

KRANKE ENTWICKLUNG.

WIE DIE FINANZIERUNG PROFITORIENTIERTER
PRIVATKLINIKEN DURCH REGIERUNGEN
REICHER LÄNDER UND ENTWICKLUNGSBANKEN
WELTWEIT SCHADEN ANRICHTET



OXFAM
Deutschland

In vielen Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen (LMICs) beuten private, profitorientierte Krankenhäuser ihre Patient*innen systematisch aus und verweigern ihnen die medizinische Versorgung. Die Folgen sind immense Not, Leid und Verarmung. Einige dieser Krankenhäuser werden von europäischen Entwicklungsbanken und der Weltbank finanziert.

Oxfam zeichnet in der vorliegenden Analyse den Weg des Geldes von europäischen Entwicklungsbanken wie der Deutschen Investitions- und Entwicklungsgesellschaft (DEG/Deutschland), European Investment Bank (EIB/EU), British International Investment (BII/UK), Proparco (Frankreich), International Finance Corporation (Weltbank) und profitorientierten privaten Gesundheitsdienstleistern im sogenannten Globalen Süden nach. Anhand von detaillierten Fallstudien und investigativen Recherchen zu fast 400 Investitionen untersucht Oxfam, ob die Entwicklungsbanken ihr Versprechen einhalten, Universal Health Coverage (UHC) voranzutreiben. Die Untersuchung zeigt: das ist nicht der Fall.

Patient*innen werden festgehalten, wenn sie ihre Rechnungen nicht bezahlen können. Das Recht auf Notfallversorgung wird ihnen verweigert. Die Behandlung ist unvorstellbar teuer. Patient*innen, die eigentlich Anspruch auf kostenlose Versorgung haben, werden durch hohe Gebühren in die Armut gedrängt. Und das alles mit Geldern, die für die Armutsbekämpfung und die Erreichung von Entwicklungszielen bestimmt sind.

FINANZIERUNG DER PRIVATEN GESUNDHEITSVERSORGUNG DURCH EUROPÄISCHE ENTWICKLUNGSBANKEN

Oxfams Recherche ergab, dass die vier untersuchten europäischen Entwicklungsbanken (BII, DEG, EIB und Proparco) zwischen 2010 und 2022 insgesamt 358 direkte und indirekte Investitionen in private Gesundheitsunternehmen in LMICs getätigt haben. Davon entfielen 56 Prozent auf profitorientierte Krankenhäuser oder Gesundheitsdienstleister.

Seit 2010 haben die vier untersuchten europäischen Entwicklungsbanken mindestens 2,4 Milliarden US-Dollar in den Gesundheitssektor investiert, sowohl direkt als auch indirekt über gesundheitsspezifische Finanzintermediäre. Weitere 3,2 Mrd. USD investierten sie in sektorübergreifende Finanzintermediäre, die neben anderen Sektoren auch in den Gesundheitssektor investieren. Der Anteil der 3,2 Milliarden US-Dollar, der in den Gesundheitssektor fließt, ist nicht bekannt.¹

Besonders besorgniserregend ist, dass mindestens 81 Prozent der von Oxfam ermittelten europäischen Gesundheitsinvestitionen indirekt über ein komplexes, nicht rechenschaftspflichtiges und oft unsichtbares Geflecht von steuervermeidenden Finanzinstituten, meist Private-Equity-Fonds, getätigt werden. Im Fall der DEG beträgt der Anteil 73 Prozent.



WAS SIND ENTWICKLUNGSBANKEN?

Entwicklungsbanken sind ganz oder teilweise staatliche Institutionen, die die Entwicklung des Privatsektors mit Zuschüssen, Darlehen, Garantien, Kapitalbeteiligungen, Krediten über Finanzintermediäre und öffentlich-private Partnerschaften (PPPs) finanzieren und private Finanzmittel mobilisieren.

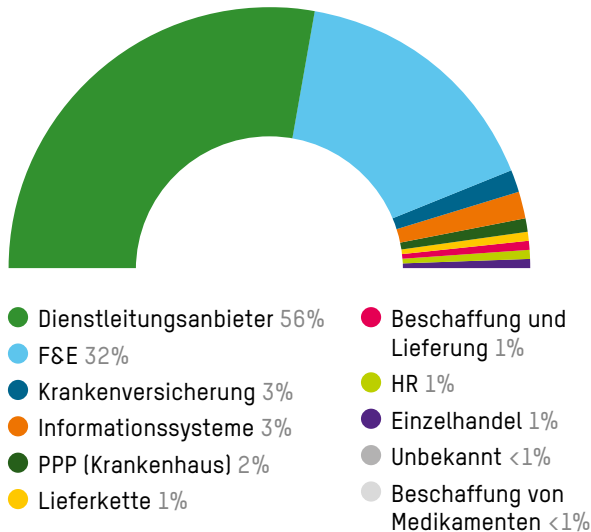
In Deutschland ist die DEG eine staatliche Durchführungsorganisation und eine hundertprozentige Tochter der KfW Bankengruppe. Sie finanziert private Unternehmen in LMICs direkt mit Darlehen und Beteiligungen und investiert in lokale Banken und Financiers, die vor Ort vor allem kleine und mittlere Unternehmen (KMU) mit Finanzierungen versorgen.

Entwicklungsbanken wie die DEG haben den Auftrag zur Verwirklichung der Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDGs) beizutragen, Armut zu verringern und inklusives Wachstum zu fördern. Sie sind verpflichtet, die Menschenrechte zu wahren und zu schützen.

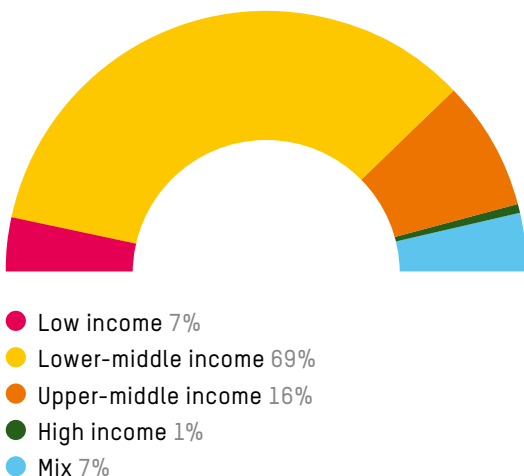
Abbildung 1.

INVESTITIONEN DER EUROPÄISCHEN ENTWICKLUNGSBANKEN IN DAS GESUNDHEITSWESEN

Nach Sektoren



Nach Ländereinkommen



Anmerkung: Die Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtzahl und nicht auf den Wert der Investitionen.

Von den 140 genutzten Finanzintermediären, haben 80 Prozent ihren Sitz in Steueroasen, vor allem auf Mauritius und den Cayman Islands.² Das wirft die Frage auf, ob und wie die Entwicklungsbanken sicherstellen, dass ihre Investitionen im Gesundheitsbereich nicht in Systeme zur Steuervermeidung verwickelt sind. Dadurch können Regierungen Einnahmen vorenthalten werden, die sie dringend zur Stärkung öffentlicher Gesundheitssysteme benötigen.

Alle der untersuchten Entwicklungsbanken haben den Auftrag, Universal Health Coverage (UHC) zu fördern. Das bedeutet, dass alle Menschen Gesundheitsdienste in angemessener Qualität und ohne das Risiko, durch die Kosten zu verarmen, in Anspruch nehmen können. Doch nur ein Fünftel der Projektbeschreibungen erwähnt überhaupt die Einbeziehung von Patient*innen mit niedrigem oder geringem Einkommen, bei der DEG sogar nur in zwei von 17 Fällen (12 Prozent).³ Nur 7 Prozent der Projekte beziehen sich speziell auf Frauen und Mädchen. Bei der DEG fanden sich in keinem Fall Hinweise auf Geschlecht, Frauen oder Mädchen oder zu sexueller und reproduktiver Gesundheit.

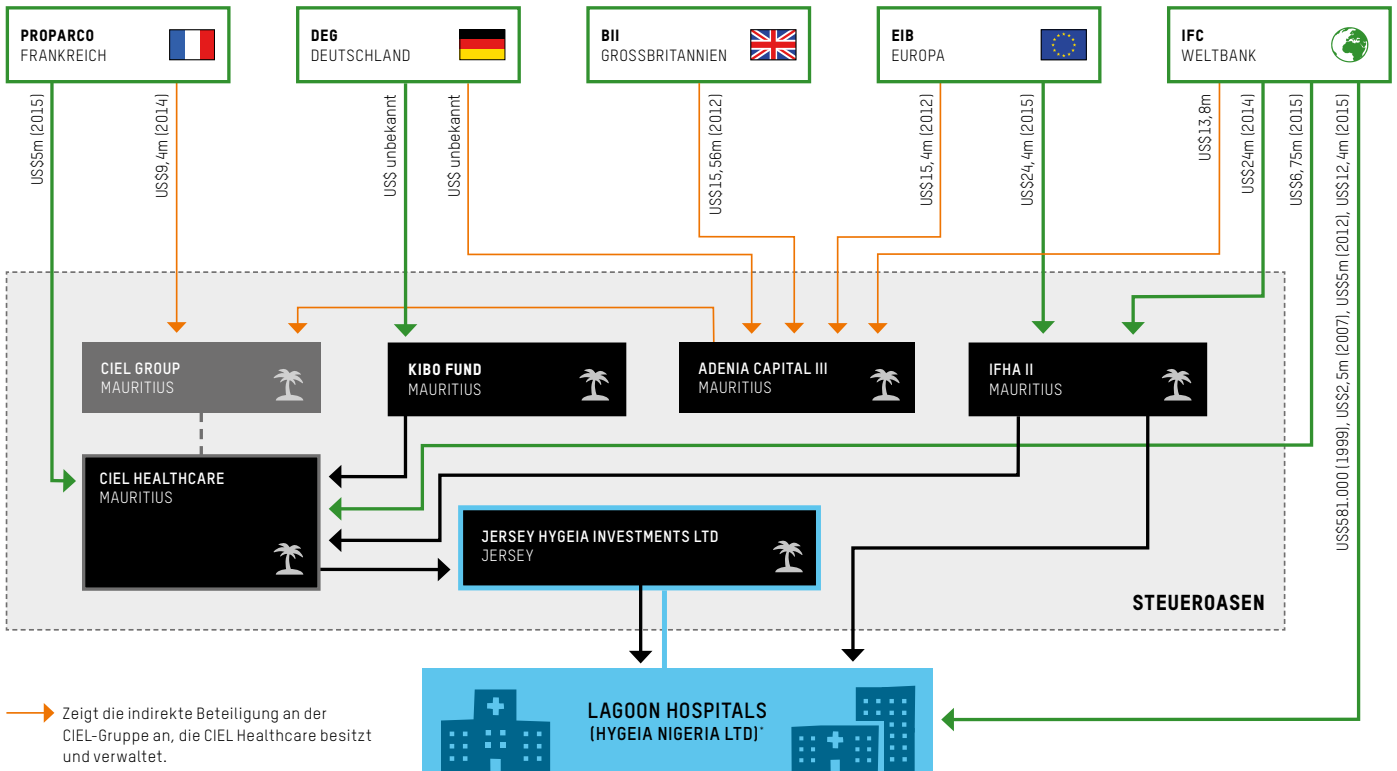
Zudem haben Oxfams Recherchen keine öffentlich zugänglichen Belege für eine umfassende Wirkungsevaluation oder gar aussagekräftige und fundierte Wirkungsdaten der europäischen Entwicklungsbanken zum Zugang zur Gesundheitsversorgung für Menschen mit geringem Einkommen bzw. für Frauen und Mädchen gefunden.⁴

INVESTITIONEN DER DEG IM GESUNDHEITS-PORTFOLIO

Art der Investition	Anzahl der Investitionen	Wert in US-Dollar	Anzahl der Empfängerinstitutionen
Direkte Investitionen (inkl. PPPs)	25 ⁵	489,5 Millionen US-Dollar (In vier von 25 Fällen fehlt der Investitionswert.)	
Indirekte Investitionen via gesundheitsbezogener Finanzintermediäre	6	55 Millionen US-Dollar (In drei von sechs Fällen fehlen Angaben zum Investitionswert.)	31
Investitionen via sektorübergreifender Finanzintermediäre	15	174 Millionen US-Dollar (Der USS-Wert von sieben der 15 Investitionen konnte nicht ermittelt werden.)	35

Abbildung 2.

INVESTITIONEN IN LAGOON-KRANKENHÄUSER (HYGEIA)



* Die von Hygeia unter dem Namen Lagoon Hospitals betriebenen Krankenhäuser befinden sich in einigen der exklusivsten Geschäfts- und Wohnviertel von Lagos. Die Krankenhäuser sind für die meisten Nigerianer*innen unerschwinglich.

DIE SCHOCKIERENDE INTRANSPARENZ DER DEG

Oxfams Recherchen zu Investitionen der Entwicklungsbanken offenbaren ein alarmierendes Transparenz- und Rechenschaftsdefizit, das dringend behoben werden muss. Mit Ausnahme der BII sind die Websites und Datenbanken der Entwicklungsbanken uneinheitlich und schwer zu durchschauen.

Die Suche nach Informationen und Daten über die Gesundheitsinvestitionen der DEG war besonders schwierig. Es gibt keine Möglichkeit, nach gesundheitsspezifischen Investitionen zu suchen. Mitarbeitende erklärten Oxfam, dass sie aufgrund von Vertraulichkeitsfragen nicht in der Lage sind, die Gesundheitsinvestitionen der Organisation vor 2015 zu bestätigen. Die DEG berichtete über einige wichtige Verbesserungen bei der Offenlegung ab 2022, aber die verfügbaren Informationen sind immer noch sehr begrenzt.⁶ Oxfam kennt immer noch nicht den Wert von mindestens 14 identifizierten DEG-Gesundheitsinvestitionen.^{7, 8}

Diese Intransparenz birgt ein immenses Problem der Rechenschaftspflicht. Wenn Investitionen nicht zurückverfolgt werden können, wie können Regierungen und Bürger*innen sicher sein, dass ihre Entwicklungsinstitutionen wirksam zur Armut- und Ungleichheitsbekämpfung beitragen - oder zumindest keinen Schaden anrichten?

Kostspielige Geburten

Nigeria weist die vierhöchste Müttersterblichkeitsrate weltweit auf.⁹ Rund 90 Prozent der ärmsten Frauen entbinden allein, ohne Hebamme oder anderes medizinisches Fachpersonal.¹⁰ Die Lagoon-Krankenhäuser von Hygeia befinden sich in einigen der exklusivsten Stadtteile von Lagos. Die Kosten für eine Geburt entsprechen dem Einkommen von neun Monaten der ärmsten 50 Prozent der Bevölkerung.¹¹ Hygeia wird von der französischen Proparco, der deutschen DEG, der EIB der EU und der IFC der Weltbank finanziert.

Von der Ungleichheit profitieren – Gesundheitsversorgung für die Reichsten

Das von der DEG und Proparco finanzierte Sírío-Libanês-Krankenhaus in São Paulo, Brasilien, ist bekannt für die Behandlung der Reichen und Berühmten, darunter Lateinamerikas Präsident*innen und andere hochrangige Politiker*innen.¹² Zum Schutz ihrer Privatsphäre und zu ihrer Sicherheit verfügte das Krankenhaus zum Zeitpunkt der Investitionen der untersuchten Entwicklungsbanken Berichten zufolge über 500 Sicherheitskameras, 250 elektronische Zugangskontrollen und 250 Näherungssensoren, um die Privatsphäre und Sicherheit der Patient*innen zu gewährleisten.¹³ Zudem waren 100 Sicherheitskräfte damit beauftragt, das Innere und die Umgebung des Krankenhauses zu überwachen. Die Ärztinnen und Ärzte erhielten ein Medientraining, um für Begegnungen mit Journalist*innen vor den Türen des Krankenhauses gewappnet zu sein.¹⁴ Auch heute noch behandelt das Krankenhaus keine Patient*innen im Rahmen des allgemeinen Gesundheitssystems der Regierung, sondern leistet lediglich gemeinnützige Arbeit, bildet Ärztinnen und Ärzte aus und investiert in die Forschung, wofür es Steuerbefreiungen erhält.¹⁵

Covid-Kriminalität

Untersuchungen in LMICs haben besorgniserregende und weit verbreitete Trends unethischen Verhaltens von privaten Gesundheitsdienstleistern während des Höhepunkts der COVID-19-Pandemie aufgedeckt. Die West Bengal Clinical Establishment Regulatory Commission beispielsweise verhängte eine Geldstrafe gegen das Medica-Krankenhaus in Kolkata, weil es sich in den ersten Tagen der Pandemie geweigert hatte, eine COVID-19-Patientin aufzunehmen.¹⁶ Das Krankenhaus von Medica in Jharkhand wurde von der Gesundheitsbehörde ebenfalls beschuldigt, schwerkranke COVID-19-Patient*innen Stunden vor ihrem Tod in staatlichen Krankenhäusern gebracht zu haben.¹⁷ Medica hat den Vorwurf bestritten. Recherchen haben jedoch mehrere andere Beschwerden gegen Medica aufgedeckt. Besonders relevant sind dabei die überhöhten Preise für Patient*innen.¹⁸ Die DEG leistete Medica während der Pandemie zusätzliche finanzielle Unterstützung.¹⁹

Nairobi Women's Hospital – Patient*innen oder Häftlinge?

Das Nairobi Women's Hospital (NWH) wurde 2001 gegründet. Heute betreibt die Gruppe neun private Krankenhäuser und Einrichtungen in Kenia, die gewinnorientiert arbeiten. Trotz des Namens handelt es sich bei NWH um eine Krankenhauskette mit mehreren Fachrichtungen, die Dienstleistungen für Patient*innen verschiedener Geschlechter anbietet.

Seit 2017 gab es immer wieder Medienberichte über Patient*innen, die in den Krankenhäusern des NWH festgehalten wurden, weil sie ihre Rechnungen nicht bezahlen konnten. In manchen Fällen wurden sogar die Leichen verstorbener Patient*innen festgehalten, wenn Familien die Rechnungen nicht bezahlen konnten. Solche Fälle sollen auch dann noch vorgekommen sein, als ein Gericht im Oktober 2018 entschied, dass NWH rechtswidrig und unter Verstoß gegen die kenianische Verfassung gehandelt hat.²⁰ Die deutsche DEG, die französische Proparco und die IFC der Weltbank investierten erstmals 2010 über den Africa Health Fund in das Unternehmen.²¹

EINE GRUNDLEGENDE FEHLERHAFTE IDEE

Der Hälfte der Weltbevölkerung wird der Zugang selbst zur grundlegendsten Gesundheitsversorgung verwehrt.²² Jede Sekunde werden weltweit sechzig Menschen durch Gebühren für Gesundheitsleistungen in die Armut getrieben. Anstatt diese Kosten zu senken, wozu sich alle Regierungen 2015 im Rahmen der Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDGs) verpflichtet haben, steigen sie rapide an.²³

Die Umsetzung von Universal Health Coverage (UHC) erfordert eine besondere Aufmerksamkeit für die ärmsten und am stärksten marginalisierten Menschen sowie den Schutz vor finanzieller Not. Es gibt bewährte Wege, um dieses Ziel zu erreichen: eine aktive Rolle von Regierungen als Geldgeber und Anbieter öffentlicher Gesundheitsleistungen, ein Fokus auf umfassende medizinische Grundversorgung, die Förderung ausreichender Gesundheitsfachkräfte sowie die Abschaffung von Gebühren für die Nutzung von Gesundheitsdiensten.²⁴

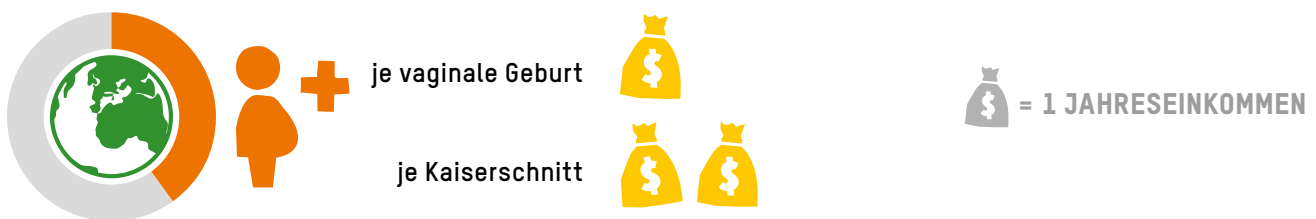
Doch anstatt Versprechen einzuhalten und konsequent in die Stärkung öffentlicher Gesundheitssysteme zu investieren, lagern die Regierungen der reichen Länder Entwicklungsfinanzierung zunehmend an Finanzinstitutionen aus. In den letzten zehn Jahren hat sich zudem eine neue Sichtweise durchgesetzt, wonach zur Finanzierung der SDGs, auch im Gesundheitswesen, knappe öffentliche Mittel insbesondere auch dafür eingesetzt werden müssen, um private Finanzmittel in Höhe von Billionen von Dollar zu mobilisieren.²⁵

Ein Irrweg: Oxfams Untersuchungen weisen eindeutig darauf hin, dass die untersuchten Entwicklungsbanken weit davon entfernt sind, Universal Health Coverage (UHC) voranzubringen. Indem sie die Expansion und wachsende Marktdominanz teurer privater Krankenhäuser trotz unzureichender regulatorischer Aufsicht oder Sicherheitsvorkehrungen finanzieren, riskieren sie, öffentliche Mittel umzuleiten, dadurch den Aufbau wirklich universeller und gerechter Gesundheitssysteme zu behindern und so die Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung zu verstärken. Dieser Ansatz verursacht inakzeptablen Schaden und sollte dringend gestoppt werden.

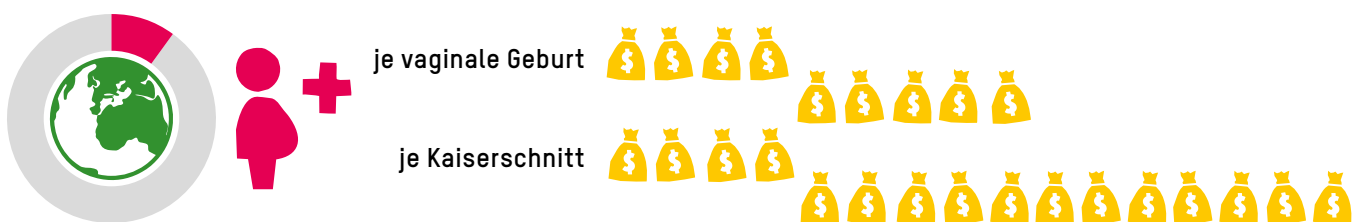
Abbildung 3.

DURCHSCHNITTLICHE KOSTEN FÜR EINE GEBURT IN PRIVATEN KRANKENHÄUSERN FINANZIERT DURCH ENTWICKLUNGSBANKEN




Für Durchschnittsverdiener*innen in den **UNTEREN 40%** der Bevölkerung



Für Durchschnittsverdiener*innen in den **UNTEREN 10%** der Bevölkerung



OXFAM FORDERT DIE ENTWICKLUNGSBANKEN UND REGIERUNGEN DER REICHEN LÄNDER AUF:

-  alle zukünftigen direkten und indirekten Investitionen von Entwicklungsbanken für die profitorientierte private Gesundheitsversorgung zu stoppen,
-  dringend eine unabhängige und umfassende Evaluation aller aktiven und bisherigen Investitionen in das Gesundheitswesen in Auftrag zu geben und
-  Maßnahmen zu ergreifen, um entstandenen Schäden zu beheben, die aus diesen Investitionen resultieren, einschließlich Verletzung von Patienten- und Menschenrechten.

Alle Regierungen sollten die Kommerzialisierung, Finanzialisierung und Privatisierung des Gesundheitswesens stoppen und sich stattdessen auf den Ausbau und die Stärkung öffentlicher Gesundheitssysteme konzentrieren. Diese müssen sozial gerecht, geschlechtergerecht, allgemein zugänglich und kostenlos sein, wenn sie in Anspruch genommen werden. Die Rechenschaftspflicht zur Regulierung privater Anbieter muss gestärkt werden, wobei der Schwerpunkt auf dem Schutz und der Förderung der Patientenrechte liegt.



ENDNOTEN

- 1 Keine der Entwicklungsbanken legt systematisch den Wert der vermittelten Investitionen offen.
- 2 Oxfam ermittelte bei seinen Recherchen insgesamt 140 Erstempfänger-Finanzintermediäre, die von den vier untersuchten europäischen Entwicklungsbanken eingesetzt werden. Von diesen sind 112 in bekannten Steueroasen ansässig. Siehe: Anna Marriott (2023) *Sick Development: Methodology note*, Oxfam. <http://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/sick-development-how-rich-country-government-and-world-bank-funding-to-for-prof-621529>.
- 3 Begriffe wie „kostengünstige“ oder „erschwingliche Versorgung“ oder Versorgung in „unterversorgten Gebieten“ gelten nicht als Hinweise auf den Zugang oder die Erschwinglichkeit für Patient*innen mit niedrigem Einkommen, da diese Begriffe vage und undefiniert bleiben.
- 4 In Gesprächen mit Oxfam bestätigten die EIB bzw. die DEG, dass sie diese Art des impact monitorings nicht durchführen. Proparco konnte bei einem Treffen mit Oxfam keine Beispiele für einen verbesserten Zugang zu Patient*innen mit geringem Einkommen oder zu Menschen, die in Armut leben, nennen. Als Reaktion auf Anfragen nach Informationen zu den Auswirkungen übermittelte BII ausführliche Antworten zu ihrem Gesundheitskonzept; die genannten Materialien enthielten jedoch keine substanziellen Informationen zu den Auswirkungen auf den verbesserten Zugang oder die Erschwinglichkeit für Patient*innen mit geringem Einkommen oder Frauen und Mädchen.
- 5 In den Folien, die Oxfam von der DEG zur Verfügung gestellt wurden, weist die DEG 21 aktive Direktinvestitionen im Jahr 2022 aus. Die Daten von Oxfam beziehen sich auf den Zeitraum 2010-22.
- 6 Die DEG teilte Oxfam mit, dass die Informationen seit 2015 für einen Zeitraum von fünf Jahren auf ihrer Website zur Verfügung stehen und für Investitionen, die ab 2022 zugesagt werden, die investitionsbezogenen Kurzinformationen für die gesamte Dauer der Vertragsbeziehung online verfügbar sind. Ab 2022 enthalten die investitionsbezogenen Informationen über neu zugesagte Fondsinvestitionen zusätzliche Informationen über die Unternehmen, in die investiert wird. Diese Informationen werden auf der Website des jeweiligen Kunden bereitgestellt, zu der die DEG einen Link anbietet. Oxfams Recherchen ergaben jedoch, dass auf den Websites von Private-Equity-Fonds nicht durchgängig Investitionen oder Informationen über diese offengelegt werden.
- 7 Siehe: Anna Marriott (2023) *Sick development*, Annex. Für vier direkte Gesundheitsinvestitionen und zehn Investitionen in zwischengeschaltete Unternehmen ist der Investitionswert von der DEG nicht verfügbar.
- 8 Proparco und BII beantworteten Oxfams Fragen zu ihren Investitionen im Detail und stellten auf Anfrage weitere Informationen zur Verfügung. Einige der von ihnen bereitgestellten Informationen werden jedoch nicht systematisch offengelegt. Die DEG überprüfte die Daten von Oxfam und stellte Korrekturen zur Verfügung, soweit möglich. Die EIB erklärte, dass sie nicht in der Lage sei, Oxfams Liste der Gesundheitsinvestitionen auf ihre Richtigkeit hin zu überprüfen, sagte aber, dass Anfragen zu bestimmten zwischengeschalteten Investitionen an das zuständige Team gerichtet werden könnten.
- 9 Concern USA. (2022). *The 10 Worst Countries to Be a Mother*. <https://www.concernusa.org/story/worst-countries-to-be-a-mother/#:~:text=1.,for%20every%20100%2C000%20live%20births>
- 10 WHO. *Health Equity Assessment Toolkit (HEAT)*. <https://whoequity.shinyapps.io/heat/>
- 11 Nach Angaben der Krankenhäuser im Jahr 2020 liegen die Einstiegspreise für eine Entbindung ohne fremde Hilfe in den Lagoon-Einrichtungen in Ikeja und Ikoyi zwischen 280.000 und 430.000 NGN (728 bis 1.118 US-Dollar), für eine Geburt per Kaiserschnitt sogar bei 790.000 NGN (2.054 US-Dollar). Einkommensdaten aus der World Inequality Database. <https://wid.world/>. Zur Berechnung des Durchschnittseinkommens siehe Methodology Note, Anna Marriott (2023) *Sick development: Methodology note*, Oxfam. <http://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/sick-development-how-rich-country-government-and-world-bank-funding-to-for-prof-621529>
- 12 N. Cuminale. (14 January 2011, updated 25 May 2016). *A saúde da República, nas mãos do Hospital Sírio-Libanês*. Veja. <https://veja.abril.com.br/saude/a-saude-da-republica-nas-maos-do-hospital-sirio-libanes/>
- 13 M. Tarantino. (7 January 2011). *O hospital do poder: Por que o Sírio-Libanês é tão requisitado por políticos e celebridades do Brasil e do Exterior*. Istoé. https://istoe.com.br/118751_0+HOSPITAL+D0+PODER/
- 14 N. Cuminale. (14 January 2011, updated 25 May 2016). *A saúde da República, nas mãos do Hospital Sírio-Libanês*. Veja. <https://veja.abril.com.br/saude/a-saude-da-republica-nas-maos-do-hospital-sirio-libanes/>
- 15 Poder 360. (2018). *Conhecido por atender políticos, Sírio-Libanês terá unidade em Brasília*, op. cit.; and Sírio-Libanês. (n.d.). *Projetos de Apoio ao SUS*. [https://hospitalsiriolibanes.org.br/quem-somos/compromisso-social/proadi-sus/#:~:text=0%20S%C3%ADrio-Liban%C3%AAs%20C3%A9%20uma,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\)](https://hospitalsiriolibanes.org.br/quem-somos/compromisso-social/proadi-sus/#:~:text=0%20S%C3%ADrio-Liban%C3%AAs%20C3%A9%20uma,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS)). Die DEG teilte Oxfam am 16. Juni 2023 mit, dass das Krankenhaus mit den brasilianischen Gesundheitsbehörden zusammenarbeitet und „bestimmte Programme anbietet, die eine kostenlose medizinische Versorgung für einkommensschwache Familien beinhalten, darunter Kindergesundheitsprogramme und Brustkrebsvorsorge“. Es wurden keine Informationen über den Umfang oder die Auswirkungen dieser Initiativen gegeben.
- 16 S. Roy. (23 December 2021). *Medica hospital told to pay Rs 5 lakh for Kolkata woman's death*. The Telegraph Online. <https://www.telegraphindia.com/my-kolkata/news/medica-hospital-told-to-pay-rs-5-lakh-for-kolkata-womans-death/cid/1844437>
- 17 The Telegraph Online. (6 June 2020). *Medica denies allegations, says ICMR guidelines followed*. <https://www.telegraphindia.com/jharkhand/medica-denies-allegations-says-icmr-guidelines-followed/cid/1778990>
- 18 So ergaben Recherchen auf dem Portal der West Bengal Clinical Establishment Regulatory Commission sechs weitere Fälle seit 2018, in denen die Kommission Beschwerden gegen Medica im selben Bundesstaat wegen überhöhter Preise für Patient*innen bestätigte. In fünf dieser Fälle wurden Rückstattungen angeordnet. <http://wbccrc.gov.in/cms/order>
- 19 KfW. (6 August 2021). *DEG finances the fight against Covid-19 in eastern India*. <https://www.kfw.de/stories/kfw/stories/society/health/medica/>
- 20 P. Ogemba. (2018). *It is illegal to detain patient in hospital over bills, court rules*. The Standard. <https://www.standardmedia.co.ke/article/2001297635/it-is-illegal-to-detain-patient-in-hospital-over-bills-court-rules>
- 21 T. Minney. (19 January 2010). *Africa Health Fund makes first investment*. *African Capital Markets News*. <https://africancapitalmarketsnews.com/africa-health-fund-makes-first-investment/>
- 22 WHO. (2019). *Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage: 2019 Monitoring Report*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029040>
- 23 WHO and World Bank. (2021). *Tracking Universal Health Coverage: 2021 Global Monitoring Report*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040618>
- 24 R. Rannan-Eliya and A. Somantnan. (2005). *Access of the Very Poor to Health Services in Asia: Evidence on the role of health systems from Equitap*. UK: DFID Health Systems Resource Centre; D. Balabanova, M. McKee and A. Mills (eds). (2011). *'Good health at low cost' 25 years on. What makes a successful health system?* London: London School of Hygiene and Tropical Medicine. <https://ghlc.lshtm.ac.uk/>; WHO Commission on the Social Determinants of Health. (2007). *Challenging Inequity through Health Systems*. Geneva: WHO
- 25 Bspw. hat die Weltbankgruppe offiziell einen Ansatz gewählt, bei dem die private Finanzierung im Vordergrund steht, ohne Leitplanken zum Schutz von Sektoren wie Gesundheit und Bildung. Eurodad. (2022). *Our future is public: Why the IMF and World Bank must support public services*. https://www.eurodad.org/our_future_is_public_why_the_imf_and_world_bank_must_support_public_services

IMPRESSUM

Oxfam ist eine international Nothilfe- und Entwicklungsorganisation, die weltweit Menschen mobilisiert, um Armut aus eigener Kraft zu überwinden. Dafür arbeiten im Oxfam-Verbund 21 Oxfam-Organisationen gemeinsam mit rund 3.000 Partnern in mehr als 90 Ländern.

Herausgeber: Oxfam Deutschland e.V. im Juni 2023
V.i.S.d.P.: Serap Altinistik, Oxfam Deutschland e.V.,
Am Köllnischen Park 1, 10179 Berlin
Tel.: 030 4530690, E-Mail: info@oxfam.de

Deutsche Zusammenfassung des Oxfam-Reports „Sick Development“
Vollständiger Text unter: <https://policy-practice.oxfam.org/resources/sick-development-how-rich-country-government-and-world-bank-funding-to-for-prof-621529/>

Autorin des Reports: Anna Marriott
Konzeption der Zusammenfassung: Leonie Petersen
Redaktion: Tobias Hauschild
Gestaltung: Ole Kaleschke

www.oxfam.de

UNTERSTÜTZEN SIE UNSERE ARBEIT DURCH IHRE SPENDE

Oxfam Deutschland e.V.
Spendenkonto:
IBAN: DE87 3702 0500 0008 0905 00
BIC: BFSWDE33XXX
Bank für Sozialwirtschaft
Konto: 80 90 500 BLZ: 370 205 00
Stichwort: KAMPAGNEN
www.oxfam.de/spenden



Initiative
Transparente
Zivilgesellschaft



Deutscher
Spendenrat e.V.