

PHARMA BRIEF



Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

Health Action International (D)

Nummer 9-10

November-Dezember 1988

Es ist alles schlimmer als Mensch denkt... 2. Teil

Es gibt viel zu wenige Studien, wie Medikamente in der Dritten Welt tatsächlich gebraucht werden, so schreiben wir im letzten Pharma-Brief über einen Bericht zum Medikamentengebrauch bei nigerianischen Kindern. Praktisch postwendend bekamen wir jetzt einen Beitrag von unserem internationalen Netzwerk HAI aus Peru. Dort geht es nicht nur um den Medikamentengebrauch in armen Bevölkerungsschichten, sondern auch die Möglichkeit von Veränderungen durch Aufklärung über vernünftigen Medikamentengebrauch wird untersucht. (1) Hier der Bericht des langjährigen Pharma-Kampagne Mitarbeiters Christopher Knauth, der an der Untersuchung beteiligt ist:

Metamizol immer an der Spitze Medikamentengebrauch in Peru

Für die Pharmaindustrie besteht eine klare Trennung zwischen dem, was sie den Privatmarkt nennt, und dem öffentlichen Gesundheitswesen. Wie von Vertretern des deutschen Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie erneut auf einer Tagung im April 1988 in Frankfurt betont wurde, versorge der Privatmarkt die Mittel- und gehobene Mittelschicht mit der ganzen Breite der vorhandenen Arzneimittelspezialitäten, während die Armen vom öffentlichen Gesundheitswesen versorgt würden. Die Betonung einer strikten Trennung beider Sektoren ist von besonderer Bedeutung für die Vertreter der Pharmaindustrie: läßt sich auf diese Art und Weise doch begründen, daß man auf der einen Seite die Politik der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für unentbehrliche Arzneimittel unterstützt (unter der Bedingung, daß sie auf den öffentlichen Sektor beschränkt bleibt), auf der anderen Seite darauf besteht, daß auf dem Privatmarkt die Flut von Markenmedikamenten bestehen bleibt.

Die Untersuchung des HAI-Teams kann diese These nicht bestätigen. Es gibt einen hohen Anteil von Selbstmedikation mit Markenmedikamenten auch in den ärmsten Bevölkerungsschichten, von denen viele als überflüssig oder gefährlich anzusehen sind. Metamizol (ANTALGINA, NOVALGINA u.a.) ist die Wirksubstanz, die am meisten gefunden wurde, auch in den 'Haus'apotheken der Strohhütten der Elendsviertelbewohner von Chimbote.

Was wird untersucht?

Die Untersuchung wird in der nordperuanischen Stadt Chimbote durchgeführt. Es wurden zwei Gebiete mit ähnlichen sozialen und wirtschaftlichen Charakteristika ausgewählt. Für die Interventionsgruppe wurden 5 Pueblos Jóvenes (neue 'ungeplante' Ansiedlungen) im Umkreis einer Pfarrkirche im Süden der Stadt ausgewählt, in denen 1.436 Familien mit etwa 9.100 Einwohnern leben. Durch eine Zufallsstichprobe wurden 700 Familien ausgewählt, die dann interviewt wurden. Die Kontroll-

gruppe besteht aus zwei Pueblos Jóvenes im Norden der Stadt. Dort wurden im gleichen Verfahren 500 Familien interviewt. Nach Beendigung der Intervention Mitte 1989 wird die Befragung in beiden Sektoren erneut durchgeführt werden.

Was schlucken die Leute?

Bei der Untersuchung wurde nach der Einnahme von Medikamenten durch Familienangehörige während der letzten 48 Stunden, in der Behandlung von Krankheiten der Familienangehörigen während der letzten 2 Wochen sowie nach dem aktuellen Bestand der Hausapotheke gefragt: "Welche Arzneimittel haben Sie im Hause?". (Tabelle 1)

In der Interventionsgruppe hatten von 700 Haushalten 95 ANTALGINA in ihrer Hausapotheke, gefolgt von NOVALGINA (Hoechst) in 72

#	Medikament	Anzahl der Haushalte, die Med. hatten	Wirksubstanz	clasificación
1.	ANTALGINA	95	Metamizol	Analges.
2.	NOVALGINA	72	Metamizol	Analges.
3.	MERTHIOLATE	49	Tiomersal	Antisept loc
4.	MENTHOLATUM	34	div. zum Einreiben	
5.	VICK VAPORUB	33		
6.	BUSCAPINA	32	Scopolaminder	Spasmolytik.
7.	PANADOL	32	Paracetamol	Analges.
8.	DESENFRIOL	30	(verschied.)	Antigripal
9	AMPICILINA	27	Ampicillin	Antibiotikum
10	DONAFAN	25	Loperamid	Antidiarrhoik

Tab.1 Welche Medikamente hatten die befragten Familien im Hause? (Experimentalgruppe n=700)

Haushalten. Beide Schmerzmittel enthalten die gefährliche Wirksubstanz Metamizol. DESENFRIOL auf dem neunten und DONOFAN auf dem 25. Platz geben einen Hinweis auf den Gebrauch unwirksamer Grippe- und Durchfallmittel in der Bevölkerung.

Auf die Frage nach den während Krankheitsepisoden innerhalb der vergangenen zwei Wochen angewandten Medikamenten (Tabelle 2), wurde in der Interventionsgruppe DESENFRIOL am meisten eingenommen (von 109 Personen), gefolgt von ANTALGINA (105), BACTRIM (Roche), BUSCAPINA (Boehringer Ingelheim) und NOVALGINA (Hoechst).

BACTRIM und drei weitere Antibiotika auf den ersten 9 Plätzen geben einen Hinweis auf den hohen Gebrauch von Antibiotika in der Bevölkerung. Wenn auch die Kreuztabellen noch nicht vorliegen, welches Medikament für welche Krankheit angewandt wurde, so lassen doch die qualitativen Befragungen der Basisgesundheitsarbeiterinnen, die wir zur Zeit ausbilden, darauf schließen, daß ein weitverbreiteter Mißbrauch von Antibiotika zur Behandlung von Erkältungskrankheiten und akutem Durchfall betrieben wird. Bekanntes Beispiel ist die gleichzeitige Anwendung von LINCOCIN (Upjohn) und BRONCOVET in der Behandlung von Grippe und Erkältung. Die Anwendung von Antibiotika in durch Viren verursachten Krankheiten ist sinnlos und fördert die Entwicklung gefürchteter Resistenzen. LINCOCIN ist ein gefährliches Antibiotikum, daß aufgrund der möglichen Entwicklung einer medikamenteninduzierten Dickdarmentzündung in vielen Ländern stark eingeschränkt ist und von der American Medical Association als überflüssig angesehen wird. (2) BRONCOVET ist ein 'Grippemedikament' mit einer abenteuerlichen Mischung von Wirkstoffen, u.a. Metamizol.

Medikamente wie das 'Leberschutzmittel' HEPABIONTA (E.Merck) und der ciproheptadinhaltige (Suchtstoff!) Appetitanreger WELTON in den Hausapotheken weisen auf den



#	Medikament	Anzahl der Personen, die Med. nahm	Wirksubstanz	clasificación
1.	DESENFRIOL	109	(verschiedene)	Antigripal
2.	ANTALGINA	105	Metamizol	Analges.
3.	BACTRIM	41	Cotrimoxazol	Antibiotikum
4.	BUSCAPINA	36	Scopolamin	Spasmolytik.
5.	NOVALGINA	30	Metamizol	Analges.
6.	AMPICILINA	30	Ampicillin	Antibiotikum
7.	VICK VAFORUB	29	(verschiedene)	
8.	FORMULA 44	28	(verschiedene)	
9.	UROFOL	28	(verschiedene)	Antibiotikum
10.	LINCOCIN	27	Lincomycin	Antibiotikum
12.	DONAFAN	27	Loperamid	Antidiarrhoik
13.	HEPABIONTA	25	(verschiedene)	Hepatoprotect
14.	CHERACOL	24	(verschiedene)	Antigripal
15.	COMTrex	24	(verschiedene)	Antigripal

Tab.2 Welche Medikamente wurden bei Erkrankungen innerhalb der letzten zwei Wochen eingenommen? (Experimentalgruppe n=2002)

Gebrauch überflüssiger Medikamente in einer durchweg armen Bevölkerung hin.

Selbstmedikation

In den Pueblos Jóvenes im Süden Chimbotos gab es weder eine Apotheke, noch eine Volksapotheke (Botiquín Comunal, von der Regierung geförderte Verteiler von Basismedikamenten), noch einen Gesundheitsposten, bis die Pfarrkirche Nuestra Señora del Perpetuo Socorro im Juli 1988 mit ihrem Gesundheitsprogramm begann. Gleichwohl genügt ein Spaziergang durch diese Siedlungen, um sich zu vergewissern, daß in den kleinen Kramläden häufig Medikamente verkauft werden. Ohne Übertreibung kann man sagen, daß es ANTALGINA und/oder NOVALGINA fast überall gibt, gleich neben der Kasse bei den Kaugummis und Zigaretten.

In der Befragung wurde zu den Medikamenten, die bei Krankheiten innerhalb der letzten zwei Wochen verwendet wurden, gefragt: "Woher haben Sie dieses Medikament?" und folgende Alternativen vorgegeben:

- aus der Apotheke mit ärztlichem Rezept;
- von einer Posta Medica, Krankenhaus des Gesundheitsministeriums oder der Sozialversicherung (IPSS);
- aus der Apotheke ohne Rezept;
- aus dem Laden;
- vom Markt;
- von Nachbarn/Bekanntem;
- ich hatte es zu Hause;
- vom curandero.

Bewertet man alle Antworten (Grafik 1) außer der zweiten als eine Form von Selbstmedikation, so ist

der ohne fachlichen Rat genommene Anteil in der Experimentalgruppe 57,8% und in der Kontrollgruppe 51,8%. Wenn auch noch keine Analyse darüber vorliegt, welche Medikamente aufgrund ärztlicher Verordnung und welches in Selbstmedikation angewandt wurde, so kann doch jetzt schon geschlossen werden, daß der Anteil der Selbstmedikation gefährlich hoch ist.

Medikamente und Wirtschaftskrise

Am Vorabend der Tagung von Weltbank und IWF in Westberlin verkündete die peruanische Regierung ein Paket aus wirtschaftlichen Sparmaßnahmen und Preiserhöhungen, genannt "paquetazo", wie es das Land zuvor noch nicht gesehen hatte. Über Nacht wurden am 8. September 1988 die Preise für Benzin und die wichtigsten Grundnahrungsmittel zwischen 100 und 350 Prozent angehoben, was - auf das Jahr gerechnet - insgesamt eine Inflation von 1000 % befürchten läßt, die höchste der peruanischen Geschichte. Dies bedeutet eine wesentliche Verschärfung der allgemeinen Krise, die seit der zweiten Hälfte der 70er Jahre ein stetes Sinken der Real-löhne sowie eine Zunahme der Arbeitslosigkeit mit sich gebracht hat. (3)

Eine starke psychologische Wirkung in der Bevölkerung hatte hierbei die Erhöhung der Preise für Markenmedikamente um 350%. Kommentare wie "nicht einmal krank werden kann man sich noch leisten" waren häufig, wobei allgemein die Erhöhung der Medikamentenpreise als Anschlag auf die Volksgesundheit interpretiert wurde. Daß die unentbehrlichen

Medikamente von dieser Preiserhöhung nicht betroffen waren, ging in der öffentlichen Diskussion meist unter. Dies spiegelt die geringe Bedeutung, die unentbehrliche Arzneimittel bei der Versorgung der Bevölkerung gegenwärtig haben, wieder.

Der paquetazo bedeutet Hunger für viele der arbeitslosen oder unterbeschäftigten Bewohner der Elendsviertel Chimbotos. So kann es nicht überraschen, daß es in der allgemeinen Verzweiflung, die dem paquetazo folgte, zu spontanen Plünderungen von Märkten, Supermärkten und Lebensmitteltransporten kam. In Chimbote wurde bei der Plünderung eines Supermarktes ein Kind von der Polizei angeschossen, die Beute: eine Rolle Klopapier!

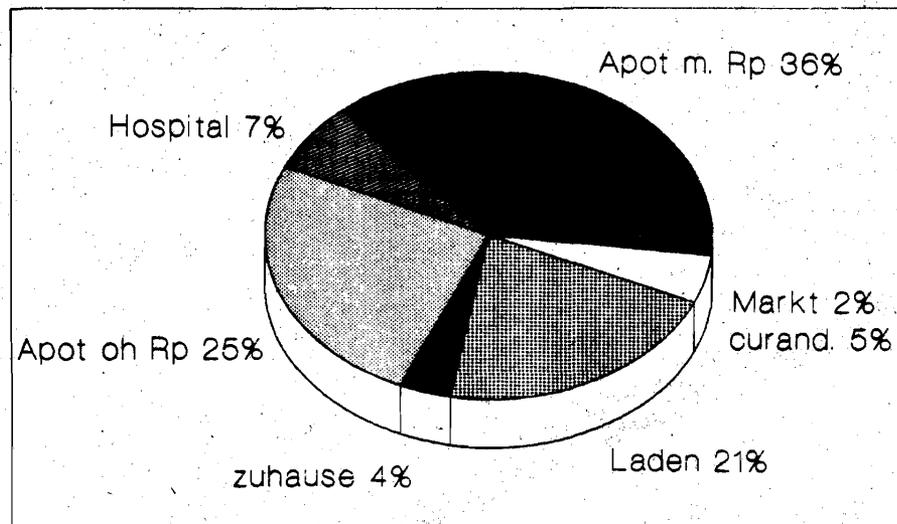
Es braucht nicht besonders betont zu werden, daß in einer solchen Situation jede Ausgabe für ein überflüssiges, gefährliches oder nicht angezeigtes Markenmedikament (z.B. Antibiotika bei Erkältungskrankheiten oder akutem Durchfall) das Überleben der Familie in Frage stellt. Ende September starben in dem Pueblo Joven Fraternidad, das zu unserer 'Interventionsgruppe' gehört, innerhalb zwei Wochen elf Kinder an Durchfall. Als Hauptursache für dieses traurige Ereignis muß das Fehlen von Trinkwasser, sowie einer Abwasserentsorgung in diesem Pueblo Joven gesehen werden. Gleichzeitig macht es eindringlich die Wichtigkeit der Kenntnis einer angemessenen Behandlung in der Bevölkerung deutlich (Orale Rehydratation statt Durchfallmedikamente).

Die Intervention

Zurück zu unserer Untersuchung. Die Intervention von HAI Peru vollzieht sich in zwei Phasen.

In der ersten Phase beteiligen wir uns an der Ausbildung von etwa 100 Basisgesundheitsarbeiterinnen, "promotoras de salud", die pro manzana (Block) von der Bevölkerung gewählt worden sind. Dieser Kurs ist Teil des Gesundheitsprogramms der Pfarrkirche Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, das darüberhinaus einen Gesundheitsposten (mit Arzt), die Einrichtung Orale Rehydrations-einheiten, sowie von Volksapotheken vorsieht. Der Lehrplan des Kurses umfaßt von Erster Hilfe über Wachstum und Entwicklung bis hin zu den häufigsten Krankheiten eine Reihe von Themen, wobei das Team von HAI einen Kurs über Rationalen Arzneimittelgebrauch, die Therapie der häufigsten Krankheiten und eine Einheit zur Volksapotheke übernommen hat.

* Die zweite Phase wird sich in Aktionen an spezielle Zielgruppen (Mütterclubs, Mutter-Kind-Programm, Ladenbesitzer) und schließlich an die Bevölkerung



Grafik 1 Woher haben Sie das Medikament?

(Medikamente, die bei Krankheiten innerhalb der letzten zwei Wochen eingenommen wurden; Experimentalgruppe n=2002)

insgesamt wenden. Hier sind, in Zusammenarbeit mit den promotoras, vier Aktionswochen zu folgenden Themen vorgesehen:

- Durchfall
- gefährliche Medikamente
- Erkältung und Grippe
- Multivitamine, Tonics und Appetitanreger versus Ernährung

Was die Kampagne gegen gefährliche Medikamente anbetrifft, so

steht Metamizol immer an der Spitze. (Christopher Knauth)

- 1) Das Projekt "Rationaler Arzneimittelgebrauch" wird durchgeführt von AIS (HAI) Peru in Zusammenarbeit mit der Universidad Cayetano Heredia, Lima, Peru; dem Ministerio de Salud, La Paz, Bolivien und der Universität Heidelberg.
- 2) American Medical Association, Drug Evaluation, 6th Edition, Chicago 1986
- 3) siehe: Cornia, Giovanni A., u.a., Ajuste con rostro humano, Siglo XXI, Madrid 1987 (demnächst auch auf deutsch)

Chancen für EG-Exportkontrolle?

Im Juni 1986 hatte das EG-Parlament nach dem 'Banotti-Report' von der EG-Kommission die Einführung von Exportkontrollen für Medikamente gefordert. (Wir berichteten in den Pharma-Briefen 9/86, 2/88, 4/88) Diese Forderungen sind aber von der Kommission bei ihren Richtlinienentwürfen zu Medikamenten weitgehend ignoriert worden. Das Parlament verlangte jetzt wiederum, Medikamentenexporte in Drittländer zu unterbinden, wenn diese Mittel mindestens in drei EG-Ländern verboten oder stark beschränkt sind. Der Ministerrat hat die Forderungen des Parlaments wiederum weitgehend vom Tisch gewischt.

Am 13.10.88 hat das EG-Parlament wesentliche Veränderungen in den Richtlinienentwürfen der EG-Kommission vorgeschlagen. (Siehe Kasten "Die Vorschläge im Einzelnen") Ihnen käme eine entscheidende Bedeutung für eine mögliche Exportkontrolle zu. Die zukünftige Pharmapolitik wird in EG-Richtlinien festgeschrieben, die für nationale Gesetze nur nach minimale Spielräume zuläßt (das gilt übrigens auch für den internen Markt). Exportkontrollen und damit einen wirksamen Schutz von VerbraucherInnen in der Dritten Welt vor gefährlichen Medikamenten und Informationsmanipulationen wird es nur mit der EG geben oder überhaupt nicht.

Das EG-Parlament hat nur eine geringe Macht. Es kann nur empfehlen, die EG-Kommission macht die Richtlinienentwürfe. Der Ministerrat entscheidet endgültig.

Heiße Debatte

Im September diskutierte erst der Ausschuß für Umwelt, Volksgesundheit und Verbraucherschutz über Empfehlungen zur Exportkontrolle und machte eine Reihe von entscheidenden Veränderungsvorschlägen gegenüber dem Kommissionsentwurf. Diese Vorschläge wurden anschließend im Parlament verabschiedet. Zuvor prallten allerdings die Interessen der Verbraucherschützer und der Vertreter eines 'freien' Marktes um jeden Preis hart aufeinander. Vor allem die Kommission versteckte sich dabei hinter formalen Argumenten. Sie behauptete, eine wirksame Kontrolle des Pharmamarktes erfordere eine unzumutbare Aufblähung der Bürokratie. Letztlich setzten sich aber die Verbraucherinteressen durch, die Regenbogenfraktion, die Sozialisten und die Liberalen stimmten

Die Diskussion über die Reichweite ethischer Kriterien sollte auch die Bewohner der europäischen Gemeinschaft interessieren. Bis 1992 soll der Binnenmarkt verwirklicht werden und welche Standards gelten dann? Denkbar wäre ein totales Medikamentenchaos ab 1993, wenn alle Handelsschranken innerhalb der EG gefallen sind. Dann könnten bislang in vielen EG-Ländern verbotene oder stark beschränkte Medikamente ungehindert aus denjenigen EG-Ländern eingeführt werden, wo solche Kontrollen fehlen. Dies wäre das Schreckgespenst der 'gegenseitigen Anerkennung der Zulassungen' innerhalb der EG. Handlungsbedarf besteht also auch im eigenen Interesse.

Erste Entscheidungen

Am 18.11.88 debattierte der Ministerrat über die Empfehlungen des Parlaments. Fast alle Forderungen der Parlamentarier wurden dabei vom Tisch gewischt. Angenommen wurde der Vorschlag, daß zukünftig alle Medikamente einen Beipackzettel haben müssen - allerdings nur innerhalb der EG. Auch wurde die Erstellung einer Liste von in der EG verbotenen oder stark beschränkten Medikamenten befürwortet - den intendierten Sinn, als Maßstab für Exportkontrolle zu dienen, soll sie jedoch nicht haben.

Schon Anfang nächsten Jahres geht die Auseinandersetzung in die zweite und letzte Runde: Das Parlament darf nochmal Stellung nehmen, die Kommission empfiehlt dem Ministerrat Annahme oder Ablehnung der Parlamentsvorschläge und der Rat entscheidet dann endgültig, ob es eine Exportkontrolle geben wird oder nicht.

Die Forderungen des Parlaments scheinen uns durchaus unterstützenswert, Druck auf die Kommission und die Gesundheitsministerien der Mitgliedsstaaten könnte ebensowenig schaden wie weitere Informationen an die EuropaparlamentarierInnen.

für die Änderungsvorschläge des Parlamentsausschusses.

Kontrolle nötig?

Die Grundfrage scheint uns erst einmal nicht die Größe einer Bürokratie, sondern das vorrangige Interesse von Verbrauchern, vor gefährlichen Medikamenten geschützt zu werden. Und warum dieser Schutz an den Grenzen eines Landes aufhören sollte, ist vielleicht nur denen begreiflich, die an Pharmaexporten verdienen.

Auch der Aufwand wäre bei der besten Regelung gering: Medikamente dürfen nur exportiert werden, wenn sie im Herstellungsland zugelassen sind. Das würde keine doppelte Bürokratie in Brüssel erfordern.

Die Vorschläge im Einzelnen

Die Anforderungen des Parlaments an eine EG-Richtlinie beziehen sich nicht nur auf die Frage, was exportiert werden darf, sondern nennen auch konkrete Bedingungen unter denen Export stattfinden darf:

* Jedes Medikament muß einen Beipackzettel haben, der auch allen Medikamenten beigefügt werden muß, die exportiert werden.

* Der Beipackzettel muß in der Hauptsprache des Importlandes abgefaßt sein und dem Standard des Herstellungslandes entsprechen.

* Beim erstmaligen Export muß die Firma die Behörden des Herstellungslandes unter Angabe der Zielländer informieren. Die Behörden werden dann die vollständige Produktinformation (entsprechend der Zulassung im Herstellungsland) auto-

matisch den Behörden der Empfängerländer übermitteln.

* Die EG wird eine Liste aller Medikamente zusammenstellen, die in drei oder mehr Mitgliedsländern verboten oder nur eingeschränkt verfügbar sind. Diese Liste wird jährlich auf den neuesten Stand gebracht. Medikamente aus dieser Liste dürfen nur mit schriftlicher Genehmigung der Behörden des Herstellungslandes exportiert werden. Die Genehmigung darf nur auf Verlangen des Importlandes nach vollständiger Information (über die Risiken) gewährt werden.

* Importländer können jederzeit bei den Behörden der EG-Exportländer Zertifikate anfordern, die über die Bedingungen der Zulassung im Herstellungsland Auskunft geben. Diese Bescheinigungen werden nach den Bedingungen des WHO-Zertifikatssystems erstellt.

Interview mit J.S.: Majumdar (Indien) Pharmavertreter gegen Pharmamultis

Ende Oktober 1988 war Jnan Sankar Majumdar auf Einladung der Pharma-Kampagne in der Bundesrepublik. Er ist der zweite Vorsitzende der indischen Chemie- und Pharmabeschäftigtengewerkschaft und Generalsekretär der Pharmareferentengewerkschaft. Er hatte uns erstaunliches vom Kampf der indischen Arbeiter und Angestellten für eine rationale Arzneimittelpolitik zu berichten. Das Interview führte Jörg Schaaber.

P.-K.: Herr Majumdar, wenn wir in Deutschland an Indien denken, stellen wir uns anderes vor, als gerade Chemische Industrie. Können Sie uns etwas zu diesem Thema sagen, wie groß ist die Chemische Industrie in Indien und welche Bedeutung hat sie?

Majumdar: Die Chemische Industrie in Indien gehört wohl zu den am meisten entwickelten Industrien in der Dritten Welt. Die internationale Arbeitsorganisation (ILO) hat zum Beispiel ein Komitee für die Chemische Industrie, in dem auch die BRD vertreten ist. Indien gehört zu den 17 Ländern die in diesem Komitee vertreten sind und gilt zumindest was die Chemische Industrie betrifft als entwickeltes Land. Die Chemische Industrie produziert vielerlei: Grundstoffe, Feinchemikalien, Pharmazeutika, Petrochemie, Pestizide, Düngemittel. Es ist alles vorhanden und die Industrie gilt als sehr entwickelt.

P.-K.: In diesem Sinn ist Indien also ein durchaus im westlichen Sinne 'entwickeltes' Land. Wem gehören aber die Betriebe, handelt es sich hier hauptsächlich um nationale Betriebe?

Majumdar: Viele dieser Betriebe gehören multinationalen Gesellschaften an, aber es gibt auch einige indische Unternehmen, sowohl staatliche wie private.

P.-K.: Können Sie uns eine Vorstellung geben, wie groß der Einfluß der multinationalen Gesellschaften ist, z.B. im Pharmazeutischen Bereich?

Majumdar: Speziell für den Pharma-Bereich kann ich Ihnen ein Beispiel geben, daß nämlich 78% der verkauften Arzneimittel in Indien von transnationalen Gesellschaften kontrolliert werden, sogar nach 47 Jahren Unabhängigkeit unseres Landes. Die Auswirkungen von transnationalen Konzernen in der Chemischen Industrie wurden für alle deutlich, als vor 4 Jahren, im Dezember 1984 bei der Katastrophe von Bophal 2800 Menschen über Nacht starben, und noch weiterhin tausende von Opfern schwerwiegende Schäden davontragen werden. Das ist ein Zeichen dafür, das die transnationalen Konzerne in Indien präsent sind, und sie haben die beherrschende Stellung.

P.-K.: Sie als Gewerkschafter,



Der indische Chemiegewerkschafter J.S. Majumdar besuchte auf Einladung der Pharma-Kampagne Dritte Welt Gruppen, Chemiarbeiter und -angestellte, Medizin- und Pharmaziefachschaften und führte Pressegespräche.

was können Sie gegen Dinge wie Bophal unternehmen?

Majumdar: Wir als Gewerkschafter organisierten die Arbeiter gegen solche Unfälle in der chemischen Industrie wie Bophal und starteten eine öffentliche Kampagne. In dieser Bewegung organisierten die Chemiarbeiter auch andere Gewerkschaften und z.B. auch Frauenorganisationen, Studenten- und Jugendverbände. Wir versuchten also verschiedene gesellschaftliche Gruppen in dieser Kampagne zusammenzubringen. Durch diese landesweite Kampagne wurde ein Bewußtsein in der Bevölkerung geschaffen. Die Arbeiter der Chemischen u. Pharmazeutischen Industrie eine Führungsrolle in Indien übernommen, was die Verhinderung von Unfällen wie Bophal angeht und sie fordern Sicherheit und Gesundheitsschutz auch für die Arbeitsplätze, auf der Grundlage umweltpolitischer Verantwortung für die Gesamtgesellschaft.

P.-K.: Wie hoch ist der Anteil der Arbeiter, die gewerkschaftlich organisiert sind?

Majumdar: Um Indien richtig zu verstehen, muß man immer die gesamtwirtschaftliche Situation betrachten. Wir haben 780 Millionen Einwohner. Von diesen 780 Millionen leben 80% in ländlichen Gegenden und nur 20% in Städten und industriell geprägten Gebieten. Wir können sagen, daß die Arbeiterbewegung in Indien innerhalb des industriellen Bereichs sehr stark ist. Es gibt einen großen gesamtgewerkschaftlichen Konsens, in dem fast alle Gewerkschaften unbeachtet ihrer politischen und ideologischen Ausrichtungen vertreten sind. Sie kämpfen gemeinsam für ihre und für

gesamtgesellschaftliche soziale Belange und gerade gegen falsche Entscheidungen der Regierung.

Millionen von Arbeitern haben schon für solche soziale Forderungen gestreikt und erst kürzlich, als die Zentralregierung ein Gesetz gegen die gewerkschaftlichen Rechte der Arbeitnehmer erlassen wollte, gab es einen nationalen Kongreß aller Gewerkschaften und die Regierung wurde mit der Drohung verschiedenster Streikaktionen unter Druck gesetzt. Letztendlich mußte die Regierung ihr Vorhaben in der Schublade verschwinden lassen, so daß dieses Gesetz zumindest bis heute nicht verabschiedet ist.

P.-K.: Sie haben mir berichtet, daß in Indien fast alle Pharmareferenten gewerkschaftlich organisiert sind, und was uns hier in der BRD noch mehr verwundert, sie sollen sehr engagiert für eine rationale Arzneimittelpolitik eintreten, d.h. für eine optimale Versorgung mit Arzneimitteln und für Verbote von überflüssigen und schädlichen Medikamenten. Wie ist das möglich?

Majumdar: In Indien gibt es ungefähr 700 pharmazeutische Unternehmen, die ihre Arzneimittel durch Pharmareferenten anpreisen lassen. Von den 30.000 Pharmareferenten sind 20.000 in einer starken zentralen Gewerkschaft organisiert. Diese Gewerkschaft, der 'indische Verband der Pharmareferenten', ist eine sehr starke Organisation, die über 250 Ortsverbände hat. Sie tritt nicht nur für ihre eigenen Interessen ein, sondern auch für die Interessen der Gesamtbevölkerung, insbesondere für eine rationale Arzneimittelpolitik und andere damit zusammenhängende Fragen. Schon

seit 1972 sind sie aktiv und zwar in vorderster Front bei dieser Auseinandersetzung. Und sie haben nicht nur sich selbst organisiert, sondern auch andere Bevölkerungsgruppen zu einer gemeinsamen Plattform zusammengebracht. Ich zum Beispiel bin der Generalsekretär dieses Verbandes der Pharmareferenten und Vizepräsident der indischen Chemie- und Pharmagewerkschaft, einem gemeinsamen Dachverband für Arbeiter, Verwaltungsangestellte und Pharmareferenten. Wir haben nicht nur die Chemiarbeiter überzeugen können, sondern waren auch erfolgreich bei der Einbeziehung von Ärzten in unsere Kampagne. Deshalb ist heute der indische Ärzteverband ein Teil unserer Aktionsgemeinschaft, dem Nationalen Kampagnenkomitee für Medikamentenpolitik (NCCDP), die im April 1987 gegründet wurde. Unter der Führung der Pharmavertretergewerkschaft haben sich die niedergelassenen Ärzte, ein großer Teil der Medizinstudenten und eine bedeutende Anzahl von Wissenschaftlern, insgesamt 18 Organisationen, zusammengeschlossen. Wir verlangen eine vernünftige Gesundheits- und eine rationale Arzneimittelpolitik. Irrationale und gefährliche Medikamente, die es in der BRD oder den USA nicht mehr gibt, werden bei uns Tag für Tag benutzt. Gegen den Gebrauch dieser Medikamente kämpfen wir. Verglichen mit dem Lebensstandard sind die Medikamentenpreise bei uns sehr hoch, jenseits der Möglichkeiten der meisten Menschen in Indien. Deshalb verlangen wir auch eine Reduzierung der Medikamentenpreise. Wir wollen auch eine selbstständige Pharmaindustrie, wir sollten in der Lage sein, unsere Medikamente alleine herzustellen. Medikamente gegen die häufigsten Krankheiten sollten bevorzugt hergestellt werden. Heutzutage werden die Medikamente bei uns wegen der Gewinne hergestellt, die die Industrie damit erzielt. Das wollen wir ändern, Medikamente sollten für die Gesundheitsbedürfnisse des Landes dasein.

Wir haben schon 1972 eine Bewegung gegründet, die - neben unserem alltäglichen Kampf mit der Zentralregierung verhandelt. Wir haben aber nicht nur unsere Vorschläge unterbreitet, wir mobi-

Wir haben schon 1972 eine Bewegung gegründet, die - neben unserem alltäglichen Kampf - mit der Zentralregierung verhandelt. Wir haben aber nicht nur unsere Vorschläge unterbreitet, wir mobilisieren auch die Massen. Wir sammeln zur Zeit eine halbe Million Unterschriften, mit denen wir eine rationale Arzneimittelpolitik von der Regierung verlangen. Im März 1989 werden tausende Arbeiter, Intellektuelle, Ärzte und Andere vor dem Parlament in New Delhi für unsere Forderungen demonstrieren.

P.-K.: Sie haben eben ziemlich unterschiedene Forderungen aufgestellt, wie können aber z.B. Pharmavertreter solche Dinge vertreten, ohne von ihrem Arbeitgeber entlassen zu werden? Ihre Forderungen richten sich ja auch besonders gegen multinationale Unternehmen?

Majumdar: Das stimmt, die Pharmamultis wollen nicht, daß sich die Vertreter gewerkschaftlich organisieren und sich für die Interessen der Bevölkerung einsetzen. Deshalb haben wir auch in den Statuten festgelegt, daß der Indische Verband der Pharmareferenten sich gegen die Marktstrategien der Medikamentenkartelle richtet. Das ist also offensichtlich eine paradoxe Situation. Zu Anfang gab es auch erheblichen Widerstand unter den Beschäftigten. Zum Beispiel 1972, als wir unsere Forderungen zum ersten Mal erhoben, arbeitete ich selbst als Pharmareferent für einen Multi. Und ich wurde wegen meiner Forderungen verwarnt und dann entlassen. Nach einem einjährigen Kampf mußte mich die Firma wieder anstellen. Wir gaben unsere Kampagne aber nicht auf. Diese anfängliche Reaktion, Arbeiter mit Entlassung zu bestrafen, konnten wir ändern. Es wollte den Firmen zuerst nicht in den Kopf, daß sich ihre eigenen Angestellten in der Öffentlichkeit gegen sie wandten. Wir gingen erfolgreich gegen Entlassungen und Repressionen vor und schließlich fanden sich die Multis mit der Situation ab.

Meine Erfahrung ist, in der Bundesrepublik und auch in anderen Ländern wagen sich die Pharmavertreter und die Arbeiter nicht so weit vor, selbst Gewerkschaftsfunktionäre trauen sich nicht, so viel gegen Multis zu sagen. Bei uns in Indien ist es dagegen heute ganz gewöhnlich, daß sich sogar die Pharmavertreter der transnationalen Firmen an die Öffentlichkeit wagen und für eine rationale Arzneimittelpolitik kämpfen. Es gab natürlich nicht nur Widerstand von den Unternehmern, sondern auch von den Angestellten - von unseren eigenen Leuten. Sie konnten nicht die weitreichende Bedeutung unserer Forderungen erkennen. Als wir anfangen, waren wir eine Minderheit, aber wir konnten die Mehrheit von der Notwendigkeit einer solchen Kampagne überzeugen. Heutzutage arbeiten fast alle unserer Mitglieder in der Kampagne mit.

P.-K.: Sie haben mir erzählt, daß sogar Pharmavertreter bei den Ärzten Unterschriften für Ihre Kampagne sammeln. Sie haben in der Bundesrepublik auch mit Arbeitern und Angestellten in der chemischen Industrie gesprochen, die darüber ziemlich erstaunt waren. Wie war Ihr Eindruck über den Stand der Auseinandersetzungen hier?

Majumdar: Bevor ich zu Deutschland komme, noch ein paar Worte zu dem, was ich vorher in Europa gemacht habe. Ich war als Vertreter der indischen Gewerkschaften bei einem Treffen der Internationalen Arbeitsorganisation in Genf. Über zwei Dinge, die dort besprochen wurden, muß ich etwas erzählen. Das eine waren Gesundheits-, Sicherheits- und Umweltfragen angesichts neuer Technologien, das andere gesundheitliche Aspekte der Schichtarbeit. Wir erhoben drei Forderungen: Es sollte einen internationalen Kodex geben, der den Technologietransfer regelt; zweitens sollte es einen Kodex für den Export von gefährlichen Substanzen in Entwicklungsländer geben und drittens sollte es die gesetzliche Verantwortung des Herstellers sein, die Öffentlichkeit über gefährliche Wirkungen einer chemischen Substanz zu informieren. Diese drei Forderungen hat die ILO zur Kenntnis genommen und wird daran arbeiten.

Als ich mit den deutschen Arbeitern über diese Fragen diskutiere, war ich doch erstaunt. Wir kommen aus einem unterentwickelten Land und erwarten ein viel entwickelteres Bewußtsein unter den Arbeitern hier. Ich kann natürlich nicht über alle Arbeiter sprechen, aber die, die ich getroffen habe, scheinen sich in ihren Auseinandersetzungen doch weitgehend auf Einkommensfragen zu beschränken. Sie sind nicht an der Spitze der Auseinandersetzung um soziale Fragen, die alle angehen, wie ich es von Arbeitern erwarte. Vielleicht durch unsere Beteiligung an der indischen nationalen Unabhängigkeitsbewegung ist es für unsere Arbeiter selbstverständlich, sich für die Belange der gesamten Bevölkerung einzusetzen. Es ist eine Tradition unter Arbeitern, sich an der Auseinandersetzung um soziale Fragen zu beteiligen.

Ich war auch erstaunt, daß die Arbeiter und auch Gewerkschaftsführer sehr zögerlich sind, gegen die Firmen zu sprechen, selbst wenn sich die Interessen der Firmen im scharfen Gegensatz zu denen der Bevölkerung befinden. Arbeiter sollten sich mit der Bevölkerung identifizieren. Stattdessen verteidigen sie ihre Arbeitgeber, weil sie sich als Teil ihrer Firma fühlen. Ich hoffe, ich sehe das nach meinem kurzen Besuch nicht zu schwarz. Ich hoffe sehr, daß sich die deutschen Arbeiter auch für die Interessen der Bevölkerung einsetzen. Wir würden gerne mit ihnen zusammenarbeiten.

P.-K.: Welche Möglichkeiten der Zusammenarbeit sehen sie mit bundesdeutschen Gewerkschaften und der Dritte Welt-Bewegung?

Majumdar: Aus meiner Sicht braucht jedes Land eine starke

Basisbewegung. Jedes Land hat seine Besonderheiten, die Bedingungen sind unterschiedlich, deshalb muß es starke nationale Bewegungen geben. Ohne die würde eine internationale nicht viel nützen. Eine internationale Basisbewegung kann nationale mit Informationen, Meinungen und Aktionen unterstützen.

Wir haben das in Genf mit einigen Arbeitern diskutiert. Wenn sich zum Beispiel ein multinationales Unternehmen in Indien nicht ordentlich benimmt, könnten uns Arbeiter desselben Multis in Frankreich oder Deutschland unterstützen, das wäre internationale Solidarität.

Dann gibt es so viele Basisbewegungen, Nichtregierungsorganisationen, Wissenschaftler, Einzelne. Sie könnten uns sehr wichtige Unterstützung durch Informationsübermittlung bieten. Eine Reihe von Gruppen in der Bundesrepublik machen wirklich gute Arbeit von der ich beeindruckt bin. Es sollte möglich sein, mit ihnen zusammenzuarbeiten, einen Informationsaustausch aufzubauen, der im gegenseitigen Interesse ist und der Menschheit dient.

P.-K.: Vielen Dank für das Interview, Herr Majumdar.

Wie sicher ist die neue Pille? Schering antwortet



Im Pharma-Brief 7-8/1988 berichteten wir über den Tod einer 19 Jahre alten Frau, die zuvor 4 Monate lang die neue Schering Pille FEMODENE (in der BRD FEMOVAN) eingenommen hatte. Schering hat uns zu diesem Artikel einen Brief geschrieben, in dem es heißt, unser Artikel enthalte Fehlinformationen und nicht zulässige Interpretationen, denn es stimme nicht, daß der Tod der jungen Frau durch die Pille verursacht sei.

Richtig daran ist nur, daß mensch nicht sicher sagen kann, daß die Frau an der Pille gestorben ist (diesen Eindruck hinterließ der Artikel im letzten Pharma-Brief), dennoch fällt auf FEMODENE ein schwerer Verdacht, denn die Frau starb an einer 'typischen' Nebenwirkung von hormonellen Verhütungsmitteln, einer Embolie (Verschluß eines Blutgefäßes). In der gerichtlichen

Voruntersuchung wurden auch keine Beweise für eine natürliche Todesursache gefunden. Kein begründeter Verdacht?

Unser Bericht stützte sich auf Informationen aus HAI-News und vom Feministischen Frauengesundheitszentrum Berlin. HAI-News beziehen sich ihrerseits -neben anderen Quellen- auf einen Artikel aus der Times vom 28.5.88, der uns auch vorliegt. In diesem Artikel wird die Ärztin der jungen

Frau zitiert, die die Pille FEMODENE für den Tod der jungen Frau verantwortlich machte (Siehe Dokument 1)

Die Schering AG beruft sich in ihrem Brief auf den Bericht der gerichtlichen Voruntersuchung (Coroner's inquest) die die Todesursache bei der jungen Frau feststellen sollte. Der Coroner fand keinen Beweis für einen natürlichen Tod, aber auch keinen überzeugenden Beweis, daß die

Pille den Tod verursacht hat. Sein Verdikt lautete: ungeklärte Todesursache. (Siehe Dokument 2)

Die Schering AG schreibt in ihrem Brief weiter: "Die Schering AG ist der Auffassung, daß nach heute vorliegenden medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen eine kausale Beziehung zwischen der Einnahme hormonaler Kontrazeptiva und damit auch von FEMODENE/FEMOVAN und dem Auftreten thromboembolischer Krankheiten nicht besteht." Dennoch gibt Schering in der Produktinformation und Werbung für FEMOVAN in der BRD unter Nebenwirkungen an: "Erhöhtes Risiko venöser und arterieller thromboembolischer Krankheiten möglich."

Times 28/5/88

Manufacturers called to inquest

Dokument 1

'Safe' pill is linked to death

By Craig Seton and Pearce Wright

A teenager is believed to be the first woman in Britain to die after taking a new contraceptive pill considered one of the safest on the market.

An inquest in Walsall, West Midlands, heard that Dawn Watson, aged 19, suffered a deep leg vein thrombosis four months after she began taking the low-dosage Femadene pill, introduced last year.

The inquest was adjourned to allow the West German manufacturers of the pill, Schering AG, of Berlin, to be represented. The Committee on the Safety of Medicines, which gave the pill a licence after safety trials, is expected to call for a full report.

Miss Watson, a computer operator, of Conway Crescent, Walsall, died last Monday as she was getting out of her car outside her workplace.

Mrs Rojal Singh, a Home Office pathologist, told the inquest that the pill had caused a blood clot to develop in Miss Watson's right leg. It had travelled to her heart, and had caused a massive pulmonary embolism.

In her opinion Miss Watson's death was caused by the pulmonary embolism result-

ing from the deep leg vein thrombosis, due to using the pill and to the fact that she was above average build.

Mrs Singh said afterwards that as far as Schering was aware Miss Watson was the first woman in Britain to die after taking the pill. She described Femadene as of "very low dosage" and one of the safest on the market.

Miss Watson, whose parents attended the inquest, had been prescribed the pill because she suffered from excessively heavy periods.

The Department of Health and Social Security said yesterday that Femadene had been licensed after safety and clinical trials. As it was relatively new, it was covered by a black triangle, indicating to general practitioners that they should notify any adverse reaction in women to whom it was prescribed.

The department said: "GPs would be aware of any possible side-effects and who should or should not be on such a pill. If there are side-effects, the Committee on the Safety of Medicine will receive information."

Schering AG was not avail-

able for comment yesterday.

Femadene was licensed more than a year ago by the Committee on Safety of Medicines. It is one of 30 brands of low dose contraceptive pill in Britain.

The choice of pill prescribed by the doctor is influenced by risk factors such as smoking, weight and a family history of cardiovascular disease.

Since it was introduced in 1956, the possible side-effects have probably been identified more clearly for the pill than for any other drug. Consequently, formulations have been refined, reducing the hormone content and hormone balance of the pills.

After a massive study in 1977 by the Royal College of General Practitioners, further reductions were made in permitted dosages.

That research identified that uncontrolled high blood pressure, smoking, obesity and age increased thrombosis risk in certain women using the contraceptive pill.

The hormone proportions were varied to mimic more closely the ebb and flow of the two hormones as through the natural menstrual cycle.

THE CORONER'S SUMMATION

Dokument 2

It seems to me from the facts we have heard here there are three possible verdicts I could record.

One is natural causes; that could mean in effect that the Pill had no relevance whatsoever. Alternatively, I could record a verdict of misadventure/accident according to what I wish to call it which would mean that the cause of death was related to the fact that this girl had taken the Pill, and the third would be an open verdict.

May I also indicate any other verdict could be recorded at this stage as the applicant's lawyer then went on to describe. Open verdict would not mean the matter had not been considered nor that the Coroner has insufficient evidence to decide what caused the death.

It means that after all the evidence put before this court for me to consider, I am not able to say that it was one thing or another. Having listened to the evidence, I am not satisfied that it was the taking of the contraceptive pill that caused the embolism that caused the death.

I have no evidence that tells me that this was a natural death. I have heard no evidence that the Pill did not cause the death nor have I heard any evidence that any other natural causes caused the death and I, therefore, propose to record an open verdict in the case of Dawn Watson.

Neues Frauen-Faltblatt

Dies ist die Einleitung zu unserem neuen Falblatt "Frauen Gesundheit Medikamente in allen Kontinenten". Im Falblatt werden auf 8 Seiten die angeschnittenen Themen weiter erläutert, Beispiele genannt ... Es kann ab sofort bei uns bestellt werden -einzeln oder auch in Massen. Der Preis für ein Exemplar beträgt -,50 DM. 20 Stück kosten 5,-DM plus Porto. Bestellnummer: 112

Frauen tragen weltweit die Verantwortung für Gesundheitsversorgung und -erhaltung ihrer Familien und damit ganzer Gesellschaften. Die alltägliche Hygiene, Nahrungsmittelversorgung und -zubereitung und das seelische Wohlergehen ihrer Familien gehören genauso zu ihren Leistungen für die Gesundheitspflege wie ihr Wissen über Heilmethoden und die Besorgung und Anwendung von Medikamenten. Die Pharma-Industrie plant diese Rolle der Frauen in ihre Vermarktungsstrategien ein.

Die Tatsache, daß Frauen fruchtbar sind, Menstruationen haben, Kinder gebären können, Geburten planen wollen, Verhütungsmittel anwenden und Abtreibungen vornehmen, macht sie zu einer Zielgruppe der Bevölkerungspolitik und der Pharma-Industrie. Gegen zu hohe körperliche und seelische Belastungen von Frauen hält die moderne Medizin die "passenden Medikamente" bereit. Darüberhinaus unterstützt die Pharma-Industrie das weibliche Schönheitsideal mit einer ganzen Palette an Mitteln. Frauen werden medikalisiert.

♀♀♀

Impressum

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

Verantwortlich: GUKO Pharma-Kampagne, Aug.-Bebel-Str. 62, D-4300 Bielefeld 1, Tel.: 0521/60550

Geschäfte mit der Fruchtbarkeit



**Hor(ror)mone gegen Frauen
in der sog. 'Dritten Welt'**

Eine ganze Reihe von Hormon-Präparaten, die die Fruchtbarkeit beeinflussen und regulieren sollen, werden ausschließlich von Frauen benutzt. Für Pharmaindustrie und Ärzte ein vielversprechendes Geschäft, vor allem mit Frauen in der sog. 'Dritten Welt'. Überflüssige und gefährliche Medikamente, die bei uns stark anwendungsbeschränkt- oder nicht auf dem Markt sind, werden ihnen massiv "angedreht". Durch Ent- und Bevölkerungspolitik in der sog. 'Dritten Welt' und den Industrieländern werden Frauen zu medizinischen Versuchsobjekten. Welche Rolle spielen Frauen in der modernen Medizin? Wie können wir handeln?

Frauenseminar vom 10.-12.2.89 in Bonn-Bad Godesberg
mit Ulrike Schaz (Filmemacherin, BRD) und Anita Hardon (internat. Gruppe 'Frauen u. Medikamente', NL)

TeilnehmerInnenbeitrag: 50,-DM; für BUKO-Mitgliedsgruppen 35,-DM; teilweise Fahrtkostenerstattung
Falls Wunsch nach Kinderbetreuung, bitte früh genug bei uns melden.

Anmeldung bitte mit dem Anmeldeabschnitt s.u.

**Für die 'Dritte Welt' noch gut genug
Das Geschäft der Pharma-Multis mit dem Export**

Gesundheitsprobleme und Krankheiten gibt es in der sog. 'Dritten Welt' in unabsehbarem Ausmaß. Die Pharmaindustrie preist Medikamente als billige Instantlösung für den armen Teil der Welt an. Für die Hersteller geht diese Rechnung jedenfalls auf: Die Bundesrepublik ist der weltgrößte Pillenexporteur. Bedeuten deutsche Pillen aber wirklich mehr Gesundheit für die 'Dritte Welt'?

"EinsteigerInnen und Grundlagenseminar" vom 7.-9.4.89 in Bonn-Bad Godesberg
Bedingungen s. Frauenseminare

Am Anfang war das Wort
und das Wort wurde gesprochen
um zu verändern
und es wurde gehört
und vergessen.
So wurde das Wort niedergeschrieben
und war transportabel.
Es wurde Flugblatt genannt
und in allen Städten verteilt.
Doch wieder änderte sich nichts.
Statt zu tun was geschrieben stand
flog das Flugblatt
noch vor dem Lesen
in den Müll
und wurde Altpapier genannt
und die es verteilten wurden belächelt.
Dann wurden Referenten geladen
und das Wort gelegt
in prominente Mündler
und es bildeten sich kleine Fangemeinden
aber keine Mehrheiten.
Als letztes wurden Rauchzeichen
bei langen Diskussionen
aus heißgeredeten Köpfen gesendet
doch kaum jemand kam und sah.
Voller Enttäuschung wurde erneut
über das Wort geredet
doch obwohl das Wort gut war
war kein Leben im Wort.



Wie kommt Leben in das Wort fragten sich alle
und sie stießen zufällig auf diese Ankündigung:

Spielend leicht verändern (!?)

Inhalt dieses Seminars soll der gemeinsame Versuch sein, über andere bewußtseinsbildende Ansätze nicht nur nachzudenken und zu diskutieren, sondern entwicklungspolitische Themen und Standpunkte in Sketche, Szenen oder ganze Theaterstücke zu verpacken.

Begleitet wird dieses Seminar von einer Schauspielerin mit vielen Erfahrungen im Bereich des 'Dritte-Welt-Politischen' Theaters. Die Theaterbusgruppe der Pharma-Kampagne wird ebenfalls teilnehmen.

Theaterseminar vom 27.-29.1.1989 in Warburg
Bedingungen s. Frauenseminar



.....
bitte ausschneiden und bis spätestens 3 Wochen vorm jeweiligen Seminar einsenden an: BUKO Pharma-Kapagne, August-Bebel-Str.62, 4800 Bielefeld 1

Hiermit melde ich mich an zum Seminar:

- "Geschäfte mit der Fruchtbarkeit", Hor(ror)mone gegen Frauen in der sog. 'Dritten Welt' Frauenseminar vom 10.-12.2.89 in Bonn-Bad Godesberg
- "Spielend leicht verändern (!?)" Theaterseminar für "Bus-Interessierte" und andere vom 27.-29.1.89 in Warburg-Menne
- "Für die Dritte Welt noch gut genug", Das Geschäft der Pharma-Multis mit dem Export vom 7.-9.4. in Bonn-Bad Godesberg

Name(n).....Telefon.....
Adresse.....

BUKO-Mitgliedsgruppe:.....

ich möchte ein Kind im Alter von ... Jahren mitbringen und wünsche eine Kinderbetreuung

Der TeilnehmerInnenbeitrag beträgt für Personen aus BUKO-Mitgliedsgruppen 35,-DM, für andere 50,-DM.
Den gesamten TeilnehmerInnenbeitrag in Höhe von ... DM habe ich:

- auf das Konto: 105 601 des "Gesundheit und Dritte Welt e.V., Sparkasse Bielefeld (BLZ 480 501 61) überwiesen
- als Verrechnungsscheck beigelegt.

Die Fahrtkosten können teilweise erstattet werden.

Datum Unterschrift