn der Versicherungsträger seine Zeit damit verbringen muss zu überprüfen, ob die Versicherten und die Leistungserbringer nicht betrügen, wenn die Mitglieder des Hilfsvereins auf Gegenseitigkeit beständig die Verwaltung im Auge haben müssen und Letztere ihre Angestellten streng kontrollieren muss, bleiben ganz offensichtlich wenig Mittel zur Finanzierung der Abdeckung! Und es gibt noch einen zweiten moralischen Aspekt, der eine gemeinschaftliche Risikoverteilung begünstigt: Wir sprechen natürlich von der Bereitschaft zur Solidarität. Je mehr diese über den engen Rahmen der Familie hinausgeht und universellen Charakter hat, desto

22. Diese lange Liste, die sich an den Leser in einem Industrieland richtet, zeigt, dass die Normen nirgendwo unveränderlich sind: Eine Reihe dieser Funktionen hat sich ganz offensichtlich in den letzten Jahrzehnten in den westlichen Gesellschaften verschlissen oder sieht sich im Gegenteil gestärkt.

leichter lässt sich die gemeinschaftliche Risikoverteilung umsetzen.

Wir sehen hier, wie moralische Werte, die Netzwerken der gegenseitigen Hilfe zugute kommen, die Entwicklung institutioneller Lösungen der Risikoverteilung behindern, jedenfalls dann, wenn dies in größerem Umfang geschehen soll: Die gleichen moralischen Werte und Bindungen, die die Transaktionskosten für die traditionelle gegenseitige Hilfe verringern, erhöhen sie bei den institutionellen Lösungen.

Es ist natürlich schwierig festzustellen, in welchem Umfang dieses Problem der moralischen Werte die Entwicklung von Hilfsvereinen auf Gegenseitigkeit im Gesundheitswesen behindert. Unsere Hypothese geht davon aus, dass das heutige Werteumfeld in vielen afrikanischen Gesellschaften nicht unbedingt so günstig für Hilfsvereine ist, wie man bisher gedacht hat.

Da sich die Dynamik des Entstehens und des Abbaus von Normen kaum steuern lässt, lassen sich auch die Mechanismen, die den Übergang von einer *limited-group morality* zu einer *generalised morality* (Platteau, 1994) begünstigen, nur schwer feststellen. Die Schule, die Religion, die Zivilgesellschaft, die Presse, Berufsverbände spielen hier sicher eine Rolle. Die Justiz, eine Notwendigkeit für sich, spielt auch eine Rolle bei der Bestätigung der im Entstehen befindlichen Normen.

Die Gesellschaft kann Normen nicht nur durch Sanktionen stärken, sondern auch durch Belohnungen. Es ist zwar unmöglich, Tugend zu messen und den Einzelnen entsprechend zu belohnen. Die Gesellschaft kann aber darauf achten, dass die Belohnten, auch wenn dies dezentralisiert im freien gesellschaftlichen Zusammenspiel geschieht²³, beispielhaft in ihrem Verhalten sind. Die Träger der politischen, wirtschaftlichen oder sozialen Macht müssen als Vorbilder dienen können. Wenn die höchsten staatlichen Stellen Raub und Vetternwirtschaft zum Schaden der Gemeinschaft betreiben, wenn die Reichen ihren Reichtum auf Betrug stützen, zeitigen diese Beispiele die umgekehrte Wirkung: Wer betrügt, gewinnt, und ehrlich sind nur naive und dumme Menschen. Es erübrigt sich, auf die in dieser Hinsicht dramatische Situation in vielen Entwicklungs- und Reformländern einzugehen.

Neben der Ehrlichkeit begünstigt eine zweite Wertvorstellung

23. Es handelt sich hier sogar um die wichtigste Form der Gratifikation. Ehrungen und Orden der Zentralgewalt sind natürlich lächerliche Belohnungen im Vergleich zu ökonomischem Reichtum.

institutionelle Lösungen der gemeinschaftlichen Risikoverteilung: ein breiteres Solidaritätsverständnis. In Europa ist sich eine bedeutende Arbeiterbevölkerung im 19. Jahrhundert bewusst geworden, dass sie aufgrund der miserablen gemeinsamen Arbeits- und Lebensbedingungen eine Schicksalsgemeinschaft bildet. Auf dieser Grundlage konnte sich ein umfassendes Solidaritätsgefühl entwickeln, und dies umso mehr, als es sich im Gegensatz zur „Ausbeuterklasse“ herausbildete. Durch ihren Zusammenhalt, ihr gesellschaftliches Gewicht und die Bedrohung, die sie für die bestehende Ordnung darstellte, konnte die Arbeiterbewegung soziale Reformen erzwingen oder anregen und eine breitere Solidarität schaffen; diese verkörpert sich heute im Wohlfahrtsstaat und den sozialen Rechten (de Swaan, 1988; Vanthemsche, 1994). Wir sollten daran denken, dass das politische, soziale und wirtschaftliche Umfeld in den afrikanischen Ländern gegenwärtig keinen derartigen Ausgangspunkt für einen Wandel bietet²⁴.

Lösungsansätze

114

So gibt es zahlreiche Gründe aus der Sicht der Haushalte dafür, warum die von uns vorgeschlagenen Lösungen ein unbefriedigendes Verhältnis zwischen den wahrgenommenen Vor- und Nachteilen ausweisen. Welche Form von Projekten sollten entwickelt werden, um diese Hindernisse zu überwinden, welche Lösungsansätze und zusätzlichen Forschungen sind vielversprechend?

Unserer Auffassung nach müssen die Träger (Geber und NROs) den Sinn für die Realitäten wahren. In vielen Regionen Afrikas bestehen erhebliche Restriktionen fort. Die Dynamik sollte daher von Pilotprojekten in den besonders günstigen Gebieten ausgehen.

24. Bemerkenswert erscheint uns auch der Hinweis, in welcher prekärer Situation sich der Proletarier im 19. Jahrhundert befand. Die Landflucht und das Ende der Gesellenvereine hatten die Netzwerke zur gegenseitigen Hilfe aufgelöst; der Verlust des Produktionsmittels (das Land oder der kleine Laden) und die bescheidenen Löhne verhinderten jegliche Form der sozialen Sicherung durch Sparen (Vanthemsche, 1994). Bei Entlassung oder Krankheit verlor der Arbeiter seine Existenzgrundlage. Es bestand somit die dringliche Notwendigkeit, institutionelle Versicherungsmechanismen zu schaffen wie die Arbeitslosenversicherung, Hilfskassen ... Ohne daraus folgern zu wollen, dass die Entwicklung von Hilfsvereinen auf Gegenseitigkeit unbedingt vom Vorliegen radikaler Formen der Prekarität wie jener des Proletariats abhängt (genügend erfolgreiche Beispiele belegen das Gegenteil), räumen wir ein, dass die Tatsache, dass afrikanische Haushalte in Bezug auf die soziale Sicherung immerhin partielle Alternativen haben, kein Vorteil ist.

Wir empfehlen Initiativen in Räumen mit hoher Bevölkerungsdichte, wo die Mehrheit der Haushalte einer stabilen wirtschaftlichen Aktivität nachgeht und die Bevölkerung bereits von einem leistungsfähigen Gesundheitswesen profitiert. Idealerweise sollte sich die Versicherung auf eine gemeinschaftliche, wirtschaftliche oder soziale Institution stützen, die sich bereits als vertrauenswürdig erwiesen hat (Carrin et al., 2001). Wenn die Ausdehnung der Abdeckung das erste politische Ziel ist, bieten die Netzwerke der Kirchen einen Lösungsansatz, der nicht zu verachten ist.

Machen wir uns nichts vor: Bevor die Hilfsvereine eine verlässliche Finanzierungsquelle werden, sind zusätzliche Ressourcen gefordert. Ihre dynamische Entwicklung muss über mehrere Jahre subventioniert werden: Die Bedürfnisse reichen von der Werbung für die Idee bis hin zur fortlaufenden Betreuung, von der Umsetzungsphase bis hin zur Ausarbeitung der Gesetzestexte.

Die Werbemaßnahmen müssen weitergeführt, Ausbildung angeboten sowie Kompetenzen und nationales Fachwissen bereitgestellt werden (Carrin et al., 2001). Selbst die besten Projekte leiden unter ihren Kinderkrankheiten. Die finanzielle Unterstützung sollte daher auch geschickte Unterstützungsmechanismen für Institutionen beinhalten, die in Schwierigkeit geraten. Dieser Unterstützungsbedarf ist ein eindeutiger Wink mit dem Zaunpfahl, dass hier externe Hilfe, aber auch jene der nationalen Stellen gefordert ist. Letztere sollten sich klar darüber sein, dass Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit und Versicherungen keine *Wunderwaffe* oder ein Mittel sind, um sich seiner finanziellen Verpflichtungen zu entledigen. Ganz im Gegenteil: Auch sie müssen für die Ärmsten Beiträge zahlen, d.h. für all jene, die nicht selber dazu in der Lage sind (Carrin et al., 2001). Die Systeme der gemeinschaftlichen Risikoverteilung nahmen übrigens in Europa erst dann richtig Aufschwung, als der Staat in diesem Bereich seine Verantwortung wahrnahm (de Swaan, 1988).

Unserer Auffassung nach geht die Verpflichtung der nationalen Behörden in Afrika sogar noch weiter. Wenn wir heute neue Institutionen zur gemeinschaftlichen Risikoverteilung im Gesundheitsbereich brauchen, dürfen wir nicht übersehen, dass dies am Scheitern des von Beveridge konzipierten Wohlfahrtsstaates liegt. Und wenn wir eine gemeinschaftliche Risikoverteilung über private Versicherungen oder Hilfsvereine empfehlen, müssen wir uns vergewissern, ob die eigentlichen Ursachen des staatlichen Scheiterns bei der Verwaltung dieser Dienstleistungen nicht auch die institutionelle Entwicklung der Hilfsvereine beeinträchtigen werden.

115

Es ist wichtig festzuhalten, dass das Scheitern hierarchischer Organisationsmodelle in Afrika sich nicht auf den Staat beschränkt. Auch im Privatsektor herrscht ein dezentralisierter Austausch vor: Aus Furcht vor dem opportunistischen Verhalten potenzieller Partner halten sich Unternehmer und Händler an Praktiken, die Risiken wie Betrug und Bankrott so gering wie möglich halten. Es ist kaum übertrieben zu sagen, dass der afrikanische Händler nur seine Eigenmittel investiert, persönlich die Qualität der gekauften Hirse prüft, auf den Säcken schläft, seinen Lastwagen selber fährt und nur gegen bar verkauft (Fafchamps, 1999). Bei dieser Ausgangslage ist es schwierig, die hierarchische Organisationsstruktur eines Großunternehmens zu begreifen.

Wie der öffentliche Dienst und die Privatunternehmen hängt die Entwicklung der Sozialwirtschaft vom Bestehen eines Rechtsstaats ab, der Verträge und Eigentum durch Normen garantiert, die das Vertrauen in wirtschaftliche Transaktionen begünstigen. Ohne diese Institutionen verbleiben die in Europa vom privaten nicht kommerziellen Sektor erbrachten Dienstleistungen in Afrika im Bereich der dezentralisierten Lösungen wie dem Vorsorgesparen und der gegenseitigen Hilfe, die auf einem zu engen Solidaritätsmodell beruhen.

Wir erwarten daher von den politischen Stellen eine behutsame Unterstützung der gegenwärtigen Entwicklung (Letourmy, 2000), aber auch eine Stärkung der Vertrauen erweckenden Institutionen. Diese Empfehlung gilt auch für die externen Träger: Alle Mechanismen, die Vertrauen schaffen, verdienen Unterstützung. Wir denken dabei an eher langfristig verfügbare Finanzhilfen, Mechanismen der Rückversicherung für Gruppen, die sich für eine Mikroversicherung entscheiden (Dror und Jacquier, 1999), die Einrichtung von Kontrollinstanzen und Rechnungsprüfungssystemen, die Unterstützung unabhängiger Presseorgane und der betroffenen Berufsgruppen ...

Welche Themen sollte die zukünftige Forschung aufgreifen? Wir meinen, dass die geringen Mitgliederzahlen und die wenigen spontanen Schöpfungen von Hilfsvereinen auf Gegenseitigkeit und Mikroversicherungen mehr Aufmerksamkeit verdienen. In unserem Eifer haben wir uns vielleicht zu schnell über die Lebensrealitäten der Menschen hinweggesetzt. Unsere Hypothesen zur Einschätzung der Krankheitsrisiken, zur Auffassung von ausgewogener Gegenseitigkeit, zum Stellenwert des Vertrauens und zum engen Moralverständnis wären es wert, durch weitere Beispiele bestätigt

oder widerlegt zu werden. Die Arbeiten von Entwicklungsökonominnen zu den institutionellen Zwängen, die die Entwicklung des Marktes oder „moderner“ Institutionen behindern, könnten Ausgangspunkt und Inspiration bieten.

Was die angewandte Forschung angeht, sollten angesichts der von den Hilfsvereinen und Versicherungen in bestimmten Umfeldern angetroffenen Einschränkungen Lösungen wie das Sparen, Kreditsysteme und vielleicht sogar die Pfandleihe in Betracht gezogen werden und sei es nur als Zwischenlösung. Was die laufenden Projekte für Hilfsvereine auf Gegenseitigkeit angeht, sollte es nun leichter fallen, die Gründe anzuführen, warum bestimmte Personen sich einem Hilfsverein anschließen und andere diese Lösung ablehnen oder ihre Mitgliedschaft nicht erneuern.

Literaturverzeichnis

- ANMC/BIT-ACOPAM/WSM. 1996. *Mutuelles de santé en Afrique: Guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérants*. Brüssel, Solidarité mondiale.
- Atim, C. 1998. *The contribution of mutual health organisations to financing, delivery, and access to health care: Synthesis of research in nine West and Central African countries*. Bethesda, MD, PHR.
- Bennett, S.; Creese, A.; Monasch, R. 1998. *Health insurance schemes for people outside formal sector employment* (ARA Paper Nr. 16). Genf, Weltgesundheitsorganisation.
- Carrin, G.; Desmet, M.; Basaza, R. 2001. „Neue Aufgaben für Regierungen und nicht gewinnorientierte Krankenversicherungsträger in ausgewählten Niedriglohnländern Afrikas und Asiens“, in X. Scheil-Adlung (Hrsg.), *Gestaltung der sozialen Sicherheit: Die Rolle der Privatisierung*. Bern, P. Lang.
- Chambers, R. 1979. *Health, agriculture and rural poverty: Why seasons matter* (IDS Discussion Paper 148). Brighton, Institute of Development Studies, University of Sussex.
- Criel, B.; Sylla, M.; de Béthune, X.; Yansané, M.; Camara, Y.; Condé, S.; Gody, M. 1999. „Impact of financial exclusion on health care utilization: Is insurance the answer? The case of Kissidougou in rural Guinea-Conakry“, in H. T. O. Davies, M. Tavakoli, M. Malek und A. Neilson (Hrsg.), *Controlling costs: Strategic issues in health care management*. Aldershot, Ashgate.
- Criel, B.; Van Dormael, M.; Lefèvre, P.; Menase, U.; Van Lerberghe, W. 1998. „Voluntary health insurance in Bwamanda, Democratic Republic

- of Congo: An exploration of its meanings to the community", in *Tropical Medicine and International Health*, Bd. 3, Nr. 8.
- Criel, B.; Waelkens, M. P.** 2001. *The social perception of a mutual health organisation in Guinea-Conakry, West Africa* (Konferenzbericht „Livelihood, savings and debt in a changing world: Developing anthropological and sociological perspectives“). Wageningen, 14.-16. Mai.
- Criel, B.; Wiegandt, A.; Vander Vennet, J.; Diallo, A. A.** 2000. *La Mutuelle de santé Maliando en Guinée forestière: une tentative d'approche partenariale entre communauté et services de santé* (Projektbericht). Antwerpen, ITM.
- De Swaan, A.** 1988. *In care of the State: Health care, education and welfare in Europe and the USA in the modern era*. Cambridge, Polity Press.
- Dror D.; Jacquier, C.** 1999. „Mikroversicherung: Ausdehnung der Gesundheitsversicherung auf die Ausgegrenzten“, in *Internationale Revue für Soziale Sicherheit*, Bd. 52, Nr. 1.
- Fafchamps, M.** 1999. *Networks, communities, and markets in sub-Saharan Africa: Implications for firm growth and investment* (Arbeitspapier).
- Gertler, P.; Gruber, J.** 1997. *Insuring consumption against illness* (NBER Working Papers Nr. 6035). Cambridge, MA, National Bureau of Economic Research.
- Griffin, C. G.; Shaw, R. P.** 1995. „Health insurance in sub-Saharan Africa: Aims, findings, policy implications“, in R. P. Shaw und M. Ainsworth (Hrsg.), *Financing health services through user fees and insurance: Case studies from sub-Saharan Africa*. Washington, DC, Weltbank.
- Ilunga, T. B.; Contandriopoulos, A.-P.; Fournier, P.** 1995. „Plan de paiement anticipé des soins de santé de Bwamanda (Zaire): Comment a-t-il été mis en place?“, in *Social Science and Medicine*, Bd. 40, Nr. 8.
- Kennedy, P.** 1988. *African capitalism: The struggle for ascendancy*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Letourmy, A.** 2000. „Les mutuelles de santé en Afrique: conditions d'un développement“, in *Afrique contemporaine* (Sondernummer).
- Meessen B.; Criel, B.** 2002. „Quelles stratégies de couverture face aux risques liés à la santé? Quelques points de repère microéconomiques pour la réflexion sur les stratégies disponibles dans les sociétés africaines et asiatiques“, in M. Audibert, J. Mathonnat und E. De Roodenbeke (Hrsg.), *Financer la santé dans les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie* (erscheint demnächst). Paris, Karthala.
- Morduch, J.** 1999. „Between the State and the market: Can informal insurance patch the safety net?“, in *World Bank Research Observer*, Bd. 14, Nr. 2.
- Normand, C.** 1999. „Using social health insurance to meet policy goals“, in *Social Science and Medicine*, Bd. 48, Nr. 7.

- Normand, C.; Weber, A.** 1994. *Social health insurance: A guidebook for planning*. Genf, Weltgesundheitsorganisation.
- Olivier de Sardan, J. P.** 1999. „A moral economy of corruption in Africa“, in *Journal of Modern African Studies*, Bd. 37, Nr. 1.
- Platteau, J.-P.** 1994. „Behind the market stage where real societies exist. Part II: The role of moral norms“, in *Journal of Development Studies*, Bd. 30, Nr. 3.
- . 1997. „Mutual insurance as an elusive concept in traditional rural communities“, in *Journal of Development Studies*, Bd. 33, Nr. 6.
- Sauerborn, R.; Nougtara, A.; Diesfeld, H. J.** 1996. *Les coûts économiques de la maladie pour les ménages en milieu rural du Burkina Faso*. Frankfurt/Main, P. Lang.
- Vanthemsche, G.** 1994. *La sécurité sociale: les origines du système belge, le présent face à son passé*. Brüssel, De-Boeck-Universität.
- WHO.** 2000. *World Health Report 2000 — Health systems: Improving performance*. Genf, Weltgesundheitsorganisation.
- Woolcock, M.; Narayan, D.** 2000. „Social capital: Implications for development theory, research, and policy“, in *World Bank Research Observer*, Bd. 15, Nr. 2.