

Berichte aus der Betriebswirtschaft

**Jörg Haas**

**Flexible, prozeßkonforme Plankosten- und  
Leistungsrechnung auf Teil- und Vollkostenbasis  
für Krankenhausunternehmen**

Shaker Verlag  
Aachen 1999

Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme

*Haas, Jörg:*

Flexible, prozesskonforme Plankosten- und Leistungsrechnung auf Teil- und Vollkostenbasis für Krankenhausunternehmen / Jörg Haas. - Als Ms. gedr. -

Aachen : Shaker, 1999

(Berichte aus der Betriebswirtschaft)

Zugl.: Trier, Univ., Diss., 1996

ISBN 3-8265-5780-8

Anschrift des Autors:

GWl AG, Postfach 26 02 40, 50515 Köln, [j.haas@orbis-net.de](mailto:j.haas@orbis-net.de)

Copyright Shaker Verlag 1999

Alle Rechte, auch das des auszugsweisen Nachdruckes, der auszugsweisen oder vollständigen Wiedergabe, der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen und der Übersetzung, vorbehalten.

Als Manuskript gedruckt. Printed in Germany.

ISBN 3-8265-5780-8

ISSN 0945-0696

Shaker Verlag GmbH • Postfach 1290 • 52013 Aachen

Telefon: 02407 / 95 96 - 0 • Telefax: 02407 / 95 96 - 9

Internet: [www.shaker.de](http://www.shaker.de) • eMail: [info@shaker.de](mailto:info@shaker.de)

## Vorwort

Die Krankenhauswirtschaft ist für Wirtschaftswissenschaftler sowie Praktiker gleichermaßen eine äußerst interessante Fachrichtung. In der Bundesrepublik Deutschland war diese Disziplin geprägt durch den Versuch, in einer hochsozialisierten Gesellschaft die fest auf marktwirtschaftlichen Prinzipien beruht, bei Bedürftigkeit des Einzelnen ein ethisch höherwertiges Handeln zu unterstellen und dieses als allgemeingültig anzustreben. Die politische Diskussion, die im Ergebnis zum Krankenhausfinanzierungsgesetz 1972 führte, zeigt deutlich den Versuch, inmitten einer marktwirtschaftlichen Gesellschaft das Gesundheitswesen planwirtschaftlich auszugestalten. Es wurde von der Hypothese ausgegangen, daß eine reiche Gesellschaft wie die Bundesrepublik Deutschland es sich leisten können muß, kranken Menschen ohne Rücksicht auf deren wirtschaftliche Lage zu helfen. Für die im Gesundheitswesen handelnden Personen wurde als Verhaltenshypothese nicht das in der Marktwirtschaft vorherrschende Eigennutzaxiom anerkannt, sondern eine dem gemeinwirtschaftlichen Prinzip eigene altruistische Verhaltensannahme als allgemeingültig unterstellt.

Erst im Gesundheitsstrukturgesetz 1993 wird eine Abkehr von dieser Politik deutlich. Erkennbar wird das erwerbswirtschaftliche Prinzip in den Vordergrund gerückt und eine sozialethische Vervollkommnung des Einzelnen nicht per politischer Willensbekundung den im Gesundheitswesen Handelnden auferlegt. Im Ergebnis wandeln sich seit Mitte der 90er Jahre die volkswirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die Krankenhauswirtschaft. Diese grundlegende Wandlung macht es erstmalig erforderlich über die Gültigkeit des Nutzen- oder Gewinnmaximierungsprinzips im Krankenhaus nachzudenken. Dieses Prinzip kann unmittelbar aus dem erwerbswirtschaftlichen Prinzip abgeleitet werden und begründet die Ausrichtung der Entscheidungen, die auf einer niedrigeren als der Führungsebene getroffen werden, am Kostenminimierungsprinzip.

Die Gültigkeit dieses Kostenminimierungsprinzips in der deutschen Krankenhauswirtschaft ist ausschlaggebend für die Fragestellung dieser Arbeit:

Welche Gestalt sollte eine angemessene Kosten- und Leistungsrechnung eines öffentlich geförderten Krankenhauses in der Bundesrepublik Deutschland nach dem Strukturwandel der 90er Jahre annehmen?

Dargestellt wird eine auf unternehmerische Führung ausgerichtete dynamische, flexible und prozeßkonforme Plankosten- und Leistungsrechnung auf Teil- und Vollkostenbasis für Krankenhausunternehmen. Die Arbeit setzt sich mit einer marginalanalytischen Betrachtung von Grenzkosten in dem tertiären Sektor Gesundheitswesen auseinander, bei

dem fehlende, fest vorgegebenen Produktionsverfahren und Stücklisten die Anwendung bekannter Verfahren erschweren. Im vierten Kapitel dieser Arbeit wird insbesondere für Praktiker ein umsetzungsrelevantes Kosten- und Leistungsrechnungssystem für Krankenhausunternehmen dargestellt. Das beschriebene System ist in ein Computerprogramm eingeflossen und wird in Krankenhäusern eingesetzt.

Diese Arbeit entstand in Form einer Dissertation während meiner Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Trier im Fachbereich IV, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften/Mathematik. Meinem verehrten akademischen Lehrer, Herrn Professor Dr. Dr. habil. Hans Czap, gilt mein besonderer Dank. Seine vielen konstruktiven Beiträge und seine Kritik an meinen unvollkommenen Gestaltungsvorschlägen haben dieser Arbeit immer wieder neue Impulse gegeben. Danken möchte ich auch meinem Freund und Kollegen Herrn Dr. Rüdiger Wilbert, der in unzähligen Diskussionen seinen Beitrag zur Güte der Arbeit leistete. Für die Mitwirkung am Promotionsverfahren danke ich den Herren Professoren Dr. Dieter Sadowski als Zweitprüfer und Dr. Eckhard Knappe für den Vorsitz. Nicht zuletzt gilt mein herzlicher Dank meinen Eltern, welche mir eine akademische Ausbildung ermöglichten und besonders meiner lieben Frau, die mich während ich diese Arbeit schrieb viele Stunden entbehrte.

Jörg Haas

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b>	<b>5</b>
<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>7</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>12</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>14</b>
<b>1. Sonderstellung der Krankenhauswirtschaft</b>	<b>15</b>
1.1 Einleitung und Problemstellung	15
1.2 Methodologischer Bezugsrahmen	19
1.2.1 Realität und Modell	19
1.2.2 Partial- und Totalanalyse	19
1.2.3 Marginal- und Durchschnittsbetrachtung	20
<b>2. Historische, rechtliche und wirtschaftliche Rahmenbedingungen</b>	<b>24</b>
2.1 Historische Rahmenbedingungen im bundesdeutschen Krankenhauswesen	24
2.1.1 Krankenhausgeschichte von 1948 bis 1972	24
2.1.2 Krankenhausgeschichte von 1972 bis 1992	28
2.2 Rechtliche Rahmenbedingungen im bundesdeutschen Krankenhauswesen	32
2.2.1 Rechtliche Rahmenbedingungen bis zum GSG 1993	32
2.2.2 Rechtliche Änderungen in Folge des GSG 1993 und der BPflV 1995	37
2.3 Wirtschaftliche Rahmenbedingungen im bundesdeutschen Krankenhauswesen	49
2.3.1 Gemeinwirtschaftliche Struktur bis Ende 1992	49
2.3.2 Erwerbswirtschaftliche Struktur in Folge des GSG 1993 und der BPflV 1995	57
2.3.3 Auswirkungen der veränderten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen	64
2.3.3.1 Auswirkungen auf die Ausgestaltung des "ökonomischen Prinzips"	64
2.3.3.2 Auswirkungen auf die Ausgestaltung der Institution "Krankenhaus"	66
2.3.3.3 Auswirkungen auf die Bezeichnung der Wissenschaftsdisziplin	69
2.3.3.4 Auswirkungen auf das Krankenhauswesen im allgemeinen	70

<b>3. Krankenhauswirtschaftliche Kostenlehre</b>	<b>72</b>
3.1 Grundlagen und Begriffe der krankenhausewirtschaftlichen Kostenlehre	72
3.1.1 Sachlogische Stellung des Kostenproblems	74
3.1.2 Sachlogische Gliederung der Kostenlehre	78
3.2 Kosten- und Leistungsbegriffe in der Krankenhauswirtschaft	83
3.2.1 Krankenhauswirtschaftlicher Kostenbegriff	86
3.2.2 Abgrenzung der "externen Kosten" von den "internen Kosten"	100
3.2.3 Krankenhauswirtschaftlicher Leistungsbegriff	106
3.2.4 Abgrenzung der "externen Leistungen" von den "internen Leistungen"	111
3.2.5 Abhängigkeit der Leistungen von den Kosten	113
3.3 Kosten- und Leistungstheorie in der Krankenhauswirtschaft	114
3.3.1 Restriktionen und Hypothesen in der Kostentheorie sowie deren Entsprechung in der Kostenrechnung	118
3.3.1.1 Modellrestriktionen in Bezug auf die Randbedingungen	119
3.3.1.2 Hypothesen über Kostenverläufe und deren Entsprechung in der Kostenrechnung	123
3.3.1.2.1 Anzahl und Art unabhängiger Kostenbestimmungsfaktoren	123
3.3.1.2.2 Anzahl unabhängiger Variablen	128
3.3.1.2.3 Lineare und nichtlineare Funktionsverläufe	129
3.3.1.2.4 Beispiel eines Progressions- und Degressionseffektes	133
3.3.2 Aufhebung der kostentheoretischen Prämisse "statischer Fristigkeit"	134
3.3.2.1 Grundlagen eines <i>dynamischen</i> kostentheoretischen Ansatzes	134
3.3.2.1.1 Analyse der Preiskomponente	135
3.3.2.1.1.1 Analyse der Prämisse fester Planpreise	135
3.3.2.1.1.2 Anpassung der Leistungs-Grenzkosten an Planpreisänderungen	136
3.3.2.1.1.3 Anpassung der Leistungs-Grenzkosten in der Primärkostenrechnung	138
3.3.2.1.2 Analyse der Mengekomponente	139
3.3.2.1.2.1 Analyse der Prämissen des Mengengerüsts	139
3.3.2.1.2.2 Anpassung der Leistungs-Grenzkosten an Änderungen im Mengengerüst	146
3.3.2.2 Grundlagen eines <i>mehrperiodischen</i> kostentheoretischen Ansatzes	149
3.3.2.2.1 Relevanz fixer Kosten in der Krankenhauswirtschaftslehre	150
3.3.2.2.2 Verknüpfung von Kostenrechnung und Investitionsrechnung	154

3.3.2.2.3 Berücksichtigung von Vor- und Nachleistungskosten	156
3.3.2.3 Beurteilung der Ansätze zur Aufhebung einer statischen Fristigkeit	159
3.3.2.3.1 Beurteilung des <i>dynamischen</i> kostentheoretischen Ansatzes	160
3.3.2.3.2 Beurteilung der <i>mehrperiodischen</i> kostentheoretischen Ansätze	163
3.4 Kosten- und Leistungsrechnung in der Krankenhauswirtschaft	166
3.4.1 Stand der Kosten- und Leistungsrechnung in der Praxis	166
3.4.1.1 Ergebnisbericht der empirischen Untersuchung: Teil A	168
3.4.1.2 Ergebnisbericht der empirischen Untersuchung: Teil B	174
3.4.1.3 Ergebnisbericht der empirischen Untersuchung: Teil C	176
3.4.2 Methodologische Orientierung	177
3.4.2.1 Basissystem: Flexible (Grenz-)Plankosten- und Leistungsrechnung	180
3.4.2.2 Ergänzung: Prozeßkonforme Sekundärkostenrechnung	181
3.4.2.3 Ergänzung: Stufenweise Fixkostendeckung	182
3.4.2.4 Ergänzung: Dynamische Plankostenrechnung	183
3.4.3 Aufgaben und Ziele	184
<b>4. Entwicklung einer Kosten- und Leistungsrechnung für öffentlich geförderte Krankenhausunternehmen ab 1996/98</b>	<b>189</b>
4.1 Flexible, prozeßkonforme und dynamische Plankostenrechnung auf Teil- und Vollkostenbasis in Parallelrechnung	189
4.1.1 Grundlagen und Begriffe der krankenhausewirtschaftlichen Kostenrechnung	193
4.1.1.1 System der Kostenarten, Kostenstellen und Kostenträger	193
4.1.1.1.1 Primäre und sekundäre Kostenarten	193
4.1.1.1.1.1 Primäre Kostenarten	194
4.1.1.1.1.2 Sekundäre Kostenarten	203
4.1.1.1.2 Primäre und sekundäre Kostenstellen	207
4.1.1.1.2.1 Methodik der Kostenstellenabgrenzung im Krankenhaus	207
4.1.1.1.2.2 Systematik der Kostenstellengliederung	209
4.1.1.1.2.3 Kostenstellenplan eines Musterkrankenhauses	212
4.1.1.1.3 Primäre und sekundäre Kostenträger	216
4.1.1.2 System der Bezugsgrößen	222

4.1.1.2.1 Festlegung von Bezugsgrößen zur Primärkostenverrechnung	224
4.1.1.2.2 Festlegung von Bezugsgrößen zur Sekundärkostenverrechnung	225
4.1.1.2.3 Festlegung von Bezugsgrößen zur Sekundärkostenkalkulation	230
4.1.1.3 System der Festpreise	234
4.1.1.3.1 Planpreise	236
4.1.1.3.2 Innerbetrieblicher Verrechnungspreis	238
4.1.1.3.3 Plankalkulationspreis (-satz)	244
4.1.1.3.4 Behandlung von Preisabweichungen	246
4.1.1.3.5 Kritik am System jahresbezogener konstanter Festpreise	248
4.1.1.4 System der analytischen Kostenplanung	251
4.1.1.4.1 Kostenplanung als Mengengerrechnung	252
4.1.1.4.2 Planung sprungfixer Kosten	257
4.1.1.5 System der planmäßig-analytischen Kostenauflösung	258
4.1.1.5.1 Wesen und Entscheidungsrelevanz fixer und proportionaler Kosten	258
4.1.1.5.2 Planmäßig-analytische Kostenauflösung	259
4.1.2 Primärkostenrechnung	263
4.1.2.1 Primärkostenverrechnung	263
4.1.2.2 Primärkostenkalkulation	264
4.1.3 Herkömmliche Sekundärkostenrechnung	265
4.1.3.1 Sekundärkostenverrechnung	265
4.1.3.2 Sekundärkostenkalkulation	267
4.1.4 Prozeßkonforme Sekundärkostenrechnung	273
4.1.4.1 Kontroverse Diskussion über das prozeßkonforme Rechnen	274
4.1.4.2 Methodische Unterschiede beim prozeßkonformen Rechnen	277
4.1.4.2.1 Methodisches Vorgehen der herkömmlichen Sekundärkostenrechnung	278
4.1.4.2.2 Methodisches Vorgehen des prozeßkonformen Rechnens	280
4.1.4.3 Funktionsweise der prozeßkonformen Sekundärkostenrechnung	281
4.1.4.3.1 Abgrenzung des Einsatzbereiches	281
4.1.4.3.2 Bestimmung der Prozesse und Prozeßbereiche	283
4.1.4.3.3 Bestimmung der Prozeß-Bezugsgrößen	284
4.1.4.3.4 Planung der Prozeßartenkosten und Bestimmung der Prozeß-Kostensätze	285
4.1.4.3.5 Kostenauflösung bei Prozeßartenkosten	289

4.1.4.3.6 Kontrolle der Prozeßkosten am Ort der Leistungserstellung	291
4.1.4.3.7 Prozeßkonforme Sekundärkostenkalkulation	292
4.1.4.3.8 Zusammenfassender Methodenüberblick	293
4.1.4.4 Beurteilung der prozeßkonformen Sekundärkostenrechnung im Krankenhausunternehmen	295
4.1.4.4.1 Ermittlungsaufwand bei prozeßkonformer Rechnung	295
4.1.4.4.2 Kalkulation "halbfertiger Leistungen" als Kostenträger in Mischkostenstellen	295
4.1.4.4.3 Integration in die flexible Plankostenrechnung auf Teilkostenbasis	297
4.1.4.4.4 Degressionseffekt beim prozeßkonformen Rechnen	298
4.1.4.4.5 Progressionseffekt beim prozeßkonformen Rechnen	300
4.1.5 Stufenweise Fixkostendeckung	301
4.1.5.1 Differenzierung der Fixkosten nach der Zurechenbarkeit und Wandelbarkeit	303
4.1.5.2 Voraussetzungen der stufenweisen Fixkostendeckung	309
4.1.5.3 Relevanz der stufenweise Fixkostendeckung im Krankenhaus	310
4.1.6 Dynamische Plankostenrechnung	316
4.2 Planleistungsrechnung auf Basis der flexiblen Plankostenrechnung	320
4.2.1 Sekundärleistungsrechnung als <i>innerbetriebliche Leistungsrechnung</i>	321
4.2.2 Primärleistungsrechnung als <i>Erlösrechnung</i>	322
4.2.3 Primär-/Sekundärleistungsrechnung als <i>Bestandsrechnung</i>	330
4.3 Integration der flexiblen Plankosten- und Leistungsrechnung in das Gesamtmodell eines Krankenhauses	331
<b>5. Schlußbetrachtung</b>	<b>337</b>
5.1 Weiterführende Aspekte	337
5.2 Schlußbemerkung	341
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>345</b>
Gesetze, Verordnungen, Urteile	371
Institutionen, Gutachten, Statistiken	372
<b>Stichwortverzeichnis</b>	<b>373</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1.:	Rahmenbedingungen in der bundesdeutschen Krankenhauswirtschaft	23
Abb. 2.:	Ziele der Kosten- und Leistungsrechnung im Krankenhaus nach KHG, BPfIV, AbgrV und KHBV in der bis zum 31.12.1992 gültigen Fassung	36
Abb. 4.:	Sachlogische Beziehungen zwischen den Teilbereichen der Kostenlehre	79
Abb. 5.:	Abgrenzung von Ausgaben - Aufwendungen - Kosten im öffentlich geförderten Krankenhauswesen	105
Abb. 6.:	Abgrenzung von Einnahmen - Erträge - Leistungen im öffentlich geförderten Krankenhauswesen	112
Abb. 7.:	Systeme der Einflußfaktoren	124
Abb. 8.:	Kostenfunktion $K = f[x(t_j, \bar{d}_j, j)]$ bei zeitlicher, quantitativer und intensitätsmäßiger Anpassung	126
Abb. 9.:	Proportionaler beschäftigungs- und prozeßmengen-abhängiger Kostenverlauf	132
Abb. 10.:	Aufgaben der Plankostenrechnung im Krankenhaus	184
Abb. 11.:	Entscheidungsbereiche im Krankenhaus mit ihren Dispositionsmöglichkeiten	187
Abb. 12.:	Flexible Plankostenrechnung auf Teil- und Vollkostenbasis im Krankenhaus	188
Abb. 13.:	Kostenverteilung eines Akutkrankenhauses	195
Abb. 14.:	Verteilung der Personalkosten eines Akutkrankenhauses	196
Abb. 15.:	Verteilung der Sachkosten eines Akutkrankenhauses	197
Abb. 16.:	Verteilung der Kosten des medizinischen Bedarfs eines Akutkrankenhauses	198

Abb. 17.: Systematik der primären Kostenarten im Krankenhaus	202
Abb. 18.: Musterplan der sekundären Kostenarten im Krankenhaus	206
Abb. 19.: System der primären und sekundären Kostenstellengliederung	209
Abb. 20.: Musterplan der Kostenstellen im Krankenhaus	215
Abb. 21.: Betrachtungsebenen der Bezugsobjekte <i>Patient, Fall</i> und <i>Kostenträger</i>	221
Abb. 22.: System der Kostenbestimmungsfaktoren im Krankenhaus	224
Abb. 23.: Varianten der Bezugsgrößenzuordnung	227
Abb. 24.: Musterplan der Bezugsgrößen zur Sekundärkostenverrechnung	230
Abb. 25.: Begriffe und Zusammenhänge der flexiblen Plankostenrechnung	233
Abb. 26.: Struktur der dargelegten Sekundärkostenverrechnung	240
Abb. 27.: Künstlich proportionalisierte Sollkostenkurve einer intervallfixen Personalkostenart	257
Abb. 28.: Kalkulationsschematas zur Kostenträgerkalkulation (Abb. 28a) und Deckungsbeitragskalkulation (Abb. 28b)	262
Abb. 29.: Prozeßkonforme Sekundärkostenrechnung auf Teil- und Vollkostenbasis im Krankenhaus	272
Abb. 30.: Integration von Elementen der Prozeßkostenrechnung in das System der flexiblen Plankostenrechnung bei Krankenhäusern	282
Abb. 31.: Systematisierung der angewendeten Elemente der Prozeßkostenrechnung	294
Abb. 32.: Stufenweise Verrechnung von fixen Kosten	304
Abb. 33.: Systematik der Leistungsrechnung	319
Abb. 34.: Musterplan der primären Leistungsarten (konform zu Anlage 4 KHBV)	327

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AbgrV	Abgrenzungsverordnung
Abs.	Absatz
BG-NT	Berufsgenossenschaft - Normaltarif
BpflV	Bundespflegesatzverordnung
BMÄ	Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen
CT	Computertomograph
DKG-NT	Deutscher Krankenhausgesellschaft - Normaltarif
EBM	Einheitlicher Bemessungsmaßstab
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten International Classification of Diseases
ICPM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten International Classification of Diseases
KHBV	Krankenhausbuchführungsverordnung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
MR	Kernspintomograph
OP	Operation
PPR	Pflegepersonalregelung
PET	Positionen-Emissions-Computer-Tomographen
CO	Cobol- 60 -Gerät
LIT	Lithotripter
usw.	und so weiter
z.B.	zum Beispiel

# 1. Sonderstellung der Krankenhauswirtschaft

## 1.1 Einleitung und Problemstellung

Das Gesundheitswesen wird zunehmend Gegenstand ökonomischer Diskussion, bei der eine marktwirtschaftlich wettbewerbliche Konzeption zur Marktsteuerung nicht mehr generell ausgeschlossen wird.<sup>1</sup> Wurden in der Vergangenheit gesundheitsökonomische Fragestellungen vernachlässigt,<sup>2</sup> so ist in dieser Hinsicht in den letzten Jahren ein Wandel festzustellen. Zurückzuführen ist dies auf Veränderungen der gesellschaftlichen Wertvorstellung. Bisher stand die normative Forderung, alle Maßnahmen einzuleiten, die das Leben und die Gesundheit des einzelnen Menschen ohne Rücksicht auf finanzielle Aufwendungen sichern und erhalten, im Fordergrund.<sup>3</sup> Demgegenüber wird derzeit vermehrt die Knappheit an physischen Ressourcen erkannt, wobei die Kosten für das Gesundheitswesen mit allen übrigen Verwendungsweisen des Volkseinkommens konkurrieren.<sup>4</sup>

In den letzten zwanzig Jahren ist der Anteil des Volkseinkommens, der für das Gesundheitswesen verwendet wurde, kontinuierlich angestiegen. Jährlich werden in der Bundesrepublik Deutschland mehr als 16 Millionen Patienten stationär behandelt.<sup>5</sup> Insgesamt waren am 31.12.1993 im stationären Bereich 1.232.000 Personen in 3.599 Kran-

---

<sup>1</sup> Siehe *Schulte, G.*, 1993; *Rüfner, W.*, 1993; *Grupp, R.*, 1993; *Haas, J.*, 1993a, 1993b und 1993c; *Dahm, A.*, 1992; *Westphal, E.*, 1992; *Neubauer, G./Demmler, G.*, 1992; *Seehofer, H.*, 1992 sowie die Entschließung des Deutschen Bundestages [Drucksache 12/3930] die mit den Stimmen von CDU, FDP und SPD verabschiedet wurde. Bereits frühzeitig *Wiemeyer, J.*, 1984, 177.

<sup>2</sup> *Wiemeyer, J.*, 1984, 9.

<sup>3</sup> In Artikel 20 GG wird die Bundesrepublik Deutschland als "demokratischer und sozialer Bundesstaat" bezeichnet. Hieraus leitete man das Sozialstaatspostulat ab, das in den letzten dreißig Jahren zunehmend mit den Grundrechten verbunden wurde. Es folgte eine Umformulierung der Grundrechte, die nicht mehr als Abwehrrechte gegenüber dem Staat, sondern als soziale Teilhaberrechte oder soziale Grundrechte definiert wurden. Die "sozialen Grundrechte" [so *Wiemeyer, J.*, 1984, 168] bieten dann die Basis, konkrete sozialpolitische Maßnahmen, die von der Verfassung zwingend vorgeschrieben sind, abzuleiten [siehe *Kirch, G.*, 1992, 13].

<sup>4</sup> Beispielsweise könnten die finanziellen Mittel für eine Erhöhung der Sozialleistungen, des Arbeitslosengelds, für Beschäftigungsprogramme, ein erhöhtes Einkommen usw. verwendet werden. Bereits frühzeitig diskutierte *Schreiber, W.*, 1971, 186 - 202 die Grenze zwischen der Erhaltung des morbiden Lebens und den Ansprüchen der Gesunden. Dementgegen fördern gesundheitserhaltende Maßnahmen die Erhaltung von Humankapital in der Gesellschaft, da der Volkswirtschaft die Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal bewahrt bleibt. Siehe zur Humankapitaltheorie *Sadowski, D.*, 1980, 10-30 und 1991, 127-141.

<sup>5</sup> Beispielsweise wurden in 1992: 16.749.707 und in 1993: 16.928.026 stationäre Patienten im gesamten Bundesgebiet behandelt (Fallzahl). Siehe *Statistisches Bundesamt*, 1995, 12.