

## Finanzielle Aspekte des Gesundheitswesens

Autor(en): Aldo Buser  
Quelle: Basler Stadtbuch  
Jahr: 1981

<https://www.baslerstadtbuch.ch/.permalink/stadtbuch/af3c881d-3fd7-4440-b3d6-d8f4ed232b04>

### Nutzungsbedingungen

Die Online-Plattform [www.baslerstadtbuch.ch](http://www.baslerstadtbuch.ch) ist ein Angebot der Christoph Merian Stiftung. Die auf dieser Plattform veröffentlichten Dokumente stehen für nichtkommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung gratis zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrücke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger schriftlicher Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des vorherigen schriftlichen Einverständnisses der Christoph Merian Stiftung.

### Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Die Online-Plattform [baslerstadtbuch.ch](http://www.baslerstadtbuch.ch) ist ein Service public der Christoph Merian Stiftung.

<http://www.cms-basel.ch>

<https://www.baslerstadtbuch.ch>

---

Aldo Buser

# Finanzielle Aspekte des Gesundheitswesens

---

Wie schön wäre es doch, könnte man die Kosten des Gesundheitswesens mit der von einem amerikanischen Satiriker abgegebenen Erklärung abtun, nämlich: «The high costs do not lie in the system but in the ill-conceived design of the human body.» Mit diesem Hinweis auf Fehler beim Schöpfungsakt würde die Diskussion über Kosten anders geführt. Die Dinge liegen leider nicht so einfach; mag man auch davon ausgehen, dass das Design des Menschen nicht in allen Teilen perfekt ist, so stehen wir doch vor einem Wunderwerk der Schöpfung, zu welchem es Sorge zu tragen gilt, weil es verletzbar, für Krankheiten anfällig, letztlich aber vergänglich ist. In diesem Kontext sind die Medizin, ihre Entwicklung und allenfalls ihre Grenzen zu sehen. Mit der Einführung der naturwissenschaftlichen Erkenntnisse in die Medizin, mit der konsequenten Erforschung des menschlichen Organismus und der Psyche des Menschen ist die Heilung gefährlicher Krankheiten und Verletzungen, aber auch ihre Verhütung, möglich geworden. Parallel dazu hat sich gesellschaftspolitisch ein Recht auf Behandlung entwickelt; ein Recht, welches heute derart selbstverständlich ist, dass leicht vergessen wird, dass dieses vor noch nicht allzu langer Zeit nicht bestanden hat. Der medizinische Fortschritt und das Recht auf Behandlung – beides grundsätzlich zu bejahen – haben aber auch Probleme geschaffen. Ein gewichtiges Problem ist sicher die Finanzierung des entsprechenden Auf-

wandes. In einer Zeit steigender Realerträge wurde der sich erhöhende Aufwand wohl registriert, gab aber zu keinen besonderen Sorgen Anlass. Dies vor allem auch, weil in dieser Wachstumsphase die Erfüllung anderer Gemeinschaftsaufgaben noch gesichert war. Da nun aber die Gesundheitskosten einen anhaltend wachsenden Anteil des Brutto sozialprodukts beanspruchen, ist die Öffentlichkeit alarmiert. Die Suche nach den Gründen, nach den «Schuldigen», hat begonnen. Die Spitäler, die ungefähr die Hälfte des Gesamtaufwandes verursachen, wurden in den Kreis der «Schuldigen» eingereicht. Unter den Spitälern sind es speziell die Universitätsspitäler, die aufs Korn genommen werden.

Nachfolgend wollen wir am Beispiel des Kantonsspitals Basel versuchen, die Entwicklung, die zur heutigen Situation geführt hat, auszu-leuchten, um so, zumindest andeutungsweise, auf ein paar Ungereimtheiten in unserem Gesundheitswesen hinzuweisen.

## *Historischer Rückblick*

Damit wir einen Eindruck von den Veränderungen im Spitalwesen seit Anfang des Jahrhunderts bekommen, sei kurz auf das Jahr 1910 zurückgeblendet. Der Kanton Basel-Stadt zählte damals 134 670 Einwohner. Das Bürgerspital führte eine medizinische Abteilung (einschliesslich Hautabteilung und Absonderung) mit 346 Betten, eine chirurgische Abteilung mit 183 Betten, eine otologische

Abteilung mit 36 Betten, ein Versorgungshaus mit 25 Betten, total 590 Patientenbetten. Das Pfrundhaus umfasste insgesamt 324 Pfründerbetten. Zum Bürgerspital gehörten zudem die Pathologische Anstalt und die Apotheke. Die Zahl der Eintritte in die Krankenhausabteilungen betrug im Jahre 1910 4988.

Die nachstehende Aufstellung gibt Auskunft über die Zahl der damals aufgewendeten Pfl egetage und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Patient:

	Pfl egetage	durchschnittliche Aufenthaltsdauer
Medizin	63 943	36,2
Absonderung	16 129	49,2
Haut	13 795	32,0
Chirurgie	55 798	26,0
Otologie	8 522	15,3
Unheilbare	7 303	–
<b>Total Krankenhaus</b>	<b>165 490</b>	<b>31,8</b>

Im Pfrundhaus wurden 105 527 Pfl egetage für durchschnittlich 289 Pfründer registriert.

Das Bürgerspital beschäftigte in diesem gleichen Jahr 1910 folgendes Personal:

Ärztlicher Dienst einschl. Apotheker	33*
Pflegedienst	123
Spezialdienste	18
Ökonomiepersonal	103
Handwerker	22
Verwaltung	14
<b>Total</b>	<b>313</b>

\* davon 5 Oberärzte (= Chefärzte)

Die Betriebsrechnung 1910 sah folgendermassen aus:

<i>Ausgaben</i>	
Besoldungen und Löhne	Fr. 315 314.—
Haushaltung des Spitals	Fr. 537 110.73
Medizinische und chirurgische Kosten	Fr. 86 933.97
Armenherberge	Fr. 5 186.60
Bau- und Unterhaltskosten	Fr. 103 734.01
Diverses	Fr. 36 951.44
<b>Total</b>	<b>Fr. 1 085 230.75</b>
<i>Einnahmen</i>	
Zinsen	Fr. 256 488.65
Ertrag der Liegenschaften	Fr. 37 081.87
Beiträge*	Fr. 128 459.08
Kostgelder	Fr. 517 831.37
Verschiedenes	Fr. 25 012.65
<b>Total</b>	<b>Fr. 964 873.62</b>
<b>Defizit zu Lasten des Spitalvermögens</b>	<b>Fr. 120 357.13</b>

\* Beitrag des Staates an Kliniken Fr. 23 000.—



Bürgerspital, Anfang 1930er Jahre.

## Heutiges Bild

Den vorhergehenden Zahlen aus dem Jahre 1910 seien nun die entsprechenden aus dem Jahre 1980 gegenübergestellt, um einigermaßen ermessen zu lassen, welche Entwicklung im Spitalwesen stattgefunden hat.

Der Kanton Basel-Stadt zählte 1980 201 194 Einwohner. Im Kantonsspital werden heute nachstehende Abteilungen geführt:

- Departement Innere Medizin (mit 11 Spezialabteilungen)
- Departement Chirurgie (mit 5 Spezialkliniken)
- Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie (Frauenklinik)
- Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
- Dermatologische Klinik
- Neurologische Klinik
- Medizinisch-geriatrische Klinik
- Psychiatrische Poliklinik
- Departement Anästhesie
- Institut für medizinische Radiologie (Diagnostik, Strahlentherapie, Nuklearmedizin)
- Institut für Pathologie



Klinikum 2, 1981.

- Zentrallaboratorien (Klinisch-chemisches, hämatologisches, bakteriologisches, Gerinnungs-, endokrinologisches Labor)
- Institut für physikalische Therapie
- Institut für Ergotherapie
- Institut für Stimm- und Sprachtherapie
- Apotheke
- Departement Forschung

Daneben sind im Laufe der Zeit 6 Spitalberufsschulen eröffnet worden.

Der Bettenbestand der im Kantonsspital zusammengefassten Kliniken betrug am 31. Dezember 1980 1202.

Die Zahl der stationär betreuten Patienten belief sich 1980 auf 23 795 gegenüber 4988 im Jahre 1910, die der aufgewendeten Pflgetage auf 319 789 bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer des Patienten von 12,44 Tagen. Im Jahre 1910 gab es drei Polikliniken, im Jahre 1980 deren zehn.

<i>Polikliniken</i>	Anzahl Patienten	Anzahl Konsultationen
1910	11 004	48 556
1980	106 333	305 454

Bei den Zahlen für das Jahr 1980 gilt es zu beachten, dass die in den Spezialambulatorien ambulant untersuchten Patienten in den erwähnten Zahlen nicht enthalten sind.

Das Kantonsspital beschäftigte Ende 1980 folgendes Personal:

Ärztlicher Dienst	424,70
Pflegedienst	1 016,40
Spezialdienste	837,15
Ökonomiepersonal	607,50
Handwerker	113,50
Lehrpersonal der Schulen	34,50
Verwaltung	173,30
<b>Total</b>	<b>3 206,60</b>

Dazu kamen noch 546 Schüler in den verschiedenen Spitalberufsschulen.

Die Betriebsrechnung 1980 schloss wie folgt ab:

	Rechnung 1980 Fr.
<i>Aufwand</i>	
Besoldungen und Löhne	151 705 378.10
Arzthonorare	9 927 281.58
Sozialleistungen	26 165 771.50
Medizinischer Bedarf	25 204 179.21
Lebensmittelaufwand	4 041 221.05
Haushaltaufwand	8 627 626.36
Erneuerung, Unterhalt und Reparaturen von Immobilien	5 315 608.76
Ersatz und Neuanschaffungen von Mobilien	7 460 302.48
Unterhalt und Reparaturen von Mobilien	2 085 308.29
Werkstattmaterial und Werkzeuge	912 222.84
Aufwand für Energie und Wasser	8 752 957.30
Mietzinsaufwand	1 046 186.85
Büro- und Verwaltungsspesen	3 828 018.23
Versicherungen und übriger Aufwand	2 096 300.—
	257 168 362.55
<i>Ertrag</i>	
Steuern	53 608 067.21
Arzthonorare	10 700 335.87
Medizinische Nebenleistungen	10 496 316.05
Spezialinstitute	25 732 418.09
Polikliniken	8 078 425.44
Diverse Leistungen an Patienten	438 938.10
Miet- und Kapitalzinsenertrag	2 079 766.50
Beiträge und Subventionen	20 357 738.35
Leistungen an Personal und Dritte	6 204 933.73
	137 696 939.34
<i>Zusammenstellung</i>	
Aufwand	257 168 362.55
Ertrag	137 696 939.34
<i>Betriebsdefizit</i>	119 471 423.21

### Einige Schlussfolgerungen

Der Vergleich der Zahlen aus dem Jahre 1910 mit denjenigen von 1980 mag einem wohl auf den ersten Blick den Atem stocken lassen. Auffallend ist der verhältnismässig sehr geringe Aufwand für das Personal. Das Pflegepersonal arbeitete damals praktisch für Gottes Lohn, das heisst neben freier Kost und Logis bekam es keinen Barlohn. Ein Assistenzarzt erhielt nach einer kurz zuvor durchgeführten Besoldungsrevision nebst freier Station je nach Alter noch Fr. 75.– bis Fr. 175.– pro Monat. Der Obermechaniker verdiente Fr. 175.– bis Fr. 275.– im Monat, lebte jedoch ausserhalb des Spitals und hatte seinen eigenen Haushalt zu führen. Gar nicht bekannt waren damals Sozialleistungen wie AHV-Beiträge, Pensionskassenbeiträge usw., die 1980 den Betrag von 26 Mio. oder beachtliche 10% des gesamten Spitalaufwandes ausmachten. Man kann somit feststellen, dass der Spitalaufwand durch die Geldentwertung einerseits und die moderne Sozialgesetzgebung andererseits stark in die Höhe getrieben worden ist.

Weitere Faktoren, die nichts mit der Medizin und ihrer Entwicklung zu tun haben, waren die Erhöhung der Reallöhne des Spitalpersonals auf ein marktkonformes Niveau einerseits und die Reduktion der wöchentlichen Arbeitszeit von früher 60 auf heute 44 Stunden pro Woche andererseits. Dazu kam die Anpassung des Ferienanspruches des Spitalpersonals an landesübliche Verhältnisse. Es wird wohl kaum jemand ernsthaft die Berechtigung dieser Anpassungen in Frage stellen wollen. Sie waren notwendig, erfolgten aber relativ spät und wirkten sich dadurch in finanzieller Hinsicht kumulativ aus, um so mehr als sie mit der Entwicklung der Medizin, im besonderen mit ihrer Spezialisierung zusammenfielen. Dass nun aber auch die Spezialisierung



Operation mit Herz-Lungen-Maschine.

und, mit ihr einhergehend und sie fördernd, die Fortschritte in der Medizin-Technik zum Ansteigen der Spitalkosten beigetragen haben, ist offensichtlich. Mit dem vorstehend Gesagten wurde lediglich dargelegt, dass es falsch wäre, die Kostenentwicklung ausschliesslich auf die Spezialisierung zurückführen zu wollen. Mit Schlagworten «Spitzenmedizin», «Medizinische Maximalversorgung» als Verursacher der «Kostenexplosion» wird die Verwirrung um die Gesamtkosten des Gesundheitswesens und deren Finanzierung höchstens vergrössert, aber keine Lösung erreicht. Davon einmal abgesehen, ist einzugestehen,

dass die Spitäler bzw. ihre Träger es lange Zeit unterlassen haben, das für eine sachliche Diskussion notwendige ökonomische Zahlenmaterial ausreichend differenziert zu liefern. Wie weiter oben aufgezeigt, ist die Rechnungsdarstellung im Jahre 1980 praktisch die gleiche geblieben wie im Jahre 1910. Mit einer nach Kostenarten gegliederten Rechnung sind bei der heute sehr weitgehenden Differenzierung der Medizin eine Kostenüberwachung, die Feststellung der Kosten einzelner Leistungen oder Kosten-Nutzen-Überlegungen nicht durchzuführen.

### *Die Kostenrechnung*

Die Spitäler sind deshalb in den letzten Jahren daran gegangen, ihr Rechnungswesen auszubauen. Die Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser (VESKA) hat auch in diesem Falle Schrittmacherdienste geleistet, indem sie ein schweizerisches Modell für eine Spital-Kostenrechnung ausarbeiten liess. Nach Einführung der Kostenrechnung präsentiert sich das Rechnungswesen schematisch dargestellt wie folgt:

Rechnungswesen	
Finanzbuchhaltung	Kostenrechnung
Aktiven	Kostenstellenrechnung
Passiven	Kostenträgerrechnung
Aufwand	Kalkulation
Ertrag	
Budget	

Das Neue ist, dass im Rahmen der Kostenrechnung die Kosten der verursachenden Stelle direkt belastet werden. Können Kosten nicht direkt einer Hauptkostenstelle zugeordnet werden, so werden sie einer oder meh-

ren allgemeinen Kostenstellen belastet. Mittels Schlüsselzahlen werden die auf diesen allgemeinen Kostenstellen zusammengefassten Kosten auf die Hauptkostenstellen umgelegt. Mit Hilfe des Betriebsabrechnungsbogens kommt man zur Feststellung der Kosten pro Kostenstelle und gewinnt damit beispielsweise genaue Angaben über die Durchschnittskosten pro Pflgetag oder pro Konsultation. Mit der Einführung der Kostenrechnung im Kantonsspital ist im Jahre 1977 begonnen worden. Wenn auch – aus Gründen unzureichender Erfassungs- und Verarbeitungsfazilitäten – die Kostenrechnung noch mittels einiger «Kunstgriffe» geführt werden muss und demzufolge die Ergebnisse noch nicht in allen massgeblichen Belangen die erforderlichen Unterlagen liefern, so hat doch die Kostenrechnung im Kantonsspital bereits zu einigen interessanten Erkenntnissen geführt.

#### *Eine notwendige Klarstellung*

Seit Jahr und Tag ist dem Kantonsspital Basel immer wieder vorgeworfen worden, es sei das teuerste Universitätsspital der Schweiz. In Zusammenarbeit mit dem Inseleppital Bern, von welchem gesagt wurde, es sei das billigste, konnte ein Betriebskostenvergleich angestellt werden. Das Ergebnis war, dass die Kosten pro Pflgetag beider Spitäler gleich hoch liegen. Damit konnte endlich ein die Verantwortlichen des Kantonsspitals belastender Vorwurf aus der Welt geschafft werden.

#### *Eine irrtümliche Annahme*

Lange Zeit ist man davon ausgegangen, dass die Einnahmen aus der ambulanten Tätigkeit den Aufwand decken würden. Obwohl noch nicht ausreichend dokumentierte Zahlen vorliegen, kann doch schon festgestellt werden, dass diese Annahme nicht zutrifft und der Kostendeckungsgrad ungenügend ist.

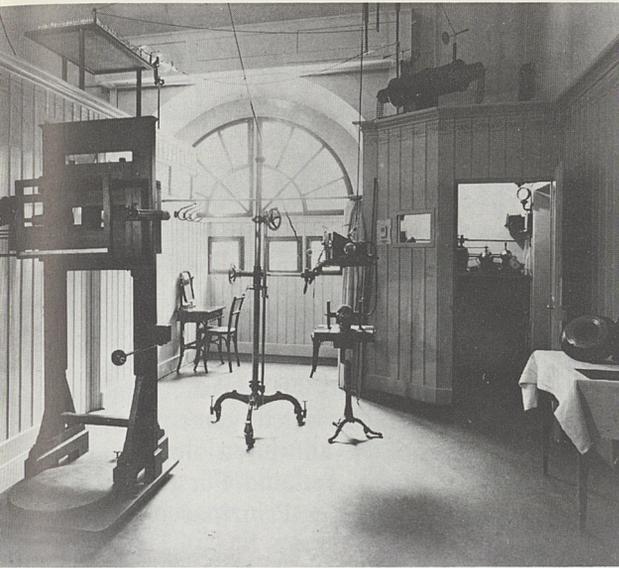
#### *Kosten spitzenmedizinischer Leistungen und ihre Abgeltung*

Die Kostenstellenrechnung gibt nun vermehrt die Möglichkeit, den Aufwand für spitzenmedizinische Leistungen zu erfassen und zu kontrollieren. In diesem Zusammenhang sei der Aufwand der medizinischen und der chirurgischen Intensivstation erwähnt.

Während sich die Kosten pro Pflgetag, über das ganze Spital gerechnet, im Jahre 1980 auf Fr. 541.80 bezifferten, beliefen sich die entsprechenden Zahlen für die chirurgische Intensivstation auf Fr. 2590.– (915 Patienten) und für die medizinische Intensivstation auf Fr. 1456.65 (2024 Patienten). Wie steht es mit der Abgeltung dieser Kosten? Ein im Kanton Basel-Stadt wohnhafter Patient bzw. seine Krankenkasse bezahlt an diese Kosten Fr. 120.–. In einen Fall beträgt somit der Kostendeckungsgrad 4,6%, im anderen Fall 8,2%. Über das ganze Spital gerechnet, beträgt der Kostendeckungsgrad der 3. Klasstaxe 22%.

#### *Rückbesinnung auf Grundwahrheiten*

Die vorstehenden Zahlen vermögen einen kleinen Einblick in die finanziellen Disproportionen unseres Gesundheitswesens zu geben. Man sucht und ruft nach Interventionsmechanismen, nach Kontrollinstitutionen (Gesundheitsrat, Ombudsmann) und glaubt damit das umgehen zu können, was wirklich not tut, nämlich auf die wahren Gründe hinzuweisen, die unser Gesundheitswesen in die heutige Situation geführt haben. Umfang und Zusammensetzung der Leistungen werden praktisch einseitig von der Angebotsseite bestimmt. Die Nachfrageseite wirkt in keiner Weise auf die Entwicklung ein; im Gegenteil, es bestehen im System Anreize, das Angebot immer voll zu konsumieren. Dem einzelnen



Röntgenanlagen aus der Frühzeit (oben) und heute (unten).



Konsumenten (= Patienten) erscheint dies legitim, denn er kann sich bezüglich Kosten lediglich orientieren an dem, was er an Prämien für seine Krankenversicherung und den ihm allenfalls aufgebürdeten Selbstbehalt selbst zu bezahlen hat. Dies ist nur ein Bruchteil der effektiven Kosten.

Unser Gesundheitswesen bzw. dessen Finanzierung ist aufgebaut auf dem Gedanken der Solidarität (jung/alt, Mann/Frau), des Risikoausgleichs und schliesslich auf dem Gedanken, dass jedermann sein Recht auf Behandlung auch nutzen kann. In diesem Zusammenhang muss daran erinnert werden, dass unser geltendes System im letzten Jahrhundert geschaffen worden ist. Dass seither, sei es auf dem Gebiete der Medizin, aber auch in allen anderen relevanten Gebieten, gewichtige Änderungen eingetreten sind, braucht wohl kaum belegt zu werden. Über die Tatsache, dass beispielsweise seit langem Patienten zu Sozialtarifen behandelt werden, deren Einkommens-/Vermögensverhältnisse dies nicht rechtfertigen, darf einfach nicht mehr hinweggesehen werden. Nur wenn es unter anderem gelingt, von der «schon fast krankhaften Irrationalität in der Wahrnehmung sozialpolitischer Probleme» (Prof. S. Borner) wegzukommen, besteht Aussicht, unser Gesundheitssystem wirklich zu sanieren. Es ist die Nachfrageseite, die letztlich zu bestimmen hat, wieviel «Medizin sie konsumieren will» und wieviel sie dafür zu bezahlen bereit ist. In die Finanzierung des Gesundheitssystems sollten somit wieder selbstregulierende Mechanismen eingebaut werden, die allein gewährleisten, dass sich die Entwicklung der Medizin und ihr Leistungsangebot an den Bedürfnissen der Bevölkerung orientiert. Der mit Sicherheit zu erwartende Vorwurf, dass damit der Gedanke der sozialen Krankenversicherung gefährdet würde, kann nicht akzeptiert werden. Es ginge

lediglich darum, vom heute geltenden «Giesskannen-Prinzip» wegzukommen.

### *Wirtschaftlichkeit – im Spital ein Fremdwort?*

Die vorstehenden Ausführungen dispensieren die verantwortlichen Mitarbeiter eines Spitals nicht, für eine wirtschaftliche Betriebsführung besorgt zu sein. Es gibt eine Reihe von Leistungen, die erbracht werden, die einen Marktpreis haben und damit eine Kontrolle der wirtschaftlichen Leistungserbringung möglich machen. Als Beispiel sei die Reinigung erwähnt, wo heute private Firmen ihre Dienste anbieten und es damit kontrollierbar ist, ob die entsprechenden Leistungen wirtschaftlich erbracht werden.

Mit der Automatisierung kann ebenfalls Besseres zur Rationalisierung beigetragen werden. Aber gerade in diesem Zusammenhang zeichnen sich Grenzen ab. Es gilt zu bedenken, dass der Patient während seines Spitalaufenthaltes in eine ihm fremde Welt versetzt wird, eine Welt, die für ihn nicht immer nach einsehbaren und verständlichen Kriterien organisiert ist. Mit Rücksicht auf den Patienten muss deshalb bei allen Rationalisierungsbemühungen immer wieder darauf geachtet werden, dass den individuellen Bedürfnissen des Patienten Rechnung getragen wird. Der Menschlichkeit im Spital wird deshalb zu Recht grosse Bedeutung beigemessen; aber gerade sie steht einer Ausschöpfung aller Rationalisierungsmöglichkeiten im Wege. Diese sind somit in den Gebieten zu realisieren, die den Patienten nicht direkt betreffen, also vor allem in den Infrastrukturbereichen.

Alle für das Spitalwesen Verantwortlichen

sind bemüht, die Leistungserstellung auf wirtschaftliche Weise zu vollziehen. In vielen Fällen fehlt jedoch der objektive Massstab, um die Wirtschaftlichkeit zu messen, in anderen Fällen bildet der Patient die Barriere.

### *Neuer Weg – Leistungsauftrag an die Spitäler*

Wie bei den Schweizerischen Bundesbahnen wäre es denkbar, dass der Kanton Basel-Stadt seinen Spitälern einen klargestellten Leistungsauftrag erteilt und gleichzeitig festlegt, auf welche Weise die damit verbundenen Ausgaben zu finanzieren sind. Dabei wären jene Aufgaben auszuscheiden, welche gemeinwirtschaftlichen Charakter aufweisen und aus Steuergeldern zu finanzieren sind. Für alle übrigen Leistungen hätte das Prinzip der Kostendeckung zu gelten.

Einen ersten Schritt in dieser Richtung hat der Grosse Rat im neuen Spitalgesetz gemacht. Er hat festgelegt, dass bestimmte Spitäler Lehre und Forschung zu betreiben haben und dass der entsprechende Aufwand nicht den Patienten belastet werden darf. Dieser Aufgabenkomplex ist somit eindeutig als eine gemeinwirtschaftliche Aufgabe qualifiziert worden, die also aus allgemeinen Steuergeldern zu finanzieren ist. Dies ruft nun sofort nach Fragen, wie: Wieviel ist der Staat bereit, für diese Aufgaben auszulegen? Wieviele Medizinstudenten sollen ausgebildet werden? Zweifellos Fragen, die nicht einfach zu beantworten sind. Andererseits führt die Nichtbeantwortung auf die Dauer zu unhaltbaren Zuständen, sie mündet letztlich in die Erkenntnis, dass ein nicht armer Kanton wie Basel-Stadt über seine Verhältnisse lebt.