

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Eva-Maria Schreiber, Matthias W. Birkwald, Christine Buchholz, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 19/16555 –**

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

Vorbemerkung der Fragesteller

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 Kautions 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/busi

ness/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. Beispielfhaft 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).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Behauptung der Fragesteller, die Deutsche Investitions- und Entwicklungsgesellschaft (DEG) habe in den „Market Health Growth Fund“ investiert, ist unzutreffend.

1. Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus dem Abraaj-Skandal für ihre Kooperation mit Gesundheitsfonds über die KfW-Tochter DEG?

Es wird auf die Antwort der Bundesregierung zu den Fragen 15 und 16 der Kleinen Anfrage der Fraktion DIE LINKE. auf Bundestagsdrucksache 19/16929 verwiesen.

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?

Das Menschenrecht auf den höchsten erreichbaren Gesundheitszustand ist für die Bundesregierung handlungsleitend ebenso wie das Menschenrecht auf soziale Sicherung und die Absicherung gegen Krankheit, damit die Kosten für Gesundheit nicht zur Verarmung führen und Ungleichheiten verstärken. Die Bundesregierung setzt sich in ihren Programmen und Finanzierungen, einschließlich der Fondsfinanzierungen, für diesen Ansatz ein und erkennt somit keinen Interessenkonflikt.

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?

Die in der Vorbemerkung der Fragesteller erwähnte Meldung „Absatzchancen bei Kenias Privatkliniken“ stammt aus Februar 2018. Es erfolgte ein wertungsneutraler Hinweis, dass die Aktivitäten der Krankenhausgruppe Avenue mehrheitlich von der Abraaj-Gruppe übernommen wurde.

4. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über den weiteren Verbleib der Krankenhausketten der Abraaj-Gruppe in Indien, der Türkei, Kenia und Nigeria?

Die Bundesregierung hat hierzu keine eigenen Kenntnisse.

5. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die Auswirkungen des Zusammenbruchs der Abraaj-Gruppe auf die Gesundheitsversorgung vor Ort (bitte nach Ländern auflisten)?

Die Bundesregierung hat hierzu keine eigenen Kenntnisse.

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?

Die der Bundesregierung bekannten Informationen erlauben aus Sicht der Bundesregierung keine generellen Rückschlüsse für die zukünftige Ausrichtung von öffentlich-privaten Partnerschaften und die Einbeziehung des Privatsektors für die Finanzierung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung und von universeller Gesundheitsversorgung.

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?

Die DEG, die als einzige Organisation der deutschen Entwicklungszusammenarbeit (EZ) mit Abraaj-Fonds kooperiert, überprüft und überwacht die Entwick-

lungswirksamkeit ihrer Finanzierungen über das extern validierte Development Effectiveness Rating (DERa) (www.deginvest.de/Internationale-Finanzierung/DEG/Über-uns/Was-wir-bewirken/Wir-messen-Wirksamkeit/). Die DERa-Ergebnisse werden jährlich erfasst und im entwicklungspolitischen Bericht der DEG veröffentlicht. Außerdem verweist die Bundesregierung im Hinblick auf die hohen Standards der DEG im Umgang mit Fondsinvestitionen auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 11 der Kleinen Anfrage der Fraktion DIE LINKE. auf Bundestagsdrucksache 19/16929.

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)?

Die Bundesregierung setzt sich für soziale Sicherungssysteme ein, die alle Menschen nachhaltig absichern und die finanzielle Absicherung im Krankheitsfall mit einschließt. Sie fördert soziale Sicherung als Menschenrecht, um Armut und Ungleichheit zu reduzieren und verfolgt damit einen universellen Ansatz. Dabei berät die Bundesregierung beispielsweise die Partnerländer bei der Einführung und Ausweitung von Systemen zur sozialen Absicherung im Krankheitsfall.

Allein in Indien werden seit 2018 rund 500 Millionen Menschen durch eine staatlich finanzierte, kostenfreie Krankenversicherung abgesichert, die mit deutscher Beratung aufgebaut wurde. Die Zielgruppe umfasst insbesondere sozial benachteiligte Haushalte und solche die in Armut leben.

In Pakistan fördert die Bundesregierung beispielsweise den Zugang vor allem von in Armut lebenden und armutsgefährdeten Bevölkerungsgruppen zu bedarfsorientierten Diensten sozialer Sicherung, unter anderem sozialer Absicherung im Krankheitsfall. In mehreren Landesteilen haben nun eine Million in Armut lebende Familien durch eine Krankenversicherungskarte Zugang zu Krankenhausbehandlungen. Zudem wird die Umsetzung des nationalen „Expanded Programme on Immunization“ (EPI) und damit die landesweite Durchführung von Impfungen für Kinder unter zwei Jahren unterstützt, unter anderem durch die Finanzierung von Impfstoffen.

In Tansania werden die nationalen Partner bei Qualitätssicherung, Gesundheitsverwaltung und sozialer Absicherung im Krankheitsfall unterstützt. Dabei wird die Politikberatung mit der Stärkung personeller und institutioneller Kapazitäten auf dezentraler Ebene ergänzt. Beispielsweise wurde die Verwaltung der Community Health Funds (CHF), eines dezentralen Krankenversicherungsansatzes, verbessert. Zusätzlich wird der Aufbau einer verpflichtenden Krankenversicherung für alle Bürger sowie die erstmalige Ausweitung der umfassenden Krankenversicherung des nationalen Krankenversicherers auch auf Arme und ländliche Gebiete unterstützt.

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)?

Die Bundesregierung teilt nicht die Auffassung der Fragesteller, dass die Arbeit der „Health in Africa Initiative“ nicht den armen Bevölkerungsgruppen zugutekam. Vielmehr weist sie darauf hin, dass für die „Health in Africa Initiative“ seit 2012 ein klares Zielprofil und ein überarbeiteter Kontrollmechanismus (Monitoring Framework) entwickelt wurden. Mit dem Ende der Initiative im Sommer 2020 werden die Ergebnisse durch die Internationale Finanz-Corporation (IFC) veröffentlicht werden.

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)?

Die Bundesregierung unterstützt soziale Sicherungssysteme, die alle Menschen nachhaltig absichern. Im Übrigen wird auf die Antworten zu den Fragen 8 und 9 verwiesen.

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)?

Die Bundesregierung hat über die KfW seit 2009 in zwei Gesundheitsfonds investiert:

Jahr	Name des Fonds	Höhe der deutschen Beteiligung	Sitzland
2012	Global Health Investment Fund (GHIF)	10 Mio. Euro	Vereinigte Staaten von Amerika
2019	Adjuvant Global Health Technology Fund (Adjuvant GHTF)	20 Mio. Euro	Vereinigte Staaten von Amerika

Bezüglich der Beteiligungen der DEG wird auf die Anlage verwiesen. Hinsichtlich der Höhe der DEG-Beteiligungen verweist die Bundesregierung auf die in den Jahresabschlüssen öffentlich verfügbaren Informationen (www.deginvest.de/Internationale-Finanzierung/DEG/Download-Center/Jahresberichte/).

12. In welche konkreten Gesundheitsprojekte fließen diese Investitionen genau (Projekte, Unternehmen, Länder, für einzelne Fonds getrennt auflisten)?

Die Investitionen des GHIF sind öffentlich einsehbar (www.ghif.com/portfolio/). Die Investitionen des Adjuvant GHTF sind ebenfalls öffentlich einsehbar (www.adjuvantcapital.com/portfolio/). Die Investitionen des GHIF und des Adjuvant GHTF sind nicht auf bestimmte Länder beschränkt. Sie richten sich auf Krankheiten, die vor allem in Entwicklungsländern auftreten. Alle Unternehmen, in die diese Fonds investieren, verpflichten sich im Rahmen von Vereinbarungen zum globalen Zugang (sogenannte Global Access Agreements) dazu, ihre Produkte für betroffene Bevölkerungsgruppen in Entwicklungsländern zugänglich zu machen.

Für Informationen zu den Beteiligungen der DEG wird auf die Anlage verwiesen.

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)?

Soweit die in der Antwort zu Frage 12 genannten Investitionen in Infrastruktur zu Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen fließen, handelt es sich um kostenpflichtige Dienstleistungen. Die Subventionierung, Erstattung oder Übernahme der Kosten von dritter Seite richten sich nach den Regularien des lokalen Gesundheitssystems.

14. An welche Zielgruppe richten sich diese durch die DEG mitfinanzierten Unternehmen und Projekte, bzw. wer kann sich diese Dienstleistungen leisten?

Die durch die DEG mitfinanzierten Gesundheitsdienstleistungen stehen allen Bevölkerungsschichten offen.

Der hohe finanzielle Aufwand für medizinische Geräte und Fachpersonal macht es notwendig für Waren und Dienstleistungen Geld zu verlangen. Damit diese dennoch auch für ärmere Bevölkerungsschichten zugänglich sind, legt die DEG großen Wert darauf, dass es diesen Menschen ermöglicht wird, von der Gesundheitsversorgung zu profitieren. Daher unterstützt die DEG ihre Kunden dabei, auch ärmeren Schichten günstigere oder kostenlose Behandlungen zukommen zu lassen. Dies geschieht etwa im Rahmen von Sozialplänen zur Behandlung von Kindern, der Bereitstellung von kostenlosen Krankenwägen bei Unfällen in den Nachbarschaften der Krankenhäuser oder durch Behandlungspläne mit ansässigen Unternehmen.

15. Wie misst die DEG den entwicklungspolitischen Erfolg dieser Beteiligungen bzw. Investitionen?

Die DEG nutzt zur Messung des entwicklungspolitischen Erfolgs von Beteiligungen oder Investitionen das Development Effectiveness Rating (DERa), siehe auch Antwort zu Frage 7.

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?

Die Förderung moderner Krankenhäuser bzw. die Modernisierung existenter Einrichtungen mit medizinischen Geräten nach aktuellem Stand der Technik durch die DEG ermöglicht die Behandlung komplexer Krankheitsbilder vor Ort in Entwicklungs- und Schwellenländern und ist nach Einschätzung der Bundesregierung ein wichtiger Bestandteil einer umfassenden Entwicklung des Gesundheitssektors. Die Förderung trägt einerseits zur Ausbildung von lokalen Ärzten, Pflegepersonal und technischen Assistenten bei. Andererseits schafft sie Anreize für emigrierte Ärzte, in ihre Heimatländer zurückzukehren und im Ausland erworbenes Wissen und Erfahrungen dort einzubringen.

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?

Sämtliche Partnerländer, die die Bundesregierung durch bilaterale Programme bei der Stärkung ihrer Gesundheitssysteme mit dem Ziel, eine allgemeine, für alle Menschen zugängliche Gesundheitsversorgung zu erreichen, unterstützt, sind samt Höhe der finanziellen Förderung unter www.stats.oecd.org/qwids/ auf Länder- und Sektorebene abrufbar. Relevant sind die Hauptförderbereichsschlüssel 120, 121, 122, 123 und 130.

Zusätzlich unterstützt die Bundesregierung die Verbesserung der allgemeinen Gesundheitsversorgung für alle Menschen über ihren Beitrag zu multilateralen Organisationen und Fonds. So sind seit 2009 bis einschließlich 2019 an den Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM) 2,394 Mrd. Euro und an die globale Impfallianz Gavi 671 Mio. Euro geflossen. Informationen zu den Auszahlungen des GFATM und von Gavi an Länder sind unter www.data.theglobalfund.org/investments/location bzw. www.gavi.org/programmes-impact/our-impact/disbursements-and-commitments veröffentlicht.

Anlage

Anlage zu den Fragen 11 und 12 Beteiligungen der DEG					
Jahr	Name des Fonds/Name des Unternehmens	Branche der Einzelinvestitionen	Sitzland des Unternehmens	Zielland oder -region der Investition	
2009	Africa Health Fund		Mauritius		
		Krankenhaus		Kenia	
		Krankenhaus		Ghana	
		Krankenhaus		Ghana	
		Klinik und Anbieter von Gesundheitsservices in Kenia		Kenia	
		Anbieter ambulanter und stationärer Gesundheitsdienstleistungen für Frauen und Mädchen		Kenia	
		Anbieter von Dienstleistungen in den Bereichen Allgemeinmedizin, Pädiatrie und Neurologie		Togo	
		Krankenhaus		Nigeria	
		Ambulante Klinik		Sambia	
		Hersteller von Gesundheitszubehör		Kenia	
		Hersteller von Pharmaprodukten		Marokko	
		Anbieter von reproduktiven Behandlungen		Nigeria	
		Pharma-Einzelhandelskette		Uganda	
2010	OOO Gematek		Russland		
		Produktion von Natriumchlorid- und Glukoselösungen		Russland	
2011	Worldwide Group, Inc		St. Kitts und Nevis		
		Kranken- und Lebensversicherung		Überregional	

2013	Quadria Capital Fund L.P.			Kaimaninseln	
			Hersteller von Pharmaprodukten		Indien
			Hersteller von Pharmaprodukten		Indonesien
			Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen im Bereich Gastroenterologie		Indien
			Krankenhaus		Vietnam
			Ganzheitlicher Anbieter für ambulante Pflege		Indien
			Krankenhauslabore		Malaysia
			Krankenhauskette		Indien
			Spezialimplantate		Überregional
	Diagnostik-Unternehmen		Indien		
2013	Archimedes Health Developments Ltd.			Zypern	
			Krankenversicherung		Osteuropa
2013	ADP Enterprises W.L.L.			Bahrain	
			Import- und Vertriebsgesellschaft von Medikamenten		Algerien
2013	Orilus Investment Holdings Pte. Ltd.			Singapur	
			Krankenhauskette		Indien
2014	Abraaj North Africa Fund 2			Vereinigtes Königreich	
			Krankenhaushausgruppe		Ägypten
			Gesundheitsinstitutionen		Tunesien
2014	Navegar II (Netherlands) B.V.			Niederlande	
			Krankenversicherung		Philippinen
2015	Creed Healthcare Holdco Ltd.			Malta	
			Krankenhauskette in Nordafrika.		Nordafrika

2015	Medisia Investment Holdings Pte Ltd.			Singapur	Indonesien
		Pharmaunternehmen			
2017	Maison Capital Fund LP			Kaimaninseln	China
		Entwicklung medizinischer Geräte			China
		Patientennahe Labordiagnostik			China
		Diagnostik-Unternehmen			China
		Herstellung von Insulinspritzen			China
2017	Crescera Investimentos Growth Capital Fund I-B, L.P.			Kaimaninseln	Brasilien
		Anbieter von Hämotherapie			Brasilien
		Krankenhauskette			Brasilien
		Regionales Gesundheitsnetzwerk			Brasilien
		Krankenhaus in Brasilien			Brasilien
2017	Fortress Vietnam Investment Holdings Pte. Ltd.			Singapur	Vietnam
		Krankenhauskette			
2018	LeapFrog Emerging Consumer Fund III, LP			Mauritius	Indien
		Anbieter von orthopädischen Kleidungsstücken und anderen Gesundheitsprodukten			Afrika
		Medizinischer Großhändler			Kenia
		Pharmazie-Einzelhandelskette in Ostafrika			
2018	Latin America Healthinvest S.L.			Spanien	Mexiko
		Krankenhauskette			
2018	Vietnam Opportunity Fund II PTE. LTD.			Singapur	Vietnam
		Krankenhauskette			

2019	Quadria Capital Fund II L.P.		Kaimaninseln	
		Pharmazeutische Auftragsfertigung und Entwicklung		Indien
		Krankenhaus mit Fokus auf Gastroenterologie		Indien

