

Abgrenzung von Grund- und Behandlungspflege aus sozialrechtlicher und ökonomischer Perspektive

Ekkehard Mittelstaedt

Die Abgrenzung von Grund- und Behandlungspflege ist sowohl in sozialrechtlicher als auch in ökonomischer Hinsicht von besonderem Interesse. Darüber hinaus ist die Abgrenzung auch von gesundheitspolitischem Interesse: Problematische Entscheidungen vieler Sachbearbeiter bei der Bewilligung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege führen zu großen Problemen, für die die Krankenkassen uneingeschränkt die Verantwortung tragen.

Inhaltsübersicht

- Einführung
- Unterscheidung von Grund- und Behandlungspflege aus sozialrechtlicher Sicht
- Abgrenzung von Grund- und Behandlungspflege aus wirtschaftlicher Perspektive
- Fazit

Einführung

Um die rechtlichen und ökonomischen Zusammenhänge bei der Abgrenzung von Grund- und Behandlungspflege zu zeigen, werde ich zunächst die zur Zeit gültige sozialrechtliche Situation der häuslichen Krankenpflege darlegen. Hiernach werde ich anhand einiger Daten die Bedeutung der häuslichen Krankenpflege darlegen und zeigen, welche Auswirkungen die Abgrenzung von Grund- und Behandlungspflege haben kann.

Zunächst werde ich aber definieren, was ich in diesem Zusammenhang unter Behandlungspflege und was ich unter Grundpflege verstehe: Behandlungspflege umfaßt Maßnahmen der ärztlichen Behandlung, die an Fachkräfte delegiert werden und die auf der Grundlage einer medizinischen Indikation im Rahmen eines individuellen Behandlungsplans dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Zur Grundpflege gehören die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens.

Probleme bzw. strittige Punkte bezüglich der Abgrenzung von Grund-

und Behandlungspflege gibt es insbesondere hinsichtlich der Maßnahmen, die fälschlich als „einfache“ Behandlungspflegen bezeichnet werden. Gemeint sind medizinische Maßnahmen, die typischerweise von den Patienten regelmäßig selbst oder aber von pflegenden Angehörigen durchgeführt werden können. Unabhängig von der Irreführung, die in der Klassifizierung „einfacher“ Behandlungspflege liegt, handelt es sich um jeweils ärztlich verordnete Maßnahmen.

Unterscheidung von Grund- und Behandlungspflege aus sozialrechtlicher Sicht

Die Unterscheidung zwischen Grund- und Behandlungspflege hat in sozialrechtlicher Hinsicht Bedeutung für die Zuordnung der Kostenträger für die jeweiligen Leistungsarten. Unproblematisch ist hierbei die Pflegeversicherung. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind im 14 SGB XI eindeutig und abschließend benannt. Hier gibt es hinsichtlich der Abgrenzung von Leistungen der Grund- und Behandlungspflege keine Probleme. Behandlungspflege ist bei ambulanter Versorgung kein Leistungsbestandteil der Pflegeversicherung.

Anders hingegen im SGB V bei der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 SGB V. Dabei gilt es, zwischen der so genannten Krankenhausvermeidungspflege gemäß § 37 Abs. 1 SGB V und der häuslichen Krankenpflege zur

Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung gemäß § 37 Abs. 2 zu unterscheiden. Für beide Leistungen gilt, daß es sich um ärztlich verordnete Leistungen handeln muß. Ferner besteht nur dann ein Anspruch auf diese Leistungen, wenn eine im Haushalt lebende Person den Kranken im erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann (§ 37 Abs. 3 SGB V).

Im Falle der Krankenhausvermeidungspflege kann Grund-, Behandlungspflege und hauswirtschaftliche Versorgung verordnet werden. Die Krankenkasse ist in jedem Fall zur Leistung verpflichtet, solange die Voraussetzungen des § 37 Abs. 3 SGB V nicht erfüllt sind. Dies hat sie nach unserer Auffassung in jedem Einzelfall zu prüfen. Sollte der Patient zeitgleich Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten, ruhen diese. Das heißt, die Krankenkasse muß selbst bei einer Leistungsverpflichtung der Pflegeversicherung Grundpflege gewähren und bezahlen. Eine Umdeutung der Krankenversicherung in eine Kombination der Leistungen verschiedener Sozialversicherungen ist nicht möglich (vgl. § 13 SGB XI).

Insofern ist es in diesem Zusammenhang unbedeutend, welche Leistungen der Grund- und welche der Behandlungspflege zugeordnet werden. Der Kostenträger ist in jedem Fall die Krankenkasse.

Anders hingegen gestaltet es sich bei den Leistungen des § 37 Abs. 2 SGB V. Der Gesetzgeber hat mit Einfüh-

zung der Pflegeversicherung die Grundpflege aus dem Bereich des § 37 Abs. 2 SGB V herausgenommen (vgl. Wortlaut des § 37 Abs. 2 Satz 4 SGB V). Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der Leistungen nach § 37 Abs. 2 SGB V sind nicht zulässig, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI eingetreten ist. Darüber hinaus ist es den Krankenkassen freigestellt, Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung im Rahmen des § 37 Abs. 2 zu gewähren, denn es handelt sich bei diesen Leistungen um freiwillige Satzungsleistungen der Krankenkassen. Die Mehrzahl der Kassen macht von diesem Recht keinen Gebrauch.

Durch die Regelungen des § 37 Abs. 2 SGB V haben die Kassen den Anreiz, Leistungen der Behandlungspflege als Grundpflege zu definieren. Sie versuchen immer häufiger, medizinisch notwendige und vom Arzt verordnete Maßnahmen der fälschlicherweise so genannten „einfachen“ Behandlungspflege mit der Begründung abzulehnen, daß es sich bei diesen Maßnahmen eigentlich um Maßnahmen der Grundpflege handelt. Und Grundpflegen sind im Rahmen des § 37 Abs. 2 SGB V eben keine Pflichtleistungen der Krankenkassen. Bei der inhaltlichen Auseinandersetzung und der Abgrenzung von Grund- und Behandlungspflege kommt erschwerend hinzu, daß die von Bundesland zu Bundesland verschiedenen Rahmenverträge gemäß § 132 SGB V die Frage der Abgrenzung der Leistungen nicht einheitlich regeln.

Die zunehmend unter Kostendruck geratenen Krankenkassen verfolgen in der Diskussion um die Abgrenzung der Leistungen ein rein wirtschaftliches Interesse. Je mehr Leistungen in die Grundpflege definiert werden, desto weniger Leistungen müssen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung bezahlt werden. Dabei nehmen sie sogar im Einzelfall erhebliche, teilweise lebensgefährliche Gesundheitsgefährdungen ihrer Versicherten in Kauf. Wir können dies beweisen.

Darüber hinaus lassen sie nichts

unversucht, Leistungen der Behandlungspflege an die im Haushalt des Patienten lebenden Personen zu delegieren, um auf diesem Wege ebenfalls von der Leistungspflicht befreit zu werden. Dabei genügt den Kassen oftmals die simple Tatsache, daß der Patient bereits Pflegegeld erhält und folglich im Haushalt des Patienten lebende Pflegepersonen vorhanden sind, die die Behandlungspflege zu leisten haben; unabhängig davon, ob die Personen willens und in der Lage sind, diese Leistungen auch tatsächlich zu erbringen.

Daß diese Strategie unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht zu Ende gedacht ist, soll im folgenden dargelegt werden.

Abgrenzung von Grund- und Behandlungspflege aus wirtschaftlicher Perspektive

(a) Bereich des § 37 Abs. 1 SGB V: Die Abgrenzung von Grund- und Behandlungspflege ist für die Fälle des § 37 Abs. 1 SGB V – wie bereits dargelegt – ohne Bedeutung. Dennoch möchte ich einige Zahlen nennen, anhand derer deutlich gemacht werden kann, welches Ausmaß das Einsparpotential bzw. die Wirtschaftlichkeitsreserven durch die Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Verkürzung oder Vermeidung von Krankenhausaufenthalten erreichen.

In 1995 sind in insgesamt 399.017 Fällen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 Abs. 1 SGB V in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt worden. In all diesen Fällen konnte der Krankenhausaufenthalt entweder verkürzt oder vermieden werden (die Fälle, in denen der Zeitraum der Pflege über 4 Wochen betrug, sind hier nicht berücksichtigt). Die durchschnittlichen Kosten pro Fall betragen 1279,12 DM. Rechnet man die ärztlichen Leistungen mit 80 DM und Arzneimittel mit großzügig 200 DM hinzu, so ergibt sich ein durchschnittlicher Gesamtbetrag pro Fall von 1560 DM.

Demgegenüber stehen die Kosten pro Fall bei einem stationären Krankenhausaufenthalt, etwa 5000 DM. Die Differenz zwischen der häusli-

chen Krankenpflege und der stationären Behandlung der Patienten, multipliziert mit den Fällen, ergibt das Einsparvolumen bei den Krankenkassen, das allein durch die Gewährung von Leistungen gemäß § 37 Abs. 1 SGB V erreicht wurde. In 1995 betrug diese rechnerische Größe ca. 1,4 Mrd. DM.

Hinsichtlich der Entwicklung dieser Leistungsart fällt zunächst auf, daß die Gesamtausgaben seit 1991 bis 1995 eine Steigerung um ca. 120% erfahren haben. Diese Steigerung ist zum Teil durch die Fallmengenkomponente zu erklären. Sie betrug im genannten Zeitraum ca. 30%. Ferner ist nicht zu leugnen, daß auch die Preise für die Leistungen gestiegen sind. Die Rate liegt bei ca. 25% und fällt damit relativ gering aus.

Neben diesen rein quantitativen Mengenausweitungen darf jedoch nicht vergessen werden, daß im genannten Zeitraum die Betreuungsintensität zugenommen hat. So sind pro Fall mehr und – im Zuge der Entwicklung der häuslichen Krankenpflege – andere Leistungen am Patienten erbracht worden. Das Leistungsspektrum hat sich ausgeweitet. Diese qualitative Komponente hat es überhaupt erst möglich gemacht, daß Krankenhausaufenthalte in dieser Größenordnung vermieden und verkürzt werden konnten.

Ein undifferenzierter Blick auf die absolute Ausgabenentwicklung erscheint in diesem Zusammenhang als wenig hilfreich. Vielmehr muß bedacht werden, daß durch die Ausweitung des Leistungsspektrums und der damit verbundenen Möglichkeit, mehr Patienten als bisher in ihrem häuslichen Umfeld pflegen zu können, zwar die Ausgaben absolut kontinuierlich gestiegen sind, aber den Krankenkassen Kosten in Milliardenhöhe erspart bleiben.

(b) Bereich des § 37 Abs. 2 SGB V: Im Gegensatz zu den Leistungen gemäß § 37 Abs. 1, sieht es bei den Leistungen gemäß § 37 Abs. 2 SGB V, also den Leistungen zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung, anders aus. Hier hat die Definition von den fälschlich als „einfache“ Leistungen der Behandlungspflege bezeichneten Leistungen in die Grund-

pflege eine immense wirtschaftliche Bedeutung für die Krankenkasse. Wird die medizinisch notwendige Behandlungspflege, die zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist, der Grundpflege zugeordnet und auch als solche definiert, bleibt es der Krankenkasse überlassen, ob sie diese Leistungen im Rahmen der freiwilligen Satzungsleistungen weiterhin gewährt. In der Regel machen jedoch die GKV von den freiwilligen Satzungsleistungen keinen Gebrauch.

Ferner spekulieren die Krankenkassen darauf, daß die fälschlich als „einfache“ Behandlungspflege bezeichneten Leistungen gemäß § 37 Abs. 3 SGB V immer dann durch im Haushalt des Patienten lebende Personen sichergestellt sind, wenn neben den Leistungen aus der GKV zeitgleich Geldleistungen aus der Pflegeversicherung gewährt werden. Eine Einzelfallprüfung wird in den seltensten Fällen durchgeführt. Manche Kassen behaupten sogar, die Pflegekräfte, die im Rahmen der Pflegeversicherung grundpflegerische Leistungen erbringen, könnten die fälschlich als „einfache“ Behandlungspflegen bezeichneten Leistungen im Rahmen dieser Leistungen gleich mitleisten.

Völlig unverständlich wird diese Haltung der Kassen, wenn man berücksichtigt, daß Pflegepersonen nach dem SGB XI lediglich Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbringen sollen, nun aber zu ärztlich verordneten Leistungen der Behandlungspflegen verpflichtet werden.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat wiederholt geäußert, daß Menschen, die krank sind, Leistungen aus der Krankenversicherung erhalten müssen. Die Versuche der GKV, Leistungen der Behandlungspflege in die Grundpflege zu definieren und damit in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung zu verschieben, werden nicht geduldet; unabhängig davon, ob es sich um die Leistungen handelt, die fälschlich als „einfache“ Behandlungspflege bezeichnet werden. Mit Blick auf § 14 SGB XI werden die dort abschließend aufgelisteten Leistungen der Pflegeversicherung genannt. Behandlungspflege gehört nicht dazu.

Durch die eingangs dargestellte Konstellation sitzen die hilfsbedürftigen Versicherten zwischen zwei Stühlen: Die Krankenkasse lehnt die fälschlich als „einfache“ Leistungen der Behandlungspflege klassifizierten Maßnahmen mit der Begründung ab, daß es sich hierbei um Leistungen der Grundpflege handelt. Von der Pflegeversicherung werden die Leistungen nicht getragen, da medizinisch notwendige, vom Arzt verordnete Leistungen nicht im Leistungsumfang der Pflegeversicherung enthalten sind. Ferner ist längst nicht jeder Patient, der die fälschlich als „einfache“ Behandlungspflege bezeichneten Leistungen verordnet bekommt, gleichzeitig auch im Sinne des SGB XI pflegebedürftig. Die Konsequenzen liegen auf der Hand:

1. Möglichkeit: Die Patienten sind willens und in der Lage, die erforderliche Leistungen selbst zu bezahlen. In diesem Zuge muß jedoch geklärt werden, was mit den Menschen passiert, die tatsächlich nicht in der Lage sind, diese Leistungen zu finanzieren. Eines ist jedoch sicher: Diejenigen, die diese politisch nicht gewollte, sozialrechtlich nicht abgedeckte und gesundheitspolitisch unerwünschte neue Selbstbeteiligung präferieren, sollten sich hierzu eindeutig bekennen.
2. Möglichkeit: Der Patient ist in der glücklichen Lage, daß in seinem Haushalt pflegende Angehörige willens und in der Lage sind, die Leistungen zu übernehmen. In den wenigsten Fällen werden jedoch die Angehörigen auch tatsächlich in der Lage sein, die qualitativ erforderliche Leistung zu erbringen. Insbesondere wenn es darum geht, beispielsweise die fachliche Auswertung der Blutzuckerwerte und Blutdruckwerte vorzunehmen und ggf. die erforderlichen Maßnahmen einzuleiten, ist es fraglich, ob die Laienpflege dem gerecht werden kann. Bei allem Respekt vor den Bemühungen und der Bereitschaft zur Hilfe: Laienpflege kann keine professionelle Pflege ersetzen!
3. Die dritte Möglichkeit liegt darin, daß der Pflegebedürftige unver-

sorgt bleibt. Die Folgen wären fatal. Statt daß der Patient durch die Gewährleistung der richtigen Einnahme bestimmter, vom Arzt verordneter Arzneien durch einen professionellen ambulanten Pflegedienst eine Verschlimmerung seiner Krankheit vermeiden kann, müßte der Patient in ein Krankenhaus verlegt werden.

Auch hier möchte ich zur Verdeutlichung des Ausmaßes einige Zahlen nennen: Die Zahl der Fälle, die reine Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 SGB V erhalten haben, hat sich im Zeitraum von 1991 bis 1995 mehr als verdoppelt (Steigerung ca. 130%). Die Summe aller Pflegetage hat sich im gleichen Zeitraum fast verdreifacht (Steigerung ca. 270%). Im Unterschied zur Krankenhausvermeidungspflege haben sich die durchschnittlichen Tage je Fall um ca. 11% von 63,99 auf 71,45 Tage erhöht. Die Gesamtaufwendungen haben sich mehr als verdreifacht (339%) und lagen 1995 bei ca. 2,6 Milliarden DM. Die durchschnittlichen Kosten pro Tag sind im Vergleich zu den Kosten der Pflege nach § 37 Abs. 1 SGB V deutlich niedriger. Das ist damit zu erklären, daß es sich hier eben nur um reine Behandlungspflege handelt. Sie haben in dem genannten Zeitraum eine Steigerung von ca. 24% erfahren und lagen 1995 bei ca. 22,- DM. Die Steigerung bei den Kosten je Fall liegt bei ca. 13% und einem Betrag von 1577,50 DM.

Auch hier gilt wieder, daß die häusliche Krankenpflege im genannten Zeitraum ein deutliches Wachstum erfahren hat, das hauptsächlich auf die Mengenkompente zurückzuführen ist. Ähnlich wie bei der Krankenhausvermeidungspflege ist auch in diesem Bereich mit einer Preissteigerung der Leistungen um ca. 25% zu rechnen. Die überproportionale Steigerung des Gesamtvolumens ist wiederum mit der Leistungsausweitung bzw. der Leistungsfähigkeit der häuslichen Krankenpflege zu erklären. Entgegen dem Vorwurf der Kassen, das Angebot schaffe sich seine Nachfrage selbst, stellen wir fest, daß die verordnenden Ärzte um die Qualität und um die Möglichkeiten der häuslichen Krankenpflege wissen und deshalb von ihr immer mehr Gebrauch

gemacht haben, sowohl hinsichtlich der Anzahl der Patienten als auch hinsichtlich der Menge der Leistungen pro Patient. Sie haben den positiven Beitrag der Leistungen der Pflegedienste für ihre Arbeit, für den Gesundheitsprozeß der Patienten und für eine Kosteneinsparung im Krankenhausbereich erkannt.

Fazit

Die Alternative zur häuslichen Krankenpflege ist nun einmal die stationäre Krankenpflege. Wenn medizinisch notwendige Maßnahmen nicht mehr im erforderlichen Umfang durch die Krankenkassen gewährt würden, weil diese der Grundpflege zugeordnet werden, haben die Ärzte gar keine andere Wahl, als die Patienten in die Krankenhäuser einzuweisen. Die Kosten je Tag würden sprunghaft von derzeit 22,08 DM, in der häuslichen Krankenpflege auf 500 DM für die üblichen Tagessätze der Krankenhäuser steigen, soweit die Vergütung

nicht nach Fallpauschalen erfolgt. Ich habe bereits deutlich gemacht, daß letztere die teurere Alternative ist.

Neben diesen direkten Auswirkungen darf nicht vergessen werden, daß wir z.Z. eine Infrastruktur mit ambulanten Pflegediensten haben, die leistungsfähig ist und jederzeit die Versorgung der Patienten gewährleistet. Sollten jedoch den Pflegediensten die Leistungsgrundlagen über die Definition von Behandlungspflege in die Grundpflege entzogen werden, würde diese zusammenbrechen und eine qualitativ hochwertige Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nicht mehr möglich sein.

Diese Entwicklung könnte kurzfristig zu enormen Einsparungen im Bereich der häuslichen Krankenpflege führen, langfristig ist der Erfolg jedoch mehr als zweifelhaft.

Die Auswirkungen der häuslichen Krankenpflege und ihr Einsparpotential haben sich erneut in 1996

bemerkbar gemacht. So sind von 1995 auf 1996 15.400 Krankenhausbetten abgebaut worden, 2,5% weniger als 1995. Dennoch ist die Zahl der stationär behandelten Patienten erneut gestiegen. Gleichzeitig verkürzten sich aber die Krankenhausaufenthalte um 0,7 Tage. Im Durchschnitt verkürzte sich die Verweildauer trotz zunehmender Zahl der Patienten um 4,1% auf 174,3 Millionen Tage. Ein Teil der über eine Millionen eingesparten Krankenhaustage ist von der häuslichen Krankenpflege aufgefangen worden.

Ob dieser Trend in Zukunft beibehalten werden kann, ist hinsichtlich der Kürzungen im Bereich der häuslichen Krankenpflege von über 10% im Jahr 1997 fraglich.

Ekkehard Mittelstaedt
Vertragsreferent Länder
Arbeitgeber Verband
Ambulanter Pflegedienste e.V.
Roscherstr. 13A, 30161 Hannover

GFP zieht positive Bilanz der Aufbaujahre

Drei Jahre nach ihrer Gründung im Jahr 1995 hat die *Gesellschaft zur Förderung der Pflegewissenschaft NRW e.V. (GFP)* auf einer Mitgliederversammlung am 20. April 1998 in der Universität Bielefeld satzungsgemäß ihre Gremien neugewählt und eine positive Bilanz der zurückliegenden Aufbaujahre gezogen.

Die GFP ist ein gemeinnütziger Verein, der auf maßgebliche Initiative des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW gegründet wurde und heute zahlreiche Personen und Institutionen des Landes NRW, die (un-)mittelbar im Bereich der Pflegepraxis und Pflegewissenschaft engagiert sind, zu ihren Mitgliedern zählt. Zweck der GFP ist die Förderung der Pflegewissenschaft durch die Entwicklung des wissenschaftlichen Fachs Pflege, die Planung und Durchführung von Forschungsprogrammen, die wissenschaftliche Beratung von öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Trägern sowie die Förderung der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Zur Wahrnehmung dieser Aufgaben unterhält der Verein das interdisziplinär

ausgerichtete *Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)*. Mit der Besetzung der Professur für Pflegewissenschaft an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften und der Übertragung der Institutsleitung an Prof. Dr. Doris Schaeffer im April vergangenen Jahres ist das IPW in eine neue Phase seiner Entwicklung eingetreten.

Auf ihrer Mitgliederversammlung konnte die GFP auf eine positive Erfolgsbilanz der Aufbaujahre zurückblicken: Trotz schwieriger Startbedingungen ist es dem IPW gelungen, eine Fachbibliothek aufzubauen, institutsinterne Arbeitsroutinen zu entwickeln und eine Veröffentlichungsreihe für das IPW zu konzipieren. Fünf Forschungsprojekte konnten 1997 erfolgreich abgeschlossen und zwei weitere bis in das Jahr 2000 hinein verlängert werden. Die Forschungsarbeit des IPW konzentriert sich künftig auf drei Schwerpunkte: a) die strukturellen und institutionellen Bedingungen der Pflege, b) Qualifizierung und Professionalisierung in der Pflege sowie c) die patientenorientierte Pflegeforschung.

Als besonderer Erfolg des Jahres 1997 ist zu werten, daß das IPW an der Bielefelder „School of Public Health“ ein für Deutschland bislang einmaliges anschlussfähiges Studienangebot installieren konnte: Mit Beginn des Studienjahres 1998 ist es dort möglich, ein gesundheitswissenschaftliches Aufbaustudium mit dem Schwerpunkt „Pflegewissenschaft“ zu absolvieren und den international anerkannten Titel des „Master of Public Health“ (MPH) zu erwerben. Künftig wird sich das IPW damit neben seinem Engagement im Bereich der Wissenschaftsentwicklung und Pflegeforschung auch an der Förderung von pflegewissenschaftlichem Nachwuchs beteiligen – eine Entwicklung, die von der Mitgliederversammlung der GFP mit großer Zustimmung zur Kenntnis genommen wurde.

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)
Michael Ewers, MPH
Universitätsstr. 25
D-33615 Bielefeld
Tel.: (0521) 106-3896, Fax: 106-6437
Email: IPW@Post.Uni-Bielefeld.de