

SO_GERICHTE VSBES.2018.246 vom 27. August 2018

SO Obergericht, 2018-08-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.246

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.246 du 27 août 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.246 del 27 agosto 2018

Erwägungen

E. 28

Oktober 2018 (A.S. 30, 32, 34) reicht der Beschwerdeführer weitere Unterlagen ein. 5. Mit Beschwerdeantwort vom 23. November 2018 (A.S. 40 ff.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. 6. Am 10. Dezember 2018 (A.S. 48 ff.) reicht der Beschwerdeführer eine Replik ein. 7. Mit Eingabe vom 2. Januar 2019 (A.S. 56) reicht der Beschwerdeführer eine weitere Unterlage ein. 8. Am 5. Februar 2019 reicht die Beschwerdegegnerin eine ergänzende Stellungnahme ein (A.S. 62), 9. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird im Folgenden, soweit notwendig, eingegangen. II. 1. Vorweg ist die Zuständigkeit des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn zu prüfen. Der Beschwerdeführer erhebt einerseits Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 27. August 2018, worin die Beschwerdegegnerin über den vorliegend umstrittenen Skonto-Anspruch des Beschwerdeführers im Zusammenhang mit der jährlichen Vorauszahlung der KVG-Prämien entschieden hat. Diesbezüglich sind die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. Andererseits erhebt der Beschwerdeführer Klage, insoweit sich der strittige Skontoanspruch auf die Vorauszahlung von Zusatzversicherungsprämien nach VVG bezieht. Diesbezüglich stützt sich die strittige Forderung auf Zivilrecht. Gemäss Art. 89 Abs. 1 der Verfassung des Kantons Solothurn wird die Zivilgerichtsbarkeit ausgeübt durch die Friedensrichter, die Amtsgerichtspräsidenten, die Amtsgerichte, das Obergericht sowie weitere Gerichte und Schlichtungsbehörden nach Massgabe des Gesetzes. Die Zuständigkeit des Versicherungsgerichts müsste sich somit auf die letztgenannte Bestimmung stützen können. Es wäre also eine spezialgesetzliche Kompetenzzuweisung erforderlich. Laut § 1 der Verordnung des Kantonsrates über das Verfahren vor dem Versicherungsgericht und über die Organisation und das Verfahren der Schiedsgerichte in den Sozialversicherungen in der bis 28. Februar 2015 gültig gewesenen Fassung beurteilte das Versicherungsgericht alle Streitigkeiten in Sozialversicherungssachen, mit Einschluss der beruflichen Vorsorge und der Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung, im Rahmen der eidgenössischen und kantonalen Gesetzgebung. Die hier strittige Kollektiv-Taggeldversicherung galt praxisgemäss als Zusatzversicherung zur sozialen Krankenversicherung. Entsprechende Streitigkeiten waren daher durch das Versicherungsgericht zu behandeln. Mit Wirkung ab 1. März 2015 wurde die Verordnung jedoch geändert. Nach der neuen Fassung beurteilt das Versicherungsgericht alle Streitigkeiten in Sozialversicherungssachen, mit Einschluss der beruflichen Vorsorge, im Rahmen der eidgenössischen und kantonalen Gesetzgebung. Die Zusatzversicherungen zur sozialen Krankenversicherung und damit auch der hier strittige Anspruch aus einer Kollektiv-Krankentaggeldversicherung fallen nicht mehr in die sachliche Zuständigkeit des

Versicherungsgerichts. Da die Klage nach dem 1. März 2015 angehoben wurde, ist das Versicherungsgericht von vornherein nicht zuständig. Da dem Versicherungsgericht die sachliche Zuständigkeit fehlt, ist auf die Klage nicht einzutreten (vgl. BGE 131 V 153 E. 1.2 S. 155 f.). 3. Im vorliegenden Fall verlangt der Beschwerdeführer von der Beschwerdegegnerin die Anerkennung und Verrechnung von CHF 748.30 plus Zins zu 5 % seit 1. Januar 2018 sowie die Rückerstattung von CHF 179.50 plus Zins zu 5 % seit 29. März 2018. Damit liegt der Streitwert unter CHF 30'000.00, weshalb die Angelegenheit vom von der Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts als Einzelrichterin zu beurteilen ist (§ 54 bis Abs. 1 lit. a GO). 4. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers sei im Versicherungsantrag vom 30. August 2005 ein Skontosatz von 2 % handschriftlich notiert worden. Der Skontosatz sei vom damaligen Swica-Berater, Herrn B.____, angeboten und empfohlen worden. Bis und mit 2010 habe die Swica den vertraglich vereinbarten Skonto von 2 % gemäss Vereinbarung auf dem Antragsformular bei den Jahresrechnungen in Abzug gebracht. Bei der Prämienrechnung vom Dezember 2017 sei ihm erstmals aufgefallen, dass der ausgewiesene Skonto von CHF 36.45 nicht 2 % ausmache. Er habe dann festgestellt, dass die Swica bereits per 2011 eine heimliche Praxisänderung mit Herabsetzung des Skontos auf 0.5 % vorgenommen habe, ohne ihn darüber zu informieren. Seine Differenzrechnung über die Zeit von 2011 bis 2017 ergebe inkl. Zins den Betrag von CHF 748.30. Da der Skonto aber vereinbart worden sei, habe dieser Vertragscharakter. Zudem habe sich die Swica über 5 Jahre an den Vertrag gehalten und damit auch konkludent dessen Richtigkeit anerkannt. Eine einseitige Änderung des Skontosatzes durch Swica sei im vorliegenden Fall vertragswidrig, zumal eine einseitige Änderung weder durch die AVB's gedeckt, noch durch eine Änderungskündigung rechtsgenügend vorgenommen worden sei. Damit habe die Swica ihm als Versichertem die Möglichkeit vorenthalten, sich bei einer anderen Versicherung umzusehen und gegebenenfalls zu wechseln. Die Gewährung des Skontos von 2 % sei bei Abschluss des Vertrages ein zentrales Argument gewesen. Des Weiteren könne festgestellt werden, dass weder im KVG noch im VVG, noch in den entsprechenden Verordnungen die Gewährung von Skonti geregelt sei. Ein Skonto sei ein vertraglicher Bestandteil, wie er auf vielen allgemeinen Einkaufs- und allgemeinen Vertragsbedingungen oder auch Werkverträgen aufgeführt werde. Eine Ungleichbehandlung eines Versicherungsvertrages in Bezug auf Skonti, sowohl nach KVG als auch nach VVG, sei in keiner Weise nachvollziehbar. Und wenn ein Skonto eben ein Vertragsbestandteil sei, dann könne dieser nicht einseitig – und insbesondere heimlich – zu Lasten von ihm verändert werden. Es handle sich auch nicht um konkludentes Verhalten seinerseits. Er habe die Skontosatzreduktion nie akzeptiert. Erst auf der Rechnung der Prämie von 2018 sei diese auf den ersten Blick ersichtlich geworden. In diesem Zusammenhang stelle sich auch die Frage, ob eine solche heimliche und arglistige Reduktion des Skontosatzes nicht den Tatbestand des Betruges erfüllen würde. Somit beantrage er die Anzeige bei den zuständigen Strafuntersuchungsbehörden durch das Gericht von Amtes wegen. Sodann werde in der Verfügung vom 9. Mai 2018 mit keinem Wort auf die widerrechtliche «gesetzliche Mahnung» vom 12. März 2018 eingegangen. Die Verfügung sei deshalb unvollständig. Sie begründe in keiner Weise, wie dieser Betrag zu Stande komme. Sie begründe auch nicht, weshalb er mit Schreiben vom 17. März 2018 zusätzlich die abgezogene Summe von CHF 109.45 in Rechnung gestellt bekommen habe. Des Weiteren könne er die Behauptung der Swica nicht nachvollziehen, dass es sich beim Skonto nicht um einen Prämienbestandteil handle, welcher auf Ende Jahr anzukündigen sei. Gerade vorher argumentiere die Swica gegenteilig, wenn sie sage, dass der Skonto – wenn

auch nur als absoluter Betrag – auf der Prämienrechnung in Abzug gebracht werde. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, der für die jährliche Vorauszahlung vom Versicherungsträger gewährte Skonto stelle kein im Gesetz vorgesehenen Rabatt dar, der zufolge eines besonderen Kostenbewusstseins des Versicherten gewährt würde. Die Vorauszahlung habe mit den Leistungskosten und den hierfür vorgesehenen Prämienreduktionen nichts zu tun. Vielmehr finde der Skonto seine Begründung in den ökonomischen Vorteilen des Versicherers aus der frühen und einmaligen Prämienzahlung. Mit einer jährlichen Vorauszahlung verfüge die Versicherungsgesellschaft sofort über hinreichende Liquidität, könne einen Gewinn aus der vorübergehenden Anlage der Mittel für sich vereinnahmen, trage kein weiteres Inkassorisiko und könne Einsparungen beim administrativen Aufwand der Rechnungsstellung inklusive Postgebühren und Verbuchung erzielen. Der – im Geschäftsverkehr privater und öffentlicher Unternehmen weit verbreitete und übliche – Skonto sei im zur Diskussion stehenden Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung deshalb so lange nicht zu beanstanden, als er den finanziell positiven Effekt beim Sozialversicherungsträger nicht übersteige (vgl. zu den Vorgaben der Prämientarife Art. 16 des Bundesgesetzes vom 26. September 2014 betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung [Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG; SR 832.12]). Er sei damit so lange zulässig, als der netto der Krankenversicherung für ihre Aufgabenwahrnehmung zur Verfügung stehende Betrag auf jeden Fall nicht kleiner sei, als bei monatlicher Zahlung. Andernfalls würde es sich um eine im Gesetz nicht vorgesehene Prämienverbilligung zu Gunsten einer einzelnen Gruppe Versicherter handeln. Entgegen der Ansicht des Einsprechers sei eine individuelle Vereinbarung eines Skontos und damit über die Prämienhöhe im Versicherungsobligatorium nicht zulässig und hätte damit auch keine Rechtswirkung. Der Vermerk im Antrag sei vielmehr dahingehend zu verstehen, dass der damals geltende Skontosatz festgehalten worden sei. Damit habe eine Änderung des Skontosatzes mangels vertraglicher Vereinbarung auch nicht durch eine (Änderungs-)Kündigung zu erfolgen. Da der Skontosatz die ökonomischen Vorteile des Versicherers widerspiegeln solle, müsse er jederzeit der Finanzmarktlage anpassbar sein. Der Versicherer lege jedes Jahr die den finanziellen Umständen entsprechenden Prämien fest (Art. 16 KVAG). Seit dem Jahr 2011 seien die Vorteile der Liquidität aufgrund der Anlagemöglichkeiten derart geschrumpft, dass die Swica aus ökonomischer Sicht nur noch einen Skonto von 0.5 % habe gewähren können. Zu den Rechtsbegehren Ziff. 2. und Ziff. 3. sei zu bemerken, dass in den geforderten Beträgen auch Anteile der Prämien betr. die Zusatzversicherungen enthalten seien. Diese bildeten jedoch nicht Bestandteil des Einspracheentscheids nach Krankenversicherungsgesetz. Der Beschwerdeführer mache im Weiteren geltend, dass die Mahnung vom 12. März 2018 über den Betrag von CHF 175.90 nicht nachvollziehbar sei. Hier sei am 17. März 2018 eine neue Zahlungsaufforderung über CHF 109.45 ergangen, welche den Berechnungen des Beschwerdeführers entspreche. Auch hier sei darauf hinzuweisen, dass VVG-Anteile enthalten seien. Umstritten und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin den gegenüber dem Beschwerdeführer infolge der jährlichen Vorschusszahlung ab dem Jahr 2006 gewährten Prämienkonto ab dem Jahr 2011 auf 0.5 % senken durfte. 5. Insofern der Beschwerdeführer sinngemäss geltend macht, er wolle die ausstehenden Forderungen mit seinen Ansprüchen gegenüber der Swica verrechnen, ist vorweg festzuhalten, dass eine Verrechnung mit allfälligen ihm zustehenden Leistungen nicht möglich ist. Weder dem Versicherer (Art. 105c KVV) noch den Versicherten (BGE 110 V 183 E. 2f. S. 185 ff.) steht im Falle ausstehender Prämien oder

Kostenbeteiligungen ein Verrechnungsrecht zu. 6. 6.1 Der Versicherer legt die Prämien für seine Versicherten fest. Soweit dieses Gesetz keine Ausnahme vorsieht, erhebt der Versicherer von seinen Versicherten die gleichen Prämien (Art. 61 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10). Prämienunterschiede ergeben sich zufolge des Wohnorts (Art. 61 Abs. 2 f. KVG) oder des Alters (Art. 61 Abs. 3 KVG) der Versicherten. Weiter kann die Prämie bei besonderen Versicherungsformen vermindert werden (Art. 62 KVG). Die Prämien sind im Voraus und in der Regel monatlich zu bezahlen (Art. 90 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102)). 6.2 Das im Bereich des KVG vorgeschriebene allgemeine Versicherungsobligatorium für die gesamte schweizerische Bevölkerung stellt ein unverzichtbares Instrument zur Gewährleistung der Solidarität dar (Gebhard Eugster, Die obligatorische Krankenpflegeversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 3. Auflage 2016, S. 418 N. 29). Im Einklang mit dem Solidaritätsgedanken hat der Gesetzgeber denn auch im Grundsatz für alle Versicherten gleiche Prämien vorgesehen. Den Krankenversicherern ist es verboten, vertragliche Abreden über Prämienreduktionen ausserhalb der gesetzlichen Möglichkeiten vorzunehmen. Der Gesetzgeber hat Prämienreduktionen dort vorgesehen, wo eigenverantwortliches Handeln der Versicherten eine kostensenkende Wirkung hat. Dies gilt etwa beim Anschluss an ein Hausarztmodell oder bei höheren Franchisen, wobei die in Art. 90c KVV vorgeschriebene maximal zulässige Prämienreduktion zu beachten ist (vgl. Gebhard Eugster, a.a.O., S. 794 N. 1299). 6.3 Der für die jährliche Vorauszahlung vom Versicherungsträger gewährte Skonto stellt hingegen keinen im Gesetz vorgesehenen Rabatt dar, der zufolge eines besonderen Kostenbewusstseins des Versicherten gewährt würde (vgl. Gebhard Eugster, a.a.O., S. 795 N. 1304). Wie die Beschwerdeführerin hierzu treffend ausführt, hat die Vorauszahlung mit den Leistungskosten und den hierfür vorgesehenen Prämienreduktionen nichts zu tun. Vielmehr findet der Skonto seine Begründung in den ökonomischen Vorteilen des Versicherers aus der frühen und einmaligen Prämienzahlung. Mit einer jährlichen Vorauszahlung verfügt die Versicherungsgesellschaft sofort über hinreichende Liquidität, kann einen Gewinn aus der vorübergehenden Anlage der Mittel für sich vereinnahmen, trägt kein weiteres Inkassorisiko und kann Einsparungen beim administrativen Aufwand der Rechnungsstellung inklusive Postgebühren und Verbuchung erzielen. Der – im Geschäftsverkehr privater und öffentlicher Unternehmen weit verbreitete und übliche – Skonto ist im zur Diskussion stehenden Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung deshalb so lange nicht zu beanstanden, als er den finanziell positiven Effekt beim Sozialversicherungsträger nicht übersteigt (vgl. zu den Vorgaben der Prämientarife Art. 16 KVAG). Er ist damit so lange zulässig, als der netto der Krankenversicherung für ihre Aufgabenwahrnehmung zur Verfügung stehende Betrag auf jeden Fall nicht kleiner ist als bei monatlicher Zahlung. Andernfalls würde es sich um eine im Gesetz nicht vorgesehene Prämienverbilligung zu Gunsten einer einzelnen Gruppe Versicherter handeln. Aus diesen Ausführungen ist ersichtlich, dass selbst wenn vorliegend von einer wirksam zustande gekommenen Skonto-Zinssatzvereinbarung zwischen dem Beschwerdeführer und der Beschwerdeführerin in der Höhe von 2 % per 1. Januar 2006 auszugehen wäre, eine solche nicht unbeschränkt über Jahre hinweg in gleicher Höhe Gültigkeit haben könnte. Da der Skontosatz die ökonomischen Vorteile des Versicherers widerspiegeln soll, muss er jederzeit der Finanzmarktlage anpassbar sein. Dies zeigt sich analog auch darin, dass der Versicherer jedes Jahr die den finanziellen Umständen entsprechenden Prämien festlegt (Art. 16 KVAG). Ein auf Jahre im Voraus festgelegter

Skonto-Zinssatz wäre im Lichte des Gesagten nicht zulässig. Ebenso wäre es mit dem in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geltenden Prinzip der Rechtsgleichheit unvereinbar, den Versicherten Skonti in unterschiedlicher, individuell zu vereinbarenden Höhe zu gewähren (vgl. Ueli Kieser, a.a.O., S. 169 N. 8). Eine individuelle Vereinbarung eines Skontos und damit indirekt auch über die Prämienhöhe wäre demnach im Versicherungsobligatorium nicht zulässig und hätte damit auch keine Rechtswirkung. Insofern der Beschwerdeführer sodann grundsätzlich die Höhe des von der Beschwerdegegnerin gewährten Skontos mit Verweis auf die teilweisen höheren Skonti anderer Krankenversicherer rügt, ist darauf im Lichte der vorgehenden Erwägungen nicht weiter einzugehen. So besteht nach KVG eben kein Anspruch auf Gewährung eines Skontos und anders als die Höhe der jährlich neu festzulegenden KVG-Prämien untersteht die Höhe eines allenfalls gewährten Skontos auch nicht der Genehmigungspflicht durch das Bundesamt für Gesundheit, sondern steht einzig im wirtschaftlichen Ermessen des jeweiligen Krankenversicherers.

6.4 Wie die Beschwerdegegnerin weiter korrekt festgehalten hat, wird im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung mit Ausfüllen des Versicherungsantrags faktisch lediglich der Beitritt erklärt, da jede Person, welche die versicherungsmässigen Voraussetzungen erfüllt, durch den Krankenversicherer aufgenommen werden muss (vgl. Art. 3 und 4 KVG). Insofern der Beschwerdeführer in seiner Argumentation somit auf privatrechtliche Skonto-Vereinbarungen verweist, ist festzuhalten, dass sich die im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geltende Form der Vertragsentstehung erheblich von der Entstehung eines privatrechtlichen Vertrages unterscheidet. So setzt die Begründung des Versicherungsverhältnisses im Wesentlichen eine entsprechende Willenserklärung in Form einer Versichertenanmeldung voraus. Das Versicherungsverhältnis entsteht durch Verwaltungsakt, mit welchem der Krankenversicherer auf Anmeldung hin die Aufnahme formell, aber nicht in konstitutiver Weise vollzieht. Die Anmeldung ist eine empfangsbedürftige Gestaltungserklärung, an welche die antragstellende Person grundsätzlich gebunden ist und die bei erfüllten gesetzlichen Aufnahmebedingungen ihre Rechtswirkung – die Begründung des Versicherungsverhältnisses – ohne Erfordernis der Zustimmung durch den Krankenversicherer automatisch entfaltet (Gebhard Eugster, Die obligatorische Krankenpflegeversicherung, in: Soziale Sicherheit, SBVR Bd. XIV, 3. Auflage 2016, S. 417 Rz. 25). Diese spezielle Form der Vertragsentstehung ist damit kaum vergleichbar mit der Entstehung eines privatrechtlichen Vertrages, welcher erst bei übereinstimmenden Willensäusserungen zustande kommt. Bereits daraus ergibt sich, dass der Versicherungsvertrag im KVG-Bereich nicht einfach mit einem handschriftlichen Vermerk «2 % Skonto» auf dem Versicherungsantrag abgeändert werden kann, zumal auf der vom Beschwerdeführer ebenfalls am 30. August 2005 unterzeichneten Offerte (SA 15, S. 24) kein Skontozinssatz vermerkt war. Die 2 % Skonto waren weder auf dem Versicherungsantrag noch auf der Offerte vorgedruckt, weshalb es sich diesbezüglich auch nicht um eine verbindliche Skonto-Offerte gehandelt hat, welche vom Beschwerdeführer durch seine Unterschrift hätte angenommen werden können. Zudem sind die Vertragsbestandteile eines Versicherungsverhältnisses in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im KVG abschliessend geregelt. Ein Anspruch auf Skonto ist im KVG nicht enthalten und besteht auch nicht (vgl. Kieser, KVG/UVG-Kommentar, 2018, S. 169 N. 7). Somit konnte diesbezüglich auch nicht durch einseitige Antragsanpassung eine individuelle Vereinbarung entstehen. Eine solche wäre, wie bereits erwähnt, im Licht der Rechtsgleichheit nicht zulässig gewesen. So muss der Krankenversicherer – falls er

einen Skonto anbietet – allen Versicherten, die eine jährliche Prämienvorauszahlung leisten, den gleichen Skonto-Zins gewähren. Der Skonto-Zinssatz von 2 % war somit kein Vertragsbestandteil, womit es nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin den Skonto-Zinssatz per 2011 von 2 % auf 0.5 % gesenkt hat. 6.5 Zudem macht der Beschwerdeführer geltend, dass die Mahnung vom 12. März 2018 über den Betrag von CHF 175.90 nicht nachvollziehbar und ihm der diesbezüglich einbezahlte Betrag zurückzuerstatten sei. Wie aber aus den Akten und den Ausführungen der Beschwerdegegnerin hervorgeht, ist diesbezüglich am 17. März 2018 eine neue Zahlungsaufforderung über CHF 109.45 ergangen, welche die Mahnung vom 12. März 2018 ersetzt. In der Folge hat der Beschwerdeführer zwar am 29. März 2018 gleichwohl den Betrag von CHF 175.90 überwiesen (B 21). Wie von der Beschwerdegegnerin mit Stellungnahme vom 5. Februar 2019 jedoch dargelegt wurde, wurde der diesbezügliche Differenzbetrag für die zu viel bezahlten Prämien 2018 in Höhe von CHF 66.45, in zwei Teilen, an die Prämienjahresrechnung 2019 Nr. 1159770657 verrechnet (1. Teil CHF 36.45, 2. Teil CHF 30.00). Somit ist diese Rüge ebenfalls abzuweisen. 7. Der Beschwerdeführer verlangt sodann, es sei eine öffentliche Verhandlung durchzuführen. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts und des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte kann von der Durchführung einer öffentlichen Verhandlung abgesehen werden, wenn sich ohne solche Verhandlung mit hinreichender Zuverlässigkeit erkennen lässt, dass eine Beschwerde offensichtlich unbegründet oder unzulässig ist. Als weiteres Motiv für die Verweigerung einer beantragten öffentlichen Verhandlung fällt die hohe Technizität der zur Diskussion stehenden Materie in Betracht, was etwa auf rein rechnerische, versicherungsmathematische oder buchhalterische Probleme zutrifft. Vorliegend konnte ohne Weiteres festgestellt werden, dass die Beschwerde offensichtlich unbegründet ist. Zudem sind keine materiellen Gründe ersichtlich, welche für die Durchführung einer Verhandlung sprechen würden. So wird nicht näher erläutert und ist auch nicht erkennbar, welchem Zweck die Verhandlung dienen sollte. Der Antrag auf Durchführung einer öffentlichen Verhandlung ist dennoch abzuweisen. 8. Zusammenfassend ist es somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Skonto-Zinssatz per 2011 von 2 % auf 0.5 % gesenkt hat. Die Vorbringen des Beschwerdeführers sind unbegründet und die Beschwerde ist abzuweisen. 9. Hinsichtlich des Antrags des Beschwerdeführers, es sei bei den zuständigen Strafuntersuchungsbehörden durch das Gericht von Amtes wegen eine Strafanzeige einzureichen, ist festzuhalten, dass das Versicherungsgericht zwar berechtigt, aber nicht verpflichtet ist, Strafanzeige zu erstatten. Vorliegend ist kein deliktisches Verhalten ersichtlich, weshalb keine Veranlassung besteht, die Sache an die Staatsanwaltschaft zu überweisen. Das Gleiche gilt auch hinsichtlich des Antrags, das Gericht habe die unlauteren Machenschaften der Swica bei den beiden Aufsichtsbehörden zur weiteren Untersuchung anzuzeigen. Angesichts des Verfahrensausgangs besteht dazu kein Anlass. 10. 10.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 10.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.