

Spezielle Auswirkungen des Krankenversicherungsgesetzes

Das 1996 in Kraft getretene Bundesgesetz über die Krankenversicherung zeitigt erste Wirkungen, und bereits lassen Zahlenanalysen zu den ersten drei Jahren der Gesetzesdurchführung verschiedene Effekte erkennen. Der vorliegende Artikel geht auf vier spezielle Wirkungsaspekte näher ein; diese betreffen: die Prämienrabatte für die (höheren) wählbaren Franchisen, die Auswirkungen von Preis und Menge auf die Gesundheitskosten, die durchschnittlichen Monatsprämien für Erwachsene nach Kantonen sowie die Korrelation zwischen Ärztedichte und Prämienhöhe auf kantonaler Ebene.

NICOLAS SIFFERT, LIC. SC. ÉCON., BUNDESAMT FÜR STATISTIK, NEUENBURG

Das BSV hat mehrere Forschungsprojekte über die Auswirkungen des KVG in Auftrag gegeben. Ein im Juni 2000 veröffentlichter Forschungsbericht¹ gibt Aufschluss über die Auswirkungen des KVG auf die Finanzierung der Krankenversicherung, des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit.

Gestützt auf die letzten verfügbaren statistischen Daten analysiert der Forschungsbericht die Kosten und deren Finanzierung sowie die Entwicklung der Prämien und der Kostenbeteiligung der versicherten Personen. Die Kosten des Gesundheitssystems werden nach den wichtigsten Leistungserbringern aufgeschlüsselt. Die Darstellung der Ausgaben erfolgt nach der Art der beanspruchten Güter und Leistungen. Die Finanzierung des Gesundheitssystems wird nach Kostenerstattern aufgezeigt sowie nach der jeweiligen Einheit, die für die Kosten effektiv aufkommt. Besonders dargestellt werden die Kosten und die Finanzierung der Spitäler, Pflegeheime und Spitex-Dienste.

Schliesslich werden die Einsparungen untersucht, die bei den Systemen der Ergänzungsleistungen und der Sozialhilfe als Folge neuer KVG-Leistungen und der Einführung des Prämienverbilligungssystems erwartet wurden.

Der Forschungsbericht zur KVG-Wirkungsanalyse wird in zwei verschiedenen Artikeln thematisiert: in dem vor kurzem veröffentlichten Artikel,² der die wichtigsten quantifizierbaren Auswirkungen des KVG bei den Ausgaben und Einnahmen der Krankenversicherung sowie bei der Finanzierung des Gesundheitswesens darlegt, und nun im vorliegenden Artikel, der vier spezielle Aspekte betrachtet:

- 1) **wählbare Franchisen und Prämienrabatte:** Auswirkung der wählbaren Franchise je nach Höhe der Prämie und der Ausgaben des Versicherten;
- 2) **Auswirkungen der Preise und der Mengen auf die Gesundheitsausga-**

ben: wie wirken sich Preis- und Mengenveränderungen auf die Gesundheitskosten für Medikamente, Ärzte und Spitäler aus?

3) **Monatsprämien nach Kanton:** die durchschnittlichen Monatsprämien für Erwachsene für den Betrachtungszeitraum von 1996–2000 und der jährlichen Veränderungen nach Kantonen;

4) **Ärztedichte und Krankenversicherungsprämien:** Korrelation zwischen der Ärztedichte (Allgemeinmediziner und Fachärzte) und der Prämienhöhe auf kantonaler Ebene.

Wählbare Franchisen und Prämienrabatte

Gemäss KVG können Versicherte ihre Prämien verbilligen, indem sie

Prämienrabatte bei wählbarer Franchise in den Jahren 1996–2000 1a

Erwachsene 1996–1997	
Franchise	max. Prämienrabatt in %
normal 150.–	—
1) 300.–	10 %
2) 600.–	20 %
3) 1200.–	35 %
4) 1500.–	40 %

Erwachsene 1998–2000	
Franchise	max. Prämienrabatt in %
normal 230.–	—
1) 400.–	8 %
2) 600.–	15 %
3) 1200.–	30 %
4) 1500.–	40 %

Darstellung der insgesamt vom Versicherten zu erbringenden Kostenbeteiligung 1b

Beispiel eines Erwachsenen mit einem Jahresrechnungsbetrag von Fr. 500.– und einer Monatsprämie von Fr. 212.– (schweizerischer Prämien Durchschnitt für das Jahr 2000)

Franchisen in Fr.	230.–	400.–	600.–	1200.–	1500.–
Rabatt-Höchstsätze in %	0 %	8 %	15 %	30 %	40 %
Jahresrechnungsbetrag	500.–	500.–	500.–	500.–	500.–
Franchise in Fr.	230.–	400.–	500.–	500.–	500.–
Selbstbehalt 10 % in Fr. (max 600.–)	27.–	10.–	—	—	—
Jahresprämie in Fr.	2544.–	2340.–	2162.–	1781.–	1526.–
Kostenbeteiligung total	2801.–	2750.–	2662.–	2281.–	2026.–
Differenz in Fr. zu Franchise von 230.–	—	–51.–	–139.–	–520.–	–775.–
Differenz in % zur Franchise von 230.–	—	–1,8 %	–4,9 %	–18,6 %	–27,7 %

sich anstelle der normalen gesetzlich vorgesehenen Franchise für eine frei wählbare entscheiden. **Tabelle 1a** verdeutlicht die seit 1996 geltenden Prämienrabatte (eine Änderung der Franchisen und der damit verknüpften Preisabschläge wurde im Jahr 1998 eingeführt).

Tabelle 1b verdeutlicht die insgesamt vom Versicherten zu erbringende Kostenbeteiligung anhand eines für das Jahr 2000 gültigen Beispiels. Die Kostenbeteiligung setzt sich zusammen aus der Prämie, der Franchise und dem Selbstbehalt der versicherten Person, welcher vom Jahresbetrag der Kosten für medizinische Leistungen abhängt.

Es ist interessant, den jährlichen Differenzbetrag zu ermitteln, welcher sich für eine Person mit wählbarer Franchise im Vergleich zu Versicherten mit ordentlicher Franchise von 230 Franken ergibt. Mit einer durchschnittlichen Prämie von 212 Franken (schweizerischer Durchschnitt für das Jahr 2000) schneidet eine versicherte Person bei einer wählbaren Franchise von 400 oder 600 Franken immer gut ab, und nur mit einem Jahresrechnungsbetrag von 1000 bzw. 1300 Franken und wählbarer Franchise von 1200 oder 1500 Franken erwachsen ihr finanzielle Nachteile (vgl. **Grafiken 1c und d**).

Geht man von den für die Jahre 1998–2000 geltenden Prämienrabatten aus, zeigt sich, dass die versicherte Person, sofern sie sich bei guter Gesundheit befindet und während des Jahres keine Kosten verursacht, mit den wählbaren Franchisen Einsparungen zwischen 8% und 40% realisieren kann. Bei einer Monatsprämie von 212 Franken und einem Jahresrechnungsbetrag von 1000 Franken variieren die zu erzielenden Einsparungen zwischen 1,8% und 11,5%, je nach gewählter Franchise.

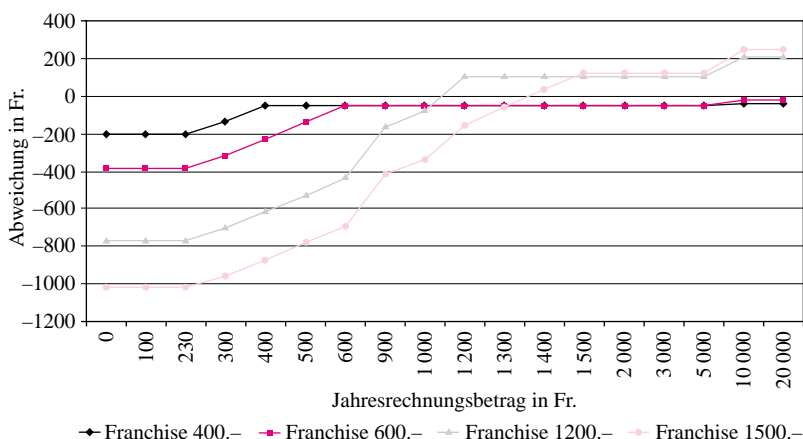
1 Greppi Spartaco, Ritzmann Heiner, Rossel Raymond, Siffert Nicolas. Das KVG im Hinblick auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und anderer Systeme der sozialen Sicherheit. BSV, Bern, 2000.

2 Rossel Raymond, Auswirkungen des KVG auf die Kosten und die Finanzierung des Gesundheitswesens. Soziale Sicherheit 3/2000, BSV, Bern.

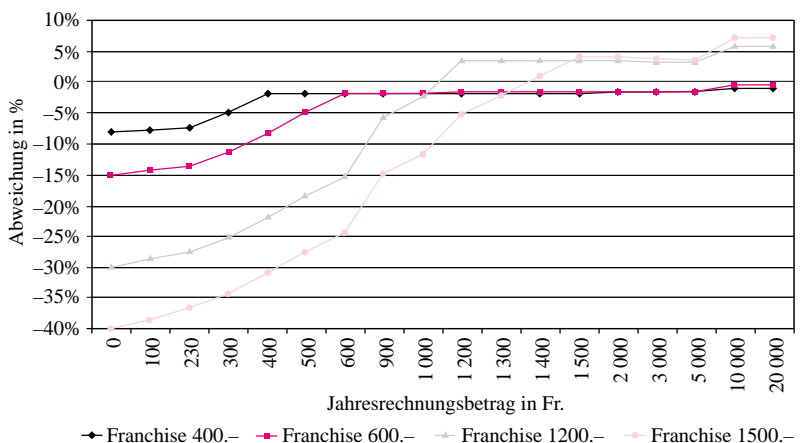
3 Einige KVG-Versicherer bieten im Kanton Appenzell Innerrhoden für das Jahr 2000 Monatsprämien unter Fr. 130.– an.

4 Einige KVG-Versicherer bieten im Kanton Genf für das Jahr 2000 Monatsprämien über Fr. 380.– an.

Differenzbetrag der Kostenbeteiligung bei wählbarer Franchise 1c (im Vergleich mit der Kostenbeteiligung bei ordentlicher Franchise von Fr. 230.– und einer Monatsprämie von Fr. 212.–)



Prozentuale Differenz des Betrags der Kostenbeteiligung bei wählbarer Franchise 1d



Bei einer Jahresrechnung von 10000 Franken können nur mit Franchisen von 400 bzw. 600 Franken Einsparungen (0,4% und 1%) erzielt werden. Alle anderen Franchisen verursachen mit einer Monatsprämie von 212 Franken Mehrkosten zwischen 6% und 7,3%.

Die Höhe der insgesamt zu tragenden Kostenbeteiligung bei normaler Franchise von 230 Franken ist abhängig von der Monatsprämie, welche von Kanton zu Kanton stark variiert (vgl. Grafik 3a: Prämien nach Kanton). Daher sind bei ganz tiefen Prämien³ und mit jährlichen Rechnungen von über 900 Franken wählbare Franchisen nicht interessant, da der Versicherte unabhängig von der gewählten Franchise finanziell schlechter abschneidet.

Bei sehr hohen Prämien⁴ ist die Situation genau umgekehrt: die versicherte Person zahlt mit wählbaren Franchisen in jedem Fall weniger, und zwar unabhängig von der Höhe der gewählten Franchise oder des Jahresrechnungsbetrags.

Um festzustellen, ob die wählbare Franchise für den Versicherten vorteilhaft ist oder nicht, muss für jeden einzelnen Fall und für jede Franchise anhand der Höhe der geschätzten Jahresrechnung eine individuelle Rechnung erstellt werden.

Geht man davon aus, dass jede versicherte Person die wirtschaftlich kostengünstigste Franchise wählt, so würden die Versicherer in den Kantonen mit den höchsten Prämien Einnahmenverluste hinneh-

men müssen. Tatsächlich sollte erwartet werden, dass alle Versicherten in den Kantonen mit hohen Prämien sich für die wählbaren Franchisen entscheiden, was die Versicherer dazu zwingt, die Prämien zu erhöhen, um das Gleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben halten zu können. Nicht alle Versicherten entscheiden sich indessen für die wirtschaftlich günstigste Prämie, was nicht selten auf die fehlenden Informationen zurückzuführen ist. Ab 2001 tritt eine Änderung bei den Prämienrabatten für die wählbaren Franchisen in Kraft, welche diesem unerwünschten Kosteneffekt entgegenwirken soll.

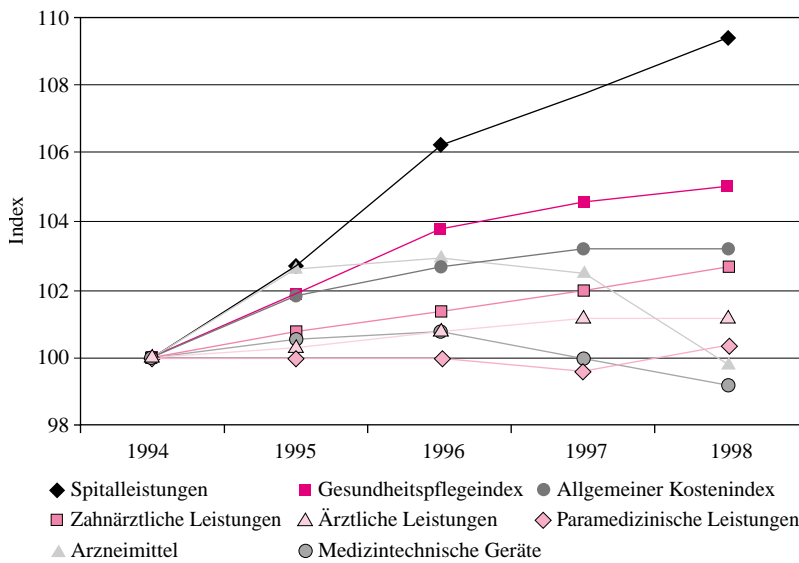
Auswirkungen der Preise und der Mengen auf die Gesundheitsausgaben

Die Entwicklung der Gesundheitskosten für verschiedene Ausgaben-

kategorien wie Medikamente, Ärzte und Spitäler ist einerseits auf Änderungen der Preise, andererseits auf Änderungen der Menge zurückzuführen.

Die Entwicklung der Preise für Leistungen des Sektors «Gesundheitspflege» wird mit 6 Subindizes des Landesindex der Konsumentenpreise (LIK) ermittelt. Die Entwicklung der Jahre 1996 bis 1998 ist insgesamt mit jener der Vorjahre vergleichbar. Der jährliche Anstieg der Gesundheitskosten ist immer noch höher als jener des allgemeinen Konsumentenpreisindex. Genauer sind es die Spitaltarife, die systematisch zu einem Anstieg des Gesundheitspflegeindex führen, während die Erhöhung für Güter und Dienstleistungen im ambulanten Bereich im allgemeinen deutlich tiefer liegt. Die im LIK erhobenen Preise für Medikamente und zu einem gewissen Grad auch für me-

Landesindex der Konsumentenpreise (neue Berechnungsgrundlage 1994 = 100) und Indexe verschiedener Gesundheitsausgaben 2a

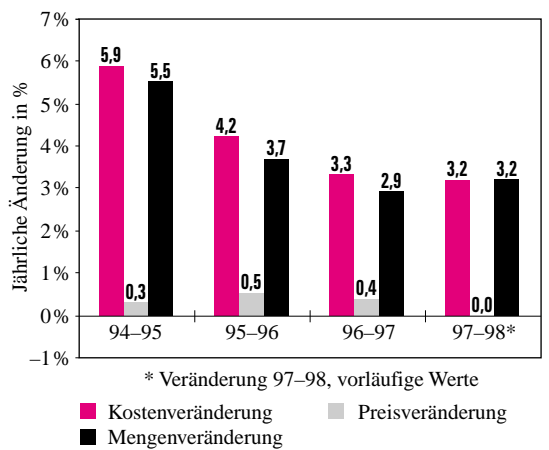


Quelle: BSV

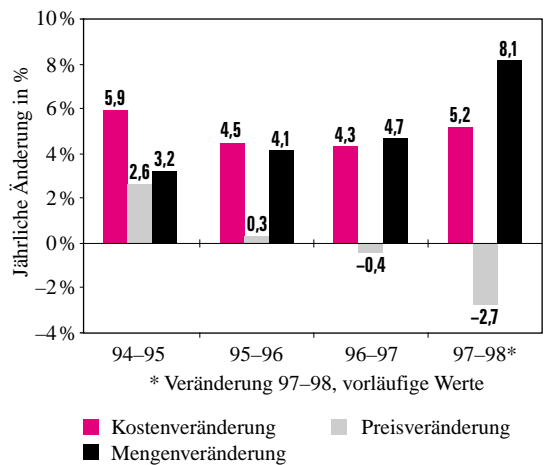
Ermittlung der Indexe «Gesundheitspflege» (Grundlage Mai 1993):

- Gesundheitspflege: Aggregation nach Gewichtung der folgenden 6 Subindexe:
 - Ärztliche Leistungen: Aggregation nach Gewichtung der 26 kantonalen Indexe; für jeden Kanton werden die 30 Tarifzonen, die den höchsten Umsatz erzielen, ermittelt
 - Zahnärztliche Leistungen: Preise der 11 «typischen» Leistungen werden in 24 Gemeinden bei 50 Zahnärzten erhoben
 - Spitalleistungen: Aggregation nach Gewichtung der 26 kantonalen Indexe, welche Tarife für stationäre und ambulante Behandlung beinhalten; 4 Kategorien von Betrieben des Gesundheitswesens werden betrachtet: akute und psychiatrische Pflege; öffentliche Spitäler und private Kliniken
 - Arzneimittel: Erfassung der Preise von 200 Medikamenten in 10 Heilmittelklassen, die den grössten Umsatz erzielen
 - Pharmamedizinische Leistungen: Erfassung der Preise der «typischen» physiotherapeutischen Leistungen und Laborkosten
 - Medizintechnische Geräte: Erfassung der Preise der typischen Leistungen von Augenoptikern (Brillen und Kontaktlinsen) in 24 Gemeinden und von Hörgeräten (Erfassung der Preise der nach BSV-Tarif meistverkauften Geräte)

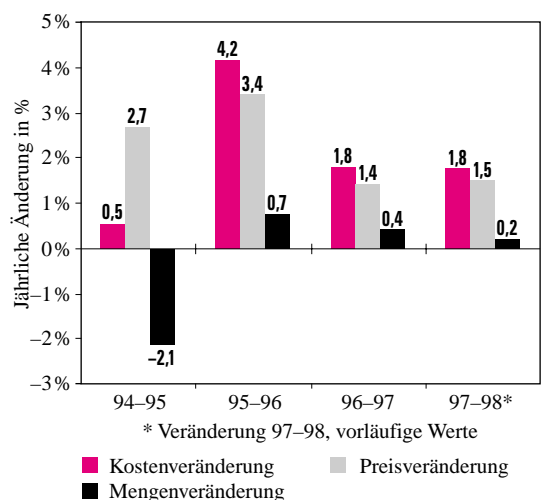
Auswirkungen der Preise und Mengen auf die Gesundheitsausgaben – Ärzte 2b



Auswirkungen der Preise und Mengen auf die Gesundheitsausgaben – Arzneimittel 2c



Auswirkungen der Preise und Mengen auf die Gesundheitsausgaben – Spitäler 2d



dizintechische Geräte sind von 1997 bis 1998 gesunken. Die Ausgaben für diese Kategorien machen jedoch nur 12% der Kosten im Gesundheitswesen aus (**Grafik 2a**).

Aufgrund der verfügbaren Daten über die Gesundheitskosten und die Änderungen der Preise können die Folgen der Mengenentwicklung ermittelt werden. Die Erhöhung der Gesundheitskosten lässt sich nämlich nach Effekten aufschlüsseln, die mit den (positiven oder negativen) Veränderungen der Preise und der Mengen verbunden sind.

Die Ausgaben für die ärztliche Behandlung (ambulant oder medikamentös) stiegen zwischen 1994 und 1998 um 17,5% auf 5,9 Mrd. Franken. Für diesen Zeitraum lässt sich feststellen, dass die kumulierte Erhöhung der Ausgaben in Verbindung steht mit der Preissteigerung (+1,2%) und der mengenmässigen Zunahme (+16,2%). Während die Tarifierhöhungen relativ gering waren beziehungsweise 1998 ganz weggeblieben, stieg die Zahl der beanspruchten medizinischen Leistungen weiter an (**vgl. Grafik 2b**).

Die Ausgaben für Medikamente stiegen zwischen 1994 und 1998 um 21,4% auf 4,5 Mrd. Franken. Für diesen Zeitraum lässt sich feststellen, dass die kumulierte Erhöhung der Ausgaben die Folge einer Preissenkung (-0,2%) und einer starken mengenmässigen Zunahme (+21,6%) ist. Der Preisindex für Medikamente ist zwischen 1997 und 1998 um 3% gesunken. Obwohl seit 1996 ein Rückgang der Medikamentenpreise festgestellt werden kann, steigen die Gesamtkosten weiter an (**vgl. Grafik 2c**).

Die Ausgaben für Spitalaufenthalte (Betriebe für kurz- und langfristige Behandlung – ambulante oder medikamentöse Behandlung) stiegen zwischen 1994 und 1998 um 8,6% auf 16,3 Mrd. Franken. Für diesen Zeitraum lässt sich feststellen, dass der kumulierte Erhöhung der Ausgaben eine Preissteigerung von 9,4% und eine mengenmässige Abnahme von 0,76% zugrunde liegt (**vgl. Grafik 2 d**). Trotz der kürzeren Behandlungsdauer, die sich in der mengenmässigen Entwicklung niederschlägt, stiegen die Kosten für Spitalleistungen weiter an.

Die ergriffenen Massnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen haben zu keinen über-

zeugenden Resultaten geführt. Es erweist sich in der Tat als notwendig, auf die beiden Faktoren Preis und Menge gleichzeitig einzuwirken, um die Kostenentwicklung einzudämmen.

Monatsprämien nach Kantonen

Das BSV veröffentlicht seit dem Inkrafttreten des KVG 1996 jeden Herbst eine Übersicht über die Prämien der wichtigsten Versicherer für die obligatorische Grundversicherung in jedem Kanton für das darauf folgende Jahr. Es ist interessant, die Werte der Periode 1996–2000 unter die Lupe zu nehmen. So lässt sich für den gesamten Zeitraum zwischen der niedrigsten durchschnittlichen Monatsprämie im Kanton Appenzell Innerrhoden (AI) von 127 Franken und der höchsten im Kanton Genf (GE) von 288 Franken ein Unterschied von mehr als dem doppelten Prämienbetrag feststellen. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt bewegen sich die anderen Kantone in einer Bandbreite zwischen -34% (AI) und +49% (GE) (**vgl. Grafik 3a**).

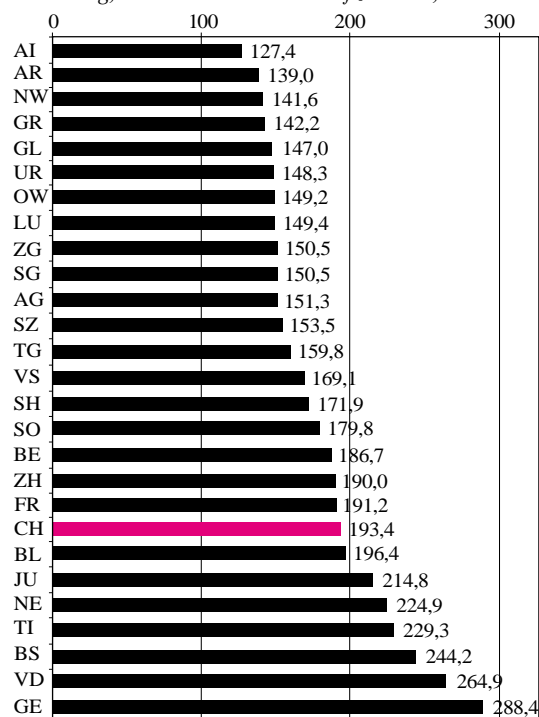
Die jährliche Erhöhung der Prämien belief sich im schweizerischen Durchschnitt in den Jahren 1997–2000 auf 6,2%, mit einer Höchstzunahme von 13,1% zwischen 1996 und 1997 und einem Minimum von 3,3% von 1998 bis 1999. Zwischen den Kantonen kommt es für 1997–2000 zu erheblichen Abweichungen, und zwar sowohl in Bezug auf die Prämienhöhe als auch in Bezug auf die jährliche Veränderung in Prozent (Verhältnis 1 zu 18 zwischen den Kantonen Wallis und Aargau) (**vgl. Grafik 3b**).

Um die tatsächliche Belastung der Versicherten zu messen, müssen auch die Prämienverbilligungen berücksichtigt werden (kantonale, von Einkommen und Vermögen abhängige Regelung) sowie die Steuerlast (insbesondere Abzüge für die Krankenkassenprämien auf der Steuererklärung und Höhe der steuerfinanzierten Spitalbeiträge).

Zu den prämieneinflussenden Faktoren zählen die Infrastruktur der Spitäler oder die mehr oder weniger hohe Ärztedichte in den Kantonen; aufgrund der grossen Unterschiede zwischen den Prämien liegt der Schluss nahe, dass die Kantone auf die Kosten Einfluss nehmen können (beispielsweise Wallis), wo-

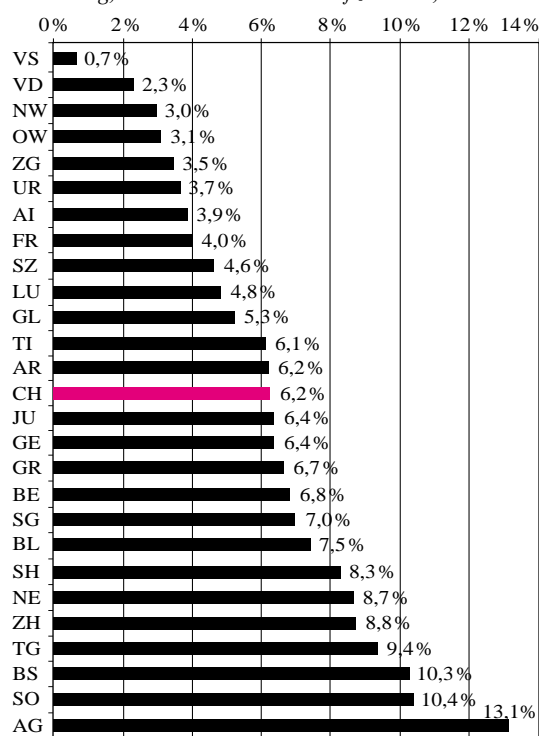
Durchschnittliche Monatsprämien für Erwachsene (in Fr.) der obligatorischen Grundversicherung 1996–2000 3a

Prämien mit ordentlicher Franchise und Unfallversicherung, Durchschnitt der Tarifzonen 1, 2 und 3

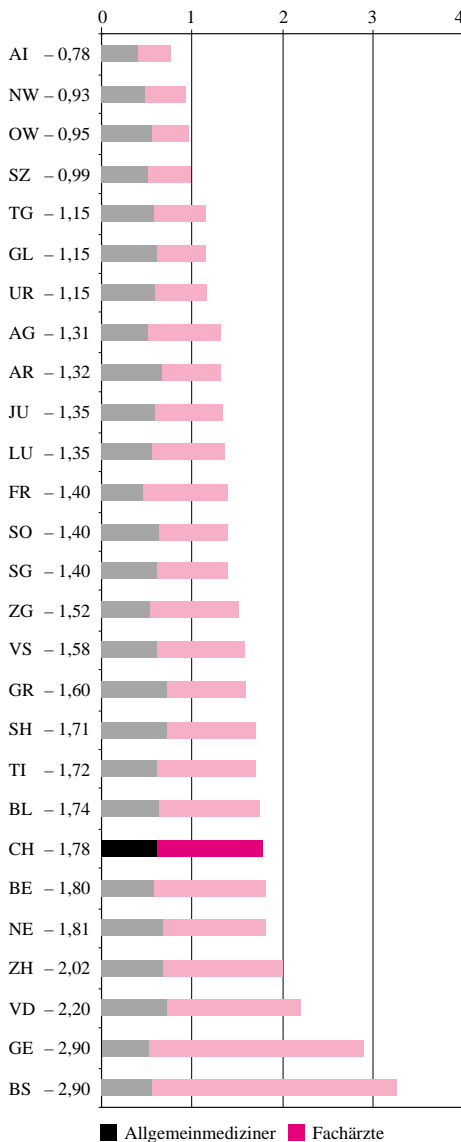


Prämien der obligatorischen Grundversicherung für Erwachsene / Jährliche durchschnittliche Erhöhung in % für den Zeitraum 1997–2000 3b

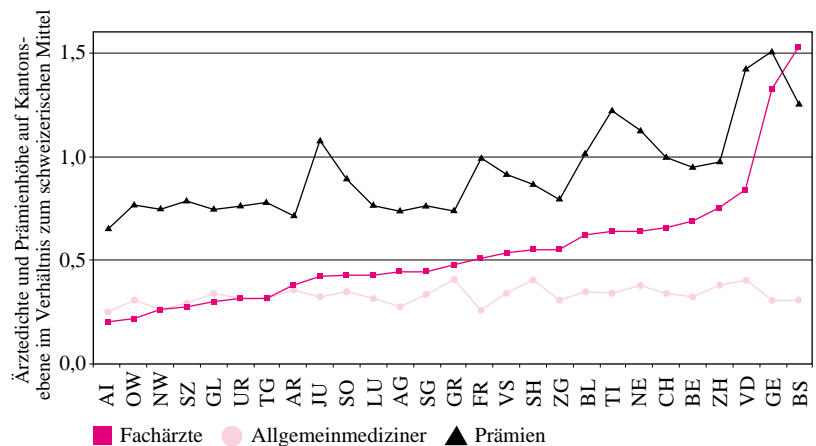
Prämien mit ordentlicher Franchise und Unfallversicherung, Durchschnitt der Tarifzonen 1, 2 und 3



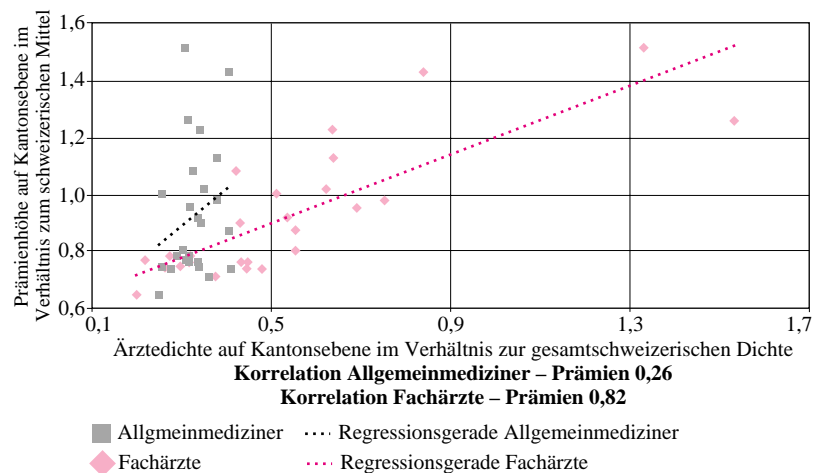
Ärztedichte pro 1000 Einwohner 4a



Korrelation zwischen Ärztedichte und Prämienhöhe 1996–1998 4b



Korrelation zwischen Ärztedichte und Prämienhöhe 1996–1998 4c



hingegen der Bund offensichtlich weniger Einfluss hat.

Ärztedichte und Krankenkassenprämien

Mehrere ökonomische Studien⁵ befassen sich mit der Thematik der Erzeugung einer Nachfrage durch das Angebot. Im Rahmen der Senkung der Gesundheitskosten scheint es legitim, den Zusammenhang zwischen Prämienhöhe und Ärztedichte zu untersuchen. Im Anschluss an eine nationalrätliche Motion vom März 2000 hat das Eidgenössische Departement des Innern denn auch einen Entwurf der KVG-Revision in die Vernehmlassung geschickt, der für die Versicherten die Möglichkeit vorsieht, den Kreis der Ärzte, die zu

Lasten der Krankenversicherung tätig sein können, zu beschränken. Diese Massnahme soll den Umfang der medizinischen Leistungen einschränken.

Die Grafiken 4a, b und c ermöglichen einen Vergleich zwischen Ärztedichte und KVG-Prämien. **Grafik 4a** verdeutlicht die durchschnittliche Dichte der in verschiedenen Kantonen praktizierenden Allgemeinmediziner und Fachärzte für 1994 bis 1998. Definiert man den Begriff Ärztedichte als Anzahl der Ärzte pro 1000 Einwohner, so lässt sich in den Jahren 1994 bis 1998 für die gesamte Schweiz eine Steigerung um 10% ausmachen, was die markanten kantonalen Unterschiede noch verstärkte: das Verhältnis zwischen den Kantonen beträgt 1 zu 3.

Diese Unterschiede sind im Wesentlichen durch die Fachärzte bedingt (Basel-Stadt 3,27 und Appenzell Innerrhoden 0,78 Ärzte pro 1000 Einwohner), während die Dichte der Allgemeinmediziner in den verschiedenen Kantonen relativ stabil bei etwa 0,6 Ärzten pro 1000 Einwohner liegt.

Die **Grafiken 4b und c** verdeutlichen den Zusammenhang zwischen Prämien und Ärztedichte auf Kantonebene. Sie zeigen eine deutliche Korrelation von 0,82 zwischen Fachärzten und Prämien und eine sehr

⁵ Zum Beispiel: Domenighetti Gianfranco, *Marché de la santé: Ignorance ou adéquation?* – Richner Christian, *Die Finanzierung des schweizerischen Gesundheitswesens.*

viel weniger deutliche Korrelation von nur 0,26 zwischen Allgemeinmedizinern und Prämien für den Betrachtungszeitraum von 1996–98. Das Vorhandensein einer statistischen Korrelation zwischen diesen Variablen ist nicht ausreichend, um eine Kausalität nachweisen zu können. Die festgestellte Korrelation führt jedoch zur Vermutung, dass die Dichte der Fachärzte die Kosten stark beeinflusst, was wiederum direkte Auswirkungen auf die Prämien hat.

Schlussfolgerungen

Die Einführung wählbarer Franchisen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ermöglicht es den Versicherten, erhebliche Prämieinsparungen zu erzielen (bis zu 40%). Diese Situation läuft dem im KVG vorgesehenen Solidaritätsprinzip zuwider und führt in den Kantonen mit den höchsten Prämien zu einem unerwünschten Prämien-erhöhungseffekt durch die wählbaren Franchisen.

Um eine wirkungsvolle Kostenkontrolle im Gesundheitswesen zu erzielen, müssen die vorhandenen Steuerungsinstrumente gleichzeitig beide Faktoren – Preis und Menge – beeinflussen.

Die Prämienunterschiede und die jährlichen Erhöhungen bei den Prämien legen den Schluss nahe, dass die Kantone Einfluss auf die Kosten nehmen können, wohingegen dem Bund offensichtlich weniger Interventionsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.

Die Korrelation zwischen Ärztedichte und Prämien lässt vermuten, dass die Dichte der Fachärzte einen starken Einfluss auf die Kosten hat, was wiederum direkte Auswirkungen auf die Prämien zeitigt.

Diese Studie wird weitergeführt, um die Auswirkungen des KVG noch präziser und mit einem grösseren Zeitabstand aufzeigen zu können. —

(Aus dem Französischen übersetzt)

Der Bundesrat befürwortet eine gesamtschweizerische Regelung der Familienzulagen

Seit die Verfassung dem Bund die Kompetenz gibt,¹ auf dem Gebiet der Familienzulagen tätig zu werden, wurden mehrere Versuche in diesem Sinne unternommen – aber alle sind gescheitert. Ausgehend von einer parlamentarischen Initiative, die der Nationalrat im Jahr 1992 gutgeheissen hatte, wird zurzeit ein neues Projekt vorbereitet. Der Bundesrat hat am 28. Juni zum entsprechenden Gesetzesentwurf Stellung genommen. Dieser strebt einen Mindeststandard an; es sollen damit die bestehenden Lücken geschlossen und die Koordination zwischen den einzelnen kantonalen Gesetzgebungen verbessert werden.

MAIA JAGGI, FÜRSPRECHERIN, ZENTRALSTELLE FÜR FAMILIENFRAGEN IM BSV

Beim gegenwärtigen Projekt handelt es sich seit 1957 um den vierten Versuch zur Errichtung einer Bundesregelung der Familienzulagen. Die zwei ersten Entwürfe des Bundesrates waren schon nach dem mehrheitlich ablehnenden Echo auf die Vernehmlassung nicht mehr weiter verfolgt worden. Den dritten Anlauf mittels einer Standesinitiative des Kantons Luzern und einer parlamentarischen Initiative beendeten die eidgenössischen Räte im Jahre 1986. Am Anfang des aktuellen Projekts stand wiederum eine parlamentarische Initiative.² Nachdem der Nationalrat am 2. März 1992 beschlossen hatte, der Initiative Folge zu geben, wurde eine Kommission beauftragt, eine Vorlage auszuarbeiten. Die Kommission kann in solch einem Fall das zuständige Departement zur Mitwirkung beiziehen und den Bundesrat beauftragen, ein Vernehmlassungsverfahren durchzuführen. Letzteres ist hier geschehen. 1994 wurde ein Vernehmlassungsverfahren über einen von einer Subkommission der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) ausgearbeiteten Entwurf durchgeführt. Die Kommission erstellte danach eine Vorlage zuhanden ihres Rates, die einer Botschaft des Bundesrates entspricht. Der Bundesrat erhielt hierauf Gelegenheit, zur Kommissionsvorlage Stellung zu nehmen, bevor diese im Parlament behandelt wird. Am 28. Juni 2000 hat der Bundesrat seine Stellungnahme zur parlamentarischen Initiative Fankhauser verabschiedet.

Die Bedeutung der Kinderzulagen im Rahmen der Familienpolitik

Familienpolitik umfasst mehr als rein materielle Hilfe und Unterstützung für die Familien; sie geht von der Anerkennung der unersetzlichen Leistungen aus, die in den Familien erbracht werden. Sie hat sich über Jahrzehnte pragmatisch entwickelt. Dies ist nicht zuletzt auf den Föderalismus und das Subsidiaritätsprinzip zurückzuführen. Gerade in der Familienpolitik ist die Zersplitterung der Aufgabenteilung zwischen Bund, Kantonen, Gemeinden und privaten Organisationen augenfällig.

Die verschiedenen Formen des **Familienlastenausgleichs** stellen ohne Zweifel die ältesten und bekanntesten familienpolitischen Massnahmen dar. Sie werden erbracht als

- direkte Geldleistungen wie Familienzulagen, Ausbildungszulagen, Stipendien und Bedarfsleistungen für Eltern;
- indirekte Abgeltungen wie Steuerabzüge und Erziehungsgutschriften in der AHV;
- Verbilligung der Krankenkassenprämien für Familien.

¹ Artikel 34quinquies wurde in der Volksabstimmung vom 25. November 1945 angenommen; in der revidierten Bundesverfassung findet sich eine analoge Bestimmung in Artikel 116 Absatz 2 BV.

² 91.000, parlamentarische Initiative Fankhauser, 13. März 1991, Leistungen für die Familie (Wortlaut auch in CHSS 4/1995 S. 183).