

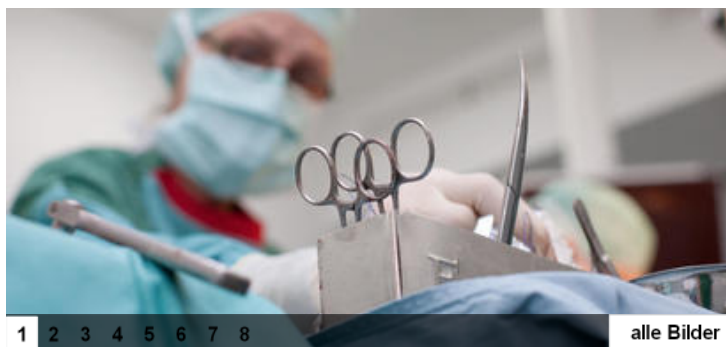
## Krankenhäuser

## Chronische Probleme in deutschen Kliniken

von [Anke Henrich](#)

**Missmanagement gefährdet Ihre Gesundheit: In Deutschland werden Kliniken zu lasch kontrolliert, Fehler können zu leicht vertuscht werden, und geschädigte Patienten haben wenig Rechte. Was können Kliniken bei der Fehlervermeidung von anderen Ländern und Branchen lernen?**

### Was tun im Streitfall?



1 2 3 4 5 6 7 8

[alle Bilder](#)

#### Suchen Sie eine Fachklinik

Die wichtigste Frage, um ein Operationsrisiko zu vermeiden, lautet: Muss der Eingriff wirklich sein? Holen Sie eine zweite Meinung ein, denn in Deutschland wird das Skalpell nachweislich schnell – viele Mediziner sagen: zu schnell – angesetzt. Krankenkassen bezahlen die Konsultation eines zweiten Experten, zum Teil vermitteln sie ihn auch. Wenn die OP sein muss, setzen Sie bei der Wahl der Klinik nicht auf lokale Nähe zur Verwandtschaft oder den guten Ruf einer anderen Abteilung des Krankenhauses. Entscheidend muss einzig die Expertise der für sie zuständigen Abteilung sein. Hausarzt und Krankenversicherung können weiterhelfen.

*Bild: dpa*

Der Elektroinstallateur Uwe W. starb, weil ein Rateringer Chirurg sich selbst überschätzte. Er rief während der Rückenoperation trotz fünf Liter Blutverlust den Gefäßchirurgen viel zu spät. Das stellte das Düsseldorfer Landgericht vergangenen Dezember fest. Wie viel Schmerzensgeld der Witwe und ihren drei Kindern für den Verlust des 41-jährigen Familienernährers zusteht, war für die Richter nach deutschem Recht auch klar: 50.000 Euro.

In einer Wuppertaler Klinik wurden im Februar drei Babys mit einer 1000-fach zu hoch dosierten Lösung die Augen verätzt. Ein Kliniksprecher erklärte dies mit einem Schnittstellenproblem: der „Falschübermittlung der Rezeptur unter den behandelnden Ärzten sowie der unvollständigen Prüfungen der zuständigen Apotheke“. In Bremen starben wieder zwei Frühchen an einem multiresistenten Darmkeim.

### Irren ist menschlich

Das sind nur drei aktuelle Beispiele für krasse Fehlleistungen im Krankenhaus. Jeder macht Fehler, jeder Arzt ist Lebensretter und Risiko zugleich. Schlimmer ist, dass in Deutschland nach Ansicht von Branchenexperten eine von Hierarchie-Ängsten und Eitelkeiten geprägte Fehlerkultur herrscht und auch deshalb mehr Fehler in Kliniken passieren als in ähnlichen Ländern. Es gibt dafür zwar keine seriös vergleichbaren Zahlen, weil jeder Staat sogenannte „vermeidbare unerwünschte Ereignisse“ unterschiedlich definiert oder erfasst. Aber erschwerend kommt hinzu, dass in deutschen Kliniken die staatlichen Kontrollen und die Vorschriften für internes Risikomanagement im Vergleich zum Ausland zu locker sind. Dabei machen andere Staaten und gefahrenträchtige Branchen wie die Luftfahrt vor, wie es besser geht – zugunsten der Patienten, Ärzte und zur Vermeidung hoher Folgekosten.

### FAQ Schlaues Ausland

[Alles anzeigen](#)

Deutschland
Österreich
Frankreich
Niederlande
Großbritannien
Schweden
Schweiz
USA

## Japan

Rund 17,5 Millionen Kranke lassen sich in Deutschland im Schnitt pro Jahr im Krankenhaus behandeln. Nach den seriösesten und konservativsten Zahlen kommt es bei zwei bis vier Prozent der Behandlungen zu gravierenden Schäden: das wären 340.000 bis zu 680.000 pro Jahr. Jörg Lauterberg, beratender Arzt beim AOK Bundesverband und Mitglied im bundesweiten Aktionsbündnis Patientensicherheit, rechnet weiter: „Die Annahme, ein Promille der Patienten stirbt an vermeidbaren Schäden, ist nach 90 hierzu von uns identifizierten Studien realistisch – also rund 17.500 Tote jährlich.“ Das sind fast fünfmal so viel Menschen, wie 2011 im Straßenverkehr umkamen. Patientenvertreter halten selbst 17.500 noch für viel zu niedrig. 14.000 Menschen stürben allein an Klinikinfektionen.

### Aus Schaden klüger

Alles vage Schätzungen: Es können weniger sein – oder mehr. Weder gibt es eine bundesweite Fehlerstatistik, noch wissen Kliniken, welche Patienten erst nach Verlassen der Klinik sterben. Aber es gibt Schätzungen zum volkswirtschaftlichen Schaden: Jörg Niemann, der Niedersachsen im Verband der Ersatzkassen vertritt, geht von Folgekosten zwischen 1,3 und 2,7 Milliarden Euro pro Jahr aus.

Auf dem Gelände der Charité in Berlin drängen sich historische Klinkerhäuser an funktionale Neubauten. Mit 3006 Betten zählt sie zu den größten Kliniken Deutschlands. Dort residiert Jan Steffen Jürgensen, Internist und Chef des Qualitätsmanagements. Sein Job: die Fehler der fast 8000 Ärzte, Schwestern und Pfleger in den 103 Kliniken und Instituten minimieren. Sie behandeln rund 700.000 Menschen jährlich. Geschieht nur jedem Tausendsten unbeabsichtigt schweres Leid, wären das pro Jahr 700 Behandlungsoffer. „Nur“ rund 300 Fälle muss die Charité ihrer Versicherung tatsächlich melden. Inzwischen gilt sie als vorbildlich in Deutschland beim Thema Fehlermanagement. Die auch aus Schaden klüger wurde.

### Internationale Qualitätssicherung



Die gefährlichsten Klinikabteilungen sind Chirurgie, Orthopädie und Geburtshilfe  
Quelle: dpa

2009 wurde der bereits verwesende Leichnam eines 29-Jährigen auf einer Kliniktoilette gefunden. Jürgensen pflegt einen Fehler-Blog, auf dem im Intranet der Charité Beinahe- und echte Fehler zum Weiterlernen für alle eingestellt werden können. Dazu kommen interdisziplinäre Leitungskonferenzen zur Fehleranalyse und das internationale Qualitätssicherungsprogramm CIRS (Critical Incident Reporting System). „Damit können wir freiwillig, anonym und sanktionsfrei vermeidbare unerwünschte Ereignisse sammeln, auswerten und als Lehrmaterial anbieten“, sagt Jürgensen. „Vor zehn Jahren haben sich noch alle gegen Qualitätsmessungen gesträubt, das sei in der Medizin nicht machbar.“ Top-Stationen werden halbjährlich im Intranet gelobt, Flop-Stationen von der Klinikum-Leitung besucht.

Die gefährlichsten Klinikabteilungen sind Chirurgie, Orthopädie und Geburtshilfe. Als Fehlergründe nennen Ärzte die zu hohe Arbeitsbelastung, verminderte Aufmerksamkeit und Nichtbeachtung von Richtlinien.

### Menschliches Versagen

Nicht das spektakulär im Bauch vergessene OP-Besteck bringt die Leute ins Grab, sondern verpatzte Routinen. Studien belegen: Am gefährlichsten ist für Patienten nicht die Operation, sondern die fehlerhafte Kommunikation, wenn er Schnittstellen überschreitet, also bei Aufnahme, Personalwechsel, Übergabe an eine andere Abteilung und Entlassung. Gefährlich wird es immer dann, wenn die linke Hand nicht weiß, was die rechte getan oder gelassen hat.

Frank Lepold vom Deutschen Patienten Schutzbund ist enttäuscht, dass von den rund 2000 deutschen Kliniken nur 500 CIRS nutzen: „Es sollte für alle Kliniken verpflichtend und bundeseinheitlich eingeführt werden.“

Zweitgrößtes Risiko ist die Arzneimitteltherapie: Der Patient bekommt ein falsches Medikament oder eine falsche Dosierung.

An dritter Stelle stehen Krankenhausinfekte – mit tödlichen Folgen durch multiresistente Keime oder für geschwächte Patienten. Die gefürchteten Operations- und Diagnosefehler folgen erst an siebter und achter Stelle.

Allein an fehlendem Geld oder Personal liegt das Fehlerpotenzial jedenfalls nicht. Zu diesem Ergebnis kommt eine Umfrage des Instituts für Patientensicherheit, die in der kommenden Woche veröffentlicht wird. Von den rund 500 an der Befragung



Wo die meisten Fehler passieren, die größten Gefahren lauern, und was die Ursachen sind.

Quelle: "MDK-Forum", "Jahrbuch Qualitätsmedizin 2010", CIRIS-Studie, AOK Bundesverband, Unternehmen

teilnehmenden Kliniken sehen 83 Prozent Verbesserungsbedarf im täglichen Fehlermanagement, aber nur 59 Prozent fordern mehr Mittel. Wichtiger ist den meisten eine bessere interne Fehlerkultur, bessere Fortbildung und Vernetzung. An der Umfrage haben wahrscheinlich nur die in diesem Bereich fortschrittlicheren Kliniken teilgenommen. Daraus darf man schließen: Bei den anderen Kliniken ist es womöglich noch schlimmer. Manche Experten glauben: Ohne gesetzliche Vorschriften ändert sich zu wenig am Fehlermanagement.

Auch die Größe einer Klinik, ob private Kette oder Kreiskrankenhaus, entscheidet nachweislich nicht über die Qualität der medizinischen Versorgung – eher Autoritäten wie Chefarzte und die Fehlerkultur, die sie in ihrem Haus pflegen. Zudem besetzen die Kliniken laut einer aktuellen Studie jede zweite Arztstelle mangels Bewerbern mit einem Kandidaten, der das ausgeschriebene Anforderungsprofil nicht erfüllt. Aber gerade Überforderung führt zu schweren

Fehlern.

### Die Fehler im System



Mangelnde Transparenz und aussageleere Zertifikate erschweren Patienten die Auswahl eines Klinikums.

Quelle: dpa

Das große Problem deutscher Kliniken ist aber nicht der Murks Einzelner oder das Schweigekartell ganzer Abteilungen, sondern das Versagen des Staats.

### Mangelnde Transparenz

Es fängt bei der Auswahl einer Klinik an. Wer sich informieren möchte, bekommt trotz der seit 2005 geltenden Vorschrift zur Veröffentlichung eines Qualitätsberichts keine verständlichen Daten. Beispiel Geburt: Schwangere, die in der Uniklinik Düsseldorf entbinden möchten, finden auf deren Internet-Seite folgende Informationen aus dem Qualitätsbericht: „Bei der E-E-Zeit bei einem Notfallkaiserschnitt liegt die abschließende Bewertung durch die Fachkommission bei 1, die empirisch-statistische Bewertung ist gut, Zähler/Nenner kleiner gleich 5, das Ergebnis 0,0 %, der Vertrauensbereich 0,0 bis 70,8 % und die Bewertung durch den strukturierten Dialog nennt 8.“ Alles klar?



huGO-BildID: 22718203 ARCHIV - Eine Krankenschwester lässt sich am 30.05.2007 im Operationssaal einer Klinik in Berlin-Buch Gummihandschuhe überstreifen. Bei der Bewältigung des Fachkräftemangels setzt die Bundesagentur für Arbeit zunehmend auf qualifizierte Zuwanderer aus europäischen Krisenländern wie Spanien, Griechenland und Portugal. Zu den besonders gesuchten Berufsgruppen zählen neben Ingenieuren und Ärzten vor allem auch Pflegekräfte. Foto: Klaus-Dietmar Gabbert dpa (zu dpa 0067 «Fachleute aus Krisenländern für Arbeitsmarkt gesucht» vom 18.07.2011) +++(c) dpa -

Bildfunk+++

Quelle: dpa

In England haben es nicht nur Schwangere leichter. Dort gibt es stringenter Melde- und härtere Veröffentlichungspflichten, deren Ergebnisse jedermann zugänglich und verständlich sein müssen.

### **Aussagelose Zertifikate**

Beeindruckend, womit Kliniken ihre Qualität dokumentieren wollen. Zum Beispiel zertifiziert nach : IQM, AQUA, ABS, NIP, KTQ, EN ISO 9001:2000 und EFQM, JCI oder OnkoZert. Alles Augenwischerei, ärgert sich ein rheinischer Klinikgynäkologe: „Zertifizierung ist, wenn ein Jahr lang eine Menge Mitarbeiter unserer Station für Papierkram vom Arbeiten abgehalten werden, die Klinik Geld für externe Berater verpulvert und danach alles wieder so läuft wie vorher.“

### **Mangelnde gesetzliche Kontrolle**

Zwar muss jedes Krankenhaus den Aufsichtsbehörden ein internes Qualitätsmanagement nachweisen. „Aber es gibt noch sehr hohe Ermessensspielräume, was unter einen Fehler fällt. Auf allen Ebenen fehlen oftmals ausreichende Soll-Definitionen und stark formalisierte Prozesse“, kritisiert Volker Penter, Leiter des Bereichs Gesundheit bei der Beratungsgesellschaft KPMG. „Wir sind auch lange noch nicht auf dem Stand der USA, weil bei uns Ärzte und Kliniken die Haftungsfrage an Versicherungen durchreichen können. In Amerika gibt es auch gesetzliche Regelungen über die Dokumentation an Schnittstellen, die von Dritten geprüft werden. In Deutschland geschieht das nur auf freiwilliger Basis. Viele Kliniken halten sich noch sehr zurück.“

Experten wie Jörg Niemann, Verwaltungsrat der AOK Niedersachsen, fordern Konsequenzen aus der freihändigen Qualitätssicherung: „Die Möglichkeit von Zu- und Abschlägen nach Leistungsqualität – also Pay for Performance – muss auch für Krankenhäuser geprüft werden.“

Noch schwerer verständlich sind unterschiedliche Vorschriften in den Bundesländern. Als Finanzier der Krankenhausinfrastruktur finanzieren, beaufsichtigen sie sie auch, zum Beispiel bei Hygienevorschriften – als variierten Krankenhauskeime nach Himmelsrichtung. Dabei infizieren sich 500.000 bis eine Million Menschen jährlich damit. Daher fordert die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene bundesweit einheitliche Vorschriften.

„Es kommt zu Interessenkonflikten, wenn die nachhaltige Kontrolle etwa der Hygieneregeln dem Erhalt von Arbeitsplätzen entgegensteht“, sagt Ilona Köster-Steinebach vom Bundesverband der Verbraucherzentralen. Soll heißen, wenn Kliniken geschlossen werden müssten.

Auch Lepold vom Patientenschutzbund ärgert sich. Für ihn reicht der Blick in die nahen Niederlande: „Dort wird jeder Patient vor seiner Aufnahme auf gefährliche Keime untersucht. Das Ergebnis sind weniger Tote durch Krankenhausinfektionen.“

### **Fehlendes Risikomanagement**



Der Schadensersatz für Geschädigte fällt in Deutschland sehr gering aus.  
Quelle: ZBSP

Zudem beklagt Köster-Steinebach den hohen Ermessensspielraum deutscher Kliniken, ob und wie durch posthume Untersuchungen überprüft wird, ob die dokumentierte Diagnose und die Todesursachen tatsächlich korrekt waren.

### **Chaos bei der IT**

Auch in der Informationsverarbeitung der Kliniken lauern Risiken. Stationen sind oft schlecht vernetzt, weil die jeweiligen einheitlichen Standards für ein Haus fehlen. Teile der lebenswichtigen Informationen finden Arzt und Schwester in der papiernen Patientenakte, andere Infos aber im Computer.

„Die IT-Infrastruktur ist in Deutschland eine große Herausforderung“, konstatiert Andre Neu, Leiter der Imaging Business Unit beim Kliniksoftwarespezialisten Cerner. „Da die IT-Abteilung oft nicht über eigene oder nur geringe Budgets verfügt, sind die Fachabteilungen sich selbst überlassen mit ihren IT-Entscheidungen. Das erschwert den Infolfluss in der Klinik und kann so zur Fehlerquelle werden.“ Ein Rätsel ist dem Fachmann auch, warum deutsche Kliniken nicht wie US-Krankenhäuser bei der Neuanschaffung von IT auch Alarmfenster einplanen. Dieses Analysetool piepst laut, sobald sich aufgrund der Eingaben eine Gefahrenlage abzeichnet.

### **Keine Mindestfallzahlen**

Kliniken können komplizierte Operationen anbieten, ohne Routine darin nachweisen zu müssen. Das Gesetz schreibt Mindestfallzahlen nicht vor, obgleich Studien ihren Nutzen belegen, etwa bei der schwierigen Versorgung Frühgeborener. Für Uwe Deh, Vorstand des AOK Bundesverbands, schwer nachvollziehbar: „Mindestfallzahlen stellen nicht per se Qualität dar, aber sie sind eine zwingende Voraussetzung dafür. Unsere Abrechnungsdaten zeigen, dass in Kliniken mit niedriger Fallzahl Komplikationen häufiger sind. Das spiegelt sich in höheren Kosten wider.“

### **Zu wenig Rechte für Patienten**

In Deutschland müssen fast immer Patienten den Ärzten Fehler nachweisen. Anders in Skandinavien: Dort wird der Patient nicht als potenzieller Schadensersatz-Erschleicher betrachtet, sondern die Haftpflichtversicherung des Arztes muss den Hergang der Behandlung belegen. In Frankreich gilt zudem: Schon die Verhinderung einer Heilungschance führt zur Arzthaftung.

Ein deutscher Arzt wird nur schadensersatzpflichtig, wenn seine Schuld unwiderlegbar nachgewiesen ist. Bleiben Zweifel, geht das Opfer eines Behandlungsfehlers leer aus. Das ist in Österreich besser organisiert: Dort zahlt ein Fonds für Arzthaftungsgeschädigte, wenn Ursache und Wirkung nicht komplett nachweisbar, aber wahrscheinlich sind.

Auch die aussichtslose Weiterbehandlung eines Todkranken gegen seinen Willen kann ein Arztfehler sein. Trotzdem praktiziert sie mancher Arzt, weil er fürchtet, sich sonst nach deutschem Recht strafbar zu machen. Die Schweiz regelt das für Patient und Arzt gleichermaßen besser: Mediziner dürfen Schwerkranken ein Betäubungsmittel verordnen für einen von ihnen gewünschten Freitod.

### **Geringer Schadensersatz**

In Deutschland kann ein Geschädigter, selbst wenn ein Gericht die Schuld der Klinik bestätigt, nur mit sehr begrenztem Schadensersatz oder Schmerzensgeld rechnen. Wobei – traurig, aber wahr – aus Sicht der Haftpflichtversicherung der Tod die billigste Option ist.

In den USA müssen die Kliniken bei Behandlungsfehlern ein Vielfaches zahlen. Bis hin zu den 72 Millionen Dollar Schadensersatz einer New Yorker Krankenhausgesellschaft. Dort bekam ein Neugeborenes nach einer Hirnhautentzündung zu spät Antibiotika und trägt lebenslängliche schwerste Schäden davon. In Deutschland wurden ähnliche Fälle mit einer halben Million Euro entschieden.

Kosten sind ein wirksamer Anreiz der Fehlervermeidung. Hedwig François-Kettner, Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit und Pflegedirektorin der Charité, sagt: „Die Kliniken fürchten diese Zahlungen so sehr, dass sie schon aus wirtschaftlichem Eigeninteresse an bester Qualitätssicherung interessiert sind.“ Zudem schließt der Staat dort fehlerbehaftete Kliniken. Das wäre für deutsche Landräte auf Wählerfang politischer Selbstmord und verführt zu einem Schweigekartell.

Die erfahrene Pflegedirektorin sieht ein grundsätzliches Problem in Deutschland: „Das konkrete Risikomanagement eines Krankenhauses hängt mangels Vorschriften noch viel zu sehr am Elan Einzelner.“

### **Lernen vom Cockpit**



Assessmentcenter der Lufthansa helfen Kliniken dabei führungsbegabte Chefärzte zu ermitteln.

Quelle: REUTERS

Dabei müssten die Klinikverantwortlichen nicht nur ins Ausland blicken, um erprobte Modelle im Umgang mit lebensgefährlichen Fehlern zu finden. Es genügt der Blick auf andere Branchen wie Chemieproduktion oder Fluggesellschaften. Vorausschauende Kliniken profitieren seit Langem von externem Know-how. Sie lassen ihre internen Risikoprozesse zum Beispiel von Fachleuten aus der Automobilindustrie durchleuchten: Die Charité kooperiert hier mit Porsche. Manche Kliniken suchen führungsbegabte Chefärzte mithilfe erprobter Assessmentcenter der Lufthansa.

Oder aber sie übernehmen gleich die strengen Vorgaben für Piloten im Cockpit. Denn auch Flugkapitäne arbeiten in einem System voller Schnittstellen unter hoher Arbeitsbelastung, verbunden mit Kommunikationsproblemen bei den Mitarbeitern und Überwachungsproblemen bei der Technik. Menschliches, nicht technisches Versagen ist im Flieger das größte Problem.

## Vorgeschriebene Hilfsmittel

Vorgeschriebenes Hilfsmittel sind Checklisten, die vor dem Start eisern Punkt für Punkt abgearbeitet werden. So passiert es in fortschrittlichen Kliniken auch im OP: Jeweils vor Einleitung der Narkose, dem ersten Schnitt und bevor der Patient den OP verlässt, werden Fragen abgehakt – ohne Ausnahme, egal, wie die Zeit drängt. Einer Studie der Weltgesundheitsorganisation zufolge senkt allein das die Infektions- und Mortalitätsrate sowie die Zahl nötiger Nachoperationen deutlich. Von bis zu 20 Prozent sprechen deutsche Ärzte.

Hinzu kommen wie in der Luftfahrt das Team-Briefing und De-Briefing – bei Medizinern vor der OP die Vorstellung aller Beteiligten und ihrer Verantwortlichkeiten, danach die Fallbesprechung. Eine weitere in anderen Branchen praktizierte Methode ist das Time Out: Im OP bedeutet das etwa, vor dem ersten Schritt ein oder zwei Minute zur Konzentration und zum Nachdenken innezuhalten. Time Out gilt in den USA als zwingender Standard. In Deutschland ist es nicht mehr als eine Option.

Angesichts dieser Fülle erprobten nützlichen Wissens stellt sich die Frage: Warum schreibt der Gesetzgeber nicht mehr davon vor? Bedarf gibt es von der Arzthaftung über Hygiene und mangelnde Kontrolle und Transparenz bis zu aussagelosen Zertifikaten. Laut Insidern arbeitet die Ärztelobby erfolgreich an der Fehlertuschung – also Funktionäre, viel seltener die Praktiker am Krankenbett. Von ihnen befürworten viele klarere Regeln.

### WEITERE ARTIKEL

**Krankenhäuser** "Das Problem ist der Chef"

**Arztfehler** Milliarden Schaden für die Krankenkassen

**Behandlungsfehler** Arzt ohne Haftpflichtversicherung – das ist erlaubt!

### Änderungen zu Gunsten des Patienten

Aber bald wird alles besser, ist sich Wolfgang Zöller (CSU) sicher, der Patientenbeauftragte der Bundesregierung. Sein im Januar vorgelegter Entwurf zum Patientenrechtegesetz, das noch in diesem Jahr verabschiedet werden soll, fordert: Patienten müssen künftig umfassend und verständlich über Risiken informiert werden, Patientenakten sind sorgfältig und vollständig zu führen, bei Behandlungsfehlern sind Kranken- und Pflegekassen verpflichtet, die Versicherten bei der Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen zu unterstützen. Kliniken müssen ein besseres Beschwerde- und Fehlermanagement installieren. Zöller gibt den Optimisten: „Ähnlich wie in Betrieben mit Sicherheitsingenieuren werden die Fehler innerhalb von fünf bis sechs Jahren um bis zu 80 Prozent zurückgehen.“

Tobias Kiwitt, Fachanwalt für Medizinrecht in Düsseldorf, bezweifelt das: „Zöller gießt lediglich bislang praktizierte Einzelfallentscheidungen der Richter in ein neues Gesetz. Viele alte Probleme bleiben: Auch künftig liegt die überwiegende Beweislast bei den Patienten. Die kurze Verjährungsfrist von drei Jahren bleibt bestehen, und nach besserer Fehlervermeidung sieht es auch nicht aus.“

© 2011 Handelsblatt GmbH - ein Unternehmen der Verlagsgruppe Handelsblatt GmbH & Co. KG

[Nutzungsbedingungen](#) [Impressum](#) [Datenschutz](#) [Mediadaten-Online](#) [Mediadaten-Print](#) [Archiv](#) [Kontakt](#)

### APP



Die WirtschaftsWoche für das iPad

### ABO- UND LESERSERVICE



Vorteile eines Abonnements nutzen

### SHOP



Bücher, Multimedia, Wein, Kunst und vieles mehr

### NEWSLETTER



Exklusives für Ihre Mailbox