

# **Konsequenzen der Krankenhausreform für die Diabetologie in Baden-Württemberg**

## **Die Ausgangslage**

In Deutschland leben mehr als 8,9 Millionen Menschen mit Diabetes – hauptsächlich Typ-2-Diabetes - zusätzlich gibt es eine Dunkelziffer von ca. 2 Millionen Menschen mit Typ-2-Diabetes, die bislang nicht diagnostiziert wurden. Jedes Jahr erkranken ca. 500.000 Personen neu an Typ-2 Diabetes. Schätzungsweise zwischen ca. 800.000 - 900.000 Personen sind in Baden-Württemberg an einem Diabetes erkrankt (1).

Trotz der vielen Möglichkeiten der ambulanten Behandlung des Diabetes bleibt die Notwendigkeit einer stationären Diabetologie bestehen. Von den jährlich 19,4 Millionen Personen, die stationär versorgt werden, weisen ca. 3 Millionen (ca. 18 %) einen Diabetes mellitus auf. Im Durchschnitt ist die Liegedauer von Menschen mit Diabetes im Krankenhaus 1 -2 Tage länger und mit rund 20 % höheren Kosten verbunden. Zudem haben Menschen mit Diabetes ein ca. 2-fach erhöhtes Risiko für Krankenhausaufenthalt-assoziierte Komplikationen wie Infektionen. Die Bedeutung des stationären Sektors für die diabetologische Versorgung ergibt sich auch aus der Tatsache, dass die Mehrheit der Diabetologinnen und Diabetologen DDG (2.521/4.267; 59 %) im Krankenhaus tätig sind (2).

Die stationäre Versorgung in Krankenhäusern findet in Baden-Württemberg in insgesamt 197 Institutionen mit insgesamt 57.730 Planbetten statt, von denen ca. 42 Prozent in öffentlicher, 24 Prozent in freigemeinnütziger und 34 Prozent in privater Trägerschaft sind (Stand Februar 2024) (3,4). Mit dem Diabetes Zentrum Mergentheim (155 Planbetten) gibt es in Baden-Württemberg eine überregional tätige Diabetes-Fachklinik.

Dieser hohen Anzahl an stationären Behandlungsfällen von Menschen mit Diabetes steht eine in den letzten Jahren stetig abnehmende Zahl an Diabetesabteilungen und klinischen Lehrstühlen gegenüber. Ein drängendes Problem aller stationären Einrichtungen sind die mangelnden Erlöse einer diabetologischen Behandlung, was sowohl für die Haupt-, aber auch für die Nebendiagnose Diabetes zutrifft. Dies hat auch in Baden-Württemberg bereits zu Schließungen von renommierten Diabeteseinrichtungen (z.B. Reutlingen) geführt. Da die spezialisierte Versorgung von erwachsenen Patienten mit Diabetes im aktuellen DRG-System nicht adäquat abgebildet ist, waren mit der geplanten Krankenhausreform große Hoffnungen verbunden, durch Vorhaltepauschalen und die Definition von Leistungsgruppen die sprechende Medizin zu stärken und die alleinige Finanzierung über Fallpauschalen (DRGs) zu verlassen.

## **Die Krankenhausreform**

Eine Reform der Krankenhausfinanzierung ist dringend notwendig, da nach dem Krankenhaus-Barometer der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft fast 80 Prozent der Krankenhäuser in Deutschland für 2023 ein negatives Jahresergebnis erwarten – für das aktuelle Jahr 2024 gehen 71 Prozent der Krankenhäuser von einer weiteren Verschlechterung und nur 4 Prozent von einer Verbesserung ihrer wirtschaftlichen Situation aus (5). Maßgebliche Gründe für die äußerst schwierige wirtschaftliche Lage sind die deutlich gestiegenen Sach- und Personalkosten im Krankenhaus gegenüber stagnierenden Erlösen, Personalknappheit, zunehmender Bürokratisierung, Liquiditätsengpässen für notwendige Zukunftsinvestitionen und Unsicherheiten über die zukünftige Entwicklung.

Die am 15.5.2024 vom Bundeskabinett beschlossene Krankenhausreform (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)) verspricht laut Bundesgesundheitsminister Lauterbach eine grundlegende Änderung der Krankenhausfinanzierung. Die Reformpläne zielen darauf ab, die rein fallbezogene Finanzierung der Betriebskosten der Krankenhäuser (DRGs) durch ein Mischsystem aus Vorhalte- und Fallvergütung zu ersetzen, wodurch auch ein Beitrag zu einer

Entökonomisierung im Krankenhauswesen geschaffen werden soll. Hierzu sollen die jeweiligen zuständigen Landesbehörden den Krankenhäusern ein Versorgungslevel (I-III) und Leistungsgruppen zuweisen, für die bundesweit gültige Qualitätsanforderungen gelten sollen. Das bisherige Pflegebudget soll künftig in der Vorhaltefinanzierung enthalten sein. Die Reform soll zudem die Konzentration von Leistungen an größeren Standorten und die Spezialisierung fördern, aber trotzdem eine gesicherte Patientenversorgung in der Fläche sichern. Zudem plant Lauterbach mehr ambulante Behandlungsmöglichkeiten am Krankenhaus sowie eine deutliche Entbürokratisierung.

### **Beurteilung der geplanten Krankenhausreform aus Sicht der Diabetologie**

Der Diabetesbeirat Baden-Württemberg hat in einer Stellungnahme zu Beginn des Reformprozesses die Umgestaltung des DRG-Systems durch die Einführung von Vorhaltepauschalen grundsätzlich begrüßt, jedoch betont, dass dies nur dann zu einer Verbesserung führen wird, wenn die Vorhaltepauschale für die Leistungsgruppe Diabetologie und Endokrinologie nicht wie im DRG-System unterfinanziert bleibt. (6).

Mittlerweile überwiegt die Sorge, dass mit der Reform die stationäre Diabetologie noch weiter geschwächt wird und viele Diabeteseinrichtungen zukünftig nicht ausreichend finanziert werden. Besonders in kleineren Krankenhäusern ist zu befürchten, dass sich die Diabetesversorgung massiv verschlechtern wird. Unter dem Slogan „Menschen mit Diabetes dürfen durch die Reformen nicht unter die Räder kommen“, warnt die Deutsche Diabetes Gesellschaft von den aktuell absehbaren negativen Folgen der Reform für die Diabetologie (7). Auf dem parlamentarischen Abend der DDG gab der Präsident der DDG, Andreas Fritsche (Tübingen) zu bedenken: „Diabetes droht entweder ganz vergessen zu werden oder eine Verbannung auf den untersten Level der Versorgung“.

Schon bislang wurde im DRG-System die Diabetologie als Querschnittfach und vor allem „sprechende Medizin“ nicht ausreichend finanziert, wichtige Bereiche der Diabetesversorgung (z.B. Diabetesberatung, Ernährungsberatung, Psychologie, Podologie) wurden in den Fallpauschalen nicht adäquat berücksichtigt. Es ist zu befürchten, dass dies auch in der zukünftigen Leistungsgruppe „Diabetologie und Endokrinologie“ (8), für die die entsprechende NRW-Leistungsgruppe als Blaupause und Übergang bis zur Rechtsverordnung des BMG zu den bundesweiten Leistungsgruppen dient, ebenfalls der Fall sein wird. Zudem wird die Reform ohne weitere finanzielle Mittel stattfinden: Es wird nur dann für den Krankensektor mehr Geld zur Verfügung stehen, wenn sich die Gesamtzahl der Krankenhäuser, Abteilungen bzw. Planbetten verringert, was als Anreiz gelten soll, die Krankenhäuser umzustrukturieren, zusammenzulegen oder auch zu schließen. Da die Diabetologie bislang nicht zu den „Gewinnern“ des DRG-Systems zählt, ist zu befürchten, dass auch in dem neuen Finanzierungssystem die Diabetologie nicht adäquat vergütet wird und damit nicht gestärkt, sondern geschwächt aus der Reform hervorgehen wird.

Eine Modellierungsstudie im Auftrag des BMG, durchgeführt von den Firmen Oberender (Bayreuth) und BinDoc (Tübingen) zur Einstufung aller Klinikstandorte im Verzeichnis des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) konnte zeigen, dass es möglich ist, 99,16 % aller stationären Fälle den geplanten Leistungsgruppen zuzuordnen. 1301 der bundesweit 1719 Krankenhäuser konnten den Leistungsgruppen „Allgemeine Innere Medizin“ oder „Allgemeine Chirurgie“ zugewiesen werden. Allerdings zeigte sich auch, dass nur 41 Krankenhäuser die Anforderungen der Leistungsgruppe „Komplexe Endokrinologie und Diabetologie“ erfüllen würden (9). Dies zeigt, dass die geplante Reform eine massive Verschlechterung der bisherigen diabetologischen Versorgung zur Folge haben könnte.

### **Forderungen für eine gelungene Krankenhausreform aus Sicht der Diabetologie**

Für eine gelungene Krankenhausreform, die auch die Belange von Menschen mit Diabetes berücksichtigt, gibt es seitens der Diabetologie folgende Forderungen (7,10):

- 1. Sicherstellung einer strukturierten Diabetes-Erkennung und -Versorgung in allen Krankenhäusern:** Es muss sichergestellt werden, dass in allen Krankenhäusern in Baden-Württemberg - verpflichtend jedoch für Krankenhäuser des Level 2 (Regel-/Schwerpunktversorgung) und Level 3 (Maximalversorgung) eine entsprechende Diabetes-Expertise vorhanden ist. Ähnlich wie eine Stroke-Unit soll in jedem Krankenhaus des Levels 2 und 3 eine „Diabetes-Unit“ - ein Diabetesteam bestehend aus Diabetolog\*innen, Diabetesberater\*innen, qualifizierten Pflegenden sowie ggfs. weiteren Fachdisziplinen für die Behandlung auf Spezialabteilungen und den Konsildienst in einem Krankenhaus - vorhanden sein. Damit soll gewährleistet sein, dass diese „Diabetes-Units“ für eine adäquate Diabetesversorgung in der ganzen Einrichtung verantwortlich sind. Analog dem Vorhaben Lauterbachs „Für Stroke Units, Traumatologie, Pädiatrie, Geburtshilfe, Intensivmedizin, Koordinierungsaufgaben, Unikliniken, Notfallversorgung werden zusätzliche Mittel gewährt“ (11) soll dies auch für „Diabetes-Units“ gelten. Bislang ist geplant, ab 2027 der Pädiatrie (300 Millionen Euro), Geburtshilfe (120 Millionen), Stroke-Units (35 Millionen), Spezielle Traumatologie (65 Millionen) und Intensivmedizin (30 Millionen) zusätzliche Förderbeträge zum Vorhaltevolumen zu gewähren (12). Hier ist eine Regelung für sogenannte „Diabetes-Units“ dringend zu fordern.
- 2. Sicherstellung einer hochwertigen Versorgung von Menschen mit Diabetes mit speziellen Bedürfnissen:** Auch nach der Reform muss sichergestellt sein, dass eine hochwertige Versorgung für Kinder- und Jugendliche mit Diabetes, Menschen mit Diabetes und aufwändig zu behandelnde Folge- und Begleitkomplikationen (z.B. diabetisches Fußsyndrom, psychische Komorbiditäten), multimorbide ältere Menschen mit Diabetes in dafür spezialisierten diabetologischen Einrichtungen erfolgt, die multiprofessionelle Versorgungsstrukturen, zeitintensive Betreuung und Pflege gewährleisten.
- 3. Realistische Qualitätsanforderungen für die Leistungsgruppe „Diabetologie und Endokrinologie“:** Die Qualitätskriterien und Mindestvorhaltezahlen der Leistungsgruppe „Diabetologie und Endokrinologie“ müssen realistisch und umsetzbar sein, ohne die Versorgungslandschaft negativ zu beeinflussen. Hier besteht hinsichtlich der bisherigen Pläne (NRW-Leistungsgruppen) (8) dringender Überarbeitungsbedarf.
- 4. Fachärztliche Vorgaben ergänzen:** In dem bisherigen Entwurf der zukünftigen Leistungsgruppe „Diabetologie und Endokrinologie“ fehlt eine spezifische diabetesspezifische Qualifikation. Die Weiterbildung „Diabetologe DDG“ bzw. „Zusatz-Weiterbildung Diabetologie“ (LÄK) muss zwingend in die Strukturmerkmale alternativ zum Facharzt Endokrinologie und Diabetologie aufgenommen werden, so wie dies seit langem bei OPS-Ziffern wie der multimodalen Komplexbehandlung Diabetes mellitus oder im Rahmen der Verträge zu Disease-Management-Programmen Diabetes (DMP) realisiert ist.
- 5. Diabetesberatung als Strukturmerkmal integrieren:** Bislang ist die Diabetesberatung in dem Entwurf zu Qualitätskriterien der zukünftigen Leistungsgruppen nicht berücksichtigt, obwohl diese in der diabetologischen Behandlung unverzichtbar ist (13). Nach einem Vorschlag des Bundesverbandes klinischer Diabeteseinrichtungen (BVKD) sollen die Ernährungs- und Diabetesberatung analog zur Berufsgruppe der Hebammen in den Pflegekosten berücksichtigt werden. Dies würde die Finanzierung der Diabetesberatung sichern, obwohl dies eine Hilfslösung darstellt, da nicht alle Tätigkeiten der Diabetesberatung als pflegerische Leistungen einzustufen sind und nicht alle Diabetesberater einen Grundberuf in der Pflege aufweisen („Hierbei handelt es sich um eine Hilfslösung, die ohne Umformung des Systems möglich ist. Allerdings berücksichtigt die Lösung nur einen Teil der bislang nicht abgebildeten

Vorhaltekosten, wäre aber ein abfedernder Kompromiss, bis die übrigen Kosten Eingang ins System gefunden haben. Zusätzlich muss sichergestellt werden, dass damit nicht zwei grundsätzlich verschiedene Strukturanforderungen – bedarfsgerechte Pflege einerseits sowie qualitätsorientierte Diabetesbetreuung andererseits – gegeneinander „aufgerechnet“ werden. Eine klare Vorgabe in der Strukturqualität würde diese Gefahr vermeiden.“) (10).

6. **Psychologie, Ernährungsberatung und Podologie als Strukturmerkmal integrieren:** In den Strukturmerkmalen der zukünftigen Leistungsgruppe „Diabetologie und Endokrinologie“ sollten auch die Psychologie, Ernährungsberatung und Podologie abgebildet werden, da diese ebenfalls unverzichtbare Leistungen im Rahmen der Diabetestherapie erbringen.
7. **Aus- und Weiterbildung im Bereich Diabetologie und Endokrinologie stärken:** Die stationären Einrichtungen tragen wesentlich zur Aus- und Weiterbildung im Bereich Diabetologie und Endokrinologie bei, ein Bereich, in dem Universitätskliniken zunehmend weniger Angebote bereitstellen. Dies ist in Anbetracht einer Volkskrankheit eine sehr bedeutsame Aufgabe und muss bei den geforderten Qualitätskriterien zwingend Berücksichtigung finden.
8. **Sicherstellung von diabetologischen Fachkliniken:** Bislang wurden Fachkliniken noch nicht bestimmten Leistungsgruppen zugeordnet, hierfür ist ein eigenes Level F (Fachkrankenhäuser) geplant. Hierzu zählen nach der Modellierungsstudie im Auftrag des BMG insgesamt 325 Fachkrankenhäuser und 14 BG-Kliniken und Bundeswehrkrankenhäuser. Von diesen befinden sich 49 in Baden-Württemberg. Diabetesfachkliniken entsprechen schon jetzt den vom Gesetzgeber geplanten hohen Spezialisierungsgrad und der Konzentration von Leistungen an größeren Standorten. Da die Gruppe der Diabetes-Fachkliniken im Vergleich zu anderen Fachgruppen (z.B. Psychosomatik) gering ist, sollte sichergestellt werden, dass auch diese Kliniken in der geplanten Reform adäquat berücksichtigt werden. Mit oft nur einer Leistungsgruppe gewährleisten diese Akut-Krankenhäuser durch langjährige Kooperationen mit anderen medizinischen Fachbereichen eine umfassende Betreuung von Menschen mit Diabetes.
9. **Finanzierung der gestiegenen Betriebskosten, Investitionen:** Eine umfassende Refinanzierung der Betriebskosten, insbesondere einen Inflationsausgleich für die Jahre 2022 und 2023 sowie die vollständige Refinanzierung der Personalkostensteigerungen ist dringend notwendig, damit sich die vielfach problematische finanzielle Situation von Krankenhäusern entspannt und diese eine Perspektive haben, für die Aufgaben der Zukunft zu investieren. Der Vorschlag des Bundesgesundheitsministeriums, dass zukünftig nach Abschluss der maßgeblichen tarifvertraglichen Vereinbarungen innerhalb von vier Wochen eine Einigung zur Refinanzierung der gestiegenen Personalkosten erfolgen sollte (11), muss rasch umgesetzt werden. Es ist auch zu fordern, dass das Land Baden-Württemberg seine Verantwortung für die Investitionsfinanzierung ausreichend wahrnehmen muss.
10. **Bürokratieabbau:** Es ist zu befürchten, dass das Nebeneinander zweier Finanzierungssysteme mit Fallpauschalen und Vorhaltefinanzierung den bürokratischen Aufwand eher steigert, als reduziert. Eine Simulationsstudie zur Krankenhausreform für kleinere Krankenhäuser kam zu dem Ergebnis, dass das Ziel der Entbürokratisierung durch die Reform verfehlt wird und eher zu-, als abnehmen wird (18). Daher sind dringend Maßnahmen zur Entbürokratisierung der Verwaltung, aber auch für Ärzte, Pflegepersonal zu fordern. Eine stärkere Entbürokratisierung entlastet das Krankenhauspersonal, welches damit mehr Zeit für die medizinische und pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten haben wird.
11. **Bessere sektorenübergreifende Versorgung:** Die Chancen des Reformgesetzes, zum Aufbau von sektorenübergreifenden Angeboten, um die Qualität und Effizienz der in der Versorgung von Menschen mit Diabetes zu verbessern, sollten dringend genutzt werden. Stationäre diabetologische Leistungen sollen künftig wohnortnah besser mit ambulanten Leistungen

verknüpft werden, stationäre Kliniken auch ambulante Leistungen anbieten können („Ambulantisierung stationärer Leistungen“).

12. **Digitalisierung fördern:** Die Diabetologie ist als Fach prädestiniert für fortschrittliche digitale Lösungen, eHealth wie Telemedizin, Anwendungen von künstlicher Intelligenz, Robotik und Big Data im Sinne einer personalisierten Medizin, aber auch für den Austausch von Daten und Informationen, die Optimierung komplexer Behandlungsprozesse und die Vernetzung von Leistungserbringern und unterschiedlichen Versorgungssektoren. Spezialisierte stationäre Einrichtungen können per Telemedizin zukünftig die Versorgung anderer stationärer Einrichtungen mit geringerer diabetologischer Kompetenz verbessern und als Dienstleister für ambulante diabetologische Einrichtungen (z.B. Neue Diabetestechnologien, Diabetes-Fallkonferenzen, Zweitmeinungsverfahren bei diabetischem Fuß) fungieren.

### Zukünftige Entwicklungen

Nachdem der Bundesrat das Krankenhaustransparenzgesetz Ende März 2024 gebilligt hat, hat auch das Bundeskabinett den Gesetzesentwurf zur Krankenhausreform am 15. Mai 2024 verabschiedet. Mit dem Gesetz wurde auch ab 1. Mai 2024 das „Online-Transparenzregister für Kliniken“ auf den Weg gebracht. Es ist zu wünschen, dass in diesem auch die diabetologischen Zertifizierungen „Klinik mit Diabetes im Blick DDG“, „Diabeteszentrum DDG“ und „Diabetes Exzellenzzentrum DDG“ aufgenommen werden. Diese sollen zukünftig auch als Qualitätsvorgabe für diabetologische Leistungsgruppen eine wichtige Rolle spielen.

Es ist Aufgabe der Bundesländer, in den Jahren 2025 und 2026 die geplanten Leistungsgruppen zuzuordnen und die landesrechtlichen Anpassungen für die Leistungsgruppen und deren Vergabe zu schaffen. Hier ist zu wünschen, dass dies mit aktiver Einbindung des Diabetesbeirat Baden-Württemberg und der ADBW passiert.

Ab 2026 sollen den Krankenhäusern krankenhausesindividuelle Vorhaltebudgets ausgezahlt werden, das Finanzierungssystem soll bis 2027 komplett umgestellt sein. Seine volle Wirkung soll die Reform ab 2029 entfalten.

### Literatur:

1. Seidel-Jacobs E, Tönnies T, Rathmann W (2024). Epidemiologie des Diabetes in Deutschland. In: Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe (Hrsg) Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2024. Die Bestandsaufnahme, S. 8–13; MeTriX-Verlag, Wiesbaden
2. Tan S, Heinemann L, Kordonouri O, Lobmann R, Menzen M, Raile K, Werner T, Kulzer B (2024). Diabetes-Technologie und Digitalisierung in der stationären Diabetologie: Time to act. Diabetologie und Stoffwechsel; 19(01): 54-57
3. Sozialministerium Baden-Württemberg (2023). Gesamtverzeichnis der zugelassenen Krankenhäuser zum 25.04.2023. [https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads\\_Krankenhaeuser/KH-Verzeichnis-BW\\_04-2023.pdf](https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Krankenhaeuser/KH-Verzeichnis-BW_04-2023.pdf)
4. VDEK. Die Ersatzkassen (2024). Krankenhäuser in Baden-Württemberg. <https://www.vdek.com/LVen/BAW/Service/Krankenhaeuser.html>
5. Augurzyk B, Krolop S, Hollenbach J, Monsees D, Pilny A, Schmidt CM, Wuckel C (2023). Krankenhaus Rating Report 2023: Die Revolution?!. medhochzwei Verlag, Heidelberg
6. Diabetesbeirat Baden-Württemberg (2023). Positionspapier des Diabetesbeirates Baden-Württemberg zur Krankenhausstruktur-Reform.

- <https://www.ddg.info/politik/stellungnahmen/positionspapier-des-diabetesbeirates-baden-wuerttemberg-zur-krankenhausstruktur-reform>
7. Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) (2024): Krankenhausreform: Diabetes im Fokus.  
[https://www.ddg.info/fileadmin/user\\_upload/240417\\_DD3\\_Punkteplan\\_Krankenhausreform.pdf](https://www.ddg.info/fileadmin/user_upload/240417_DD3_Punkteplan_Krankenhausreform.pdf)
  8. BDPK (2024) Qualitätskriterien der Leistungsbereiche und Leistungsgruppen.  
[https://www.bdpk.de/fileadmin/user\\_upload/BDPK/Themen/Krankenhausreform/PDF/2023-11-21\\_BDPK\\_Uebersichtstabelle\\_LG-Anforderungen.pdf](https://www.bdpk.de/fileadmin/user_upload/BDPK/Themen/Krankenhausreform/PDF/2023-11-21_BDPK_Uebersichtstabelle_LG-Anforderungen.pdf)
  9. Kurz C (2023). Krankenhausreform: Level sind vom Tisch. Deutsches Ärzteblatt, 120 (23), S. A 1001-1003
  10. Werner T, Overlack K, Reger-Tan S, Liesenfeld B, Motz W, Graf C (2024). Bundesverband klinischer Diabeteseinrichtungen – DIE Diabetes-Kliniken e.V. (BVKD) zum Gesetzesentwurf zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (KHVVG). [https://die-diabetes-kliniken.de/images/Presse/Stellungnahmen/Positionspapier\\_BVKD\\_KHVVG\\_2023\\_V5a.pdf](https://die-diabetes-kliniken.de/images/Presse/Stellungnahmen/Positionspapier_BVKD_KHVVG_2023_V5a.pdf)
  11. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2024). Bundeskabinett beschließt Krankenhausreform.  
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/krankenhausreform-kabinett-pm-15-05-24>
  12. Kurz C, Beerheide R (2024). Krankenhausreform: Vorhaben werden konkreter. Deutsches Ärzteblatt; 121(7), S. A-430 / B-378
  13. Verband der Diabetes-Beratungs- und Schulungsberufe in Deutschland (VDBD) (2024). Positionspapier zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG)  
[https://www.vdbd.de/fileadmin/portal/redaktion/Positionspapiere/240422\\_Positionspapier\\_VDBD\\_zur\\_Krankenhausreform\\_F03.pdf](https://www.vdbd.de/fileadmin/portal/redaktion/Positionspapiere/240422_Positionspapier_VDBD_zur_Krankenhausreform_F03.pdf)
  14. Hansis E, Dahnke H. (2024). Simulationsstudie zur Krankenhausreform. Hilft die Vorhaltefinanzierung kleinen Krankenhäusern? <https://www.bdpk.de/service/studien-gutachten/vebeto-studie-hilft-die-vorhaltefinanzierung-kleinen-krankenhaeusern>

**Prof. Dr. Bernhard Kulzer**

Diabetes Zentrum Mergentheim, Forschungsinstitut der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim, Universität Bamberg; [kulzer@fidam.de](mailto:kulzer@fidam.de)

**Thomas Böer**

Diabetes Zentrum Mergentheim; [boeer@diabetes-zentrum.de](mailto:boeer@diabetes-zentrum.de)