

Höhestrasse 54
8702 Zollikon

Rämistrasse 31
Postfach 160
8024 Zürich

+41 44 512 17 30
info@kipfer-anwalt.ch
www.kipfer-anwalt.ch

UID-Nummer:
CHE-173.021.820 MWST

Rechtsgutachten zum Krankenkassen-Obligatorium und zu Kickback-Geldern im Schweizer Gesundheitswesen

Juni 2018

Auftraggeber: Andreas Volkart, Salenstrasse 20, 8162 Steinmaur

1. Ausgangslage

Der Auftraggeber dieses Rechtsgutachtens hat umfangreiche Abklärungen im schweizerischen Gesundheitswesen und insbesondere zu Fragen des Krankenkassen-Obligatoriums getätigt.

Es sind nun diverse Fragen juristisch zu beurteilen. Es wird insbesondere den Fragen nachgegangen, ob das Krankenkassen-Obligatorium umgangen werden kann, ob es gegen die Vertragsfreiheit des Versicherten verstösst und ob der Risikoausgleich für die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen mitverantwortlich ist. Schliesslich werden die im schweizerischen Gesundheitswesen verbreiteten Kickback-Gelder juristisch beurteilt. Zu diesen Themen werden in diesem Gutachten vier vorformulierte Fragen beantwortet.

Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beide Geschlechter.

2. Einleitung, Grundlagen der Thematik

Aufgrund des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) müssen alle in der Schweiz wohnhaften Personen einer Krankenkasse angehören. Jeder Versicherte kann dabei selbst entscheiden, bei welcher von den gegenwärtig 61 vom Bund anerkannten Krankenkassen er versichert sein möchte. Die Krankenkassen müssen den gleichen, sehr umfangreichen „Katalog“ an Leistungen anbieten (die sogenannte obligatorische Grundversicherung). So ist es den Versicherungsnehmenden möglich, die Prämien der einzelnen Gesellschaften direkt miteinander zu vergleichen.

Der Gesetzgeber verfolgte mit dem neuen KVG drei Hauptziele: Erstens sollte die Solidarität zwischen den Versicherten mit unterschiedlichem Krankheitsrisiko und mit unterschiedlichem Einkommen verstärkt werden. Zweitens sollte eine qualitativ hochstehende, aber für alle finanziell tragbare medizinische Versorgung sichergestellt werden. Drittens sollten kosteneindämmende Wettbewerbsmechanismen in einem definierten ordnungspolitischen Rahmen zu einer massvollen Kostenentwicklung beitragen.

Das neue KVG wurde in der Volksabstimmung vom 4. Dezember 1994 mit 51.8 % Ja-Stimmen angenommen.

Die Grundversicherung ist für alle obligatorisch. Bei den Versicherungsprämien sind einzig geografische Differenzierungen noch gestattet. Unterscheide

aufgrund des Krankheitsrisikos sind nicht erlaubt. Die Krankenkassen müssen zudem jedem Individuum vorbehaltlos Versicherungsschutz anbieten.

Weiter wurde ein Risikoausgleich zwischen den Krankenkassen eingeführt, um die Risikoselektion zu verringern. Dieser berücksichtigt heute nur Alter und Geschlecht der Versicherten, weshalb die Risikoselektion eine attraktive Strategie für Krankenkassen bleibt.

Die seit 1996 vorgeschriebenen Kopfprämien (einheitlicher Krankenversicherungsbeitrag) belasten die unteren Einkommensschichten und die kinderreichen Familien besonders stark. Mit den Prämienverbilligungen, die sich nach dem steuerbaren Haushaltseinkommen richten, wird gezielt entlastet. Die Prämienverbilligungen werden aus allgemeinen Steuermitteln finanziert.

3. Einzelfragen

3.1. FRAGE 1: Ist es möglich, als versicherte Person das Krankenkassen-Obligatorium zu umgehen?

Gesetzliche Regelung

Alle in der Schweiz wohnhaften Personen müssen eine Krankenversicherung abschliessen (Art. 3 ff. KVG). Alle zahlen innerhalb eines Kantons bei derselben Krankenkasse dieselbe Prämie. In der Schweiz kann nämlich niemand geboren werden, ohne direkt bei einer Krankenkasse zu landen. In der Regel sorgen die Eltern dafür, ansonsten die Behörden. Will man die Kasse wechseln, darf einen die alte nur ziehen lassen, wenn die Bestätigung der neuen vorliegt.

Selbstversuch des Auftraggebers

a. Sachverhalt, Vorgehen

Könnte z.B. ein junger, gesunder, reicher Mann frei wählen, wäre es für ihn vorteilhafter, auf eine Krankenversicherung zu verzichten und im eher unwahrscheinlichen Krankheitsfall selbst zu bezahlen. Oder er würde sich an eine Spezialkasse ausserhalb des Schweizer Krankenversicherungssystems wenden, die ihm als gutem Risiko eine Vorzugsprämie anbieten kann.

Der Auftraggeber dieses Gutachtens vollzog nun einen Selbstversuch. Er wollte herausfinden, ob es möglich ist, sich vom Krankenkassenobligatorium zu befreien. Dabei ging er wie folgt vor:

Der Versicherte war ursprünglich über 30 Jahre bei der Agrisana versichert. Er löste nach einem Gespräch mit einem Versicherungsvermittler eine Grund- und Zusatzversicherung bei einer neuen Krankenkasse (Arcosana) und löste das Versicherungsverhältnis bei der Agrisano ordentlich auf. Später schloss er eine neue Grundversicherung bei der Assura ab und war während eines halben Jahres bei zwei Krankenkassen grundversichert. Die Assura-Versicherung löste er im Übrigen auf elektronischem Weg, um einem Beratergespräch aus dem Weg zu gehen.

Danach kündigte er die beiden Grundversicherungen im November 2017 am selben Tag mittels eingeschriebenem Kündigungsschreiben per Ende Jahr, wobei die Zusatzversicherung bestehen blieb. Diese Zusatzversicherung löste er insbesondere deswegen, damit er bei Rückfragen nachweisen kann, dass er bei einer Krankenkasse versichert ist. Ab dem 1. Januar 2018 war und ist er nicht mehr grundversichert.

b. Juristische Würdigung

Gemäss Art. 7 Ziff. 5 KVG endet das Versicherungsverhältnis beim bisherigen Versicherer erst, wenn ihm der neue Versicherer mitgeteilt hat, dass die betreffende Person bei ihm ohne Unterbrechung des Versicherungsschutzes versichert ist. Unterlässt der neue Versicherer diese Mitteilung, so hat er der versicherten Person den daraus entstandenen Schaden zu ersetzen, insbesondere die Prämien Differenz. Sobald der bisherige Versicherer die Mitteilung erhalten hat, informiert er die betroffene Person, ab welchem Zeitpunkt sie nicht mehr bei ihm versichert ist.

Beim Selbstversuch des Auftraggebers wurden die vorgeschriebenen Meldungen und Abklärungen gemäss Art. 7 Ziff. 5 KVG nicht getätigt. Die beiden Versicherungen klärten weder ab, ob der Versicherte bei einer neuen Kasse versichert ist noch teilten sie ihm mit, ab welchem Zeitpunkt die Versicherung endet. Es ist anzunehmen, dass auch andere Kassen die gesetzlichen Vorgaben nicht einhalten. Jedenfalls führte der Selbstversuch ohne grössere Hürden dazu, dass der Versicherte seit 2018 über keine Grundversicherung mehr verfügt.

Weigerung, sich versichern zu lassen

Grundsätzlich kann dem System nur entrinnen, wer sich für längere Zeit ins Ausland abmeldet. Kehrt ein Auswanderer wieder in die Schweiz zurück, muss der jeweilige Kanton dafür sorgen, dass sich der Rückkehrer erneut einer Krankenkasse anschliesst. Dasselbe gilt für zuziehende Ausländer. Meldet sich der Zuzüger auf dem Einwohneramt an, muss er nämlich einen Nachweis seiner Krankenkasse vorlegen, etwa eine Kopie der Police oder der Versichertenkarte. Kommt jemand dieser Aufforderung nicht nach, verschickt die Gemeinde erst zwei bis drei Mahnungen. Nützt dies nichts, setzt sie eine letzte Frist von zwei Wochen an. Verstreicht auch diese ungenutzt, teilt sie den Renitenten zwangsweise einer Kasse zu. So jedenfalls sieht die Praxis in vielen Kantonen aus.

Im Fall des beschriebenen Selbstversuches ist davon auszugehen, dass keine Krankenkasse und keine Behörde jemals davon erfahren, dass die Person nicht mehr obligatorisch versichert ist, sofern diese keinen Wohnortswechsel vornimmt oder sofern diese keinen Spitalaufenthalt aus Krankheitsgründen beklagen muss.

Ein mögliches Ausnutzen der Lücken im System ist somit ohne grosse Aufwände möglich, was wohl auch den Behörden und Kassen bewusst ist. Dies zeigt sich auch an der angewendeten Praxis in der Stadt Zürich. In der Stadt Zürich müssen z.B. Zuzüger nicht wie anderswo ihre Police oder ihre Versichertenkarte zeigen, sie haben lediglich den Namen der Krankenkasse zu deklarieren. Auch im bevölkerungsreichen Kanton Bern werden Zuzüger nur informiert, auf einen Nachweis der Versicherung wird verzichtet. Einem möglichen Missbrauch sind somit alle Türen geöffnet. Diese Personen werden erst – wenn überhaupt - durch Ärzte und Spitäler im Krankheitsfall gemeldet. Den Kantonen muss man allerdings zu Gute halten, dass sie gemäss Art. 10 KVV nur Informationspflichten haben.

Wahrscheinlich gibt es aus beschriebenen Gründen viele Personen in der Schweiz, die sich aus dem Krankenkassen-Obligatorium verabschieden konnten. Weshalb dies (noch) nicht als Problem angesehen wird, ist schleierhaft.

Fazit zu Frage 1:

Aus gesetzlicher Sicht ist nicht vorgesehen, dass sich eine Person mit Wohnsitz in der Schweiz dem Krankenkassen-Obligatorium entziehen kann. Es hat sich aber gezeigt, dass die Krankenkassen betreffend Abklärungspflichten gemäss KVG nachlässig sind. Ein Ausnutzen der Lücken und damit eine Verabschiedung aus dem System des Krankenkassen-Obligatoriums ist somit ohne grosse Aufwände möglich, was wohl auch den Behörden und Kassen bewusst ist. Einem möglichen Missbrauch des Systems sind somit alle Türen geöffnet. Da das Bundesamt für Gesundheit (BAG) über kein Aufsichtsrecht über die Kantone verfügt, kann es nicht einschreiten.

Gleichzeitig gibt es nach Durchsicht der publizierten Fälle der Ombudsstelle Krankenversicherung Versicherte in der Schweiz, die sich bei mehreren Krankenkassen versichert haben. Die Gründe hierfür sind kaum eruierbar. Den meisten Versicherten ist wohl gar nicht bewusst, dass sie doppelt versichert sind. Mittlerweile haben diesen Zustand auch einzelne Krankenkassen wie z.B. die Agrisana oder die Helsana erkannt. So erlassen diese beiden Versicherungen auf Antrag des Versicherten während des

Zivil- oder Militärdienstes die Prämien, da diese Personen während diesen Einsätzen durch den Staat versichert sind.

3.2. FRAGE 2: Ist der Risikoausgleich unter den Krankenkassen für die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen (mit-)verantwortlich?

Begriffserklärung, Stand heute

Der Risikoausgleich schafft einen finanziellen Ausgleich zwischen Krankenversicherern mit unterschiedlicher Risikostruktur. Aktuell berücksichtigt er die Indikatoren „Alter“, „Geschlecht“, „Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr“ und „Arzneimittelkosten im Vorjahr“.

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) wird mittels Einheitsprämien finanziert. Das heisst, dass jede versicherte Person unabhängig von ihrem Alter, ihrem Geschlecht oder einem anderen Indikator für den Gesundheitszustand beim gleichen Krankenversicherer im gleichen Kanton respektive der gleichen Prämienregion für das gleiche Versicherungsmodell dieselbe Prämie bezahlt. Diese Einheitsprämie entspricht jedoch nicht dem effektiven Risiko einer versicherten Person. Der Risikoausgleich wurde geschaffen, um dem für die Krankenversicherer bestehenden Anreiz, Risikoselektion zu betreiben, entgegenzuwirken. Er sorgt für einen finanziellen Ausgleich zwischen Versicherern mit unterschiedlicher Risikostruktur: Versicherer, die wenig hohe Risiken (das heisst Personen mit geringem Erkrankungsrisiko) versichern, bezahlen Abgaben in den Risikoausgleich. Versicherer, die viele hohe Risiken versichern, erhalten Beiträge aus dem Risikoausgleich.

Die Versicherten werden für die Berechnung aufgrund dieser Indikatoren in Risikogruppen eingeteilt. Pro Risikogruppe werden die Durchschnittskosten ermittelt (Gruppendurchschnitt). Diese werden mit den Gesamtdurchschnittskosten verglichen. Für Versicherte in Risikogruppen mit einem Gruppendurchschnitt, der unter dem Gesamtdurchschnitt liegt, leisten die Versicherer eine Abgabe in der Höhe der Differenz. Für Versicherte in Risikogruppen mit einem Gruppendurchschnitt, der über dem Gesamtdurchschnitt liegt, erhalten die Versicherer einen Beitrag in der Höhe der Differenz. Es werden dabei nur Risiken und keine Kostenunterschiede ausgeglichen.

In den kommenden Jahren sind weitere Verfeinerungen zur Berechnung des Risikoausgleiches geplant, damit der Anreiz zur Risikoselektion noch geringer werden wird.

Kostensteigerungen durch den Risikoausgleich?

Der Risikoausgleich muss einen immensen Verwaltungsaufwand zur Folge haben, welcher von den Krankenkassen budgetiert werden muss. Die Höhe des nur mit dem Risikoausgleich entstehenden Verwaltungsaufwandes ist uns nicht bekannt. Dagegen sollen der Aufwand und die damit verbundenen Kosten, welche bei einer Risikoselektion der Krankenkassen aufgewendet werden müssten, entfallen. Da ältere Versicherungsnehmer irgendwann sterben, haben die Krankenkassen trotzdem eine gewisse Risikoselektion vorzunehmen. Sie müssen jüngere Personen akquirieren, um den Bestand der Versicherten zu wahren oder zu erhöhen.

Klar ist, dass durch den Risikoausgleich der Wettbewerb unter den Kassen in vermindertem Masse stattfindet. Der Risikoausgleich motiviert nicht in gleichem Ausmass zur Reduktion der Kosten wie wenn der Markt frei spielen würde. Die Krankenkasse "Institut Ingenbohl" beispielsweise, nach Versicherungsbestand die zweitkleinste Krankenkasse der Schweiz, erhielt gemäss Daten der OKP (siehe Anhang 1) im Jahre 2016 einen Risikoausgleich von 121,2% der erzielten Einnahmen. Die Einnahmen aus dem Risikoausgleich waren somit höher als alle anderen Einnahmen. Bei freiem Wettbewerb wäre diese Kasse wohl kaum überlebensfähig.

Zu erwähnen ist aber auch, dass der medizinische Fortschritt und die damit verbundene höhere Anspruchshaltung in der Bevölkerung wesentliche Kostentreiber sind. Weitere Faktoren wie das Angebot an medizinischer Versorgung (Ärztedichte), die Bevölkerungsdichte oder die demografische Entwicklung beeinflussen die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen auch.

Lösung mit einer Einheitskrankenkasse?

Eine Abhandlung über die Vor- und Nachteile einer Einheitskrankenkasse würde den Rahmen dieses Gutachtens sprengen. Das "SUVA-Modell" wäre aber sicherlich eine valable und zu prüfende Alternative. So schafft es die SUVA, dass die Nettoprämien der Berufs- und Nichtberufsunfallversicherung seit Jahren sinken, dies trotz leicht

steigenden Unfallzahlen. Da Prävention, Versicherung und Rehabilitation bei Krankheiten und Unfällen ähnlich sind, könnte die obligatorische Krankenversicherung ohne Weiteres bei der SUVA angesiedelt werden. Eine solche Änderung des Systems könnte wohl nur mit einer eidgenössischen Volksinitiative erreicht werden.

Fazit zu Frage 2:

Wie viel der Risikoausgleich zu Kostensteigerungen im Gesundheitswesen beiträgt, kann nicht beantwortet werden. Die entstehenden Verwaltungskosten dürften jedoch relativ hoch sein. Das "SUVA-Modell" bzw. der freie Wettbewerb ohne Risikoausgleich wären meines Erachtens die günstigeren Varianten.

3.3. FRAGE 3: Muss das Krankenkassenobligatorium aus rechtlichen Gründen abgeschafft werden, weil es gegen die Vertragsfreiheit der Versicherten verstösst?

Vertragsfreiheit - Begriffserklärung

Das Prinzip der Vertragsfreiheit, das unter anderem die inhaltliche freie Gestaltung der Verträge und die Freiheit der Partnerwahl vorsieht, wird eingeschränkt durch sog. zwingende Gesetzesvorschriften.

So ist ein Vertrag nichtig, wenn er einen unmöglichen oder widerrechtlichen Inhalt hat oder gegen die guten Sitten verstösst. Eine weitere Schranke der Vertragsfreiheit ergibt sich aus Art. 27 ZGB, wonach sich niemand seiner Freiheit entäussern oder sich in ihrem Gebrauch in einem das Recht oder die Sittlichkeit verletzenden Grade beschränken kann.

Teil der Vertragsfreiheit ist die Abschluss- und Partnerwahlfreiheit. Unter *Abschlussfreiheit* versteht man die Freiheit, einen Vertrag zu schliessen oder nicht zu schliessen. Die *Partnerwahlfreiheit* wird definiert als die Freiheit, den Vertragspartner frei wählen zu können.

Weitere Bestandteile der Vertragsfreiheit sind:

- Typenfreiheit: Freiheit, innerhalb der Schranken des Gesetzes die im Obligationenrecht bestehenden Vertragstypen beliebig zu

kombinieren und zu modifizieren oder neue Vertragstypen zu schaffen.

- Inhaltsfreiheit: Freiheit, innerhalb der Schranken der Rechtsordnung den vertraglichen Inhalt frei zu wählen.
- Formfreiheit: Freiheit, Verträge in freier Form abzuschliessen, abzuändern oder aufzuheben.
- Aufhebungs- und Änderungsfreiheit.

Verstoss gegen Vertragsfreiheit?

Mit der obligatorischen Grundversicherung wird aus mehreren Gründen die Vertragsfreiheit der Versicherten tangiert. Hierzu im Einzelnen:

- *Abschluss- und Partnerwahlfreiheit:*
Der Versicherte kann zwischen 61 anerkannten Krankenkassen wählen. Die Partnerwahlfreiheit ist somit gewahrt. Die Abschlussfreiheit beinhaltet auch das Recht, einen Vertrag nicht abzuschliessen. Da jeder Einwohner in der Schweiz eine Grundversicherung abschliessen muss, ist die Abschlussfreiheit verletzt.
- *Typen-, Inhalts- und Formfreiheit:*
Der Versicherte kann zwischen verschiedenen Versicherungsmodellen wählen. Auf die Form des Vertrages kann er jedoch kaum Einfluss nehmen.
- *Aufhebungs- und Änderungsfreiheit:*
Die Verträge sind jeweils kündbar. Die Parteien sind jedoch nicht vollständig frei, den Inhalt der Verträge beliebig zu ändern.

Somit ist vorliegend zumindest die Abschlussfreiheit verletzt. Da diese Bestandteil der Vertragsfreiheit ist, ist die Vertragsfreiheit verletzt.

Rechtswidrigkeit des Krankenkassenobligatoriums?

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) wurde in der Volksabstimmung vom 4. Dezember 1994 mit 51,8% Ja-Stimmen angenommen. Darauf wurde es auf den 1. Januar 1996 in Kraft gesetzt.

Kontrovers ist in der Schweiz die Situation, wenn eine Volksinitiative eine neue Bestimmung in die Verfassung schreiben möchte, welche in gewissen Aspekten mit einem bestehenden Grundrecht kollidiert. Dies war zum Beispiel bei der Verwahrungs- und bei der Ausschaffungsinitiative der Fall. Diesbezüglich bestehen in der Lehre unterschiedliche Auffassungen, ob ein Volksentscheid oder ob die Grundrechte Vorrang haben.

Die Vertragsfreiheit ist jedoch kein Grundrecht und wird deshalb auch in der Bundesverfassung nicht erwähnt. Sie wird im Obligationenrecht geregelt und somit in einem Gesetz. Volksentscheide haben gegenüber Gesetzen Vorrang.

Exkurs: Verstösst das Krankenkassenobligatoriums gegen die Wirtschaftsfreiheit (Art. 27 BV)?

Ein Grundrecht wie die in Art. 27 BV geregelte Wirtschaftsfreiheit darf unter folgenden Voraussetzungen eingeschränkt werden:

1. Stützt sich die Beschränkung des Grundrechts auf eine genügende gesetzliche Grundlage?
2. Liegt sie im öffentlichen Interesse?
3. Ist sie verhältnismässig?

Beim Krankenkassen-Obligatorium können zu obigen Voraussetzungen folgende Aussagen gemacht werden:

1. Gesetzliche Grundlage:
Gemäss Art. 117 Abs. 2 BV kann der Bundesrat die Kranken- und Unfallversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen obligatorisch erklären. Die gesetzliche Grundlage ist somit vorhanden.
2. Öffentliches Interesse:
Als öffentliches Interesse gelten sozialpolitische Massnahmen. Die Einführung des Krankenkassen-Obligatoriums kann als sozialpolitische Massnahme definiert werden.
3. Verhältnismässigkeit:
 - a. Eignung: Die staatliche Massnahme muss geeignet sein, um den im öffentlichen Interesse verfolgten Zweck herbeizuführen.
 - b. Erforderlichkeit: Es ist der geringstmögliche Eingriff zu wählen.
 - c. Abwägung von öffentlichem und betroffenem privaten Interesse
Ob die Verhältnismässigkeit gegeben ist, ist Ermessenssache. Solange der Spielraum, den das Ermessen einräumt, nicht willkürlich gehandhabt wird, liegt keine Verletzung der Verhältnismässigkeit vor. Vorliegend kann die Verhältnismässigkeit je nach Definition bejaht werden, auch wenn andere Meinungen wohl ebenfalls standhalten würden.

Die Einschränkung der Wirtschaftsfreiheit durch das Krankenkassen-Obligatorium ist rechtmässig.

Fazit zu Frage 3:

Mit dem Krankenkassenobligatorium wird die Vertragsfreiheit des Bürgers, welche im Obligationenrecht geregelt ist, tangiert. Da das Obligatorium mittels Volksentscheid angenommen worden ist, wurde es in der Bundesverfassung in Art. 117 verankert. Gemäss Art. 117 Abs. 2 BV kann der Bundesrat die Kranken- und Unfallversicherung allgemein oder für einzelne Bevölkerungsgruppen für obligatorisch erklären. Die Bundesverfassung geht in der Hierarchie der Rechtsnormen den Gesetzen vor. Das Krankenkassenobligatorium ist deshalb nicht rechtswidrig.

- 3.4. FRAGE 4: Im Schweizer Gesundheitswesen werden Retrozessionsgelder (Kickback-Gelder) im geschätzten Umfang von 1,0 bis 1,6 Milliarden Franken pro Jahr gesprochen. Diese werden den Versicherten nicht zurück erstattet, so dass die Gesamtkosten im Gesundheitswesen weiter steigen. Wie kann sich der Versicherte dagegen wehren und wie kann vorgegangen werden, um die Retrozessionen abzuschaffen?**

Begriffserklärung:

In der Finanzbranche der Schweiz versteht man unter Retrozessionen Entgelte (Provisionen) zu Gunsten der Vertriebsstellen. Retrozessionen werden von Produktanbietern bezahlt, in der Vermögensverwaltung auch von der Depotbank des Vermögensverwalters.

Als Kick-back oder Kickback wird die Rückerstattung eines Teils des gezahlten Betrages eines Geschäftes zwischen mindestens drei Beteiligten durch einen Beteiligten an einen anderen bezeichnet. Typischerweise wird der Kick-back demjenigen, der ihn letztlich aufzubringen hat, nicht bekannt gemacht. Synonyme sind verdeckte Provision und eben Retrozession.

Ende Oktober 2012 hat das Schweizer Bundesgericht in einem Grundsatzurteil entschieden, dass ein Anleger mit Vermögensverwaltungsmandat Anspruch auf die Erstattung von Retrozessionen hat, die seiner Bank zugeflossen waren, falls dieser nicht ausdrücklich und vorab auf sie verzichtet hat. Seitdem ist in der Schweiz eine breite Debatte über die Zukunft der Retrozessionen und über die tatsächliche Reichweite des Erstattungsanspruchs im Gange. Umstritten ist insbesondere, ob der Erstattungsanspruch sich nur auf Bankkunden mit

Vermögensverwaltungsmandat bezieht oder analog auch auf andere Depotkunden ("Anlageberatungskunden") bzw. auf Versicherte bei verdeckten Provisionen.

Problematik:

Die grundlegende Problematik verdeckter Provisionen besteht darin, dass diese beim Vermittler einen Interessenkonflikt verursachen. Als Beauftragter des Kunden sollte er allein dessen Interessen gegenüber den Leistungserbringern vertreten. Erhält der Vermittler von den Krankenkassen Zahlungen, die seinem Auftraggeber der Höhe nach unbekannt sind, so besteht das Risiko, dass er nicht mehr primär dessen Interessen vertritt. Die Leistung von Provisionen ist aber nicht per se verboten.

In der Schweiz werden Ärztenetzwerken, Apotheken, Spitälern und Versicherungsmaklern Provisionen bezahlt. Ob Provisionen geflossen sind und in welcher Höhe erfährt der Versicherte nicht.

Im Oktober 2016 machte die "AZ Nordwestschweiz" erstmals öffentlich bekannt, wie hoch die Provisionen der Krankenkassen für neue Kunden sind: siehe Anhang 2.

Regelung im KVG:

Gemäss Art. 56 Abs. 3 KVG müssen Vergütungen der Leistungserbringer des Krankenversicherungsgesetzes an die Patienten und Versicherer weitergegeben werden.

Leistungserbringer sind dabei Ärzte, Personen, die auf Anordnung tätig werden können (z.B. Physiotherapeuten) und Institutionen wie z.B. Spitäler.

Der Versicherte kann sich kaum gegen die Leistung von Provisionen wehren. Wer nämlich einen Anspruch geltend macht, muss diesen auch beweisen und substantiieren können. Aufgrund dessen, dass der Patient keine Kenntnisse von allenfalls geleisteten Provisionen erhält, kann er sein Recht nicht durchsetzen.

Wie können verdeckte Provisionen abgeschafft werden?

Sollte ein Verbot verdeckter Provisionen erreicht werden, so müsste dies gesetzlich festgehalten werden. Gesetzesinitiativen können jedoch nur vom Parlament, vom Bundesrat und mittels Standesinitiative von den Kantonen eingereicht werden. Das Volk ist nicht berechtigt, Gesetzesinitiativen einzureichen. Es kann nur die Änderung der Verfassung mittels Volksinitiative verlangen. Volksinitiativen wurden in der Vergangenheit jedoch immer wieder missbraucht, um eigentliche Gesetzesartikel in der Verfassung zu verankern.

Fazit zu Frage 4:

Verdeckte Provisionen sind bei Versicherungsmaklern aufgrund deren Interessenskonflikte zwar eine Unsitte, aber nicht strikt verboten. Die Leistungserbringer gemäss KVG müssen diese den Versicherten zurück erstatten, was in der Praxis jedoch kaum vorkommt. Sollten verdeckte Provisionen verboten werden, so ist dies nur auf politischem Wege mit einer Gesetzesänderung möglich. Rückerstattungsansprüche aufgrund Art. 56 Abs. 3 KVG scheitern an der fehlenden Beweisbarkeit.



Didier Kipfer, 14. Juni 2018

Anhang:

- Anhang 1: Aufsichtsdaten OKP 2016
- Anhang 2: Tabelle Höhe der Provisionen bei Krankenkassen 2016

T 5.01 Aufsichtsdaten OKP CH

2016

BAG-Nr.	Name des OKP Versicherers	Durchschnittlicher Versicherungsbestand	Premien je versicherte Person in Fr.	Nettoleistungen je versicherte Person in Fr.	Kostenbeteiligung je versicherte Person in Fr.	Bruttoleistungen je versicherte Person in Fr.	Risikoausgleich je versicherte Person in Fr.	Verwaltungsaufwand + Abschreibungen je versicherte Person in Fr.	Gesamtergebnis je versicherte Person in Fr.	Stand der Rückstellungen je versicherte Person in Fr.	Stand der Reserven je versicherte Person in Fr.	Verhältnis Nettoleistungen / Prämien in %	Risikoausgleich in %	Verwaltungsaufwand + Abschreibungen in % der Ausgaben
1	2	3B	5B	13B	12B	4B	6B	7	8B	9B	15	4C	6A	
0														
8	DSS Krankensavers AG	807333	3558	3715	4255	388	134	118	647	721	104,4%	51,0%	3,8%	
32	Aquilana Versicherungen	43715	3259	3275	3787	-99	150	197	613	886	92,8%	-2,8%	4,5%	
57	Moove Sympany AG	6354	4206	3975	4482	58	258	-166	1225	1516	94,5%	1,4%	5,9%	
62	SUPRA-1848 SA	153703	3142	2841	426	-116	132	-103	753	649	76,9%	15,1%	4,1%	
134	Kranken- und Unfallkasse Einsiedeln	3329	3041	2806	3287	174	174	168	661	1804	92,2%	-3,8%	4,7%	
182	PROVITA Gesundheitsversicherung AG	60024	3041	2873	3189	175	174	4	432	418	87,9%	12,5%	5,7%	
194	Sümswälder Krankenkasse	23075	3071	2932	357	37	158	-76	564	581	83,1%	20,9%	3,3%	
248	Krankenkasse Steffensburg	6967	3058	3202	439	633	158	-45	621	1716	72,0%	-2,9%	5,1%	
290	CONCORDIA Kranken- und Unfallversicherung AG	546221	3280	3227	3741	-249	122	108	841	1570	90,0%	7,7%	5,0%	
312	Alupri Gesundheitsversicherung	164872	3414	3194	3723	41	122	4	766	680	93,5%	1,2%	3,5%	
343	Avenir Assurance Maladie SA	3403	3460	3074	3602	215	158	-63	770	185	88,8%	6,3%	3,6%	
380	Krankenkasse Luzerner Hinterland	24770	2856	2855	474	192	68	-166	898	1008	93,0%	6,7%	2,9%	
376	KPT Krankenkasse AG	390108	3713	3802	467	-80	177	-33	888	389	102,4%	-7,5%	4,7%	
455	OKK Kranken- und Unfallversicherungen AG	152316	3134	2751	3217	163	201	11	559	487	87,8%	5,2%	6,4%	
509	Vnao Sympany AG	147008	4085	3975	4500	-178	201	59	938	767	97,3%	-4,3%	5,7%	
558	KVF Krankenkasse AG	11295	2600	1973	2084	648	169	4	348	549	64,3%	24,7%	6,5%	
762	Koiping Krankenkasse AG	15980	3871	3744	550	-422	117	278	909	567	102,0%	-11,6%	7,3%	
774	Easy Sana Assurance Maladie SA	219518	3381	2864	3377	309	117	-57	722	177	84,7%	11,5%	3,4%	
780	Glamer Krankenversicherung	8411	2482	1973	445	378	176	57	505	460	75,2%	12,3%	7,2%	
820	Cassa da malsans Lumeziana	8248	3778	2786	3241	-178	113	-18	413	1828	102,9%	-6,5%	4,1%	
829	EGK Grundversicherungen AG	89299	3629	3482	4489	-169	183	74	612	375	118,1%	14,6%	5,5%	
881	EGK Grundversicherungen AG	2763	2482	2278	550	-232	325	34	655	455	95,9%	-7,1%	10,1%	
923	Krankenkasse SLKK	19503	2702	2482	439	110	134	52	416	283	91,8%	4,3%	5,3%	
941	sodalix gesundheitsgruppe	34442	2886	2730	3184	4	116	16	575	1474	91,8%	0,1%	5,1%	
966	vita surselva	3281	2965	2765	3227	-176	219	37	746	1315	91,4%	0,1%	3,9%	
994	Progrès Versicherungen AG	195546	3448	2924	506	3430	173	-25	480	802	84,8%	-5,8%	7,8%	
1040	Krankenkasse Vesperterminen	4028	2858	2046	413	2459	222	268	544	2637	77,0%	10,3%	5,0%	
1060	Wincare Grundversicherungen AG	128620	4384	5545	656	6201	-1463	132	914	1131	128,5%	-33,2%	4,5%	
1113	CM Vallée d'Entremont	6129	3128	2736	3200	207	141	-3	723	424	87,5%	6,7%	4,6%	
1142	Krankenkasse Institut Igenbohl	663	4934	9759	746	10505	383	1398	2380	29845	210,6%	-121,2%	10,0%	
1147	Krankenkasse Turbenthal	410	2735	3235	420	-666	241	-10	1585	4000	118,2%	-23,8%	8,6%	
1316	Krankenkasse Wädenswil	10526	2840	2465	672	155	147	146	1949	1949	88,8%	5,1%	5,1%	
1322	Krankenkasse Wädenswil	11121	2875	2769	311	31	150	-54	580	251	98,3%	1,1%	5,1%	
1328	kmu	6414	3359	4185	4745	-786	178	52	1174	614	124,8%	-21,7%	5,0%	
1331	Krankenkasse Birchmeier	1266	3094	2960	452	97	136	99	616	612	95,7%	1,8%	4,9%	
1382	Krankenkasse Stoffel Meis	955	2875	2213	364	2577	49	449	555	2611	77,0%	2,6%	5,8%	
1382	Krankenkasse Simplan	642788	3324	3059	541	88	163	1	481	623	92,0%	2,8%	4,9%	
1384	SWICA Krankenversicherung AG	113880	3734	4659	608	5287	195	-12	1188	1151	124,7%	-30,4%	5,2%	
1401	rhenusana	8428	3166	2868	491	-1139	140	158	443	880	90,0%	-0,3%	4,7%	
1479	Mutuel Assurance Maladie SA	386195	3927	3708	4290	8	150	-120	888	113	98,9%	0,2%	3,8%	
1507	Fondation AMB	12373	2862	2508	343	343	123	-70	630	811	98,9%	12,1%	4,2%	
1509	Santas Grundversicherungen AG	352572	3535	3244	567	3810	29	69	560	581	91,7%	0,8%	5,5%	
1529	Intras Kranken-Versicherung AG	167278	3881	3792	581	-83	184	-36	977	1060	97,7%	-2,1%	4,9%	
1535	Philos Assurance Maladie SA	266000	3511	3382	527	3908	20	-77	837	33	98,3%	0,6%	3,8%	
1542	Assura-Basis SA	904816	3019	2008	410	2418	151	45	747	597	66,5%	25,7%	5,1%	
1555	Vsana AG	458982	3718	4257	558	4815	127	54	878	1874	114,5%	-17,5%	3,4%	
1560	Agriano Krankenkasse AG	132652	2731	2139	428	2585	135	20	543	969	78,3%	13,9%	5,0%	
1562	Heliana Versicherungen AG	553662	4069	5108	602	5710	241	1	768	1121	125,5%	7,0%	5,8%	
1565	avanex Versicherungen AG	194424	3694	3250	565	3815	197	46	468	543	88,0%	10,2%	5,4%	
1566	sansan Versicherungen AG	211191	3038	2518	446	2963	185	29	397	425	82,9%	18,3%	3,1%	
1568	sana24 AG	59963	3356	2395	455	2850	95	277	447	1556	71,4%	18,5%	5,0%	
1569	Arcosana AG	250165	3562	2208	454	2662	500	-4	562	376	74,8%	18,5%	3,2%	
1570	viacare AG	48631	3546	3125	504	3628	148	129	681	1535	88,1%	47,5%	6,2%	
1575	Compact Grundversicherungen AG	40604	2874	1163	372	1284	170	-50	313	728	43,5%	43,9%	3,9%	
1577	SanaGate AG	93917	2319	1128	307	1435	90	27	343	286	48,6%	43,9%	3,9%	
Totals:		8'334'164	3'442	3'262	516	3'778	163	24	732	750	94,8%	-	4,8%	
Datenstand: 4.9.17						-17								

Quelle und Erläuterungen: T 5.02

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2016, Bundesamt für Gesundheit

T 5.01 Aufsichtsdaten OKP CH

2016

BAG-Nr.	Name des OKP Versicherers	Einnahmen Total in Mio. Fr.	2	14	3A	5A	13A	12A	4A	8A	9A	11	6C
		Ausgaben Total in Mio. Fr.	Prämien in Mio. Fr.	Nettoleistungen in Mio. Fr.	Kostenbeteiligung in Mio. Fr.	Bruttoleistungen in Mio. Fr.	Risikoausgleich in Mio. Fr.	Stand der Rückstellungen in Mio. Fr.	Stand der Reserven in Mio. Fr.	Verwaltungsaufwand je versicherte Person in Fr.	Verhältnis (Verwaltungsaufwand + Abschreib.) / (Prämien - Risikoausgleich) in %		
0		2919.2	2922.8	2999.0	498.3	3'435.3	5321.5	764.2	581.9	122	3.4%		
32	Aquilana Versicherungen	146.9	154.3	143.2	22.4	165.5	-4.3	26.8	39.2	145	4.1%		
57	Moove Sympathy AG	28.4	26.7	3.3	3.3	28.5	0.4	7.8	9.6	258	6.2%		
62	SUPRA-1848 SA	484.5	500.3	371.2	65.5	438.7	73.1	115.8	98.8	132	5.0%		
134	Kranken- und Unfallkasse Einsiedeln	11.7	11.1	10.7	1.8	12.8	-0.4	2.5	6.9	135	4.3%		
182	PROVITA Gesundheitsversicherung AG	201.5	200.8	176.5	34.0	210.5	11.8	28.5	27.6	172	6.1%		
194	Sumisvalder Krankenkasse	66.0	67.7	55.2	10.5	65.7	8.2	13.0	13.4	96	3.8%		
246	Krankenkasse Steffburg	21.1	15.3	3.1	18.4	4.4	-138.2	4.3	5.0	156	6.5%		
290	CONCORDIA Kranken- und Unfallversicherung AG	1779.2	1720.4	1782.8	268.4	2'031.2	-138.2	459.3	857.5	159	4.5%		
312	Alupri Gesundheitsversicherung	567.7	562.2	525.9	87.1	613.1	6.8	126.2	112.0	118	3.6%		
343	Aventur Assurance Maladie SA	781.3	795.6	701.1	120.5	821.6	48.9	175.6	44.6	125	3.8%		
380	Krankenkasse Luzerner Hinterland	70.9	70.7	65.8	11.7	77.5	4.7	13.2	25.0	87	3.3%		
376	KPT Krankenkasse AG	1'453.1	1'466.1	1'483.1	215.2	1'698.3	-108.4	350.5	151.6	177	4.4%		
455	OKK Kranken- und Unfallversicherungen AG	478.1	477.3	419.0	71.1	490.1	24.8	85.2	75.8	188	6.8%		
509	Vivo Sympathy AG	603.5	594.9	584.4	77.2	661.5	-28.1	137.8	112.7	230	5.4%		
558	KVF Krankenkasse AG	28.6	29.6	18.9	4.6	23.5	7.3	3.9	6.2	169	8.7%		
782	Koiping Krankenkasse AG	58.3	58.7	59.8	8.8	68.6	-6.7	14.5	9.4	245	6.0%		
774	Easy Sana Assurance Maladie SA	713.5	721.8	611.6	109.5	721.0	82.1	154.1	37.8	117	3.9%		
820	Cassa da malaunsa Lumneziana	6.9	6.9	7.1	1.2	8.2	-0.5	1.0	4.6	113	3.8%		
829	KLUG Krankenkasse	28.2	27.8	32.3	4.7	37.0	-4.1	6.7	3.1	181	4.7%		
881	EGK Grundversicherungen AG	281.5	288.5	310.9	49.1	360.0	-20.7	58.5	40.6	288	8.4%		
901	SanaValis Gesundheitskasse	7.1	7.0	6.3	1.2	7.5	0.3	1.2	7.8	130	5.7%		
923	Krankenkasse SLKK	53.4	53.1	48.4	8.6	57.0	0.7	11.2	28.7	138	5.2%		
941	sodalis gesundheitsgruppe	102.3	101.1	102.8	15.7	108.7	0.1	25.7	45.3	114	3.9%		
966	vita surselva	10.0	9.2	9.1	1.5	10.6	-0.6	1.6	5.3	207	7.0%		
994	Progrès Versicherungen AG	882.9	874.3	571.8	99.0	670.7	70.0	90.0	156.9	173	5.6%		
1040	Krankenkasse Vesperterminen	10.7	9.6	8.2	1.7	9.9	0.8	2.2	10.6	106	4.4%		
1060	Wincare Grundversicherungen AG	566.5	549.6	713.2	84.3	797.6	-188.1	117.5	145.4	262	4.6%		
1113	CM Vallée d'Entremont	18.9	19.2	16.8	2.8	19.6	1.3	4.4	2.6	141	4.8%		
1142	Krankenkasse Turbenthal	3.5	3.1	6.5	0.5	7.0	-4.2	1.6	19.8	383	3.5%		
1147	Krankenkasse Institut Ingenbohl	1.1	1.2	1.3	0.2	1.5	-0.3	0.7	1.6	241	7.1%		
1318	Krankenkasse Wädenswil	32.1	30.5	25.9	7.1	33.0	1.8	6.8	20.5	147	5.5%		
1322	Krankenkasse Bruchmühl	23.2	22.9	26.8	3.6	30.4	-5.0	7.5	3.9	167	4.3%		
1328	kmu	3.6	3.5	3.7	0.6	4.3	-0.1	0.8	0.8	136	4.3%		
1331	Krankenkasse Stoffel Meis	2.7	2.3	2.1	0.3	2.5	0.0	0.5	2.5	137	4.8%		
1382	Krankenkasse Sion	2'145.9	2'145.2	1'966.4	348.0	2'314.4	56.6	315.5	400.3	161	5.0%		
1384	SWICA Krankenversicherung AG	42.7	42.8	53.0	6.9	59.9	-13.0	13.5	13.1	193	4.0%		
1401	rhenusana	29.9	28.4	27.0	4.6	31.7	-0.1	4.2	8.4	136	4.4%		
1479	Mutuel Assurance Maladie SA	1'461.8	1'508.2	1'431.9	224.9	1'656.8	3.1	346.8	43.6	150	3.9%		
1507	Fondalun AMB	35.0	35.9	31.0	5.4	36.4	4.2	7.8	10.0	123	4.9%		
1509	Sanitas Grundversicherungen AG	1'249.0	1'224.8	1'143.6	199.9	1'343.5	10.4	197.5	204.9	188	5.5%		
1529	Intras Krankenversicherung AG	652.3	658.4	634.3	97.2	731.4	-13.8	163.4	177.4	194	4.9%		
1535	Philos Assurance Maladie SA	926.0	946.4	899.5	140.1	1'039.6	5.2	222.7	8.7	135	3.9%		
1542	Asura-Basis SA	2736.7	2696.2	1'817.2	371.1	2'188.3	704.6	675.6	539.7	151	6.8%		
1555	Vsana AG	1'731.9	1'707.1	1'699.1	194.5	1'893.6	-303.4	401.2	856.6	127	2.9%		
1560	Agrisano Krankenkasse AG	361.4	358.7	362.3	283.7	340.2	50.3	72.1	128.5	133	5.7%		
1562	Heliana Versicherungen AG	2'291.3	2'291.0	2'827.9	333.4	3'161.2	-821.0	425.1	620.6	219	4.6%		
1565	avanex Versicherungen AG	720.5	711.6	631.8	109.9	741.7	50.3	91.0	105.6	197	5.7%		
1566	sansan Versicherungen AG	646.4	640.3	531.7	94.1	625.8	66.2	83.9	89.7	185	6.8%		
1568	sana24 AG	200.4	183.8	143.6	27.3	170.9	38.8	29.2	93.3	94	3.5%		
1569	Arcosana AG	744.6	745.5	523.3	113.6	665.9	137.8	140.7	94.0	148	6.1%		
1570	Viacare AG	171.8	165.5	152.0	24.5	176.5	8.4	33.1	74.6	108	3.2%		
1575	Compact Grundversicherungen AG	109.7	111.7	108.6	15.1	123.7	52.1	12.7	29.6	167	12.2%		
1577	SanaGate AG	219.4	216.9	105.9	28.8	134.7	96.4	32.2	27.8	90	6.9%		
Total:		28'791.4	28'594.0	27'185.4	4'298.4	31'483.8	-145.4	6'100.2	6'249.2	159	4.7%		

Datenstand: 4.8.17

Quelle und Erklärungen: T 5.02

Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2016.

Bundesamt für Gesundheit

T 5.02 Erklärungen und Quellen für die Aufreichtodaten OKP CH (T 5.01)

- 0) Nur OKP Versicherer mit durchschnittlichem Versicherungsbestand > 0
Name des Versicherers eventuell gekürzt, Name gültig 2016.
- 1) Durchschnittlicher Versicherungsbestand (nur OKP Versicherer)
Durchschnittlicher Versicherungsbestand = Mittelwert aller Versicherungsbestände am Ende des Monats.
Versicherte mit schweizerischer Prämie. Ohne Versicherte mit EU Prämie (vgl. T 5.06).
- 2) Einnahmen Total (in Mio. Fr.)
Prämiensozi, Subventionen und Prämienverbilligungen, Einkommensungen (Rabatte und Skonti) sowie die übrigen Erträge (Kapital- und Liegenschaftserträge).
- 3A + 3B) Prämien (in Mio. Fr.; je versicherte Person in Fr.)
Prämiensozi = Prämiensumme gemäss den genehmigten Prämienstarfen.

4A + 4B + 4C) Risikoausgleich (in Mio. Fr.; je versicherte Person in Fr.; und in % der Einnahmen)
Über den Risikoausgleich erhalten Versicherer mit überdurchschnittlich kostenverursachenden Versicherten (Frauen, ältere Personen) Beiträge, welche von den Versicherern mit unterdurchschnittlich kostenverursachenden Versicherten (Männer, jüngere Personen) finanziert werden.
Eine positive Prozentzahl bedeutet, dass der Versicherer in den Risikoausgleich einzahlen muss, ein negativer Wert steht bei Versicherern, welche aus dem Risikoausgleich Mittel beziehen können.

- 5A + 5B) Nettoleistungen der Versicherer (in Mio. Fr.; je versicherte Person in Fr.)
Nettoleistungen = Bezahlte Leistungen der Versicherer an die Leistungserbringer (Ärzte, Spitäler, Apotheken, usw.) nach Abzug der Kostenbeteiligung der Versicherten (Franchise / Selbstbehalt / Tagespauschale im Spiel).
- 6A + 6B + 6C) Verwaltungsaufwand und Abschreibungen (in % der Ausgaben; in % der Prämien - Risikoausgleich; je versicherte Person in Fr.)
Personalaufwand inkl. Sozialleistungen, Verwaltungsräumlichkeiten und Betriebsrichtungen, EDV-Kosten, Versicherungsprämien (Mobilgar, Mietpflicht usw.), Werbung sowie Abschreibungen. Ausgaben = Total des Versicherungs- und Betriebsaufwands.
- 7) Gesamtergebnis (je versicherte Person in Fr.)
Das Gesamtergebnis entspricht dem Saldo der Einnahmen (Total des Gesamtertrags) und der Ausgaben (Total des Versicherungs- und Betriebsaufwands).
- 8A + 8B) Rückstellungen (in Mio. Fr.; je versicherte Person in Fr.)
Rückstellungen für ungedeckte Versicherungsfälle, welche am Ende des Jahres für die folgenden Leistungen gebildet werden müssen, welche von den Versicherten bereits in Anspruch genommen worden sind, für die sie aber noch keine Rechnungen erhalten haben.
Es handelt sich hierbei um geschuldete Leistungen, welche die Versicherer im folgenden Jahr noch zu erbringen haben; sie stellen somit keine Reserven dar.
- 9A + 9B) Reserven (in Mio. Fr.; je versicherte Person in Fr.)
9A) obligatorische Krankenpflegeversicherung OKP
Sicherheits- und Schwankungsreserven = Mittel, die dem Versicherer zur Sicherstellung der langfristigen eigenen Zahlungsfähigkeit dienen.
1995 -> 2011: Siehe die früheren Reserverestimmungen in T 5.02 STAT KV 2014.
2012 ->: Neue Berechnungsmethode mit Quantifizierung der versicherungstechnischen Risiken, der Markt- und der Kreditrisiken gemäss Art. 78 a,b,c KVV (vgl. T 5.03).
Die Werte ab 2012 sind mit denjenigen aus den Vorjahren aufgrund der Auflösung von stillen Reserven nicht vergleichbar.

- 11) Verwaltungsaufwand (je versicherte Person in Fr.)
- 12A + 12B) Bruttoleistungen der Versicherer (in Mio. Fr.; je versicherte Person in Fr.)
Bruttoleistungen = Leistungen der Versicherer an die Leistungserbringer (Ärzte, Spitäler, Apotheken, usw.) mit Kostenbeteiligung der Versicherten (Franchise / Selbstbehalt / Tagespauschale im Spiel).

- 13A + 13B) Kostenbeteiligung der Versicherten (in Mio. Fr.; je versicherte Person in Fr.)
Kostenbeteiligung der Versicherten: Franchise / Selbstbehalt / Tagespauschale im Spiel.
Berücksichtigt nur die bei dem Versicherer eingereichten Rechnungen.

- 14) Ausgaben Total (in Mio. Fr.)
Ausgaben = Total Versicherungs- und Betriebsaufwand.
- 15) Verhältnis Nettoleistungen / Prämien (in %)

Quelle: Formulare EF534E und T.5.01 Lsw	
BAG Nr. Nummer EF 1.12A, Total > 0	
0	EF 1.12A Total nur wenn > 0 (-> ohne KK 1573 Intro, ohne Versicherte)
1	2016 -> EF 5.22 (3 + 695)
2	2016 -> EF 5.22 (3 + 695)
3A	2016 -> EF 5.22 (3010 -> 3016)
3B	(3A) / (1)
4A	2016 -> EF 5.22 (48)
4B	(4A) / (1)
4C	(4A) / (2)
5A	2016 -> EF 5.22 (4010 -> 4016 + 4200 -> 4208 -> 4210 -> 4216)
5B	(5A) / (1)
5C	2016 -> EF 5.22 (5005-510) / (14) in %
6B	2016 -> EF 5.22 (5005-510) / (1)
6C	2016 -> ((6B) * (1)) / ((3A) - (4A)) in %
7	2016 -> EF 5.22 (699) / (1)
8A	2012 -> EF 4.2 (21010)
8B	(8A) / (1) in %
9A	2012 -> EF 4.2 (20600) + (200)
9B	(9A) / (1) in %
11	2016 -> EF 5.22 (5005-517) / (1)
12A	(5A) * (13A)
12B	(12A) / (1)
13A	2016 -> EF 5.22 (4200 -> 4206) - (4210 -> 4216)
13B	(13A) / (1) in %
14	2016 -> EF 5.22 (693)
15	(5B) / (13B) in %

Datenstand: 4.9.17
 Aufreichtodaten OKP gemäss Art. 28b KVV (Stand 1.1.09)
 Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2016, Bundesamt für Gesundheit

Anhang 2

Produktkategorie	Concordia in Fr. *	CSS in Fr.***	Groupe Mutuel in Fr. **	Helsana in Fr. ***	Swica in Fr. ***	Sympany in Fr.***	Visana in Fr. **
OKP	0	50	50	50	35		150
Kleiner Zusatz	160	30	150	60	100		125
Spitalzusatz Privat	220	400	250	260	270		50
Paketzuschlag	0	350	225	360	160	800	300
Mindest- Superprovision (in %/ab Mindestumsatz in Fr.)	46 (12%/ 5000)	100 (12%/ 10000)	115 (17%/ 4000)	73 (10%/ 10000)	57 (10%/ 18000)	80 (10%/ ab 30****)	48 (10%/ 10000)
Total	426	930	790	803	622	880	673

Entschädigung für Top-Paket: Grundversicherung (OKP, Franchise 1000 Fr.), kleiner und Spitalzusatz (VVG). Die Superprovision ist abhängig vom Umsatzvolumen und kann auf 50 bis 100 Prozent (Groupe Mutuel) ansteigen.

*Quelle: Provisionsreglemente: 2014 *** / 2015* / 2016**/ Kunden*****