

INTERNATIONALER SYSTEMVERGLEICH DER KOSTEN UND PREIS BESTIMMENDEN FAKTOREN FÜR HÖRMITTEL

Juni 2010



EINE STUDIE IM AUFTRAG VON «hörschweiz»

Herausgeber

BAKBASEL

Redaktion

Luzius Aregger

Alexis Bill Koerber

Ingo Hain

Martin Eichler (Projektleitung)

Pia Luginbühl

Postadresse

BAK Basel Economics AG

Güterstrasse 82

CH-4053 Basel

T +41 61 279 97 00

F +41 61 279 97 28

info@bakbasel.com

<http://www.bakbasel.com>

© 2010 by BAK Basel Economics AG

Die Verwendung und Wiedergabe von Informationen aus diesem Produkt ist unter folgender Quellenangabe gestattet: "Quelle: BAKBASEL"

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary	5
1 Einleitung	11
2 Methodisches Vorgehen und Aufbau	13
3 Exogene Rahmenbedingungen	15
3.1 Gesamtwirtschaftliche Rahmenbedingungen	15
3.1.1 Allgemeines Wohlstandsniveau	15
3.1.2 Allgemeines Preisniveau und potenzielle Rückwirkungen auf die Kostensituation.....	16
3.1.3 Schweizer Zinsbonus.....	19
3.1.4 Allgemeine Preisentwicklung (Inflation).....	20
3.1.5 Einfluss des Devisenkurses auf internationale Preis und Kosten Vergleiche	21
3.2 Soziodemografische Faktoren	23
3.2.1 Bevölkerungsentwicklung und Struktur.....	23
3.2.2 Bevölkerungsdichte.....	25
3.3 Kulturelle Faktoren.....	25
4 Regulatorische Rahmenbedingungen und ihr Einfluss auf die Kosten	27
4.1 Theoretische Grundlagen der Regulierung: Vollkommener Markt und Marktversagen	27
4.2 Internationaler Vergleich der Kosten dämpfenden Massnahmen bei Hörmitteln.....	29
4.2.1 Umfang des Leistungskatalogs.....	29
4.2.2 Kostenbeteiligung	30
4.2.3 Zentral und dezentral organisierter Einkauf	32
4.2.3.1 Dezentral organisierter Einkauf in der Schweiz	34
4.2.3.2 Zentral organisierter Einkauf in Grossbritannien.....	35
4.2.3.3 Zentral und dezentral organisierter Einkauf in Dänemark	36
4.2.4 Trennung von Diagnose und Verkauf	37
4.2.5 Würdigung der Kostensenkungsmassnahmen	39
5 Qualität der Versorgung	41
5.1 Methodisches Vorgehen	41
5.2 Hauptergebnisse Qualitätsvergleich.....	45
5.2.1 Qualität der Hörmittel	47
5.2.2 Versicherungsspezifische Leistungen	49
5.2.3 Leistungen der Akustiker	55
5.2.4 Qualität des Bereitstellungsprozesses.....	56
6 Spezifische Einflussfaktoren auf und zwischen den einzelnen Leistungsebenen	59
6.1 Allgemeine Erklärungsansätze für potenzielle Kosten- und Preisunterschiede auf den Leistungsebenen.....	59
6.2 Relative Faktor- und Vorleistungskosten.....	61
6.2.1 Methodisches Vorgehen	61
6.2.2 Beurteilung der relativen Faktor- und Vorleistungskosten auf Ebene der Hörmittelhersteller	64
6.2.3 Beurteilung der relativen Faktor- und Vorleistungskosten auf Ebene der Hörmitteldienstleister (Akustiker).....	66
6.3 Wettbewerbssituation	68
6.3.1 Beurteilung der Wettbewerbssituation auf Ebene der Hörmittelhersteller	68
6.3.2 Beurteilung der Wettbewerbssituation auf Ebene der Hörmitteldienstleister	72
6.3.3 Beurteilung der Wettbewerbssituation vor dem Hintergrund des Schweizer Festbetragsystems	73
6.3.4 Mehrwertsteuer	74

7	Studie der Eidgenössischen Finanzkontrolle (EFK)	75
8	Literaturverzeichnis	77
9	Anhang	81
9.1	Überblickstabelle Systemvergleich.....	81
9.2	Ergänzungen zu den institutionellen Rahmenbedingungen.....	87
9.2.1	Ausgestaltung der Gesundheits- und Sozialwesen für Hörmittel im Vergleich	87
9.2.1.1	Übergeordnete Ziele der Abgabe von Hörgeräten	87
9.2.1.2	Versicherungsträger.....	87
9.2.1.3	Finanzierungsform	88
9.2.1.4	Vorgeschriebener Leistungsumfang der beteiligten Akustiker.....	89
9.3	Anspruchsbedingungen im Detail	90
9.4	Definition von Hörbeeinträchtigung	93
9.5	Methodische Grundlagen zum Vergleich des gesamtwirtschaftlichen Preisniveaus	94
9.6	Entwicklung exogener Einflussfaktoren im Überblick	96
9.7	Abkürzungen	97

Tabellenverzeichnis

Kostendämpfende Massnahmen im Vergleich7

Tab. 4-1 Kostenbeteiligung der Patienten (im Rahmen des jeweiligen Festbetrages) 31

Tab. 4-2 Zentral organisierter Einkauf 37

Tab. 4-3 Trennung zwischen Diagnose und Verkauf der Hörgeräte..... 38

Tab. 5-1 Qualität des Produkts «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» im internationalen Vergleich..... 45

Tab. 5-2 Platzierung der Schweiz, AHV und IV gemeinsam, im Vergleich 46

Tab. 5-3 Austauschbefugnis beim Bezug eines Gerätes..... 47

Tab. 5-4 Tragerate in Prozent..... 48

Tab. 5-5 Festbeträge der Sozialversicherungen im internationalen Vergleich 50

Tab. 5-6 Binaurale Versorgung 51

Tab. 5-7 Versorgungsdauer 51

Tab. 5-8 Batterien..... 52

Tab. 5-9 Ersatzgeräte bei Verlust 53

Tab. 5-10 Reparaturen..... 53

Tab. 5-11 Anspruchsbedingungen für Hörgeräte 54

Tab. 5-12 Zwischenergebnis des Indikators versicherungsspezifische Leistungen 55

Tab. 5-13 Dienstleistungen beim Akustiker 56

Tab. 5-14 Patientenweg 57

Tab. 5-15 Wartezeit 57

Tab. 6-1 Marktanteile der Hersteller 70

Tab. 6-2 Herfindahl-Hirschmann-Index für die Marktanteile der Hörmittelhersteller 71

Tab. 6-3 Mehrwertsteuersätze bei Hörhilfen im internationalen Vergleich 2009 74

Tab. 9-1 Systemvergleich im Detail 82

Tab. 9-2 Stufen von Schwerhörigkeit..... 93

Tab. 9-3 Übersicht Entwicklung wichtiger exogener Faktoren 2000 - 2009..... 96

Abbildungsverzeichnis

Gesamtindikator Qualität der «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» im Ländervergleich.....	6
Abb. 3-1 Bruttoinlandsprodukt pro Kopf im Jahr 2008.....	15
Abb. 3-2 Gesamtwirtschaftliches Preisniveau im Vergleich.....	16
Abb. 3-3 Gesamtwirtschaftliche Arbeitskosten 2008.....	17
Abb. 3-4 Gesamtwirtschaftliche Arbeitskosten, Produktivität und Lohnstückkosten 2008.....	18
Abb. 3-5 Gesamtwirtschaftliche Vorleistungskosten im internationalen Vergleich	19
Abb. 3-6 Nominale Renditen 10-jähriger Benchmarkanleihen 1999-2009	20
Abb. 3-7 Inflationsentwicklung 2000-2009	21
Abb. 3-8 Devisenwechselkurs CHF/Euro.....	22
Abb. 3-9 Entwicklung Gesamtbevölkerung	23
Abb. 3-10 Entwicklung Bevölkerung 65+	24
Abb. 3-11 Anteil der über 65 Jährigen an der Gesamtbevölkerung	24
Abb. 3-12 Bevölkerungsdichte 2009	25
Abb. 4-1 Marktstruktur mit dezentral organisiertem Einkauf	32
Abb. 4-2 Marktstruktur mit zentral organisiertem Einkauf.....	33
Abb. 4-3 Organisation der Marktstruktur in der Schweiz.....	34
Abb. 4-4 Organisation der Marktstruktur in Grossbritannien	35
Abb. 4-5 Organisation der Marktstruktur in Dänemark	36
Abb. 5-1 Qualität des Produktes «Wiederherstellung der Hörfähigkeit»	42
Abb. 6-1 Subindex relative Faktorkosten Arbeit	64
Abb. 6-2 Subindex relative Faktorkosten Kapital.....	64
Abb. 6-3 Subindex relative Faktorkosten gesamt	64
Abb. 6-4 Subindex relative Vorleistungskosten	64
Abb. 6-5 Syntheseindikator relative Faktor- und Vorleistungskosten Hörmittelhersteller*	65
Abb. 6-6 Syntheseindikator relative Faktor- und Vorleistungskosten Hörmitteldienstleister*	66
Abb. 6-7 Subindex relative Faktorkosten Arbeit	67
Abb. 6-8 Subindex relative Faktorkosten Kapital.....	67
Abb. 6-9 Subindex relative Faktorkosten gesamt	67
Abb. 6-10 Subindex relative Vorleistungskosten	67
Abb. 6-11 Anzahl verkaufter Hörgeräte im Vergleich (2008).....	68
Abb. 6-12 Neuversorgung mit Hörgeräten pro 1'000 Einwohner im Jahr 2009.....	69
Abb. 6-13 Marktanteile bei Hörgeräten 1999.....	69
Abb. 6-14 Marktanteile bei Hörgeräten 2008.....	69
Abb. 9-1 Prozessablauf bei Akustikern in der Schweiz.....	89
Abb. 9-2 Comparative Price Levels für die Gesamtwirtschaft 2000-2008	95

Executive Summary

Bei der öffentlich zugesicherten Qualität der Hörmittelversorgung nimmt die Schweiz im europäischen Vergleich auf allen Leistungsebenen eine Spitzenposition ein. Internationale Preisvergleiche dürfen diese Qualitätsunterschiede nicht ignorieren und müssen den damit verbundenen Kostenunterschieden gerecht werden.

Es gibt in der Schweiz durchaus noch Ansatzpunkte für Massnahmen, welche zur Kostendämpfung getroffen werden können. Dies ist jedoch kaum möglich, ohne gleichzeitig die Qualität zu tangieren. Insgesamt stellt sich für die Schweiz die Frage, inwieweit man bereit ist, die Qualität und den Versorgungsstandard aufzugeben oder für verschiedene Bedarfsgruppen zu differenzieren, um die Kosten zu senken.

Zwiespältig sind insbesondere die hohen Festbeträge des Schweizer Systems einzuschätzen. Aus Qualitätsgesichtspunkten ist positiv anzumerken, dass die Schweizer Festbeträge aufgrund ihrer Höhe selbst auf der niedrigsten Stufe eine hohe Versorgungsgüte gewährleisten. Andererseits bieten die hohen Festbeträge durch den geringen Preiswettbewerb zahlreiche Anreize für Fehlentwicklungen. Insbesondere besteht die Gefahr zur Überversorgung und Mengenausweitung.

Ziel der Studie

Ziel der vorliegenden Studie ist ein internationaler Systemvergleich der Faktoren, welche die Kosten und Preise für Hörmittel bestimmen, die über den öffentlichen Versorgungsweg bezogen werden¹. Der internationale Vergleich bezieht die Nachbarländer Österreich, Deutschland, Frankreich und Italien ein. Hinzu kommen das Vereinigte Königreich und Dänemark.

Im Mittelpunkt der Studie steht vor allem die Diskussion und Analyse der Anreize auf die Preis- und Kostenbildung, welche sich aus dem regulatorischen Rahmen ergeben, aber auch die Würdigung und Einordnung des bestehenden Schweizer Systems hinsichtlich seiner Qualität. Hierbei wurde auch dem Umstand Rechnung getragen, dass in der Schweiz mit der IV und der AHV zwei parallele Versorgungssysteme mit unterschiedlichen Anspruchsbedingungen, Leistungskatalogen und Vergütungen bestehen.

Die «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» als Endprodukt der Hörmittelbranche

Der internationale Systemvergleich der Kosten und Preis bestimmenden Faktoren für Hörmittel setzt am Endprodukt der Hörmittelbranche, der «Wiederherstellung der Hörfähigkeit», an. Die «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» ist kein international genormter Begriff. Er wurde definiert, um den spezifischen, durch unterschiedliche Elemente und verschiedene Wertschöpfungsstufen geprägten, Charakter des Endprodukts möglichst umfassend zu beschreiben.

Die «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» als Endprodukt der Hörmittelbranche ist per se staatlichen Rahmenbedingungen unterworfen. Dies spiegelt sich nicht zuletzt in den unterschiedlichen Qualitätsabstufungen zwischen den einzelnen Ländern wider. So findet der Zielkonflikt zwischen Begrenzung der Belastung der Allgemeinheit mit den Kosten und dem gesellschaftlichen Wunsch nach einer umfangreichen Versorgung aller, in der Hörmittelbranche insbesondere darin Ausdruck, welche Leistungen vom Staat bzw. einer obligatorischen Versicherung übernommen werden, d.h. im Umfang des Leistungskatalogs.

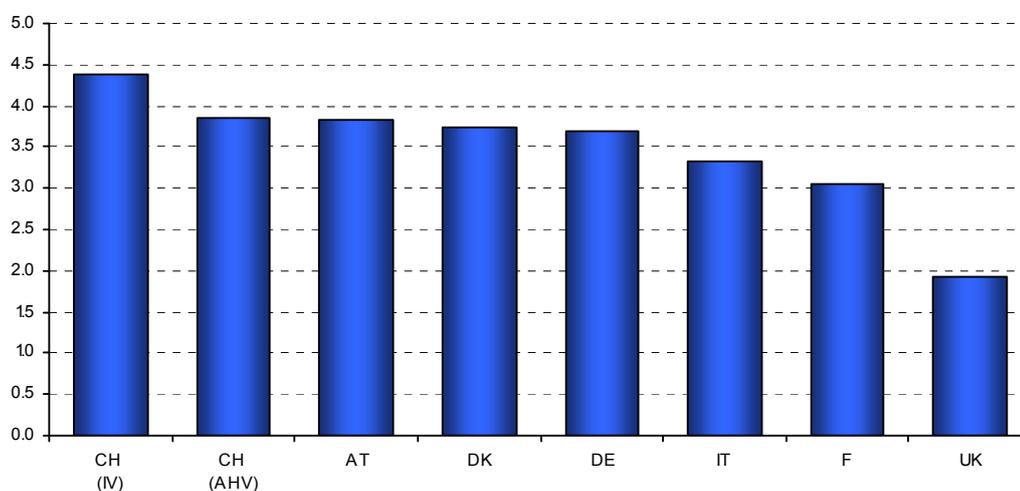
¹ Der private Versorgungsweg wird nur am Rande thematisiert, da er die spezifischen Anreizprobleme öffentlich organisierter Gesundheitssysteme nicht kennt. Eine konkrete Analyse des privaten Versorgungsweges brächte jedoch gerade im Vergleich zu den öffentlich geprägten Systemen bereichernde Erkenntnisse, insbesondere da der Preismechanismus im privaten Versorgungsweg wesentlich besser funktioniert als in einem staatlich regulierten System. Allerdings würde eine Analyse des privaten Systems eine recht umfassende und aufwendige Primärhebung notwendig machen, nicht zuletzt da sich die Marktakteure und potenziellen Unterschiede wesentlich vielfältiger geben als in der öffentlichen Versorgung.

Hohe Qualität der Schweizer Hörmittelversorgung im internationalen Vergleich

Die Qualität des Gutes «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» ist nicht direkt und eindeutig messbar. Viele Qualitätselemente, wie beispielsweise Tragekomfort, zeitliche Verfügbarkeit oder Beratungsdienstleistungen, müssen bewertet und gegeneinander abgewogen werden. Erschwert wird dies noch dadurch, dass die Datenverfügbarkeit und insbesondere deren internationale Vergleichbarkeit stark eingeschränkt sind.

Um dennoch die Länder bezüglich der Qualität des Produktes «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» einordnen zu können, wurde ein Verfahren entwickelt, das verschiedene Aspekte der Qualität des Produktes individuell betrachtet. Dies erfolgt teilweise anhand quantitativer Indikatoren, häufig jedoch auch in qualitativer Form. Die einzelnen Aspekte wurden zu vier Qualitätskategorien zusammengefasst, welche gemeinsam wiederum einen Gesamtindikator für die Qualität des Produktes «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» bilden. Dieser Gesamtindikator ist in der unten stehenden Grafik abgebildet.

Gesamtindikator Qualität der «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» im Ländervergleich



Niedrigste Qualität 0 Punkte, Höchste Qualität 5 Punkte
Quelle: BAKBASEL

Bei der öffentlich zugesicherten Qualität der Hörmittelversorgung nimmt die Schweiz im europäischen Vergleich auf allen Leistungsebenen eine Spitzenposition ein. Vor allem die Leistungen der zu IV-Konditionen versicherten Personen, welche in der Schweiz klar die Mehrheit bilden, sind wesentlich grosszügiger angesetzt, als in den europäischen Vergleichsländern. Die hohen Festbeträge ermöglichen eine qualitativ hochwertige Versorgung. Reparaturen, Batterien und Ersatzgeräte werden von der IV zusätzlich abgegolten. Besonders beim Festbetrag ist zu beachten, dass dieser, zumindest wenn durch die IV übernommen, bereits in der tiefsten Indikationsstufe höher ausfällt, als in den Vergleichsländern.

Auch hat der Hörgeschädigte in der Schweiz die Möglichkeit, aus einer sehr umfangreichen Palette von Geräten auszuwählen, um das für ihn passende Gerät zu finden. Momentan werden in der Schweiz über 150 zuzahlungsfreie Geräte angeboten. Das andere Ende im Vergleich markiert Grossbritannien. Das Nationale Gesundheitssystem NHS stellt nur 14 verschiedene Geräte zur Auswahl.

Zum besonders hohen Qualitätsniveau der Schweiz tragen auch die umfangreiche Einstellung und Anpassung der Geräte sowie die Betreuung der Träger durch die Akustiker bei. Die vergleichende Anpassung aus einem breiten Sortiment an Hörgeräten ermöglicht eine massgeschneiderte individuelle Versorgung. Die nachgelagerte Überprüfung der Geräteanpassungen durch einen Facharzt entspricht einer doppelten Qua-

litätskontrolle und ist im Ländervergleich einzigartig. Ein wichtiges Indiz für die hohe Qualität der Schweizer Hörmittelversorgung ist nicht zuletzt darin zu sehen, dass die Schweiz bei Hörgeräten im internationalen Versicherungssystemvergleich eine der höchsten Trageraten aufweist.

Kosten dämpfende Massnahmen im internationalen Vergleich

Hohe Qualität hat naturgemäss ihren Preis und steht im Konflikt mit dem Ziel, die Kosten der Sozialversicherungen möglichst tief zu halten. Die folgenden Abschnitte geben eine kurze Zusammenfassung, wie die im Rahmen der Studie analysierten Kostendämpfungsmassnahmen der einzelnen Länder zu beurteilen sind.

Kostendämpfende Massnahmen im Vergleich

Länder	Kostenbeteiligung der Patienten	Zentral organisierter Einkauf	Trennung Diagnose und Verkauf
Schweiz	AHV Ja IV Nein	Nein	Ja
Österreich	Nein	Nein	Ja
Deutschland	Ja	Nein	Ja
Frankreich	Ja	Nein	Ja
Italien	Nein	Nein	Ja
Dänemark	Nein	Öffentlich Ja Privat Nein	Nein, mit Einschränkungen
Grossbritannien	Nein Privat Ja	Ja Privat Nein	Nein

Quelle: BAKBASEL

Eines der einfachsten aber effizientesten Instrumente, die Anreize zur Überversorgung einzudämmen, ist die Kostenbeteiligung der Versicherten. Die Kostenbeteiligung wird in den meisten Ländern nicht oder nur in geringem Umfang angewendet. Das gilt auch für die Schweiz. Ein Selbstbehalt ist nur für die AHV Versicherten vorgesehen. Für den Grossteil der Schweizer Bezüger von Hörmitteln sind jedoch die IV-Konditionen relevant, die innerhalb des entgoltenen Festbetrages keine Kostenbeteiligung kennen.

Insgesamt ist die gegenwärtige Ausgestaltung des Schweizer Festbetragssystems aus Kostengesichtspunkten sehr kritisch einzuschätzen. Abhängig vom Grad der Beeinträchtigung der Hörfähigkeit werden die Patienten in der Schweiz einer von drei möglichen Indikationsstufen zugeordnet. Um eine möglichst bedarfsgerechte Anpassung zu gewährleisten, stehen auf jeder der drei Indikationsstufen zahlreiche Hörgerätetypen und dazu gehörige Dienstleistungen zu Auswahl. Diese werden, nach der Schlussexpertise durch den Facharzt, pauschal mit dem der Indikationsstufe zugeordneten Festbetrag abgerechnet². Angesichts der Vielzahl denkbarer Leistungskombinationen bei nur drei Festbetragsstufen gibt es mit Sicherheit auch Fälle, bei denen der Festbetrag zu hoch angesetzt ist. Diese potenziellen Kosten- und Ausgabensenkungspotenziale können jedoch nicht genutzt werden, da der Wettbewerb über den Preis nach unten aufgrund der pauschal abgegoltenen Festbeträge ausgeschaltet ist.

Recht vorbildlich schneiden fast alle Vergleichsländer beim Kostendämpfungsinstrument der Trennung zwischen Diagnose und Verkauf des Hörgerätes ab. So bieten die institutionalisierten Entgeltmechanismen den Fachärzten keine oder nur sehr geringe Möglichkeiten, ihr Einkommen über die Art der Einstufungen oder Verschreibungen zu erhöhen. In der Schweiz und in Deutschland ist es den Fachärzten gesetzlich

² Wobei zwischen monauraler und binauraler Versorgung unterschieden wird.

verboten, sich an einem Akustikergeschäft zu beteiligen³. Allerdings könnte die Abrechnung nach Fallpauschalen gewisse Anreize zur Mengenausweitung geben.

Zentral organisierter Einkauf

Eine in die Struktur des Marktprozesses eingreifende Kostendämpfungsmaßnahme stellt der zentral organisierte Einkauf dar. Formen des zentralen Einkaufs werden innerhalb der Vergleichsländer in Dänemark und Grossbritannien praktiziert. Der kostendämpfende Effekt ist darin zu sehen, dass die Versicherungen als zentraler Einkäufer direkt mit den Herstellern über die einzelnen Abgabepreise verhandeln und damit ihr Interesse an Kostenreduktionen besser durchsetzen können. Insbesondere ermöglichen die höheren Abnahmemengen den Versicherungen, die Wirkungen potenzieller Skaleneffekte über Mengenrabatte besser auszuschöpfen. Zusätzlich werden die Kosten bei den Herstellern gesenkt, da sie nicht mehr mit jeder Partei einzeln verhandeln müssen, sondern nur mit der zentralen Stelle.

Sollte die Hörgeräteproduktion steigende Skalenerträge aufweisen, könnte die Wirksamkeit des zentralen Einkaufs als Kostendämpfungsmaßnahme auch durch die Grösse des Heimatmarktes beeinflusst werden. Damit könnte das Kostensenkungspotenzial durch Mengenrabatte gerade für die Schweiz als kleinem Markt geringer ausfallen, als in den grossen europäischen Ländern. Beispielsweise verhandelt der Britische NHS mit den Herstellern in etwa über das 10fache der in der Schweiz durch IV und AHV absetzbaren Menge. Die wesentlich kleinere Menge teilt sich zudem auf mehr als 150 zuzahlungsfreie Hörgerädetypen auf. In Grossbritannien sind es nur 14 Geräte. Die Reduktion der Angebotspalette ermöglicht es dem zentralen Einkäufer, potenzielle Skaleneffekte verstärkt zu nutzen. Das würde gerade für einen kleinen Markt wie die Schweiz gelten. Allerdings ist zu bedenken, dass eine Reduktion der Angebotspalette die Qualität der Hörmittelversorgung in diesem Fall vermindert.

Mengenrabatte bedeuten keine Mengenreduktionen

Inwieweit eine Ausdehnung oder Implementierung der beschriebenen Kostendämpfungsmaßnahmen die Schweizer Hörmittelausgaben zu begrenzen vermag, hängt vor allem von ihrer Wirkung auf die Ausgabenstreiber ab. Gemäss dem Bericht der EFK (2007) war das Ausgabenwachstum für Schweizer Hörmittel in den letzten Jahren primär durch die Ausweitung der Menge getrieben. Viel diskutiert wird derzeit der zentrale Einkauf als Kostendämpfungsinstrument. Aus theoretischer Sicht ist jedoch kein systemischer Zusammenhang zwischen zentralem Einkauf und Mengenausweitung festzustellen: zentraler Einkauf wirkt nicht auf die Menge. In diesem Zusammenhang ist eine weitere interessante Beobachtung zu erwähnen. Die beiden Vergleichsländer mit Formen des zentralen Einkaufes, Dänemark und Grossbritannien, weisen im Vergleich sogar die mit Abstand höchsten Neuversorgungsraten je Einwohner auf. Inwieweit der dargelegte Befund mit dem Vorhandensein einer zentralen Einkaufsstelle verbunden oder sogar auf diese zurückzuführen ist, konnte jedoch im Rahmen der Studie nicht geklärt werden.

Hochpreisinsel Schweiz führt zu Nachteilen bei den Vorleistungskosten

Neben dem Einfluss der Ausgestaltung des jeweiligen Sozialsystems auf die Kosten und Preisbildung wurden auch spezifische Faktoren überprüft, welche auf den einzelnen Leistungsebenen wirken. Hierbei ist zu bedenken, dass die Schweizer Hörmittelbranche (zumindest in den nicht produktionsbezogenen Wertschöpfungssegmenten) unter den Rahmenbedingungen der Hochpreisinsel Schweiz agiert. Als nachteilig sind in diesem Zusammenhang die gegenüber den meisten Vergleichsländern höheren Vorleistungskosten zu nennen. Das gilt sowohl für die Hersteller als auch für die Dienstleister von Schweizer Hörmitteln.

Für die Akustiker ist zudem von höheren Lohnstückkosten als in den Vergleichsländern auszugehen. Ein Vorteil besteht hingegen bei den Kapitalkosten aufgrund des tieferen Zinsniveaus. Allerdings fällt dieser Vorteil gegenüber den höheren Lohnstück- und Vorleistungskosten nur geringfügig ins Gewicht, so dass den Schweizer Akustikern gegenüber den meisten Vergleichsländern gesamtheitliche Kostennachteile zu

³ Wie die Tatsache einzuordnen ist, dass in der Schweiz in den letzten Jahren ein Trend hin zu einer höheren Einstufung stattgefunden hat, obwohl die Rahmenbedingungen hierfür an sich keinen Anreiz geben, konnte nicht geklärt werden.

attestieren sind. Mangels detaillierter Daten⁴ ist jedoch eine genaue Quantifizierung des Kostennachteils gegenüber dem Ausland gegenwärtig nicht möglich.

Für die Kostensituation der Schweizer Hörmittelhersteller können Rückschlüsse aus der Auswertung der Daten für die Branche Elektro, Feinmechanik und Optik gezogen werden, zu der auch die Hörmittelhersteller gehören. Demnach halten sich kostenseitigen Vor- und Nachteile für die Produzenten in etwa die Waage. So stehen den bereits erwähnten Nachteilen bei den Vorleistungskosten ebenso gewichtige Vorteile bei den Kapital- und Lohnstückkosten gegenüber⁵. Allgemein ist zu betonen, dass potenzielle Kosten Vor- oder Nachteile für die Schweizer Hersteller zumindest auf Ebene der Produktion wenig relevant erscheinen. So agieren die meisten Hersteller global und könnten zumindest ihre produktionsverbundenen Wertschöpfungsketten im Falle von Kostennachteilen auf alternative Standorte auslagern.

Analyse der Wettbewerbssituation

Neben den relativen Faktor- und Vorleistungskosten wurde auch die Wettbewerbssituation analysiert. Ausgangspunkt ist die Hypothese, dass eine hohe Marktmacht es einem Unternehmen ermöglicht, höhere Preise durchzusetzen und damit Monopol- oder Oligopolrenten abzuschöpfen. Der eingeschränkte Wettbewerb führt aber auch zu Ineffizienzen auf der Kostenseite. Aufgrund des verringerten Innovations- und Effizienzdrucks werden beispielsweise vorhandene Einsparpotenziale nicht ausreichend genutzt. Nicht zuletzt steigt bei einer sinkenden Zahl von Wettbewerbern auch die Gefahr von Preisabsprachen.

Die durch gängige Konzentrationsmasse angezeigten Wettbewerbsposition bzw. die Marktmachtverhältnisse sind in der Schweiz sowohl auf Seiten der Hersteller und Akustiker für sich genommen nicht kritisch. Auch bestehen – zumindest beim Bezug europäischer Hörmittel – keine Hemmnisse durch ein Verbot von Parallelimporten, wenngleich sich die Möglichkeiten in der Schweiz eingeschränkter geben als bei den europäischen Nachbarn. So müssen alle Hörgeräte, welche in der Schweiz verkauft und über die IV respektive AHV abgerechnet werden, durch das METAS (Bundesamt für Metrologie) homologiert werden.

Aus wettbewerblicher Sicht ambivalent sind einige der zwischen den Herstellern getroffenen Vereinbarungen einzuschätzen. Mit der HIMPP (Hearing Instrument Manufacturers Patent Partnership) gibt es einen Patentpool für die wesentlichen Grundpatente der digitalen Hörgerätechologie. Diesem gehören mittlerweile alle grossen Hörgerätehersteller an. Der Patenpool soll vor allem Dispute über Patente verhindern und die Entwicklungskosten der Branche senken. Da die beteiligten Firmen gegenüber den anderen Mitgliedern des Patenpools keinen Patentschutz geniessen, hat der Patenpool das Potenzial, den Wettbewerb zwischen den Mitgliedern zu intensivieren. Auf der anderen Seite könnte der Patenpool jedoch den Neueintritt von anderen Firmen in den Hörgerätemarkt erschweren.

Neben dem Patenpool gibt es die Softwaregemeinschaft der Hörgerätehersteller (HIMSA), welche gegründet wurde um einen einzigen Standard für integrierte Hörgerätesoftware zu entwickeln, zu vermarkten und zu unterstützen. Der einheitliche Software Standard könnte ebenfalls eine gewisse Marktbarriere für Neueintritte darstellen. Andererseits hat die Vereinheitlichung des Softwarestandards ebenfalls das Potenzial den Wettbewerb zu intensivieren, da sie es dem Akustiker wesentlich erleichtert, mehrere Marken anzubieten.

Ein Wettbewerbshemmnis könnte die hohe Bedeutung der Vor-Ort-Betreuung darstellen. Der Begriff kennzeichnet die Tatsache, dass der Hörgerätebezug durch die Akustiker fast nur über nationale Kontaktstellen läuft. Ein gewisser Preissetzungsspielraum wäre den Hörmittelherstellern hieraus dann zu attestieren, wenn die hohe Bedeutung nationaler Kontaktstellen allein darauf zurückzuführen ist, dass den Akustikern bei einem Hörgerätebezug aus dem Ausland die lokalen Serviceleistungen der Hörgerätehersteller nicht mehr oder deutlich eingeschränkter zur Verfügung stehen.

⁴ Für die Akustiker wurden Rückschlüsse aus der Auswertung von Daten für das Oberaggregat Gesundheitswesen gezogen.

⁵ Bei den Lohnstückkosten können trotz der hohen Schweizer Arbeitskosten Vorteile entstehen, wenn die Produktivität entsprechend hoch ausfällt.

Es gibt jedoch gemäss Angaben von Hörmittelherstellern Akustiker, welche parallel importieren, also ihre Geräte im Ausland einkaufen und in der Schweiz verkaufen. Die Hersteller sichern nach eigenen Angaben die Vor-Ort-Betreuung von ausländischen Geräten auch in der Schweiz zu. Somit wäre es ebenso denkbar, dass die hohe Bedeutung der Vor-Ort-Betreuung darauf zurückzuführen ist, dass sich die Abgabepreise für Hörgeräte zwischen den Ländern nicht in einem Mass unterscheiden, dass Paralleleimporte in grossem Umfang attraktiv werden. Abschliessend können diese Fragen nur im Rahmen einer umfassenden Primärerhebung beantwortet werden.

Ein ernstzunehmendes Wettbewerbshemmnis ist in der gegenwärtigen Ausgestaltung des Schweizer Festbetragsystems zu sehen. Aus den bereits genannten Gründen könnten die hohen Festbeträge den Hörmittelherstellern und Akustikern gewisse Margenspielräume eröffnen. Dieser Umstand ist jedoch in der heutigen Hilfsmittelversorgung mit den hohen Festbeträgen systemimmanent.

Wie hoch ist die Zahlungsbereitschaft für hohe Qualität?

Insgesamt stellt sich für die Schweiz die Frage, inwieweit man bereit ist, die Qualität und den Versorgungsstandard aufzugeben oder für verschiedene Bedarfsgruppen zu differenzieren, um die Kosten zu senken. Oder, anders formuliert, wie viel man für die Erhaltung der hohen Qualität zu zahlen bereit ist. Hierbei ist auch zu bedenken, dass das gegenwärtige System nicht aufgrund der in vielen andern europäischen Ländern anzutreffenden Kombination hoher Ausgaben und Kostensteigerungen bei einer nicht angemessenen Versorgungsqualität in der Kritik steht.

Bezogen auf das öffentliche Versorgungssystem der Schweiz ist anzumerken, dass der Preismechanismus insbesondere durch die geringe Kostenbeteiligung der Kunden in Folge hoher Festbeträge ausgeschaltet wird. Dies könnte zugleich ein Erklärungsfaktor für das hohe Mengenwachstum der letzten Jahre sein, denn die wichtigste Instanz zur Beurteilung eines angemessenen Preis-Leistungsverhältnisses, der Endkunde, hat wenige Anreize dieser Funktion nachzukommen.

Abschliessend ist nochmals zu betonen, dass sich die beschriebenen Ergebnisse der Studie allein auf den öffentlichen Versorgungsweg, bzw. die öffentlich zugesicherten Leistungen beziehen. Das private System kennt die typischen Kostenprobleme öffentlich organisierter Gesundheitssysteme nicht, da hier das wichtigste lenkende Element, der Preismechanismus, funktioniert.

Empirisch abgestützter Preisvergleich steht noch aus

Ein umfassender internationaler Vergleich der tatsächlichen Kosten und Preise für Hörmittel konnte im Rahmen der Studie nicht durchgeführt werden. Hierfür wäre eine umfassende Primärerhebung notwendig, welche dem Kriterium Gleiches mit Gleichem zu vergleichen Rechnung trägt. Denn eines zeigt die Studie ganz deutlich: Aufgrund des gesetzlich zugesicherten Leistungsumfanges und unterschiedlicher Massnahmen zur Kostendämpfung unterscheidet sich die Versorgungsqualität zum Teil erheblich zwischen den Ländern, wobei die Schweiz eine Spitzenposition einnimmt. Eine empirische Untersuchung hat diesen unterschiedlichen Voraussetzungen gerecht zu werden.

1 Einleitung

Die Schweizer Hörmittelpreise werden oft als zu hoch kritisiert. Um die potenziellen Preisnachteile in der Schweiz wirkungsvoll angehen zu können, muss Klarheit über deren Ursachen herrschen. Die vorliegende Studie möchte hierzu, mit einem aussagekräftigen qualitativen internationalen Systemvergleich der Kosten und Preis bestimmenden Faktoren für Hörmittel, einen massgeblichen Beitrag leisten.

Der Fokus liegt auf der Beurteilung der Organisation der Marktstruktur bzw. des Gesundheitswesens auf die Kosten- und Preisbildung bei Hörmitteln. In diesem Zusammenhang sind unter anderem die mit dem Absatz von Hörgeräten vorgeschriebenen Serviceleistungen, aber auch der durch das staatliche Versorgungssystem abgedeckte Leistungsumfang, zu nennen. Dabei geht es beispielsweise um Fragestellungen inwieweit und in welcher Form die Kosten für Hörgeräte von den Sozialversicherungssystemen übernommen werden, oder ob tatsächlich ein funktionierender Wettbewerb existiert.

Um einen möglichst umfassenden Erklärungsansatz unter Berücksichtigung aller Einflussfaktoren zu gewährleisten, werden über die genannten Punkte hinaus weitere Erklärungsfaktoren wie länderspezifische Kostenstrukturen der Hörmittelhersteller- und Dienstleister, die Wettbewerbssituation oder die Marktgrösse in die Analyse einbezogen. Dies jedoch mehr im Sinne vorläufiger (quantifizierbarer) Aussagen. Die für eine abschliessende quantitative Beurteilung des Einflusses dieser Faktoren notwendige Datenbasis müsste im Rahmen einer umfassenden Primärerhebung erstellt werden.

2 Methodisches Vorgehen und Aufbau

Ziel der Studie ist eine qualitative Analyse⁶ der Kosten und Preis bestimmenden Faktoren für das Gut «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» über den öffentlichen Versorgungsweg. Die «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» ist kein international genormter Begriff. Er wurde geprägt, um den spezifischen, durch unterschiedliche Elemente und verschiedene Wertschöpfungsstufen geprägten, Charakter des Endprodukts möglichst umfassend zu beschreiben.

Auch ist das Endprodukt der Hörmittelbranche, die «Wiederherstellung der Hörfähigkeit», per se normativen Kriterien unterworfen. Dies spiegelt sich nicht zuletzt in den unterschiedlichen Qualitätsabstufungen zwischen den einzelnen Ländern wider. So findet der Zielkonflikt zwischen Begrenzung der Belastung der Allgemeinheit mit den Kosten und dem gesellschaftlichen Wunsch nach einer umfangreichen Versorgung aller, in der Hörmittelbranche insbesondere darin Ausdruck, welche Leistungen vom Staat bzw. einer obligatorischen Versicherung übernommen werden, d.h. im Umfang des Leistungskatalogs.

In den internationalen Vergleich werden neben der Schweiz die Nachbarländer Österreich, Deutschland, Frankreich und Italien einbezogen. Hinzu kommen das Vereinigte Königreich und Dänemark als Vergleichsländer des stark diskutierten Systems öffentliche Beschaffung.

Aus dem spezifischen Charakter des zu analysierenden Produkts «Wiederherstellung der Hörfähigkeit», ergeben sich zugleich zwei wesentliche Besonderheiten für das methodische Vorgehen und den Aufbau der Studie.

1. Für Gesundheitsgüter typische Formen des Marktversagens und übergeordnete gesellschaftliche Ziele führen bei Hörmitteln zu starken regulatorischen Eingriffen in das Marktgeschehen. Das heisst jedoch zugleich, dass die Kosten massgeblich durch den regulatorischen Rahmen determiniert werden. Über den gesetzlich zugesicherten Leistungsumfang bestimmt die Ausgestaltung des regulatorischen Rahmens zunächst die Art und die Qualität des bereit gestellten Produkts. Eine höhere Qualität ist jedoch per se mit höheren Kosten verbunden. Gleichzeitig setzt der regulatorische Rahmen die Anreize zur Kostendämpfung. Dieser Aspekt ist eng, und zumeist umgekehrt proportional, mit dem Qualitätsaspekt verknüpft. Um den genannten Aspekten Rechnung zu tragen, erfolgt in den Kapiteln 4 und 5 eine umfassende Analyse, wie die Qualität und die Anreize zur Kostendämpfung des Schweizer Gutes «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» gegenüber wichtigen Vergleichsländern einzuordnen sind.
2. Die «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» ist ein beratungsintensives medizinisches Gut. Das Gut wird durch zwei verschiedene Leistungsebenen determiniert: Der Leistungsebene der Hörmittelhersteller (Hardwarekomponente) und der Leistungsebene der Hörmitteldienstleister (Akustiker und/oder Fachärzte). Obwohl beide Leistungsebenen in engem Zusammenhang stehen, sehen sie sich mit spezifischen Kostenfaktoren konfrontiert. Beispielsweise fallen länderspezifische Lohn- und Mietkosten auf Ebene des Akustikers und der Fachärzte deutlich stärker ins Gewicht, da deren Leistung komplett vor Ort erbracht werden muss. Hinzu kommt, dass die Leistung des Akustikers und der Fachärzte als Dienstleistung per se deutlich arbeits- und damit lohnkostenintensiver ausfällt, als diejenige des Hörgeräteherstellers. Diese Fragestellungen werden im Kapitel 6 «Spezifische Einflussfaktoren auf und zwischen den einzelnen Leistungsebenen» behandelt.

Bezogen auf volkswirtschaftliche Kostenaspekte ist vor allem entscheidend, wie der regulatorische Rahmen die Preisbildung zwischen den beiden Leistungsebenen (Hersteller und Dienstleister) de-

⁶ Ein umfassender empirischer, also auf «harten» Daten beruhender, Vergleich der Kosten bestimmenden Faktoren ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich. So fehlt es in vielen Bereichen an einer international vergleichbaren Datenbasis zu den spezifischen Kostenfaktoren der Hörgerätebranche. Das gilt insbesondere für die Ebene der Hörgerätehersteller. Es ist jedoch durchaus möglich, diese Daten zu einem späteren Zeitpunkt zu erheben (beispielsweise im Rahmen einer umfassenden Primärerhebung bei den Herstellern und Dienstleistern der Hörgerätebranche).

terminiert. Hierbei geht es insbesondere um die Machtverhältnisse bei der Preissetzung⁷. Hinzu kommt, dass spezifische Formen des Patentschutzes und Einschränkungen bei der Zulassung von Parallelimporten die volkswirtschaftlichen Kosten ebenfalls deutlich erhöhen könnten. Dieser Thematik wird im Kapitel 6.3 nachgegangen.

Natürlich können die Kosten bestimmenden Faktoren nicht losgelöst von exogenen, durch nationale Besonderheiten geprägten, Einflüssen analysiert werden. Hierbei sind sowohl ökonomische Faktoren, wie Einkommen und Wohlstand, als auch soziodemographische Faktoren, wie die Altersstruktur- und deren Entwicklung, zu nennen. Hinzu kommen kulturelle Faktoren wie der gesellschaftliche Wertewandel, beispielsweise die Akzeptanz von Hörmitteln. Auch die Grösse und geographische Besonderheiten des Heimatmarktes könnten sich negativ auf die Kostenstrukturen auswirken, beispielsweise über ein unzureichende Ausnutzung von Skaleneffekten und erschwerte Distributionswege. Der potenzielle Einfluss dieser Aspekte wird im Kapitel 3 thematisiert und verglichen.

Für die gesamte Studie ist zu beachten, dass sich die kostenbestimmenden Faktoren nur in den wenigsten Fällen trennscharf analysieren lassen. Die Interdependenzen sind einfach zu vielfältig. Das gilt sowohl für den Einfluss der regulatorischen Rahmenbedingungen, als auch für die Verknüpfung zwischen den Leistungsebenen. Die Zusammenführung aller analysierten Faktoren zu einem abschliessenden Gesamtbild findet sich im Executive Summary.

Eine ergänzende Primärerhebung von zusätzlichen Daten wurde aus Kostengründen nicht vorgenommen. Die Studie ist jedoch so gestaltet, dass an den entsprechenden Stellen aufgezeigt wird, wo durch zusätzliche Primärerhebungen die Qualität und Aussagekraft der Analysen noch erhöht werden könnte.

⁷ Natürlich werden diese nicht nur durch den regulatorischen Rahmen definiert.

3 Exogene Rahmenbedingungen

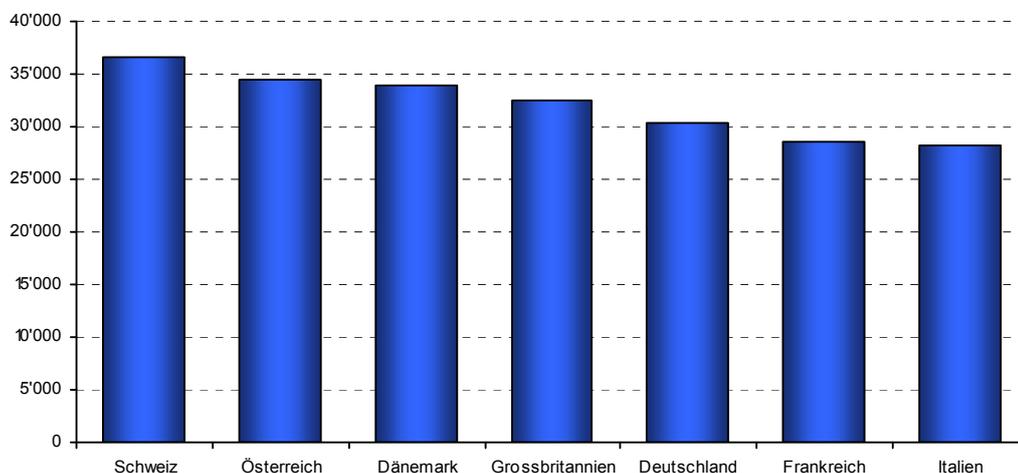
Die Kosten und Preis bestimmenden Faktoren bei Hörmitteln können nicht losgelöst von exogenen, durch nationale Besonderheiten geprägten, Einflüssen analysiert werden. Hierbei sind sowohl ökonomische Faktoren, wie Einkommen und Wohlstand, als auch soziodemographische Faktoren, wie die Alterstruktur- und deren Entwicklung, zu nennen. Auch ist zu bedenken, dass die Schweizer Hörmittelbranche ihre Leistungen unter den Rahmenbedingungen einer Hochpreisinsel erbringt. Ebenso können sich die Grösse und geographische Besonderheiten des Heimatmarktes negativ auf die Kostenstrukturen auswirken, beispielsweise über ein unzureichende Ausnutzung von Skaleneffekten und erschwerte Distributionswege. Hinzu kommen kulturelle Faktoren wie der gesellschaftliche Wertewandel, beispielsweise die Akzeptanz von Hörmitteln. Der potenzielle Einfluss dieser Aspekte wird im Folgenden thematisiert und verglichen.

3.1 Gesamtwirtschaftliche Rahmenbedingungen

3.1.1 Allgemeines Wohlstandsniveau

In der Schweiz sind viele Konsumenten bereit, für eine bestimmte Produkteigenschaft wie Marken oder Gütesiegel einen Preisaufschlag zu zahlen. Dieser Befund steht im Einklang mit dem hohen Schweizer Wohlstandsniveau. Gemessen am nominalen Bruttoinlandsprodukt pro Kopf, lag dieses im Jahr 2008 deutlich höher als in den in den meisten europäischen Vergleichsländern (6 bis 30%).

Abb. 3-1 Bruttoinlandsprodukt pro Kopf im Jahr 2008



In CHF, real 2000er Preise, kaufkraftbereinigt
 Quelle: BAKBASEL

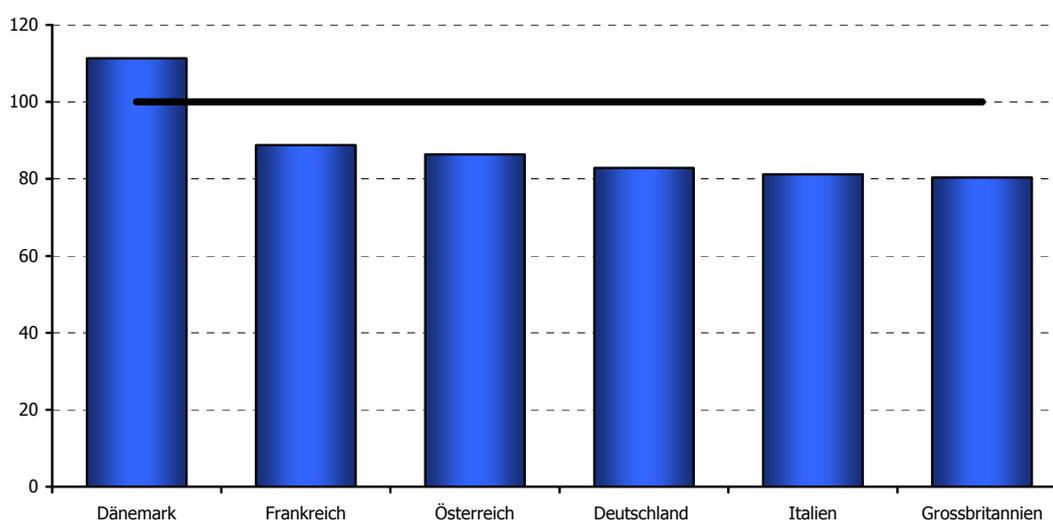
Ob und inwieweit es das hohe Wohlstandsniveau den Schweizer Hörmittelherstellern und Dienstleistern erlaubt höhere Preise durchzusetzen als in den anderen Ländern (Stichwort Abschöpfung der Konsumentenrente), kann auf der Grundlage der vorhandenen Daten nicht beurteilt werden. Fakt ist jedoch, dass sich das hohe Wohlstandsniveau der Schweiz bei Hörmitteln im öffentlich zugesicherten Leistungskatalog reflektiert. Wie in den Kapiteln 4 und 5 ausführlich gezeigt, nimmt die Schweiz bei der Höhe und beim

Umfang der gesetzlich zugesicherten Leistungen im europäischen Vergleich eine klare Spitzenposition ein. Das gilt vor allem für die Höhe der (zuzahlungsfreien) Festbeträge der Schweizer Invalidenversicherung (IV).

3.1.2 Allgemeines Preisniveau und potenzielle Rückwirkungen auf die Kostensituation

Trotz der erfolgten Deregulierungsmassnahmen und Marktöffnungen der letzten Jahre ist die Schweiz nach wie vor eine Hochpreisinsel. Gemäss den von Eurostat in Zusammenarbeit mit der OECD veröffentlichten Comparative Price Levels (CPLs)⁸, lag das durchschnittliche Preisniveau auf Ebene der Konsumenten im Jahr 2008 in fast allen Vergleichsländern immer noch deutlich tiefer als in der Schweiz (zwischen 10 und 20 Prozent, siehe auch Abbildung 3-2). Ein höheres allgemeines Preisniveau als die Schweiz weist im hier gemachten Vergleich einzig Dänemark auf.

Abb. 3-2 Gesamtwirtschaftliches Preisniveau im Vergleich



CPLs auf Basis von Konsumentenpreisen, normiert auf Schweizer Preisniveau = 100 (schwarze Linie)
Quelle: Eurostat, BAKBASEL

Die Gründe für das hohe Preisniveau der Schweiz sind vielfältiger Natur⁹. Der wichtigste Grund ist sicherlich in der immer noch bestehenden Marktabschottung wichtiger Binnenbranchen wie dem Landwirtschaftssektor zu sehen. Weitere Faktoren stellen beispielsweise die vergleichsweise hohen Qualitäts- und Umweltstandards dar. Diese bedingen insbesondere im Schweizer Bau- und Immobilienwesen höhere Kosten und Preise als in vielen anderen Ländern¹⁰.

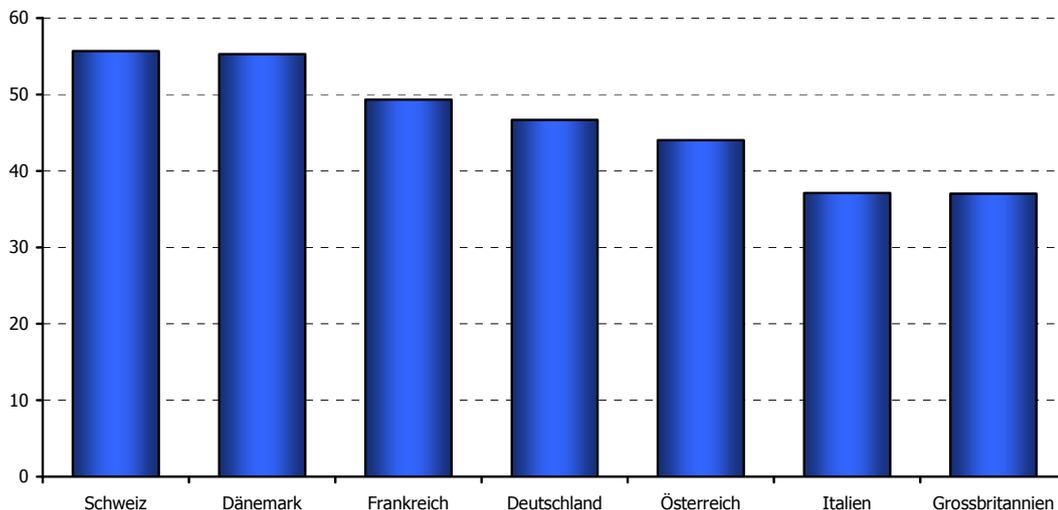
⁸ Zur Methodik siehe Kapitel 9.5 im Anhang.

⁹ Für eine ausführliche Diskussion siehe beispielsweise BAK Basel Economics (2003) und (2006), Eichenberger (2005) oder Infrass (2003).

¹⁰ Vgl. OECD (2009)

Das allgemeine Preisniveau hat zugleich Implikationen für die Kostensituation der ansässigen Unternehmen. Über Indexierungsmechanismen und lebenshaltungskostenorientierten gewerkschaftlichen Lohnforderungen können sich hohe Konsumgüterpreise beispielsweise auf die Löhne und damit die Produktionskosten übertragen¹¹.

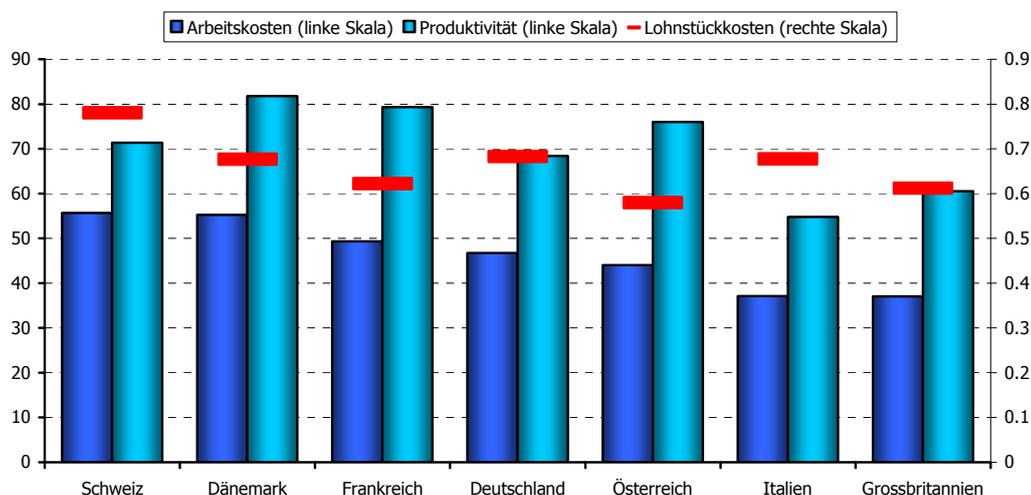
Abb. 3-3 Gesamtwirtschaftliche Arbeitskosten 2008



Arbeitskosten je geleisteter Arbeitsstunde in CHF
 Quelle: BAKBASEL

Tatsächlich nehmen die beiden Hochpreisländer Dänemark und Schweiz bei den Arbeitskosten im hier gemachten Vergleich eine Spitzenposition ein (siehe Abbildung 3-3). Auch für die anderen Länder korrespondiert das Niveau der Arbeitskosten recht gut mit denen in Abbildung 3-2 dargestellten Preisniveaus. Die Kausalkette ist jedoch nicht eindeutig und muss nach verschiedenen Aspekten differenziert werden. So können höhere Arbeitskosten ebenso gut Ausdruck einer höheren wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, sprich Produktivität, sein.

¹¹ Vgl. Eichenberger (2005), S.48

Abb. 3-4 Gesamtwirtschaftliche Arbeitskosten, Produktivität und Lohnstückkosten 2008

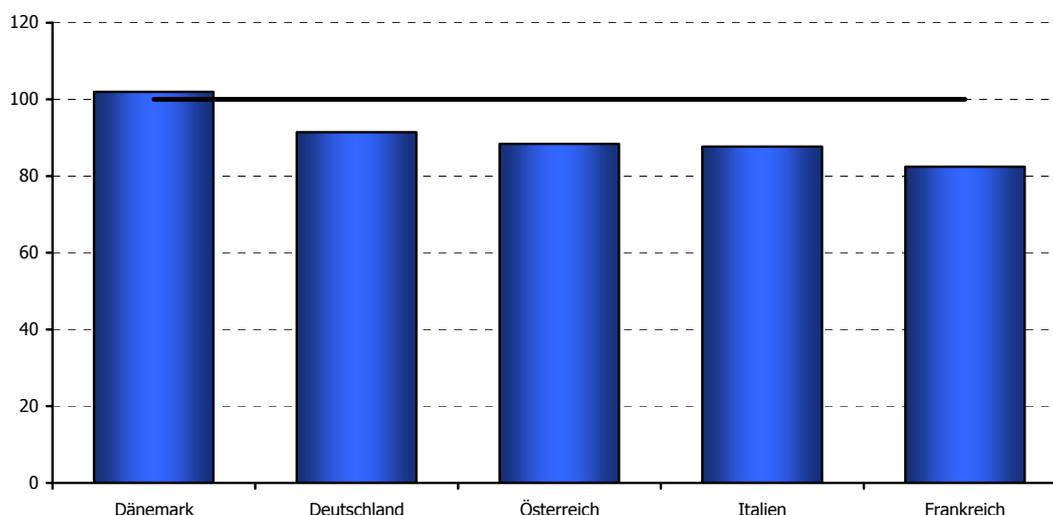
Arbeitskosten je geleisteter Arbeitsstunde in CHF, Produktivität (Wertschöpfung je geleisteter Arbeitsstunde) in CHF, Lohnstückkosten = Quotient aus Arbeitskosten und Produktivität
Quelle: BAKBASEL

Wie aus der obigen Abbildung ersichtlich, liegt das Schweizer Produktivitätsniveau auf gesamtwirtschaftlicher Ebene nur im Mittelfeld der hier betrachteten Vergleichsländer. Den hohen Schweizer Arbeitskosten steht also kein entsprechender Produktivitätsvorsprung gegenüber. Damit weist die Schweiz die höchsten Lohnstückkosten im Vergleich auf. In dieser gesamtwirtschaftlichen Betrachtung ist der Schluss, dass das hohe Preisniveau auch zu Kostennachteilen gegenüber dem Ausland führt, durchaus naheliegend. Allerdings gilt es unbedingt Ursache und Wirkung auseinander zu halten.

Die in der gesamtwirtschaftlichen Betrachtung nur durchschnittliche Produktivität der Schweizer Volkswirtschaft ist vor allem auf die vergleichsweise abgeschotteten binnenwirtschaftlichen Sektoren zurückzuführen, welche zumeist auch als Hauptverursacher des hohen Preisniveaus angesehen werden. Zahlreiche der im internationalen Wettbewerb stehenden Branchen des verarbeitenden Gewerbes weisen hingegen eine sehr hohe Produktivität auf. Damit fallen hier die Lohnstückkosten trotz des hohen Niveaus der Arbeitskosten zum Teil sogar geringer aus, als bei den ausländischen Konkurrenten.

Inwieweit sich die Hochpreisinsel Schweiz über die Löhne negativ auf die preisliche Wettbewerbsfähigkeit einer Branche auswirkt, hängt also massgeblich von ihrem Produktivitätsniveau ab. Diesem Aspekt wird auch im Kapitel 6.2, bei der Auswertung erster Indizien zur Positionierung der Schweizer Hörmittel-dienstleister und Hersteller, bei den relativen Faktorkosten Rechnung getragen. Eine gesamtwirtschaftliche Betrachtung greift auf jeden Fall zu kurz.

Eindeutiger als bei den Arbeitskosten gibt sich die Kausalität der durch die Hochpreisinsel Schweiz bedingten Kostennachteile gegenüber den meisten Vergleichsländern bei aus dem Inland bezogenen Vorleistungen (Siehe auch Abbildung 3-5). Gemäss Berechnungen von BAKBASEL würden die Schweizer Vorleistungskosten im gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt um 5 bis 10 Prozent sinken, wenn hierzulande das gleiche Preisniveau wie im EU Durchschnitt gelten würde. Deutliche Nachteile zeigen sich insbesondere bei mit dem Immobilienwesen verbundenen Vorleistungen, landwirtschaftlichen Produkten, aber auch bei zahlreichen Vorleistungsgütern des Verarbeitenden Gewerbes.

Abb. 3-5 Gesamtwirtschaftliche Vorleistungskosten im internationalen Vergleich*

Note: Normiert auf Schweiz = 100 (dicke durchgehende Linie), Vergleichsjahr 2008, *zu den britischen Vorleistungskosten lagen bei Erstellung dieser Publikation keine verwertbaren Daten vor
Quelle: BAKBASEL

Inwieweit sich die Kostennachteile beim Bezug bestimmter Vorleistungsgüter- und Dienstleistungen auf die Kostensituation der einzelnen Branchen auswirken, hängt massgeblich von deren Vorleistungsstruktur und dem jeweiligen Anteil der aus dem Inland bezogenen Vorleistungen ab. Eine gesamtwirtschaftliche Durchschnittsbetrachtung greift also auch bei den Vorleistungskosten zumeist zu kurz. Diesem Aspekt wird ebenfalls im Kapitel 6.2, mit der Auswertung erster Indizien zur Positionierung der Schweizer Hörmittelhersteller und Hersteller, bei den relativen Vorleistungskosten Rechnung getragen.

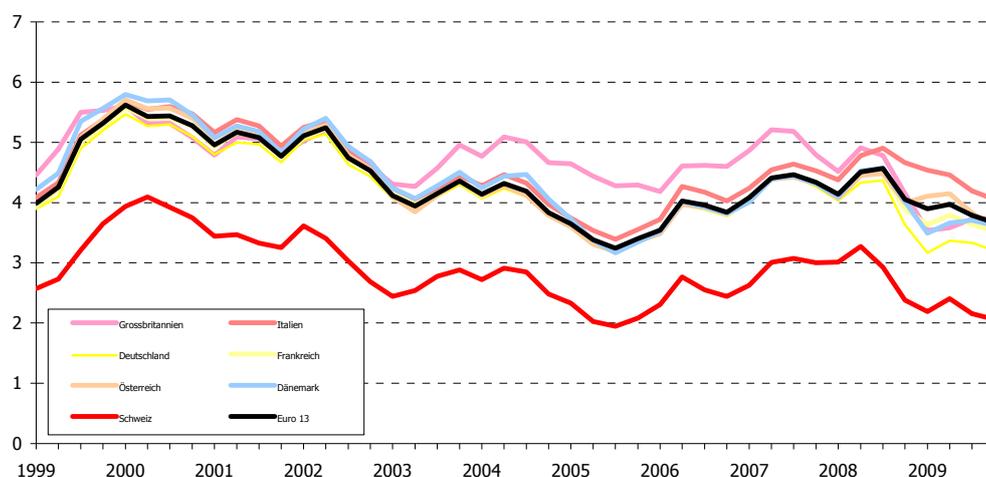
Auf einen weiteren interessanten potenziellen Zusammenhang von Preisniveau und Kosten weist Eichenberger (2005)¹² hin. Gerade bei Branchen mit stark administrierten Preisen kann ein hohes Preisniveau auch ohne die bisher genannten Faktoren hohe Kosten nach sich ziehen. Ist der Preiswettbewerb geschwächt, verlagert sich der Wettbewerb zumeist auf andere Aspekte, wie den Vertrieb fördernde Massnahmen, z.B. die aufwändige Gestaltung der Geschäftsräumlichkeiten, die Platzierung an besseren und teureren Lagen, eine Erhöhung der Filialdichte, mehr Verkaufspersonal, mehr Werbung zu betreiben, etc.. Ob und inwieweit diese Faktoren für die Schweizer Hörmittelbranche relevant sind, kann jedoch nur im Rahmen einer umfassenden Primärerhebung analysiert werden.

3.1.3 Schweizer Zinsbonus

Ein klarer Vorteil ergibt sich für die in der Schweiz ansässigen Firmen bei den Finanzierungskosten für Fremdkapital. So liegt das allgemeine Zinsniveau in der Schweiz deutlich tiefer als in den Vergleichsländern (Siehe auch Abbildung 3-6). Dieser sogenannte «Zinsbonus» ist eng mit der «Save Haven» Funktion des Schweizer Franken verbunden. Ähnlich zum Gold stellt der Schweizer Franken einen der wenigen Vermögenswerte dar, mit denen sich Investoren gegen Krisen absichern können. Hierfür sind die Investoren bereit eine Versicherungsprämie in der Form von relativ tiefen Zinsen auf Franken-Anlagen zu zahlen¹³.

¹² Vgl. Eichenberger 2005, S.47

¹³ Vgl. Jordan 2009

Abb. 3-6 Nominale Renditen 10-jähriger Benchmarkanleihen 1999-2009

Quelle: BAKBASEL, Oxford Economics

Inwieweit die einzelnen Branchen vom beschriebenen Schweizer Zinsbonus profitieren, hängt insbesondere vom jeweiligen Kapitalkostenanteil und dem darin enthaltenen Fremdfinanzierungsgrad ab. Eine Auswertung erster quantifizierbarer Indizien zur Auswirkung des Zinsbonus auf die relative Kostenpositionierung der Schweizer Hörmittelhersteller- und Dienstleister erfolgt in den Kapiteln 6.2.2 und 6.2.3.

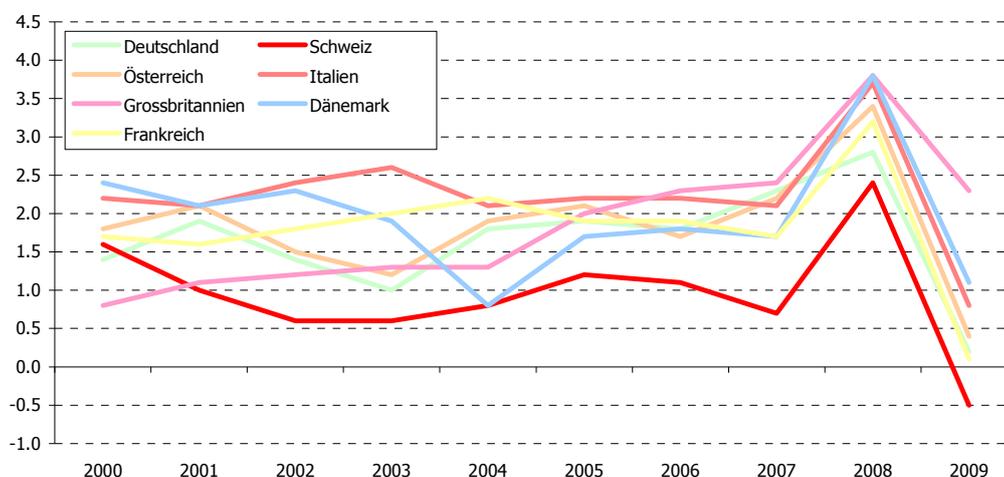
3.1.4 Allgemeine Preisentwicklung (Inflation)

Bisher wurden vor allem gesamtwirtschaftliche Aspekte diskutiert, die auf das Niveau der Kosten- und Preise wirken. Die Inflationsrate ist hingegen ein wichtiger Einflussfaktor für die Kostenentwicklung. Beispielsweise orientieren sich die Lohnverhandlungen und damit die Entwicklung der Arbeitskosten nicht zuletzt an der Entwicklung des allgemeinen Preisniveaus.

Vor diesem Hintergrund geben sich die Rahmenbedingungen für die Schweizer Firmen günstig. Seit dem Jahr 2000 fielen die Schweizer Inflationsraten nahezu durchgehend niedriger aus, als in den europäischen Vergleichsländern (Siehe Abbildung 3-7). Grund für diese Entwicklung sind nicht zuletzt die Reformmassnahmen, welche zur Bekämpfung der Hochpreisinsel Schweiz ergriffen wurden. In diesem Zusammenhang ist beispielsweise die Marktöffnung im Schweizer Detailhandel für ausländische Konkurrenten oder die erfolgte Reduktion von Handelschranken, z.B. durch technische Handelshemmnisse, zu nennen.

Das Schweizer Preisniveau liegt zwar immer noch recht deutlich über demjenigen der europäischen Vergleichsländer, aufgrund der beschriebenen Massnahmen hat in den letzten Jahren jedoch eine klare Konvergenz hin zum EU Preisniveau stattgefunden. Damit dürfte sich in den letzten Jahren auch die relative Kostensituation vieler Schweizer Branchen verbessert haben.

Abb. 3-7 Inflationentwicklung 2000-2009



Prozentuale Veränderung gegenüber dem Vorjahr
Quelle: Eurostat

3.1.5 Einfluss des Devisenkurses auf internationale Preis und Kosten Vergleiche

Im Fokus dieses Teilabschnitts steht weniger die direkte Auswirkung des Devisenkurses auf die Kosten- und Preissituation einer Branche, beispielsweise über die devisenkursabhängigen Bezugskosten ausländischer Vorleistungen oder die Preise exportierter Waren. Vielmehr soll darauf verwiesen werden, dass internationale Kosten und Preisvergleiche zwischen unterschiedlichen Währungsräumen auch immer durch die jeweils geltenden Devisenkurse beeinflusst werden. Denn um bei unterschiedlichen Währungsräumen Aussagen darüber treffen zu können, ob die Preise für eine bestimmte Leistung höher oder tiefer ausfallen als im Ausland, muss das durch den Preisvergleich angezeigte Austauschverhältnis in Relation zum jeweiligen Devisenkurs gestellt werden¹⁴.

Verzerrungen können dadurch entstehen, dass die Devisenwechselkurse bei weitem nicht nur von realwirtschaftlichen, geschweige denn branchenspezifischen, Faktoren beeinflusst werden. Das gilt gerade für den Schweizer Franken. Aufgrund seiner Funktion als «Save Haven» unterliegt der Schweizer Franken auch stark Finanzmarkt induzierten Bewegungen. Für die Messung von Preisunterschieden kann es also einen deutlichen Unterschied machen, zu welchem Zeitpunkt diese vorgenommen wird.

Beispielsweise lag der Devisenkurs des Schweizer Franken zum Euro während der Erstellung dieser Studie zwischenzeitlich bei rund 1.40 CHF/Euro. Im Jahresdurchschnitt 2007 hatte das entsprechende Austauschverhältnis noch rund 1.64 CHF/Euro betragen. Angenommen, das implizite Austauschverhältnis für ein sowohl in der Schweiz als auch in Deutschland verkauftes Hörgerät lag seit dem Jahr 2007 bei durchgehend 1.50 CHF/Euro¹⁵. In diesem Fall würde der Preisvergleich im Jahr 2007 für das Schweizer Hörgerät

¹⁴ Sogenanntes CPL Konzept, siehe auch Anhang Kapitel 9.5.

¹⁵ Dies wäre beispielsweise der Fall, wenn ein in der Schweiz für 600 CHF angebotenes Hörgerät in Deutschland für 400 Euro erhältlich wäre.

einen rund 8 Prozent tieferen Preis ergeben¹⁶, für den Vergleichszeitpunkt mit einem Franken Eurokurs von 1.40 CHF/Euro hingegen ein um rund 7 Prozent höheres Preisniveau¹⁷.

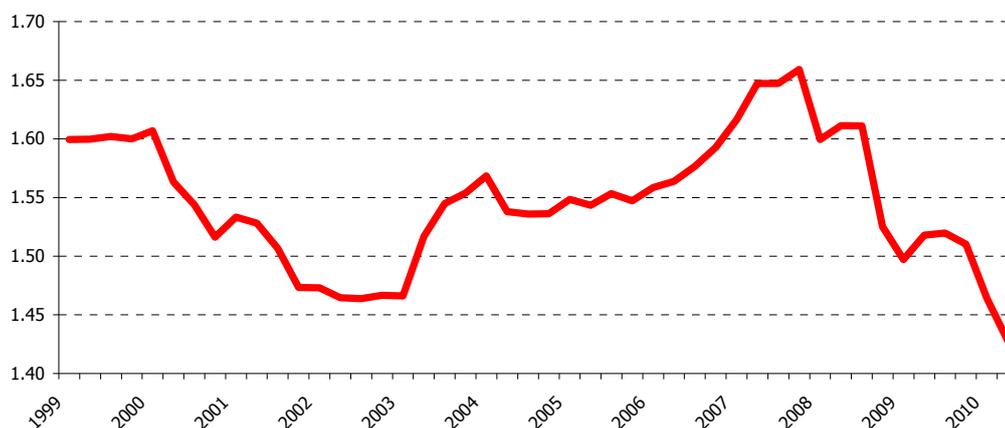
Der Einfluss des Devisenkurses lässt sich bei internationalen Preisvergleichen nicht ausschalten und ist für sich genommen auch richtig. Beispielsweise könnte das Hörgerät im hier gebrachten fiktiven Beispiel in Deutschland aufgrund des starken Franken tatsächlich billiger bezogen werden als in der Schweiz.

Inwieweit Devisenkursschwankungen das Ergebnis internationaler Preisvergleiche beeinflussen, hängt vor allem von der Handelbarkeit und den Wettbewerbsbeschränkungen für die verglichene Leistung ab. Ist das verglichene homogene Gut bei zu vernachlässigenden Transportkosten frei handelbar und unterliegt keinen Wettbewerbsbeschränkungen, sind durch den Devisenkurs kaum Verzerrungen zu erwarten. So wäre bei Devisenkursschwankungen mit Arbitragebewegungen zu rechnen. Übertragen auf das oben genannte Beispiel würden bei einer Frankenaufwertung beispielsweise die (Parallel)importe aus Deutschland zunehmen und das implizite Austauschverhältnis für das Hörgerät über den Preiswettbewerb in Richtung 1.40 CHF/Euro absenken.

In der Realität unterliegt die Handelbarkeit eines Produktes natürlich immer gewissen Restriktionen und Abstufungen, sei es allein über die Distanz. Übertragen auf die Preisvergleiche von Hörmitteln ist anzumerken, dass der Devisenkurs für den Preisvergleich von Hörgeräten – als relativ gut handelbare Güter¹⁸ – einen deutlich geringeren Einfluss haben dürfte, als bei den zumeist lokal erbrachten Hörmitteldienstleistungen.

Für die über den öffentlichen Versorgungsweg zugesicherten Leistungen ist generell zu bedenken, dass diese zumeist administrierten Preisen unterliegen, also der Preiswettbewerb nicht oder nur sehr eingeschränkt funktioniert. Deswegen ist hier bei internationalen Preisvergleichen ein generell höherer Einfluss des Devisenkurses zu erwarten, als bei auf dem freien Markt angebotenen Leistungen.

Abb. 3-8 Devisenwechsellkurs CHF/Euro



Quartalsdurchschnitte
Quelle: SNB, BAKBASEL

¹⁶ $((1.50/1.64-1) \times 100)$

¹⁷ $((1.50/1.40-1) \times 100)$

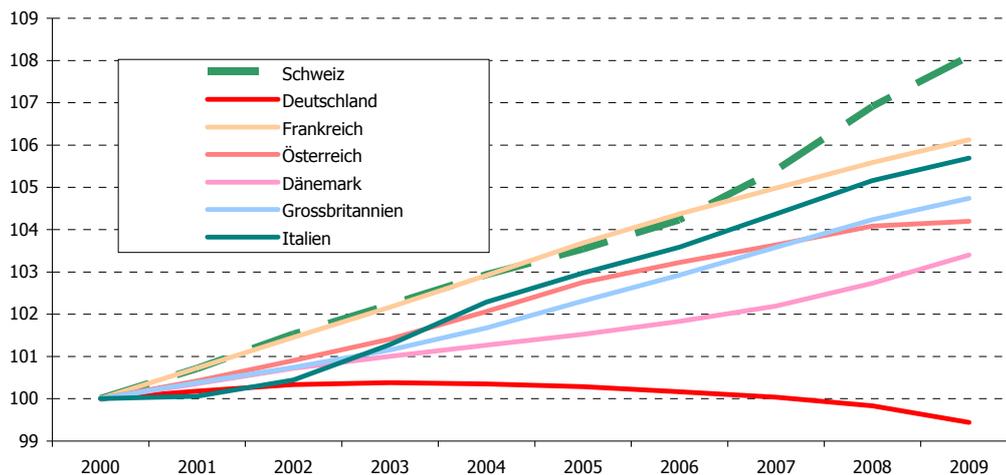
¹⁸ Siehe auch Kapitel 6.3.1

3.2 Soziodemografische Faktoren

3.2.1 Bevölkerungsentwicklung und Struktur

Einen der wichtigsten soziodemografischen Treiber für die Mengenkomponte der Hörmittelausgaben stellt die Bevölkerungsentwicklung dar (Siehe Abb. 3-9).

Abb. 3-9 Entwicklung Gesamtbevölkerung



Index 2000 = 100

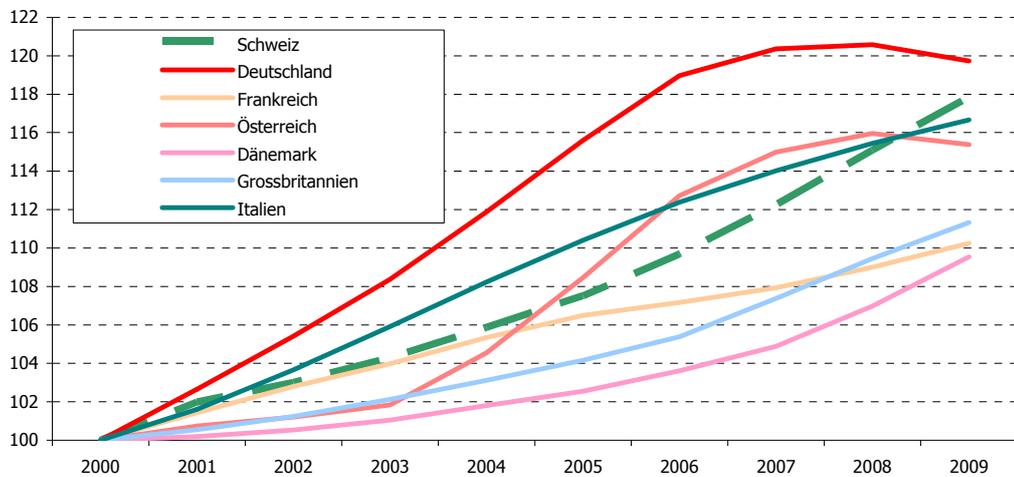
Quelle: Nationale statistische Ämter

Zwischen den Jahren 2000 und 2009 ist die Schweizer Bevölkerungszahl von 7.2 Mio. auf 7.8 Mio. Personen gestiegen, was einer Zunahme um 8.1 Prozent entspricht. Damit nimmt die Schweiz zwischen den hier betrachteten Vergleichsländern die absolute Spitzenposition ein. Ausschlaggebend ist insbesondere die starke Zuwanderung der letzten Jahre. Da die Zuwanderung vor allem bei gut qualifizierten Arbeitskräften erfolgte, hat die Kaufkraft überproportional zur Bevölkerungsentwicklung zugenommen, was sicherlich auch Rückwirkungen auf die Ausgaben für Gesundheitsgütern hat. So stehen die Gesundheitsausgaben zumeist in einer proportionalen Beziehung zum Einkommen: Je höher das Einkommen, je höher die Ausgaben und je höher der Anteil des Totalbudgets an den Gesundheitsartikeln¹⁹.

Ein etwas anderes Bild ergibt sich, wenn nur die Alterskohorte der 65-jährigen und älteren betrachtet wird (Siehe Abbildung 3-10). Hier kam es in den letzten Jahren in allen Ländern zu deutlichen Zunahmen, wobei sich die Schweiz erneut im oberen Bereich findet. Damit dürfte in der Schweiz auch die durch altersbedingte Schwerhörigkeit induzierte Nachfrage nach Hörgeräten stärker zugenommen haben als beispielsweise in Grossbritannien, Dänemark oder Frankreich.

¹⁹ EFK (2007), S.61

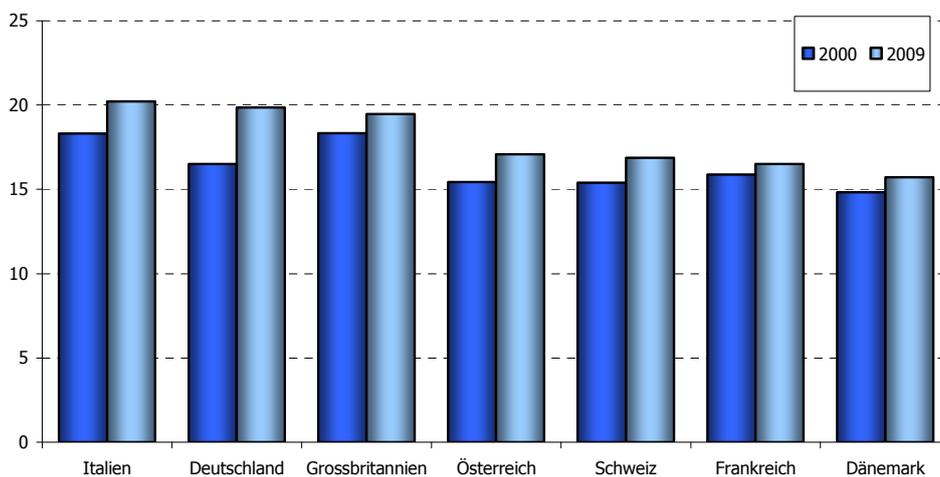
Abb. 3-10 Entwicklung Bevölkerung 65+



Index 2000 = 100
Quelle: Nationale statistische Ämter

Den stärksten Anstieg verzeichnet bei den 65-jährigen und Älteren in den letzten Jahren jedoch Deutschland, also das Land mit der insgesamt geringsten Bevölkerungszunahme. Damit weist Deutschland mittlerweile auch einen der höchsten Anteile dieser Bevölkerungskohorte an der Gesamtbevölkerung auf (rund ein Fünftel, siehe auch Abb. 3-11). Die Schweiz findet sich im Mittelfeld der Vergleichsländer.

Abb. 3-11 Anteil der über 65 Jährigen an der Gesamtbevölkerung

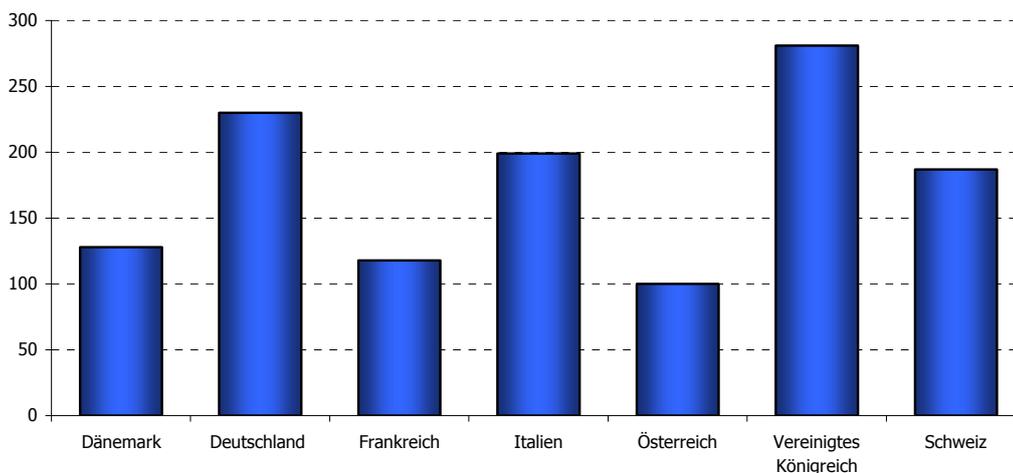


In Prozent der Gesamtbevölkerung
Quelle: Nationale statistische Ämter, BAKBASEL

3.2.2 Bevölkerungsdichte

Periphere Lagen und eine geringe Bevölkerungsdichte erhöhen zumeist die Vertriebskosten. Nimmt man die Bevölkerungsdichte als Massstab, liegt die Schweiz im oberen Mittelfeld der hier verglichenen Länder. Aus Sicht der Vertriebskosten deutlich schlechter sind die Gegebenheiten in Dänemark, Österreich oder Frankreich einzuschätzen. Anzumerken bleibt, dass bei dieser Betrachtung die Vertriebswege, insbesondere die Organisation der Verteilzentren nicht näher untersucht wurde. Das gleiche gilt für den potenziellen Einfluss topographischer Gegebenheiten.

Abb. 3-12 Bevölkerungsdichte 2009



Einwohner pro Km²
Quelle: Eurostat, BAKBASEL

3.3 Kulturelle Faktoren

Ein weiterer wichtiger Einfluss auf die volkswirtschaftlichen Hörgeräteausgaben ist in der Veränderung kultureller Faktoren im Zeitablauf zu sehen. Kulturelle Faktoren meint in diesem Zusammenhang insbesondere die Einstellung zu Krankheiten und Gebrechen. Der Einfluss dieser Faktoren ist jedoch nur schwer messbar. Es gibt Indizien, dass die Bereitschaft, eine Hörbehinderung durch das Tragen eines Hörgerätes sichtbar zu machen, in den letzten Jahren, nicht zuletzt durch neue moderne Hörgeräte, gestiegen ist. Moderne Hörgeräte sind leistungsfähiger und ästhetisch ansprechender als vor 10-20 Jahren, was die Akzeptanz und Nachfrage verbessert haben dürfte²⁰.

²⁰ Vgl. EFK Studie (2007)

4 Regulatorische Rahmenbedingungen und ihr Einfluss auf die Kosten

Für Gesundheitsgüter typische Formen des Marktversagens und übergeordnete gesellschaftliche Ziele führen bei Hörmitteln zu starken regulatorischen Eingriffen in das Marktgeschehen. Das heisst zugleich, dass die Kosten, bzw. die Anreize zur Kostendämpfung, massgeblich durch den regulatorischen Rahmen determiniert werden.

Welche Instrumente den Sozialversicherungen hierbei zur Verfügung stehen und wie die in den Vergleichsländern angewandten Kostendämpfungsmassnahmen zu beurteilen sind, soll im Folgenden thematisiert werden. Damit stellt dieses Kapitel zugleich den zentralen Schwerpunkt des internationalen Systemvergleichs der Kosten- und Preis bestimmenden Faktoren für Hörmittel dar.

4.1 Theoretische Grundlagen der Regulierung: Vollkommener Markt und Marktversagen

In einem vollkommenen Markt wird ein Ergebnis durch das Zusammenwirken von Angebot und Nachfrage bestimmt. Der Wettbewerb unter mehreren Anbietern sorgt dafür, dass der Preis den Grenzkosten entspricht und nicht höher gesetzt wird. Das Gut wird daher zum tiefstmöglichen Preis angeboten, welcher gerade den Aufwendungen entspricht. Auf diesem vollkommenen Markt stellt sich ein effizientes Gleichgewicht ein, in dem die soziale Wohlfahrt maximiert ist. Dies bedeutet, dass der grösstmögliche Gesamtnutzen erreicht wird.

In der Realität sind Märkte jedoch praktisch nie wirklich vollkommen. Es kommt somit auch zu Abweichungen vom optimalen Gleichgewicht. Bei grösseren Abweichungen und systematischen Störungen spricht man von Marktversagen. Der Begriff Marktversagen bezeichnet die Situation, in welcher der Markt nicht fähig ist, eine pareto-effiziente Allokation herbeizuführen²¹. Der Staat kann aus Effizienzüberlegungen regulatorisch eingreifen, um dem Marktversagen entgegenzuwirken.

Marktversagen kann verschiedene Ursachen haben. Die neoklassische Theorie nennt für Marktversagen folgende Gründe:

1. Externe Effekte

Externe Effekte treten auf, wenn ein Handel zweier Marktteilnehmer (negative oder positive) Auswirkungen auf unbeteiligte Dritte hat. Die Interessen dieser Dritten werden von den am Markt handelnden Parteien nicht berücksichtigt, so dass die Zuteilung der Ressourcen volkswirtschaftlich betrachtet nicht mehr effizient ist.

2. Marktsituation mit wenigen Anbietern

Eine Marktsituation mit nur einem respektive einigen wenigen Anbietern und vielen Nachfrager wird (Angebots-) Monopol, respektive Oligopol genannt. Oligopole sind in der Lage, Marktpreise so zu beeinflussen oder sogar zu bestimmen, dass es zu Abweichungen von dem Preis, welcher den Gesamtnutzen maximiert, kommt. Auf der Angebotsseite bieten gewinnmaximierende Oligopolisten ihre Produkte zu Preisen an, die über den Grenzkosten liegen (Cournotscher Punkt). Ist die Preisbildung weitgehend unabhängig vom Wettbewerb, spricht man von unvollkommener Konkurrenz. Zu ähnlichen

²¹ Als pareto-optimal wird die Verteilung knapper Güter bezeichnet, wenn kein Beteiligter besser gestellt werden kann, ohne einen anderen schlechter zu stellen.

Verzerrungen kann es auch bei einer besonders starken Konzentration der Nachfrager-Macht kommen, wenn dem eine Vielzahl von Anbietern gegenübersteht.

Mögliche staatliche Eingriffe gegen Anbieter-Macht sind Kartellgesetze, welche die Bildung von Oligopolen oder Kartellen verhindern. Eine weitere Möglichkeit ist die staatliche Festsetzung von Preisen. Zusätzlich kann eine der «Angebotsmacht» entgegengestellte «Gegenmacht» den Wettbewerb fördern.²² Es besteht die Möglichkeit durch zentral und/oder staatlich organisierte Einkäufer eine «Gegenmacht» aufzubauen und den Wettbewerb zu fördern.

3. Öffentliche Güter

Die sogenannten öffentlichen Güter sind durch Nichtrivalität im Konsum und Nichtausschließbarkeit vom Konsum gekennzeichnet. Nichtausschließbarkeit vom Konsum bedeutet, dass es nicht möglich ist, einzelnen Konsumenten den Konsum des Gutes zu verweigern, wenn das Gut gleichzeitig von anderen Konsumenten konsumiert wird. Nichtrivalität im Konsum liegt vor, wenn es für einen Konsumenten gleichgültig ist, wie viele andere Konsumenten gleichzeitig das Gut konsumieren.²³ Aufgrund dieser Eigenschaften von öffentlichen Gütern würden in einem unregulierten Markt diese Güter nicht, oder nur in einem aus Sicht der Gesamtwohlfahrt viel zu geringem Mass, nachgefragt. Daher werden diese durch den Staat bereitgestellt.

4. Asymmetrische Information

Aufgrund von asymmetrisch verteilter Information treten unterschiedliche Probleme auf. Wenn nicht beide Parteien, welche einen Handel eingehen, über gleich viel Information verfügen, kann eine Partei ihren Informationsvorsprung zu ihrem Vorteil nutzen. Gerade im Gesundheitswesen tritt diese Problematik häufig auf. Hieraus entstehen Marktversagen wie die Credence Goods Problematik.

Bei dieser Credence Goods Problematik besteht die Schwierigkeit der asymmetrischen Verteilung von Information zuungunsten der Konsumenten. Kann ein Konsument den Wert eines Gutes weder vor noch nach dem Bezug des Gutes (vollständig) überprüfen, sondern muss sich anstatt dessen auf einen Experten verlassen, führt dies zu Verzerrungen, wenn der Experte gleichzeitig der Verkäufer ist. Diese Konstellation macht es dem Verkäufer möglich, eine zu hohe Menge oder Qualität eines Gutes zu verkaufen. Es entsteht eine angebotsinduzierter Nachfrage.

Im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen im Allgemeinen und den Sozialversicherungen im Besonderen ist vor allem der unter Punkt 4 diskutierte Aspekt eines Marktversagens relevant. Aber auch die übrigen Bereiche müssen berücksichtigt werden.

Der Staat greift jedoch nicht nur aus Effizienzüberlegungen regulatorisch ein. Zusätzlich verfolgt der Staat mit seinen Eingriffen auch übergeordnete gesellschaftliche Ziele, welche auf die Gerechtigkeit abzielen. Dazu gehören Einkommensumverteilung und die Absicherung gegen das Risiko eines unvorhergesehenen und unverschuldeten Zustandes. Gerade mit einer Sozialversicherung wird bezweckt, dass die Kosten über die gesamten Einwohner verteilt werden und nicht der Betroffene die gesamte Last trägt. Die Verfolgung dieser übergeordneten Ziele verstärkt aber teilweise wiederum die oben geschilderten Probleme des Marktversagens. Zusätzlich werden andere die Effizienz beschränkenden Effekte, wie zum Beispiel die Moral Hazard Problematik erschaffen. Dies ist auch der fünfte wichtige Punkt, welcher zu einem Marktversagen führen kann.

5. Moral Hazard

Moral Hazard gründet darauf, dass die verursachten Kosten von einer Versicherung übernommen werden. Sind die Prämien nicht entsprechend dem Risiko des Versicherten gesetzt, so verhält sich ein Konsument nicht optimal, da er aus dem Schaden keine direkten finanziellen Konsequenzen tragen muss. Das Problem hier ist, dass der Nutzen aus fehlender Prävention, oder aus risikoreichem Verhal-

²² John Kenneth Galbraith (1954)

²³ Ein öffentliches Gut stellt eine extreme Form des Externen Effekts dar.

ten privat ist, die Kosten jedoch sozialisiert werden. Er hat in diesem Falle keine Anreize, kostspielige präventive Massnahmen zu erbringen, da er die höhere Versorgung nicht selber finanzieren muss. Hierbei handelt es sich um ex ante Moral Hazard. Ein anderer Fall ist der ex post Moral Hazard. Hierbei konsumiert der Versicherte mehr Güter oder Leistungen als nötig, da er die zusätzlichen Kosten ebenfalls nicht selber trägt²⁴. Moral Hazard bedeutet demnach, dass der Konsument entweder nicht mehr die optimale Prävention betreibt, oder zu viel des Gutes nachfragt, da er die Kosten auf die Versicherung abwälzen kann.

4.2 Internationaler Vergleich der Kosten dämpfenden Massnahmen bei Hörmitteln

Die beschriebenen Probleme unvollständiger Märkte treten auch auf dem Markt für Hörgeräte in erheblichem Umfang auf. Hinzu kommen übergeordnete gesellschaftliche Ziele. So soll aufgrund von Gerechtigkeitsüberlegungen zum Beispiel verhindert werden, dass eine Person, welche an einem Hörschaden leidet, die gesamten Kosten dieses Hörschadens selber tragen muss und deswegen eventuell nicht in der Lage ist, den Hörschaden adäquat mit den verfügbaren Hörhilfen zu mindern. Dies gilt umso mehr, wenn der Hörschaden nicht selbst verschuldet ist und unvorhersehbar auftritt.

Es kommt daher zu umfangreichen und vielfältigen Eingriffen des Staats auf dem Hörgerätemarkt. So gibt es regulatorische Eingriffe wie Bestimmungen für die zugelassenen Marktteilnehmer, (zwangsweise) Versicherungslösungen über die Sozialversicherungen, die Bereitstellung der Güter durch den Staat, aber auch noch wesentliche Elemente eines privaten Markts. Da neben Effizienz des Marktes und den übergeordneten gesellschaftlichen Zielen auch die Limitierung der Kosten für die Allgemeinheit regelmässig im Zielkatalog der staatlichen Eingriffe auftaucht, bestehen bei der Umsetzung erheblich Zielkonflikte.

Im Folgenden soll für die wichtigsten Themenbereiche geschildert werden, wie die entsprechenden staatlichen Markteingriffe bei Schweizer Hörmitteln und in den Vergleichsländern ausgestaltet und zu beurteilen sind.

4.2.1 Umfang des Leistungskatalogs

Es besteht ein Zielkonflikt zwischen Begrenzung der Belastung der Allgemeinheit mit den Kosten und dem gesellschaftlichen Wunsch nach einer umfangreichen Versorgung für alle Einwohner. Dies findet insbesondere darin Ausdruck, welche Leistungen vom Staat bzw. einer obligatorischen Versicherung übernommen werden, d.h. im Umfang des Leistungskatalogs. Um die gesellschaftlichen Kosten von Hörgeräten zu dämpfen, gibt es die Möglichkeit, den Leistungskatalog zu beschränken und einige Ausgaben auf den Hörgerätebezügler zu übertragen. Dies kann nicht (allein) anhand von Effizienzkriterien erfolgen. Vielmehr stellt sich die Frage, wie hoch die Qualität und der Versorgungsstandard mindestens sein müssen, um diesen gesellschaftlich übergeordneten Zielen zu genügen. Diese Fragestellung ist normativ und von Land zu Land unterschiedlich zu beantworten.

Alle in unserem Vergleich einbezogenen Staaten sind Sozialstaaten, die dazu verpflichtet sind, zur jeweiligen Bevölkerung Sorge zu tragen. Eine umfassendere Versorgung ist somit erwünscht. Da aber die Allgemeinheit die Kosten tragen muss, dürfen diese nicht ausufern. Der Staat muss daher definieren, welche Leistungen von der Allgemeinheit übernommen werden und für welche Leistungen jedes Individuum selber verantwortlich ist. Die Begrenzung der Dienstleistung der Ärzte, der Akustiker, sowie die Begrenzung der Vergütung der Hörgeräte sind mögliche Massnahmen, um die Kosten zu senken.

²⁴ Vgl. Slembeck (2006)

In der Schweiz hat die Hilfsmittelversorgung in der Invalidenversicherung den Erhalt oder die Verbesserung der Erwerbsgesundheit zum Ziel²⁵. Die Leistungen der IV sind vergleichsweise grosszügig angesetzt. Der hohe Festbetrag ermöglicht eine gute Versorgung, was auch die EFK (2007) in ihrem Bericht bescheinigt. Reparaturen, Batterien und Ersatzgeräte werden von der IV zusätzlich abgegolten. Besonders beim Festbetrag ist zu beachten, dass dieser, zumindest wenn durch die IV übernommen, bereits in der tiefsten Indikationsstufe höher ist, als in den anderen Ländern. Nicht nur der Betrag ist höher, auch der Leistungskatalog ist deutlich umfangreicher. Dies wird im Qualitätsvergleich ausführlich gezeigt. Es ist also zu diskutieren, ob ein dreistufiges Indikationssystem notwendig ist, oder ob bereits mit der tiefsten Stufe die zweckmässigen Leistungen vergütet werden können. Nach Schätzung der EFK (2007) werden 50 Prozent der Personen mittels der dritten und höchsten Indikationsstufe vergütet. Daher werden auch dementsprechend hohe Kosten generiert. Diese basieren aber nicht nur auf dem Festbetrag, sondern auch auf den angebotenen Leistungen. Wie auch nachfolgend im Kapitel zum Qualitätsvergleich gezeigt wird, ist es in der Schweiz möglich eine unbegrenzte Zahl von Geräten auszutesten und auch die Anzahl der Sitzungen zur Anpassung und Optimierung ist nicht begrenzt. In anderen Ländern ist der Leistungskatalog wesentlich beschränkter und daher sind auch die Kosten geringer. In Österreich und Deutschland ist zwar die Versorgung im Allgemeinen auch sehr hoch, aber gerade im Bezug auf Leistungen wie Nachbetreuung, Batterien und Ersatzgeräte schneidet die Schweiz besser ab. In Österreich werden zum Beispiel weder die Batterien vergütet, noch werden die Kosten für ein Ersatzgerät übernommen.

In Grossbritannien stehen nur 14 verschiedene Geräte vom NHS zur Verfügung²⁶. Wie die Beschränkung der Dienstleistungen ist auch die Beschränkung der Hardware, also des Angebots oder der Qualität der Geräte eine weitere kostensenkende Massnahme.

Ein hoher Versorgungsstandard, in Bezug auf die Dienstleistungen, wie auch in Bezug auf die Vielfalt und Qualität der angebotenen Geräte, ist ein wesentliches, wenn nicht das entscheidende Element eines hohen Qualitätsstandards. Auf einen Vergleich des Qualitätsstandards wird im folgenden Kapitel ausführlich eingegangen. Für die Schweiz stellt sich die Frage, inwieweit man bereit ist, die Qualität und den Versorgungsstandard aufzugeben, um die Kosten zu senken. Anders formuliert, wie viel man für die Erhaltung der hohen Qualität zu zahlen bereit ist.

4.2.2 Kostenbeteiligung

Moral Hazard wird mit «moralisches Risiko» ins Deutsche übersetzt. Wie oben beschrieben, liegt diesem Phänomen eine durch die Versicherung ausgelöste Verhaltensänderung zugrunde, mit der Gefahr, dass es durch das Verhalten des Patienten zu einem (vermeidbaren) zusätzlichen Bedarf kommt. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungsleistungen in Form von Beiträgen sehr hoch sind. Der Versicherte hat keinen Sparanreiz, da er aufgrund der Versicherung die Kosten nicht selber übernehmen muss. Dies führt dazu, dass auch die Hersteller und die Akustiker keinen Sparanreiz haben, da ihnen niemand entgegengestellt ist, welcher die Kosten als Kriterium für einen Bezug in Erwägung zieht. Der Wettbewerb unter den Anbietern findet daher einseitig nur über die Leistungen bzw. Qualität statt, die Kostenseite der Wettbewerber spielt keine Rolle. Das wichtige lenkende Element, der Wettbewerb über den Preis, ist somit ausgeschaltet. Der mengen- und preissteuernde Mechanismus des Marktes funktioniert nicht oder nur ungenügend. In der ökonomischen Literatur werden Selbstbehalte und Kostenbeteiligungen der Patienten als ein probates Instrument diskutiert, um die Moral Hazard Problematik zu reduzieren und die Mehrbelastung der Versicherungen zumindest zu limitieren. Je mehr sich Versicherte an den Kosten beteiligen, desto geringer ist die Gefahr, dass sie über das medizinisch notwendige und unvermeidbare Mass hinaus Hörmittel und Dienstleistungen nachfragen. Anders formuliert, werden die Versicherten durch die Kostenbeteiligungen zu einem kostenbewusstem Handeln animiert.

²⁵ Art. 8 IVG

²⁶ Faktenblatt von Hörschweiz (2010)

Tab. 4-1 Kostenbeteiligung der Patienten (im Rahmen des jeweiligen Festbetrages)

	IV	AHV	AT	DE	F	IT	DK	GB
Kostenbeteiligung	Nein	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein*

*Gilt für den öffentlichen Bezug von Hörgeräten durch den NHS.

Quelle: BAKBASEL

Die in der Schweiz für die Versorgung mit Hörhilfen zuständigen Versicherungen, vorwiegend also AHV und IV, wenden diese Methode zur Kostenreduktion nur teilweise an. Wird das Hörgerät durch die IV vergeben, muss der Kunde keinen Selbstbehalt tragen. Ist dies jedoch nicht der Fall und der Kunde erhält die Unterstützung von der AHV, werden ihm nur 75 Prozent der Kosten vergütet, bis er den Festbetrag erreicht. Die Kosten, welche darüber hinaus gehen, muss er gänzlich selber tragen. Damit wird die Selbstbeteiligung des Patienten auch indirekt durch die Höhe des Festbetrages determiniert. Allerdings sind die Festbeträge in der Schweiz sehr hoch angesetzt²⁷, so dass diese Art der Selbstbeteiligung in vielen Fällen keine Anwendung findet.

In Österreich, Dänemark, Grossbritannien und Italien ist die Situation vergleichbar mit der IV in der Schweiz. Es werden keine Kostenbeteiligungen von der Bezüger verlangt. Zu bemerken ist hier, dass dies nur für den öffentlichen Bezug von Hörgeräten in Grossbritannien gilt. Beim privaten Bezug müssen alle Kosten selber getragen werden. In Österreich sind zwar im Gesundheitswesen grundsätzlich Selbstbehalte beim Bezug von Hilfsmitteln vorgesehen. Da jedoch Hörgeräte als Massnahme der Rehabilitation gelten und nicht als Hilfsmittel, entfällt dieser Selbstbehalt.

In Frankreich und Deutschland müssen Hörgeschädigte, ähnlich zum AHV System, einen Selbstbehalt auf die Festbeträge entrichten. In der allgemeinen Krankenversicherung in Frankreich beträgt der Selbstbehalt auf die Kosten 35 Prozent. In Deutschland muss sich der Versicherte mit 10 EUR pro Ohr an den Kosten beteiligen.

Insgesamt weist das öffentliche Versorgungssystem Frankreichs die mit Abstand stärkste Kostenbeteiligung der Hörmittelbezüger auf. Dies jedoch nicht nur allein aufgrund der Höhe des prozentualen Selbstbehalts. Wie im Teilkapitel 5.2.2 zu den versicherungsspezifischen Leistungen auf Seite 49 ausgeführt, liegen die französischen Festbeträge so tief wie in keinem anderen Vergleichsland²⁸. Damit dürften die französischen Hörmittelbezüger im Rahmen des öffentlichen Versorgungsweges häufiger und zugleich höhere Zuzahlungen leisten, als in den anderen europäischen Ländern.

²⁷ Für eine detaillierte Aufstellung siehe Tabelle 5-5 Seite 50.

²⁸ Zum Vergleich: In der Schweiz liegt der niedrigste Festbetrag für eine monaurale Versorgung bei 1'047 CHF, in Frankreich liegt der Festbetrag für fast alle monauralen Versorgungen bei 255 CHF.

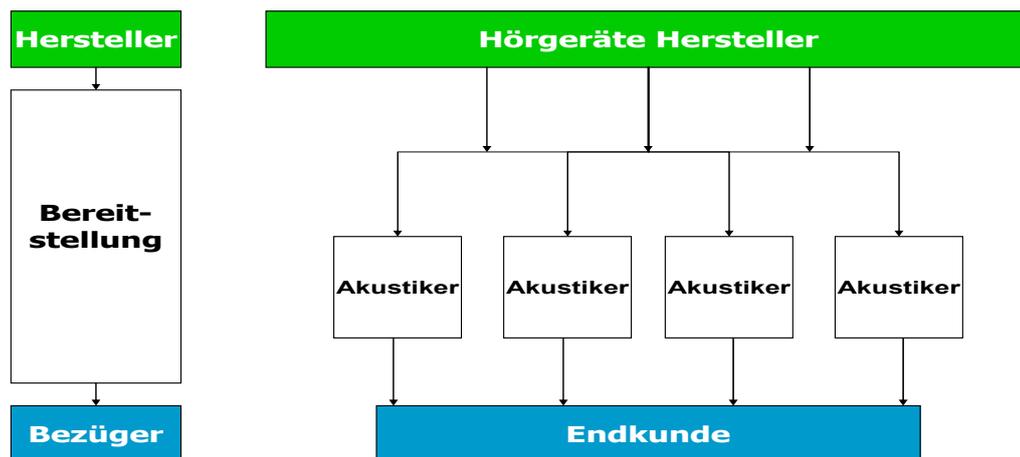
4.2.3 Zentral und dezentral organisierter Einkauf

Eine weitere Eingriffsmöglichkeit des Staates bietet die Marktorganisation, mit entsprechenden Rückwirkungen auf die Kosten. Wie bereits in den theoretischen Erläuterungen erwähnt, kann ein zentral organisierter Einkauf von Gütern (Nachfragemonopol) die volkswirtschaftlich negativen Effekte eines Anbietermarktes ausgleichen.

Der Distributionsprozess verläuft vom Hörgerätehersteller über die Bereitstellungsebene bis hin zum Endkunden. Dieser Prozess ist besonders komplex, da mehrere Stufen durchlaufen werden müssen. Auf der Bereitstellungsebene agieren, von Land zu Land unterschiedlich, kleine unabhängige Akustikergeschäfte, grosse Akustikerketten und der Staat, welcher als zentral organisierter Einkäufer auftreten kann. Zum Beispiel in Grossbritannien übernimmt ein zentraler Einkäufer, der National Health Service (NHS), die Verhandlungen mit den Herstellern und beliefert danach die Abgabestellen in Spitälern. Der Vorteil eines zentral organisierten Einkaufs ist, dass die Sparanreize, welche bei den Akustikern nicht vorhanden sind, hier greifen. Der Staat, welcher für die Ausgaben aufkommt, hat auch die Möglichkeit, durch eine grössere Marktmacht, tiefere Preise zu erwirken.

Nachfolgende Grafik zeigt die Struktur eines dezentral organisierten Einkaufes.

Abb. 4-1 Marktstruktur mit dezentral organisiertem Einkauf



Quelle: BAKBASEL

In der dezentralen Bereitstellung gibt es zwischen den Herstellern und den Endverbrauchern nur eine Zwischenstelle, und zwar die der Akustiker. Diese sind entweder als unabhängige Einzelunternehmen oder als Ketten organisiert. Es ist denkbar, dass Akustikerketten durch grössere Verhandlungsmacht und umfangreicherer Bestellmenge tiefere Einkaufspreise erreichen können. Allerdings haben auch grosse, verhandlungsstarke Akustikerketten wenig Anreiz, Mengenrabatte und sonstige Vorteile im Einkauf an den Konsumenten weiterzugeben, vor allem wenn der Festbetrag der Sozialversicherung hoch ist. Der Wettbewerb zwischen den einzelnen Akustikern oder Akustikerketten spielt nicht oder nur wenig über den Preis, da die Konsumenten letztendlich die Kosten nicht tragen. Diese werden vielmehr von den Sozialversicherungen übernommen, die jedoch kein Mitspracherecht bei der Auswahl der Akustiker haben. Daher spielt der Wettbewerb zwischen den Akustikern vorrangig über die Servicequalität. Wenn es also zu Kosteneinsparungen durch günstigere Einkaufspreise kommt, profitieren am ehesten die Akustikerketten von möglichen höheren Margen und kaum die Sozialversicherungen von tieferen Preisen.

Die andere Form, welche praktiziert wird, ist die Bereitstellung über einen zentral organisierten Einkäufer, meist die Versicherung.

Abb. 4-2 Marktstruktur mit zentral organisiertem Einkauf



Quelle: BAKBASEL

In der zentralen Bereitstellung sind zwischen den Herstellern und den Endkunden zwei Stufen zwischengeschaltet. Zuerst verhandelt der zentral organisierte Einkäufer mit den Herstellern und gibt danach die Hörgeräte weiter an eigene Abgabestellen oder Akustiker, welche die Endverbraucher damit beliefern. Die Akustiker können wiederum in Ketten oder als Einzelunternehmen organisiert sein. Diese Form der Bereitstellung wird in Grossbritannien und teilweise in Dänemark praktiziert. Ausserdem soll sie im Zuge der 6. IV-Revision auch in der Schweiz eingeführt werden.

Die Versicherungen, welche im Endeffekt die Kosten tragen, können als zentral organisierter Einkäufer direkt mit den Herstellern verhandeln. Dadurch, dass sie grössere Mengen beziehen, können sie unter Umständen von Mengenrabatten profitieren. Dies kann umso stärker genutzt werden, je grösser die Menge an abgesetzten Geräten im Markt ist. Zusätzlich kann der Effekt verstärkt werden, wenn die Auswahl an Geräten beschränkt wird und somit grössere Stückzahlen eines Gerätetyps erreicht werden. Profitiert wird demnach von einem zentral organisierten Einkauf am ehesten, wenn die Menge an verkauften Geräten sehr hoch ist und das Angebot an verschiedenen Gerätetypen sehr klein. Wenn durch den zentral organisierten Einkauf eine Preisreduktion erzielt wird, profitieren die Versicherungen direkt von tieferen Fallkosten. Zusätzlich würden die Kosten bei den Herstellern gesenkt, da sie nicht mehr mit jedem Abnehmer einzeln verhandeln müssen, sondern nur mit der zentralen Stelle. Der Nachteil ist, dass ein zentral organisierter Einkauf oft weniger Flexibilität, auch in Bezug auf den Gerätetyp, als ein dezentral organisierter Einkauf zulässt. Allerdings ist dieser Nachteil nicht unumgänglich sondern hängt von der konkreten Organisation des zentralen Einkaufs ab. Anstelle eines Zentrallagers, wie im Falle Grossbritanniens, kann die Vorratshaltung auch bei den Herstellern angesetzt werden. Allerdings wäre hierbei wiederum mit höheren Kosten bei den Abgabepreisen zu rechnen. Zu bemerken ist hier, dass diese Vorteile nur auftreten, wenn die Akustiker die Geräte nicht vom zentralen Einkäufer kaufen, um sie danach weiter zu verkaufen, sondern lediglich eine Dienstleistung bereitstellen.

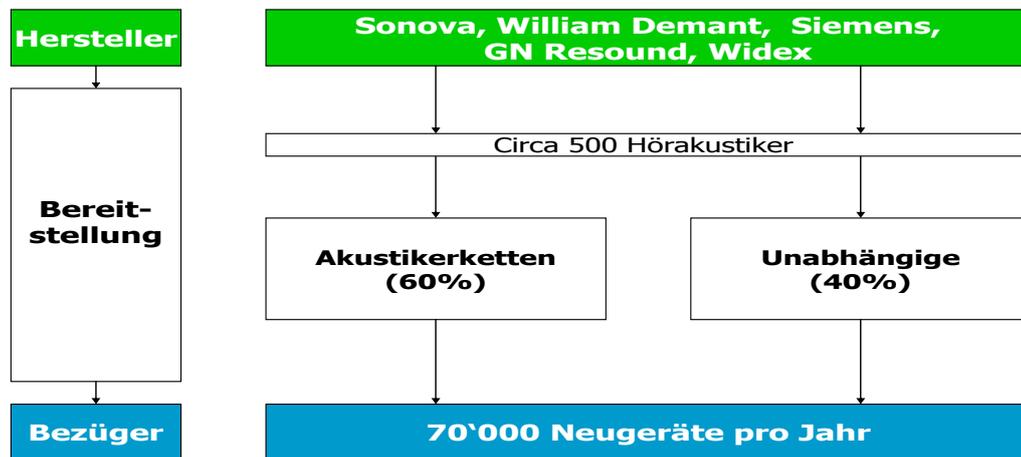
Es kann also sein, dass der zentral organisierte Einkauf von Hörgeräten durch staatliche Institutionen, im Vergleich zu privat organisierten Akustikerketten, die Kosten der Sozialversicherungen senkt. Voraussetzung dafür ist, dass die tieferen Fallkosten auf Seiten des Angebotes nicht durch eine Mengenausweitung

bei der Nachfrage kompensiert werden. Der internationale Vergleich zeigt auch zu erwartende Nachteile, welche genauer betrachtet werden sollten: Erstens ist die Anzahl angebotener Geräte tatsächlich kleiner und zweitens existieren vermehrt Wartezeiten. Zu klären ist hier, ob und inwieweit ein Zusammenhang mit dem zentral organisierten Einkauf besteht und inwiefern ein «trade off» zwischen Kostenreduktion und Versorgungsqualität herrscht. Im zentral organisierten Einkauf werden die Kosten und somit auch der Nutzen unter gegebenen Regeln minimiert. In dezentral organisierten Einkauf hingegen, werden Nutzen und somit auch die Kosten unter gegebenen Regeln maximiert. Die beiden Formen des Einkaufs werden nun am Beispiel der Schweiz, Grossbritannien und Dänemark verglichen.

4.2.3.1 Dezentral organisierter Einkauf in der Schweiz

Abbildung 4-3 skizziert den Distributionsprozess der Hörmittel in der Schweiz von der Herstellung bis zur Verwendung.

Abb. 4-3 Organisation der Marktstruktur in der Schweiz



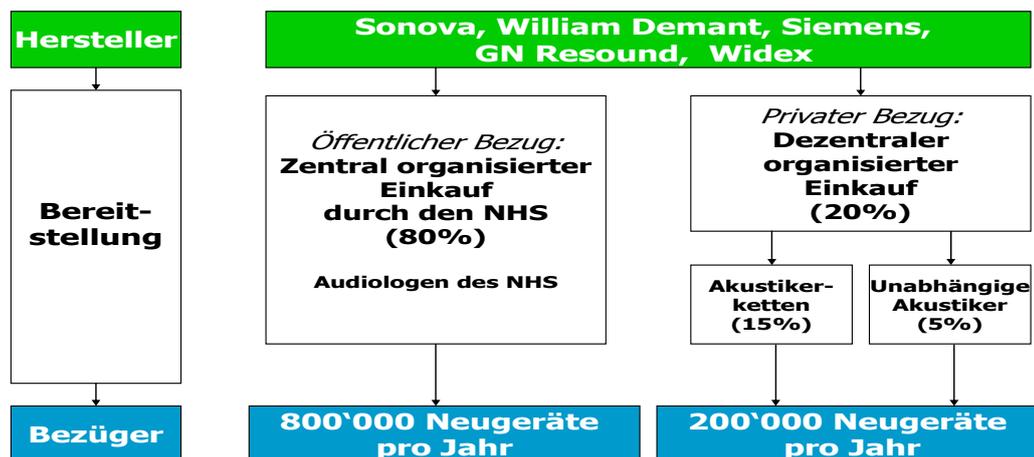
Quelle: BAKBASEL, Branchenschätzung

In der Schweiz wird der dezentral organisierte Einkauf praktiziert. Es dominieren dieselben Hersteller den Markt wie auch weltweit. Von ihnen bestellen die Akustikerketten oder die unabhängigen Akustiker die Geräte, welche sie benötigen. Die Verhandlung läuft also direkt zwischen den Akustikern und den Herstellern.

4.2.3.2 Zentral organisierter Einkauf in Grossbritannien

Die zweite oben genannte Form des Bereitstellungsprozesses ist in Grossbritannien zu finden²⁹. Nachfolgende Grafik zeigt den Bereitstellungsweg.

Abb. 4-4 Organisation der Marktstruktur in Grossbritannien



Quellen: CNSA, eigene Darstellung BAKBASEL

In Grossbritannien werden Hörgeräte zentral durch den National Health Service (NHS) über Ausschreibungen eingekauft. Der NHS ist für 80 Prozent aller verkauften Hörgeräte in Grossbritannien zuständig. Über den öffentlichen Weg werden pro Jahr etwa 800'000 Neugeräte verkauft, was mehr als dem 10 fachen der in der Schweiz abgesetzten Menge entspricht. Zusätzlich stehen beim öffentlichen Bezug in Grossbritannien nur 14 verschiedene Gerätetypen zur Auswahl, was ein sehr beschränktes Angebot ist in Anbetracht der Gesamtzahl Geräte auf dem Markt. Ausserdem sind diese Geräte im Gegensatz zum Angebot in der Schweiz, veraltet und von tieferer Qualität³⁰. 11 von 14 Geräten sind vier jährig und älter. Die meisten davon sind in der Schweiz nicht mehr erhältlich. Die gesamte öffentliche Versorgung der Hörgerätebezüger verläuft über staatliche Gesundheitszentren, welche zusätzlich vom Staat finanziert sind.

Neben dem öffentlichen Bezug gibt es auch eine private Versorgung. Immerhin 20 Prozent der Hörgeschädigten beziehen ihre Geräte über diesen Weg. Dies zeigt, dass die Qualität im öffentlichen System wahrscheinlich Mängel aufweist, da im Britischen System bei einem privaten Bezug keinerlei Kosten übernommen werden. Wenn sich also ein Fünftel der Hörgerätebezüger dafür entscheiden, die gesamten Kosten selber zu tragen, weist dies darauf hin, dass die Versorgungsqualität im privaten Bereich höher ist.

Zusätzlich werden die Kosten in Grossbritannien dadurch gesenkt, dass Verträge zwischen dem NHS und den Herstellern für 5 Jahre ausgehandelt werden, wobei keine Mindestvolumina definiert sind. Da die Ausgaben pro Hörmittel in Grossbritannien wesentlich geringer sind als in der Schweiz³¹, könnte es sein, dass durch eine Ausschreibung und einen zentralen Bezug die Kosten gesenkt werden, dies aber wahrscheinlich zu Lasten der Qualität.

²⁹ Nachfolgende Information beziehen sich massgeblich auf die Angaben von Phonak (UK) und Sonova gemäss Faktenblatt von Hörschweiz (2010).

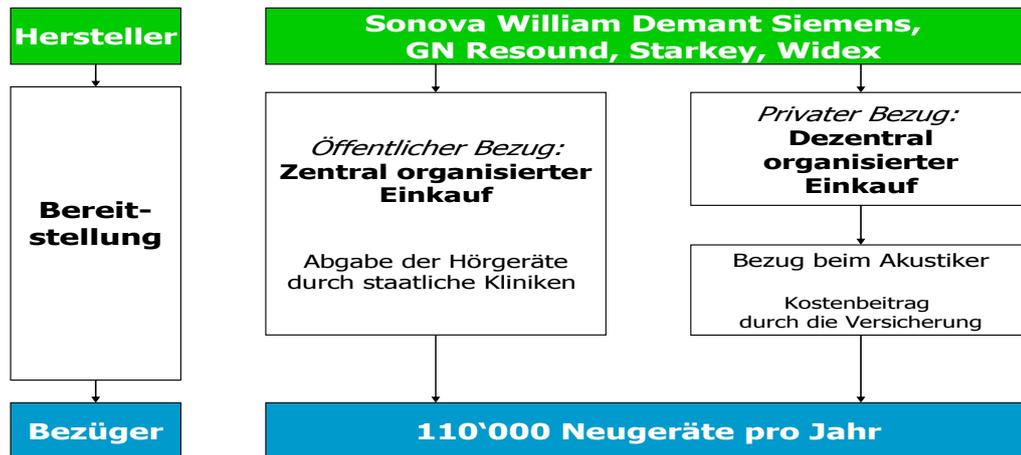
³⁰ Faktenblatt von Hörschweiz (2010)

³¹ In der Schweiz sind die Durchschnittskosten pro Gerät mehr als zehnmal höher als in Grossbritannien (Quelle: BSV und Informationen von Tony Grant-Salmon).

4.2.3.3 Zentral und dezentral organisierter Einkauf in Dänemark

Ähnlich wie in Grossbritannien stellt sich die Situation der Organisation der Marktstruktur im öffentlichen Bereich in Dänemark dar. Ein wichtiger Unterschied ist aber die Möglichkeit Hörgeräte auch privat zu beziehen und trotzdem vom Staat eine Teilvergütung zu erhalten.

Abb. 4-5 Organisation der Marktstruktur in Dänemark



Quelle: Sonova, BAKBASEL, retsinformation.dk

Dänemark ist in der Bereitstellung von Hörgeräten ein Spezialfall. Es vereint sozusagen das System von Grossbritannien mit dem System der Schweiz. Die Bereitstellung über den öffentlichen Weg verläuft über eine Ausschreibung und einem kollektiven Bezug der Versicherung bei den Herstellern.

Anders sieht es beim privaten Bezug von Hörgeräten aus. Hier ist das System dem in der Schweiz momentan praktizierten sehr ähnlich. Die verschiedenen Akustikerketten und unabhängigen Akustiker beziehen ihre Geräte direkt bei den Herstellern.

Die ökonomischen Vor- und Nachteile sind daher analog zu dem oben genannten. Der Unterschied für die Hörgerätebenutzer liegt im Wesentlichen darin, dass sie beim öffentlichen Bezug die gesamten Kosten vergütet erhalten und beim privaten Bezug nur einen fixen Betrag. Interessant zu sehen ist, dass sich der Bezug in den letzten Jahren massiv vom öffentlichen zum privaten Bezug verschoben hat, heutzutage beziehen bereits 50 Prozent der Dänen ihre Hörgeräte privat.

In den restlichen Ländern ist die Organisationsform sehr ähnlich strukturiert wie in der Schweiz, da es aber trotzdem einige Eigenheiten gibt, werden Österreich, Deutschland und Italien nachfolgend kurz beschrieben.

In **Österreich** entspricht die Bereitstellungsstruktur dem der Schweiz. Die Einkäufe werden dezentral getätigt. Verschiedene Akustikerketten und unabhängige Unternehmen geben diese an den Endkunden ab.

Das System in **Deutschland** ist dem der Schweiz grundsätzlich ebenfalls sehr ähnlich, hatte aber bis vor Kurzem die Besonderheit des sogenannten «verkürzten» Absatzwegs. Den HNO-Ärzten war es bis 2009 erlaubt, Hörgeräte direkt an den Kunden abzugeben. Dies ist jedoch heute nicht mehr legal. Trotzdem ist es wichtig, Deutschland unter diesem Aspekt zu betrachten, da die bisherigen Zahlen noch auf dem alten

System beruhen. Der verkürzte Absatzweg kann die Kosten mindern, da ausser dem Arzt nicht zusätzlich ein Akustiker beigezogen werden muss. Es existiert aber die latente Gefahr eines Missbrauchs durch den behandelnden Arzt, welche nachfolgend im Abschnitt «Trennung von Diagnose und Verkauf» ausführlich erörtert wird.

Ähnlich wie in der Schweiz ist die Situation in **Italien**. Die Distribution von Hörgeräten übernehmen 5 grosse Akustikerketten und unabhängige Akustikergeschäfte. Zu erwähnen ist Amplifon, welche italienische Wurzeln hat und mit 43 Prozent Marktanteil Marktleader ist. Amplifon hat in Italien einen Exklusivvertrag mit Siemens abgeschlossen und bietet nur Geräte dieses Herstellers an.

Folgende Grafik zeigt kurz im Überblick, in welchen Länder ein zentral organisierter Einkauf getätigt wird und wo nicht. Es wird ersichtlich, dass die Mehrzahl an Ländern einen dezentral organisierten Einkauf betreibt.

Tab. 4-2 Zentral organisierter Einkauf

	IV	AHV	AT	DE	F	IT	DK	GB
Zentral organisierter Einkauf	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Öffentlich: ja	Ja

Quelle: BAKBASEL

Der zentral organisierte Einkauf scheint sich durchaus als kostendämpfende Massnahme zu eignen. Jedoch besteht die Gefahr eines «trade off» zwischen Einsparungen und Qualität. Zusätzlich kann beobachtet werden, dass in den Länder, welche einen zentral organisierten Einkauf betreiben, die Neuversorgungsrate³² pro Jahr massiv höher ist (vgl. Abbildung 6-12 Seite 69), als in den Ländern mit dezentral organisiertem Einkauf. Dies müsste weitergehend geprüft werden, um zu sehen ob und inwieweit tatsächlich eine Korrelation zwischen einem zentral organisierten Einkauf und einer Mengenausweitung besteht, oder ob dies aufgrund anderer Faktoren zustande kommt. Ein wesentlicher Vorteil ist jedoch, dass die falschen Anreize bei den Akustikern, nämlich die Preise gerade an die Festbeträge zu legen, behoben werden.

4.2.4 Trennung von Diagnose und Verkauf

Der Arzt und der Akustiker sind wesentlich besser darüber informiert, ob und wenn ja, welches Gerät ein Hörgeschädigter benötigt, als letztere selber. Der Bezüger hat auch im Nachhinein kaum die Möglichkeit zu überprüfen, ob ihm ein passendes Hörgerät verkauft wurde oder nicht. Das hier entstehende Problem basiert auf der Credence Goods Problematik.

Der Arzt entscheidet über die vom Kunden zu beziehende Leistung. Wenn er nun selber von einer möglichst hohen Einstufung finanziell profitiert, hat er den starken Anreiz, eine höhere Einstufung vorzunehmen, als diese medizinisch notwendig wäre. Neben zu hohen Einstufungen kann es auch zu Verschreibungen von Hörgeräten an Patienten kommen, welche nach den Richtlinien nicht dazu berechtigt wäre. Hier kann es demnach zu einer Mengenausweitung durch eine angebotsinduzierte Nachfrage kommen, was zu unnötigen Kosten führt. Eine Möglichkeit, dieses Marktversagen zu beheben oder zumindest zu reduzieren, ist die Trennung der Diagnose respektive Einstufung durch den Arzt und die Abgabe des Hörgerätes durch den Akustiker. Hiermit fallen die entsprechenden Anreize bei der Einstufung durch den Arzt weg.

³² Die Neuversorgungsrate ist die Anzahl Hörgeräte pro Einwohner, welche in einem Land verkauft werden.

Tab. 4-3 Trennung zwischen Diagnose und Verkauf der Hörgeräte

	IV	AHV	AT	DE	F	IT	DK	GB
Trennung	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein, mit Einschrän- kung	Nein

Quelle: BAKBASEL

In der Schweiz wie auch in Deutschland ist es einem Arzt gesetzlich verboten, sich an einem Akustikergeschäft zu beteiligen. Dadurch wird sichergestellt, dass der Arzt den Patienten bei der Diagnose nicht absichtlich zu hoch einstuft.

In Österreich und Italien wird ebenfalls auf eine Expertise mit der Einstufung der Patienten vom Facharzt bestanden, getrennt von der Abgabe der Hörgeräte über Akustikgeschäfte.

In Grossbritannien ist die Konsultation eines Facharztes nicht zwingend notwendig. Ein Hörgeschädigter kann auch vom Hausarzt direkt an den NHS verwiesen werden. Wird doch ein Facharzt aufgesucht, ist dieser primär dafür zuständig, die Ursachen der Hörschädigung aufzudecken. Die Einstufung des Patienten und die Verschreibung des Gerätes werden auch dann durch den NHS vorgenommen. Hiermit wird die Einstufung durch die Institution vorgenommen, die auch die Kosten trägt. Die Tatsache, dass es in Grossbritannien nicht zu einer Trennung von Diagnose und Verkauf kommt, könnte Anreize zu einer Mengenausweitung setzen. Weitere institutionellen Rahmenbedingungen reduzieren dieses Risiko jedoch, zum Beispiel, indem die Ärzte nicht nach Leistungen bezahlt werden, sondern einen Fixlohn erhalten.³³

In Dänemark ist die Aufgabenteilung zwischen Arzt und Akustiker nicht klar geregelt. Der Arzt ist dafür zuständig, den Patienten einzustufen und kann unter Umständen auch die Behandlung und die Kontrolle übernehmen. Da aber die Ärzte in Dänemark, wie in Grossbritannien, einen fixen Lohn erhalten und daher nicht von unnötig verschriebenen Leistungen profitieren, besteht hier ebenfalls wenig Anreiz zur Mengenausweitung.

Einige Wort noch zum Einfluss dieses Faktors auf die Qualität der Bereitstellung von Hörgeräten, welche im nachfolgenden Kapitel genauer betrachtet wird. Die Trennung von Diagnose und Geräteabgabe hat für den Grossteil der Hörgeschädigten wenig Einfluss auf die Qualität der Versorgung. Es werden zwar unter Umständen weniger und günstigere Geräte verwendet. Da aber jeweils nur Geräte mit den notwendigen Eigenschaften verschrieben und abgegeben werden, stellt dies keine Qualitätsminderung da, zumindest keine Minderung der Qualität unter das gesellschaftlich gewünschte Niveau.³⁴

³³ Ein Anreiz zur Überversorgung durch die Ärzte kann dennoch bestehen, und zwar dann, wenn die Existenz einer Praxis bzw. der Erhalt einer Arbeitsstelle von dem Bedarf abhängt. Hier besteht der Anreiz, durch höhere Verschreibungen die Nachfrage bzw. Notwendigkeit nachzuweisen. Allerdings dürfte dieser Effekt um ein vielfaches kleiner sein als der Effekt über direkte finanzielle Anreize.

³⁴ Für einen individuellen Bezüger kann eine solche Regelung durchaus mit einer Qualitätsminderung verbunden sein. Dies lässt sich an folgendem Beispiel illustrieren: Für Hörgeschädigte, welche sich gerade an der Schwelle des Anspruchbefindens, aber diese noch nicht überschritten haben, würde sich eine Qualitätsverbesserung einstellen, wenn ein Arzt ihnen «fälschlicherweise» ein Gerät verschreibt. Auch wenn sie die Stufe des Anspruchs noch nicht erreicht haben, so würde sich ihre Hörfähigkeit durch ein Hörgerät verbessern. Dies kann jedoch nicht als Argument gegen eine Trennung von Diagnose und Verkauf ins Feld geführt werden. Dies käme einer impliziten und unkontrollierten Ausweitung der Anspruchsberechtigung gleich. Eine solche Ausweitung sollte und kann, wenn im gesellschaftlichen Konsens gewünscht, explizit erfolgen, nicht jedoch versteckt.

4.2.5 Würdigung der Kostensenkungsmassnahmen

Es wurde gezeigt, wie sich diese Kosten für Hörgeräte eindämmen lassen, beziehungsweise welche Massnahmen ergriffen werden. Teilweise handelt es sich um qualitätsvermindernde Massnahmen bzw. es besteht ein «trade off» zwischen Qualität und Kosten. Teilweise sind die kostensenkenden Massnahmen jedoch auch qualitätsneutral.

Qualitätsneutral ist die Trennung zwischen Diagnose und Verkauf des Hörgerätes und bis zu einem gewissen Grad die Kostenbeteiligung der Patienten. Im erst genannten sind die Schweiz und Deutschland vorbildliche Beispiele, da in diesen Ländern eine Beteiligung der Ärzte an Akustikergeschäften ausdrücklich verboten ist. Bezogen auf die Kostenbeteiligung schneidet die Schweiz, allerdings nur im Bereich der AHV, sowie Frankreich gut ab.

Auch Deutschland kennt die Kostenbeteiligung, allerdings mit sehr geringen Beträgen, wodurch der erreichte Effekte fraglich ist. In den anderen Ländern und der IV in der Schweiz sind keine Selbstbehalte vorgesehen.

Bei den qualitätsvermindernden Massnahmen ergibt sich ein anderes Bild. Hier schneidet die Schweiz in Bezug auf Kostendämpfung schlecht ab. Sie tätigt keinen zentral organisierten Einkauf, wie es in Grossbritannien und Dänemark der Fall ist. Dieser würde die Anreize der Akustiker, die Hörgerätepreise direkt an die Festbeträge zu setzen, beseitigen. Auch verfügt die Schweiz über einen vergleichsweise grosszügigen Leistungskatalog, zu dem auch – aber nicht nur – ein Festbetrag für den Hörgerätebezug gehört, der mit Ausnahme Österreichs nirgends annähernd so hoch ist wie in der Schweiz.

Die Frage ist demnach nicht nur, in welchem Land, welche Kosten durch die institutionellen Rahmenbedingungen generiert werden, sondern auch, welche Qualität erreicht wird. Im nachfolgenden Kapitel wird daher die Qualität der Systeme in den betrachteten Ländern eingehend analysiert.

5 Qualität der Versorgung

Welcher genaue «trade off» zwischen den beiden Zielen – tiefe Kosten und hohe Qualität – gewählt wird, ist eine gesellschaftliche Entscheidung und hängt nicht zuletzt auch vom allgemeinen Wohlstandsniveau ab. Klar ist jedoch, dass eine höhere Qualität bei gleichen Kosten bzw. niedrigere Kosten bei gleicher Qualität vorteilhaft sind. Für einen Kosten-Nutzen-Vergleich ist es daher unabdingbar, auch Unterschiede in der Qualität des Gutes «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» zu berücksichtigen.

Im nachfolgenden Kapitel wird analysiert, wie die Qualität des Gutes «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» in der Schweiz gegenüber wichtigen Vergleichsländern einzuordnen ist. In diesem Teil werden die institutionellen Rahmenbedingungen nur unvollständig und teilweise sehr knapp betrachtet, eine detaillierte Betrachtung findet sich im Anhang, in den Kapiteln 9.1 und 9.2.

5.1 Methodisches Vorgehen

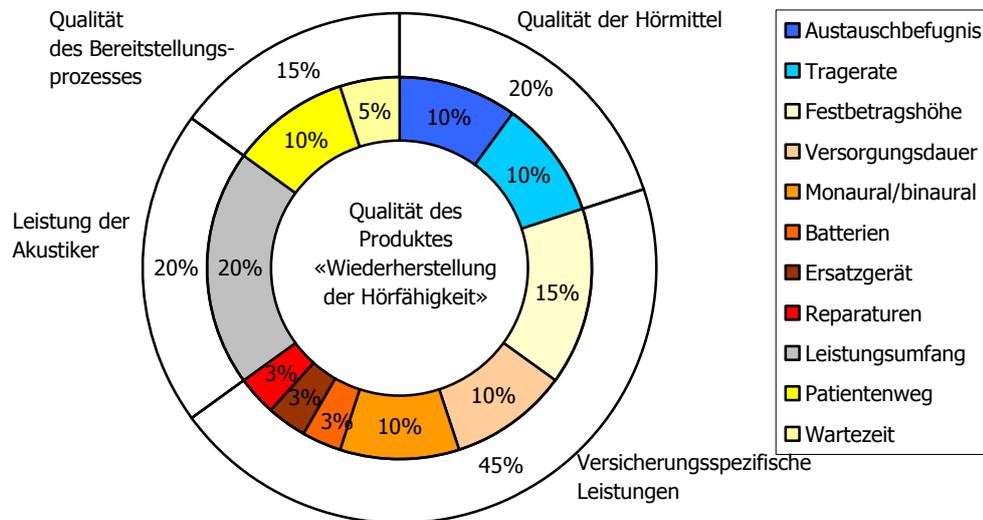
Die Qualität des Gutes «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» ist nicht direkt messbar. Schon die Messung der reinen Verbesserung des Hörens ist praktisch nicht möglich.³⁵ Dazu kommen jedoch viele weitere Qualitätselemente, wie beispielsweise Tragekomfort, zeitliche Verfügbarkeit oder Beratungsdienstleistungen. Hinzu kommt, dass die Datenverfügbarkeit und insbesondere deren internationale Vergleichbarkeit stark eingeschränkt sind.

Um dennoch die Länder bezüglich der Qualität des Produktes «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» zu vergleichen, wurde ein Verfahren entwickelt, das verschiedene Aspekte der Qualität des Produkts individuell betrachtet. Dies erfolgt teilweise anhand quantitativer Indikatoren, häufig jedoch auch in qualitativer Form. Die einzelnen Aspekte werden zu vier Qualitätskategorien zusammengefasst, welche gemeinsam wiederum einen Gesamtindikator für die Qualität des Produktes «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» bilden. Die Aggregation erfolgt dabei gewichtet je nach Bedeutung des entsprechenden Aspekts.

Die vier Hauptkategorien sind im Folgenden kurz dargestellt und ihre Gewichte erläutert. Eine ausführliche Definition und Darstellung der einzelnen Aspekte und ihrer Ausprägungen finden sich in den Kapiteln 5.2.1 bis 5.2.4.

³⁵ Denkbar wäre theoretisch etwa eine Messung in Dezibel. Aber schon hier stellt sich die Frage nach der Abdeckung verschiedener Frequenzbereiche und deren Aggregation zu einer Kenngrösse. Auch dürfte der «Nutzen» von zusätzlichen Dezibel je nach Grad der Schwerhörigkeit in einer nichtlinearen Form zusammenhängen, so dass auch hier Schwierigkeiten bei der Aggregation auftreten. Abgesehen von diesen theoretischen Schwierigkeiten liegen die entsprechenden Daten auch gar nicht vor.

Abb. 5-1 Qualität des Produktes «Wiederherstellung der Hörfähigkeit»



Quelle: BAKBASEL

1. Qualität der Hörmittel

Die Qualität der Hörmittel definiert die Qualität der «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» durch ein möglichst gut zum Kunden passendes Gerät. Die Qualität der Hörmittel wurde mit dem Faktor 0.2 gewichtet.

Hörmittel können international gehandelt werden. Damit stehen grundsätzlich in allen Ländern identische Geräte zur Verfügung und ein (technischer) Vergleich der Geräte ist nicht zielführend. Die Sozialversicherungssysteme bieten jedoch eine sehr unterschiedliche Anzahl verschiedener Hörmittel an. Die Auswahl bzw. Anzahl an Hörhilfen, welche von den Sozialversicherungen zumindest teilweise abgegolten werden, bilden den ersten Teilaspekt der Qualität der Hörmittel.

Als zweiter, gleich stark gewichteter Teilaspekt wurde ein Indikator herangezogen, der auch die subjektiv empfundene Qualität mit berücksichtigt: Die Zufriedenheit der Kunden, gemessen an der Tragerate.

2. Versicherungsspezifische Leistungen

Die Versicherungsspezifischen Leistungen bezeichnet die Gesamtheit der Leistungen, welche die Sozialversicherungen für die «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» erstattet. Die versicherungsspezifischen Leistungen sind mit 45 Prozent von der Qualität des Produktes «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» gewichtet. Die Höhe der Erstattung ist ein wesentlicher Faktor bei der Beurteilung der Qualität verschiedener Systeme.

Zur Messung der Qualität der versicherungsspezifischen Leistungen verwenden wir insgesamt 6 Indikatoren. Einerseits umfasst dies Leistungen bei der (Erst-) Versorgung die Festbetragshöhe, die Versorgungsdauer (Dauer bis zum erneuten Anspruch auf ein Gerät) und ob die Erstattung monaural³⁶ oder binaural³⁷ erfolgt. Andererseits beziehen sich die Kriterien dieser Kategorie auf die Zusatzleistungen der Versicherungen wie die Batterieversorgung, Reparaturen und Ersatzge-

³⁶ lat. «Mit einem Ohr»

³⁷ lat. «Mit beiden Ohren»

räte bei Verlust, welche der dauerhaften Sicherstellung einer qualitativ hohen Hörmittelversorgung dienen.

Die Festbetragshöhe fließt mit 15 Prozent in die Bewertung ein. Die Versorgungsdauer und der Anspruch auf ein zweites Gerät (monaural/binaural) sind mit je 10 Prozent gewichtet. Weitere verbundene Leistungen wie Batterien, Reparaturen und Ersatzgeräte sind zusammen mit 10 Prozent gewichtet.

3. Leistungen der Akustiker

In diese Kategorie fließt der Leistungsumfang der Akustiker ein. Insgesamt wird dieser Punkt mit 20 Prozent gewichtet.

Ein massgeblicher Faktor der Qualität des Gutes «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» sind die Dienstleistungen des Akustikers. Je umfassender seine Dienstleistungen sind, desto besser wird die Qualität des Gutes «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» sein. Ein wesentlicher Punkt im Umfang der Dienstleistungen des Akustikers ist, ob und in welchem Umfang eine vergleichende Anpassung vorgenommen wird. Je besser ein Kunde mit dem Hörgerät vertraut gemacht wird und je eher er durch eigene Erfahrung sein Urteil über die Qualität des Gerätes machen kann, desto eher wird auch das optimale Gerät für einen Kunden gefunden.

4. Qualität des Bereitstellungsprozesses

Die Qualität des Produktes «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» hängt zusätzlich auch vom Bereitstellungsprozess ab. Aspekte dieser Kategorie sind erstens der Weg, welchen der Patient bis zum Erhalt eines Hörgerätes begehen muss. Konkret wird hier betrachtet, ob eine Erst- und eine Schlussexpertise durch einen Facharzt vorgenommen wird sowie wie und ob die Nachkontrolle durch den Akustiker vorgenommen wird. Zweitens wird betrachtet, ob es während dieser Bereitstellung zu Wartezeiten kommt.

Dieser Punkt wird mit 15 Prozent gewichtet. Die Qualität des Bereitstellungswegs ist ein wichtiger Punkt, aber verglichen mit der Qualität der Hörmittel oder den versicherungsspezifischen Leistungen eher untergeordnet. Innerhalb dieses Punktes verteilen sich die Gewichte wie folgt: Der Patientenweg wird mit 10 Prozent gewichtet und die Wartezeit mit 5 Prozent. Die Wartezeit erhält eine geringere Gewichtung, da diese nur vorübergehend relevant ist. Für einen Hörgeschädigten spielt es zunächst durchaus eine wichtige Rolle, ob er sofort ein Hörgerät erhält oder beispielsweise erst nach einem halben Jahr Wartezeit. Betrachtet man die Qualität der Versorgung insgesamt, d.h. längerfristig über den gesamten Versorgungszeitraum, verliert dieser Punkt an Relevanz. Für die längerfristige Beurteilung der nachhaltigen Qualität ist eine Nachkontrolle, sei dies durch Arzt oder Akustiker, wesentlich entscheidender. Dadurch wird gewährleistet, dass das Gerät optimal eingestellt ist und der Hörgeschädigte weiss, wie mit dem Gerät umzugehen ist.

Für viele der oben genannten Indikatoren stehen keine quantitativen Messgrößen zur Verfügung.³⁸ Um die einzelnen Indikatoren dennoch messen, international vergleichen und aggregieren zu können, wurde für jeden Indikator eine Bewertungssystem mit fünf Qualitätsstufen eingeführt, wobei 5 die höchste und 1 die tiefste Qualität bezeichnet. In die Bewertungen für die einzelnen Indikatoren fließen dann qualitative und, wo möglich, quantitative Aspekte ein.

³⁸ Selbst wenn quantitative Messgrößen verfügbar sind, werden diese in unterschiedlichen Einheiten gemessen und sind daher nicht direkt aggregierbar. Neben der bereits diskutierten Gewichtung der einzelnen Indikatoren musste also auch eine gemeinsame Basis geschaffen werden.

In der Schweiz werden die beiden Systeme IV und AHV – sofern nötig – getrennt voneinander betrachtet. Dies ist der Fall bei versicherungsspezifischen Leistungen, da sich diese stark voneinander unterscheiden. Für die Gesamteinschätzung der Schweiz werden die beiden Ergebnisse gewichtet zusammengeführt.³⁹

Konstruktionsbedingt muss auf einige Einschränkungen der Aussagekraft bzw. Vorsicht bei der Interpretation der Ergebnisse verwiesen werden. Die Kennzahlen haben grundsätzlich einen ordinalen Charakter, d.h. es können nur Aussagen über eine Ordnung bzw. Rangfolge gemacht werden. Vorsichtiger ist mit Beurteilungen der Qualitätsdifferenzen zwischen den Ländern umzugehen, da es sich nicht um absolute Werte handelt. Zusätzlich ist zu beachten, dass die Punktevergabe immer in Relation zu den anderen Ländern vorgenommen wird und somit auch Aussagen über die absolute Qualität eines Systems eher schwierig sind. Die komplexe, vielschichtige Thematik in Verknüpfung mit der schwierigen Datenlage lässt jedoch kein anderes Vorgehen zu, zumindest unter Berücksichtigung von vertretbarem Aufwand. Die transparente Darstellung der Vorgehensweise erlaubt es, gegebenenfalls auch alternative Annahmen auf ihre Auswirkungen hin zu überprüfen.

³⁹ Diese Gewichtung kann nicht einfach anhand der Anteile von IV- respektive AHV-Bezügern vorgenommen werden. Wegen der Regelungen zur Besitzstandswahrung profitieren einige AHV Bezüger, die vor Eintritt in die AHV bereits Leistungen aus der IV bezogen haben, weiterhin vom Leistungsniveau der IV. Für die Gewichtung der AHV und IV beziehen wir uns auf die totalen Kosten der IV und der AHV für die Hörmittelversorgung und der Kostenanteil der Besitzständer in der AHV. Die gesamten Kosten der AHV beliefen sich für das Jahr 2009 auf 72'132'610 CHF. Die Ausgaben der AHV für Besitzständer beliefen sich auf 34'204'456 CHF. Die totalen Kosten der IV beliefen sich im Jahr 2009 auf 51'265'337 CHF. Daher werden die Regelungen der IV mit 70 Prozent und die der AHV mit 30 Prozent gewichtet.

5.2 Hauptergebnisse Qualitätsvergleich

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick darüber, wie die Länder in den verschiedenen Qualitätskategorien abschneiden. Nachfolgend werden die Qualitätsbewertungen einzeln hergeleitet und diskutiert.

Tab. 5-1 Qualität des Produkts «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» im internationalen Vergleich

	Gewicht	CH		AT	DE	F	IT	DK	GB
		IV	AHV						
Qualität der Hörmittel	20%								
Austauschbefugnis	10%	5	5	5	5	k.A.*	5	3	1
Tragerate	10%	5	5	k.A.*	5	k.A.*	k.A.*	5	1
Versicherungsspezifische Leistungen	45%								
Festbetragshöhe	15%	5	4	4	3	1	3	4	k.A.*
Versorgungsdauer	10%	2	3	3	2	5	3	4	1
Monaural/binaural	10%	3	1	3	3	3	2	3	3
Batterien	3.33%	3	1	1	1	3	5	5	5
Ersatzgerät	3.33%	3	1	1	2	k.A.*	4	5	4
Reparatur	3.33%	5	1	5	3	3	5	5	4
Leistungen der Akustiker	20%								
Leistungsumfang	20%	5	5	5	5	3	3	3	3
Qualität des Bereitstellungsprozesses	15%								
Patientenweg	10%	5	5	3	3	3	3	4	2
Wartezeit	5%	5	5	5	5	5	3	3	1
Gesamtpunktzahl		4.37	3.85	3.83	3.70	3.06	3.33	3.75	1.92
Platzierung		1	2	3	5	7	6	4	8

1=sehr tiefe Qualität, 2=tiefe Qualität, 3=mittlere Qualität, 4=hohe Qualität, 5=sehr hohe Qualität

* Für Berechnung Gesamtpunkte approximativ durchschnittlicher Wert der restlichen Qualitätsindizes des Landes verwendet

CH: Schweiz; AT: Österreich; DE: Deutschland; F: Frankreich; IT: Italien; DK: Dänemark; GB: Grossbritannien

Quelle: BAKBASEL

Werden die Systeme der IV und der AHV in der Schweiz getrennt betrachtet, zeigt sich folgendes Bild. Von allen Ländern steht die Schweiz mit dem IV System an erster Stelle hinsichtlich der Qualität des Gutes «Wiederherstellung der Hörleistung». Die AHV Schweiz, Österreich, Dänemark und Deutschland folgen in dieser Reihenfolge mit einigem Abstand zur IV Schweiz. Die Differenzen zwischen dem zweiten Rang und

dem fünften Rang, den Deutschland belegt, sind hingegen eher gering. Etwas grösser ist die Distanz zu Frankreich und Italien, die den sechsten und siebten Rang erreichen. Mit deutlichem Abstand abgeschlagen am Schluss liegt Grossbritannien.

Bei den Aspekten Qualität der Hörmittel, Ausbildung und Leistungen der Akustiker und Qualität des Bereitstellungsprozesses befindet sich die IV und die AHV immer in den obersten Kategorien. Im Schlussklassement rangiert die Schweiz (AHV und IV zusammen) auf Platz eins. Durch die Kombination von IV und AHV in der Schweiz liegt die Versorgungsqualität im Schlussklassement mit Ausnahme von Grossbritannien in allen betrachteten Ländern relativ nahe beieinander, die Schweiz weist jedoch einen kleinen Vorsprung auf.

Tab. 5-2 Platzierung der Schweiz, AHV und IV gemeinsam, im Vergleich

	CH Gesamt	AT	DE	F	IT	DK	GB
Gesamtpunktzahl	4.21	3.83	3.70	3.06	3.33	3.75	1.92
Platzierung Gesamt	1	2	4	6	5	3	7

AHV mit 0.3 und IV mit 0.7 Prozent gewichtet
Quelle: BAKBASEL

Ein wesentlicher Vorteil in der Schweiz liegt in der vergleichenden Anpassung, welche auch in Österreich und Deutschland praktiziert wird. Der Patient hat somit die Möglichkeit, sich selber ein Bild davon zu machen, welches Hörgerät für ihn optimal ist, indem er verschiedene Modelle testet.

Die obligatorische Schlussexpertise, welche nur in der Schweiz verlangt wird und zur Sicherstellung der Qualität beiträgt, ist ein weiterer Vorteil. Zusätzlich ist der Festbetrag der Versicherung in der Schweiz im Ländervergleich einer der grosszügigsten, was eine Versorgung mit qualitativ hochwertigen Geräten für breite Schichten gewährt.

Nach der Schweiz auf Rang 1 befindet sich Österreich mit etwas Abstand auf Rang 2. Diese beiden Länder sowie auch Dänemark und Deutschland verfügen über eine hohe Qualität, die letzten drei genannten weisen nur eine geringfügige Differenz untereinander auf. Italien und Frankreich schliessen fast bei allen Einzelindikatoren schlechter ab wie die Schweiz oder höchstens gleich gut. Sie belegen die Plätze 5 und 6. Wenig überraschend liegt Grossbritannien auf dem letzten Platz. Die Versorgung durch den NHS ist zwar für alle kostenlos, aber bezüglich der Qualität besteht Steigerungspotential. Massgeblich ins Gewicht fallen hier die langen Wartezeiten, die Dauer bis es zu einer Neuversorgung kommt, das begrenzte Angebot und der geringe Leistungsumfang von Ärzten und Akustikern.

In den folgenden Kapiteln finden sich ausführlichere Details zu den einzelnen Qualitätsaspekten

5.2.1 Qualität der Hörmittel

Die Qualität von Hörmitteln wird gemessen, da dies ein wesentlicher Bestandteil der «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» ist. Eine möglichst gute Wiederherstellung zeichnet sich neben den technischen Qualitätsmerkmalen der Hörmittel unter anderem auch dadurch aus, dass der Kunde das für ihn beste Gerät erhält.

Der direkteste und umfassendste Weg, die Qualität des Hörmittels zu ermitteln, wäre eine Befragung der Personen, welche ein Hörgerät tragen, über die Qualität beziehungsweise die Zufriedenheit mit ihrem Gerät. Dies ist allerdings sehr aufwendig, gerade in einem internationalen Vergleich, der methodisch besonders anspruchsvoll ist. Dies würde den Umfang dieses Berichtes übersteigen. Zu beachten ist auch, dass selbst ein Kunde nur eingeschränkt darüber urteilen kann, wie die Qualität seines Hörmittels ist und ob er das für ihn beste Gerät besitzt, da er meist über die Alternativen nicht oder nur ungenau informiert ist. Da dieser direkte Weg nicht realisierbar ist, müssen Alternativen gefunden werden um die Qualität der Hörmittel annäherungsweise beurteilen zu können.

Es werden dafür folgende zwei Indikatoren verwendet:

Qualität der Hörmittel Indikator 1:

Wahlfreiheit beim Bezug eines Gerätes

Die Wahlfreiheit bezeichnet einerseits die Möglichkeit, bei den staatlich angebotenen Hörgeräten unter verschiedenen Exemplaren das individuell geeignetste auszuwählen. Je grösser die staatlich angebotene Vielfalt von Hörmitteln ist, desto eher findet ein Bezüger das für ihn geeignetste Gerät. Ein weiterer Aspekt der Wahlfreiheit bezieht sich auf die Möglichkeit, durch private Zuzahlung ein kostspieligeres Gerät auszuwählen, als die vom Staat angebotenen Exemplare. Hierdurch können individuell am besten geeignete Geräte durch eine private Zuzahlung erwerben werden. Diese Möglichkeit wird auch als Austauschbefugnis bezeichnet. Ist diese Option gegeben, wird die durchschnittliche Qualität der Hörmittel, welche bezogen werden, steigen. Besteht die Möglichkeit der Zuzahlung nicht, ist die Menge der angebotenen Geräte beschränkt und die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person das für sich optimale Modell erhält, geringer.

Bezüglich der Anzahl staatlich angebotenen Geräte zeigt sich folgendes Bild: in der Schweiz gibt es für die tiefste Klasse 56 Angebote, für die mittlere Klasse 51 und für die höchste Klasse 76 Geräte. Ein Hörgeschädigter hat also die Möglichkeit aus mindestens 51 verschiedenen Geräten ein passendes auszuwählen. In Grossbritannien mit dem zentral organisierten Einkauf ist hingegen die Anzahl der angebotenen Geräte mit 14 Stück gering.⁴⁰ Da hier nur für wenige Länder Daten zur Verfügung stehen bzw. die Vergleichbarkeit der Daten nicht gewährleistet ist, kann dieser Aspekt beim Zusammensetzen der Qualitätsbewertung des Produkts «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» leider nicht berücksichtigt werden.

Tab. 5-3 Austauschbefugnis beim Bezug eines Gerätes

	CH	AT	DE	IT	DK	GB
Möglichkeit der Zuzahlung	Ja	Ja	Ja	Ja	Öffentlich: Nein Privat: Ja*	Nein

* Beim privaten Bezug, wird eine Pauschale durch den Staat entgolten, den Rest übernimmt privat Person, beim öffentlichen Bezug, werden die gesamten Kosten übernommen, aber es können nur die öffentlich angebotenen Geräte bezogen werden.

Quelle: BAKBASEL

⁴⁰ Faktenblatt hörens Schweiz (2010)

Wird die Möglichkeit der Austauschbefugnis betrachtet, wodurch mit privater Kostenbeteiligung ein Gerät erworben werden kann, welches den individuellen Ansprüchen am Besten entspricht, zeigt sich folgendes Bild. In der Schweiz gibt es Höchstbeträge, die ein Patient erhält. Es steht ihm aber frei, durch eigene Finanzierung ein Gerät zu erwerben, welches mehr kostet. Dadurch weitet sich das Produktangebot zusätzlich aus. In Grossbritannien besteht keine Möglichkeit, vom NHS einen Festbetrag zu erhalten und das Hörgerät auf dem privaten Markt zu erwerben. Entweder wird ein Gerät vom NHS bezogen. In diesem Falle übernimmt der NHS auch die gesamten Kosten. Oder aber ein Gerät wird privat bezogen, in diesem Falle ist aber auch die Finanzierung ausschliesslich privat. In Dänemark ist die Handhabung wiederum etwas anders. Wer ein Gerät öffentlich bezieht, erhält die gesamten Kosten erstattet. Wer sich aber für ein alternatives Gerät entscheidet, kann dies nur durch einen privaten Händler beziehen, und erhält dabei einen begrenzten staatlichen Zuschuss.

In Italien, Deutschland und Österreich besteht wie in der Schweiz eine Austauschbefugnis beim Bezug eines Hörgerätes. Zu Frankreich fehlen präzise Angaben.

Qualität der Hörmittel Indikator 2:

Die Tragerate von Geräten

Die Tragerate bezeichnet die Anzahl an Personen, welche ein Hörgerät besitzen und dies auch regelmässig tragen, d.h. mindestens einmal pro Woche. Dies ist somit ein indirekter Indikator für die Zufriedenheit der Hörgeräteträger, welche mit der Qualität des Hörmittels stark korreliert ist.

Tab. 5-4 Tragerate in Prozent

	CH	DE	DK	GB
Regelmässig	84.6	86.7	90.3	60
Gelegentlich – Nie	15.4	13.3	9.7	40

Quelle: Bertoli (2006)

Die Tragerate hängt zwar auch, aber nicht nur mit den Leistungen der Akustiker zusammen, auf welche später eingegangen wird. Sie zeigt aber grundsätzlich die Zufriedenheit mit dem Gerät an. Wie oben erwähnt, wird angenommen, dass die Zufriedenheit stark mit der Qualität des Hörmittels korreliert, da ein Gerät umso öfter getragen wird, je besser es den Bedürfnissen des Trägers entspricht. Dies entspricht der hier verwendeten Definition der Qualität des Hörmittels. Eine tiefe Tragerate kann also auf ein qualitativ schlechtes Gerät hinweisen. Die Angaben zur Tragerate stehen nur für die Schweiz, Deutschland, Dänemark und Grossbritannien zur Verfügung. Die ersten drei Länder weisen alle eine hohe Tragerate aus, in der Schweiz beträgt die Tragerate 84.6 Prozent⁴¹, in Deutschland 86.7 Prozent⁴² und in Dänemark 90.3 Prozent⁴³. Grossbritannien hingegen schneidet mit einer Tragerate von 60 Prozent⁴⁴ wesentlich schlechter ab.

Hinsichtlich der gesamten Qualität der Hörmittel schneiden die Schweiz und Deutschland am Besten ab. Besonders die hohe Tragerate, gibt ein Bild der umfassenden Versorgung wider, welche die Bedürfnisse der Bezüger deckt. Gefolgt werden diese beiden Länder von Italien und Österreich. Hier ist allerdings zu beachten, dass in beiden Ländern nur Informationen über die Austauschbefugnis vorliegen. Da Informati-

⁴¹ Bertoli (2006)

⁴² Stock (1995), zitiert nach Bertoli (2006)

⁴³ Parving (2003), zitiert nach Bertoli (2006)

⁴⁴ Smeeth (2002), zitiert nach Bertoli (2006)

onen zur Tragerate fehlen, ist der Vergleich mit Vorsicht zu behandeln. Am Ende steht Grossbritannien, ohne Austauschbefugnis und mit einer tiefen Tragerate. Frankreich kann in diesem Bereich mangels Daten nicht in den Vergleich aufgenommen werden.

5.2.2 Versicherungsspezifische Leistungen

Die versicherungsspezifischen Leistungen bezeichnet die Gesamtheit der Leistungen, welche die Sozialversicherungen für die «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» erstattet. Höhere Versicherungsleistungen können zu verbesserter Qualität führen, besonders bei Personen, welche begrenzt über private finanzielle Mittel verfügen.

In dieser Kategorie werden die monetären Erstattungen der verschiedenen Sozialversicherungen verglichen. Am einfachsten wäre es, die Höhe der monetären Erstattungen für die Geräte der verschiedenen Sozialsysteme zu vergleichen, da es sich bei Hörgeräten um homogene Güter handelt. Ein Hörgerät ist ein Gebrauchsgut⁴⁵, welches besonders intensiv im Unterhalt ist. Das Produkt «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» besteht jedoch nicht nur aus dem Gerät als solches, sondern ist ein Bündel verschiedener Güter und Dienstleistungen. Hinzu gehören auch die Güter, welche für den Unterhalt und Betrieb der Geräte notwendig sind. Daher genügt es nicht, nur die Erstattungsbeträge für das Hörgerät zu vergleichen. Auch andere Aspekte müssen mit einbezogen werden.

In Anbetracht der Komplexität des Gutes «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» ist es nicht verwunderlich, dass sich die nationalen Systeme bezüglich der Art und Umfang der Erstattung erheblich unterscheiden. Um die Erstattungen der Versicherungen trotzdem vergleichen zu können, werden insgesamt 6 Indikatoren herangezogen und verglichen.

Qualität der versicherungsspezifischen Leistungen Indikator 1:

Festbeträge

Eine gewichtige Determinante für die Qualität der versicherungsspezifischen Leistungen ist der Indikator Festbetragshöhe. Ist die Festbetragsobergrenze hoch angesetzt, können qualitativ bessere Geräte bezogen werden. Einfache Hörgeräte beinhalten heutzutage ebenfalls Leistungsmerkmale wie die Lärmunterdrückung und Richtmikrofone. Bei teureren Geräten sind diese Merkmale aber differenzierter ausgebaut und ermöglichen dem Träger qualitativ besseres Hören. Je höher also der Festbetrag, welchen die Versicherung leistet, desto höher auch die Versorgungsqualität.

Tabelle 5-5 zeigt die Beitragshöhe in Form von Festbeträgen in den einzelnen Ländern getrennt nach monaural und binaural. Da es in der Schweiz je nach Schweregrad der Hörbehinderung zu unterschiedlichen Zahlungen durch die Versicherung kommt, werden alle drei Festbeträge für die jeweiligen Indikationsstufen aufgezeigt.

Die Schweizerische IV gewährt im Vergleich zu den anderen Versicherungssystemen relativ grosszügige Festbeträge und erreicht die höchste Qualitätsstufe. Dies gilt bereits für die erste Indikationsstufe, welche die tiefsten Festbeträge vorsieht und 2005 nur gerade von 11 Prozent der Kunden berücksichtigt wurde⁴⁶. Die AHV hat zwar die gleichen Ansätze wie die IV, jedoch müssen sich die Versicherten mit einem Selbstbehalt an den Kosten beteiligen⁴⁷. Die AHV erstattet 75 Prozent des Festbetrags, welcher die IV bezahlt. Im Resultat gewähren die AHV, bereits in der tiefsten Indikationsstufe, sowie die Versicherungen in Öster-

⁴⁵ Beispielsweise ist eine Kaffeemaschine im privaten Haushalt ein Gebrauchsgut, da sie über einen längeren Zeitraum verwendet wird, das zugehörige Kaffeepulver ist aufgrund seiner einmaligen Nutzbarkeit jedoch ein Verbrauchsgut.

⁴⁶ EFK (2007)

⁴⁷ Die Qualitätseinbusse aufgrund von ausschliesslich monauraler Versorgung wird bei diesem Indikator nicht berücksichtigt, da dieses Kriterium bereits in einen anderen Indikator einfließt.

reich und Dänemark ähnlich hohe Beiträge. Diese werden daher in die zweithöchste Qualitätsstufe eingeteilt, die nächst höheren Indikationsstufen sehen in der Schweiz aber einen wesentlich höheren Beitrag vor. In Deutschland und Italien sind die Festbeträge tiefer angesetzt und es wird eine mittlere Qualität bezüglich der Festbetragshöhe erreicht. Frankreich schneidet am schlechtesten ab, da die Beiträge der Krankenversicherung tief angesetzt sind. Das System in Grossbritannien sieht keine Festbeträge vor, daher kann zu diesem Indikator kein Vergleich durchgeführt werden.

Tab. 5-5 Festbeträge der Sozialversicherungen im internationalen Vergleich

Gerundete Beträge in CHF (Wechselkurs 1.45 CHF/EUR)

			Monaural	Binaural
Schweiz	IV	Indikationsstufe 1	1395	2275
		Indikationsstufe 2	1750	2820
		Indikationsstufe 3	2100	3355
	AHV	Indikationsstufe 1	1047	*
		Indikationsstufe 2	1313	*
		Indikationsstufe 3	1575	*
Deutschland**		714	1201	
Österreich ⁴⁸		1029	1853	
Frankreich***		255	512	
Italien		876	1693	
Dänemark	Privat bezogene Geräte	1102	2204	

*Keine Binaurale Versorgung

**Durchschnittliche jährliche Reparaturpauschale inbegriffen (46 CHF)

***Sonderversorgung bei Vorliegen von Taubblindheit und Kinder < 20 Jahren: 1'305, 1'450, 1'812.50 und 2'030 CHF

Quelle: Verschiedene Quellen, Berechnungen BAKBASEL

Qualität der versicherungsspezifischen Leistungen Indikator 2:

Monaurale oder binaurale Versorgung

Die Erstattung der Versicherung erfolgt entweder monaural, also für ein Ohr, oder binaural, also für beide Ohren.

Erste Ergebnisse einer Forschungsarbeit zeigen messbare Verbesserungen des Verstehens in verschiedenen Situationen bei Trägern von zwei Hörgeräten gegenüber Trägern von einem Gerät.⁴⁹ Eine binaurale Versorgung steigert das Verstehen von Schwerhörigen und somit auch die Qualität der Hörfähigkeit. Somit stellt sich die Frage, ob die Versicherungen für eine binaurale Versorgung aufkommen.

⁴⁸ Zu Österreich ist zu bemerken, dass hier die Tarife der Standardversorgung verwendet werden. Daneben gibt es auch die Sonderversorgung, wo die Festbeträge monaural zwischen CHF 1160 und CHF 2610 liegen und binaural zwischen CHF 2088 und 4698. Es wird in diesem Vergleich aber auf die Standardtarife eingegangen, zu bedenken ist jedoch, dass dadurch Österreich bezüglich der Qualität eher unterschätzt wird.

⁴⁹ Vgl. Horst Warncke (2008, Seite 2): In der Studie wird «Anfangen von komplexen Gesprächssituationen im Haus, bei denen sich die Umgebung eher wenig ändert, bis hin zur akustischen Orientierung und Lokalisierung im Freien, wo sich die Umgebung sehr schnell ändern kann, [...] untersucht, welche Verbesserung durch eine binaurale Versorgung erzielt werden kann».

Tab. 5-6 Binaurale Versorgung

	IV	AHV	AT	DE	F	IT	DK	GB
Binaural	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Quelle: BAKBASEL

In allen Vergleichsländern vergüten die Sozialversicherungen bei Erfüllung der länderspezifischen Kriterien eine binaurale Versorgung. Die Informationen zu den länderspezifischen Kriterien sind eher dürftig. In Österreich, Grossbritannien, Dänemark und Italien wird eine binaurale Versorgung vergütet, wenn diese vom Arzt empfohlen wird. Für Deutschland gilt, dass eine binaurale Versorgung befürwortet wird, wenn das Sprachverstehen im Gegensatz zur monauralen Versorgung um mindestens 10 Prozent steigt. Für die IV Schweiz liegen die ausführlichsten Informationen vor. Es gilt, dass eine binaurale Versorgung vergütet wird, wenn zwei der drei folgenden Kriterien erfüllt sind:

1. Der Unterschied des Hörverlustes zwischen rechts und links beträgt weniger als 30 Prozent.
2. Der Unterschied des Diskriminationsverlustes im Sprachtest in Ruhe zwischen rechts und links beträgt weniger als 30 Prozent.
3. Der Unterschied der Sprachhörschwelle zwischen links und rechts beträgt weniger als 40dB.

Für Frankreich liegen keine Informationen vor, aber eine binaurale Versorgung ist möglich. Ausnahme ist die AHV in der Schweiz, welche nur eine monaurale Versorgung erstattet. Der Vergleich zwischen den Ländern bezüglich der Stufe, von der an eine binaurale Versorgung gewährleistet wird, kann hier nicht vorgenommen werden, da die Informationen zu wenig aussagekräftig sind. Daher wird nur betrachtet, ob eine binaurale Versorgung prinzipiell möglich ist oder nicht. Die Qualität in der Schweiz ist dabei insgesamt tiefer als in allen Vergleichsländern.

Qualität der versicherungsspezifischen Leistungen Indikator 3:

Versorgungsdauer

Ein weiterer Aspekt beschreibt, nach welchem Zeitraum ein Bezüger erneut Anrecht auf ein Gerät bzw. eine Erstattung durch die Versicherung hat.

Hörhilfen sind hoch technische Produkte und es kommen regelmässig neue Geräte und Technologien auf den Markt. Als Beispiel sei die Bluetooth Technologie genannt, die es den Trägern ermöglicht, ein Telefon kabellos mit dem Hörgerät zu verbinden. Damit kann ein störungs- und rückkoppelungsfreies Telefonat geführt werden. Je kürzer der Zeitraum, bis es zu einer Neuversorgung kommt, desto höher ist folglich auch die Qualität der Versorgung.

Tab. 5-7 Versorgungsdauer

	IV	AHV	AT	DE	F	IT	DK	GB
Anzahl Jahre bis es zu einer Neuversorgung kommt	6	5	5	6	3	5	4	—*

*Nicht festgelegt
Quelle: BAKBASEL

In der Schweiz ersetzt die IV die Hörhilfe alle sechs Jahre, die AHV hingegen schon jedes fünfte Jahr. Das Spektrum der Versorgungsdauer in den anderen Ländern reicht von drei und vier Jahren in Frankreich und

Dänemark über 5 Jahre in Italien und Österreich zu 6 Jahre in Deutschland. In Grossbritannien gibt es keine definierte Versorgungsdauer. Das Gerät wird erst erneuert, wenn es zwingend notwendig ist. Und selbst dann muss noch mit längeren Wartezeiten gerechnet werden. Die Versorgungsdauer von 3, 4, 5 und 6 Jahren sind in die Qualitätsstufen 5, 4, 3 und 2 eingeteilt. In Grossbritannien ist die Qualität bezüglich dieses Indikators am tiefsten, da der Zeitraum bis es zu einer Erneuerung der Geräte kommt, nicht definiert ist.

Qualität der versicherungsspezifischen Leistungen Indikator 4:

Batterien

Der Indikator Batterien misst ob, und in welchem Ausmass Batterien durch die Versicherungen erstattet werden. Dieser Faktor und die beiden nächst genannten, Ersatzgeräte und Reparatur, geben über die Instandhaltung der Hörgeräte Aufschluss.

Batterien sind für den einwandfreien Betrieb von Hörgeräten unerlässlich. Werden Batterien durch die Versicherung bezahlt, kann ein optimaler Einsatz der Geräte gewährleistet werden. Falls Batterien durch die Versicherung nicht gedeckt sind und diese aus Kostengründen nicht rechtzeitig beschafft werden, kann die Hörhilfe nicht mehr eingesetzt werden. Dies führt wiederum zu Qualitätseinbussen.

Tab. 5-8 Batterien

	IV	AHV	AT	DE	F	IT	DK	GB
Batterien	Ja	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja

Quelle: BAKBASEL

In Italien, Dänemark, Grossbritannien und der IV⁵⁰ sind Batterien in den Versicherungsleistungen inbegriffen, d.h. die Versorgungsqualität in Bezug auf Batterien in diesen Systemen ist hoch. Die Versicherungen in Deutschland und Österreich sowie die AHV übernehmen keine Kosten für Batterien. Die Schweiz insgesamt rangiert damit in diesem Vergleich ähnlich wie Frankreich, wo Batterien in der Dienstleistungspauschalen inbegriffen sind, im Mittelfeld.

Qualität der versicherungsspezifischen Leistungen Indikator 5:

Ersatzgeräte

Der Indikator Ersatzgeräte misst ob und in welchem Ausmass verlorene Geräte ersetzt werden.

Der Verlust des Hörgeräts hat für den Träger weitreichende Folgen. Daher stellt sich die Frage, inwieweit die Versicherungen das Risiko des Verlusts absichern. Wird das Risiko, ein Hörgerät zu verlieren, nicht durch die Versicherung getragen, so kann sich der Träger unter Umständen nur ein einfaches oder gar kein Ersatzgerät beschaffen. Ersatzgeräte können daher zu einer besseren Versorgungsqualität führen.

⁵⁰ In Form einer Batteriepauschale von 60 CHF pro Gerät und Jahr.

Tab. 5-9 Ersatzgeräte bei Verlust

	IV	AHV	AT	DE	F	IT	DK	GB
Ersatzgerät bei Verlust	Ja	Nein	Nein	Ja	k.A.	Ja	Ja	Ja

Quelle: BAKBASEL

In der Schweiz übernimmt die IV die Kosten der Wiederbeschaffung des Hörgeräts im Falle eines Verlustes, es sind jedoch Selbstbehalte der Versicherten vorgesehen. Auch die Versicherung in Dänemark stellt in jedem Fall ein Ersatzgerät zur Verfügung und hat bezüglich dieses Indikators die höchste Qualität. In Grossbritannien ersetzt die Versicherung zwar verlorene Geräte, wenn sich der Verlust aber wiederholt, muss eine Gebühr entrichtet werden. Die Versicherung in Italien kommt einmal alle 5 Jahre für einen Verlust auf. Ein Deutscher erhält den Festbetrag mit einem Abschlag von 223 CHF. Die Schweiz ist also in dieser Hinsicht mit Deutschland gleichzusetzen. In Österreich und bei der AHV ist ein Verlust nicht in den Versicherungsleistungen inbegriffen, daher bilden sie das Schlusslicht in Bezug auf Ersatzgeräte. AHV und IV zusammen rangieren im Vergleich im Mittelfeld. Zu Frankreich stehen zu diesem Punkt keine Informationen zur Verfügung.

Qualität der versicherungsspezifischen Leistungen Indikator 6:

Reparaturen

Reparaturen umfassen die der Herstellergarantie nachgelagerten Leistungen für die Instandhaltung der Hörgeräte.

Sind Hörgeräte nicht mehr voll funktionstüchtig, verschlechtert sich die Hörqualität für die Träger. Daher spielen Reparaturleistungen, welche von Versicherungen abgegolten werden, neben der Herstellergarantie eine wichtige Rolle. Steht beispielsweise bei Personen mit begrenzten finanziellen Möglichkeiten eine teure Reparatur an, kann es sein, dass die Reparatur so lange als möglich hinausgeschoben wird. Eingeschränkt funktionstüchtige Geräte verbessern das Hörvermögen der Träger weniger umfassend.

Solange die Garantie des Herstellers greift, müssen weder der Hörgeräteträger noch die Versicherung die Kosten einer Reparatur übernehmen. Diese Garantie muss in der Schweiz für mindestens 12 Monate nach Bezug gegeben sein, es steht aber dem Hersteller frei, eine grössere Zeitspanne zu wählen. Wenn die Versorgungsdauer wesentlich länger ist als die Garantiedauer, was in der Schweiz der Fall ist, ist es für die Beurteilung der Qualität wesentlich zu betrachten, ob Reparaturleistungen von der Versicherung übernommen werden.

Tab. 5-10 Reparaturen

	IV	AHV	AT	DE	F	IT	DK	GB
Übernahme der Reparaturen	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Quelle: BAKBASEL

Italien, Dänemark Österreich und die IV übernehmen die Reparaturkosten. Bei den vier genannten Versicherungen ist die Qualität damit höher als bei den anderen Versicherungen. Der NHS verlangt eine Gebühr falls mehr als eine Reparatur fällig ist, daher schneidet das Britische System mit einer tieferen Qualität ab. In Italien und Deutschland existieren Reparaturpauschalen. In Frankreich wird jährlich eine Pauschale von

67 CHF (46 EUR) bezahlt.⁵¹ In Deutschland sind maximal 276 CHF (190 EUR) für einen Zeitraum von 6 Jahren für Reparaturen vorgesehen. Die zwei genannten Länder haben eine höhere Versorgungsqualität als die AHV, welche keine Reparaturkosten übernimmt. Bezüglich der Übernahme von Reparaturkosten platziert sich die Schweiz insgesamt wieder im Mittelfeld.

Anspruchskriterien

Neben Erstattung sind vor allem die Bedingungen der Versicherung, welche zu einem Bezug von Hörgeräten berechtigt, von Bedeutung. Bisher wurde betrachtet, was die jeweilige Versicherung leistet. Ein wichtiger Faktor, der die Qualität der Versicherung und damit die Qualität des Gutes «Wiederherstellung der Hörleistung» beeinflusst, ist jedoch auch, wer einen Anspruch auf eine Versorgung hat.

In den meisten hier betrachteten Ländern setzen sich die Kriterien für die Anspruchsberechtigung aus «harten» Faktoren, welche gemessen werden können, und «weichen» Faktoren, welche schwieriger zu messen sind, zusammen. Die Messung des tonaudiometrischen Hörverlustes in verschiedenen Frequenzen ist ein «harter» Faktor, sozio-emotionale und berufliche Kriterien sind «weiche» Faktoren.

Tab. 5-11 **Anspruchsbedingungen für Hörgeräte**

	CH	AT	DE	F	IT	DK
Grad der Hörbehinderung ⁵²	Geringgradig	Geringgradig	Geringgradig	Geringgradig	Höchstgradig	Geringgradig
Zusätzliche soziale Kriterien	Ja	Ja	geringfügig berücksichtigt	k.A.	Ja	Ja

Quelle: BAKBASEL

Beim tonaudiometrischen Test gilt für fast alle Länder, dass ein Anspruch auf ein Hörgerät besteht, wenn der Hörverlust auf dem besseren Ohr mindestens 30 dB beträgt. Dies entspricht einer geringgradigen Schwerhörigkeit. Ausnahme hiervon ist Italien mit dem Anspruch, dass eine Person zu 34 Prozent invalide sein muss, um ein Hörgerät vergütet zu bekommen. Liegt keine andere Behinderung vor, ist die Hörbehinderung erst bei 80 dB erreicht, was einer höchstgradigen Schwerhörigkeit entspricht. Zu Grossbritannien liegen keine genauen Angaben vor.

Die «weichen» Faktoren lassen sich nicht klassifizieren, da diese auch in den jeweiligen Systemen nur umrissen sind. Zu erwähnen ist aber, dass diese in Deutschland nur geringfügig mit einbezogen werden und dort vorwiegend audiologische Kriterien zum Zuge kommen. Zu Grossbritannien und Frankreich fehlen die Angaben, ob und in wie weit «weiche» Faktoren eine Rolle spielen.

Da sich die Anspruchsbedingungen zu den meisten Ländern nicht grundsätzlich unterscheiden, oder aber die Datengrundlage dürftig ist, fließt dieser Aspekt nicht in die Wertung ein. Es sollte aber bedacht werden, dass die Qualität der Versicherung und ihrer Leistungen in Italien wohl ohne Berücksichtigung der Anspruchskriterien überschätzt werden.

⁵¹ Die Pauschale umfasst nicht nur Reparaturen, sondern gilt für sämtliche Dienstleistungen und Güter wie Batterien.

⁵² Definition Schwerhörigkeit: 0-20 dB normalhörend; 20-40 dB geringgradig Schwerhörig; 40-55 dB mittelgradig Schwerhörig; 55-70 dB hochgradig Schwerhörig; 70-90 dB höchstgradig Schwerhörig; über 90 dB taub oder an Taubheit grenzende Resthörigkeit (Quelle: Kant. Audiopädagogischer Dienst, Bern).

Zusammenfassung

Zusammenfassend sind die Zwischenergebnisse in Tabelle 5-12 dargestellt. Die Tabelle zeigt wie sich die Länder im Hinblick auf die versicherungsspezifischen Leistungen bewähren.

Tab. 5-12 Zwischenergebnis des Indikators versicherungsspezifische Leistungen

	CH		AT	DE	F	IT	DK	GB
	IV	AHV						
Zwischentotal	3.59	2.44	3.19	2.56	2.80	3.15	4.00	2.61
Zwischentotal CH	3.25		3.19	2.56	2.80	3.15	4.00	2.61
Zwischenplatzierung	2		3	7	5	4	1	6

Quelle: BAKBASEL

Dänemark steht in Anbetracht des Indikators «Versicherungsspezifische Leistungen» an erster Stelle, gefolgt von der Schweiz. Dazu ist jedoch zu bemerken, dass in der Schweiz unterschiedliche Versicherungssysteme bestehen. Das Leistungsangebot von IV und AHV ist sehr unterschiedlich. Wo die IV im internationalen Vergleich auf Platz 2 abschneidet und eine ähnlich hohe Qualität wie Dänemark erreicht, ist die AHV gerade das Gegenteil und befindet sich an letzter Stelle. Die Schweiz im Gesamten erreicht immer noch Platz zwei, aber mit einem deutlich höheren Abstand zu Dänemark als die IV alleine. Österreich, Italien, Frankreich und Grossbritannien belegen die folgenden Plätze. Anzumerken ist hier, dass es in Frankreich möglich ist, durch eine Zusatzversicherung wesentlich mehr Dienstleistungen zu beziehen. Da aber die genauen Angaben dazu fehlen, kann dies nicht mit berücksichtigt werden. Die Qualität der versicherungsspezifischen Leistungen ist in Deutschland am tiefsten.

5.2.3 Leistungen der Akustiker

Diese Kategorie misst, ob sich die Qualität bezüglich der Akustiker je nach Land unterscheidet. Dies ist wichtig, da der Akustiker einen wesentlichen Beitrag zur Qualität des Gutes «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» leistet. Eine direkte und umfassende Messung der Qualität der Dienstleistungen der Akustiker ist jedoch nicht möglich bzw. würde den Rahmen dieses Gutachtens bei weitem übersteigen. Daher wird als Indikator auf den Umfang der Dienstleistungen durch den Akustiker abgestellt.

Qualität der Leistungen der Akustiker Indikator 1:

Der Umfang der Dienstleistungen beim Akustiker

Ein Hörgerät ist ein hoch komplexer Apparat, bei dem es notwendig ist, dass der Bezüger fachliche Beratung vom Experten erhält. Die Kategorie «Umfang der Dienstleistung beim Akustiker» ist sehr vielfältig. So reicht das Dienstleistungsspektrum über die Anamnese, die Anpassung des Gerätes und die Beratung bis hin zur Kontrolle und Nachbetreuung durch den Akustiker. Grundsätzlich besteht dieser Auftrag in allen Ländern. Auf Basis der verfügbaren Informationen ist keine Unterscheidung möglich, in welchem Land diesen Aufgaben in welchem Masse wahrgenommen werden.⁵³ Ein markanter Unterschied findet sich im Bereich der vergleichenden Anpassung. Hierbei handelt es sich um die Option, verschiedene Hörgeräte auszuprobieren. Die Möglichkeit des Kunden, mehrere Geräte

⁵³ Daten zum Dienstleistungsspektrum konnten für die Vergleichsländer nicht vollumfänglich und detailliert gefunden werden. Zusätzlich hat es sich als sehr schwierig herausgestellt, die einzelnen Bestandteile qualitativ zu bewerten.

probeweise zu tragen, dürfte die Qualität des Gutes «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» erheblich erhöhen, da das individuell passende Gerät so viel eher bestimmt werden kann.

Tab. 5-13 Dienstleistungen beim Akustiker

	CH	AT	DE	F	IT	DK	GB
Vergleichende Anpassung	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein

Quelle: BAKBASEL

Nicht alle Länder bieten eine vergleichende Anpassung an. Vorgenommen wird diese Prozedur in der Schweiz, Österreich und Deutschland. In den anderen vier Ländern wird die vergleichende Anpassung nicht angeboten, der Kunde erhält nur ein vom Akustiker vorgeschlagenes Modell.

Bezüglich der anderen Dienstleistungen konnten keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Ländern identifiziert werden. Einzig zu erwähnen ist, dass betreffend Nachkontrolle einige Differenzen bestehen, dieser Faktor wird aber nachfolgend im Kapitel zur Qualität des Bereitstellungsprozesses genauer betrachtet.

5.2.4 Qualität des Bereitstellungsprozesses

Als letzter Aspekt wird die Qualität des Bereitstellungsprozesses betrachtet. Die Qualität des Gutes «Wiederherstellung der Hörleistung» hängt davon ab, wie gut diese Versorgung ist. Um dies zu messen, müsste der gesamte Prozess von der Herstellung bis zum Verkauf und der Nachkontrolle betrachtet werden. Da aber wiederum die Datenlage sehr dünn ist, werden als Annäherung die folgenden zwei Indikatoren verwendet:

Qualität des Bereitstellungsprozesses Indikator 1:

Patientenweg

Der Patientenweg beschreibt, wie die Bereitstellung der Hörgeräte von sich geht, bis der Kunde ein Hörgerät erhält. Beim Patientenweg sind vor allem drei Punkte essentiell. Erstens wird betrachtet, ob der Hörgeschädigte einen Termin beim Facharzt wahrnehmen muss, bevor er sein Hörgerät bei einem Akustiker beziehen kann. Dies stellt sicher, dass eine fachgemässe Untersuchung vorgenommen und abgeklärt wird, ob bei der jeweiligen Person ein Hörgerät überhaupt von Nutzen ist. Dadurch kann sich die Qualität des Gutes «Wiederherstellung der Hörleistung» erhöhen, da einerseits bei der Untersuchung der Schwerhörigkeit zwei Meinungen eingeholt werden (die des Arztes und später die des Akustikers) und andererseits nicht aus eigennützligen Gründen ein unpassendes Gerät verschrieben wird. Mehr zu letzterem im Kapitel zur Trennung von Arzt und Akustiker. Zweitens ist wesentlich, ob eine Nachkontrolle durchgeführt wird und wenn ja in welcher Weise. Eine Nachkontrolle stellt sicher, dass das Gerät richtig eingestellt ist und der Patient mit der Handhabung zurechtkommt. Ist dies gegeben, erhöht sich auch die Qualität des Gutes «Wiederherstellung der Hörleistung». Drittens wird betrachtet, ob der Patient für eine zusätzliche Nachkontrolle wiederum zu einem Facharzt muss. Durch eine doppelte Schlusskontrolle, durch den Akustiker und den Facharzt, erfolgt die Qualitätssicherung nochmals intensiver.

Tab. 5-14 Patientenweg

	CH	AT	DE	F	IT	DK	GB
Erstexpertise durch Facharzt	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein
Nachkontrolle durch Akustiker	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nur telefonisch
Nachkontrolle durch Facharzt	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

Quelle: BAKBASEL

Dieser Bereitstellungsweg verläuft in den meisten Ländern derart, dass der Patient zuerst einen Facharzt aufsuchen muss, um die Ursache der Hörbehinderung festzustellen und um eine Erstexpertise erstellen zu lassen. Danach wird ein Akustiker konsultiert, welcher das Hörgerät bereitstellt und zuletzt kommt es zu einer Nachkontrolle beim Akustiker. Einzige Ausnahme von dieser Vorgehensweise ist Grossbritannien, wo keine Erstexpertise bei einem Facharzt verlangt wird. Eine weitere Besonderheit in Grossbritannien ist, dass eine Nachkontrolle zwar auch hier obligatorisch ist. Wenn allerdings keine Komplikationen auftreten, kann diese auch per Telefon durchgeführt werden. Es ist anzunehmen, dass Probleme weniger häufig entdeckt und behoben werden können, wenn die Nachkontrolle nur per Telefon durchgeführt wird. In der Schweiz ist es neben den Ansprüchen, welche auch für die anderen Länder gelten, zusätzlich Pflicht, für eine Schlussexpertise einen Facharzt aufzusuchen. Die Schweiz verfügt demnach vergleichsweise über eine höhere Qualität bezüglich des Bereitstellungsprozesses, was auch zu einer höheren Qualität des Gutes «Wiederherstellung der Hörleistung» führt. Grossbritannien schneidet in diesem Punkt mit einer tieferen Qualität ab.

Qualität des Bereitstellungsprozesses Indikator 2:**Wartezeit**

Hier wird betrachtet, in welchem Zeitraum ein Patient ein Hörgerät erhält, respektive, ob es zu Wartezeiten kommt oder nicht. Bei der Beurteilung der Qualität des Gutes «Wiederherstellung der Hörleistung» sollte daher berücksichtigt werden, in welchem Zeitraum ein Hörgeschädigter ein Gerät erhalten kann. Die Versorgungsqualität ist umso höher, je kürzer die Wartezeit ist. Bei einer zügigen Versorgung steigert sich somit die Qualität des Gutes «Wiederherstellung der Hörleistung». Diese Wartezeiten können einerseits durch Schwierigkeiten beim Erhalten von einem Termin beim Facharzt entstehen, andererseits aber auch durch die Lieferung des Gerätes an sich. Falls es zu wenig Spezialisten gibt, sind diese ausgelastet und haben nicht die Möglichkeit, die Patienten sofort zu behandeln. Bezüglich der Lieferung der Geräte ist vor allem wichtig, ob die Abgabe durch ein zentrales Logistikzentrum erfolgt oder nicht.

Tab. 5-15 Wartezeit

	CH	AT	DE	F	IT	DK	GB
Wartezeit	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja

Quelle: BAKBASEL

In der Schweiz kommt es im Gegensatz zu Italien, Dänemark und Grossbritannien nicht zu Wartezeiten, die Versorgungsqualität der Bereitstellung ist somit in der Schweiz höher als in den genannten Ländern. In Grossbritannien liegen die Wartezeiten zwischen 4 Wochen und 19 Monaten, mit dem Durchschnittswert

von 20 Wochen. Diese werden einerseits durch die Schwierigkeit, einen Arzttermin zu erhalten, generiert. Andererseits läuft die Distribution der Hörgeräte über eine zentrale Stelle, was zusätzlich zu Verzögerungen führt. Personen, welche eine Bewilligung für ein Hörgerät erhalten haben, werden auf eine Warteliste gesetzt. Dies gilt nicht nur bei der Erstbeschaffung eines Gerätes sondern auch, wenn ein neues Gerät notwendig ist. In Dänemark wurden die Wartezeiten durch die Einführung der Möglichkeit, Geräte auch bei privaten Händlern zu beziehen, merklich reduziert. Bei öffentlichem Bezug bestehen jedoch immer noch Wartelisten. In Italien bestehen zwar offiziell keine Wartelisten, aber es kann trotzdem zu Wartezeiten kommen. Die Länder Schweiz, Österreich, Deutschland und Frankreich weisen in diesem Punkt eine verhältnismässig hohe Qualität auf.

Insgesamt steht die Schweiz hier klar an erster Stelle, da sowohl eine Erst- wie auch eine Schlussexpertise vom Facharzt verlangt wird. Ausserdem bestehen keine Wartezeiten. Deutschland, Österreich und Frankreich folgen auf den nächsten Plätzen und Grossbritannien steht am Ende der Wertung, aufgrund von langen Wartezeiten. Die Versorgungsqualität der Bereitstellung ist also in der Schweiz vergleichsweise hoch, was auch tendenziell eine hohe Qualität des Gutes «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» gewährleistet.

6 Spezifische Einflussfaktoren auf und zwischen den einzelnen Leistungsebenen

Bisher wurden vor allem die kosten- und preisbestimmenden Faktoren analysiert, welche im Zusammenhang mit der «Wiederherstellung der Hörfähigkeit» als staatlich reguliertes Gesundheitsgut stehen. Eine weitere Besonderheit der Hörmittelbranche ist darin zu sehen, dass an ihrem Endprodukt mit den Hörmittelherstellern und den Hörmitteldienstleistern (Akustiker und/oder Fachärzte) zwei sehr unterschiedliche Leistungsebenen beteiligt sind. Obwohl beide Leistungsebenen in engem Zusammenhang stehen, sehen sie sich mit spezifischen Kostenfaktoren und Marktstrukturen konfrontiert. Diese sollen im Folgenden genauer analysiert werden.

6.1 Allgemeine Erklärungsansätze für potenzielle Kosten- und Preisunterschiede auf den Leistungsebenen

Relative Faktor- und Vorleistungskosten

Diese Kategorie zieht die Arbeits-, Kapital und Vorleistungskosten zur Erklärung von potenziellen Kosten- und Preisunterschieden heran.

Inwieweit die Kostensituation einer Branche durch die Arbeitskosten geprägt wird, hängt zum Einen von der Arbeitsintensität der Produktionen ab. Bei Dienstleistungsbereichen liegt diese zumeist höher als im verarbeitenden Gewerbe. Zum Anderen ist entscheidend, inwieweit die Hersteller Produktionsbereiche bei potenziellen Kostennachteilen auf andere Produktionsstandorte auslagern können (Stichwort: Auslagerung in Billiglohnländer).

Methodisch ist zu beachten, dass die Arbeitskosten möglichst umfassend verglichen werden. Das geeignete Mass sind die Lohnstückkosten, also die Arbeitskosten je Leistungseinheit. Neben den reinen Arbeitskosten (inklusive Lohnnebenkosten) tragen die Lohnstückkosten auch unterschiedlichen Produktivitäten und Arbeitspensen Rechnung.

Neben der Entlohnung des Faktors Arbeit spielt auch die Entlohnung des Faktors Kapital eine Rolle als Kosten- und Preis bestimmender Faktor. Hierbei muss sowohl das eingesetzte Fremd- und Eigenkapital als auch die Abnutzung des physischen Kapitals (Abschreibungen) berücksichtigt werden.

Die relativen Vorleistungskosten beinhalten potenzielle Kostenunterschiede für die Leistungen vorgelagerter Produktions- oder Dienstleistungsbereiche. Unterschiedliche Miet- oder Stromkosten sind hierbei ebenso zu nennen wie Warenbeschaffungskosten oder der Bezug klassischer Vorleistungsgüter für die Produktion.

Die Bedeutung der einzelnen Vorleistungsbereiche variiert stark zwischen den Branchen und wird gängigerweise über die sogenannte Input Outputmatrix im Rahmen der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung erfasst. Eine sehr spezifische Vorleistung für die Akustiker stellen natürlich die Hörgeräte dar. Insofern stellen die Hörgerätehersteller eine wichtige Vorleistungsbranche der Akustiker dar.

Unterschiedliche Wettbewerbssituation

Ausgangspunkt ist die Hypothese, dass eine hohe Marktmacht es einem Unternehmen ermöglicht, höhere Preise durchzusetzen und damit Monopol- oder Oligopolrenten abzuschöpfen. Der eingeschränkte Wettbewerb führt aber auch zu Ineffizienzen auf der Kostenseite. Aufgrund des verringerten Innovations- und

Effizienzdrucks werden beispielsweise vorhandene Einsparpotenziale nicht ausreichend genutzt. Nicht zuletzt steigt bei einer sinkenden Zahl von Wettbewerbern auch die Gefahr von Preisabsprachen.

Ein wichtiger Indikator für potenzielle Marktmacht ist die Marktkonzentration. Allerdings stellt die Marktkonzentration weder eine hinreichende noch eine notwendige Bedingung für Marktmacht dar. So kann der relevante Markt kleiner als der nationale Markt sein. Mehrere Unternehmen, die sich den nationalen Markt regional aufteilen, weisen dann auf nationaler Ebene keine hohe Konzentration auf, verfügen jedoch umgekehrt über eine hohe Marktmacht.

Umgekehrt kann ein Unternehmen in der Produktion zwar national ein Monopol besitzen, aber über keinerlei Marktmacht verfügen, da die Konkurrenz über einen freien Weltmarkt gegeben ist. Ein weiteres Problem stellt die produktbezogene Abgrenzung der Märkte und die Zuteilung der Unternehmen zu den Branchen dar.

Über den Konzentrationsgrad hinaus gilt es bei der Beurteilung der Marktmachtverhältnisse also auch weitere Faktoren, wie beispielsweise die Organisation der Marktstruktur oder regulatorisch bedingte Wettbewerbshemmnisse (Stichwort Verbot Parallelimporten), zu berücksichtigen.

Weitere Faktoren

Bei den weiteren Erklärungsfaktoren sind beispielsweise exogene Einflüsse wie das allgemeine Einkommens- und Wohlstandsniveau zu nennen. Aber auch die Grösse und geographische Besonderheiten des Heimatmarktes könnten sich auf die Kostenstrukturen auswirken, beispielsweise über ein unzureichende Ausnutzung von Skaleneffekten und erschwerte Distributionswege. Schliesslich muss bei internationalen Preis- und Kostenvergleichen die unterschiedliche Höhe der Mehrwertsteuer berücksichtigt werden.

6.2 Relative Faktor- und Vorleistungskosten

6.2.1 Methodisches Vorgehen

Bildung von Syntheseindikatoren für die einzelnen Leistungsebenen

Um abschätzen zu können, wie sich die Schweizer Hörmittelhersteller und Dienstleister bei den relativen Faktor- und Vorleistungskosten positionieren, wurden für die einzelnen Leistungsebenen zunächst entsprechende Subindikatoren zu den relativen Arbeits-, Kapital- und Vorleistungskosten berechnet.

In einem zweiten Schritt wurden die Subindikatoren anhand ökonomischer Kriterien gewichtet und wie folgt zu Syntheseindikatoren zusammengefasst.

$$\begin{aligned} \text{Syntheseindikator Kosten} &= \text{Gewichtung Arbeitskosten} \times \text{Subindex Arbeitskosten} \\ &+ \text{Gewichtung Kapitalkosten} \times \text{Subindex Kapitalkosten} \\ &+ \text{Gewichtung Vorleistungskosten} \times \text{Subindex Vorleistungskosten} \end{aligned}$$

Die Subindikatoren und der zusammenfassende Syntheseindikator sind derart normiert, dass das Schweizer Kostenniveau immer 100 Prozent entspricht. Liegen die ausländischen Indexwerte darunter, zeigt dies für die Schweizer Hörgerätehersteller- und Dienstleister einen Kostennachteil an und umgekehrt.

Subindex Arbeitskosten

Für den Subindikator Arbeitskosten werden die Lohnstückkosten, definiert als Arbeitskosten je nomineller Wertschöpfungseinheit, verwendet. Die Datengrundlage bildet die «IB-Database»⁵⁴ von BAKBASEL.

Die Lohnstückkosten berücksichtigen sowohl das absolute Niveau der Arbeitskosten (inklusive allen Lohnnebenkosten), als auch die Produktivität einer Branche. In dieser umfassenden Betrachtung sind hohe Arbeitskosten per se kein Nachteil, wenn sie durch einen entsprechenden Produktivitätsvorteil gerechtfertigt sind. Das heisst, die Analyse rechnet nicht nur mit absoluten Kosten, sondern stellt ihnen auch die Produktivität gegenüber.

Subindex Kapitalkosten

Der Subindex Kapitalkosten berücksichtigt potenzielle Kostenunterschiede für Fremdkapital und den branchenspezifischen Fremdfinanzierungsgrad.

Die Kostenunterschiede für Fremdkapital werden über das Zinsdifferenzial zwischen den einzelnen Ländern wie folgt bestimmt:

$$\text{Zinsdifferenzial} = (\text{Zinsniveau Vergleichsland} / \text{Zinsniveau Schweiz}) \times 100$$

In der hier verwendeten Interpretation bedeutet beispielsweise ein Wert von 150, dass die Fremdkapitalkosten im Vergleichsland um 50 Prozent höher liegen als in der Schweiz.

Die Datengrundlage bildet die durchschnittliche Verzinsung staatlicher Benchmarkanleihen (10 Jahre Laufzeit) seit 1999. Damit wird zugleich die vereinfachende Annahme getroffen, dass die Risikoaufschläge zwischen den einzelnen Hörmittelherstellern- oder Dienstleistern gleich hoch ausfallen.

⁵⁴ Seit 1998 befasst sich BAKBASEL im Auftrag von Regierungen, Verwaltungen, Verbänden, Stiftungen und Unternehmen auf nationaler und regionaler Ebene in vielen europäischen Ländern speziell mit internationalen Vergleichen der Standortqualität sowie mit wirtschaftspolitischen Belangen. Die hierfür erstellte Datenbank (International Benchmarking Database) umfasst inzwischen über 1.500 Regionen in Europa und den USA mit jeweils rund 45 Branchen.

Für Eigenkapital wird die vereinfachende, aber durchaus vertretbare, Annahme getroffen, dass es in allen Vergleichsländern zu gleich hohen Kosten aufgenommen werden kann. Branchenspezifische Besonderheiten werden jedoch über den Fremdfinanzierungsgrad berücksichtigt.

$$\begin{aligned} \text{Subindex Kapitalkosten} &= (\text{Fremdfinanzierungsgrad}) \times \text{Zinsdifferenzial} \\ &+ (1 - \text{Fremdfinanzierungsgrad}) \times 100 \end{aligned}$$

Subindex Vorleistungskosten

Der Subindex Vorleistungskosten wurde über die branchenspezifische Vorleistungsstruktur (Anteil der jeweiligen Vorleistungsbranche an den gesamten Vorleistungen) und die Abweichung der entsprechenden Produzentenpreise zum jeweiligen Vergleichsland bestimmt. Für importierte Vorleistungen wird angenommen, dass hier ein einheitlicher Weltmarktpreis gilt.

Datengrundlage bilden die Vorleistungsstruktur gemäss der Schweizer Input-Output Matrix⁵⁵ sowie durch BAKBASEL auf Grundlage von OECD Daten getätigte Berechnungen zu den relativen Produzentenpreisen.

Gewichtung der Subindikatoren

Die Gewichtung der einzelnen Subindikatoren orientiert sich an den Ergebnissen der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung und ökonomischen Überlegungen.

Die Gewichtung des Subindikators Vorleistungen entspricht der Vorleistungsquote (Verhältnis der Vorleistungen zum Bruttoproduktionswert) gemäss der Schweizer Input- Output-Matrix.

Die Gewichtung der Arbeits- und Kapitalkosten bestimmt sich über die für die Schweiz gängige Aufteilung⁵⁶ von 0.7 zu 0.3 auf die Wertschöpfung.

Da die Wertschöpfung definitionsgemäss der Differenz aus Bruttoproduktionswert und Vorleistungen entspricht, lassen sich die Gewichtungen vereinfacht wie folgt darstellen.

$$\text{Gewichtung Arbeitskosten} = 0.7 \times (1 - \text{Vorleistungsquote})$$

$$\text{Gewichtung Kapitalkosten} = 0.3 \times (1 - \text{Vorleistungsquote})$$

$$\text{Gewichtung Vorleistungskosten} = \text{Vorleistungsquote}$$

Mit der gegenwärtig vorhandenen Datenbasis verbundene Einschränkungen

Einschränkend ist anzumerken, dass eine exakt auf die einzelnen Leistungsebenen zugeschnittene Bestimmung der potenziellen Kostenvor- oder -nachteile mit den vorhandenen Daten nicht möglich ist. Hierfür müsste eine umfassende, länderübergreifende Primärerhebung durchgeführt werden, welche explizit nach Akustikern und Hörgeräteherstellern unterscheidet.

Um dennoch quantifizierbare Aussagen treffen zu können, wurden die Kostenindikatoren auf Grundlage der Daten und Informationen zu den nächstliegenden Branchenaggregate gebildet, welche durch die offiziellen Statistiken und die bei BAKBASEL vorhandenen Daten abgedeckt werden. Im Falle der Hörgeräte-

⁵⁵ Die Input-Output-Rechnung liefert eine Darstellung der vielfältigen Bezugs- und Lieferverflechtungen eines Wirtschaftsraums. Mit ihr lassen sich die Interdependenzen zwischen verschiedenen Sektoren einschließlich der möglichen Rückkoppelungseffekte herausarbeiten.

⁵⁶ Vergleiche hierzu auch Methodenbericht Multifaktorproduktivität, Bundesamt für Statistik, Neuenburg (2006), <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/04/03/blank/key/04.html>.

hersteller ist dies der NOGA 2-Steller A33 (Elektro, Feinmechanik und Optik), für die Akustiker der NOGA 2-Steller A85 (Gesundheitswesen).

Dieses Vorgehen erscheint für das Ziel, mit limitiertem Aufwand erste quantitative Aussagen zu erhalten, vertretbar. Im Wesentlichen dürften die mit den Indikatoren für die artverwandten Branchenaggregate aufgezeigten Kostenvor- oder -nachteile auch für die hier behandelten Leistungsebenen gelten.

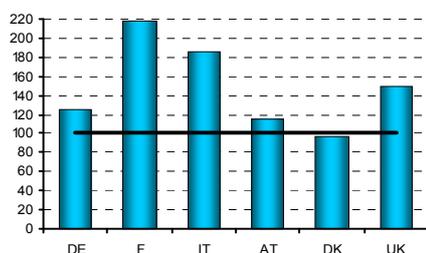
6.2.2 Beurteilung der relativen Faktor- und Vorleistungskosten auf Ebene der Hörmittelhersteller

Werden die relativen Faktor- und Vorleistungskosten für die Schweizer Hörmittelhersteller auf Grundlage der Daten für das artverwandte Branchenaggregat Elektro, Feinmechanik, Optik beurteilt, zeigt sich ein zweigeteiltes Bild.

Die relativen Faktorkosten fallen tiefer aus, als in den meisten Vergleichsländern. Dies wohlgermerkt nicht nur aufgrund des erwartbaren Schweizer Vorteils bei den Kapitalkosten. Auch bei den Lohnstückkosten zeigen sich zumeist klare Vorteile. Eine gewichtige Ausnahme bilden die leicht tieferen Lohnstückkosten in Dänemark, welches wohlgermerkt neben Deutschland das einzige Vergleichsland mit grossen Hörgeräteherstellern darstellt.

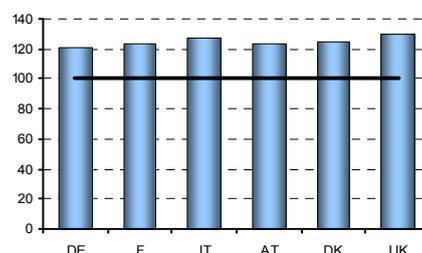
Subindikatoren Hörmittelhersteller⁵⁷:

Abb. 6-1 Subindex relative Faktorkosten Arbeit



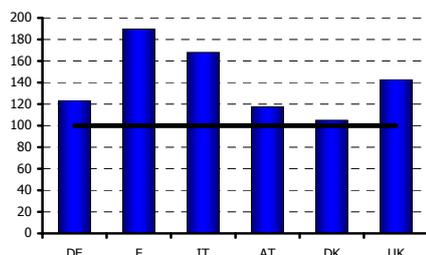
Note: Schweiz = 100 (dicke durchgehende Linie), Vergleichsjahr 2008
Quelle: BAKBASEL

Abb. 6-2 Subindex relative Faktorkosten Kapital



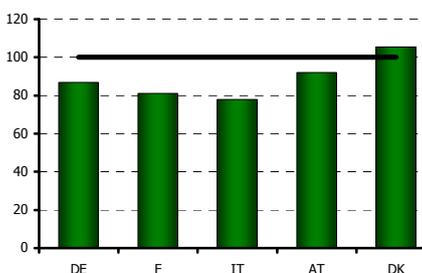
Note: Schweiz = 100 (dicke durchgehende Linie), Vergleichsjahr 2008
Quelle: BAKBASEL

Abb. 6-3 Subindex relative Faktorkosten gesamt



Note: Schweiz = 100 (dicke durchgehende Linie), Vergleichsjahr 2008
Quelle: BAKBASEL

Abb. 6-4 Subindex relative Vorleistungskosten*



Note: Schweiz = 100 (dicke durchgehende Linie), Vergleichsjahr 2008,
*Für Grossbritannien lagen bei Erstellung dieser Publikation keine verwertbaren Daten zu den Vorleistungskosten vor
Quelle: BAKBASEL

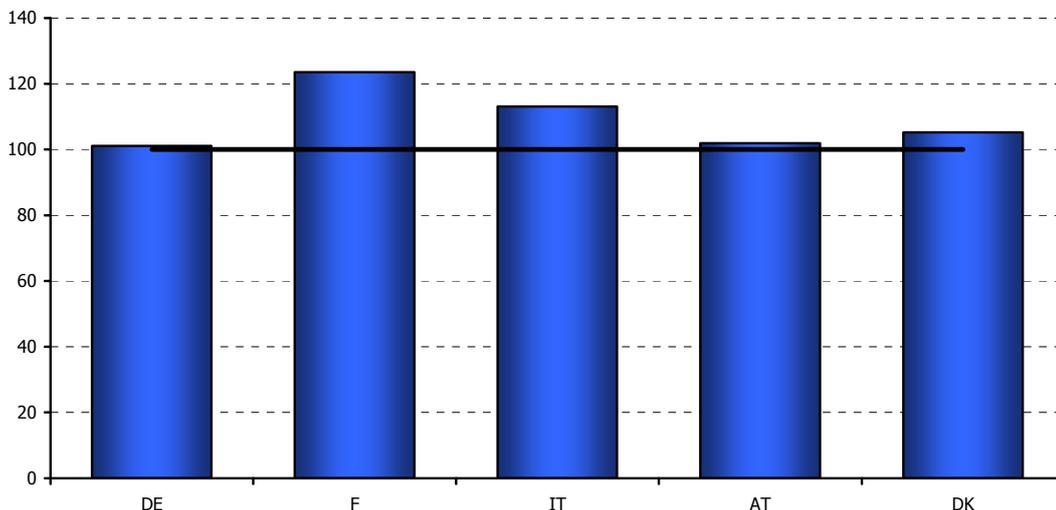
Im Gegensatz zu den relativen Faktorkosten fallen die Vorleistungskosten für die Schweizer Hersteller höher aus, als in den meisten Vergleichsländern.

Zusammengefasst ergeben sich für die Schweizer Hersteller gegenüber den meisten Vergleichsländern jedoch keine nennenswerten Unterschiede bei der Kostenpositionierung. So halten sich die Vorteile bei den relativen Faktorkosten und die Nachteile bei den Vorleistungskosten in etwa die Waage.

⁵⁷ Auf Basis des artverwandten Branchenaggregats Elektro, Feinmechanik, Optik.

Allgemein ist zu betonen, dass potenzielle Kostenvor- oder -nachteile für die Schweizer Hersteller zumindest auf Ebene der Produktion wenig relevant erscheinen. So agieren die meisten Schweizer Hersteller global und können zumindest ihre produktionsverbundenen Wertschöpfungsketten im Falle von Kostennachteilen relativ problemlos auf alternative Standorte auslagern.

Abb. 6-5 Syntheseindikator relative Faktor- und Vorleistungskosten Hörmittelhersteller*



*Auf Basis des artverwandten Branchenaggregats Elektro, Feinmechanik, Optik. Für Grossbritannien konnte der Indikator nicht berechnet werden, da bei Erstellung dieser Publikation keine verwertbaren Daten zu den Vorleistungskosten vorlagen
Note: Schweiz = 100 (dicke durchgehende Linie), Vergleichsjahr 2008
Quelle: BAKBASEL

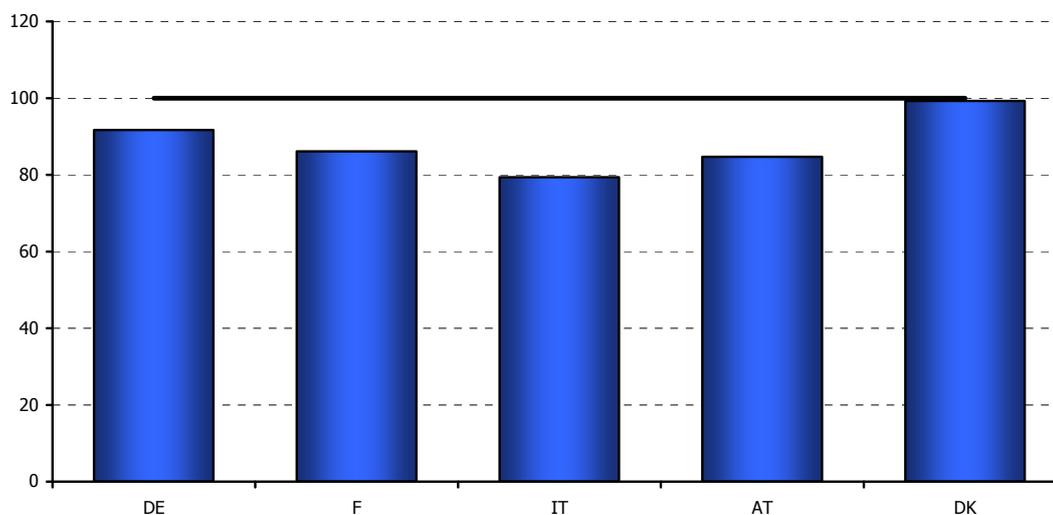
6.2.3 Beurteilung der relativen Faktor- und Vorleistungskosten auf Ebene der Hörmitteldienstleister (Akustiker)

Für die Schweizer Hörmitteldienstleister weisen die Daten für das artverwandte Branchenaggregat Gesundheitswesen gegenüber den meisten Vergleichsländern auf eine gesamthaft schlechtere Kostensituation hin. Nachteile bestehen insbesondere bei den Arbeitskosten.

Auch bei den Vorleistungskosten zeigt die verwendete Datenbasis gegenüber den meisten Vergleichsländern Nachteile an. Hierbei ist jedoch zu bedenken, dass die Vorleistungskosten gegenwärtig nur auf Basis von Durchschnittswerten für die NOGA 2-Steller beurteilt werden können. Die Vorleistungskosten für das gewichtige Vorleistungsprodukt Hörgeräte müssen beispielsweise über die relativen Produzentenpreise für das artverwandte Branchenaggregat Elektro, Feinmechanik und Optik approximiert werden. Ob der beim Bezug dieser Erzeugnisse ausgewiesene Preisnachteil tatsächlich auf Hörgeräte übertragbar ist, lässt sich auf Grundlage der vorhandenen Daten nicht beurteilen. Dies wäre nur im Rahmen einer entsprechenden Primärerhebung möglich. Klar scheinen jedoch die ausgewiesenen Nachteile der Schweizer Akustiker bei anderen Vorleistungsbereichen, wie dem Immobilienwesen, zu sein.

Ein klarer Vorteil besteht für die Schweizer Hörmitteldienstleister bei den Fremdfinanzierungskosten. Der hieraus resultierende Kostenvorteil ist zudem stärker zu gewichten, als bei den Hörmittelherstellern. So weisen die Hörmitteldienstleister einen höheren Fremdfinanzierungsgrad auf. Die ausgewiesenen Nachteile bei den Arbeits- und Vorleistungskosten können mit den tieferen Kapitalkosten nicht kompensiert werden.

Abb. 6-6 Syntheseindikator relative Faktor- und Vorleistungskosten Hörmitteldienstleister*



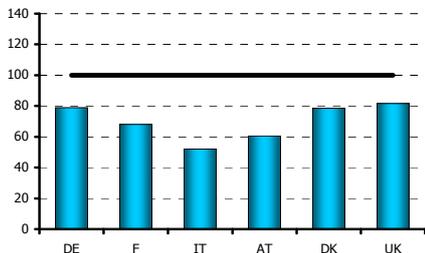
*Auf Basis des artverwandten Branchenaggregats Gesundheitswesen (A85). Für Grossbritannien konnte der Indikator nicht berechnet werden, da bei Erstellung dieser Publikation keine verwertbaren Daten zu den Vorleistungskosten vorlagen

Note: Schweiz = 100 (dicke durchgehende Linie), Vergleichsjahr 2008

Quelle: BAKBASEL

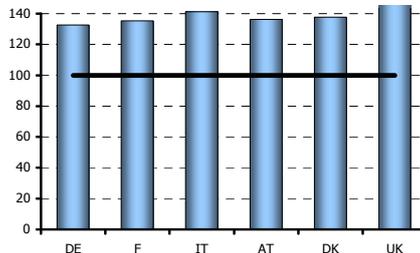
Subindikatoren Hörmitteldienstleister⁵⁸:

Abb. 6-7 Subindex relative Faktorkosten Arbeit



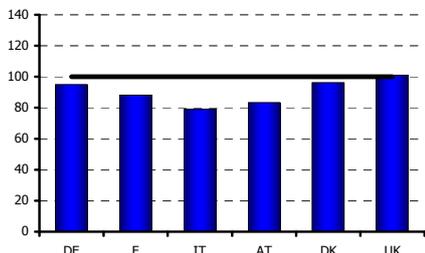
Note: Schweiz = 100 (dicke durchgehende Linie), Vergleichsjahr 2008
Quelle: BAKBASEL

Abb. 6-8 Subindex relative Faktorkosten Kapital



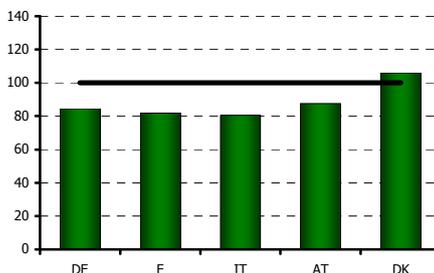
Note: Schweiz = 100 (dicke durchgehende Linie), Vergleichsjahr 2008
Quelle: BAKBASEL

Abb. 6-9 Subindex relative Faktorkosten gesamt



Note: Schweiz = 100 (dicke durchgehende Linie), Vergleichsjahr 2008
Quelle: BAKBASEL

Abb. 6-10 Subindex relative Vorleistungskosten*



Note: Schweiz = 100 (dicke durchgehende Linie), Vergleichsjahr 2008
*Für Grossbritannien lagen bei Erstellung dieser Publikation keine verwertbaren Daten zu den Vorleistungskosten vor
Quelle: BAKBASEL

⁵⁸ Auf Basis des artverwandten Branchenaggregats Gesundheitswesen.

6.3 Wettbewerbssituation

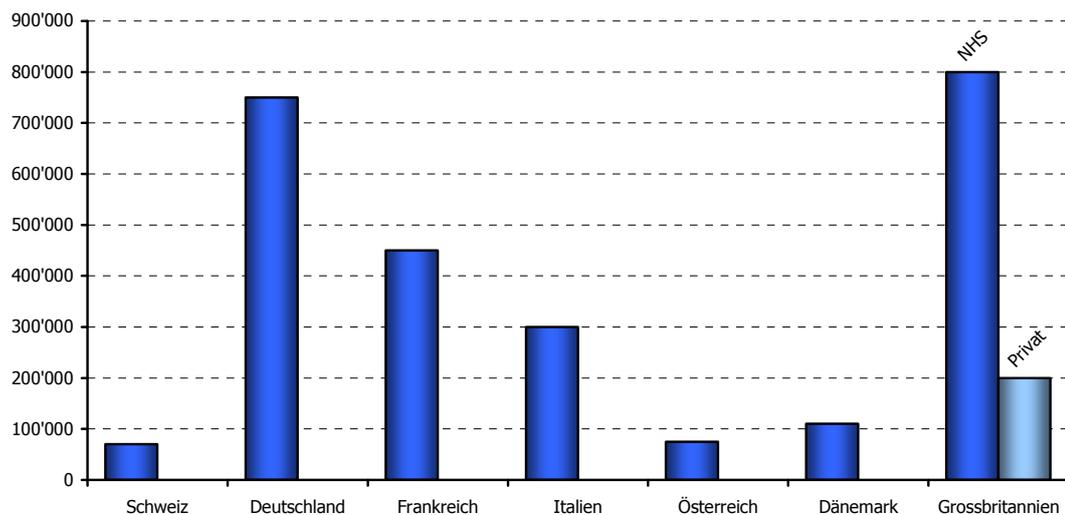
6.3.1 Beurteilung der Wettbewerbssituation auf Ebene der Hörmittelhersteller

Marktumfeld

Auf dem Weltmarkt werden jährlich über 9 Millionen Hörgeräte verkauft. Davon entfallen rund 40 Prozent auf den europäischen Markt. Damit hat der europäische Markt für den Absatz von Hörgeräten eine wesentlich höhere Bedeutung, als es auf Grundlage der absoluten Bevölkerungszahlen, aber auch auf Grundlage der wirtschaftlichen Bedeutung, zu erwarten wäre. Ursächlich dürfte vor allem das stark durch die öffentliche Hand und Umverteilungskomponenten geprägte Gesundheitssystem sein, welches breiteren Bevölkerungsschichten den Zugang zu einer gesundheitlichen Versorgung ermöglicht als in anderen Regionen. Hinzu kommt der relativ hohe Anteil älterer Bevölkerungsschichten in den europäischen Ländern.

Auch innerhalb Europas stehen die absoluten Absatzzahlen⁵⁹ von Hörgeräten nicht unbedingt im Einklang mit den Bevölkerungs- oder Wirtschaftskennzahlen der einzelnen Länder. Beispielsweise werden in Grossbritannien mehr Hörgeräte abgesetzt als in Deutschland; dem bevölkerungsreichsten und wirtschaftlich bedeutsamsten europäischen Land.

Abb. 6-11 Anzahl verkaufter Hörgeräte im Vergleich (2008)



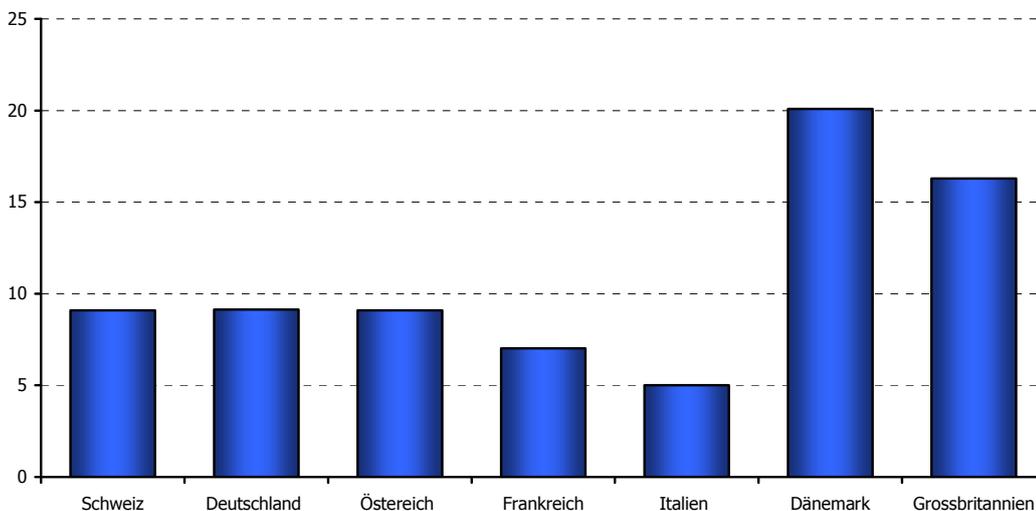
Quelle: Branchenschätzung

Der Spitzenplatz in der Neuversorgung je Einwohner geht jedoch an Dänemark. Hier fällt die Neuversorgungsrate rund doppelt so hoch aus, wie in der Schweiz, Deutschland oder Österreich.

Die mit Abstand niedrigste Neuversorgungsrate weist Italien auf. Dieser Fakt kann sicherlich zu gewissen Teilen auch mit kulturellen Faktoren, wie einer geringeren Akzeptanz des Tragens von Hörgeräten in südlichen Ländern, erklärt werden. Der Hauptgrund dürfte jedoch in den recht hohen Anspruchsbedingungen an den Invaliditätsgrad liegen (siehe auch Kapitel 9.3). Bezogen auf die absolute Menge abgesetzter Hörgeräte nimmt Italien aufgrund seiner Grösse jedoch den vierten Platz im Ranking ein.

⁵⁹ Eine sich nicht an Stückzahlen sondern an Umsätzen orientierende Auswertung ist auf Grundlage der vorhandenen Daten nicht möglich.

Abb. 6-12 Neuversorgung mit Hörgeräten pro 1'000 Einwohner im Jahr 2009



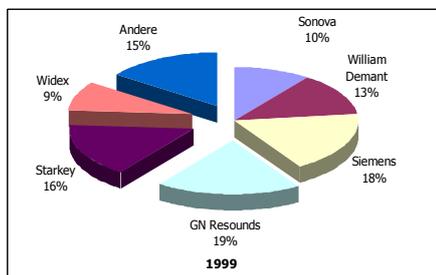
Quelle: Branchenschätzungen

Es ist zu betonen, dass die Versorgungsrate nicht mit der Qualität der Versorgung gleichgesetzt werden kann. So hat Grossbritannien zwar eine hohe Versorgungsrate, aber auch einen überdurchschnittlich hohen Anteil sogenannter Schubladengeräte (Siehe auch Kapitel 5.2.1 im Qualitätsvergleich). Auch war es auf Grundlage der erhältlichen Daten nicht möglich, der an reinen Stückzahlen bemessenen Neuversorgungsrate die entsprechende länderspezifischen Kenngrössen nach Umsätzen gegenüberzustellen.

Marktakteure

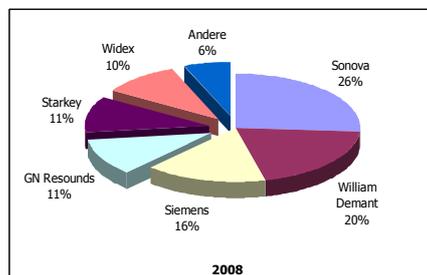
Bei Betrachtung der weltweiten Marktanteile im Zeitablauf (Grafik 6-13 und 6-14) wird ersichtlich, dass in den letzten Jahren vor allem Sonova und William Demant an Bedeutung gewonnen haben. Diese Entwicklung ist nicht nur auf internes Wachstum, sondern auch auf Übernahmen zurückzuführen.

Abb. 6-13 Marktanteile bei Hörgeräten 1999



Quelle: Branchenschätzung

Abb. 6-14 Marktanteile bei Hörgeräten 2008



Quelle: Branchenschätzung

Tabelle 6-1 zeigt die bedeutendsten Hersteller und ihre weltweiten Marktanteile (am Gesamtumsatz). Neben den drei grossen Herstellern Sonova, Siemens und William Demant gibt es drei weitere erwähnenswerte Marktteilnehmer: GN Resound, Widex und Starkey. In allen Märkten sind zudem weitere kleinere Hersteller anzutreffen.

Tab. 6-1 Marktanteile der Hersteller

Hersteller	Sitz Zentrale	Anteil Weltmarkt	Marken
Sonova	Schweiz	26%	Phonak Unitron
William Demant	Dänemark	20%	Oticon Bernafon
Siemens	Deutschland	16%	Siemens Audiservice
Great Nordic (GN) Resound	Dänemark	11%	GN Resound Beltone Intertron
Starkey	USA	11%	Starkey
Widex	Dänemark	10%	Widex

Quelle: Branchenschätzung

Inwieweit sich die Marktanteile der grossen Hersteller in den einzelnen europäischen Vergleichsländern unterschieden, konnte auf Grundlage der erhältlichen Daten nicht bestimmt werden. Gemäss Experteneinschätzungen dürften die Länderspezifischen Marktanteile jedoch nur geringfügig von den dargestellten Weltmarktanteilen abweichen.

Eine Ausnahme bildet Grossbritannien, da hier der NHS den öffentlichen Einkauf und die öffentliche Abgabe von Hörgeräten zentral tätigt. Gegenwärtig haben vier grosse Hersteller einen Vertrag mit dem NHS, wobei Oticon und Siemens für die grosse Mehrheit (85%) verantwortlich sind. Die restlichen 15 Prozent entfallen auf Phonak und GN Resound.

Was die beschriebenen Entwicklungen für die Marktkonzentration bedeuten, lässt sich anhand des Herfindahl-Hirschmann-Index (HHI) beurteilen. Dieser ergibt sich aus der Summe der quadrierten Marktanteile und stellt ein Mass für die Wettbewerbsintensität in Märkten dar. Dabei gilt, je höher die berechneten Werte, desto ausgeprägter die Konzentration im Markt. In Anlehnung an die US-Fusionsrichtlinien kann man von einer geringen Konzentration sprechen, wenn der HHI Werte unter 1'000 annimmt und von einer hohen Konzentration, wenn er Werte von 1'800 übersteigt⁶⁰.

⁶⁰ Die hier dargestellten Ergebnisse und Aussagen beziehen sich auf mit dem Faktor 10'000 multiplizierte Indexwerte.

Wie aus Tabelle 6-2 ersichtlich, lag der HHI für die Hörmittelhersteller im Jahr 2008 – trotz der deutlichen Zunahme der letzten Jahre – immer noch auf einem Wert im Bereich der mässigen Konzentration.

Tab. 6-2 Herfindahl-Hirschmann-Index für die Marktanteile der Hörmittelhersteller

HHI	
1999	2008
1'435	1'674

Index anhand von Marktanteilen berechnet, multipliziert mit dem Faktor 10'000
 Quelle: Berechnung BAKBASEL auf Basis von Branchenschätzung

Eine allein auf Konzentrationsmasse abstützende Analyse potenzieller Marktmachtverhältnisse greift jedoch in den meisten Fällen zu kurz⁶¹. Der Herfindahl Index ist rein deskriptiver Natur und dient als Richtlinie für das Überschreiten kritischer Werte, ab dem ein Markt auf jeden Fall genauer analysiert werden sollte. Über das effektive Verhalten der Anbieter oder potenzielle Vermachtungsprozesse begünstigende Marktstrukturen wird keine Aussage getroffen.

Potenzielle Wettbewerbshemmnisse

Geht man vom Idealtypus eines rein wettbewerblich organisierten Marktes aus, sind für die Anbieter von Hörmitteln folgende Besonderheiten zu erwähnen, welche als potenzielle Wettbewerbsbeschränkungen wirken könnten.

Hohe Bedeutung nationaler Vertriebsstellen und der «Vor-Ort-Betreuung»

Für die Akustiker bietet der Hörmittelbezug über nationale bzw. lokale Kontaktstellen zu den Herstellern grosse Vorteile⁶². Hörgeräte unterliegen einem schnellen technologischen Wandel, so dass auch seitens der Akustiker ein hoher Beratungsbedarf besteht. Zur schnellen technischen Problemlösung ist es zudem sehr hilfreich, auf lokale Kontaktstellen zurückgreifen zu können.

Die hohe Bedeutung der «Vor-Ort-Betreuung» könnte den Hörgeräteherstellern grundsätzlich gewisse Preissetzungsspielräume eröffnen, denn bei einem Hörgerätebezug aus dem Ausland stehen den Akustikern die lokalen Serviceleistungen der Hörgerätehersteller nicht mehr oder deutlich eingeschränkter zur Verfügung.

Ob diese potenziellen Preissetzungsspielräume tatsächlich genutzt werden, lässt sich auf Grundlage der vorhanden Daten nicht beurteilen. Die von Experten geäusserte Tatsache, dass der Bezug durch die Akustiker fast nur über nationale Kontaktstellen läuft, könnte auch darauf zurückzuführen sein, dass sich die Abgabepreise für Hörgeräte zwischen den Ländern nicht in einem Masse unterscheiden, welches Parallelimporte attraktiv machen würde.

⁶¹ Sieh auch Kapitel 6.1, Seite 59f: Allgemeine Erklärungsansätze für potenzielle Kosten- und Preisunterschiede auf den Leistungsebenen.

⁶² Bundeskartellamt (2007)

Parallelimporte

Schweizspezifisch ist anzumerken, dass Parallelimporte von Hörgeräten zwar grundsätzlich zugelassen sind⁶³ – wenn auch nur aus dem europäischen Raum –, die praktische Umsetzung jedoch nicht unproblematisch ist. So müssen alle Hörgeräte, welche in der Schweiz verkauft und über die IV respektive AHV abgerechnet werden, durch das METAS (Bundesamt für Metrologie) homologiert werden. Es gibt jedoch, gemäss Angaben von Hörmittelherstellern, Akustiker, welche parallel importieren, also ihre Geräte im Ausland einkaufen und in der Schweiz verkaufen. Die Hersteller sichern nach eigenen Angaben die Vor-Ort-Betreuung von ausländischen Geräten auch in der Schweiz zu.

Patentpool

Aus wettbewerblicher Sicht ambivalent sind einige zwischen den Herstellern getroffenen Vereinbarungen einzuschätzen. Mit dem HIMPP gibt es einen Patentpool für die wesentlichen Grundlagentpatente der digitalen Hörgerätektechnologie. Diesem gehören mittlerweile alle grossen Hörgerätehersteller an. Der Patentpool soll vor allem Dispute über Patente verhindern und die Entwicklungskosten der Branche senken. Da die beteiligten Firmen gegenüber den anderen Mitgliedern des Patentpools keinen Patentschutz geniessen, hat der Patentpool das Potenzial, den Wettbewerb zwischen den Mitgliedern zu intensivieren. Auf der anderen Seite könnte der Patentpool jedoch den Neueintritt von anderen Firmen in den Hörgerätemarkt erschweren.

Neben dem Patentpool gibt es die Softwaregemeinschaft der Hörgerätehersteller (HIMSA), welche gegründet wurde um einen einzigen Standard für integrierte Hörgerätesoftware zu entwickeln, zu vermarkten und zu unterstützen. Der einheitliche Software Standard könnte ebenfalls eine gewisse Marktbarriere für Neueintritte darstellen. Andererseits hat die Vereinheitlichung des Softwarestandards das Potenzial den Wettbewerb zu intensivieren, da sie es dem Akustiker wesentlich erleichtert, mehrere Marken anzubieten.

6.3.2 Beurteilung der Wettbewerbssituation auf Ebene der Hörmitteldienstleister

Bei der Beurteilung der Wettbewerbssituation auf Ebene der Hörmitteldienstleister (Akustiker) steht nicht deren eigentliche Funktion, d.h. die medizinische Betreuung der Endkunden, im Vordergrund. Die hiermit verbundenen Bestimmungsfaktoren auf die Kosten- und Preisbildung wurden ausführlich in den Kapiteln 4 und 5, regulatorische Rahmenbedingungen und ihren Einfluss auf die Kosten und Qualität der Versorgung dargestellt und diskutiert.

Aus wettbewerblicher Perspektive wesentlich entscheidender ist der Umstand zu werten, dass die Akustiker zumeist die direkten Abnehmer der Hörgerätehersteller darstellen. Deswegen ist die Möglichkeit nicht gewollter Monopol- oder Oligopolstrukturen⁶⁴ auch auf Seite der Dienstleister zu prüfen.

Für Deutschland, Frankreich und die Schweiz zeigen erste Abschätzungen auf der Grundlage von Brancheninformationen keine kritischen Konzentrationen an.

⁶³ Seit dem 1. Juli 2009 wird der Grundsatz der nationalen Erschöpfung nur noch bei patentrechtlich geschützten Gütern angewendet, deren Preis administriert ist. Da dies bei den Hörgeräten nicht zutrifft, gibt es kein Verbot von Parallelimporten aus dem europäischen Raum mehr. Anders sieht es beim Import aus nicht europäischen Ländern aus, dort ist ein Parallelimport nur erlaubt, wenn das patentierte Element eines Gutes für die funktionelle Beschaffenheit des Produktes eine untergeordnete Bedeutung hat.

⁶⁴ Ein aus wettbewerbsrechtlicher Sicht unbedenkliches bzw. gewolltes Nachfragemonopol stellt beispielsweise der thematisierte zentrale Zwischenhändler im Rahme des NHS dar.

6.3.3 Beurteilung der Wettbewerbssituation vor dem Hintergrund des Schweizer Festbetragssystems

Aufgrund der bisher behandelten Aspekte erscheinen die Marktmachtverhältnisse in ihrer Gesamtheit weder auf Ebene der Schweizer Hörmittelhersteller noch auf Ebene der Akustiker bedenklich. Damit wäre auf dem Schweizer Hörmittelmarkt an sich der Rahmen für einen frei funktionierenden Wettbewerb gegeben. Ein Wettbewerbshemmnis ist jedoch in der gegenwärtigen Ausgestaltung des Schweizer Festbetragssystems⁶⁵ zu sehen.

Abhängig vom Grad der Beeinträchtigung der Hörfähigkeit werden die Patienten in der Schweiz einer von drei möglichen Indikationsstufen zugeordnet. Um eine möglichst bedarfsgerechte Anpassung zu gewährleisten, stehen auf jeder der drei Indikationsstufe zahlreiche Hörgerätetypen und dazu gehörige Dienstleistungen zu Auswahl. Diese werden, nach der Schlussexpertise durch den Facharzt, pauschal mit dem der Indikationsstufe zugeordneten Festbetrag abgerechnet⁶⁶. Angesichts der Vielzahl denkbarer Leistungskombinationen bei nur drei Festbetragsstufen gibt es mit Sicherheit auch Fälle, bei denen der Festbetrag zu hoch angesetzt ist. Diese potenzielle Kosten- und Ausgabensenkungspotenziale jedoch nicht genutzt werden, da der Wettbewerb über den Preis nach unten aufgrund der pauschal abgegoltenen Festbeträge ausgeschaltet ist. Die hohen Festbeträge eröffnen den Hörgeräteherstellern und Akustikern gewisse Margenspielräume. Dieser Umstand ist jedoch in der heutigen Hilfsmittelversorgung systemimmanent. Ob und in welchem Umfang die einzelnen Leistungsebenen vom Festbetragssystem profitierten, ist auf der Grundlage der gegenwärtig vorhandenen Daten nicht zu bestimmen.

⁶⁵ Siehe hierzu auch Kapitel 4.2.1 Seite 29, Umfang des Leistungskataloges und Tabelle 5-5, Seite 50.

⁶⁶ Wobei noch zwischen monauraler und binauraler Versorgung unterschieden wird.

6.3.4 Mehrwertsteuer

Tab. 6-3 Mehrwertsteuersätze bei Hörhilfen im internationalen Vergleich 2009

	Normaler Satz in Prozent	Relevanter Satz für Hörmittel in Prozent	Unterschied gegenüber Schweiz in Prozent- punkten
Schweiz	7.6	7.6	
Deutschland	19	7	-0.6
Österreich	20	20	12.4
Frankreich	19.6	5.5	-2.1
Italien	20	4	-3.6
Dänemark	25	25	17.4
Grossbritannien	15	15	7.4

Quelle: OECD, BAKBASEL

Tabelle 6-3 gibt Auskunft darüber, inwieweit die Endverbraucherpreise für Hörmittel durch die relevanten Mehrwertsteuersätze beeinflusst werden.

Zunächst ist festzuhalten, dass für Schweizer Hörmittel der «normale» Mehrwertsteuersatz gilt. In Deutschland, Frankreich und Italien gelten hingegen reduzierte Sätze. Allerdings fällt der Mehrwertsteuer Einfluss auf die Endverbraucherpreise deswegen zumindest in Deutschland und Frankreich nicht substantiell tiefer aus. So liegt der Schweizer Normalsatz wesentlich näher an den reduzierten Mehrwertsteuersätzen, als an den deutlich höheren Normalsätzen der anderen Länder. Damit fällt der Mehrwertsteueranteil für österreichische, britische oder dänische Hörmittel zugleich massiv höher aus als in der Schweiz, da diese Länder ebenfalls keinen reduzierten Satz kennen.

7 Studie der Eidgenössischen Finanzkontrolle (EFK)

Im Jahr 2007 erschien die Studie «Hilfsmittelpolitik zu Gunsten der Behinderten» von der EFK. Sie analysieren in dieser Studie den Hörgerätemarkt und geben Empfehlungen zur weiteren Entwicklung des Versicherungssystems ab, damit die Kostenausweitung gedämpft werden kann. Dies ist für das Sozialsystem wichtig, da die totalen direkten Ausgaben der Schweiz für die Hörmittelversorgung jährlich mehr als 200 Millionen Schweizer Franken ausmachen und stetig steigen. Nachfolgend sind ihre Ergebnisse zusammengefasst.

Sie kamen zum Schluss, dass die Schweiz im Vergleich zu den beiden Vergleichsländern Norwegen und Deutschland, besonders mit der IV über eines der grosszügigsten Systeme (sowohl medizinisch, wie auch technologisch) verfügt. Dies gilt, obwohl im Bundesgesetz lediglich die Vergütung einer einfachen und zweckmässigen Ausführung vorgesehen ist.

Die Tragerate und die Zufriedenheit liegen in der Schweiz auf einem vergleichsweise hohen Niveau. Zusätzlich kam die EFK zum Schluss, dass es kleine aber signifikante Unterschiede bezüglich der Zufriedenheit gibt, je nach dem, ob eine monaurale oder eine binaurale Versorgung vorhanden ist. Im Weiteren erwähnen sie jedoch auch, dass die Zufriedenheit bei binauraler Versorgung zwar signifikant höher ist, aber durch den eher geringen Mehrwert wesentlich höhere Kosten generiert werden.

Die EFK weist darauf hin, dass im internationalen Vergleich, das Dienstleistungspaket, welches von der IV respektive AHV vergütet wird, sehr umfassend ist. Dies gilt sowohl für die Dienstleistungen der Akustiker wie auch für die Dienstleistungen der Fachärzte. Die Vergütung hierfür ist in der Schweiz 2 bis 4 Mal höher als in Deutschland.

Dazu kommt, dass das BSV, welches für die Kosten aufkommt, eine eher schwache Position inne hat. Zur notwendigen Höhe der Vergütung der Akustiker, liegen einzig die Angaben der Akustiker selber vor. Das BSV hat zwar wiederholt versucht, ihren Handlungsspielraum auszunützen, um die Kosten zu senken. Das EVG urteilte jedoch in 13 von 18 analysierten Urteilen gegen sie und hiess eine «Mehrversorgung» gut.

Zusätzlich wird in der EFK-Studie darauf verwiesen, dass es in den letzten Jahren zu einer enormen Mengenzunahme gekommen ist, die Versorgung hat zwischen 2001 und 2005 um 27 Prozent zugenommen. Ausserdem werden auch vermehrt teure Geräte umgesetzt. Die EFK sagt, dass das BSV in den kommenden Jahren sicherstellen muss, dass die Leistungen, welche den höchsten Nutzen generieren, prioritär vergütet werden.

Weiter wird das Problem diskutiert, dass im jetzigen System Anreize für die bestmögliche und nicht für die einfache Versorgung herrschen. Dies zeigt sich in einer starken Verschiebung zur höchsten Indikationsstufe. Ausserdem führt auch der Besitzstand zu falschen Anreizen und Ungleichbehandlung.

In der Hörmittelversorgung sollte in Zukunft der Einfachheit der Versorgung mehr Rechnung getragen werden. Das System sollte vereinfacht werden, der Leistungskatalog reduziert und die Doppelspurigkeit von Arzt und Akustiker beseitigt werden. Das BSV muss sich das nötige Know-how beschaffen, um die Informationsasymmetrie zwischen ihm und den Leistungserbringern zu reduzieren.

Im Weiteren gibt die EFK acht Empfehlungen ab, welche darauf abzielen, dass vermehrt die einfache anstatt der bestmöglichen Versorgung im Vordergrund steht und dadurch die Kosten der Versicherungen gesenkt werden können. Nachfolgend sind diese Empfehlungen aufgelistet.

Empfehlung 1: Der Katalog der Dienstleistungen der Akustiker sollte überprüft werden, mit dem Ziel, die Vergütung durch die Sozialversicherung zu reduzieren. Die vergleichende Anpassung sollte nicht mehr von der Versicherung übernommen werden.

Empfehlung 2: Der Leistungskatalog für medizinische Expertisen sollte gekürzt und vereinfacht werden mit dem Ziel, die Vergütung für die Expertisen zu reduzieren. Ein möglicher Verzicht auf die Erstexpertise muss geprüft werden.

Empfehlung 3: Das dreistufige Indikationsmodell soll abgeschafft werden und die Vergütung der Versicherung soll durch einen Vergütungsbetrag (Obergrenze) ersetzt werden.

Empfehlung 4: Der Besitzstand soll abgeschafft werden.

Empfehlung 5: Die Beschaffung von Hörgeräten mittels Ausschreibung soll weiter geprüft werden.

Empfehlung 6: Das BSV soll ein Controlling von Leistungserbringern und ein Kostenmonitoring aufbauen, um die Informationsasymmetrie bei Tarifverhandlungen und bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen zu beseitigen.

Empfehlung 7: Die Rolle der Organisationen von Hörbehinderten soll neu überdacht werden.

Empfehlung 8: Das BSV soll sich das Know-how für Entscheidungen in Form von juristischen, medizinischen, audiologischen und ökonomischen Expertisen beschaffen. Ansonsten ist eine Überführung der Hörgerätepolitik in die Krankenversicherung zu prüfen.

8 Literaturverzeichnis

BAK Basel Economics (2003):

«Preisunterschiede zwischen der Schweiz und der EU». Basel.

BAK Basel Economics (2006):

«Internationaler Vergleich der Kosten und Preis bestimmenden Faktoren im Detailhandel». Basel.

Bertoli, S., Probst, R. (2006):

«Hörgeräte-Trägerate in der Schweiz. Bericht zu Händen der Eidgenössischen Finanzkontrolle». HNO-Klinik Universitätsspital Basel.

British Society of Hearing Aid Audiologists (2005):

«Audiological Provision in Europe. A Public-Private Partnership?». Online:
<http://www.hohadvocates.org/europeanreport.pdf> (Stand: 20. Mai 2010).

British Society of Hearing Aid Audiologists (2010):

«Codes of Practice, April 2010». Online: <http://www.bshaa.com/uploads/CodeofPractice.pdf>
(Stand: 20. Mai 2010).

Bundesamt für Statistik (2006):

«Multifaktorproduktivität. Methodenbericht». Online:
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.Document.88742.pdf> (Stand: 7. Mai 2010).

Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft (2008):

«Bundesgesetz über die Erfindungspatente. Änderung vom 19. Dezember 2008». Online:
<http://www.admin.ch/ch/d/ff/2009/201.pdf> (Stand: 20. Mai 2010).

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (2008):

«Art. 8 IVG». Online: http://www.admin.ch/ch/d/sr/831_20/a8.html (Stand: 7. Mai 2010).

Bundeskartellamt (2007):

«Fusionskontrollverfahren». Online:
<http://www.bundeskartellamt.de/wDeutsch/download/pdf/Fusion/Fusion07/B3-578-06.pdf>
(Stand: 20. Mai 2010).

BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e.V. – Medizintechnik (2006):

«Festbeträge für Hörhilfen». Online:
<http://www.bvmed.de/stepone/data/downloads/0a/d0/00/FestbeträgeHoerhilfenguelteigab01012007.pdf> (Stand: 20. Mai 2010).

CNSA (2009a):

«Monographie Allemagne». Online: http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Monographie_Allemagne.pdf
(Stand: 20. Mai 2010).

CNSA (2009b):

«Monographie Italie». Online: http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Monographie_Italie-2.pdf (Stand: 20. Mai 2010).

CNSA (2009c):

«Monographie Royaume-Uni». Online: http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Monographie_Royaume-Uni.pdf (Stand: 20. Mai 2010).

CNSA (2009d):

«Synthese Aides Auditives». Online: http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Synthese_Aides_Auditives.pdf (Stand: 20. Mai 2010).

CNSA (2009e):

«Synthèse transversale de l'étude comparative européenne réalisée par Alcimed». Online: http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Synthese_transversale.pdf (Stand: 20. Mai 2010).

Department of Health (2009):

«The Handbook for the NHS Constitution». Online: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/@sta/@perf/documents/digitalasset/dh_109785.pdf (Stand: 20. Mai 2010).

Department of Health (2010):

«Statistical Press Notice – Direct Access Audiology Referral to Treatment (RTT) Waiting Times Data November 2009». Online: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/@sta/@perf/documents/digitalasset/dh_116197.pdf (Stand: 20. Mai 2010).

Eichenberger, R. (2005):

«Hochpreisinsel Schweiz: Ursachen, Folgen, wirkungsvolle Rezepte». *Agrarwirtschaft und Agrarsoziologie*. 2, 05, S. 41-45.

Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) (2007):

«Hilfsmittelpolitik zu Gunsten der Behinderten». Online: <http://www.efk.admin.ch/pdf/5153BE-Endbericht.pdf> (Stand: 20. Mai 2010).

Eidgenössisches Institut für Geistiges Eigentum (2009):

«Parallelimporte. Erschöpfung im Patentrecht». Online: <https://www.ige.ch/de/juristische-infos/rechtsgebiete/patente/parallelimporte.html> (Stand: 20. Mai 2010).

Emons, W. (1997):

«Credence Goods and fraudulent experts». *RAND Journal of Economics*. Vol. 28, Nr. 1, S. 107-119.

Europäische Kommission (2008):

«Die Mehrwertsteuersätze in den Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft». Online: http://ec.europa.eu/taxation_customs/resources/documents/taxation/vat/how_vat_works/rates/vat_rates_de.pdf (Stand: 20. Mai 2010).

Fördergemeinschaft Gutes Hören (2008):

«Hören: Zahlen und Fakten 2007». Online: <http://www.forum-gutes-hoeren.de/> (Stand: 14. April 2010).

Galbraith, J. K (1954):

«Fundamental Characteristics of the American Economy: Degrees of Competition, of Monopoly, and of Countervailing Power; Theoretical Significance: Countervailing Power». *The American Economic Review*. Vol. 44, No. 2, S. 1-6.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2008):

«Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung». Online: <http://www.g-ba.de/downloads/62-492-309/RL-Hilfsmittel-Neufassung-2008-10-16.pdf> (Stand: 20. Mai 2010).

Handicap.fr – L'information et les services, du handicap à l'autonomie (2005):

«Décrets, arrêtés, circulaires. Sécurité Sociale, Personnes âgées, personnes Handicapées et famille». Online: http://informations.handicap.fr/pdf-decrets/arrete_2005_12_28_txt_99.pdf (Stand: 20. Mai 2010).

HAS – Haute Autorité de Santé (2008):

«Appareils Electroniques Correcteurs de Surdite». Online: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/rapport_devaluation_audioprotheses.pdf (Stand: 20. Mai 2010).

Hörschweiz (2010): «Faktenblatt»

IG DHS (2010):

«Parallelimporte: Stand der Umsetzung im Detailhandel». Online: http://www.igdhs.ch/m/mandanten/175/download/AG5_100222_Umsetzung_Parallelimporte.pdf (Stand: 20. Mai 2010).

Infras (2003):

«Hohe Preise in der Schweiz: Ursachen und Wirkung». Zürich.

Juris BMJ:

«SGB 5 – Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung (1988)». Online: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/BJNR024820988.html (Stand: 20. Mai 2010).

Kantonaler Audiopädagogischer Dienst Bern (2007):

«Definition von Hörbeeinträchtigungen». Online: http://www.gef.be.ch/site/gef_shsmu_audiopaedagogischer_dienst_definition_hoerbeeintraechtungen.pdf (Stand: 19. Mai 2010).

Konsument.at (2010):

«Hörgeräte spezial – Der Weg zum Hörgerät». Online: <http://www.konsument.at/cs/Satellite?pagename=Konsument/MagazinArtikel/Detail&cid=318869944437&pn=3> (Stand: 12. Mai 2010).

L'Assurance Maladie en ligne (2009):

«Les prothèses auditives». Online: <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/optique-et-audition/les-protheses-auditives/avant-l-8217-achat-un-devis-normalise.php> (Stand: 20. Mai 2010).

NHS Information Centre (2007):

«People Registered Deaf or Hard of Hearing ». Online: <http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/Registdeaf2007/2006-07%20Deaf.pdf> (Stand: 20. Mai 2010).

Österreichische Gesellschaft für Hals-, Nase-, und Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie(1998):

«Hörgeräteversorgung». Online: <http://www.hno.at/fileadmin/hno/pdfs/hoergeraeterversorgung.pdf> (Stand: 20. Mai 2010).

- Österreichische Sozialversicherung (2009):
«Krankenordnung». Online:
http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/MMDB119456_Krankenordnung.pdf (Stand: 12. Mai 2010).
- Parving, A. (2003):
«The hearing aid revolution: fact or fiction?». *Acta Otolaryngol*, 123(2), S. 245-248.
- retsinformation.dk (2010):
«Vejledning om høreapparatbehandling». Online:
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=123775> (Stand: 12. Mai 2010).
- retsinformation.dk (2010)
«Bekendtgørelse om hjælp til anskaffelse af hjælpemidler og forbrugsgoder efter serviceloven». Online: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=20907> (Stand: 12. Mai 2010).
- RIS – Gesamte Rechtsvorschrift für Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (2010):
«Bundesrecht, Fassung vom 19. 05.2010». Online:
<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008147> (Stand: 19. Mai 2010).
- Schweizerische Nationalbank (2009):
«Der Schweizer Franken und die Finanzmarktkrise». Referat von Jordan, T. J., Kapitalmarktforum 2009 der WGZ-Bank Luxembourg SA. Online:
http://www.snb.ch/de/mmr/speeches/id/ref_20090925_tjn/source/ref_20090925_tjn.de.pdf (Stand: 12. Mai 2010).
- Slembeck, T. (2006):
«Kostentreiber im Schweizer Gesundheitswesen – Eine Auslegeordnung». *Santésuisse*, Solothurn.
- Smeeth, L., Fletcher, A. E., Ng, E. S., Stirling, S., Nunes, M., Breeze, E., et al. (2002):
«Reduced hearing, ownership, and use of hearing aids in elderly people in the UK--the MRC Trial of the Assessment and Management of Older People in the Community: a cross-sectional survey». *Lancet*, 359(9316), 1466-1470.
- Stock, A., Fichtl, E., Knoblach, W., Boretzki, M., & Heller, O. (1995):
«Über das Tragen von Hörhilfen - Ergebnisse einer epidemiologischen Studie». *Audiologische Akustik*, 34(3), S. 104-124.
- Sundhedsstyrelsen (2007):
«Hvis du skal ha' høreapparat». Online: http://www.hoereforeningen.dk/viden-om/viden-om-filer/Hoereapparat_sst_folder.pdf (Stand: 12. Mai 2010).
- Warnke, H. (2008):
«Erste Ergebnisse aus Forschungsarbeiten mit Binauralen Hörsystemen». (Vortrag an der 11. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Audiologie). Online:
<http://www.uzh.ch/orl/dga2008/programm/wissprog/Warncke.pdf> (Stand: 7. Mai 2010).

9 Anhang

9.1 Überblickstabelle Systemvergleich

In den vorangehenden Kapiteln wurden die unterschiedlichen Systeme, der Hörmittelversorgung bereits mehrmals diskutiert. Dies geschah jedoch in unterschiedlichen Kontexten. Um hier nochmals den gesamt Überblick zu geben, folgt im Kapitel 9.1 eine Übersichtstabelle über die verschiedenen Systeme und in Kapitel 9.2 werden einige dieser Punkte genauer ausgeführt.

Tabelle 9-1 gibt einen Überblick über die allgemeinen und spezifischen Rahmenbedingungen, die Leistungen der Versicherungen und die Marktorganisation des Hörgerätemarktes. Es wird bezweckt, dass die verschiedenen Systeme der betrachteten Länder in einem Blick verglichen werden können. Für die Schweiz sind wiederum das System der IV und das der AHV gesondert ausgewiesen. Für Dänemark und Grossbritannien wird, wo nötig zwischen öffentlichem und privatem Verkauf differenziert, letzterer ist in der Tabelle hellblau gekennzeichnet.

Tab. 9-1 Systemvergleich im Detail

Länder	Schweiz	Deutschland	Österreich	Frankreich	Italien	Dänemark	Grossbritannien
Allegemeine Rahmenbedingungen	<p>IV (UV/MV) Alle Personen welche in der Schweiz wohnen oder erwerbstätig sind.</p> <p>AHV Alle Personen welche in der Schweiz wohnen oder erwerbstätig sind.</p> <p>GKV Versicherungspflichtig sind Erwerbstätige, welche gegen Arbeitslosigkeit geschützt sind.</p> <p>BKUVG/ASVG/GSVG/BSVG Jede arbeitende Person und deren Angehörige.</p> <p>Assurance Maladie et CNSA Jeder mit Wohnsitz in Frankreich erhält Versicherungsschutz (Régime général d'assurance maladie).</p> <p>SSN Alle in Italien wohnenden Personen sind versichert (Sistema Sanitario Nazionale).</p> <p>Krankenkasse Wer in Dänemark einen Wohnsitz hat und Steuern bezahlt, ist krankenversichert.</p> <p>NHS Jeder ist versichert.</p>	<p>Beitragsfinanziert</p> <p>10 EUR/Ohr</p> <p>Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern.</p> <p>Den Gesundheitszustand der Versicherten und ihrer Angehörigen so weit wiederherzustellen, dass sie in der Lage sind, in der Gemeinschaft einen Platz möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen.</p> <p>Den Gesundheitszustand der Versicherten und ihrer Angehörigen so weit wiederherzustellen, dass sie in der Lage sind, in der Gemeinschaft einen Platz möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen.</p>	<p>Hauptsächlich beitragsfinanziert</p> <p>35%</p> <p>Versicherung gegen Krankheit und deren Folgen.</p>	<p>Hauptsächlich beitragsfinanziert</p> <p>k.A.</p> <p>Nein</p>	<p>Hauptsächlich beitragsfinanziert</p> <p>Nein</p> <p>Verminderung der Auswirkungen der Behinderung und Erleichterung des täglichen Lebens; nötig um Beruf auszuüben.</p>	<p>Steuerfinanziert</p> <p>Nein</p> <p>Die Gesundheit und das Wohlbefinden eines Patienten verbessern.</p>	
Spezifische Rahmenbedingungen	<p>Eher beitragsfinanziert</p> <p>Nein</p> <p>Integration von Hörbehinderten sowohl sozial wie auch beruflich, einfache und zweckmässige Ausführung.</p> <p>Soziale Inegration wird in der AHV stärker gewichtet, da berufliche Inegration wegfällt.</p> <p>Audiologische Kriterien (50%), Sozio-emotionale Kriterien (25%), Berufliche Kriterien (25%).</p>	<p>Beitragsfinanziert</p> <p>25%</p> <p>Soziale Inegration wird in der AHV stärker gewichtet, da berufliche Inegration wegfällt.</p> <p>Audiologische Kriterien (65%), Sozio-emotionale Kriterien (35%).</p>	<p>Hauptsächlich beitragsfinanziert</p> <p>Nein</p> <p>Den Gesundheitszustand der Versicherten und ihrer Angehörigen so weit wiederherzustellen, dass sie in der Lage sind, in der Gemeinschaft einen Platz möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen.</p> <p>Audiologische Kriterien und berufliche Kriterien.</p>	<p>Hauptsächlich beitragsfinanziert</p> <p>35%</p> <p>Versicherung gegen Krankheit und deren Folgen.</p> <p>Eine ärztliche Beschreibung ist erforderlich. Jeder Arzt kann ein Hörgerät verschreiben.</p>	<p>k.A.</p> <p>Nein</p> <p>Invaldität > 34% (gilt nicht für Kinder) und Sozio-emotionale Kriterien.</p>	<p>Hauptsächlich steuerfinanziert</p> <p>Nein</p> <p>Audiologische Kriterien und Kriterien wie Arbeitsfähigkeit, soziale Integration und Freizeit.</p>	<p>Steuerfinanziert</p> <p>Nein</p> <p>Jeder der ein Hörgerät benötigt erhält eines (Facharzt entscheidet).</p>

Länder	Schweiz	Deutschland	Österreich	Frankreich	Italien	Dänemark	Grossbritannien
Monaural/ Binaural	Monaural und binaural	Monaural und binaural	Monaural und binaural	Monaural und binaural	Monaural und binaural	Monaural und binaural	Monaural und binaural
Versorgungsdauer	6 Jahre	6 Jahre	5 Jahre	Kriterien einer Erneuerung sind nicht definiert.	5 Jahre	4 Jahre	Ein neues Gerät kann erst bezogen werden, wenn das alte die Anforderungen nicht mehr erfüllen kann.
Öffentlicher oder privater Bezug	Öffentlicher Bezug	Möglichkeit zur Zuzahlung					
Festbeträge Geräte (monaural)	425 CHF 560 CHF 695 CHF	421.28 EUR	710 EUR 800 EUR 1'350 EUR 1'800 EUR	129.80 EUR	545.69 EUR 621.92 EUR	100%	100%
+ Festbeträge Dienstleistung (monaural)	+ 970 CHF 1'190 CHF 1'405 CHF	+ Pauschale für Otoplastik: zw. 35.29 EUR und 45.85 EUR		+ 46.30 EUR			
Festbeträge Geräte (binaural)	850 CHF 1'120 CHF 1'490 CHF	748.30 EUR	1'278 EUR 1'440 EUR 2'430 EUR 3'240 EUR	259.60 EUR	1'091.38 EUR 1'243.84 EUR	100%	100%
+ Festbeträge Dienstleistung (binaural)	+ 1'425 CHF 1'700 CHF 1'965 CHF	+ Pauschale für Otoplastik: 70.58 EUR bis 91.70 EUR		+ 92.60 EUR			
Reparaturen	Werden zusätzlich übernommen, Beträge bis 20 CHF sind durch die Festbeträge gedeckt.	Keine Übernahme der Kosten.	Werden übernommen falls Defekt nicht selbstverschuldet.	In der Dienstleistungspauschale (46.30 EUR) inbegriffen	Werden übernommen	Werden übernommen	Inbegriffen, falls aber die Beschädigung vorwiegend durch Verschleiss oder mehr als einmal vor- kommt ist eine Gebühr zu zahlen.

Länder	Schweiz	Deutschland	Österreich	Frankreich	Italien	Dänemark	Grossbritannien
Batterien	Batteriepauschale von 60 CHF pro Jahr und Gerät.	Nicht inbegriffen	Nicht inbegriffen	In der Reparaturpauschale inbegriffen.	Inbegriffen	Inbegriffen	Inbegriffen
	Nicht inbegriffen						Nicht inbegriffen
Ersatzgeräte	Ja, der Versicherte muss aber einen Selbstbehalt bezahlen.	Abschlag auf den Festbetrag von 154.24 EUR bei Nachlieferung.	Nein	k.A.	Ja, aber alle 5 Jahre nur einmal.	Ja	Ja, falls der Verlust vorzeitig oder mehr als einmal vor- kommt, ist eine Gebühr zu entrichten.
	Nein						Nicht inbegriffen
Leistungsumfang Akustiker	Beratung, Diagnostik, vergleichende Anpassung mit Probetragen, Erfolgs- und Funktionskontrollen, Erstellen des Anpassberichtes sowie zeitlich unbefristet die Servicearbeiten wie Reinigung, Ersetzen des Schallschlauches, Funktionskontrollen, Überprüfung der Programmierung und Neueinstellungen. (Stand 2010)	Beratung, vergleichende Anpassung , die Einweisung in die Handhabung der Produkte, andere Dienstleistungen und die Nachbetreuung.	Beratung, vergleichende Anpassung , Einschulung und Einstellung des Gerätes.	Beratung, Anpassung, Geräte- und Wirksamkeitskontrolle nach 3, 6, und 12 Monaten.	Beratung, Anpassung und Einstellung des Gerätes. Überprüfung und Nachkontrolle der Einstellungen.	Beratung, Kontrolle, Einstellung und Nachkontrolle.	Hörtest, Beratung, Einstellung, Anpassung, und Erklärung.
	Nein	Nein	Nein	Nein	Offiziell Nein, es kann aber trotzdem zu Wartezeiten kommen.	Ja, Unterscheidung 2 bis 56 Wochen, Lieferung 12 bis 62 Wochen.	Ja, zw. 4 Wochen und 19 Monaten.
Wartelisten	Nein	Nein	Nein	Nein	k.A.	90.3%	Nein
	84.6%	86.7%	k.A.	k.A.	k.A.	60%	
Tragerate	Leihgabe an den Versicherten.	Eigentum des Versicherten.	Eigentum des Versicherten.	k.A.	Ohne Zuzahlung: Eigentum der Versicherung.	Leihgabe an den Versicherten.	Eigentum des Versicherten.
	Leihgabe an den Versicherten.	Eigentum des Versicherten.	Eigentum des Versicherten.	k.A.	Ohne Zuzahlung: Eigentum der Versicherung.	Leihgabe an den Versicherten.	Eigentum des Versicherten.

Internationaler Systemvergleich der Kosten und Preis bestimmenden Faktoren für Hörmittel

Länder	Schweiz	Deutschland	Österreich	Frankreich	Italien	Dänemark	Grossbritannien
Leistungsumfang Facharzt	Durchführung der Tests und Zuweisung in die Indikationsstufe (Erstexpertise). Abschliessende Qualitätskontrolle durch den Facharzt (Schlussexpertise).	Anamnese und Durchführung von ton- und sprachaudiometrischen Tests.	Erstexpertise	k.A.	Durchführung von Tests und Belegung der Hörinvalidentität.	Der Facharzt ist für die Anamnese und körperliche Untersuchung verantwortlich und schlägt Behandlung vor. Er ist unter Umständen auch für Behandlung und Kontrolle verantwortlich.	Fachärzte sind nicht zwingend eingeschaltet; wenn der Hausarzt den Patienten direkt zum Audiologen schickt, wird der Facharzt übersprungen.
Zentraler Einkauf	Nein	Nein	Nein	k.A.	Nein	Ja	Nein
Marktvolumen	70'000 Geräte	750'000 Geräte	75'800 Geräte	450'000 Geräte	300'000 Geräte	110'000 Geräte	800'000 Geräte
Hersteller und Marktanteile ⁶⁷	10-12 Hersteller, darunter 6 Marktleader: Sonova, William Demant, GN Resound, Starkey und Widex. Nationaler Hersteller: Sonova (Phonak)	15 namhafte Hersteller, darunter 6 Marktleader: Sonova, William Demant, Siemens, GN Resound, Starkey und Widex..	6 Marktleader: Sonova, William Demant, Siemens, GN Resound, Starkey und Widex.	6 Marktleader: Sonova, William Demant, GN Resound, Starkey und Widex	6 Marktleader: Sonova, William Demant, GN Resound, Starkey und Widex	6 Marktleader: Sonova, William Demant, GN Resound, Starkey und Widex. Nationale Hersteller: William Demant, GN Resound und Widex	4 grosse Hersteller mit Vertrag mit der NHS: Otikon und Siemens (85%), Phonak und GN Resound (15%).
Anzahl Akustiker	500 Filialen	4300 Hörakustiker	k.A.	2900 Hörgerätezentren	k.A.	k.A.	k.A.

⁶⁷ Die Marktleader weltweit sind Sonova mit 25 Prozent, William Demant mit 20 Prozent, Siemens mit 16 Prozent, GN Resound mit 11 Prozent, Starkey mit 11 Prozent und Widex mit 10 Prozent. Da die Anteile in der Schweiz, Deutschland, Österreich, Frankreich, Italien und Dänemark nur geringfügig abweichen (+/-5%) und genauere Angaben fehlen, werden die Marktanteile nicht nochmals in der Tabelle erwähnt.

Länder	Schweiz	Deutschland	Österreich	Frankreich	Italien	Dänemark	Grossbritannien
Akustiker und Marktanteile (Unabhängige und Ketten)	k.A.	1700 Hörakustiker, wobei 1000 davon zu 4 grossen Ketten gehören.	k.A.	Unabhängige Akustiker (65 %), Akustikerketten (25 %), zusätzlich Akustiker (10 %), welche an Versicherungen angegliedert sind.	Ketten (50% Marktanteil), darunter eine grosse (Amplifon; 2000 Dienstleistungszentren und 400 Filialen), Unabhängige (50% Marktanteil).	k.A.	NHS 4 grosse Ketten (75%) und Unabhängige (25%).
Mehrwertsteuer (Normalsatz)	7.6% (7.6%)	7% (19%)	20% (20%)	5.5% (19.6%)	4% (20%)	25% (25%)	15% (15%)
Öffentliche Ausgaben für Hörhilfesversorgung	Ca. 51 Mio CHF (2008)	Ca. 475 Mio EUR (2008)	55.8 Mio EUR	k.A.	Zw. 100 und 150 Mio EUR (2008)	Ca. 592 Mio DKK	Ca. 347 Mio EUR (25% für die Geräte) (2008) k.A.

Quelle: BAKBASEL

9.2 Ergänzungen zu den institutionellen Rahmenbedingungen

Im Folgenden werden einige Eigenschaften der Systeme, welche in Tabelle 9-1 aufgeführt sind ausführlicher dargestellt. Es handelt sich dabei um die Punkte übergeordneten Ziele der Abgabe, Versicherungsträger, Finanzierungsformen und vorgeschriebenen Leistungen der Akustiker. Die Anspruchsbedingungen welche erfüllt sein müssen, damit die Kosten einer Hörgeräteversorgung zumindest teilweise übernommen werden, sind gesondert in Kapitel 9.3 aufgeführt.

9.2.1 Ausgestaltung der Gesundheits- und Sozialwesen für Hörmittel im Vergleich

9.2.1.1 Übergeordnete Ziele der Abgabe von Hörgeräten

Die Ziele, die mit der Verschreibung eines Hörgerätes einhergehen sind sich in den verschiedenen Ländern meist ähnlich. Primär ist das Ziel berufliche und soziale Integration zu erreichen.

In der Schweiz wird beim Erreichen des Rentenalters, d.h. beim Übergang ins AHV System, die soziale Integration stärker gewichtet als bei der IV. Dies gründet darauf, dass bei Erreichen des Rentenalters, das Kriterium der beruflichen Integration wegfällt und um den audiologischen Kriterien verhältnismässig nicht zu viel Gewicht zu verleihen, wird die soziale Integration stärker gewichtet.

In Deutschland hat die Krankenversicherung als Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern.

In Österreich heisst es im Paragraph 154a: «Den Gesundheitszustand der Versicherten und ihrer Angehörigen so weit wiederherzustellen, dass sie in der Lage sind, in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen»⁶⁸.

In der Gesetzgebung von Frankreich wird allgemein formuliert, dass unabhängig vom Alter und Gesundheitszustand jeder sozial Versicherte in den Genuss einer Versicherung gegen Krankheit und deren Folgen kommt. Somit ist also das Ziel, die Krankheit und ihre Folgen zu lindern oder wenn möglich zu beheben.

In Dänemark wird die Verminderung der Auswirkungen der Behinderung und die Erleichterung des täglichen Lebens, welche nötig sind um unter anderem den Beruf auszuüben, angestrebt.

In Grossbritannien sind die Ziele relativ weit gefasst. In der NHS Constitution steht, dass das Ziel die Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens eines Patienten ist. Das Ziel einer Behandlung ist also generell eine Verbesserung der Situation des Hörgeschädigten.

Die unterschiedlichen Formulierungen der Gesetzestexte in den Vergleichsländern haben ähnliche Inhalte. Wie die Ausgestaltung der Gesetze in den Ländern aussieht kann von den übergeordneten Zielen nicht abgeleitet werden. Die Schwierigkeit ist, dass diese Aussagen unterschiedlich ausgelegt werden können und somit grosse Handlungsspielräume vorhanden sind.

9.2.1.2 Versicherungsträger

In der Schweiz sind die Alters und Hinterbliebenen Versicherung (AHV), die Invalidenversicherung (IV), die Unfallversicherung (UV) und die Militärversicherung (MV) für die Versorgung mit Hörhilfen zuständig. UV und MV machen jedoch nur einen vernachlässigbaren Anteil aus.

⁶⁸ Quelle: RIS (2010)

In Deutschland ist die Versorgung über die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) geregelt.

Auch in Österreich sind die Krankenkassen für die Kostenübernahme zuständig. Es existieren 9 Gebietskrankenkassen, 6 Betriebskrankenkassen und 4 andere Krankenkassen.

In Frankreich existieren neben der allgemeinen Krankenversicherung (Régime général d`assurance maladie) weitere Krankenversicherungen für spezielle Berufsgruppen wie z.B. Landwirte, Künstler und Seeleute.

Versicherungsträger in Italien ist der staatliche Gesundheitsdienst SSN (Servizio Sanitario Nazionale), welcher lokal durch die «Aziende Sanitarie Locali» organisiert ist, für die Versorgung von Hilfsmitteln, inklusive Hörgeräte, verantwortlich.

In Dänemark kommen staatliche Krankenkassen, zumindest teilweise, für die Ausgaben für Hörgeräte auf.

In Großbritannien gib es seit über 50 Jahren den NHS (National Health Service) welcher die Versorgung der Bevölkerung mit Hörgeräten organisiert.

9.2.1.3 Finanzierungsform

Unterschiede zwischen den Ländern sind in der Finanzierungsform auszumachen. In der Schweiz wird der grösste Teil der Ausgaben von den Versicherten und den Arbeitgebern in Form von Lohnbeiträgen getragen. Die Beiträge vom Einkommen aus einer Erwerbstätigkeit betragen für die AHV 1.4 Prozent und werden von Arbeitgeber und Arbeitnehmer je zur Hälfte bezahlt. 2008 betragen die Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber 4.8 Milliarden CHF, dies entspricht 48 Prozent der Ausgaben. 3.6 Milliarden CHF (37.7%) übernahm der Bund. Es resultierte ein Fehlbetrag von 1.4 Milliarden CHF (14.3%). Die Beiträge vom Einkommen aus einer Erwerbstätigkeit für die IV betragen 8.4 Prozent und werden von Arbeitgeber und Arbeitnehmer je zur Hälfte bezahlt. 2008 betragen die Beiträge von Versicherten und Arbeitgebern 24.9 Milliarden CHF (72.8%). Der Staat beteilige sich mit 9.2 Milliarden CHF (27%).

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland werden durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer finanziert. Der Anteil der Arbeitgeber beträgt 7 Prozent und der des Arbeitnehmers 7.9 Prozent des Bruttoarbeitslohnes. Diese Beiträge werden nur bis zu einer so genannten Beitragsbemessungsgrenze von 3750 EUR erhoben.

Das österreichische Gesundheitswesen ist ein beitragsfinanziertes Sozialversicherungssystem. Die Beiträge sind einkommensabhängig und betragen 7.5 Prozent der Lohnsumme und werden von Arbeitgebern und Arbeitnehmer je zur Hälfte bezahlt. Wie in Deutschland gibt es eine Beitragsbemessungsgrenze welche für Unselbständige 3750 EUR und für Selbständige 4235 EUR beträgt.

In Frankreich kommt der grösste Teil der Gelder für das Gesundheitswesen zum einen von Sozialabgaben auf Lohn und Einkommen und zum anderen von der allgemeinen Sozialsteuer (la contribution sociale généralisée – CSG). Die Beiträge der Sozialabgabe berechnen sich auf der Basis des Bruttogehalts. Der Arbeitgeberanteil beträgt 12.8 Prozent, der Arbeitnehmeranteil 0.75 Prozent. Da dieser geringe Arbeitnehmeranteil nicht ausreichte um die Kosten zu decken, wurde 1991 die CSG eingeführt. Sie beträgt 7.5 Prozent errechnet von 95 Prozent des Bruttoeinkommens.

In Dänemark wird für die Mehrheit der Gesundheitsausgaben eine Gesundheitssteuer erhoben, diese beträgt 8 Prozent des steuerbaren Einkommens. Der grössere Teil der Ausgaben wird in Dänemark, gleich wie in Grossbritannien über die Steuern finanziert. Ausserdem gibt es ein zusätzliches Element, welches darauf abzielt, die Konsumenten kostenbewusster agieren zu lassen. Ein Anteil der Finanzierung der Gesundheitskosten, wird über die effektive Nutzung getätigt. In diesem Falle hat jede versicherte Person den Anreiz nicht mehr als notwendig zu beziehen, um nicht mehr als zwingend zu bezahlen.

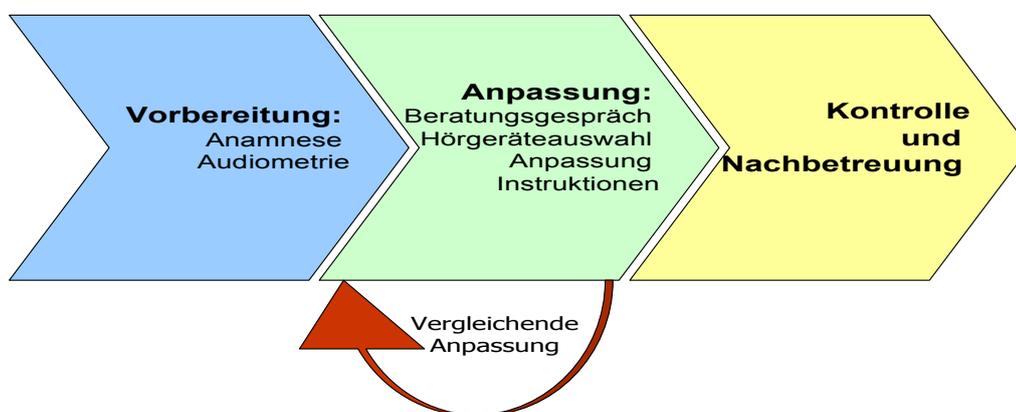
In Grossbritannien ist der NHS durch Steuern (Einkommenssteuer, Mehrwertsteuer und Körperschaftsteuer) und der «National Insurance Contribution» finanziert.

9.2.1.4 Vorgeschriebener Leistungsumfang der beteiligten Akustiker

Der vorgeschriebene Leistungsumfang der Akustiker zwischen den Ländern zu vergleichen ist schwierig, da dieser Beruf nicht genormt ist, das heisst die Anforderungen und die Kompetenzen des Berufes von Land zu Land sehr unterschiedlich sind.

In der Schweiz werden die Akustiker von der IV, respektive der AHV anhand der Dienstleistungspauschalen entlohnt. Genau wie die Festbeträge für Hörgeräte sind auch diese fixiert. In dieser Pauschale sind die Dienstleistungen für Beratung, Diagnostik, vergleichende Anpassung, Erfolgs- und Funktionskontrolle, Erstellen des Anpassungsberichts sowie zeitlich unbefristet die Servicearbeiten wie Reinigung, Ersetzen des Schallschlauches, Funktionskontrolle, Überprüfung der Programmierung und Neueinstellung inbegriffen. Die Höhe der Entschädigung ist wiederum abhängig von der Indikationsstufe.

Abb. 9-1 Prozessablauf bei Akustikern in der Schweiz



Quelle: Bericht Prozessanalyse der Dienstleistungen von Akustikern

In Deutschland beinhaltet die Versorgung durch den Akustiker unter anderem die Beratung, die Einweisung in die Handhabung der Produkte und die Nachbetreuung. Wie in der Schweiz ist es dem Hörgeschädigten auch hier möglich mehr als ein Gerät zu testen, um das für ihn geeignetste auszuwählen.

In Österreich ist ein Akustiker für die Beratung, Anpassung des Gerätes und für die Einschulung verantwortlich. Zusätzlich gilt in Österreich auch, dass ein Gerät für mindestens 14 Tage zur Probe getragen werden kann, während dieser Zeit übernimmt der Akustiker die Betreuung. Dies kann mit mehreren Geräten erfolgen, damit das optimale Gerät gefunden werden kann.

In Frankreich ist der Akustiker ebenfalls verpflichtet, den Kunden zu beraten und das Gerät anzupassen. Die Nachkontrollen in Form von mehreren Wirksamkeitskontrollen, wird nach drei, sechs und zwölf Monaten durchgeführt.

Italien unterscheidet sich auch nicht wesentlich von den anderen Ländern. Inbegriffen in die Dienstleistungen der Akustiker sind Beratung, Anpassung und Einstellung des Gerätes und eine Nachkontrolle.

In Dänemark gibt es keine sehr klare Unterscheidung zwischen den Aufgaben von Fachärzten und den Aufgaben der Akustiker. Sowohl Ärzte wie auch Akustiker können die Behandlung und Kontrolle durchführen. Private Anbieter können die Hörtests ebenso durchführen, hier ist als Konsument jedoch Vorsicht geboten, da ohne ein fachärztliches Gutachten der öffentliche Zuschuss nicht zwingend erbracht wird. Als

Richtlinien der Arbeiten gilt: Patienten instruieren und informieren, Kontrollmessungen vornehmen, nach 1-3 Monaten eine Nachkontrolle durchführen und wenn Probleme auftreten eine Anpassung vornehmen. In Dänemark muss bei privatem Bezug der öffentlich Zuschuss von 760 EUR pro Gerät für alles reichen, dass heisst sowohl für das Gerät wie auch für die Dienstleistungen der Akustiker, ansonsten muss der Patient die Mehrkosten selber tragen.

In Grossbritannien sind Hörtest, Beratung, Einstellung des Gerätes, Anpassung und Erklärung inbegriffen. Die Nachkontrolle kann entweder vor Ort oder, wenn keine Probleme auftauchen, per Telefon durchgeführt werden.

Eine Spezialität in der Schweiz gegenüber den meisten anderen Ländern ist die vergleichende Anpassung. Es ist zwar auch in Deutschland und Österreich möglich, mehr als ein Gerät probe zu tragen, aber nicht eine unbeschränkte Anzahl Alternativen wie in der Schweiz.

Eine detailliertere Betrachtung des vorgeschriebenen Leistungsumfangs der Akustiker, was zum Beispiel die Beratung der Hörgeschädigten alles umfasst, ist aufgrund der Datenlage nicht möglich.

9.3 Anspruchsbedingungen im Detail

Schweiz

In der Schweiz existiert ein Indikationsmodell, mit welchem die Fachärzte das Mass der Hörbehinderung einstufen und den Grad der Versorgungsberechtigung festlegen. Der Hörtest ist nur ein Teil der Untersuchung, welche gemacht wird. Neben den audiologischen Aspekten spielen auch sozio-emotionale und berufliche Kriterien eine Rolle.

Unter audiologischen Aspekten sind Bewertungen des HNO-Arzt des Hörverluste bzw. des Resthörvermögens zu verstehen. Diese werden aufgrund von Ton- und Sprachaudiogrammen sowie von überschwelligem Hörtests vorgenommen. Als Tonaudiogramme werden Hörtests bezeichnet, in deren Rahmen das Hörfeld der Patienten anhand von Tönen verschiedener Lautstärken und Frequenzen ermittelt wird. Beim Sprachaudiogramm dagegen wird festgestellt, wie stark das Sprachverständnis der Patienten durch ihren Hörverlust eingeschränkt wird. Durch die überschwelligem Hörtests schliesslich werden Empfindungen bei höheren Pegeln und bei Nebengeräuschen sowie die Unbehaglichkeitsschwelle geprüft und abgeklärt, wie sehr die Betroffenen durch ihre Hörbehinderung auch in der Wahrnehmung ihres Umfelds beeinträchtigt sind. Bei IV Bezüglern wird dieses Kriterium mit 50 Prozent, bei AHV Bezüglern mit 65 Prozent gewichtet.

Bei der Ermittlung der sozio-emotionalen Kriterien steht die Frage im Vordergrund, wie weit den Betroffenen aus ihrer Hörbehinderung soziale Nachteile erwachsen. Ein hoher Stellenwert kommt dabei der zwischenmenschlichen Verständigung unter erschwerten Bedingungen (Nebengeräusche) zu. Weitere Aspekte bilden der subjektive Eindruck, vom gesellschaftlichen Umfeld nicht ernst genommen zu werden, und die Gefahr, sich durch wachsende Verständigungsprobleme in die soziale Isolation zu begeben. Bei der Einstufung fällt dieses Kriterium bei IV Bezüglern mit 25 Prozent und denjenigen die das Rentenalter erreicht haben mit 35 Prozent ins Gewicht.

Bei Personen, die das Pensionsalter noch nicht erreicht haben, spielt zur Beurteilung des individuellen Rehabilitationsbedarfs auch die Frage der beruflichen Anforderungen eine wichtige Rolle. Einerseits geht es dabei um die Frage, welche Kommunikationsleistungen von den Betroffenen am Arbeitsplatz erbracht werden müssen. Andererseits geht es um die Bedingungen, unter denen diese Leistungen zu erbringen sind. Kommunikativen Anforderungen im Beruf und am Arbeitsplatz werden bei der Indikation mit 25 Prozent bewertet. Bei Personen über dem Pensionierungsalter entfällt dieses Beurteilungskriterium.

Das Indikationsmodell unterteilt den Grad der Schwerhörigkeit in folgende drei Stufen: Einfacher, Mittlerer und schwerer Hörverlust. Die Hörgeräte-Versorgungen, die von der IV finanziert wird unterscheidet sich von der Versorgung der AHV einerseits in der unterschiedlichen Gewichtung der Kriterien, andererseits

durch die Höhe der Mindeststufe der Versorgungsberechtigung. Während bei der IV ab 25 Punkten eine Versorgungsberechtigung besteht, hat der AHV Bezüger erst ab 40 Punkten Anspruch auf eine einfache Versorgung, d.h. Indikationsstufe I. Bei den Indikationsstufen II (50-75 Punkte) und III (76-100 Punkte) unterscheiden sich die Punkte der Versorgungsberechtigung jedoch nicht. Bei der Versorgung mit zwei Hörgeräten, welche nur von der IV übernommen wird, müssen zwei von den folgenden drei Kriterien erfüllt sein um anspruchsberechtigt zu sein.

- Der Unterschied des Hörverlustes zwischen rechts und links beträgt weniger als 30 Prozent.
- Der Unterschied des Diskriminationsverlustes im Sprachtest in Ruhe zwischen rechts und links beträgt weniger als 30 Prozent.
- Der Unterschied der Sprachhörschwelle⁶⁹ zwischen links und rechts beträgt weniger als 40 dB.

Deutschland

In Deutschland setzt die Verordnung von Hörgeräten eine Untersuchung durch einen HNO-Arzt einschließlich einer Erhebung der Anamnese sowie eine ton- und sprachaudiometrische Bestätigung der Kommunikationsbehinderung voraus. Der tonaudiometrische Hörverlust muss auf dem besseren Ohr 30 dB oder mehr betragen, in mindestens einer der Prüffrequenzen zwischen 500 und 3000 Hz. Zudem darf die Verstehensquote für einsilbige Wörter auf dem besseren Ohr bei 65 dB nicht größer als 80 Prozent sein (bei sprachaudiometrischer Überprüfung mit Kopfhörern). Bei einseitiger Schwerhörigkeit muss der tonaudiometrische Hörverlust bei 2000 Hz oder bei mindestens zwei Prüffrequenzen zwischen 500 und 3000 Hz mindestens 30 dB betragen. Die Versorgung kann binaural erfolgen wenn durch diese Versorgung gegenüber der monauralen Versorgung das Sprachverstehen im Störgeräusch um mindestens 10 Prozentpunkte steigt oder das Richtungshören verbessert wird.

Österreich

Um in Österreich eine Hörgeräteversorgung vergütet zu erhalten, müssen folgende drei Bedingungen erfüllt sein⁷⁰:

- Eine operative Hörverbesserung ist nicht möglich oder nicht erfolgversprechend.
- Der Hörverlust im Tonaudiogramm beträgt auf dem besseren Ohr bei einer der Prüffrequenzen zwischen 500 und 3000 Hz mindestens 30dB.
- Die Verständlichkeit für Einsilber, geprüft monaural über Kopfhörer, beträgt bei 65 dB Sprachschallpegel maximal 80 Prozent.

Zusätzlich müssen folgende Anforderungen erfüllt sein, damit es zu einer binauralen Versorgung kommt: Die Hörstörung muss beidseits effektiv versorgbar sein; Beide Hörgeräte müssen vom Anspruchsberechtigten gleichzeitig getragen und allenfalls unter Mithilfe einer Betreuungsperson sachgerecht bedient werden; Die Verbesserung des Sprachverstehens gegenüber der einseitigen Versorgung muss bei 65 dB Nutzschaall und 60 dB Störschaall um mindestens 10-Prozentpunkte, wenigstens jedoch um 20 Prozent vom Ausgangswert der einseitigen Versorgung verbessert werden.

⁶⁹ Die Hörschwelle ist der Schalldruckpegel, der gerade noch wahrgenommen werden kann. Die Hörschwelle ist frequenzabhängig. Am empfindlichsten ist das menschliche Ohr im Bereich von 2000 Hz bis 5000 Hz. Hörprüfungen können mittels Audiogramm erfolgen, bei welchem für jedes Ohr die frequenzspezifischen Hörschwellen ermittelt werden. Zusätzlich ist nach dem Ausmass der Schwerhörigkeit zu differenzieren. Dieses wird anhand der Hörschwelle auf dem besser hörenden Ohr in den Hauptsprachfrequenzen (500 Hz bis 4000 Hz) in Anlehnung an den Vorschlag der europäischen Expertengruppe (EU Concerted Action on Genetics of Hearing Impairments) eingeteilt in: geringgradige Schwerhörigkeit bei einer Hörschwelle zwischen 20 dB und 40 dB, mittelgradige Schwerhörigkeit bei einer Hörschwelle zwischen 40 dB und 70 dB, hochgradige Schwerhörigkeit bei einer Hörschwelle zwischen 70 dB und 95 dB und Ertaubung (synonym Hörrestigkeit oder Resthörigkeit) bei einer Hörschwelle über 95 dB.

⁷⁰ Österreichische Gesellschaft für Hals-, Nase-, und Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie (1998).

Im Einzelfall, wenn unter Berücksichtigung der persönlichen Lebenssituation das Richtungshören (die Orientierung) signifikant verbessert wird, kann ebenfalls eine binaurale Versorgung erfolgen.

Neben der Standardversorgung gibt es aber auch eine Sonderversorgung, welche in drei Klassen unterteilt ist. Für die Gewährung der Sonderversorgung in eine dieser Klassen, müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

- Klasse 1: Restgehör und an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit. (Tonaudiogramm ab 500Hz; Hörverlust > 70dB⁷¹ und kein Sprachverstehen für Einsilber bei Pegel unter 95 dB)
Ausnahme: Messung ab 1000 Hz ausserhalb des Messbereiches, diesfalls kann im Tieftonbereich der Hörverlust auch < 70 dB sein.
- Klasse 2: Steilabfall⁷² ≥ 40 dB in einer Oktave zwischen 500 Hz und 4000 Hz oder wannenförmiger Hörverlust > 30 dB, Breite mindestens 2 Oktaven oder eingeschränkter Restdynamikbereich < 35 dB in mehr als 1 Oktave zwischen 500 Hz und 4000 Hz (unabhängig von der Hörschwelle)
- Klasse 3: Sonderversorgung aus beruflichen Gründen⁷³ bei
 - Tätigkeit in häufig wechselnden Geräuschsituationen und/oder
 - Kommunikation mit mehreren Personen und/oder
 - erhöhtem Störschall.

Bei Gewährung von Sonderversorgung im Rahmen von medizinischen Massnahmen der Rehabilitation aus beruflichen Gründen sein die jeweils geltenden Bestimmungen der Versicherungsträger zu beachten.

Frankreich

In Frankreich ist eine ärztliche Verschreibung erforderlich. Nicht nur Ohrenärzte sondern auch andere Ärzte können Hörgeräte verschreiben. Die Entscheidung ob und in welcher Weise eine Behandlung erfolgt liegt beim Arzt.

Italien

In Italien sind folgende Bedingungen für die Kostenübernahme der SSN relevant. Erwachsenen muss eine Invalidität von mehr als 34 Prozent attestiert werden. Die Invalidität bezieht sich auf alle Möglichen «Schwächen». Wenn nur eine Hörschwäche vorliegt, muss diese sehr stark sein um die 34 Prozent Invalidität zu erreichen. Liegt keine andere Behinderung vor, ist die Hörbehinderung erst bei 80 dB erreicht, was einer höchstgradigen Schwerhörigkeit entspricht. Bei Minderjährigen und Senioren werden permanenten Schwierigkeiten bei der Erledigung der altersgerechten Tätigkeiten anerkannt.

Dänemark

In Dänemark sind die audiologischen Kriterien für eine Versorgungsberechtigung wie folgt festgelegt. Bei Hörverlust 30 dB oder mehr, in der Frequenz 1000, 2000 oder 4000 Hz, entweder in durchschnitt oder bei 2 dieser Frequenzen. Zusätzlich werden Kriterien wie die Arbeitsfähigkeit, die soziale Integration und die Freizeit betrachtet.

⁷¹ Höchstgradig Schwerhörig ab 70 dB.

⁷² Hochtenschwerhörigkeit: Das Innenohr ist an der Basis geschädigt (http://www.rwb-essen.de/uploads/media/Hochtenschwerhoerigkeit_Def.pdf). Schwierig zu behandeln.

⁷³ Wird individuell beurteilt.

Grossbritannien

In Grossbritannien ist es massgeblich dem Arzt oder dem Akustiker überlassen, ob er eine Hörschwäche als durch ein Hörgerät behandelbares Handicap betrachtet oder nicht. Auch die Entscheidung ob eine monaurale oder eine binaurale Behandlung erfolgt, liegt beim Arzt oder beim Akustiker.

9.4 Definition von Hörbeeinträchtigung⁷⁴

In einem Audiogramm wird der Hörverlust (Dezibel) in Abhängigkeit von der Tonhöhe der Prüftöne (Hertz) eingetragen. Oft hören Mitmenschen mit beiden Ohren nicht gleich. Mit verschiedenen eingestellten Hörgeräten versucht die Akustikerin, der Akustiker dies auszugleichen. Für die Berechnung des mittleren Hörverlusts werden die Frequenzen 500 Hz, 1'000 Hz, 2'000 Hz und 4'000 Hz einbezogen. Diese gelten als Hauptsprachbereich der Vokale und Konsonanten unserer Sprache. Eine Beeinträchtigung in diesen vier Frequenzen stellt eine Einschränkung der Kommunikation dar.

Als «schwerhörig» werden Personen bezeichnet, die eine verminderte Hörfähigkeit besitzen, aber noch imstande sind, akustische Eindrücke und Sprache – eventuell mit Hilfe von Hörgeräten – über das Ohr aufzunehmen.

Folgende Einstufungen von Schwerhörigkeit werden verwendet:

Tab. 9-2 Stufen von Schwerhörigkeit

Bezeichnung	dB
Normalhörend	0 – 20
Geringgradige Schwerhörigkeit	20 – 40
Mittelgradige Schwerhörigkeit	40 – 55
Hochgradige Schwerhörigkeit	55 – 70
Höchstgradige Schwerhörigkeit	70 – 90
Taub oder an Taubheit grenzend(e Resthörigkeit)	Über 90

Quelle: Kantonaler Audiopädagogischer Dienst Bern

⁷⁴ Gemäss Kantonalem Audiopädagogischen Dienst Bern

9.5 Methodische Grundlagen zum Vergleich des gesamtwirtschaftlichen Preisniveaus

Um internationale Preisvergleiche durchführen zu können, werden die berechneten Preisniveaus zunächst in Purchasing Power Parities (PPPs) überführt. Ein PPP gibt an, wie viele Einheiten der lokalen Währung man aufwenden muss, um lokal ein Gut zu erwerben, das man im Referenzland für eine Einheit der dortigen Währung ausgeben müsste. Dieser Wert entspricht dem Wechselkurs zwischen beiden Währungen, wenn das Preisniveau in beiden Ländern identisch wäre. Man spricht teilweise auch davon, dass die PPP dem «fairen» Wechselkurs entsprechen. Dies zeigt, dass die PPP alleine über wenig Aussagekraft bezüglich eines Vergleichs von Preisniveaus in verschiedenen Ländern verfügen, und für eine Interpretation immer der tatsächliche Devisenwechselkurs herangezogen werden muss. Dies führt zum Konzept der Comparative Price Levels (CPLs). Diese ergeben sich durch Division der PPPs mit dem tatsächlichen Devisenwechselkurs. Sie stellen also das lokale Preisniveau als Prozentsatz des Preisniveaus des Referenzlandes unter Berücksichtigung des aktuellen Devisenwechselkurses dar.

Betrachtet man die von Eurostat in Zusammenarbeit mit der OECD veröffentlichten Comparative Price Levels (CPLs) für die Gesamtwirtschaft, zeigt sich, dass das Schweizer Preisniveau deutlich über dem der Vergleichsländer liegt und lediglich ab dem Jahr 2004 von Dänemark übertroffen wird. So lagen die Preise im Jahr 2008 in Deutschland durchschnittlich 17.2 Prozent tiefer, in Frankreich durchschnittlich 11.2 Prozent tiefer, in Österreich durchschnittlich 13.7 Prozent tiefer und in Grossbritannien mit durchschnittlich 19.7 Prozent und Italien mit durchschnittlich 18.8 Prozent deutlich unterhalb des Schweizer Niveaus. Die Schweiz wird 2008 jedoch von Dänemark um durchschnittlich 11.8 Prozent übertroffen.

Purchasing Power Parities and Comparative Price Levels

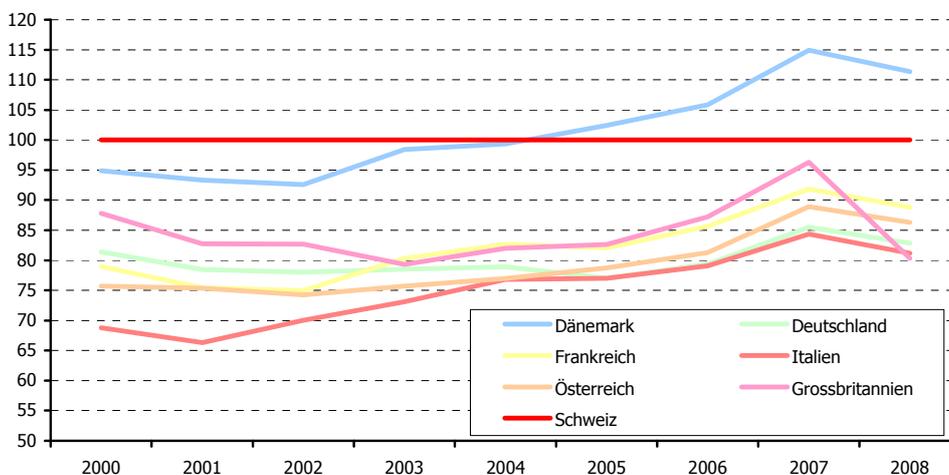
Gemäss Definition der OECD sind Purchasing Power Parities (PPPs) in ihrer einfachsten Form als Preisrelation definiert, welche den Quotienten von Preisen in nationalen Währungen für ein und dasselbe Gut in verschiedenen Ländern ausdrückt.

Das Konzept setzt also bei den relativen Austauschverhältnissen auf Produktebene an. Kostet Gut X beispielsweise in Deutschland 2.5 Euro und in der Schweiz 4 Franken, so resultiert ein PPP von 1.6 Schweizer Franken pro Euro. Das bedeutet, dass man für jeden Euro, den man in Deutschland für Gut X ausgibt in der Schweiz 1.6 Schweizer Franken ausgeben muss, um dieselbe Menge des Gutes X zu bekommen.

Gemäss OECD sind Comparative Price Levels (CPLs) als Quotient der PPPs und dem Devisenwechselkurs definiert. Sie stellen eine Messgrösse für die Preisdifferenzen zwischen Ländern dar, und zwar als Einheiten einer gemeinsamen Währung, die man im jeweiligen Land benötigt, um dieselbe Menge eines Gutes zu erwerben.

CPLs werden üblicherweise als Index dargestellt, der für das Referenzland auf 100 indexiert ist. Im obigen Beispiel beträgt das Preisniveau für das Gut X bei einem unterstellten Devisenwechselkurs von 1.5 Schweizer Franken pro Euro in der Schweiz $(1.6 \text{ CHF}/\text{€} / 1.5 \text{ CHF}/\text{€}) * 100 = 106.7$ (CPL Deutschland=100).

Abb. 9-2 Comparative Price Levels für die Gesamtwirtschaft 2000-2008



In Prozent des Schweizer Preisniveaus
 Quelle: Eurostat, OECD

Diese Entwicklung scheint nicht sonderlich verwunderlich und dürfte Spiegelbild der guten Entwicklung der Dänischen Wirtschaft und des hohen Konsumsteuersatzes sein. Unterbrochen durch eine kleine Rezession 2003 lag das Wirtschaftswachstum in Dänemark vergleichsweise hoch, was auch den Anstieg des allgemeinen Preisniveaus teilweise erklärt. Insgesamt hat sich die relative preisliche Position der Schweiz im Zeitablauf verbessert. Bestätigt wird diese Entwicklung durch den vergleichsweise geringen Anstieg des Konsumentenpreisindex. So weist die Schweiz seit 2001 einen durchweg geringeren Anstieg des Konsumentenpreisindex auf als die Vergleichsländer. Grund für diese Entwicklung ist die erfolgte Marktöffnung im Schweizer Detailhandel und die damit verbundene Zunahme der Wettbewerbsintensität. Weitere preisdämpfende Faktoren sind die generelle Reduktion von Handelschranken, wie z.B technische Handelshemmnisse, und die Verschärfung des Wettbewerbsrechts in der Schweiz.

9.6 Entwicklung exogener Einflussfaktoren im Überblick

Tab. 9-3 Übersicht Entwicklung wichtiger exogener Faktoren 2000 - 2009

	Schweiz	Deutschland	Österreich	Italien	Grossbrit.	Frankreich	Dänemark
Inflation	+7.9	+15	+16.5	+20.2	+17.7	+17.7	+17.2
BIP pro Kopf (real)	+9.1	+10.4	+13.5	+1.6	+15.1	+8.1	+8.7
Bevölkerung	+8.1	-0.6	+4.2	+5.7	+4.7	+6.1	+3.4
Bevölkerung über 65 Jahre	+20.6	+24.7	+17.9	+17.3	+12.9	+17.3	+12.8

Veränderung in Prozent

Quelle BAKBASEL, nationale statistische Ämter

9.7 Abkürzungen

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (Österreich)
BFS	Bundesamt für Statistik
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BKUVG	Beamten- Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (Österreich)
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
BSVG	Bauern Sozialversicherungsgesetz (Österreich)
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPL	Comparative Price Levels
CSG	Contribution Sociale Généralisée
dB	Dezibel
EFK	Eidgenössische Finanzkontrolle
EVG	Eidgenössischen Verwaltungsgericht
GKV	Gesetzlichen Krankenversicherung (Deutschland)
GSVG	Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz (Österreich)
HHI	Herfindahl-Hirschmann-Index
HIMSA	Hearing Instrument Manufacturer Software Association
HIMPP	Hearing Instrument Manufacturer Patent Partnership
Hz	Hertz
IV	Invaliden Versicherung
METAS	Bundesamt für Metrologie
MV	Militärversicherung
NHS	National Health Service
PPP	Purchasing Power Parity
SSN	Servicio Sanitaris Nazionale
UV	Unfallversicherung