

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Eva-Maria Schreiber, Matthias W. Birkwald, Christine Buchholz, Sylvia Gabelmann, Heike Hänsel, Andrej Hunko, Dr. Achim Kessler, Fabio De Masi, Victor Perli, Helin Evrim Sommer, Kathrin Vogler, Harald Weinberg und der Fraktion DIE LINKE.

Folgen für die Unterstützung von privaten Gesundheitsfonds und Gesundheitsinvestitionen nach dem Zusammenbruch der Private-Equity-Gesellschaft Abraaj

Der pakistanische Geschäftsmann A. N. gründete 2002 die Private Equity Gesellschaft Abraaj. Ihr Geschäftsmodell sah vor, Unternehmen u. a. im Gesundheitssektor zu kaufen und nach wenigen Jahren mit einer großen Gewinnmarge wieder zu verkaufen (regionale Schwerpunkte Asien und Afrika). Die Abraaj-Group hatte bis zu 13,8 Mrd. Dollar Vermögenswerte unter ihrer Kontrolle. N. war ein Vorreiter des „impact investments“ und stand paradigmatisch für den Geschäftsmann, der erfolgreiche Investitionen mit nachhaltigen Entwicklungszielen verbindet. Ihre Gelder bekam die Abraaj-Group – neben privaten Investoren – u. a. von der Gates-Stiftung, aber auch von zahlreichen Entwicklungsbanken wie der Deutschen Investitions- und Entwicklungsgesellschaft DEG (vgl. Artikel „Das Ende einer Heuschrecke“ von Ibrahim Warde, Le Monde Diplomatique, 11/2019).

Ab 2017 stellte sich heraus, dass die Abraaj-Group hohe Summen der Investoren veruntreut hatte – allein bei dem 1 Mrd. Dollar schweren Abraaj Growth Market Health Fund waren 250 Mio. Dollar plötzlich verschwunden. Zwischen den Fonds wurde Geld hin- und hergeschoben, um Verluste zu verschleiern. Doch schließlich fiel das Kartenhaus in sich zusammen – und N. lebt nach der Zahlung einer Kaution von 19 Mio. Dollar unter Hausarrest in London, er ist aber in mehreren Ländern, darunter den USA, angeklagt, ihm drohen lebenslange Haftstrafen (vgl. www.penews.com/articles/abraaj-founder-accused-of-misappropriating-more-than-250m-20190614 und www.farmlandgrab.org/post/view/28339-behind-the-spectacular-fall-from-grace-of-private-equity-firm-abraaj).

Der Zusammenbruch der Private-Equity-Gesellschaft Abraaj wirft aus Sicht der Fragesteller Fragen zum Instrument der Fondsfinanzierung in der Entwicklungszusammenarbeit, mit besonderem Augenmerk auf Gesundheitsdienstleistungen auf. Der 1 Mrd. Dollar starke „Market Health Growth Fund“ hat die Absicht gehabt, den privaten Gesundheitssektor in Entwicklungs- und Schwellenländern zu transformieren und dabei Profit und Soziales, „cash flow and care“, unter einen Hut zu bekommen (www.nytimes.com/2016/10/09/business/dealbook/an-investors-plan-to-transplant-private-health-care-in-africa.html). Dass die Kunden nicht zu den Ärmsten zählten, sondern die wachsende, zahlungskräftige Mittelschicht anvisierte, die Tausende Dollar für eine Behandlung auf den Tisch legen würden, hielt die Weltbank, die Internationale Finanz-

Corporation – IFC, die Deutsche Investitions- und Entwicklungsgesellschaft – DEG und andere große Investoren wie Philips Healthcare nicht davon ab, in den Fonds zu investieren – im Gegenteil. Ende 2017 warb „Germany Trade and Invest“ (GTAI) damit, dass die zahlungskräftige Mittelschicht Nigerias eine Versorgung vor Ort wünsche und daher gute Markchancen verspreche. Beispielhaft erwähnt GTAI ein von der Abraaj-Gruppe geplantes Krankenhaus mit 350 Betten in Lagos, Nigeria (www.gtai.de/gtai-de/trade/branchen/branche-kompakt/nigeria/branche-kompakt-nigerias-gesundheitsmarkt-weckt-interesse-15466). Noch am 22. August 2018 – also nachdem der Betrug schon aufgefliegen war – lobte das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) zusammen mit der Exportinitiative Gesundheitswirtschaft „Mittelstand Global“ die Absatzchancen bei Kenias Privatkliniken und verweist auch auf die Krankenhausgruppe Avenue, die mehrheitlich von der Abraaj-Gruppe übernommen worden war: „Die Abnehmer von Medizintechnik sind hauptsächlich private Kliniken. Die Lieferchancen sind in Relation zur eher geringen Marktgröße gut. Der öffentliche Sektor hat hingegen mit Kapital- und Versorgungsengpässen zu kämpfen“ (www.exportinitiative-gesundheitswirtschaft.de/EIG/Redaktion/DE/Kurzmeldungen/News/2018/2018-02-22-kenia-medizintechnik.html). In Indien und der Türkei übernahm Abraaj die größten Krankenhausketten CARE und Acibadem Healthcare.

Eine Oxfam-Studie über die Gesundheitsfonds, „Africa Health Fund“ und „Investment Fund for Health in Africa“, kommt zu dem Schluss, dass es systematische Versäumnisse beim Ermessen von Impact für arme Bevölkerungsgruppen und die versprochenen Entwicklungsfortschritte gibt (siehe www.realityofaid.org/wp-content/uploads/2018/12/2-Development-Finance-Institutions-The-incoherence-of-their-investments-in-private-healthcare-companies.pdf). Angesichts dessen, dass die Bundesregierung im Bereich Globale Gesundheit und Agenda 2030 stark auf die Einbeziehung des Privatsektors und die Unterstützung deutscher Unternehmen abzielt, stellen sich aus Sicht der Fragesteller am Beispiel des Abraaj-Skandals weiterreichende Fragen zum Erreichen des SDG-Ziels 3 (SDG = Sustainable Development Goals), Menschenrecht auf Gesundheit und Universelle Gesundheitsversorgung (UHC).

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus dem Abraaj-Skandal für ihre Kooperation mit Gesundheitsfonds über die KfW-Tochter DEG?
2. Inwiefern erkennt die Bundesregierung einen Interessenkonflikt zwischen der Beteiligung von Privatinvestoren und Fonds bei der Erschließung von Gesundheitsmärkten einerseits, die kurzfristige Profitinteressen ohne langfristige Pläne haben, und dem Ziel der Agenda 2030, die Ungleichheit zu reduzieren und das Menschenrecht auf Gesundheit umzusetzen?
3. Wieso hat das BMWi noch im August 2018 einen positiven Bezug zu Investitionen der Abraaj-Gruppe hergestellt, obwohl bereits schwerwiegende Vorwürfe des Betrugs bekannt waren?
4. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über den weiteren Verbleib der Krankenhausketten der Abraaj-Gruppe in Indien, der Türkei, Kenia und Nigeria?
5. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die Auswirkungen des Zusammenbruchs der Abraaj-Gruppe auf die Gesundheitsversorgung vor Ort (bitte nach Ländern auflisten)?

6. Welche Rückschlüsse zieht die Bundesregierung aus dem Zusammenbruch der Abraaj-Gruppe für die zukünftige Ausrichtung von Private-Public-Partnerships (PPP) und die Einbeziehung des Privatsektors für die Finanzierung der Agenda 2030 und UHC?
7. Wie plant die Bundesregierung, Versprechen von entwicklungspolitischem Nutzen und Armutsbekämpfung durch wirtschaftliche Investitionen, welche vermeintliche Investoren wie Abraaj verkünden, zu überprüfen und auf ihre Umsetzung zu evaluieren?
8. Wie will die Bundesregierung die Ärmsten gemäß dem Prinzip Leave No One Behind (LNOB) der Agenda 2030 erreichen, wenn die Investitionen in private Gesundheitsdienstleistungen durch Investoren auf die zahlungskräftige Mittelschicht abzielen und so die Ungleichheit in den Ländern des Südens nach Auffassung der Fragesteller noch verstärken (siehe www.realityofaid.org/wp-content/uploads/2018/12/2-Development-Finance-Institutions-The-incoherence-of-their-investments-in-private-healthcare-companies.pdf)?
9. Welche Rückschlüsse zieht die Bundesregierung, die Mit-Teilhaberin der Weltbank ist, aus der Überprüfung der mit 1 Mrd. US-Dollar von der Weltbank-Tochter IFC finanzierten „Health in Africa Initiative“, die hervorbrachte, dass die Investition, den Zugang der ärmsten Bevölkerungsgruppen zu messen, komplett scheiterte (siehe www.realityofaid.org/wp-content/uploads/2018/12/2-Development-Finance-Institutions-The-incoherence-of-their-investments-in-private-healthcare-companies.pdf)?
10. Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus dem Umstand, dass „Health in Africa“ zur Expansion von Gesundheitsversicherungen führte, die mehrheitlich nicht den Armen zugute kamen und die Ungleichheit noch verstärkten (siehe www.realityofaid.org/wp-content/uploads/2018/12/2-Development-Finance-Institutions-The-incoherence-of-their-investments-in-private-healthcare-companies.pdf)?
11. In welchen anderen Fonds, Zweckgesellschaften und Unternehmen, die in den Gesundheitssektor in Entwicklungs- und Schwellenländer investieren, sind Mitglieder der KfW-Bankengruppe beteiligt (bitte seit 2009 jährlich anführen, Beteiligungshöhe, Sitz des Fonds, der Holding auflisten)?
12. In welche konkreten Gesundheitsprojekte fließen diese Investitionen genau (Projekte, Unternehmen, Länder, für einzelne Fonds getrennt auflisten)?
13. Unterliegen die geförderten Maßnahmen der Gesundheitsversorgung irgendwelchen Einschränkungen für Patientinnen und Patienten, z. B. user fees oder Beandlungsgebühren (bitte für einzelne Beteiligungen getrennt anführen)?
14. An welche Zielgruppe richten sich diese durch die DEG mitfinanzierten Unternehmen und Projekte, bzw. wer kann sich diese Dienstleistungen leisten?
15. Wie misst die DEG den entwicklungspolitischen Erfolg dieser Beteiligungen bzw. Investitionen?
16. Inwiefern fördert die DEG nach Einschätzung der Bundesregierung mit diesen Investitionen die Segmentierung der Gesundheitsversorgung in Entwicklungs- und Schwellenländern (wenn nein, bitte anführen warum nicht)?

Was sind aus Sicht der Bundesregierung die Gefahren einer solchen Segmentierung?

17. In welcher finanziellen Höhe hat die Bundesregierung seit 2009 die Förderung einer öffentlichen, frei zugänglichen Gesundheitsversorgung unterstützt in den Ländern, in denen die betreffenden Fonds, Holdings und anderen Gesellschaftsformen (siehe Frage 11) investiert haben?

Berlin, den 18. Dezember 2019

Amira Ali Mohamed, Dr. Dietmar Bartsch und Fraktion