

Tatjana Dunkel, Dr. Roland Laufer

Weiterentwicklung des Krankenhausentgeltsystems 2025

Ein Überblick

Die jährliche Weiterentwicklung des Vergütungssystems für allgemeine Krankenhausleistungen ist gesetzlich festgelegt. Die Grundlage dafür gibt der § 17b des KHG vor, der die durchgängige, leistungsorientierte und pauschalierende Vergütung vollstationärer und teilstationärer Behandlungsfälle regelt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung einigen sich gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft auf jährliche Anpassungen.

Aktuelle Lage und Problematik der Krankenhausfinanzierung

Die finanzielle Situation der Krankenhäuser hat sich in den letzten Jahren verschärft. Die Auswirkungen der Corona-Pandemie haben zu einem Leistungsrückgang geführt, der eine Unterfinanzierung der verbleibenden Fixkosten nach sich zog. Zwar wurden kurzfristige Kompensationszahlungen bereitgestellt, um Erlösausfälle und zusätzliche Kosten infolge der Covid-19-Pandemie und des Ukrainekriegs, etwa die gestiegenen Energiekosten, abzufedern. Diese Hilfen waren jedoch als einmalige Unterstützungsmaßnahmen gedacht und boten keine nachhaltige und kostendeckende Lösung.

Hinzu kommt, die realen Kostensteigerungen, insbesondere im Sach- und Personalkostenbereich, konnten in den Krankenhausbudgets infolge unzureichender Erhöhungen des Landesbasisfallwertes nicht vollständig abgebildet werden. Zudem ist eine rückwirkende Berücksichtigung der gestiegenen Kosten bisher nicht erfolgt. Im Landesbasisfallwert kann lediglich die prognostizierte allgemeine Kostenentwicklung berücksichtigt werden. Außerdem wird dessen Steigerung durch die aus zurückliegenden Kostendaten ermittelte Obergrenze begrenzt, wodurch die Krankenhäuser die sprunghaft steigenden Belastungen größtenteils selbst tragen müssen. Lediglich Personalkostensteigerungen werden über die Obergrenze hinaus durch die Tarifierhöhungsrate anteilig refinanziert. Die Situation verschärft sich zudem durch den Verhandlungsstau in den Budgetverhandlungen, was die Liquidität der Krankenhäuser weiter belastet.

Unter den dargestellten Rahmenbedingungen und Handlungsspielräumen wurde die strukturelle Weiterentwicklung des Finanzierungssystems gemäß den Vorgaben des Gesetzgebers für das Jahr 2025 fortgesetzt. Im Folgenden wird ein Überblick über die vorgenommenen Anpassungen skizziert.

Weiterentwicklung des Krankenhausfinanzierungssystem 2025

Die Datengrundlage für die vom InEK durchgeführte Kalkulation basiert auf der Beteiligung von insgesamt 295 Krankenhäusern.

Hiervon sind 215 Krankenhäuser mit einer freiwilligen Vereinbarung zur Kalkulationsdatenlieferung. Die restlichen zur Datenlieferung verpflichteten Krankenhäuser wurden für die Jahre 2022 und 2023 per Ziehung ausgewählt. Für das Jahr 2022 wurden in der ersten Ziehung 30 Krankenhäuser gezogen, von denen die Daten von 24 Häusern für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems genutzt werden konnten. Im Jahr 2023 wurden 50 Krankenhäuser gezogen, die jedoch nach der Systematik erst im folgenden Jahr zur Datenlieferung verpflichtet sind. Drei dieser Krankenhäuser haben ihre Daten jedoch bereits freiwillig für die Kalkulation in diesem Jahr zur Verfügung gestellt. Die Datenbasis für die Systementwicklung erhöhte sich insbesondere aufgrund der Stichprobenziehung zur Erhöhung der Repräsentativität gegenüber dem Vorjahr um 41 Krankenhäuser. Insgesamt wurden 4,08 Mio. Datensätze ausgewertet, was einem Anstieg von 17 % im Vergleich zum Vorjahr entspricht. Diese Daten wurden zur Kalkulation für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Katalogs durch das InEK einbezogen.

Für die Weiterentwicklung des Finanzierungssystems 2025 wurden unter anderem die Fortführung und Einführung zusätzlicher Hybrid-DRGs, die Begrenzung des Katalogeffekts sowie Anpassungen des über das Pflegebudget vergüteten Pflegepersonals vereinbart. Diese Tatbestände waren daher bei der Normierung für das Jahr 2025 zu berücksichtigen. Die grundlegende Mechanik der Normierung besteht darin, die effektiven Bewertungsrelationen (Casemix für Deutschland) durch die Bezugsgröße konstant zu halten. Seit dem Fallpauschalen-Katalog 2006 wird die Bezugsgröße so festgelegt, dass auf nationaler Ebene die Summe der effektiven Bewertungsrelationen bei identischer Datenbasis unverändert bleibt. Für den Fallpauschalenkatalog 2025 bedeutet dies die Verwendung des Casemix-Volumens aus dem Datenjahr 2023 im aG-DRG-Katalog 2024 als Ausgangsgröße des aG-DRG-Katalogs 2025.

Bereits im Katalogjahr 2022 war aufgrund der Auswirkungen der Corona-Pandemie eine besondere Anpassung der Weiterentwicklung erforderlich. Hierfür wurde eine zweistufige Vorgehensweise gewählt: Zunächst erfolgten allgemeine Anpassungen auf Basis der verlässlichen Kalkulationsdaten aus dem

Jahr 2019, bevor in einer zweiten Phase die Covid-19-Fälle durch eine kostenorientierte Analyse der 2020er-Daten spezifisch berücksichtigt wurden. In den Katalogjahren 2023 und 2024 setzte das InEK einen Dämpfungsansatz ein, um die Verzerrungen in den Relativgewichten aufgrund der Fallzahlveränderungen in den verschiedenen Leistungsbereichen der Corona-Pandemie zu begrenzen. Die stark abweichenden Fallzahlentwicklungen in den Kostendaten hatten einen deutlichen kalkulatorischen Einfluss auf die Relativgewichte. Um diesen Effekt zu begrenzen, wurden in der Fallkostenkalkulation die Entwicklungen der sogenannten „Restkosten“ gedämpft. Dies geschah durch eine gestufte prozentuale Begrenzung auf 0 %, 2 % oder 4 % der Relativgewichtsveränderungen, wenn die Fallzahl seit dem „Vor-Corona“-Jahr 2019 stärker oder weniger stark als der durchschnittliche Rückgang von 13,5 % gesunken oder gestiegen war.

Aufgrund des zeitlichen Abstands zum letzten „Vor-Corona-Jahr“ 2019 ist eine Fortführung dieser Anpassung für 2025 technisch nicht mehr möglich. Aus diesem Grund, aber auch aufgrund der Persistenz der neuen Leistungsstruktur, wird die aktuelle Zusammensetzung der Krankenhausesfälle als das „neue Normal“ angesehen. Die Vertragsparteien vereinbarten für das Jahr 2025 normative Maßnahmen, um die durch das veränderte Leistungsspektrum verursachten Effekte auf das aG-DRG-System zu begrenzen und einen zu erwartenden Katalogeffekt zu reduzieren. Im Konsens der Selbstverwaltungspartner wurde für das Jahr 2025 beschlossen, „explizite und implizite Ein-Belastungstag-DRGs“ um 15 % abzusenken mit erlösneutraler Umverteilung im System. Diese Umverteilung erwarten die Vertragsparteien außerdem, wenn die Behandlungsfälle mit kurzen Liegedauern zukünftig exakter in der Kalkulation abgebildet werden sollen. Dieser normative Eingriff kann insofern als eine teilweise Vorwegnahme einer zukünftig differenzierteren Kalkulation im Bereich der „Kurzlieger“ betrachtet werden.

Ausgliederung der Pflegepersonalkosten und Entwicklung des Pflegebudgets

Ein weiterer Tatbestand für die Verhandlungspartner war die gesetzlich festgelegte Verschiebung bestimmter Berufsgruppen aus dem Pflegebudget in das Fallpauschalensystem und umgekehrt.

Die Pflegepersonalkosten für die direkte Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen wurden gemäß § 17b Absatz 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) erstmals im Jahr 2020 aus dem G-DRG-System ausgegliedert und in einen eigenen Pflegeerlös-Katalog überführt. Ziel dieser Maßnahme war es, die Pflege in den Krankenhäusern langfristig zu verbessern und die Finanzierung der Pflegepersonalkosten neu zu strukturieren.

Die Umsetzung der Reform erfolgte stufenweise. Zunächst erhielt die gemeinsame Selbstverwaltung den Auftrag, bis zum 31. Januar 2019 eine bundeseinheitliche Definition der auszugliedernden Pflegepersonalkosten zu erarbeiten. Die Definition sollte bestimmen, welche Pflegepersonalkosten dem Pflegebud-

get zugeordnet werden, insbesondere für das Personal, das überwiegend in der unmittelbaren Patientenversorgung auf den bettenführenden Stationen arbeitet. Am 18. Februar 2019 wurde die Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung geschlossen, in der zentrale Eckpunkte der Ausgliederung festgelegt wurden. Gemäß dieser Vereinbarung sollten die nach der Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV) in den relevanten Konten der Dienststart „Pflege“ gebuchten Kosten für die Kostenstellen der bettenführenden Abteilungen als Pflegepersonalkosten für die „Pflege am Bett“ ausgegliedert werden, damit eine weitgehende Kongruenz mit dem Pflegebudget erreicht werden konnte.

Ab 2025 sind die Vertragsparteien gemäß § 17b Absatz 4 Satz 1 und 3 KHG verpflichtet, auf Basis eines angepassten Konzepts des InEK die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen gemäß § 17b Absatz 4a KHG aus dem Vergütungssystem auszugliedern und die Pflegekostenvergütung weiterzuentwickeln. Die vollständige Rückführung der Kosten für „sonstige Berufe“ in das aG-DRG-System wurde bereits im GKV-Finanzstabilisierungsgesetz von 2022 verankert. Im selben Jahr wurde durch das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz die Berücksichtigung der Berufsgruppen um Hebammen erweitert, die ab 2025 in das Pflegebudget aufgenommen werden sollen.

Dieser durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) angestoßene Prozess hat zu weiteren Anpassungen in der jährlichen Weiterentwicklung des Finanzierungssystems geführt. Für das Jahr 2025 wurde im Zuge der Vereinbarung des Fallpauschalenkatalogs ein positiver Normierungsbetrag als Gesamtergebnis festgelegt, der die Verlagerung der „sonstigen Berufe“ ins aG-DRG-System sowie die Eingliederung der Hebammen ins Pflegebudget berücksichtigt.

RSV-Prophylaxe

Ein weiterer Bestandteil war die Ergänzungsvereinbarung zur Vergütung des Wirkstoffs Nirsevimab. Diese wurde durch den im Juli 2024 vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichten Referentenentwurf zur „Verordnung über den Anspruch auf Maßnahmen zur spezifischen Prophylaxe gegen Respiratorische Synzytial Viren (RSV-Prophylaxeverordnung)“ angestoßen. Die Verordnung ermöglicht die prophylaktische Verabreichung des Wirkstoffs Nirsevimab gegen die RSV-Erkrankungen für alle Säuglinge in ihrer ersten RSV-Saison. Das Arzneimittel soll gemäß Verordnung und den Empfehlungen der STIKO unmittelbar nach der Geburt verabreicht werden. Dies warf die Frage der Finanzierung im stationären Bereich auf. Der Wirkstoff hatte bislang den NUB-Status 1 und konnte nur in 430 Krankenhäusern abgerechnet werden, die fristgerecht bis Ende Oktober 2023 einen entsprechenden Antrag gestellt hatten. Das BMG forderte die Selbstverwaltungspartner in einem Schreiben auf, für alle Krankenhäuser eine Vergütung für die Verabreichung von Nirsevimab während einer stationären Versorgung, schon mit Beginn der erwarteten Erkrankungswelle ab Oktober, sicherzustellen. ▶

Die Vertragspartner einigten sich auf die Einführung eines unterjährigen Zusatzentgelts sowie eine Erhöhung der Bewertungsrelationen im Fallpauschalenkatalog 2025 für Neugeborene in der MDC 15. Diese zusätzliche Maßnahme soll die Aufwände durch ärztliche Beratungen abbilden. Die Erhöhung von ausgewählten Bewertungsrelationen der MDC 15 war Gegenstand der Weiterentwicklung des Vergütungssystems und wurde mitberücksichtigt.

Hybrid-DRGs und Gemeinkostenkalkulation

Mit dem „Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung“ (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfLEG) und der Einführung einer sektorengleichen Vergütung gemäß § 115f SGB V sollte zum 1. Januar 2024 eine Neugestaltung der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Vergütung umgesetzt werden. Da jedoch keine Einigung zwischen den Verhandlungspartnern (GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Bundesvereinigung) über Leistungswahl und Vergütung innerhalb der gesetzlichen Frist von nur 3 Monaten erzielt werden konnte, wurde das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gemäß § 115f Absatz 4 SGB V beauftragt, eine entsprechende Rechtsverordnung zu erlassen. Zum 1. Januar 2024 konnte der Hybrid-DRG-Startkatalog eingeführt werden.

Die gesetzlichen Vorgaben des §115f Absatz 2 SGB V, bis zum 31. März 2024 erstmals eine Anpassung der Leistungsauswahl vorzunehmen, wurden von den Vertragsparteien umgesetzt. Im Rahmen der am 27. März 2024 abgeschlossenen Umsetzungsvereinbarung legten die Vertragspartner Details zum Leistungskatalog und zur Kalkulation der Entgelthöhe für den Hybrid-DRG-Leistungskatalog fest. Die konkreten Leistungen sind in Anlage 1 der Umsetzungsvereinbarung aufgeführt, während die wesentlichen Berechnungskriterien der Fallpauschalen in Anlage 2 dokumentiert sind. Die Berechnung der Gesamtvergütung einer Hybrid-DRG erfolgt dabei durch die Addition von Sach- und Laborkosten (aus der DRG-Kalkulation) mit einem „Mischpreis“ der übrigen Kosten (ohne Pflege). Die festgelegten Leistungen gelten vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2025. Aufgrund der kurzen Frist wurde die grundlegende Systematik der Leistungsauswahl und Kalkulation der Fallpauschalen für Hybrid-DRGs vorerst beibehalten. Die zentralen Kalkulationskriterien orientierten sich daher an der Systematik der Hybrid-DRGs aus 2024: Es waren OPS-Codes erforderlich, die als „Hybrid-Prozedur“ klassifizierbar waren, eine kurze Verweildauer, ein niedriger Patient Clinical Complexity Level (PCCL < 3) und das Fehlen von Ausschlusskriterien wie komplexen Diagnosen oder aufwendigen Eingriffen, sowie ein geringer Ambulantisierungsgrad. Detaillierte Informationen hierzu sind im Definitionshandbuch des InEKs zu finden.

Für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems im Jahr 2025 mussten sowohl die Einordnung der Hybrid-DRGs in den Gruppierungsalgorithmus als auch die Normierung des Entgeltsystems angepasst werden. Obwohl die Hybrid-DRGs nicht Teil

des aG-DRG-Systems sind, wirken sie sich dennoch auf das System aus. Im vergangenen Jahr einigten sich die Vertragsparteien auf einen Kompromiss zur Fertigstellung des aG-DRG-Katalogs 2024. Dieser basierte auf zwei Hauptpunkten: Erstens wurde das Case-Mix-Volumen zur Bereinigung der Hybrid-DRGs vollständig auf Basis der aus der vollstationären DRG-Kalkulation ausgegliederten Kosten berechnet. Zweitens bleibt aufgrund der Mischkalkulation eine formelle Kosten-Erlös-Differenz bestehen. Das Case-Mix-Volumen im aG-DRG-Katalog 2024 wurde daher um einen festgelegten Betrag erhöht. Der Normierungsbetrag aus dem Vorjahr wurde im Rahmen der aG-DRG-Weiterentwicklung für 2025 von den Selbstverwaltungspartnern angepasst.

Bei der Ausgliederung der Hybrid-DRGs stellte sich die Frage, wie mit den Gemeinkosten umzugehen sei.

Grundlage zur Erhebung der Kostendaten der Kalkulationskrankenhäuser und Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems ist das Kalkulationshandbuch. Die Kostenzurechnung auf den Kostenträger „Behandlungsfall“ folgt dabei einem Vollkostenansatz auf Ist-Kosten-Basis. Hierbei unterscheidet die Kostenzurechnung zwischen Einzel- und Gemeinkosten. In der Anlage 5 des Kalkulationshandbuchs wird die Gemeinkostenzurechnung vorgegeben, welche über Bezugsgrößen nach Kostenarten differenziert. Der Kostenbegriff meint hierbei den bewerteten sachzielbezogenen Güterverbrauch zu Anschaffungspreisen.

In der Fallkostenkalkulation wird ein erheblicher Anteil der (Gemein)Kosten mittels Verrechnungsschlüsseln auf die Behandlungsfälle verteilt. Dabei dienen vorhandene Leistungsdaten als Bezugsgrößen, sodass die Kosten proportional auf die einzelnen Fälle aufgeteilt werden. Solange diese Kosten innerhalb des Systems verteilt werden, gilt dieses Vorgehen als sachgerecht. Im Zuge der Ambulantisierung (Hybrid-DRGs) werden jedoch die ausgliedernden Fälle sowie deren vollständige Fallkosten aus dem System entfernt. Daher bedarf es in diesem Zusammenhang einer spezifischeren Kostenkalkulation, um die Gemeinkosten verursachungsgerechter zuzuordnen. Da Gemeinkosten oft nicht direkt einem Behandlungsfall zugeschrieben werden können oder, wie im Fall unechter Gemeinkosten, aufgrund ihrer geringen wirtschaftlichen Relevanz nicht separat erfasst werden, stellt sich die Frage einer differenzierten Zurechnung.

Eine zentrale Bezugsgröße bei der Verrechnung von Gemeinkosten sind die Pflegetage. Es wird angenommen, dass die Kosten pro Pflege-tag bei „same-day“-Fällen und vollstationären Fällen identisch sind. Allerdings ist anzunehmen, dass die in der Regel weniger komplexen Tagesfälle die Infrastruktur eines Krankenhauses in geringerem Umfang beanspruchen. Insofern war in diesem Zusammenhang eine erneute normative Anpassung erforderlich.

Ausblick und Weiterentwicklung des Finanzierungssystems

Sofern das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) in Kraft tritt, stehen in den nächsten Jahren grundlegende Veränderungen im Krankenhausvergütungssystem an. Das KHVVG

sieht keine Abschaffung des DRG-Systems vor. Stattdessen wird der Finanzierungsanteil durch eine normativ festgelegte Absenkung der Fallpauschalen reduziert, um die Mittel für die Vorhaltevergütung zu generieren.

Die aktuelle Fassung des KHVVG zeigt zwar Fortschritte, da der Verhandlungskorridor des Veränderungswertes bis hin zum vollen Orientierungswert erweitert wird, sofern der Orientierungswert die Veränderungsrate übersteigt, und bei der Tarifraterate ab dem Jahr 2024 Tarifierhöhungen für Löhne und Gehälter bei allen Berufsgruppen vollständig und zu 100 % berücksichtigt werden. Jedoch bleiben bspw. zusätzliche Urlaubstage und der Freizeitausgleich weiterhin unberücksichtigt, da sie sich nicht auf das Gehalt der Beschäftigten auswirken, obwohl diese Tarifregelungen zu Mehrkosten für die Krankenhäuser führen. Weder die langfristigen Folgen der Pandemie noch die jüngsten Kostensteigerungen finden dabei eine angemessene Berücksichtigung. Zugleich sind keine Maßnahmen zur Entbürokratisierung erkennbar. Zusätzlich bleibt die Inflationslücke der Jahre 2022/23 bestehen. Es fehlen also weiterhin Finanzierungsmechanismen, die Krankenhäuser zeitnah und umfassend an die realen Kostenentwicklungen anpassen könnten.

Auch das neue Element der Vorhaltevergütung bringt keine finanzielle Verbesserung im Finanzierungssystem. Die Vorhaltevergütung soll Krankenhäusern eine zeitlich begrenzte Vergütung bieten, die unabhängig von der Anzahl der erbrachten Leistungen ist. Zwar sollen unmittelbare Schwankungen in den Fallzahlen abgefedert werden, doch die systemimmanenten Fehlanreize bleiben bestehen, wenn auch in umgelagerter Form. Dies zeigt sich besonders bei Krankenhäusern mit moderaten Leistungssteigerungen, die durch das aktuelle System benachteiligt werden. Auch Krankenhäuser mit geringem Leistungsvolumen, die dennoch bedarfsnotwendig sind, finden bisher keine ausreichende Absicherung.

Des Weiteren führt die Einführung eines „fixierten“ Landesbudgets (als Anpassung in den jüngsten Änderungsanträgen) nicht

zur angestrebten Reduktion von Fehlanreizen. Dies führt jedoch zu neuen Effekten wie Mengenanreizen und einem Wettbewerb um Anteile am „fixierten“ Gesamtbudget.

Das Konzept der Hybrid-DRGs und der Ambulantisierung als erweiterte Möglichkeit, eine Weiterentwicklung des Finanzierungssystems zu etablieren, bietet mit den Änderungsanträgen keine Perspektive. Die notwendigen Rahmenbedingungen für eine tragfähige Ambulantisierung bleiben weiterhin aus. Mit der Absenkung der Hybrid-Vergütung auf AOP-Niveau (EBM) und der im KHVVG angegebenen steigenden Zahl ambulanter Behandlungsfälle, sind für die Krankenhäuser Erlösverluste in erheblichem Umfang zu erwarten. Für 2026 und 2027 kann ein Verlust von jährlich bis zu 2 Mrd. € durch die Verlagerung von etwa einer Million Fällen zu Hybrid-DRGs resultieren. Diese Entwicklung wirft die Frage auf, wie die Erlöse langfristig stabilisiert und an die neuen Versorgungsrealitäten angepasst werden können.

Fazit Weiterentwicklung für 2025

Basierend auf den dargestellten Tatbeständen wurde für das Jahr 2025 mit den Selbstverwaltungspartnern eine Einigung zur Weiterentwicklung des Finanzierungssystems erzielt. In diesem Jahr bildeten erstmals die Daten der Zeit nach der Pandemie die alleinige Grundlage für die Kalkulation. Zwar waren noch kleinere Anpassungen notwendig, um Verzerrungen abzumildern, jedoch kam kein fortlaufender Dämpfungsmechanismus aus den Corona-Jahren mehr zum Einsatz. Die Verschiebungen zwischen Pflegebudget und Fallpauschalen konnten im Konsens umgesetzt werden.

Anschrift der Verfasser

Tatjana Dunkel, Referentin/Dr. Roland Laufer, Geschäftsbereichsleiter, GB II, Finanzierung und Versorgungsplanung, Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG), Wegelystraße 3.

Anzeige

Management im Gesundheitswesen

Medical-Controlling für Entscheidungsträger:innen

in Medizin, Pflege und Verwaltung
ab 7. März 2025 in Köln oder online

Management psychiatrischer und psychosomatischer Kliniken

für Führungskräfte in Medizin, Pflege und Verwaltung
ab 14. März 2025 in Köln oder online

Health Management für den leitenden ärztlichen Dienst

ab 14. März 2025 in Köln oder online

Digitale Transformation im Krankenhaus

für Führungskräfte in Medizin, Pflege und Verwaltung
ab 14. März 2025 in Köln oder online

Intensivseminar Krankenhausleitung für Pflegedirektor:innen

ab 9. Mai 2025 in Köln oder online

Intensivseminar Krankenhausmanagement

für Führungskräfte in Medizin, Pflege und Verwaltung
ab 16. Mai 2025 in Köln oder online

