

Krankenhaus-Report 2006

Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch

Jürgen Klauber, Bernt-Peter Robra und Henner Schellschmidt

Zusammenfassung



Kapitel 1 Katalysatoren des Wandels

Christian Schmidt und Johannes Möller

Der deutsche Krankenhausmarkt befindet sich im Wandel. Die Katalysatoren des Wandels können in Ursachen und Wirkungen eingeteilt werden. Bei den Ursachen sind nicht bewusst politisch gestaltete Faktoren wie Demographie und technischer Fortschritt sowie bewusst politisch gestaltete Faktoren wie Planung, Investitionsfinanzierung und DRG-Einführung zu unterscheiden. Wichtige Wirkungen des Marktwandels drücken sich in der Ablösung fragmentierter Versorgungsformen durch integrierte Angebote, der zunehmenden Transparenz des Leistungsgeschehens, der Verschärfung des Wettbewerbs der Krankenhäuser untereinander und im gestiegenen Finanzierungsbedarf sowie des steigenden Anteils von Akutkrankenhäusern in privater Trägerschaft aus. Eine entscheidende Konsequenz des Marktwandels ist jedoch der Funktionswandel der Krankenhäuser im Versorgungssystem.

Kapitel 2 Deutscher Krankenhausmarkt im europäischen/internationalen Umfeld

Jürgen Wettke

Die stationäre Versorgung steht nicht nur in Deutschland, sondern auch in vielen anderen Ländern unter enormem Kosten- und Reformdruck. Als Folge wächst weltweit der Anteil privater Anbieter an der Leistungserbringung in den nationalen Systemen. Dies gilt für Staaten mit Gesundheitsversorgung nach dem "Beveridge-Modell" ebenso wie für Staaten, die nach dem "Bismarck-Modell" organisiert sind.

In Deutschland hat sich der Gesetzgeber mit der Einführung der G-DRGs und den neuen Angeboten in der integrierten Versorgung zu einer marktwirtschaftlichen Erneuerung des bestehenden Systems entschlossen. Damit erweitern sich für alle Marktteilnehmer die Spielräume und Handlungsmöglichkeiten. Tendenziell gewinnt der neue Krankenhausmarkt auch an Attraktivität für ausländische Anbieter – vor allem für Finanzinvestoren; weniger klar sind die Einstiegschancen für ausländische Leistungserbringer. Dagegen werden Formen des so genannten Gesundheitstourismus – von und nach Deutschland – auch künftig, soweit absehbar, auf wenige Indikationen und eher kleine Patientengruppen beschränkt bleiben.

Kapitel 3 Der Markt für Krankenhausleistungen aus Sicht des Bundeskartellamts

Ulf Böge

In den letzten Monaten hat das Bundeskartellamt eine Vielzahl von Zusammenschlüssen zwischen Krankenhäusern fusionskontrollrechtlich geprüft. Die weit überwiegende Zahl war bisher unbedenklich, eine Untersagung die Ausnahme. Da der Konzentrationsgrad im Krankenhaussektor zugenommen hat, könnten Fusionen in der Zukunft aber problematischer werden. Ziel der Fusionskontrolle ist es, wettbewerblich organisierte Märkte zu erhalten und vermachtete Marktstrukturen zu verhindern. Sie ist – entgegen zahlreicher Einwände – auch im Krankenhausbereich anwendbar. Wettbewerbspolitische und gesundheitspolitische Ziele widersprechen sich nicht, sondern sind miteinander vereinbar. Gerade vor dem Hintergrund, dass im Gesundheitssektor insgesamt mehr Wettbewerb gefordert wird, ist die Anwendung der Fusionskontrolle zum Schutz der „Institution“ Wettbewerb unerlässlich. Denn bei vermachteten oder gar monopolisierten Marktstrukturen würde die Forderung nach mehr Wettbewerb von vornherein ins Leere laufen. Kooperationen zwischen Krankenhäusern sind innerhalb des kartellrechtlich zulässigen Rahmens möglich.

Kapitel 4 Die Entwicklung des Krankenhausmarktes in den USA

Martina Eckardt

Dieser Beitrag stellt die wesentlichen Entwicklungen im amerikanischen Krankenhausmarkt der letzten Jahre dar. Er war insbesondere in den 1990er Jahre durch eine starke Fusionswelle gekennzeichnet, die zu einem starken Anstieg der Marktkonzentration führte. Die amerikanischen Wettbewerbsbehörden konnten diese Entwicklung nicht verhindern. Empirische Studien kommen zu dem Ergebnis, dass Fusionen zu Kostensenkungen führen können, diese aber i. d. R. nicht mit Preissenkungen, sondern im Gegenteil mit Preiserhöhungen aufgrund größerer Marktmacht verbunden sind. Ausgehend hiervon werden einige Schlussfolgerungen für die weitere Entwicklung des deutschen Krankenhausesektors abgeleitet.

Kapitel 5 Marktwandel und Sicherstellung der regionalen Krankenhausversorgung

Günter Neubauer, Andreas Beivers und Christof Minartz

Dieser Beitrag befasst sich mit dem Zielkonflikt zwischen der Sicherstellung einer angemessenen, flächendeckenden Krankenhausversorgung der Bevölkerung einerseits und der wirtschaftlichen Leistungserbringung andererseits. Der durch die DRG-Einführung beschleunigte strukturelle Umbruch in der deutschen Krankenhauslandschaft wirkt sich direkt auf die regionale Krankenhausversorgung aus. Knappe Mittel und steigender Kostendruck verlangen von den Krankenhäusern Spezialisierung und Konzentration – und somit auch eine Vergrößerung des jeweiligen Einzugsbereichs. Es wird untersucht, inwieweit die Patienten bereit sind, diese weiteren Wege in Kauf zu nehmen und welche Präferenzstrukturen die Nachfrageseite hauptsächlich prägen. Abschließend wird mit dem Integrierten Versorgungszentrum (IVZ) ein neues Betriebskonzept vorgeschlagen, um das Problem der regionalen Krankenhausversorgung zu überwinden.

Kapitel 6 Krankenhausplanung unter Bedingungen der German Diagnosis Related Groups

Axel Kortevoß

Die Krankenhausplanung der Bundesländer steht seit Einführung des G-DRG-Systems unter einem erheblichen Veränderungsdruck, da die angestrebte wettbewerbliche Dynamisierung des Krankenhausbereichs nur mit einer Aufgabe der bisherigen Kapazitätsplanung erreicht werden kann. In diesem Zusammenhang gewinnt die Planungskategorie des räumlichen Zugangs zur Versorgung an Bedeutung. Eine Berücksichtigung des Zugangs kann durch eine Verknüpfung der räumlichen Bezüge der Angebots- und der Nachfragestruktur in einem kontinuierlichen Berichtsinstrument auf der Basis von Angebotsprofilen erfolgen. Dadurch können zukünftig die Unterschiede in den regionalen Versorgungsstrukturen besser abgebildet und in Planungskonzepten umgesetzt werden.

Kapitel 7 Monistik ante portas – Notwendigkeiten und Wege des Umstiegs auf eine effizienzorientierte Krankenhausfinanzierung

Christopher Hermann

Auch wenn die Ablösung der dualen Krankenhausfinanzierung in Deutschland gegenwärtig politisch nicht auf der Agenda steht, führt – wie der Beitrag zeigt – an der Einführung der monistischen Finanzierung aus Gründen der ökonomischen Rationalität und der nachhaltigen Versorgungssicherheit kein Weg vorbei. Der mittlerweile eklatante investive Nachholbedarf bei den Krankenhäusern, die Umstellung auf die DRG-Vergütung und die Flexibilisierung der Versorgung sind wesentliche Gründe, die einen möglichst baldigen Übergang zur Monistik als dringlich aufzeigen. Der Beitrag zeigt grundsätzliche Lösungsoptionen auf. Er stellt eine umsetzungsorientierte Konzeption zum Übergang zur Monistik vor und diskutiert wesentliche Problembereiche, die im Kontext zu lösen sind. Schließlich wird aufgezeigt, wie die Einführung der Monistik systematisch mit der grundlegenden Neuordnung der Rahmenbedingungen für Krankenkassen, Krankenhäuser und Länder verbunden werden kann.

Kapitel 8 Perspektiven der Krankenhausplanung in einem gewandelten Markt und einem föderalen Gefüge

Ingwer Ebsen

Die Krankenhausplanung nach dem KHG und wesentliche Elemente der Krankenhausversorgung in der GKV passen immer weniger zusammen. Während die Krankenhausplanung noch auf dem Ansatz staatlicher Daseinsvorsorge beruht, bewegt sich das Leistungserbringungsrecht der GKV immer mehr hin zu einer marktlichen Steuerung durch den Wettbewerb. Integrierte Versorgung und andere Formen selektiven Kontrahierens sowie die zunehmende Auflösung der Sektorgrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung in der GKV unterlaufen ebenso die Krankenhausplanung wie der Krankenhauswettbewerb unter DRG-Bedingungen bei bundesweit einheitlichen Qualitätskriterien und Transparenzanforderungen. Eine Reform der Krankenhausplanung liegt insofern nahe. Da die Krankenhausplanung Ländersache ist, berührt eine Än-

derung die Interessen der Länder. Allerdings hat der Bund aufgrund seiner Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung, gestützt durch die Gesetzgebungskompetenz für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, einen weiten Reformspielraum. Nach der Verfassungsreform des Jahres 2006 bedarf es keiner Zustimmung des Bundesrates, sofern nicht das Gesetz den Ländern finanzielle Pflichten gegenüber Dritten (etwa Krankenhausträgern) auferlegt. Eine Reform von Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung müsste an deren Funktionen ansetzen. Das sind einmal die „Schutzzaunfunktion“ durch das Exklusivität bewirkende Zulassungssystem zur GKV-Versorgung, verbunden mit selektiver Investitionsfinanzierung. Sie soll durch hohe Auslastung und Subventionierung der begünstigten Krankenhäuser günstige Preise bewirken. Und es ist zum anderen die Sicherstellung der regionalen Versorgung durch die mit der Aufnahme in den Krankenhausplan begünstigten Einrichtungen. Die Schutzzaunfunktion ist in einem auf Wettbewerb basierenden Versorgungssystem überflüssig. Deshalb könnte das Zulassungswesen von der Bedarfsplanung befreit und allein auf Qualitätssicherung orientiert werden. Die Sicherstellungsfunktion könnte erfüllt werden, indem auf der Basis bundeseinheitlicher Standards für eine mindestens sicherzustellende Versorgungsinfrastruktur Versorgungslücken durch finanzielle Anreize geschlossen würden. Die Angebote derartiger Subventionen wären auszuschreiben, die Kosten der Sicherstellung könnten auf alle Anbieter von Krankenhausleistungen umgelegt werden. Die staatliche Investitionsförderung würde entfallen, was zu einer die Investitionen einbeziehenden Preisbildung führte.

Kapitel 9 Einsparpotenziale im medizinischen Bereich deutscher Krankenhäuser – eine regionale Effizienzfront-Analyse

Andreas Werblow und Bernt-Peter Robra

Einsparpotenziale im stationären Sektor sollten zuerst in medizinischen Bereichen gesucht werden. Zu den medizinischen Kosten der Krankenhäuser werden die Sach- und Personalkosten gezählt, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit der medizinischen Leistungserbringung stehen. Zur empirischen Bestimmung medizinischer Einsparpotenziale werden Kostennachweise der Krankenhäuser aus dem Jahr 2004 ausgewertet, die das Statistische Bundesamt gegliedert nach Bundesländern und Trägergruppen bereitstellt. Eine Effizienzfrontanalyse (Data Envelopment Analysis – DEA) zeigt erhebliche Effizienzunterschiede zwischen Bundesländern und Krankenhausträgern. Wenn alle betrachteten Einheiten mit medizinischen Kostenarten so effizient wie empirisch möglich umgingen, wären im stationären Sektor zwischen 2,5 und 3,7 Mrd. Euro pro Jahr einzusparen, ohne dass medizinische Leistungen im engeren Sinne tangiert würden. Das absolut größte Einsparvolumen liegt in Nordrhein-Westfalen. Die geringste relative Effizienz hat Berlin. Die hier durchgeführte Regional- und Trägeranalyse kann den Landesverbänden der Krankenkassen, den regionalen Krankenhausgesellschaften und den Schiedsstellen nützliche Hinweise zur Wirtschaftlichkeit der regionalen Krankenversorgung geben.

Kapitel 10 ConceptHospital – Strategien für das Krankenhaus der Zukunft

Markus Müschenich, Dirk Richter und Pascal Scher

Die Änderungen der kompetitiven Rahmenbedingungen in der deutschen Gesundheitswirtschaft erfordern von vielen Krankenhäusern eine strategischen Neudefinition ihrer Wettbewerbsposition. Die Formulierung von Antwortstrategien auf zukünftige Herausforderungen erfolgt häufig eher gegenwartsbezogen und bietet wenig Raum zur Entwicklung neuer Produkte und Dienstleistungen. Der vorliegende Beitrag versucht hierzu Denkanstöße zu geben und stellt mögliche Szenarien für das Krankenhaus der Zukunft vor, die der Brainpool ConceptHospital vor dem Hintergrund langfristiger Trends entwickelt hat. ConceptHospital ist ein interdisziplinärer Zusammenschluss von Experten, der seine Produkt- und Unternehmensideen zum Krankenhaus der Zukunft in Form von ConceptUnits präsentiert.

Kapitel 11 Totgesagte leben länger Probleme und Perspektiven von Krankenhäusern in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft

Erwin Jordan

Die Zukunftsaussichten kommunaler Krankenhäuser werden allgemein als düster bewertet. Bei den sich ständig verschärfenden ökonomischen Anforderungen gelten sowohl die unterschiedlich starke Einbindung in Regularien und Traditionen des öffentlichen Dienstes als auch ihr häufiger Marktauftritt als Einzelunternehmen gegenüber privaten Krankenhausketten als gewichtige Nachteile von öffentlichen Krankenhäusern. Prognosen verschiedener Institute sagen ein Schrumpfen des Marktanteils von heute noch über 30 % auf unter 10 % voraus. Neben den strukturellen Schwierigkeiten führen auch politische Motive (Privatisierung als politisches Ziel) zu Verkäufen; zusätzlich zu den aus wirtschaftlichen Gründen erfolgenden.

Die strukturellen Vor- und Nachteile öffentlicher Häuser im aufkommenden Wettbewerb werden benannt, Handlungsmöglichkeiten und –Notwendigkeiten aufgezeigt. Die Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft müssen sich rasch stärker als Unternehmen organisieren, brauchen in Ablösung von Strukturen des öffentlichen Dienstes ein echtes Management und müssen mit den Instrumenten moderner Unternehmenssteuerung arbeiten. Die wirtschaftlichen Vorteile durch Standardisierungen bei Prozessen, durch zentralere Verwaltungsstrukturen u. a., die von privaten Krankenhausketten relativ einfach erzielt werden können, müssen sich öffentliche Krankenhäuser durch Verbundlösungen organisieren. Besonders problematisch ist die Investitionsfähigkeit öffentlicher Häuser. Hier wird die Forderung nach einer Ablösung des seine Aufgabe nicht mehr erfüllenden dualen Systems der Krankenhausfinanzierung zugunsten einer Anbindung der Investitionsförderung an die DRGs erhoben. Die Chance öffentlicher Häuser, die laufenden Herausforderungen als relevanter Marktteilnehmer zu überleben, hängen auch mit einer verbesserten Handlungsfähigkeit als organisierte Gruppe zusammen. Sowohl die Vertretungsstrukturen über die kommunalen Spitzenverbände als auch die Einbindung in das Tarifgeschehen des kommunalen öffentlichen Dienstes erweisen sich zunehmend als erheblicher Nachteil.

Kapitel 12 Wandel der Berufsbilder im Krankenhaus: neues Umfeld, neue Aufgaben

Matthias Schrappe

Effizienz, Patientenautonomie und Outcome-Orientierung kennzeichnen die Phase des value of care; für die Berufsgruppen im Gesundheitswesen ist die Bestandssicherheit der Kostendeckungs- und Kostendämpfungsphase nicht mehr gegeben. Demographische Entwicklung, Krankheitspektrum und Innovationen, die externen Anforderungen an die Leistungserbringer und die derzeitige Unzufriedenheit der Berufsgruppen markieren die veränderten Anforderungen auf der Leistungsebene. Die Organisationen des Gesundheitswesens sind zu unflexibel, können ihre Koordinationsdefizite nicht beherrschen und weisen Mängel in Mitarbeiterorientierung, Teambildung und Sicherheit auf. Alle diese Entwicklungen machen es unausweichlich, über einen Neuzuschnitt der Berufsgruppen im Gesundheitswesen nachzudenken, vor allem hinsichtlich Prozessorientierung, Case Management, multiprofessionelle Teambildung und Fehlerprävention. Im Rahmen des Disease Managements, der Integrierten Versorgung und der DRG-Einführung sind bereits erste Schritte unternommen worden. Die Verkürzung der Thematik auf die Delegation ärztlicher Tätigkeiten führt nicht weiter, in Zukunft wird die Erweiterung und Substitution von Zuständigkeiten einem ständigen Wechsel unterworfen sein, wobei vor allem die jeweiligen lokalen Bedürfnisse im Vordergrund stehen. Die kleinräumige Optimierung im Segment der Berufsgruppe, der Fachdisziplin und des Versorgungssektors kann das Problem nicht lösen. Notwendig ist stattdessen die Orientierung am Behandlungsablauf der Patienten und an der reibungslosen Funktion der Gesamtorganisation.

In der vorliegenden Darstellung werden die künftigen Anforderungen an die Gesundheitsberufe hinsichtlich der weiteren Entwicklung des Gesundheitssystems und aus der Managementsicht diskutiert. Weiterhin werden die Elemente des Selbstverständnisses der Berufe im Gesundheitswesen in ihrer spezifischen Gewichtung dargestellt und Vorschläge zur Erweiterung der Berufsbilder abgeleitet.

Kapitel 13 Auswirkungen von Qualitätsregulierungen auf das Angebot von Krankenhausleistungen

Max Geraedts

Seit dem Jahr 1989 hat der Gesetzgeber mit jeder größeren Gesundheitsreform Regelungen implementiert, die die Qualität der stationären Versorgung sichern und verbessern sollen. So müssen Krankenhäuser im Jahr 2006 externe Qualitätsvergleiche, einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und Qualitätsberichte vorweisen sowie verschiedene Strukturanforderungen wie zum Beispiel Mindestmengen für bestimmte Leistungen erfüllen. Da die Einführung dieser Qualitätsregulierungen nicht systematisch evaluiert wurde, lassen sich deren Effekte – etwa auf die Qualität der medizinischen Versorgung oder das Angebot an Krankenhausleistungen – nur schwer abschätzen. Vor allem die Strukturanforderungen besitzen ein hohes Potenzial zur Angebotsveränderung. Die bisher vorliegenden, wenig umfassenden Studien deuten jedoch darauf hin, dass sich das Angebot an Krankenhausleistungen bis jetzt nur für wenige Patienten verändert hat.

Kapitel 14 Qualitätsberichte gemäß § 137 SGB V und ihre Darstellung im Internet – eine vergleichende Analyse

Saskia E. Drösler

Qualitätsberichte haben den Zweck, Informationen zum Leistungsprofil und zur Qualität deutscher Krankenhäuser in einheitlicher Form bereitzustellen. Die hier exemplarisch untersuchten ersten Qualitätsberichte deutscher Universitätskliniken variieren in ihrer Darstellung der Struktur und Leistungsinformationen. Dies ist einerseits auf unspezifische externe Vorgaben zur Gestaltung zurückzuführen, andererseits auf 2004 geänderte Abrechnungsmodalitäten, die die Ausweisung der Hauptdiagnose beeinflussen. Daher sind derzeit fundierte systematische Vergleiche, insbesondere auf der Basis von Zahlenverhältnissen, praktisch nicht möglich. Ein Viertel der deutschen Universitätskliniken veröffentlicht im Qualitätsbericht selektierte ausgewählte Indikatoren zur medizinischen Ergebnisqualität. Dieser Anteil entspricht etwa dem aller deutschen Krankenhäuser mit Ergebnisdarstellung. Wird langfristig auf der Basis von Qualitätsberichten eine vergleichende Leistungs- und Ergebnisanalyse deutscher Krankenhäuser auf der Basis von Qualitätsberichten gewünscht, müssen dafür klarere Vorgaben formuliert und einheitlich umgesetzt werden

Kapitel 16 Häufigkeiten von Operationen und nichtoperativen Prozeduren in deutschen Krankenhäusern 2002 bis 2004

Bettina Gerste

In dem Beitrag werden die Operationshäufigkeiten sowie die Frequenzen der bei vollstationären Krankenhaufällen durchgeführten nichtoperativen Prozeduren in deutschen Krankenhäusern für das Jahr 2004 beschrieben und Veränderungen im Vergleich zum Jahr 2002 für drei- und vierstellige OPS-Schlüsselnummern diskutiert. Außerdem werden für ausgewählte Operationen mögliche Substitutionseffekte durch ambulantes Operieren im niedergelassenen ärztlichen Bereich dargestellt. Grundlage der Auswertungen bilden die Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetz.

Kapitel 17 Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2004

Ute Bölt

Dieser Beitrag fasst die Ergebnisse der Krankenhausstatistik für das Berichtsjahr 2004 zusammen. Seit 1991 ist die Krankenhausstatistik eine bundeseinheitlich durchgeführte jährliche Vollerhebung. Auskunftspflichtig sind die Träger der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Dargestellt werden die Ergebnisse zu den Grunddaten (z. B. Betten, Fachabteilungen, Personal, Patientenbewegungen) und den Kostendaten (Personal- und Sachkosten) der Krankenhäuser. Die Diagnosedaten der Krankenhauspatienten werden in einem eigenen Kapitel betrachtet, ebenso die Grund- und Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.

Kapitel 18 Statistische Krankenhausdaten: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2004

Torsten Schelhase

Die Diagnosen der Krankenhauspatienten bilden das gesamte vollstationäre Geschehen in den deutschen Krankenhäusern ab. Dieser Beitrag beschreibt die Ergebnisse der Diagnosedaten der Krankenhauspatienten. Diese amtliche Statistik wird seit 1993 jährlich als Vollerhebung durchgeführt. Alle Krankenhäuser in Deutschland sind auskunftspflichtig. Erfasst werden alle Patienten, die im Berichtsjahr aus der vollstationären Behandlung eines Krankenhauses entlassen werden. Im Jahr 2004 waren dies insgesamt 17,25 Millionen Patienten. Damit ist die Fallzahl im Vorjahresvergleich erneut gesunken. Die Ergebnisse der Diagnosen werden nach wichtigen Indikatoren wie Hauptdiagnosen, Alter, Geschlecht, Verweildauer und Fachabteilungen dargestellt. Aufgrund geschlechts- und altersspezifischer Morbiditätshäufigkeiten werden die Ergebnisse teilweise standardisiert und so um den demographischen Effekt bereinigt. Dadurch sind bevölkerungsunabhängige Aussagen möglich.

Kapitel 19 Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Diagnosedaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2004

Thomas Graf

In diesem Beitrag werden die Ergebnisse zum Angebot und zur Inanspruchnahme der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland für das Berichtsjahr 2004 dargestellt. Neben den Krankenhäusern gehören sie ebenfalls zum Berichtskreis der amtlichen Krankenhausstatistik. Das Angebot der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen wird durch eine sachliche, personelle und fachlich-medizinische Komponente bestimmt. Informationen über diese Leistungskomponenten liefern die Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Aussagen über den Umfang der Inanspruchnahme von stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen können ebenfalls anhand der Grunddaten getroffen werden. Darüber hinaus stehen ab 2003 differenziertere Ergebnisse zur Diagnose- und Patientenstruktur in den Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit mehr als 100 Betten zur Verfügung, denn mit der ersten Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung wurde die Berichtspflicht im Rahmen der Diagnosestatistik auf die genannten Einrichtungen ausgedehnt.