

PHARMA BRIEF



Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

Nummer 3

Health Action International (D)

April 1989

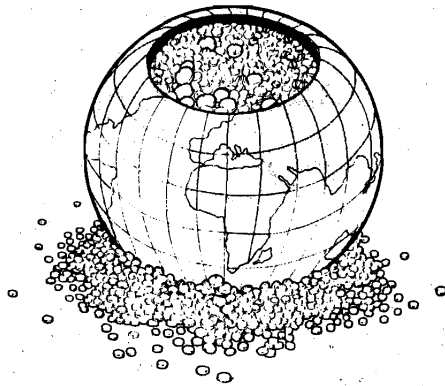
Sollen die Kranken zahlen?

Ein neuer Vorschlag soll die Gesundheitsversorgung in Afrika verbessern. Durch Medikamentenverkauf soll die Basisgesundheitsversorgung bezahlt werden. Von niemand geringerem als dem Weltkinderhilfswerk UNICEF stammt diese Idee, 'Bamako-Initiative' genannt. Doch es gibt schwerwiegende Bedenken gegen diesen medikamentenorientierten Ansatz.

In der Tat ist es um die Gesundheitsversorgung in Afrika nicht gut bestellt. Vor allem Menschen in ländlichen Gebieten sind von der Versorgung ausgeschlossen. Zwar wurde auf dem Papier bereits vor Jahren von der Übertragung des 'westlichen' Krankenhaus- und arztzentrierten Gesundheitsmodells auf die Dritte Welt Abschied genommen, die als Alternative gepriesene 'Primäre Gesundheitsversorgung' (PHC) ist aber auch nicht so recht vorwärtsgekommen, obwohl sie bereits vor 11 Jahren in Alma Ata von den Mitgliedsstaaten der Weltgesundheitsorganisation als Strategie verabschiedet wurde.

Neben mangelndem politischen Willen (die Umsetzung von PHC hat erhebliche politische Sprengkraft) hat sicher auch der Kostenfaktor zur zögernden Umsetzung beigetragen. Auch PHC ist nicht für umsonst zu haben, und preiswerte Versorgung für alle ist eben doch teurer, als kostspielige für Wenige. (Mehr über die Probleme mit PHC im Kasten "Primary Health Care - Gesundheit für Alle" auf der nächsten Seite.)

Die Bevölkerung an den Kosten der Gesundheitsversorgung direkt zu beteiligen, ist deshalb mit unterschiedlichen Erfolg bereits in der Vergangenheit versucht worden. Mit der Verschärfung der Schuldenkrise setzen afrikanische Staaten zunehmend auch beim Gesundheitsetat den Rotstift an. Die Frage, wie gesundheitliche Versorgung finanziert werden kann, ist also vordringlich. Und es ist kein Wunder, daß die afrikanischen Gesundheitsminister die Bamako-Initiative von UNICEF grundsätzlich begrüßt haben.



GesundheitsexpertInnen und nicht-staatliche Entwicklungshilfeorganisationen machen jedoch schwerwiegende Bedenken gegen die Bamako-Initiative geltend. Dabei geht es vor allem um die Finanzierung von PHC durch Medikamentenverkauf. Die Art der Finanzierung beeinflusst die Nutzung der Gesundheitsdienste und darüber hinaus die Organisation der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen.

Jedes System, daß Geld für Medikamente verlangt, schließt einen Teil der Bevölkerung von der Versorgung aus. Die WHO schätzt diesen Anteil auf 30-40% (in Afrika). Dabei scheint die Annahme von UNICEF, es würde zur Finanzierung des gesamten Primären Gesundheitsdienstes reichen, die Medikamente zum 2-3 fachen Einkaufspreis abzugeben, ziemlich unrealistisch. Denn bis zur Hälfte aller Maßnahmen in der primären Gesundheitsversorgung richten sich auf die Mutter-Kind Versorgung und die soll kostenlos bleiben. Die angesehene britische Medizinzeitschrift Lancet schätzt deshalb, daß die Medikamente zum 4-6 fachen Kostenpreis verkauft werden müßten.

Die Bamako Initiative

Im September 1987 gab es ein Treffen von afrikanischen Gesundheitsministern in Bamako (Mali), bei dem auch WHO Generaldirektor Mahler und UNICEF Direktor Grant anwesend waren. Dort machte UNICEF einen 'innovativen' Vorschlag zur Lösung von Medikamenten- und Mutter- und Kind Gesundheitsversorgungsproblemen.

Die Mutter- und Kind-Gesundheitsversorgung sowie die primäre Gesundheitsversorgung im allgemeinen soll durch unentbehrliche Arzneimittel finanziert werden, die zum 2-3 fachen Kostenpreis verkauft werden sollen.

Die ersten Medikamente sollen fremdfinanziert werden. Danach sollen dann die Einnahmen aus dem Medikamentenverkauf als 'revolving fund' zur Finanzierung von Mutter- und Kind-Gesundheit sowie für die Entwicklung der primären Gesundheitsversorgung dienen.

Das Exekutivkomitee von UNICEF hat am 15.3.88 den Vorschlag als 'Bamako Initiative' akzeptiert. Für 1989 bis 1991 sollen 180 Millionen US-\$ für das Projekt gesucht werden. Zielgebiet ist Afrika südlich der Sahara.

Auch nicht unwichtig scheint die Frage, ob es verantwortlich ist, die Kranken für Vorbeugungsmaßnahmen bezahlen zu lassen.

Wenn das Personal in seiner Bezahlung vom Medikamentenverkauf abhängig wird, ist Über- und irrationale Verschreibung mehr als wahrscheinlich. Das Programm sieht zwar die Lieferung der Medikamente vor, das Training im rationalen Gebrauch der Medikamente ist nicht Bestandteil des Programms.

Finanzierung sollte nicht als getrenntes Problem, sondern als integraler Teil der Planung von Primärer Gesundheitsversorgung gesehen werden. Grundprinzipien von PHC wie Gleichheit, Selbstbestimmung der Beteiligten und Respektierung der nationalen Unabhängigkeit müssen beachtet wer-

den. Jeder Versuch, die Versorgung mit unentbehrlichen Arzneimitteln zu verbessern, muß sich in das PHC-Konzept einfügen und bedenken, daß Medikamente nur eines von acht Elementen der Primären Gesundheitsversorgung sind. Mehr Medikamente zur Verfügung zu stellen, ohne aufklären-

de, vorbeugende und pflegende Maßnahmen zu betreiben, unterminiert nicht nur das umfassende Konzept von PHC, es wird auch wenig Einfluß auf die Lebensqualität haben. Darüber hinaus wird der Mythos, daß Medikamente bessere Gesundheit bedeuten, weiter gefördert.

PRIMARY HEALTH CARE - "GESUNDHEIT FÜR ALLE"

Primary Health Care als wesentliche Gesundheitsvorsorge umfaßt laut Deklaration von Alma Ata wenigstens folgende Elemente:

- Bewußtmachung von vorherrschenden Gesundheitsproblemen und der Methoden ihrer Bekämpfung und Verhütung
- Nahrungsmittelversorgung und Ernährung
- angemessene Versorgung mit sicherem Wasser und sanitäre Entsorgung
- Mutter- und Kindfürsorge einschließlich Familienplanung
- Immunisierung gegen die wichtigsten ansteckenden Krankheiten
- Vorbeugung und Bekämpfung der lokalen Seuchen
- angemessene Behandlung der üblichen Krankheiten und Verletzungen
- Versorgung mit den notwendigsten Medikamenten.

Die Forderung von Alma Ata umfaßt demnach sowohl wichtige, vorbeugende Elemente im nicht-medizinischen als auch präventive und kurative Maßnahmen im medizinischen Bereich. Sie enthält vor allem aber die eindeutige Forderung nach Selbstverantwortung, Selbstbestimmung und Selbstbeteiligung der Bevölkerung, d.h. Dezentralisation und eine Entlastung von der Verwaltung von oben herab. Dies setzt allerdings zunächst den politischen Willen und den Mut der obersten Führung hierzu voraus. Wo jedoch bisher Unmündigkeit der Bevölkerung praktiziert wurde, kann nicht von heute auf morgen Verantwortung erwartet werden. Wo traditionelle Kräfte, vor allem im sozialen und gesundheitlichen Bereich, systematisch unterdrückt wurden, kann nicht ohne Verdacht auf neue Repression plötzlich der Ruf nach Einbeziehung aller traditionellen Ressourcen aufgegriffen werden.

Gewisse Grundforderungen haben sich herausgebildet: Der *Primary Health Worker* soll aus der Gemeinde selbst stammen, wird in der Regel von ihr bestimmt, vergütet und mit von ihr kontrolliert. Er muß eine gewisse Mindestqualifikation aufweisen. Es wird als wünschenswert angesehen, daß er sich aus dem Kreis der traditionellen Heilkundigen oder anderen akzeptierten Personen mit sozialem Engagement oder sozialer Führungsrolle rekrutiert. Diese Person stellt das Bindeglied zwischen Gemeinde und offiziellem Gesundheitssystem dar, sie stützt sich auf das Vertrauen einerseits der Gemeinde, andererseits der Repräsentanten des Gesundheitssystems.

Der *Primary Health Worker* ist somit im Spannungsfeld tätig zwischen den empfindenen, artikulierten Bedürfnissen der Gemeinde und dem, was das institutionelle Gesundheitswesen anbieten kann.

Im Konzept des *Primary Health Care* steht dem *Primary Health Worker* die Personalgruppe der *Health Auxiliaries* sehr nahe. Diese sind für komplexere Aktivitäten im Bereich der kurativen und präventiven Medizin in der Gemeinde vorgesehen. Sie haben meist eine abgeschlossene (Basis-) Schulbildung, erhalten mehr als nur eine elementare medizinische Ausbildung (fast immer mindestens sechs Monate) und sind stets Angestellte des staatlichen Gesundheitssystems (im Gegensatz zu den *Primary Health Workers*).

Diese *Health Auxiliaries* stellen den weitaus größten Teil des im *Health Centre* erforderlichen Personals. Ursprünglich für reine Hilfsaufgaben im klinischen Funktionsablauf ausgebildet, werden sie bei der Ausweitung des Gesundheitsdienstes zunehmend in verantwortlicheren Positionen eingesetzt, z.B. bei der Beratung in Gesundheitsfragen, Fragen der Hygiene, der Wasserversorgung und Abfallbeseitigung und der Ernährung. Die Abgrenzung zur Arbeit des *Primary Health Workers* ist oft unklar. Wahrscheinlich mit wenigen länderspezifischen Ausnahmen (u.a. Tansania) ist ihre Position am Fuß der professionellen Pyramide des jeweiligen Gesundheitssystems festgelegt. Eine Durchlässigkeit innerhalb des Systems nach oben, also Aufstiegsmöglichkeiten, sind nicht gegeben. Es ist offensichtlich, daß die *Health Auxiliaries* in den *Primary Health Workers* auf Gemeindeebene eine professionelle Konkurrenz erkennen und versuchen werden, diesen den Zugang zu den Institutionen des Gesundheitsversorgungssystems zu versperren.

Das *Health Centre* ist das wesentliche Bindeglied zwischen Bevölkerung und den höheren Ebenen medizinischer Versorgung. Ihm vorgeschaltet sind die *Dispensaries*; mit diesen zusammen versorgen sie die Bevölkerung mit all denjenigen kurativen, präventiven und gesunderziehungserzieherischen Diensten, die nicht der sekundären oder tertiären Versorgungsebene der Krankenhäuser bedürfen. Das *Health Centre* wird immer von einem umfassend ausgebildeten medizinischen Fachmann geleitet. Das kann ein Arzt sein (wie in der Mehrzahl der Programme) aber auch, wie in Ostafrika etwa, ein *Medical Assistant*, der eine mehr praktisch orientierte Fachausbildung durchlaufen hat, aber durchaus ärztliche Tätigkeiten verrichtet.

Weiter sind hier für den kurativen und präventiven Bereich *Health Auxiliaries* tätig, für sie ist das *Health Centre* auch Basis und Referenzinstitution für die Gemeindearbeit. Außerdem findet man im *Health Centre* diplomierte Krankenschwestern und Hebammen, die nicht selten ein Hochschulstudium absolviert haben. In vielen Ländern ist die Tendenz zur Abwanderung in den privaten Sektor (Privatkliniken, eigene Praxis) sehr stark.

So gut durchdacht, in zahlreichen charismatisch und finanziell oft von außen getragenen Modellen praktiziert, und mit viel Aufwand von der Weltgesundheitsorganisation propagiert das *Primary Health Care*-Konzept auch ist, es fehlt bisher weitgehend der Nachweis seiner Machbarkeit in der politischen, wirtschaftlichen und administrativen Wirklichkeit des Alltags selbst der Länder, die sich diesem Konzept verschrieben haben. Zunächst als kostengünstiges Verfahren zur Dezentralisation des Gesundheitsversorgungssystems gedacht, hat es sich als wesentlich teurer herausgestellt, da die Umsetzung eines vertikalen Systems von medizinischen Elfenbeintürmen in eine Horizontale die Dimension des Raums nicht genügend berücksichtigt hat, und auf besagte Elfenbeintürme doch nicht verzichtet wird.

Bei allen international vernehmbaren Willenserklärungen ist die politische Durchsetzung im Land eine andere Sache. In den meisten Fällen reduziert sich der Realisierungsversuch von *Primary Health Care* auf irgendeine Art von medizinischer Basisversorgung.

Der Beitrag, den die Industrienationen, insbesondere die Bundesrepublik Deutschland hierzu leisten können, ist bei diesem neuen Ansatz zur Gesundheitsversorgung in seiner Anfangsphase ganz besonders wichtig. Das *Primary Health Care* Konzept verbietet definitionsgemäß eine weitergehende »Einmischung von außen«. Partnerschaft durch Hilfe und Zusammenarbeit im Grundsatz und in Implementierungsfragen, Ausbildungs- und Strukturhilfemaßnahmen und in ärmsten Ländern auch langfristige Budgetunterstützung zur Verwirklichung des Konzepts werden aber in verstärktem Maße benötigt werden und sollten auch gefördert werden.

Anm.: Auszug aus dem Artikel "Gesundheit für alle und Grundbedürfnisstrategie", in: der überblick 4/82

H.J. Diesfeld

Antibiotika in der Naturmedizin

Wenn über einen "Rationalen Gebrauch von Medikamenten nachgedacht wird, muß zuerst der lokale Medikamentengebrauch studiert werden. Dies ist die Schlußfolgerung des folgenden Textes, einer Übersetzung eines in englischer Sprache verfassten Artikels von Anita Hardon und Hilbrand Haak, der bereits im Lancet (Sep.1988) und in The Drug Monitor (März 1989) erschienen ist. In der Selbstmedikation werden moderne westliche Medikamente in die einheimischen Kulturen von Entwicklungsländern integriert, so z.B. Antibiotika und Schmerzmittel.

Wenn über den Gebrauch von Medizin in Entwicklungsländern geredet wird, dann klingt das häufig so, als gäbe es eine klare Trennung von zwei strikt voneinander abgegrenzten Bereichen: auf Pflanzen basierende Heilmittel, die von Generation zu Generation weitergegeben werden, wobei die Pflanzen entweder wild wachsen, oder im Garten angebaut werden können, und die moderne Medizin, meist westlicher Herkunft, die (nur) von Berufsmedizinern verstanden und eingesetzt werden, und für die hohe Preise bezahlt werden müssen. Untersuchungen in den Philippinen und Brasilien haben gezeigt, daß diese Unterscheidung in der Realität nicht so klar anzutreffen ist. In den Philippinen untersuchte A.Hardon (1,2) die Praktiken der Selbstmedikation in 60 Familien in einem ländlichen Bezirk und in 150 Familien in zwei städtischen Umgebungen. In Brasilien untersuchte H.Haak (3) den Gebrauch und die Wahrnehmung von Pharmazeutika in 62 Familien aus zwei Orten im ländlichen Bezirk Bahia. Er benutzte dabei die von A. Hardon entwickelten Methoden. Beide Untersuchungen zeigen, daß westliche Pharmazeutika zunehmend in die heimische Kultur integriert werden. Manche moderne Medikamente werden benutzt, als ob es authentische lokale Produkte wären, die ihren berechtigten Platz in der Selbstmedikation haben. Solche Produkte sind dort seit langer Zeit leicht erhältlich. Sie sind den Leuten durch frühere Verschreibungen von Ärzten oder durch Selbstmedikations-Versuche nach dem Prinzip von Versuch und Irrtum bekannt. Diese in die eigene Kultur aufgenommenen Medikamente erfreuen sich großer Beliebtheit, sie sind relativ billig und weit verbreitet, erhältlich in Cafés und Geschäften. Sie werden heute kaum noch von Ärzten verschrieben, die sie als veraltet betrachten und folglich glauben, eine Verschreibung schade ihrer Glaubwürdigkeit bei den Patienten. Legal sind fast alle diese Mittel verschreibungspflichtig, so daß keine Publikumswerbung erlaubt ist. Die ist allerdings auch gar nicht mehr nötig, da die Mittel schon lange gut bekannt sind.

Beispiele für solche in die Kultur aufgenommenen Medikamente auf den Philippinen sind z.B. DIATABS, POLYMAGMA (Durchfallmittel) und Penizillin-Tabletten. DIATABS (Sulfaguanidin, Kohle, Wismut,

Wunden. Es wird nicht nur oral eingenommen, um Infektionen vorzubeugen, sondern es wird auch lokal benutzt -der Inhalt der Kapsel wird mit Schweinefett vermischt- nach dem Muster verschiedener Kräuter-Behandlungen. Tatsächlich hat die pflanzliche Medizin, die in dieser Art benutzt wird, den Namen Terramicina do Mato (pflanzliches Terramicina)



Medikamentenverkauf in Brasilien

Pektin, Dicyclomine-HCL) und POLYMAGMA (Streptomycin, Polymyxin, Pektin) sind seit Jahrzehnten auf dem Markt und erfreuen sich hoher Popularität. Sie kosten nur 5-10 US-Cents pro Tablette und werden in kleinen Dorfgeschäften verkauft, die "sari-sari-stores" genannt werden und jeder kennt sie. Auf Nachfrage behaupten die Menschen in den Dörfern DIATABS und POLYMAGMA würden den Stuhl festigen, eine Annahme, die sie ebenso Früchten zuschreiben (Starapple, Guave), die sie in der Behandlung von Durchfall benutzen. Wie pflanzliche Medizin werden DIATABS und POLYMAGMA als erste Hilfe eingesetzt. Penizillin-Tabletten sind genauso weit verbreitet und werden besonders bei offenen Wunden benutzt (fein gestampft und auf die Wunde gestreut). Für Hautunreinheiten, von denen man annimmt, daß sie "von innen" kommen, werden Penizillin-Tabletten auch oral einge-

nommen. Beispiele für in die eigene Kultur Brasiliens aufgenommene Medikamente sind TERRAMICINA (Oxytetracyclin) und AMBRA-SINTO (Tetracyclin HCl). Diese beiden Mittel sind seit Jahren auf dem Markt, weit verbreitet und kosten sehr wenig. TERRAMICINA wird üblicherweise als 'Ein-Kapsel-Dosis' für verschiedene Darmstörungen benutzt und wird als einfacher 'Stabilisator' für den Darm betrachtet. Zusätzlich ist es sehr populär für die Behandlung von

zugeschrieben bekommen. AMBRA-SINTO ist das Mittel, das Eltern für ihre Kinder bevorzugen, wenn diese Fieber haben, besonders bei den Masern - einer gefürchteten Krankheit - fast jedes Fieber wird mit AMBRA-SINTO behandelt. AMBRA-SINTO erfreut sich ebenso großer Beliebtheit als linderndes Mittel beim Zähne kriegen (gegen Schmerzen und Fieber). Beobachtungen in einer Dorfapotheke zeigten, daß manche Mütter glauben, es hätte die Möglichkeit Kalzium zu ersetzen, so daß es unverzichtbar sei, wenn Kinder zahn-

Alle diese 5 Mittel enthalten Antibiotika. Wahrscheinlich wurden sie wegen ihrer spektakulären Wirkungen und weil sie seit langem verfügbar sind in die einheimischen Kulturen übernommen. Studien in anderen Entwicklungsländern legen die Vermutung nahe, daß Antibiotika weit verbreitet in der Selbstmedikation benutzt werden. Van der Geest (4) beobachtete z.B. in Kamerun, daß dort Tetracyclin-Kapseln extrem populär sind. Sie sind in Geschäften und Kiosken erhältlich, die Lebensmittel verkaufen, in Marktbuden und sogar bei Straßenhändlern. Viele Menschen denken, daß Tetracyclin gegen jedes Leiden hilft und benutzen es entsprechend. Tetracyclin ist eines der wenigen westlichen Medikamente, das einen einheimischen (Bulu) Namen bekommen hat: Fokolo, was 'Wunden-Heiler' bedeutet. Nach Van der Geest kommt der Name

vermutlich von der weit verbreiteten Praxis, die Kapsel zu öffnen und das Puder in die Wunde zu streuen.

Moderne Pharmazeutika werden auch von traditionellen Heilern verschrieben. Burghart (5) beschreibt, wie in Indien ein Ayurvedischer Heiler häufig Penicillin verabreichte. Der Heiler behauptete, daß Penicillin schon in Brahmanischen Sagen in der Vergangenheit bekannt gewesen sei, obwohl er wußte, daß das Mittel in der Gegenwart aus dem Westen nach Südasiens kam. Die Behauptung, daß dieses moderne Antibiotikum aus der alten Ayurvedic-Vergangenheit stammt, scheint eine drastische Form der Übernahme in die eigene Kultur zu sein und kann als "kulturelle Aneignung" verstanden werden.

Nicht nur Antibiotika werden in einheimische Kulturen übernommen. Dasselbe ist mit verschiedenen Schmerzmitteln, Fiebermitteln und nun auch mit Kortikosteroiden geschehen. Normalerweise werden die in die einheimische Kultur übernommenen Medikamente für einfache Indikationen angewendet. Die Mittel, die Antibiotika oder Kortikosteroide enthalten sind theoretisch verschreibungspflichtig, aber tatsächlich sind sie unbegrenzt erhältlich. Sie bilden einen Teil eines dynamischen Systems von populärer experimentierfreudi-

ger medizinischer Alltagspraxis. Ein Familienmitglied oder Nachbar empfiehlt schnell einmal eine Kapsel TERRAMINCINA in einem Tee aus einer Kräutermischung aufzulösen. AMBRA-SINTO ist auf diese Weise zu einem Allheilmittel geworden, das alles heilt, wenn andere Mittel versagt haben. "Wenn AMBRA-SINTO nicht hilft, hilft nichts" erklärte eine brasilianische Frau.

Diese Beobachtungen zeigen, daß in einheimischen medizinischen Konzepten Antibiotika Anwendung finden, ein Prozeß, den Bledsoe und Gauband (6) "Kulturelle Reinterpretation" nennen. Eine Integration westlicher Medizin in die einheimische Kultur wurde auf verschiedenen Wegen erreicht: * traditionelle Konzepte von Wirksamkeit wurden benutzt um die Effekte der Mittel zu beschreiben; * westliche Medikamente wurden neben anderen täglich genutzten Waren in kleinen Dorfläden verkauft; * sie werden auf kulturspezifische Weise benutzt (z.B. zerstampft und auf Wunden verteilt); * sie erhalten lokale Namen und geben andersherum ihre Namen für traditionelle Medizin.

Diejenigen, die über Programme für einen 'Rationalen Gebrauch von Medikamenten' nachdenken, müssen diese Mechanismen mit einbeziehen. Zu oft konzentrieren sich diese Vorhaben auf Gesund-

heitsarbeiter, Ärzte etc. in der Annahme, daß Erziehung der Verteiler zu einem rationalen Gebrauch von Medikamenten führen würde. Aber verschreibungspflichtige Medikamente werden breit in der Selbstmedikation benutzt. Diese Praktiken sind kulturspezifisch und können nicht ignoriert werden. Unserer Meinung nach sollten GesundheitsarbeiterInnen und PlanerInnen von Gesundheitsprogrammen den lokalen Medikamentengebrauch studieren, bevor sie ihre Arbeit beginnen.

Hilbrand Haak und Anita P.Hardon

Anmerkungen:

1. Hardon A.P., Use of modern pharmaceuticals in a Filipino village: doctors prescription and self-medication. Soc Sci Med 1987; 25: 277-92 2. Hardon, A.P., Preliminary findings on misuse of western pharmaceuticals in two urban poor communities in Marikina (mimeo). Quezon City: Pharmaceutical Research Projekt, 1987. 3. Haak, H., Pharmaceuticals in two Brazilian villages; lay practices and perceptions. Soc Sci Med (in press). 4. Van der Geest, S., Tetracycline against childrens diarrhoea. A note from South Cameroon (mimeo). Amsterdam: CANSAs, 1985. 5. Burghart R., Penicillin: an ancient Ayurvedic medicine. In: Van der Geest, S. Whyte SR, eds. The context of medicines in development countries: studies in pharmaceutical anthropology. Dordrecht: Kluwer, 1988: 289-98. 6. Bledsoe CH, Goubaud, MF., The reinterpretation of western pharmaceuticals among Mende of Sierra Leone. Soc Sci Med 1985; 21: 275-82

Stellenausschreibung

Die **Pharma-Kampagne** des **BUKO** (Bundeskongreß entwicklungspolitischer Aktionsgruppen) in Bielefeld sucht zum **1.6. oder 1.7.1989** eine **Mitarbeiterin** für die Geschäftsstelle der Kampagne.

Voraussetzungen: Erfahrung in der Arbeit entwicklungspolitischer Aktionsgruppen, Sprachkenntnisse (Englisch, mögl. Spanisch oder Französisch). Bezahlung nach Aktionsgruppentarif; Arbeitszeit 30 Wochenstunden.

Bewerbungen bis 18.5.89 an:
BUKO Pharma-Kampagne, August-Bebel-Str. 62, 4800 Bielefeld 1, Telefon: 0521/60550

Impressum

Dieser Pharma-Brief wird kostenlos nur an entwicklungspolitische Gruppen abgegeben (Spenden sind erwünscht). Mehr-exemplare nur gegen Berechnung.

Verantwortlich: BUKO Pharma-Kampagne, Aug.-Bebel-Str. 62, D-4800 Bielefeld 1, Tel.: 0521/60550 - Spendenkonto: 105 601 Sparkasse Bielefeld (BLZ 480 501 61), Gesundheit & Dritte Welt e.V.

Holt den Theaterbus in Eure Stadt



Eine neue Tour unseres Pharma-Theaterbusses mit der Theatergruppe ist geplant. Termin ist die Woche vom 5.-11.6.89 mit Zielort Berlin, wo der ev. Kirchentag stattfindet. Noch sind Termine frei, so daß für einige Gruppen noch die Chance besteht, das große Los zu ziehen, die Busgruppe in ihrem Ort begrüßen zu dürfen. Die Theatergruppe spielt Szenen zum Problem der Pharma-Exporte in Länder der sogenannten Dritten Welt, hat Informationen dabei, lädt zu Diavorführungen in den Bus ein und steht auch für Auftritte bei Abendveranstaltungen zur Verfügung. Interessierte Gruppen melden sich bitte bei der Geschäftsstelle der Pharma-Kampagne. Nähere Informationen gibt es dort: BUKO Pharma-Kampagne, August Bebel Str. 62; 0521/60550