



Book Chapter

Die Gesundheitsaussenpolitik der Schweiz: Eine Zwischenbilanz

Author(s):

Jasper, Ursula

Publication Date:

2017-11-02

Permanent Link:

<https://doi.org/10.3929/ethz-b-000210403> →

Rights / License:

[In Copyright - Non-Commercial Use Permitted](#) →

This page was generated automatically upon download from the [ETH Zurich Research Collection](#). For more information please consult the [Terms of use](#).

DIE GESUNDHEITSAUSSENPOLITIK DER SCHWEIZ: EINE ZWISCHENBILANZ

von Ursula Jasper

Mit der Zielvereinbarung zur Gesundheitsausserpolitik (GAP) gehörte die Schweiz im Jahr 2006 zu den ersten Staaten weltweit, die Fragen der öffentlichen Gesundheit zu einem Thema der Aussenpolitik machten. 2012 wurde die Vereinbarung im Rahmen der schweizerischen Gesundheitsausserpolitik erneuert und vertieft. Im kommenden Jahr wird der Bundesrat Bilanz ziehen und über eine Fortführung der Strategie entscheiden. Dieser Beitrag wirft einen Blick zurück auf bisher Erreichtes, identifiziert Spannungsfelder und skizziert Handlungsoptionen für die Zukunft.

EINLEITUNG

Die dramatischen Bilder des Ebola-Ausbruchs in Westafrika im Jahr 2014/15 waren nur die bislang letzte und eindringlichste Warnung, dass übertragbare Krankheiten nicht vor Ländergrenzen halt machen. Mehr als 30 000 Menschen erkrankten allein in den am schwersten betroffenen Staaten Sierra Leone, Liberia und Guinea. 11 000 Menschen fielen der Epidemie zum Opfer, bevor es gelang, den Ausbruch unter Kontrolle zu bringen. Eine weitere Ausbreitung der Krankheit über die westafrikanische Region hinaus konnte zwar verhindert werden, so dass es in Ländern ausserhalb Afrikas zwar zu einzelnen Übertragungen durch bereits infizierte Patientinnen und Patienten, nicht aber zu Krankheitsausbrüchen kam. Dennoch war die Angst vor einer Pandemie, also einer globalen Ausbreitung des «Killervirus», wie es schnell genannt wurde, gross. Auch in der Schweiz beherrschte das Thema wochenlang die Nachrichten, obwohl es hier nur einen «importierten» Fall gab. Ein kubanischer Arzt, der sich in Sierra Leone angesteckt hatte, wurde in Genf behandelt.¹

1 Bundesamt für Gesundheit, *Ebola-Epidemie in Westafrika – 2014–2015*, o.D.

Doch bereits vor der Erkrankungswelle in Westafrika haben Fragen der globalen Gesundheit an Bedeutung gewonnen. So bezeichnete etwa die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Gefahr durch ein mögliches neuartiges Grippevirus im Jahr 2007 als «die am meisten gefürchtete Sicherheitsbedrohung».² Auch Erkrankungen wie das erstmals 2002 entdeckte SARS-Virus oder die so genannte Schweinegrippe H1N1 im

Bereits vor der Erkrankungswelle in Westafrika haben Fragen der globalen Gesundheit an Bedeutung gewonnen.

Jahr 2009/10 sorgten für enorme mediale Aufmerksamkeit. Gleichzeitig verstärkten sie auf politischer Ebene internationale Bestrebungen um ein effektiv funktionierendes weltweites Gesundheitsregime. Wachsende globale Mobilität sowie Interdependenzen und Verflechtungen durch Handels- und

Warenströme, Migration und Tourismus könnten eine globale Ausbreitung von Krankheitserregern innert kurzer Zeit ermöglichen, so die Einschätzung. Sie machen eine nationale Bekämpfung von Krankheiten zunehmend unmöglich und verlangen ein länderübergreifendes, gemeinsames Vorgehen.

Noch bevor im März 2007 die Aussenminister von Brasilien, Frankreich, Indonesien, Norwegen, Senegal, Südafrika und Thailand in der so genannten Osloer Ministerdeklaration forderten, Gesundheit zu einem aussenpolitischen Thema zu machen, hat die Schweiz auf die neue Bedeutung gesundheitsrelevanter Fragen und die mögliche Gefahr durch grenzüberschreitende übertragbare Krankheiten reagiert.³ Gemeinsam verabschiedeten das Departement für auswärtige Angelegenheiten (EDA) und das Departement des Inneren (EDI) 2006 eine zunächst auf zwei Jahre angelegte und später verlängerte *Zielvereinbarung zur Gesundheitsausserpolitik (ZV GAP)*. Mit diesem neuartigen Steuerungsinstrument sollten die interdepartementale Zusammenarbeit zu Gesundheitsthemen gestärkt und die Gesundheitspolitik der Schweiz über die unterschiedlichen Politikfelder hinweg harmonisiert werden. Gleichzei-

2 World Health Organization, *World Health Report 2007: A Safer Future. Global Public Health Security in the 21st Century* (Genf: WHO, 2007), S. 45.

3 Royal Norwegian Ministry of Foreign Affairs, «Oslo Ministerial Declaration: Global Health: A Pressing Foreign Policy Issue of Our Time», in: *The Lancet* 369, Nr. 9570 (2007), S. 1373.

tig hob die Vereinbarung, welche im März 2012 vom Bundesrat in die mittelfristig angelegte Strategie *Schweizerische Gesundheitsausserpolitik* (GAP)⁴ überführt wurde, die traditionelle Trennung in Gesundheitsinnenpolitik und Gesundheitsausserpolitik auf. Ursprünglich waren Fragen der Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung in der Schweiz wie in den meisten anderen Staaten ein primär innenpolitisches Thema gewesen. Sie fielen damit in die Domäne des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und stärker noch in den Kompetenzbereich der Kantone. Wenn Gesundheitsangelegenheiten von aussenpolitischer Bedeutung waren, dann überwiegend im Rahmen der Entwicklungspolitik beziehungsweise der bi- und multilateralen Entwicklungszusammenarbeit. Folgerichtig war es auch in der Schweiz die Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA), die hauptsächlich mit – ausserschweizerischen – Fragen der Gesundheitspolitik befasst war.

Mit der GAP wurde Gesundheit nun zu einem Querschnittsthema, das intersektoriell, also über Departementsgrenzen hinweg, behandelt werden sollte: «Der Gesundheitsausserpolitik der Schweiz liegen alle internationalen Kontakte zum Thema Gesundheit zugrunde, seien es solche mit Nachbarländern, in der Europapolitik, zu globalen öffentlichen Gütern oder in der Entwicklungspolitik.»⁵ Damit erhalten gesundheitspolitische Fragen nicht nur einen höheren Stellenwert in den politischen Prozessen in Bern. Es soll auch ein grösseres Mass an Kohärenz zwischen den verschiedenen, teils widersprüchlichen, sektoralen Interessen und Akteuren erreicht werden. Der Bundesrat wird im kommenden Jahr über die Fortsetzung der GAP entscheiden.

Vor diesem Hintergrund analysiert das vorliegende Kapitel den Status quo der schweizerischen Gesundheitsausserpolitik und identifiziert Handlungsoptionen und Herausforderungen für die Zukunft. Im ersten Teil des Beitrags wird die Entstehung der GAP historisch eingeordnet und im Rahmen internationaler Entwicklungslinien nachgezeichnet. Anschliessend werden die institutionellen Grundzüge der schweizerischen Gesundheitsausserpolitik analysiert. Es wird aufgezeigt, dass sich die GAP in einem Spannungsfeld aus vier teils widersprüchlichen Motiven befindet: Humanitäre und entwicklungspolitische Überzeugun-

4 Bundesrat, *Aussenpolitischer Bericht 2012*, 9.1.2013, 1059.

5 EDA/EDI, *Schweizerische Gesundheitsausserpolitik* (Bern: Bundeskanzlei 2012), S. 5.

gen treffen dabei einerseits auf eine Tendenz zur Versicherheitlichung von Gesundheit und andererseits auf starke aussenwirtschaftspolitische Interessen. Diese sind wiederum in Einklang zu bringen mit dem Ziel der Stärkung der globalen, multilateralen Gesundheitsarchitektur. Das Kapitel schliesst mit einem Ausblick auf den Evaluationsprozess und mögliche Revisionen und Prioritäten für die kommenden Jahre.

1 GESUNDHEITSPOLITIK IN HISTORISCHER PERSPEKTIVE

Internationale Bestrebungen zum Schutz vor ansteckenden Krankheiten sind kein modernes Phänomen. Bereits im 14. Jahrhundert verhängten Stadtstaaten wie Venedig Quarantänevorschriften gegen Händler und Reisende, um sich vor der Einschleppung von Krankheitserregern wie der Pest zu schützen.⁶

1.1 DIE INTERNATIONALE GESUNDHEITSARCHITEKTUR SEIT 1948

Erst seit der Gründung der Weltgesundheitsorganisation im Jahr 1948 gibt es aber ein internationales Gesundheitsregime, also umfassendere, standardisierte Regularien mit geographisch universaler Reichweite.⁷ Mit der in Genf angesiedelten UNO-Sonderorganisation, die für die kommenden Jahrzehnte im Zentrum der internationalen Gesundheitspolitik stehen sollte, entstand erstmals ein ständiges Forum für den wissenschaftlichen und politischen Austausch sowie eine global agierende Koordinationsbehörde für Gesundheitsfragen. Während die Mission der WHO, «allen Völkern zur Erreichung des bestmöglichen Gesundheitszustands zu verhelfen», wie es in der Charta heisst, ausgesprochen breit definiert ist, lag das Hauptaugenmerk der Organisation insbesondere in den ersten Jahrzehnten nach ihrer Gründung auf der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Zu den Kompetenzen der Institution gehören darüber hinaus primär technische und medizinisch-wissenschaftliche Koordinationsaufgaben und die Erarbeitung von medizinischen

6 Norman Howard-Jones, *The Scientific Background of the International Sanitary Conferences 1851–1938* (Genf: WHO, 1975).

7 David P. Fidler, «From International Sanitary Conventions to Global Health Security: The New International Health Regulations», in: *Chinese Journal of International Law* 4, Nr. 2 (2005), S. 325–392.

Standards sowie das systematische Zusammentragen und Weiterverbreiten von Informationen über Krankheitsausbrüche und -daten («epidemic intelligence»)⁸. Die Mitgliedstaaten haben ihrerseits seither zum einen die Pflicht, sich gegenseitig mittels der WHO über Ausbrüche bestimmter Krankheiten auf ihrem Territorium zu informieren. Zum anderen müssen die Gegenmassnahmen zum Schutz vor einer Ausbreitung verhältnismässig sein und dürfen den internationalen Handel und den Waren- und Personenverkehr nur in begründeten Ausnahmefällen beeinträchtigen. Aus Angst vor negativen wirtschaftlichen Folgen oder möglichen Reputationsschäden verzichteten dennoch viele Staaten immer wieder auf die Veröffentlichung von Krankheitsausbrüchen. Weil die WHO lange Zeit aufgrund ihrer Statuten nur auf Meldungen ihrer Mitgliedstaaten reagieren und keine anderen Informationsquellen berücksichtigen durfte, funktionierte das globale System zum Schutz vor übertragbaren Krankheiten über Jahrzehnte eher schlecht.

Obwohl die Institution wegen ihrer nahezu universalen Reichweite und des gleichberechtigten Status' ihrer Mitglieder von Beginn an über eine hohe Legitimation verfügte und sie etwa bei der Ausrottung der Pockenkrankheit in den 1970er Jahren eine entscheidende Rolle spielte, muss ihr Wirkungsgrad letztlich also kritisch beurteilt werden.⁹ Zudem wurde der Aufgabenbereich der WHO sukzessive reduziert: Mussten ursprünglich sechs Krankheiten im Ausbruchfall an die Organisation gemeldet werden (Cholera, Pest, Gelbfieber, Pocken, Typhus und Rückfallfieber), waren es 1995 im Rahmen der Internationalen Gesundheitsvorschriften nur noch drei (Cholera, Pest und Gelbfieber). Gleichzeitig führte der medizinisch-technologische Wandel der 1970er- und 1980er-Jahre gerade in den industrialisierten Ländern zu einem tiefgreifenden Machbarkeits- und Fortschrittsglauben: Ansteckende Krankheiten, so schien es, seien zumindest für die dort lebende Bevölkerung keine ernsthafte Bedrohung mehr, sondern könnten in Zukunft relativ problemlos behandelt und langfristig möglicherweise gar ausgerottet werden. Statt auf internationale Kooperation und Ausbruchsprävention setzten

- 8 Ilona Kickbusch, «21st Century Health Diplomacy: A New Relationship between Foreign Policy and Health», in: Thomas E. Novotny, Ilona Kickbusch, and Michaela Told (Hrsg.), *21st Century Global Health Diplomacy* (Singapore: World Scientific, 2013), S. 1–40.
- 9 Adam Kamradt-Scott, *Managing Global Health Security: The World Health Organization and Disease Outbreak Control* (Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2015).

die Industrieländer zunehmend auf die medizintechnologischen Stärken ihrer eigenen nationalen Gesundheitssysteme. Mit dieser «Renationalisierung» der Gesundheitspolitik verlor die Genfer Organisation in vielen Staaten des globalen Nordens an Bedeutung, was sich nicht zuletzt in gravierenden Budgetkürzungen von Seiten der Mitgliedstaaten niederschlug.¹⁰

1.2 HIV/AIDS UND DIE NEUE ANGST VOR GLOBALEN KRANKHEITEN

Diese Situation änderte sich erst mit Beginn der AIDS-Epidemie in den 1980er-Jahren. Die Überzeugung von der Kontrollierbarkeit und Beherrschbarkeit übertragbarer Krankheiten wich einem Gefühl der Verwundbarkeit und Angst vor einer «pathogenen Zukunft»: einem Zeitalter, in dem sich neue, bislang unbekannte Krankheitserreger oder besiegt geglaubte, wiederkehrende Pathogene unter den Bedingungen der Globalisierung schnell und unerkannt ausbreiten. So mahnte das einflussreiche *US Institute of Medicine* in einer Studie im Jahr 1992: «As the human immunodeficiency virus (HIV) disease pandemic surely should have taught us, in the context of infectious diseases, there is nowhere in the world from which we are remote and no one from whom we are disconnected.»¹¹

Der Glaube, dass übertragbare Krankheiten allein noch eine Herausforderung in weniger entwickelten Ländern seien, erwies sich plötzlich als fundamentaler Irrtum. Als deutlich wurde, dass viele afrikanische Länder von der Erkrankung allerdings noch in viel grösserem Ausmass betroffen waren als Europa und Nordamerika und dass infizierte Personen dort aufgrund fehlender Gesundheitsversorgung und mangels fairem Zugang zu Medikamenten kaum Überlebenschancen hatten, gelang es Nichtregierungsorganisationen (NGOs), durch globale Proteste und Kampagnen, Aufmerksamkeit auf diese humanitäre Katastrophe zu lenken.

10 Tine Hanrieder, «Die Weltgesundheitsorganisation unter Wettbewerbsdruck: Auswirkungen der Vermarktlichung globaler Gesundheitspolitik», in: Klaus Dingwerth, Dieter Kerwer, und Andreas Nölke (Hrsg.), *Die organisierte Welt* (Baden-Baden: Nomos, 2009), S. 165–188.

11 Joshua Lederberg / Robert E. Shope / Stanley C. Oaks Jr., *Emerging Infections: Microbial Threats to Health in the United States* (Washington, D.C.: National Academies Press, 1992).

Auch die Pharmaindustrie der Schweiz, die heute für rund 45 Prozent der gesamten Warenausfuhren verantwortlich ist und damit die wichtigste Exportbranche der Schweiz darstellt¹², geriet in dieser Phase extrem unter Druck, ihre Preispolitik zu verändern und Menschen in Entwicklungs- und Schwellenländern den Zugang zu Medikamenten zu ermöglichen. «Die globale Solidaritätswelle, die damit verbundene Stärkung der Zivilgesellschaft, das Entstehen von neuen, philanthropisch ausgerichteten, mächtigen globalen Akteuren wie der *Bill and Melinda Gates Foundation*, ein in der Verantwortung stehender globalisierter Gesundheitsmarkt und Regierungen, die in diesem neuformierten Gesundheitskomplex Profilierungsmöglichkeiten sahen, waren die Elemente, welche die globale Gesundheitsdebatte befeuerten.»¹³

Vier weitere Entwicklungen trugen in den 1990er-Jahren dazu bei, dass die Gesundheitspolitik ganz allgemein und insbesondere die Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten plötzlich zu einem Thema der internationalen (Sicherheits-)Politik wurde. *Erstens* ging die Angst vor neuen, ansteckenden Krankheiten einher mit einer erhöhten Furcht vor Terrorismus mit Krankheitserregern. Bereits Mitte der 1990er-Jahre warnten verschiedene Regierungsstellen vor allem in den USA davor, dass Terroristen versuchen könnten, Krankheitserreger bei Terroranschlägen einzusetzen.¹⁴ Der Giftgasanschlag der religiösen Sekte Aum Shinrikyo auf die Tokioter U-Bahn im Jahr 1995, die Terroranschläge am 11. September 2001 sowie die mit Anthrax-Sporen versehenen Briefe an US-Politiker im gleichen Monat verstärkten die Sorge, dass Terroristen in Zukunft Pathogene nutzen könnten, um Krankheitsausbrüche auszulösen. Die Angst vor hochansteckenden Krankheiten und die wachsende Furcht vor terroristischen Anschlägen konvergierten. In der Folge verschmolz gerade in den USA ein grosser Teil der zivilen

12 Aurel Jörg, «Was wäre die Schweiz ohne die Pharma?», in: *Neue Zürcher Zeitung* (NZZ), 7.2.2017.

13 Martin Leschhorn Strebel, «Zugang zur Gesundheit für alle weltweit und die Verantwortung der Schweiz», in: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.), *Privileg Gesundheit? Zugang Für Alle!* (Zürich: Seismo Verlag, 2016), S. 85–86; Ellen't Hoen et al., «Driving a Decade of Change: Hiv/Aids, Patents and Access to Medicines for All», in: *Journal of the International AIDS Society* 14, Nr. 1 (2011), S. 1–12.

14 Richard A. Falkenrath / Robert D. Newman / Bradley A. Thayer, *America's Achilles' Heel: Nuclear, Biological, and Chemical Terrorism and Covert Attack* (Cambridge, MA: MIT Press, 1998).

Forschung zu übertragbaren Krankheiten mit vom Militär finanzierten Forschungsprojekten zum Schutz vor biologischen Kampfstoffen und Bioterrorismus zu neuen «Biosecurity»-Programmen.

Zweitens, und damit zusammenhängend, lässt sich seit dem Ende des Kalten Krieges eine Rekonzeptualisierung und Neuinterpretation des Begriffs «Sicherheit» beobachten. Staaten definieren ihre Sicherheitsinteressen und Bedrohungen heute zunehmend weitreichender und nicht mehr allein unter militärischen Gesichtspunkten. Wirtschaftliche Notlagen, ökologische Degradierung oder eben übertragbare Krankheiten werden in diesem Sinne jetzt auch vielfach als Gefahren für die nationale Sicherheit eines Staates interpretiert – mit durchaus ambivalenten Konsequenzen: Einerseits erlaubt diese Versicherheitlichung, und die damit einhergehende gesteigerte politisch-mediale Aufmerksamkeit, die Allokation grösserer finanzieller und personeller Ressourcen. Andererseits birgt eine solche Versicherheitlichung der Gesundheit allerdings auch Gefahren in sich. Betrachtet man öffentliche Gesundheit allein durch die Linse der nationalen Sicherheit, so führt dies vielfach zu einem engen Fokus auf sich schnell ausbreitende, ansteckende Krankheiten und ignoriert andere Gesundheitsgefahren. Zum anderen kann ein solches Denken in Sicherheitskategorien unter Umständen den Weg zu einer Renationalisierung und Politik der Abschottung gegenüber der äusseren Bedrohung ebnen und internationale kooperative Anstrengungen erschweren.¹⁵

Drittens hat die UNO mit den Millenniums-Entwicklungszielen (2000) den Kampf gegen unzureichende Gesundheitsbedingungen zu einer der Kernaufgaben der internationalen Entwicklungszusammenarbeit erklärt. Die Senkung der Kindersterblichkeit, die Verbesserung

15 Stefan Elbe, «Should Hiv/Aids Be Securitized? The Ethical Dilemmas of Linking Hiv/Aids and Security», in: *International Studies Quarterly* 50, Nr. 1 (2006), S. 119–144; William Aldis, «Health Security as a Public Health Concept: A Critical Analysis», in: *Health Policy and Planning* 23, Nr. 6 (2008), S. 369–375; Stefan Elbe, «Haggling over Viruses: The Downside Risks of Securitized Infectious Disease», in: *Health Policy and Planning* 25 (2010), S. 476–485. Ganz besonders deutlich lässt sich dies an der Frage der Impfstoffverteilung im Falle einer Influenzapandemie illustrieren: Angesichts knapper Impfstoffproduktionskapazitäten werden bei einer Pandemie nicht genügend Dosen bereitstehen, um weltweit zu impfen. Eine rein an nationalstaatlichen Interessen orientierte Impfstoffpolitik führt aber dazu, dass die Industrieländer einen Grossteil der global verfügbaren Impfstoffe aufkaufen werden, während möglicherweise stärker betroffene Staaten in anderen Weltregionen kaum Zugriff auf Vakzine haben könnten.

der Gesundheitsversorgung von Müttern, sowie die Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderen Krankheiten gehörten zu den acht Zielen, auf die sich die 189 unterzeichnenden Staaten bis 2015 verpflichtet haben. Ob die Entwicklungsziele, die erstmals eine globale Partnerschaft statt klassischer Entwicklungshilfe einfordern, und das bis 2030 laufende Nachfolgeprogramm «Agenda 2030» zu den Zielen für nachhaltige Entwicklung erfolgreich waren beziehungsweise sein werden, ist umstritten. Vieles deutet jedoch darauf hin, dass die Entwicklungsziele zu den drei Gesundheitszielen zumindest die Bedeutung der globalen Gesundheitspolitik für die internationale Entwicklung akzentuiert und das Bewusstsein um eine moralische Verpflichtung zur Zusammenarbeit erneuert haben.¹⁶

Die Pharmaindustrie der Schweiz geriet in dieser Phase extrem unter Druck.

Ein *vierter* Faktor, der die neue Aufmerksamkeit für globale Gesundheitsgefahren befeuert hat, ist eine veränderte Risikowahrnehmung, die in den Gesellschaften vieler Industrieländer seit einigen Jahrzehnten feststellbar ist. So beschrieb der Soziologe Ulrich Beck bereits in seinem Buch «Risikogesellschaft» (1986), dass die industrielle Modernisierung und die Lebensumstände moderner, global vernetzter Industriegesellschaften neuartige, unkontrollierbare und für den Einzelnen kaum fassbare Risiken geradezu selbst produzieren.¹⁷ Beispiele sind etwa das Freisetzen radioaktiver Strahlung wie durch die Reaktorkatastrophe von Tschernobyl, gentechnisch veränderte Lebensmittel oder Krankheitsausbrüche in eigentlich entlegenen Gegenden, die sich innert kurzer Zeit weltweit ausbreiten. Um diesen neuen Risiken zu begegnen, bedarf es, so die Schlussfolgerung, verstärkter politischer und regulatorischer Anstrengungen – also neuer Formen der Risiko-Gouvernanz.

Der Ausbruch der SARS-Pandemie¹⁸ im Jahr 2002/03 schien diese Einschätzung auf exemplarische Weise zu bestätigen. Die neu aufgetre-

16 Andy Haines / Andrew Cassels, «Can the Millennium Development Goals Be Attained?», in: *BMJ: British Medical Journal* 329, Nr. 7462 (2004), S. 394–397; WHO, *Health in 2015: From MDGs to SDGs* (Genf: WHO, 2015).

17 Ulrich Beck, *Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne* (Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1986).

18 Schweres akutes respiratorische Syndrom.

tene Erkrankung, die durch ein bis dato unbekanntes Virus ausgelöst wurde, breitete sich innerhalb weniger Wochen weltweit aus. Ein aus der chinesischen Provinz Guangdong stammender Patient, der zu einer Hochzeitsfeier nach Hongkong gereist war, infizierte dort weitere Gäste, die ihrerseits nach ihrer Weiterreise die Krankheit weiterverbreiteten. Über infizierte Reisende gelangte das Virus innerhalb kurzer Zeit entlang stark frequentierter internationaler Flugrouten nach Singapur, Vietnam und Kanada. Innerhalb weniger Monate erkrankten mehr als 8.000 Personen in 25 Ländern auf fünf Kontinenten, 800 starben an der Erkrankung. «The SARS epidemic vividly demonstrated that we now live in a «global village», and that an infectious disease emerging anywhere in the world has the potential to spread globally in a short period of time.»¹⁹

Es waren diese Entwicklungen auf unterschiedlichen Ebenen, die dazu beigetragen haben, dass Fragen der öffentlichen Gesundheit in den vergangenen zwei Jahrzehnten einen hohen Stellenwert in der internationalen Politik und der Aussen- und Sicherheitspolitik vieler Länder eingenommen haben. Gleichzeitig haben diese Entwicklungen dazu geführt, dass sich die Architektur der internationalen Gesundheitspolitik signifikant verändert hat. Die WHO-Mitgliedstaaten haben nach langen Verhandlungen neue internationale Gesundheitsvorschriften beschlossen und verpflichten sich nun zum Aufbau nationaler Überwachungssysteme zur frühzeitigen Erkennung, Meldung und Bekämpfung von Krankheitsausbrüchen auf ihren Territorien.

Zudem ist heute eine Vielzahl neuer Akteure im Bereich der globalen Gesundheitspolitik aktiv. Private und öffentliche Initiativen, Stiftungen und NGOs ebenso wie Unternehmen, multilaterale Initiativen wie die G7 oder G20 und internationale und supranationale Organisationen ergänzen dabei nicht nur die klassischen Akteure wie die nationalen Gesundheitsbehörden und die WHO, sondern konkurrieren sie teils auch im Kampf um Einfluss und finanzielle Ressourcen. Auch nehmen Nicht-Gesundheitsinstitutionen wie die Weltbank, der Internationale Währungsfond (IMF) und die Welthandelsorganisation (WTO) mit ihren Forderungen nach Privatisierung und Vermarktlichung des Ge-

19 Rolf Hilgenfeld / Malik Peiris, «From Sars to Mers: 10 Years of Research on Highly Pathogenic Human Coronaviruses», in: *Antiviral research* 100, Nr. 1 (2013), S. 286–295.

sundheitswesens erheblichen Einfluss auf nationale und internationale Gesundheitspolitiken.

Hinzu kommt, dass die sogenannten Schwellenländer (BRICS) wie Brasilien, Indien oder China heute aufgrund ihrer Interessen beispielsweise im Pharma-Sektor selbst zu einflussreichen Akteuren und Verhandlungspartnern aufgestiegen sind. Die Landschaft der globalen Gesundheitspolitik hat sich also in den vergangenen Jahren fundamental verändert und fragmentiert, wodurch die traditionellen Akteure vor neue Herausforderungen gestellt werden.²⁰

2 DIE SCHWEIZ ALS VORREITERIN

Die Schweiz als Sitzstaat der WHO und einer Vielzahl anderer internationaler Organisationen im Gesundheitsbereich sowie als ein Zentrum der Pharmaindustrie und Gesundheitswirtschaft, hat als einer der ersten Staaten auf diese veränderten globalen Rahmenbedingungen reagiert. Die 2006 initiierte GAP soll dazu dienen, die Zusammenarbeit zwischen den schweizerischen Gesundheitsakteuren auf Bundesebene zu stärken und «eine koordinierte und kohärente Gesundheitspolitik sowohl auf nationaler wie auch auf internationaler Ebene zu entwickeln und umzusetzen».²¹

2.1 INSTRUMENTE UND ZIELE

Im Gegensatz zu den gesundheitsausserpolitischen Initiativen anderer Staaten²² verfügt die schweizerische Strategie über eine institutionelle Verankerung, welche ihr zusätzliches Gewicht im politischen Entscheidungsfindungsprozess verleiht. Drei Instrumente sind hier von besonderer Bedeutung: *Erstens* wurde in der Abteilung Sektorielle Ausser-

20 Julio Frenk / Suerie Moon, «Governance Challenges in Global Health», in: *New England Journal of Medicine* 368, no. 10 (2013), S. 936–942; Nicole A. Szlezák et al., «The Global Health System: Actors, Norms, and Expectations in Transition», in: *PLoS Med* 7, Nr. 1 (2010), S. 1–4; Steven J. Hoffman, Clarke B. Cole, and Mark Pearcey, *Mapping Global Health Architecture to Inform the Future* (London: Chatham House, 2015).

21 Tania Dussey-Cavassini, «Die Schweizerische Gesundheitsausserpolitik: Welche Ziele verfolgt sie? Was hat sie erreicht?», in: *Spectra*, Nr. 111 (2015), S. 2.

22 David P. Fidler, «Health in Foreign Policy: An Analytical Overview», in: *Canadian Foreign Policy Journal* 15, Nr. 3 (2009), S. 11–29.

politiken des EDA eine Koordinationsstelle Gesundheitsaussenpolitik geschaffen, welche als Anlaufstelle für alle Anfragen der anderen involvierten Bundesakteure fungiert, Informationen sammelt und weiterleitet. Ihr obliegt zudem, dafür zu sorgen, dass gesundheitspolitische Leitlinien im Einklang stehen mit den allgemeinen Prinzipien und Interessen der schweizerischen Aussenpolitik.

Als *zweites* Koordinationsorgan tagt zudem einmal jährlich die Interdepartementale Konferenz Gesundheitsaussenpolitik (IK GAP). Diese ist insofern zentral, als sie ein Forum schafft für den Austausch über Departementsgrenzen hinweg. Unter der Federführung der Leitungen von BAG und DEZA sowie der EDA-Staatssekretärin/ des EDA-Staatssekretärs nehmen an der Konferenz Vertreterinnen und Vertreter von EDA, EDI, VBS, EJPD, WBF, UVEK und der Gesundheitsdirektorenkonferenz sowie bei Bedarf anderer Bundesstellen teil.

Drittens sollen zwei interdepartementale Arbeitsgruppen (IdAG) sowie eine «Begleitgruppe» die IK GAP unterstützen. Interessant ist hier die thematische Ausrichtung der beiden Arbeitsgruppen: Während sich eine eher allgemein mit klassischen gesundheits- und entwicklungspolitischen Problemen befasst, beschäftigt sich die zweite insbesondere mit Fragen zu medizintechnologischen Innovationen und geistigem Eigentum, also eher wirtschafts- und industriepolitischen Aspekten der Gesundheitspolitik.²³

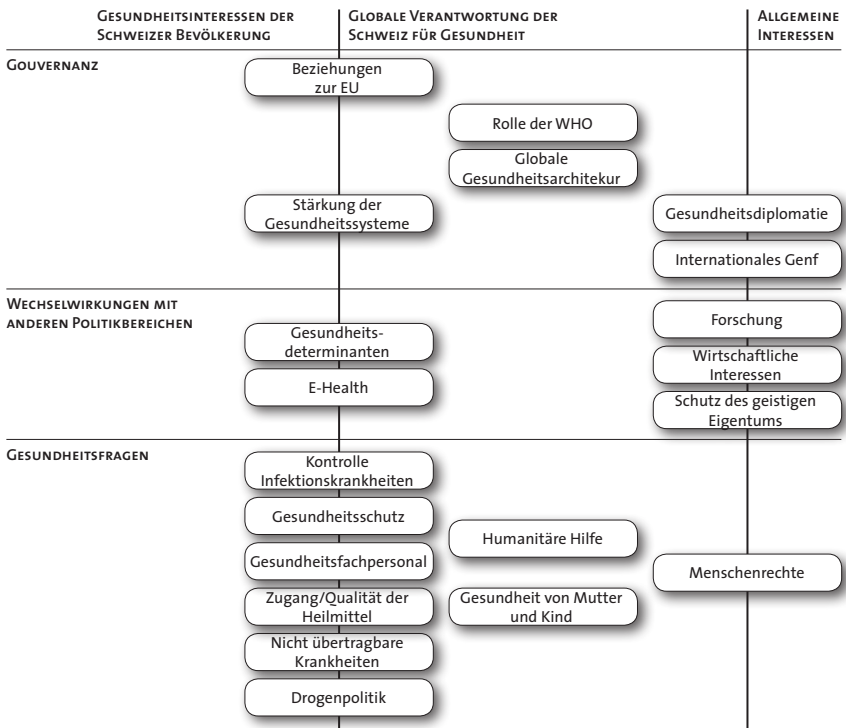
Darüber hinaus soll ein regelmässiger Austausch mit externen Partnern – NGOs und Akteuren der Zivilgesellschaft, Wissenschaftlern, Industrievertretern, Repräsentanten der Berufsverbände – stattfinden. Auch ist das Thema Gesundheit eines von fünf Globalprogrammen der DEZA und damit weiterhin ein integraler Bestandteil der bi- und multilateralen Entwicklungszusammenarbeit.

Die insgesamt recht deskriptive Strategie unterscheidet zunächst fünf übergeordnete Werte und Prinzipien, auf denen die schweizerische Gesundheitsaussenpolitik basieren soll: 1) Good Governance; 2) Gerechtigkeit und Armutsfokus; 3) Globale Verantwortung; 4) Interessenwahrung und Kohärenz; sowie 5) einem in diesem Rahmen etwas

23 Wie weiter unten noch ausgeführt wird, deutet sich hier strukturell schon ein gewisses inhaltliches Spannungsverhältnis an, das der GAP zugrunde liegt. Siehe hierzu auch Lechhorn Strebelt, *Zugang*, S.94.

unvermittelten Bekenntnis zur «Swissness»: Die Schweiz, so wird hervorgehoben, soll «auch in ihrer Gesundheitsausenpolitik primär auf die eigenen Stärken» bauen.²⁴ Anschliessend definiert das Dokument drei Zielbereiche, denen sich die 20 Ziele der Schweizerischen Gesundheitsausenpolitik zuordnen lassen: a) Gouvernanz; b) Wechselwirkungen mit anderen Politikbereichen; und c) Gesundheitsfragen. Die folgende Matrix verdeutlicht diese Aufteilung.

ZIELE, ZIELBEREICHE UND INTERESSEN DER GAP



Quelle: Schweizerische Gesundheitsausenpolitik, S.42

Die 20 Ziele erscheinen überraschend heterogen und divers, die Auswahl wirkt etwas beliebig. Sie reicht von klassischen gesundheitspolitischen Interventionen wie der Kontrolle von Infektionskrankheiten oder

24 EDA/EDI, *Schweizerische Gesundheitsausenpolitik*, S.15.

der Prävention von nichtübertragbaren Erkrankungen über verstärkte Bemühungen um eine funktionierende globale Gesundheitsarchitektur, bis hin zur Förderung von Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitsbereich («E-Health») oder dem Einsatz für Menschenrechte. Jedoch ist, wie in der GAP angemerkt wird, der Beitrag, den die Schweiz zur Umsetzung der Ziele leisten kann, vielfach gering, und es wird etwa nicht näher erläutert, inwiefern sie zur Erreichung beitragen will. Auch werden die Zielvorgaben nicht konkretisiert, so dass eine Evaluation des bisher Erreichten schwierig sein dürfte. Problematischer sind allerdings zwei andere Aspekte: *Erstens* erweckt die

Die 20 Ziele erscheinen überraschend heterogen und divers, die Auswahl wirkt etwas beliebig.

Liste den Anschein, dass alle Ziele gleichberechtigt nebeneinander stehen. Das bedeutet, dass konkrete politische Interventionen und Massnahmen zum Gesundheitsschutz etwa im Bereich der übertragbaren

Krankheiten oder des Zugangs zur Gesundheitsversorgung die gleiche Priorität geniessen wie gesundheitsaussenpolitische Anstrengungen zur Durchsetzung wirtschaftlicher Interessen. Diese Ziele können jedoch, und das ist der *zweite* problematische Aspekt, durchaus im Widerspruch zueinander stehen.

Das folgende Beispiel²⁵ illustriert diesen Zielkonflikt: Im Jahr 1998 beantragte der Basler Pharmakonzern Novartis für sein Krebsmedikament Glivec in Kolumbien ein Patent. Nach langjährigen Verhandlungen und nachdem der Patentschutz zunächst abgelehnt worden war, erteilte die zuständige kolumbianische Behörde das Patent im Jahr 2012. Durch die Errichtung des Patentschutzes wurden die zum Teil um bis zu 70 Prozent günstigeren Nachahmerprodukte, sogenannte Generika, vom Markt ausgeschlossen. Die Folge waren deutlich höhere Behandlungspreise: Der von Novartis avisierte Preis sollte sich auf rund 20 000 USD pro Jahr und Patient belaufen, was über dem durchschnittlichen Jahreseinkommen von rund 13 000 USD lag. Vor diesem Hintergrund forderten mehrere schweizerische und kolumbianische Nichtregierungsorganisationen und zivilgesellschaftliche Gruppen die kolumbianische

25 Ich danke Martin Leschhorn Strebel für das Beispiel. Siehe Leschhorn Strebel, *Zugang*, S. 96.

Regierung dazu auf, eine Zwangslizenz zu erteilen, sollte Novartis nicht freiwillig den Preis für das Präparat senken.²⁶ Mit einer solchen Zwangslizenz, die im Rahmen der Übereinkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte des geistigen Eigentums (TRIPS) der WTO unter bestimmten Umständen möglich ist, können Staaten Generikaherstellern erlauben, Nachahmerprodukte trotz eines bestehenden Patentschutzes herzustellen, sofern das Medikament von grosser Bedeutung für die öffentliche Gesundheit ist. Damit würde breiteren Bevölkerungsschichten auch in Entwicklungs- und Schwellenländern der Zugang zu einem bestimmten, lebensnotwendigen Medikament ermöglicht. Pharmaunternehmen wie Novartis argumentieren hingegen, dass nur der Schutz des geistigen Eigentums durch Patente sowie adäquate Medikamentenpreise auch zukünftig Forschung und Entwicklung ermöglichen.²⁷ Unterstützung erhielt das Unternehmen in dieser Situation vom Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO), das sich auf Seiten von Novartis in die Verhandlungen einschaltete und gegen die Zwangslizenz Position bezog.²⁸ Das normativ-humanitäre Ideal von einem möglichst uneingeschränkten Zugang zu unverzichtbaren Medikamenten, welches in der GAP ausdrücklich anerkannt wird, kollidierte hier also mit der ebenfalls angestrebten Förderung unternehmerischer Interessen der Schweizer Pharmabranche.

2.2 MOTIVE, SPANNUNGSFELDER UND WIDERSPRÜCHE

Dieser Fall steht exemplarisch für die politischen Konflikte und Widersprüche, welche die schweizerische Gesundheitsausserpolitik charakterisieren und die in der GAP auch recht unumwunden eingeräumt werden: «Ein Staat wie die Schweiz hat sowohl innen- wie auch aussenpolitisch verschiedene Ziele zu verfolgen. So will die Schweiz beispielsweise ihr Bekenntnis zu einer liberalen Wirtschaftsordnung mit

26 Andreas Möckli, «USA schalten sich in den Novartis-Fall in Kolumbien ein», in: *Tages-Anzeiger*, 14.5.2016; Lilliane Ploumen und Edith Schippers: «Better Life through Medicine – Let's Leave No One Behind», in: *The Lancet* 389, Nr. 10067 (2017), S. 339–341.

27 Stefan Ecks, «Global Pharmaceutical Markets and Corporate Citizenship: The Case of Novartis' Anti-Cancer Drug Glivec», in: *BioSocieties* 3, Nr. 2 (2008), S. 165–181.

28 Marina Carobbio Gussetti, «Anfrage: Zugang zu günstigeren Krebsmedikamenten in Kolumbien und Druck des Seco» (Bern: Nationalrat, 2015).

den Interessen der Solidarität und der globalen Gesundheit in Einklang bringen. Bei den Massnahmen zum Erreichen der Ziele sollten somit möglichst grosse Kohärenz gesucht und Synergien gebildet, unvermeidliche Zielkonflikte aber offen angegangen und über die bestehenden politischen Entscheidungsmechanismen geregelt werden.»²⁹

In der Tat befindet sich die Gesundheitsausenpolitik der Schweiz in einem Spannungsfeld aus vier nicht leicht miteinander zu vereinbarenden Triebkräften: 1) der Versicherheitlichung von Gesundheit; 2) der Förderung ausenwirtschaftspolitischer Interessen; 3) der Stärkung der multilateralen, globalen Gesundheitsarchitektur; und 4) einer humanitären Gesundheitspolitik.

SPANNUNGSFELD DER SCHWEIZER GAP



Die *Versicherheitlichung von Gesundheit*, die in den vergangenen Jahrzehnten nicht nur in der Schweiz, sondern weltweit zu beobachten ist, hat nach Meinung vieler Experten erst ermöglicht, dass Gesundheitspolitik heute nicht mehr hauptsächlich ein innen-, sondern auch ein ausenpolitisches Thema ist. Sie führt aber auch dazu, dass Krankheiten als Bedrohungen der eigenen nationalen Sicherheit verstanden werden und nicht primär als medizinisch-kurative oder humanitäre Herausforderungen. Die Aufmerksamkeit richtet sich infolgedessen insbesondere auf staatliche Massnahmen zur Abwehr übertragbarer Krankheiten – zum Beispiel durch weitreichende Krankheitsmeldesysteme, nationale Impfstoffreserven und Pandemievorsorgemassnahmen. In der Schweiz zeigt sich dies zum Beispiel seit einigen Jahren an erheblich verstärkten Anstrengungen im Bereich der Pandemieplanung und -vorsorge. Solch eine Perspektive der Gefahrenabwehr birgt bei aller Notwendigkeit jedoch

29 EDA/ EDI, *Schweizerische Gesundheitsausenpolitik*, S. 14.

die Gefahr, dass die langfristige Bekämpfung von Krankheitsursachen wie der fehlenden Gesundheitsversorgung, mangelhafter hygienischer Bedingungen oder Armut und soziale Ungleichheit in Entwicklungsländern in den Hintergrund rückt. Bekämpft werden vielfach zuerst diejenigen Krankheiten, die – im Falle einer Pandemie – eine Gefahr für westliche Industrieländer darstellen würden, während Krankheiten, die in anderen Weltregionen zu einer höheren Krankheitslast führen, vernachlässigt werden.³⁰

Gleichzeitig betonen sowohl die Strategie zur Gesundheitsausserpolitik als auch die entwicklungspolitische Agenda etwa der DEZA aber die Wichtigkeit der *humanitären Gesundheitspolitik*. Themen wie beispielsweise die Stärkung der lokalen und nationalen Gesundheitssysteme in Entwicklungs- und Schwellenländern, ein allgemeiner, barrierefreier Zugang zur Gesundheitsversorgung, der Zugang zu Medikamenten, die Reduzierung von Mütter- und Kindersterblichkeit oder die Wiederherstellung des gesundheitlichen Wohlbefindens nach einer humanitären Katastrophe, sind einige der Ziele, die sich aus diesem humanitären, kosmopolitischen Motiv ergeben. Die GAP geht sogar insofern noch einen Schritt weiter, als sie die Schweiz explizit darauf verpflichtet, darauf hinzuarbeiten, das «Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit» zu fördern und zu verwirklichen. Ein solches universales «Menschenrecht auf Gesundheit», das, wie insbesondere von zivilgesellschaftlicher Seite gefordert wird, eine übergeordnete Bedeutung haben müsste, steht allerdings nur gleichberechtigt neben den anderen Zielvorgaben.³¹

Wirtschaftspolitische Interessen, also beispielsweise die Förderung schweizerischer Unternehmen, stehen zu diesem humanitären, kosmopolitischen Ansatz jedoch in einem kaum auflösbaren Spannungsverhältnis. Zwar heisst es dazu in der GAP: «Ein verantwortungsvoller Interessenausgleich zwischen den berechtigten Rentabilitätsansprüchen der Industrie und einem allgemeinen Zugang zu qualitativ einwandfreien Heilmitteln für alle soll einen spezifischen Beitrag der Schweiz

30 Michael A. Stevenson / Michael Moran, «Health Security and the Distortion of the Global Health Agenda», in: *Routledge Handbook of Global Health Security* (2014), S. 328–338; Debra L. DeLaet, «Whose Interests Is the Securitization of Health Serving?», in: *Routledge Handbook of Global Health Security* (2015), S. 339–348.

31 Leschhorn Strebel, *Zugang*, S. 94.

darstellen».³² Das obige Beispiel der Preisgestaltung für Medikamente zeigt jedoch, wie schwierig es ist, diese Interessenunterschiede zu überbrücken, ohne humanitäre und entwicklungspolitische Ansprüche zu kompromittieren. Auch das explizite Bekenntnis der GAP zur liberalen Wirtschaftsordnung und zum Freihandel (Ziel 8) bietet durchaus Konfliktpotenzial gegenüber einer umfassenden globalen Gesundheitspolitik oder gar der Vision eines

Die Schweiz hat sich zum Ziel gesetzt, die WHO zu stärken.

Menschenrechts auf Gesundheit (Ziel 19). Diverse Autoren argumentieren beispielsweise,

dass gerade der ungezügelter Freihandel und die Privatisierung und Vermarktlichung des Gesundheitswesens in einer von den Industrieländern bestimmten globalen Wirtschaftsordnung die Strukturen der Ungleichheit zementieren und die Gesundheit grosser Bevölkerungsgruppen gefährden. Um diesen Konflikt aufzulösen, müssten beispielsweise Fragen zum Gesundheitsschutz, zur Gesundheitsförderung sowie zum Zugang zu Heilmitteln in internationalen Handelsabkommen weitaus grösseres Gewicht erhalten.³³

Die vierte Triebfeder, die die Gesundheitsaussenpolitik der Schweiz mitdefiniert, ist die angestrebte *Stärkung der globalen Gesundheitsarchitektur*. Gegenwärtig ist zu beobachten, dass eine Vielzahl neuer Akteure in der globalen Gesundheitspolitik aktiv sind, während insbesondere die Weltgesundheitsorganisation in den vergangenen Jahren auch aufgrund einer mangelhaften Finanzierungslage und struktureller Defizite geschwächt wurde und an Einfluss verlor. Dies hat sich nicht zuletzt im unzureichenden Management der Ebola-Krise durch die Genfer Organisation gezeigt.³⁴ Daneben führt die stark zersplitterte Akteurslandschaft, die gleichwohl nicht mit einer besseren Repräsentation der Entwicklungsländer einhergeht, zu einer Multiplizierung von Massnahmen

32 EDA/EDI, *Schweizerische Gesundheitsaussenpolitik*, S. 23.

33 Stephen Gill und Solomon R. Benatar: «History, Structure and Agency in Global Health Governance», in: *International Journal of Health Policy and Management* 6, Nr. 4 (2017), S. 237–241; Kelley Lee, Devi Sridhar und Mayur Patel, «Bridging the Divide: Global Governance of Trade and Health», in: *The Lancet* 373, Nr. 9661 (2009), S. 416–422.

34 Lawrence O Gostin und Eric A Friedman, «A Retrospective and Prospective Analysis of the West African Ebola Virus Disease Epidemic: Robust National Health Systems at the Foundation and an empowered WHO at the Apex», in: *The Lancet* 385, Nr. 9980 (2015), S. 1902–1909.

und Initiativen und letztlich zu einem nicht-effizienten Ressourceneinsatz. Die Schweiz hat sich zum Ziel gesetzt, der institutionellen Fragmentierung entgegenzuwirken und insbesondere die Rolle der WHO als zentrales Führungs- und Koordinationsorgan zu stärken. Auch hier zeigt sich jedoch wiederum ein gewisses Spannungsverhältnis einerseits mit dem eher auf nationale Gefahrenabwehr ausgerichteten Versicherunglichungsparadigma und andererseits mit der Fokussierung auf nationale wirtschaftliche Interessen.

SCHLUSSBETRACHTUNG UND AUSBLICK

Mit der Etablierung der schweizerischen Gesundheitsausenpolitik im Jahr 2006 hat die Schweiz als einer der ersten Staaten weltweit die Wichtigkeit einer interdepartemental verankerten Gesundheitspolitik erkannt und die Trennung in Gesundheitsinnen- und Gesundheitsausenpolitik überwunden. Damit ist eine wichtige Voraussetzung für eine kohärentere, sektorenübergreifende Herangehensweise geschaffen worden, die es ermöglicht, im Auftreten nach aussen unterschiedliche Ziele zu vertreten. Dazu gehören klassische Gesundheits- und humanitäre Fragen ebenso wie Vorstellungen über eine effizientere und wirkungsvollere globale Gesundheitsgouvernanz und die Förderung nationaler Wirtschaftsinteressen.

Dies kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Strategie geprägt ist von einer Reihe von Unklarheiten und Diskrepanzen. So wirkt etwa die Liste der 20 Ziele recht beliebig und unscharf, zudem werden keine konkreten Indikatoren definiert, was eine Evaluation der Erfolge und Misserfolge schwierig machen dürfte. Auch bleibt unklar, welchen Beitrag die Schweiz zur Erreichung mancher der multilateralen oder gar globalen Vorhaben genau leisten möchte. Schwerer wiegt aber, dass den Zielvorgaben ein Spannungsfeld zugrunde liegt, das kaum aufgelöst werden kann, solange alle Ziele gleichberechtigt nebeneinander stehen. Hier macht sich bemerkbar, dass das Grundlagendokument zur GAP eher deskriptiv ist. Es fehlt eine tiefergehende Analyse der historischen und aktuellen Entwicklungen der heutigen globalen Gesundheitssituation und eine Auseinandersetzung mit den politischen und ökonomischen Ursachen von gesundheitlicher Ungleichheit. Eine kaum existente Gesundheitsinfrastruktur, ein fehlender Zugang zu medizini-

scher Versorgung oder für grosse Bevölkerungsschichten nicht bezahlbare Medikamentenpreise in vielen Staaten der Welt sind nicht einfach eine Momentaufnahme, sondern vielfach das Resultat jahrzehntelanger politischer und wirtschaftlicher Entwicklungen auf nationaler und globaler Ebene.

Dennoch war die Initiierung der schweizerischen Gesundheitsaussenpolitik ein wichtiger Schritt – sowohl aus nationaler als auch aus globaler Perspektive. Mit der Verankerung gesundheitspolitischer Fragen in der Aussenpolitik zeigt die Schweiz nicht nur aussenpolitischen Gestaltungswillen, sondern verpflichtet sich zudem auf eine Fortführung der humanitären Facetten ihrer Geschichte. Gleichzeitig schafft sie sich einen «Soft power»-Spielraum, um sich in der im Umbruch befindlichen globalen Gesundheitsarchitektur als Akteurin und Verhandlungspartnerin gegenüber staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren zu etablieren. Eine solche Position bietet die Chance, massgeblich an einer Reform und Neugestaltung der internationalen Gesundheitsarchitektur mitzuarbeiten. Dies kommt nicht zuletzt der angestrebten Stärkung des Standorts Genf als einem Zentrum der internationalen Gesundheitsdiplomatie zugute.³⁵ Auch aus wirtschaftlicher Perspektive ist die sektorenübergreifende GAP folgerichtig, trägt sie doch dazu bei, die Interessen der Pharmaindustrie als einem der wesentlichsten Wirtschaftszweige der Schweiz international zu schützen und zu fördern. Und möglicherweise kann die in der GAP formulierte Zusammenschau der unterschiedlichen Ziele auch dazu beitragen, die Wirtschaftsinteressen an humanitäre Normen und Ideale zurückzubinden und auch auf Seiten der Industrie ein Bewusstsein für ihre globale, humanitäre Verantwortung zu stärken.

35 Bundesrat, *Aussenpolitischer Bericht 2016*, 11.1.2017, S. 1355–1356.