

# Vereinbarung zur teilweisen Finanzierung der Tarifierhöhungen steht

Über 1 Mrd. € fließen zusätzlich in die Krankenhäuser

Nur wenige Tage nach dem Inkrafttreten des KHRG konnten die DKG und der GKV-Spitzenverband Anfang April 2009 die Vereinbarung zur Berücksichtigung der Tariflohnsteigerung unterzeichnen. Die schnelle Einigung der Selbstverwaltung auf der Bundesebene machte den Weg frei für den Abschluss der Landesbasisfallwerte in den Regionen. Die Parteien verständigten sich auf eine Rate von 6,24 Prozent, die zu einem Drittel (2,08 Prozent) erhöhend bei den Basisfallwerten zu berücksichtigen ist. Dadurch fließen im Laufe des Jahres etwa 1,1 Mrd. € zusätzlich in die Krankenhäuser. Mit der Krankenhausreform hatte der Gesetzgeber vorgegeben, dass die Krankenkassen 50 Prozent jener tariflich vereinbarten Lohn- und Gehaltserhöhungen für 2008/2009 übernehmen, die über der Grundlohnsommensteigerung liegen (§ 10 Absatz 5 KHEntgG). Diese Regelung gilt 2009 allerdings nur für diejenigen Krankenhäuser, bei denen tatsächlich Tarifierhöhungen entstanden sind. DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum erklärte anlässlich der Einigung: „Seit Monaten gehen die Krankenhäuser in Vorleistung. Deshalb war es wichtig, dass die von der Koalition beschlossene anteilige Refinanzierung der Tariflohnsteigerungen schnell fließen kann.“ Johann-Magnus von Stackelberg, stellvertretender Vorsitzender des Vorstands des GKV-Spitzenverbandes, interpretierte das Zustandekommen der Vereinbarung sehr euphorisch und betonte: „Kaum, dass die Tinte unter dem Gesetz trocken war, hat die gemeinsame Selbstverwaltung schnell den Weg freigemacht, damit nun dauerhaft mehr Geld in die Krankenhäuser fließt.“ Ein deutlich besseres Ergebnis war nach Baums Einschätzung über ein Schiedsstellenverfahren nicht zu erwarten. Ohne ein Verhandlungsergebnis wären weitere sechs bis acht Wochen Unsicherheiten entstanden und Zeit sowie Liquidität verloren gegangen.

## AMG-Novelle im Fokus

Intensiv beschäftigte die DKG der Referentenentwurf für ein Gesetz zur Änderung des Arzneimittelgesetzes und anderer Vorschriften (15. AMG-Novelle). Am 6. Mai 2009 fand eine öffentliche Anhörung im Deutschen Bundestag statt. Die Gesetzesnovellierung ist, wie in einer vorläufigen DKG-Stellungnahme am 23. April festgestellt wurde, hinsichtlich der Umsetzung verschiedener EU-Verordnungen notwendig und erforderlich. Die Regelungen der AMG-Novelle gehen jedoch in Teilen über dies hinaus und führen teilweise zu erheblichen Behinderungen im Arbeitsablauf in den Krankenhäusern oder gefährden die wirtschaftliche Leistungserbringung bzw. die medizinische Versorgung von Krankenhauspatienten.

Bei der ambulanten Versorgung mit Arzneimittelzubereitungen – insbesondere von Krebspatienten – sollen eventuelle Kostenvorteile vollständig an die Krankenkassen weitergeleitet werden. Dieses soll im Krankenhausbereich mit einer Offenlegung der Bezugsquellen und -preise bei Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern nach § 129 a SGB V erreicht werden. Dabei wird übersehen, dass bereits heute die Versorgung ambulanter Patienten mit Arzneimitteln durch Krankenhausapotheken in der Regel wirtschaftlicher erfolgt als durch niedergelassene Apotheken. Zudem führt eine Verpflichtung zur Offenlegung der Bezugsquellen und Einkaufspreise nicht zwangsläufig zu einer (noch) wirtschaftlicheren Versorgung. Im Gegenteil: Die Offenlegung gefährdet nach DKG-Einschätzung vielmehr die sinnvolle und notwendige Versorgung ambulanter Leistungen im Krankenhaus. Für Krankenhäuser würde mit der Änderung der Anreiz genommen, mit pharmazeutischen Unternehmen möglichst niedrigere Preise zu vereinbaren. Zudem besteht die Gefahr der Unterfinanzierung durch ein Preisdiktat der Krankenkassen. Die Leidtragenden wären letzten Endes die Patienten.

Die Änderung bedeutet nach Überzeugung der DKG einen massiven Eingriff in das mit dem GMG eingeführte, mittlerweile gut funktionierende wettbewerbliche System der freien Preisbildung und gefährdet die sichere und wohnortnahe ambulante Versorgung onkologischer Patienten. Die Änderung sollte daher unbedingt abgelehnt werden.

Die vom Bundesrat geforderte Streichung der erst jüngst mit dem KHRG eingeführten Sonderregelungen für Praxiskliniken wird von der DKG unterstützt. Beim Festhalten an der Praxisklinikenregelung müsste auch den Krankenhäusern die Möglichkeit geboten werden, mit ihren flächendeckend vorhandenen Betten an diesem neuen Leistungsspektrum teilzunehmen, genauso wie es heute selbstverständlich ist, dass Krankenhäuser ambulante Leistungen erbringen. Auch die Forderung der Länder nach einer Absenkung des Vergütungsabschlags für die belegärztliche Versorgung wird grundsätzlich unterstützt. Allerdings reicht die Absenkung des Abschlags auf 10 Prozent überwiegend nicht aus, um eine wirtschaftliche Leistungserbringung zu ermöglichen. Zum Erhalt bestehender belegärztlicher Strukturen ist eine analoge Finanzierung zu den Hauptabteilungen erforderlich.

Zudem bedarf es bis Mitte dieses Jahres einer Regelung zur Weitergabe von Daten der im Krankenhaus behandelten gesetzlich krankenversicherten Patienten an externe (gewerbliche oder privatärztliche) Abrechnungsstellen. Das Bundessozialgericht hatte jüngst eine entsprechende Norm angemahnt und eine befristete Übergangsregelung geschaffen. ▶

### Anreize zum wirtschaftlichen Handeln beibehalten

§ 129 a SGB V ermöglicht durch freie Preisvereinbarungen zwischen den Krankenhäusern und den Kostenträgern eine wirtschaftliche Arzneimittelversorgung ambulanter Patienten in Krankenhäusern. Durch die vorgesehene Ergänzung des § 129 a SGB V sollen Krankenhäuser künftig verpflichtet werden, ihre Bezugsquellen und Einkaufspreise für Fertigarzneimittel in parenteralen Zubereitungen – insbesondere bei Zytostatika – offenzulegen.

Der mit der Offenlegung verbundene Eingriff in die Vertragsfreiheit ist aus DKG-Sicht grundsätzlich abzulehnen, weil dies allen Grundsätzen der marktwirtschaftlichen Preisgestaltung widerspricht und zurück in das Prinzip der Selbstkostendeckung führt. Anreize zum wirtschaftlichen Handeln werden damit verhindert und die Versorgung ambulanter Patienten mit Arzneimitteln zwangsläufig teurer.

Der Eingriff ist zudem unverhältnismäßig, da die Krankenhäuser ihre Konditionen mit den Arzneimittelherstellern in der Regel nicht für einzelne Arzneimittel, sondern für das gesamte Sortiment eines Herstellers verhandeln. Die Offenlegung der Preise einzelner Zubereitungen würde zwangsläufig zu falschen Einschätzungen führen. Die Offenlegung sämtlicher in Bezugssortimenten bezogener Arzneimittel kann daher nicht ernsthaft beabsichtigt sein. Weiterhin besteht keinerlei rechtliche Verpflichtung der Kostenträger, mit zugelassenen Krankenhäusern einen Vertrag nach § 129 a SGB V zu schließen. Dies führt bereits heute dazu, dass die Krankenhäuser weitreichende preisliche Zugeständnisse machen müssen und die vereinbarten Abgabepreise deutlich unter den nach den Vorschriften der Arzneimittelpreisverordnung gebildeten Preisen der niedergelassenen Apotheken liegen.

Wenn nunmehr mit offengelegten Bezugspreisen Verhandlungen mit den Kostenträgern über die Kosten der Zubereitungsdienstleistung des Krankenhauses geführt

werden sollen, müsste zumindest eine Schiedsstellenregelung vorgesehen werden. Ansonsten laufen die Krankenhäuser Gefahr, ihre eigenen Kosten nicht gedeckt zu bekommen. Dies würde die Bereitstellung der Zubereitungen aus den Krankenhausapotheken massiv gefährden.

Ausdrücklich ist darauf hinzuweisen, dass § 129 Absatz 5 Satz 3 den Krankenkassen bereits heute die Möglichkeit eröffnet, in analoger Weise zu den Krankenhäusern die Preise mit den niedergelassenen Apotheken abweichend von der Arzneimittelpreisverordnung zu vereinbaren. Insofern bestehen durchaus vergleichbare Instrumentarien. Für die nunmehr zu Lasten der Krankenhäuser vorgesehene Neuregelung kann der Wettbewerb als Argument deshalb nicht gelten.

Mit der angestrebten Regelung besteht sogar massiv die Gefahr einer Angleichung der günstigen Krankenhausabgabepreise an die höheren Preise nach der Arzneimittelpreisverordnung. Mit der Streichung des zusätzlichen Satzes in § 129 a SGB V wird sichergestellt, dass das funktionierende, wirtschaftliche System zur Sicherung der ambulanten, wohnortnahen Versorgung – insbesondere onkologischer Patienten – erhalten bleibt.

Zudem sollen mit der vorgesehenen Regelung den Krankenkassen auch die „verarbeiteten Mengen“ offengelegt werden. Bisher wurden immer ganze Arzneimittelpackungen als Grundlage für die Herstellung berechnet – und dies aus gutem Grund: Oft ist es nicht möglich, den verbleibenden Arzneimittelrest für einen anderen Patienten weiter zu verarbeiten. Zum einen erhalten nicht alle Patienten die gleichen Präparate und zum anderen haben diese angebrochenen Präparate oft nur eine sehr begrenzte Haltbarkeit. Insofern müssen die Reste verworfen und als teurer Sondermüll entsorgt werden. Diese Kosten den Apotheken aufzubürden ist nicht sachgerecht.

*(Vorläufige DKG-Stellungnahme zur 15. AMG-Novelle, Auszug)*



### Drei-Milliarden-Loch im Gesundheitsfonds möglich

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) rechnet wegen der tiefen Rezession in Deutschland mit erheblichen Mindereinnahmen des Gesundheitsfonds. Der von den führenden Wirtschaftsforschungsinstituten prognostizierte stärkere Einbruch bei Beschäftigung und Löhnen beeinflusse natürlich die Beiträge der Arbeitnehmer, die in den Gesundheitsfonds fließen, sagte die Ministerin der „Süddeutschen Zeitung“ am 24. April 2009. „Wenn solche Prognosen tatsächlich eintreten würden, würden über 3 Mrd. € weniger Beiträge fließen.“ Der Chef der KKH-Allianz, Ingo Kailuweit, forderte angesichts der Prognose eine Aufhebung der Rückzahlungspflicht für die Krankenkassen. „Bei einer Finanzlücke in dieser Höhe ist es unmöglich, dass die Kassen die Beiträge 2011 zurückzahlen“, erklärte er. „Wenn die Regelung nicht aufgehoben wird, steht das Gesundheitssystem vor einem finanziellen Kollaps.“

*(Agenturmeldung, Foto: dpa)*

## Weiterentwicklung der Pflegeberufe

Für die nächste GMK-Konferenz im Juni wird die Beratung über eine völlige Umgestaltung der Pflegeausbildung vorbereitet, die dann hauptsächlich an staatlichen Schulen stattfinden würde. Die DKG hat sich aus diesem Anlass für die Beibehaltung der Ausbildung in Krankenpflegesschulen am Krankenhaus ausgesprochen.

Die Weiterentwicklung der Krankenpflegeausbildung ist seit jeher ein wichtiges Anliegen der DKG. Bereits vor mehr als 35 Jahren (1973) hat die DKG die Empfehlung „Strukturplan für die Neuordnung der beruflichen Bildung in der Krankenpflege“ verabschiedet, die eine umfassende Neuorientierung der beruflichen Bildung in den Bereichen Ausbildung, Weiterbildung und Studium an Hochschulen vorsah. Die Ausbildung in den Krankenpflegesschulen als Nahtstelle zwischen schulischer und beruflicher Ausbildung hat sich seit Jahren und Jahrzehnten bewährt. Durch die enge Verbindung zwischen Schule und Krankenhaus und ständige Praxisverbundenheit kommt es zu einer hohen Verzahnung zwischen Theorie und Praxis. Vor dem Hintergrund der fortwährenden technischen und medizinischen Innovationen wird hierdurch dem speziellen Wesen der Krankenpflegeausbildung in besonderem Maße Rechnung getragen.

Die vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. geforderte Ausbildung in Berufsfachschulen würde eine Eingliederung in das Schulsystem der Länder und somit das Auflösen der funktionierenden Nahtstelle bedeuten, da die Berufsfachschule nicht mehr Krankenpflegeschule am Krankenhaus sein kann. Aufgrund der immer kürzeren Innovationszyklen im medizinischen und medizintechnischen Bereich ist die kontinuierliche Aktualisierung des Fachwissens für die Lehrkräfte und Dozenten unabdingbar. In vom Krankenhaus unabhängigen Berufsfachschulen kann dies auf keinen Fall gewährleistet werden. Durch die institutionelle und räumliche Trennung zwischen der Berufsfachschule und der praktischer Ausbildungsstätte (Krankenhaus) wären erhebliche Informations- und Kommunikationsdefizite vorprogrammiert. Nur die direkte Anbindung der Schulen an die Krankenhäuser ermöglicht die praxisnahe Gestaltung des Unterrichts.

Die Eingliederung der Ausbildung in das Schulsystem der Länder (unter Anwendung des jeweiligen Schulrechts) hätte die Regelungshoheit der Länder zu berücksichtigen, und zwar mit der Folge, dass länderspezifisch unterschiedliche Ausbildungsregelungen absehbar sind. Die Eingliederung der Ausbildung in das Schulsystem der Länder würde dazu führen, dass die Länder die aus dem Systemwechsel resultierenden erheblichen Kostenbelastungen tragen müssten. Erschwerend hinzu kommt, dass sich die Ausbildung insgesamt, gegenüber dem jetzigen Status, deutlich verteuern würde.

Berücksichtigt man zugleich die Forderung, dass im Rahmen der dreijährigen Ausbildung auch eine (ggf. fachgebundene) Hochschulreife erworben werden soll, so wird deutlich, dass in die Ausbildung allgemeinbildende Lehrinhalte in einem nicht unerheblichen Maße integriert werden müssten. Folgerichtig kann das qualitativ hochwertige Niveau der Ausbildung nach heutigem Stand nicht beibehalten werden. Insofern leitet sich hieraus eine ökonomisch unsinnige Vorgehensweise ab, in dem die Ausbildung wesentlich teurer wird und die Ausbildungsqualität sinkt.

Die Eingliederung der Ausbildung in das Schulsystem der Länder würde weiterhin dazu führen, dass die an den Krankenhäusern mit viel Engagement und hohen finanziellen Aufwendungen errichteten Schulen und Akademien für Gesundheitsfachberufe ihren Betrieb einstellen müssten, da die maßgebliche Finanzierungssäule wegbrechen würde. Mehr als 6 000 hochqualifizierte und praxiserfahrene Lehrkräfte bekämen ihr Tätigkeitsfeld entzogen, obgleich sie hohe finanzielle und zeitliche Investitionen erbracht haben, um sich für diese Tätigkeit zu qualifizieren.

## Krankenhaus-Rating-Report 2009: Deutsche Kliniken „wirtschaftlich im Auge des Orkans“

In seiner fünften Ausgabe untersucht der Krankenhaus-Rating-Report des RWI neben der wirtschaftlichen Lage deutscher Krankenhäuser auch die Auswirkungen der Finanzkrise und des Konjunkturpakets II auf die Kliniken. Die durchschnittliche Insolvenzwahrscheinlichkeit der Kliniken ist laut RWI in den vergangenen Jahren bis 2007 leicht zurückgegangen. 2008 dürfte sie allerdings stark gestiegen sein, im laufenden Jahr



**Wir finanzieren  
Gesundheit!**

**Ihr Partner für Mobilien-Leasing  
im Gesundheitswesen**

Die Hannover Mobilien Leasing blickt auf 25 Jahre Erfahrung in der Finanzierung von Medizintechnik, IT und mobilen Wirtschaftsgütern im Gesundheitswesen zurück.

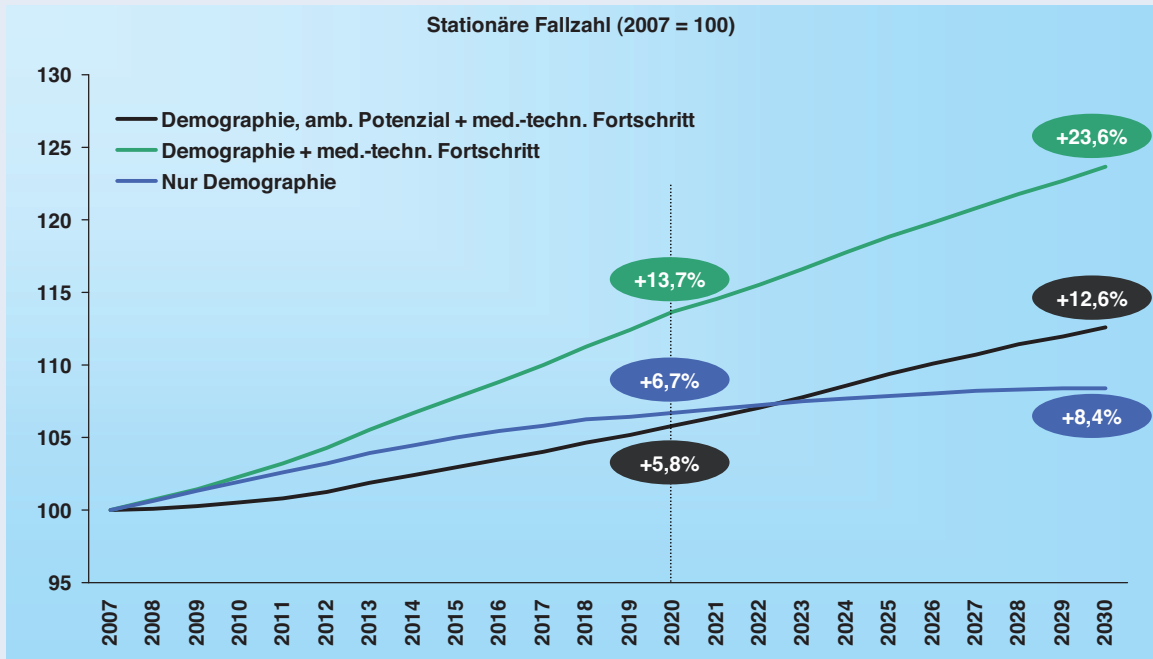
Ob für Krankenhäuser, Kliniken, Reha-Einrichtungen, Ärzte oder Apotheken, wir entwickeln bedarfsgerechte Finanzierungsösungen für Ihre medizinischen Einrichtungen.

**Nutzen Sie unser Know-How!**  
 HANNOVER MOBILIEN LEASING GmbH  
 Bavariaplatz 9, 82031 Grünwald  
 Tel.: 089(2)1104-171 / Fax: 089(2)1104-130  
 E-Mail: gesundheit@hannover-leasing.de



**HANNOVER MOBILIEN LEASING**

Projektion der Zahl der stationären Fälle 2007 bis 2030



Anmerkung: Medizinisch-technischer Fortschritt 1997-2006: Durch geringe Fallzahlen in einigen Kategorien entstehen unplausible hohe (niedrige) Wachstumsraten. Darum werden alle Raten über dem 80%-Quantil und unter dem 20%-Quantil auf das 80%-Quantil respektive 20%-Quantil gekappt.  
Quelle: ADMED / HCB / RWI Analyse; FDZ (2009)  
Krankenhaus Rating Report 2009

durch deutlich höhere Erlöse indessen wieder auf das niedrige Niveau absinken und sich erst 2010 aufgrund der Folgen der Finanzkrise erneut erhöhen. Die durch das Ausbleiben öffentlicher Mittel mit verursachte Investitionslücke ist seit 1991 nach RWI-Berechnungen auf 16 Mrd. € angewachsen. Zwischenzeitlich haben die Krankenhäuser rund 7 Mrd. € aus Eigenmitteln aufgebracht und so einen Teil der Lücke geschlossen. Künftig könnten Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Investitionspauschalen die Effizienz im Gesundheitswesen weiter steigern.

### Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser

Das Jahr 2008 dürfte wirtschaftlich eines der schlechtesten für die deutschen Krankenhäuser gewesen sein, das laufende könnte eines der besten werden. Während sich 2008 durch hohe Kostensteigerungen und nur moderat steigende Erlöse noch eine milliardenschwere Finanzierungslücke auftat, könnten Kliniken 2009 von zusätzlichen Erlössteigerungen durch das KHRG und von Zuweisungen für Investitionen aus dem Konjunkturpaket II profitieren. Allerdings dürfte sich die Lage bereits im nächsten Jahr wieder deutlich verschlechtern, wenn die Folgen der Finanzkrise auch die Gesundheitswirtschaft erreichen. Zu diesen Ergebnissen kommt die fünfte Ausgabe des Krankenhaus-Rating-Reports, die das RWI, das Institute for Healthcare Business GmbH und die ADMED GmbH gemeinsam erstellt und am 22. April in Essen der Öffentlichkeit präsentiert haben.

Der Studie zufolge haben die weiter gesunkenen Fördermittel nach dem KHG die kumulierte Investitionslücke deutscher Krankenhäuser seit 1991 auf mittlerweile 16 Mrd. € angewachsen lassen. Die Krankenhäuser füllen allerdings einen

wachsenden Teil dieser Lücke mit Investitionen aus Eigenmitteln. Diese belaufen sich kumuliert auf rund 7 Mrd. €.

### Anteil der Kliniken im roten Bereich ist leicht gesunken

Das Rating basiert auf einer Stichprobe von 546 Jahresabschlüssen, die zumeist aus den Jahren 2006 und 2007 stammen und insgesamt 832 Krankenhäuser umfassen. Damit hat sich die Datenbasis des Reports weiter verbreitert. Nach ihrem Risiko für eine Insolvenz wurden die Häuser analog einer Ampelsystematik in drei Kategorien (grün, gelb und rot) eingeteilt. 16 Prozent der Krankenhäuser lagen im roten Bereich, 15 Prozent im gelben und 69 Prozent im grünen Bereich. Die Werte sind etwas besser als die der Vorgängerstudie aus 2008, der allerdings eine kleinere und damit andere Stichprobe zugrunde lag. Für 2008 ist der rote Bereich (erhöhte Insolvenzgefahr) nach Einschätzung der Institute aufgrund der ungünstigen Gesamtsituation auf 27 Prozent angestiegen, 2009 dürfte er wieder auf 15 Prozent absinken. Da die Jahresüberschüsse 2009 beträchtlich steigen, sollten dann drei Viertel aller Krankenhäuser schwarze Zahlen schreiben. Ab 2010 dürfte der Anteil der Kliniken im roten Bereich jedoch erneut ansteigen. Ohne produktivitätssteigernde Maßnahmen werde sich die Situation künftig erheblich verschlechtern, der Anteil der Häuser im roten Bereich könnte bis 2020 auf fast 30 Prozent steigen.

Kleine Krankenhäuser schneiden im Rating signifikant schlechter ab als große oder mittelgroße, westdeutsche schlechter als ostdeutsche, öffentlich-rechtliche schlechter als private oder freigemeinnützige. Bei öffentlich-rechtlichen Häusern liegen 2006/2007 24 Prozent im roten Bereich, bei freigemeinnützigen 10 Prozent und bei privaten 14 Prozent. In Ostdeutschland und Nordrhein-Westfalen liegen besonders viele

Kliniken im grünen und nur wenige im roten Bereich. Auch in Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein und Hamburg fällt der Anteil im roten Bereich vergleichsweise niedrig aus, allerdings ist hier der Anteil im gelben Bereich sehr hoch. Das Insolvenzrisiko wird offenbar unter anderem durch eine Fokussierung des Leistungsangebots reduziert. Keinen statistisch signifikanten Einfluss hat hingegen beispielsweise, ob eine Klinik Teil einer Klinikette ist und ob sie sich in privater oder freigemeinnütziger Trägerschaft befindet.

#### Verhältnismäßig wenig ausländische Patienten lassen sich in Deutschland behandeln

Bezüglich der Patientenströme zeigen sich im Vergleich zum vorangegangenen Krankenhaus-Rating-Report keine großen Veränderungen. München ist weiterhin die Behandlungsregion mit dem deutschlandweit größten Nettopatientenzustrom, gefolgt von Frankfurt a.M., Heidelberg, Hamburg und den Kernstädten des Ruhrgebiets. Gemessen an der gesamten Patientenzahl vor Ort hat Heidelberg den deutlich größten Nettostrom an Patienten. Insgesamt ließen sich 2006 auch rund 64 000 ausländische Patienten in deutschen Krankenhäusern behandeln, das sind etwa 0,4 Prozent aller Patienten. Die meisten von ihnen stammten aus Europa, vor allem aus den europäischen Nachbarstaaten Deutschlands. Die Zahl der Patienten aus dem außereuropäischen Ausland ist relativ gering. Erwäh-

nenswert sind allerdings rund 1 000 Patienten aus Kuwait und 900 aus den Vereinigten Arabischen Emiraten.

#### Medizinische Versorgungszentren und Investitionspauschalen erhöhen Effizienz

In Zukunft wird die Zahl der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), in denen sich Ärzte, Krankenhäuser, Heilmittelerbringer und andere mit dem Ziel einer gesteigerten Effizienz zusammenschließen können, voraussichtlich weiter wachsen. Mitte 2008 gab es bereits 1 150 MVZ mit mehr als 5 000 Ärzten, von denen drei Viertel fest angestellt waren. Bei den KHG-Fördermitteln sollten die Bundesländer die Möglichkeit des KHRG nutzen, eine Investitionspauschale einzuführen. Wie die Studie zeigt, weisen Krankenhäuser in Bundesländern mit einem hohen Anteil an pauschalen Fördermitteln ein signifikant niedrigeres Insolvenzrisiko auf als solche in Ländern mit einem geringen Anteil – auch nach Berücksichtigung anderer Einflussfaktoren auf das Rating. Entsprechend sollten, so der Rat des Wissenschaftler, die Bundesländer ab 2011 schrittweise ihre Investitionsfinanzierung umstellen, um die rückläufigen öffentlichen Mittel effizienter einzusetzen.

Ansprechpartner zu den Ergebnissen der Rating-Studie sind Dr. Boris Augurzky (RWI Essen), Tel.: 02 01/81 49-2 03, Dr. Sebastian Krolop (ADMED GmbH) Tel.: 0 22 38/47 53 00, Sabine Weiler (Pressestelle RWI Essen). ■



More happy hands.

**KATRIN®**



**Viel Feingefühl** und ein glückliches Händchen wird man Ihnen  
in puncto Waschaumhygiene bescheinigen.

Sie sollten Katrin näher kennen lernen, denn alle Hände werden die Weichheit unserer Tissue-Papiere lieben. Ganz zu schweigen von den äußerst angenehmen Auswirkungen auf Ihr Budget.  
Mehr Infos: [www.katrin.com](http://www.katrin.com) oder Tel. +49 2251 8120