

# PHARMA BRIEF



## Rundbrief der BUKO Pharma-Kampagne

Nummer 4

Health Action International (D)

Mai 1990

## Nationale Arzneimittelpolitik in Zimbabwe

Zimbabwe ist eines der Länder der Dritten Welt, die nach einem gewonnenen Unabhängigkeitskrieg versucht hat, eine restriktive Arzneimittelpolitik durchzusetzen. Da Zimbabwe aufgrund der jahrelangen Wirtschaftsblockade über eine leistungsfähige nationale Pharmaindustrie verfügte, ist die Realisierung eines Programms 'Unentbehrlicher Arzneimittel' nicht nur im öffentlichen Gesundheitswesen, sondern auch im privaten Bereich von richtungsweisendem Interesse auch für die Nachbarländer im südlichen Afrika. Dieser Artikel ist die überarbeitete Kurzfassung einer Länderstudie zu Zimbabwe, die Wilbert Bannenbergh im Rahmen der Evaluierung des Programms für Unentbehrliche Arzneimittel der Weltgesundheitsorganisation erarbeitet hat.<sup>1</sup>

Nach einem langen Guerillakrieg zwischen der weißen Minderheit und der schwarzen Mehrheit wurde Zimbabwe 1980 unabhängig. Da Ian Smith 1965 für das rassistische Rhodesien einseitig die Unabhängigkeit erklärt hatte, wurde seine Regierung auf Betreiben der UNO ökonomisch boykottiert. Dieser äußere Druck förderte die einheimische Industrie, so daß u.a. eine relativ leistungsfähige pharmazeutische Industrie entstand.

Da der Guerillakrieg in den ländlichen Regionen geführt wurde, war das Gesundheitswesen auf Kliniken in den Städten ausgerichtet. Das medizinische Personal wurde überwiegend in Südafrika ausgebildet und Arzneimittel von dort importiert. So hatten die ländlichen Subsistenzbauern kaum Zugang zu Gesundheitspflege, während die weiße Bevölkerung eine moderne medizinische Versorgung in Anspruch nehmen konnte. Nach der Unabhängigkeit entwickelte der neue Gesundheitsminister, Comrade Ushewokunze einen detaillierten Plan, um die Ungleichheit zu bekämpfen. Krankenhäuser in allen Regionen und Basisgesundheitszentren auch in ländlichen Gemeinden wurden aufgebaut. Das Konzept der 'Primären Gesundheitspflege' der WHO wurde zur offiziellen Regierungspolitik Zimbabwes erklärt.

### Die Entwicklung einer nationalen Arzneimittelpolitik

Während des Bürgerkrieges war das Arzneimittelversorgungssystem sehr zentralisiert und das nationale

Arzneimittellager (Government Medical Stores = GMS) der Hauptstadt Harare mußten das gesamte Land versorgen. Seit 1971 wurden Arzneimittel kontrolliert. Das Registrierungssystem wurde weitgehend von Südafrika übernommen und bei der Unabhängigkeit waren etwa 1700 Medikamente zugelassen.

In Übereinstimmung mit dem Konzept der 'Primären Gesundheitspflege' wollte das Gesundheitsministerium die Arzneimittelauswahl für das staatliche Gesundheitswesen verbessern und publizierte 1981 eine vorläufige Liste Unentbehrlicher Arzneimittel (PEDLIZ)<sup>2</sup>. Diese Broschüre wurde im ganzen Land verteilt und das medizinische Personal aufgefordert, sie zu kommentieren. In Zukunft sollten Medikamente auch nur mit ihren generischen Namen verordnet wer-

den. Ein Komitee wurde gegründet, daß die Liste regelmäßig aktualisieren sollte.

Das Recht auf kostenlose Gesundheitsversorgung im gerade unabhängigen Zimbabwe führte zu einer starken Nachfrage sowohl in den ländlichen Gebieten als auch in den Städten. Das Arzneimittelversorgungssystem war nicht in der Lage, den dreifach gestiegenen Bedarf zu befriedigen. Besonders auf dem Lande waren notwendige Medikamente knapp. 1984 forderte die Regierung Zimbabwes die Weltgesundheitsorganisation und die dänische Entwicklungsagentur DANIDA zur Hilfe auf. Daraufhin wurde ZEDAP gegründet, das Aktionsprogramm für Unentbehrliche Arzneimittel Zimbabwes. Der Projektvorschlag enthielt folgende Maßnahmen:

- \* Die Auswahl von Arzneimitteln
- \* Quantifizierung des Bedarfs an Arzneimitteln
- \* Verbesserung der Verwaltung der Medikamentenversorgung, inklusive der Lagerung und des Transportwesens.
- \* Fortbildung des Gesundheitspersonals in Diagnose, Therapie und dem rationalen Gebrauch von Arzneimitteln.

In dem Projektvorschlag waren keine Mittel für Arzneimittelkosten enthalten. Die Regierung Zimbabwes verpflichtete sich, die Devisen für die Beschaffung der notwendigen Arzneimittel bereitzustellen. Nachdem die WHO 250.000 US-\$ bewilligt hatte, bewilligte DANIDA Mittel in Höhe von 1 Million US-\$ für das Projekt. Im April 1985 wurde die Vereinbarung von den drei Partnern unterzeichnet, doch erst am 20. November 1986 wurde das Projekt ZEDAP offiziell begonnen. ZEDAP sollte die regelmäßige Versorgung der staatlichen und nicht gewinnorientierten privaten Gesundheitsdienste mit preiswerten unentbehrlichen Arzneimitteln in guter Qualität und die optimale und rationale Anwendung dieser Medikamente sicherstellen.



Im April 1987 wurde ein nationaler Workshop über die Politik der Unentbehrlichen Arzneimittel organisiert, um die nationale Arzneimittelpolitik zu etablieren. Diese Konferenz war äußerst erfolgreich, da sie das gesamte medizinische und pharmazeutische Personal, daß mit der Verteilung von Arzneimitteln zu tun hatte, zusammenbrachte. Nach einer Woche von Debatten im Plenum und in Arbeitsgruppen wurde einer nationalen Arzneimittelpolitik zugestimmt. Die Regierung bestätigte diese Politik und sagte zu, die notwendigen Devisen zur Beschaffung der Medikamente bereitzustellen.

### Die Listen 'Unentbehrlicher Arzneimittel'

Im November 1985 wurde die Liste 'Unentbehrlicher Arzneimittel' (EDLIZ)<sup>3</sup> vom Gesundheitsministerium publiziert. Sie listete nicht nur die Arzneimittel für die verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens auf, sondern enthielt auch therapeutische Richtlinien, diagnostische Ratschläge, Informationen über Medikamente und Gifte: wirklich ein nationales Rezeptbuch in einem handlichen Format. Ein Index der Markennamen war angefügt, um eine Verschreibung mit generischen Namen zu erleichtern. Die Liste von 1985 enthielt noch sehr viele Medikamente für die Gesundheitszentren, ein oft kritischer Punkt, der in späteren Versionen geändert wurde. Die Anzahl der gelisteten Medikamente betrug etwa die doppelte Anzahl der in der WHO-Modellliste empfohlenen 270. Zusätzlich sollten spezialisierte Kliniken die Möglichkeit bekommen, nicht gelistete Arzneimittel durch den leitenden Krankenhausapotheker beim Gesundheitsministerium zu bestellen. Die Nachfrage nach der Broschüre war groß. Da alle Gesundheitsarbeiter eine persönliche Kopie wollten, mußte die EDLIZ schnell nachgedruckt werden.

Das Aktionsprogramm für Unentbehrliche Arzneimittel veränderte in der Folge die Überarbeitung der EDLIZ. ZEDAP lud das verstreut arbeitende Gesundheitspersonal auf nationale Workshops ein, auf denen die Richtlinien für die einzelnen Bereiche ausgearbeitet wurden. Ziemlich dramatische Veränderungen waren die Folge (s. Tabelle 1) Die bemerkenswerteste Änderung betrifft die ländlichen Gesundheitszentren. Für diese verfügbare Arzneimittel sanken von 224 auf realistischere 81.

Die 1988er Ausgabe von EDLIZ wurde erstmals für den öffentlichen und den privaten Sektor erarbeitet. Dieses ist für eine gemischte Wirtschaft überraschend, da bislang nur in Ländern mit zentraler Planwirtschaft wie Mozambique, Vietnam und Kuba wirklich nationale Listen erstellt worden sind. Möglicherweise ist dieses das Ergebnis eines Kompromisses. Der private Sektor hatte Probleme bei der Devisenbeschaffung für die Einfuhr sowohl von pharmazeutischen Rohstoffen als auch Fertigprodukten.

Tabelle 1: Anzahl von Medikamenten für verschiedene Bereiche des Gesundheitswesens in einigen EDLIZ Ausgaben.

Medizinischer Bereich:		EDLIZ 1985	1988	1989
ABC	Ländliche Gesundheitszentren	224	81	94
AB	Distriktkrankenhäuser	226	230	256
A	Zentral- und Provinzkrankenhäuser	42	93	70
S	Spezialisten	89	217	198
Total		581	621	618

Die Regierung bot an, solchen Arzneimitteln Priorität zu geben, die in der nationalen Liste verzeichnet sind. Die private Industrie arbeitete daraufhin an EDLIZ mit. Die Liste wurde um einige typische teure Produkte des privaten Marktes erweitert: 36 der Arzneimittel für den Gebrauch von Spezialisten wurden besonders gekennzeichnet, d.h. diese können nur über private Apotheken bezogen werden.

Vor kurzem wurde die 1989er Liste mit geringfügigen Änderungen herausgegeben. In der Einleitung kündigt der Gesundheitsminister an, daß ab dem 1. Januar 1990 auch im privaten Sektor alle Arzneimittel nur mit ihren generischen Namen verschrieben werden dürfen. Um die Umstellung zu erleichtern, publizierte ZEDAP 1988 eine spezielle Broschüre mit einem Index aller Markennamen

### Produktion und Verteilung der Arzneimittel

Die Arzneimittel für den staatlichen Sektor werden zentral im Verkaufsbüro für staatliche Apotheken in Harare beschafft. Nur kleine Mengen werden auf dem lokalen Markt direkt gekauft. Bis Ende 1988 führte der Devisenmangel zu großen Problemen für die ausreichende Versorgung mit Arzneimitteln. Seither stehen zwar mehr Devisen für die Beschaffung der Arzneimittel zur Verfügung. Heute werden die

fehlende Lagerkapazität und die Schwierigkeiten des Transports für den Mangel von unentbehrlichen Arzneimitteln insbesondere in der Provinz verantwortlich gemacht. Die Regierung stellte bei DANIDA einen Antrag auf Finanzierung von regionalen Warenhäusern und Transportfahrzeugen für die Arzneimittelversorgung. Es ist nicht bekannt, ob der Antrag bewilligt werden wird.

Zimbabwe unterstützt die nationale pharmazeutische Industrie mit einer aktiven Politik. 1983 wurden 60-75 % aller Arzneimittel im Lande produziert. Nationale Fabrikanten erhalten eine 10 %ige Präferenz gegenüber ausländischen Herstellern, d.h. ihre Produkte werden vorrangig gekauft, auch wenn sie bis zu 10% teurer sind.

Als Konsequenz des internationalen Boykotts Rhodesiens existierte bei der Unabhängigkeit eine relativ starke nationale pharmazeutische Industrie. CAPS Ltd. war sogar ein multinationales Unternehmen mit Zweigbetrieben in Zambia, Südafrika, Botswana, Malawi und Liechtenstein. 1982 wurde der Betrieb in Südafrika an Hoechst verkauft. 1981 kaufte die Regierung 42 % der Aktien von CAPS, dafür bezahlte sie 6.2 Millionen US-\$. Eine neue Produktionsstätte für Antibiotika wurde 1982 eröffnet und die alte Fabrik modernisiert. Das Unternehmen produziert neben unentbehrlichen Generika auch Markenpräparate und Kosmetik für den privaten Bereich. CAPS besitzt auch den größten privaten Arzneimittelgroßhandel und eine Apothekenkette, mit der CAPS einen großen Teil der Verkäufe im privaten Sektor kontrolliert. Im diesen Apotheken stammen allerdings etwa 50 % der verkauften Arzneimittel aus ausländischer Produktion. Es scheint so, daß die Gewinne von CAPS ausschließlich im privaten Sektor erzielt werden. Die Regierung kommt dadurch in eine schwierige Lage, da ihre offizielle Politik der Rationalisierung auch des privaten Arzneimittelmarktes durch (staatliche) Geschäftsinteressen unterlaufen wird.

Der zweite große Produzent von Generika als auch Markenpräparaten ist DATLABS in Bulawayo. In Kooperation mit Baxter Travenol aus den USA errichteten sie eine Fabrik für Infusionen.

CAPS und DATLABS produzieren offiziell nach den Richtlinien des Gesundheitsministeriums und ihre Kapazität wäre groß genug, um einen Großteil der im Lande

# EDLIZ

## Essential Drugs List for Zimbabwe

Including guidelines  
for treatment of  
medical conditions  
common in  
Zimbabwe



**Primäre Gesundheitspflege: Das heißt vor allem gesunde Ernährung und Hygiene**

benötigten Unentbehrlichen Arzneimittel herzustellen. Doch beklagen die Firmen, dies wäre nur möglich, wenn die Regierung ausreichend Devisen zur Verfügung stellte. Im Moment ist das Ergebnis daß die Firmen den Import und die Produktion von Markenprodukten für den profitableren privaten Sektor vorziehen. Die Devisen hierfür bekommen sie direkt vom Handelsministerium offenbar leichter. Der Export wird ebenfalls oft behindert durch den Mangel an Rohstoffen in Folge von Devisenproblemen. Ein 1988 erstellter Report über die Verfügbarkeit von Medikamenten ergab, daß 65 % aller in der EDLIZ gelisteten Arzneimittel im Lande hergestellt werden könnten, vorausgesetzt genügend Devisen wären verfügbar. Die Produktionskapazitäten waren jedoch nur zum Teil ausgelastet. (s. Tabelle 2)

**Tabelle 2:**

**Auslastung der bestehenden Kapazitäten zur Produktion für staatliche Apotheken**

Ampullen.....	38,6 %
Kapseln.....	22,9 %
Tabletten.....	34,4 %
Sirups (Liter).....	3,4 %

**Qualitätskontrolle**

Obwohl Zimbabwe seit 1971 ein ziemlich strenges System der Arzneimittelzulassung hatte - von 5067 Anträgen bis 1982 wurden nur 1789 zugelassen - fehlte ein Labor zur Qualitätskontrolle. Zimbabwe forderte Hilfe von der WHO, um ein Qualitätskontrolllabor aufbauen zu können. Das WHO-Regionalbüro in Brazzaville stimmte dem Antrag unter der Bedingung zu, daß das Gesundheitsministerium ein

Gebäude zur Verfügung stellen könnte. Das afrikanische Regionalbüro (WHO/Afro) bezahlte die Instrumente, Chemikalien und das Gehalt eines Beraters für zwei Jahre (insgesamt 356.850 US-\$). 3 weitere pharmazeutische Labors zur Qualitätskontrolle werden von der WHO in Afrika unterstützt. Das zimbabwanische Labor nahm erst kürzlich seine Arbeit auf. Offensichtlich konnte jedoch WHO/Afro ihre Zusagen nicht einhalten: Das Gehalt des Beraters im zweiten Jahr wurde für andere Zwecke verwendet. Da die WHO/Afro keine finanziellen Ressourcen mehr zur Verfügung hat, beantragte die Regierung bei DANIDA finanzielle Unterstützung für weitere Ausrüstung.

Bei der WHO in Genf ist auch Kritik zu hören, weil das Labor mit zu hochentwickelter Technologie ausgerüstet wurde und es schwierig sein wird, dafür ausgebildete Fachkräfte zu finden.

**Ausbildung und Trainingsprogramme**

Zimbabwe hat ein gut ausgebautes Schulsystem: fast 100 % der Kinder werden eingeschult und 40 % besuchen die Sekundarschule. Die Alphabetisierungsrate betrug 1985 bei den Männern 81 % und bei den Frauen 67 %. Die Universität von Zimbabwe hat sowohl eine medizinische als auch eine pharmazeutische Fakultät, wo das Konzept der Unentbehrlichen Arzneimittel 1986 in die Lehrpläne aufgenommen wurde.

Die rationale Verschreibung von Arzneimitteln wird seit kurzem von dem Informationsdienst für Arzneimittel und Gifte (DATIS) an der Universität von Zimbabwe unterstützt. Ihre Arzneimittelinformation (übrigens gesponsert von der Niederlassung der US-Firma Johnson &

Johnson) wird an alle Mediziner, Pharmazeuten und Gesundheitszentren des Landes verteilt. DATIS beeinflusst ebenfalls die Auswahl der Arzneimittel für EDLIZ. Objektive Arzneimittelinformationen sind also ausreichend zugänglich für professionelle Gesundheitsarbeiter sowohl im öffentlichen als auch im privaten Sektor. Es wurde bisher allerdings nicht untersucht, inwieweit sich die Mediziner an die Empfehlungen halten.

Seit seinem Beginn umfaßte das ZEDAP Projekt Trainingsprogramme. Dafür wurde ein Budget von 483.000 US-\$ bereitgestellt. 1986 begann ZEDAP Workshops zu organisieren. Innerhalb von 2 Jahren hatte es angemessene Unterrichtsmaterialien erstellt und Workshops in allen Provinzen organisiert. Die Produktion dieser Unterrichtsmaterialien war innovativ und effektiv. 15 Unterrichtseinheiten wurden produziert, die alle wesentlichen Bereiche von Arzneimittelgebrauch und -mißbrauch umfassen. Lokal verfügbare Berater schrieben erste Entwürfe, die dann auf Konferenzen von ländlichen Gesundheitsarbeitern diskutiert, verändert und aktualisiert wurden. Mit diesen Arbeitstreffen konnte sichergestellt werden, daß das Gesundheitspersonal auch entlegener Gebiete über die Konzepte rationaler Arzneimittelanwendung informiert wurde. Unglücklicherweise traf dies mit einer Periode der Verknappung wichtiger Arzneimittel zusammen, so daß das Engagement des medizinischen Personals begrenzt blieb.

**Verfügbarkeit von Arzneimitteln**

ZEDAP führte zwei Studien zur Verfügbarkeit von Arzneimitteln aus: im Februar 1987 und im Februar 1988. Sie zeigen deutlich, daß viele unentbehrliche Arzneimittel nicht erhältlich sind. (s. Tabelle 3) Zusätzlich installierte ZEDAP ein kontinuierliches System zur Überwachung der in ländlichen Gesundheitszentren verfügbaren Arzneimittel.

**Tabelle 3:**

**Medikamente aus EDLIZ, die auf verschiedenen Ebenen nicht verfügbar waren**

Nationales Arzneimittellager (GMS)	56 %
Zentrale Lehrkrankenhäuser	25 %
Provinzkrankenhäuser	27 %
Distriktkrankenhäuser	40 %
ländliche Gesundheitszentren	52 %
privater Apothekengroßhandel	54 %
Private Apotheken	57 %

Diese Daten wurden dem Gesundheitsminister und dem Kabinett im April 1988 präsentiert um die Ernsthaftigkeit der Lage aufzuzeigen und einen höheren Devisenbedarf für die Arzneimittelbeschaffung einzufordern.

#### Kommentar

Das ZEDAP Projekt sicherte die notwendige Konzentration von Aktivitäten in der Arzneimittelpolitik Zimbabwes und es hat bewiesen, daß es schnell auf aktuelle Notlagen reagieren kann. Die Zwischenbewertung des ZEDAP Projektes durch die WHO und DANIDA im April 1988 ergab, daß zwar beeindruckende Fortschritte besonders auf dem Gebiet der Ausbildungs- und Trainingsprogramme erzielt werden konnten, eine erfolgreiche Durchführung des Programms aber durch die Knappheit an Arzneimitteln gefährdet sei.

Für diese Verknappung der Arzneimittel kann die zimbabwanische Regierung voll verantwortlich gemacht werden, da sie es versäumt hat, Devisen dort bereitzustellen, wo sie am dringendsten benötigt werden. Dieses brachte die ganze Politik Unentbehrlicher Arzneimittel in Gefahr, da das Gesundheitspersonal zwar entsprechend ausgebildet wurde, aber keine Arzneimittel zur Verfügung hatte, um damit zu arbeiten. Glücklicherweise waren ZEDAP und das Gesundheitsministerium in der Lage, die Regierung zu überzeugen, daß Devisen zur Verfügung gestellt werden müßten, wenn die Politik Unentbehrlicher Arzneimittel weiter verfolgt werden sollte. Dieses ist nun passiert und der politische Willen gezeigt, die Nationale Arzneimittelpolitik zu verwirklichen, so daß die Perspektiven besser aussehen.

Abgesehen von der (vorübergehenden?) Devisenknappheit hat Zimbabwe gezeigt, daß es das Konzept der Unentbehrlichen Arzneimittel durchsetzen will. Die Realisierung der generischen Verschreibungspraxis (seit dem 1.1.90 auch für den privaten Sektor vorgeschrieben) wird ein weiterer Testfall sein, ob es gelingt, dieses Konzept landesweit durchzusetzen. Die WHO wird sicherlich moralische und formale Unterstützung geben müssen, wenn der internationale Druck der pharmazeutischen Industrie gegen dieses Konzept verstärkt wird. Zimbabwe hat diese Unterstützung verdient.

Wilbert Bannenberg

1 Dieser Artikel ist die Kurzfassung einer Länderstudie über Zimbabwe, die im Rahmen der Evaluierung des WHO-Programms Unentbehrlicher Arzneimittel 1989 vom Tropeninstitut in Amsterdam und der London School of Hygiene and Tropical Medicine erstellt wurde. Die Studie wurde von der WHO, den Spender- und Empfängerländern beauftragt. Es gibt einen Hauptreport und zwei Anhänge, in denen die 13 Länderstudien enthalten sind. Der Report ist bei Mr. Dabelstein, Evaluation Unit, DANIDA, Asiatic Plads, DK-1442 Kopenhagen zu bestellen.

2 Proposed Essential Drugs List of Zimbabwe

3 Essential Drugs List of Zimbabwe

## Unnütze Husten- und Erkältungsmedikamente sollten endlich vom Markt genommen werden

Das fordert der neueste Bericht von Health Action International (HAI). Danach sind mehr als 85% der Inhaltsstoffe von Husten- und Erkältungsmedikamenten, die auf dem Weltmarkt verkauft werden, wirkungslos. Der Bericht "Peddling Placebos" stellt außerdem fest, daß mehr als die Hälfte der sich auf dem Markt befindlichen Produkte in 12 Bereichen der Welt Zugaben beinhalten, die möglicherweise schädlich sind.

HAI appelliert an die Regierungen in allen Ländern, für den sofortigen Rückzug von Husten- und Erkältungsmedikamenten mit schädlichen oder unwirksamen Inhaltsstoffen zu sorgen. Außerdem wird in dem Bericht eine bessere Information über die Behandlung von Husten und Erkältungen gefordert.

Der HAI-Bericht weist darauf hin, daß eine große Anzahl von Erkältungskrankheiten durch Viren hervorgerufen wird, die nur einige Tage überdauern. Somit sei Bettruhe und die Einnahme von Flüssigkeit angezeigt und keine Behandlung durch teure und unwirksame Medikamente.

Zu den Bestandteilen, die in Husten- und Erkältungsmedikamenten besonders bedenklich sind, gehören die Antihistamine, die häufig die Reaktionsfähigkeit beeinträchtigen. Aus verlässlichen, unabhängigen Quellen ist zu entnehmen, daß derartige Zugaben "mehr schaden als nützen". Andere bedenkliche Bestandteile sind Nasensprays, die für die Behandlung der meisten Erkältungskrankheiten unnötig sind. Es besteht die Gefahr, daß trotz anfänglicher Linderung die Schleimhäute bei längerem Gebrauch stärker anschwellen. Viele der Husten-"Heilmittel" auf dem Markt sind ebenfalls irrational,

weil sie Inhaltsstoffe enthalten, die einerseits den Husten unterdrücken, ihn andererseits aber wiederum auslösen.

HAI-Sprecher Andrew Chetley meinte, der Bericht belege deutlich die fehlende Ethik in der Pharmaindustrie. "Medizinische Gutachten zeigen, daß es keine Heilmittel für Husten und Erkältungen gibt. Und trotzdem gibt die Industrie jährlich Millionen aus, um uns zu überzeugen, daß ihr endloses Angebot neuer Erfindungen die Beruhigungspillen sind, die wir brauchen. Nichts ist der Wahrheit ferner. Die Zeit ist gekommen, diesen Markt zu säubern."



### PEDDLING PLACEBOS AN ANALYSIS OF COUGH AND COLD REMEDIES

HAI  
HEALTH ACTION INTERNATIONAL

Andrew Chetley, Peddling Placebos: An Analysis of cough and cold remedies. Die Broschüre wurde von HAI publiziert und ist für 20 DFL (Euroscheck beilegen) bei HAI Europe, J. van Lennepkade 334-T, NL-1053 NJ Amsterdam zu bestellen.

#### Zimbabwe: Grundlegende Fakten

Fläche:  
390.245 Km<sup>2</sup>

Bevölkerung:  
8,6 Mill., davon 100.000 Weiße

Ethnische Gruppen:  
Shona 77%, Ndebele 18%, andere 5%

Altersstruktur:  
jünger als 15 J.: 50%  
jünger als 5 J.: 20%

Lebenserwartung:  
57 Jahre

Stadt-/Landbevölkerung:  
Stadtbevölkerung: 20%  
Landbevölkerung: 80%

Landessprachen:  
Englisch, Shona, Ndebele

Religion:  
Christen: 3.347.000  
Andere: 5.053.000

Pro-Kopf-Einkommen:  
ca. Z\$ 800 (720 DM)



Impressum: Dieser Pharma-Brief wird kostenlos nur an entwicklungspolitische Gruppen abgegeben (Spenden sind erwünscht). Abopreise auf Anfrage. Mehrere Exemplare nur gegen Berechnung. Verantwortlich:  
GUKO Pharma-Kampagne, August-Bebel-Str. 62, D-4800 Bielefeld 1, BRD; Telefon 0521-60550, Telefax 0521-63788

Spendenkonto: 105 601 Sparkasse Bielefeld (BLZ 480 501 61), Gesundheit & Dritte Welt e.V.