



# Hilfsmittelpolitik zu Gunsten der Behinderten

Evaluation der Abgabe von Hörmitteln  
in der IV und AHV



## Impressum

<b>Bestelladresse</b>	Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK)
<b>Adresse de commande</b>	Monbijoustrasse 45, CH - 3003 Bern
<b>Order address</b>	<a href="http://www.efk.admin.ch/">http://www.efk.admin.ch/</a>
<b>Bestellnummer</b>	
<b>Numéro de commande</b>	1.5153.318.00099.06
<b>Zusätzliche Informationen</b>	Fachbereich 6 „Wirtschaftlichkeitsprüfung und Evaluation“
<b>Complément d'informations</b>	E-mail: <a href="mailto:claudio.courbat@efk.admin.ch">claudio.courbat@efk.admin.ch</a>
<b>Further informations</b>	Tel. +41 31 323 10 53
<b>Originaltext</b>	Deutsch
<b>Texte original</b>	Allemand
<b>Original text</b>	German
<b>Zusammenfassung</b>	Deutsch (« Das Wesentliche in Kürze »)
<b>Résumé</b>	Français (« L'essentiel en bref »)
<b>Abstract</b>	English (« Key facts »)
<b>Abdruck</b>	Gestattet (mit Quellenvermerk)
<b>Reproduction</b>	Autorisée (merci de mentionner la source)
<b>Reproduction</b>	Authorised (please mention the source)

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit und im Verständnis, dass beide Geschlechter gemeint sind, verwendet der Text bei personenbezogenen Begriffen nur die männliche Form.



## Hilfsmittelpolitik zu Gunsten der Behinderten Evaluation der Abgabe von Hörmitteln in der IV und AHV

### Das Wesentliche in Kürze

---

Gemäss Bundesgesetz werden in der Invalidenversicherung (IV) Hilfsmittel in **einfacher** und **zweckmässiger** Ausführung abgegeben. Durch eine andere Ausführung verursachte zusätzliche Kosten hat der Versicherte selbst zu tragen.

In der IV werden den Versicherten, welche die medizinischen Kriterien erfüllen, Hörgeräte zum Preis von bis 1'570 Franken (einfache monaurale<sup>1</sup> Versorgung) und bis 4'065 Franken (sehr komplexe binaurale Versorgung) abgegeben. In diesen Beträgen sind neben den Hörgeräten auch die Dienstleistungen der Akustiker inbegriffen (6-8 Konsultationen). Dazu kommen die Ausgaben der Sozialversicherungen für zwei obligatorische medizinische Expertisen von ca. 750 Franken pro Versorgung. Für Kinder sind umfangreichere Versorgungen vorgesehen. Die Schweizerische IV verfügt damit wahrscheinlich weltweit über eines der grosszügigsten und besten Versorgungssysteme (medizinisch und technisch).

Die AHV übernimmt nur die Kosten einer monauralen Versorgung, und sieht ausserdem eine Selbstbeteiligung des Versicherten von 25% vor. Die Batteriekosten und die Reparaturen werden in der IV übernommen, nicht aber in der AHV. In der IV kann man in der Regel alle sechs Jahre eine neue Versorgung beantragen, in der AHV alle fünf Jahre. Ca. 90% der Erstversorgungen erfolgen nach Erreichen des 50. Altersjahres.

Die Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) beschloss im April 2006, eine Evaluation der Abgabe von Hilfsmitteln in der IV und der AHV am Beispiel der Hörgeräte durchzuführen. Hörmittel stellen einen bedeutenden Ausgabenposten der beiden Sozialversicherungen dar. In den letzten Jahren haben diese Ausgaben stark zugenommen.

### **Gute Tragerate und hohe Zufriedenheit mit Hörgeräten**

Die Tragerate ist ein Indikator für den Nutzen der Hörgeräte. Eine wissenschaftliche, repräsentative Befragung von Hörgeräteträgern aus dem Jahr 2006 attestierte die hohe Qualität des Schweizerischen Versorgungsmodells. 85% der ca. 9'000 Antwortenden trugen ihre Hörgeräte regelmässig, d.h. entweder täglich oder mindestens einen Tag pro Woche. Nur 3% benutzten ihre Hörgeräte nie. 5% der binauralen Versorgten verwendeten nur eines der beiden Hörgeräte.

Mit einer Tragerate von ca. 85% gehört die Schweiz zu den Ländern mit der höchsten regelmässigen Nutzung von Hörgeräten. Der Anteil nicht genutzter Hörgeräte ist im Vergleich zu anderen Ländern niedrig. Auch die Zufriedenheit ist im Vergleich zu anderen Studien hoch.

Die Untersuchung dokumentierte ebenfalls kleine, aber statistisch signifikante Unterschiede bei Tragedauer und Zufriedenheit zwischen den monaural und den binaural Versorgten bei symmetrischem Hörverlust. Die EFK stellt fest, dass der Unterschied beim Nutzen klein, die Mehrausgaben aber bedeutend sein können.

---

<sup>1</sup> *monaural = an einem Ohr; binaural = an beiden Ohren.*



Ob das gute Versorgungssystem zur besseren beruflichen Integration von Hörbehinderten als in vergleichbaren Ländern führt, wurde nicht geprüft. In der Tat gibt es viele andere wichtige Faktoren, welche den Integrationserfolg beeinflussen können.

### **Massives und unkontrolliertes Ausgabenwachstum**

In den Jahren 1995-2005 haben sich die Ausgaben für Hörmittel in der IV und AHV verdoppelt, womit sie bedeutend stärker zugelegt haben als die generellen Gesundheitsausgaben.

In der Sozialversicherungsstatistik 2005 wurden für IV und AHV total 114 Mio. Franken für Hörmittel ausgewiesen. Hinzu kamen Ausgaben der IV und AHV von 23 Mio. Franken für die notwendigen medizinischen Expertisen. Diese Ausgaben wurden vorher noch nie ausgewiesen. Die EFK schätzt, dass Versicherte in der Schweiz bereit sind, mittels Zuzahlungen in der Grössenordnung von 60 Mio. Franken pro Jahr eine bessere Versorgung zu finanzieren als durch den Expertenarzt verschrieben. Die Vollkostenrechnung der EFK zeigt, dass die totalen direkten Ausgaben für Hörmittelversorgungen in der Schweiz jährlich über 200 Mio. Franken betragen (2005).

### **Im internationalen Vergleich stark medikalisierte und umfassende Dienstleistungspalette**

In der Schweiz sind bei der Versorgung mit Hörgeräten zwei umfassende medizinische Expertisen und 6-8 Konsultationen beim Akustiker die Regel. Die Vergütungen der IV für die Dienstleistungen der Akustiker (Anpassung und Service) sind in der Schweiz drei- bis viermal höher als in Deutschland und machen bei Versorgungen zwischen 970 und 1'965 Franken aus. Der Katalog der IV-finanzierten Akustiker-Leistungen ist umfassend. Zum Beispiel wird auch die vergleichende Anpassung bei zuzahlungspflichtigen Hörgeräten abgegolten. Die Gesetzmässigkeit dieser Bezahlung ist unklar. Die Vergütungen an die Expertenärzte sind im TARMED definiert. Diese Vergütungen sind in der Schweiz zwei- bis dreimal höher als in den beiden Vergleichsländern Norwegen und Deutschland. Die Frage stellt sich, ob diese umfassende Dienstleistungspalette noch dem Kriterium der Einfachheit entspricht.

### **Gegenüber den Leistungserbringern ein relativ schwaches BSV**

Die Informationsasymmetrie zwischen BSV und Leistungserbringern ist als bedeutendes Problem zu bezeichnen. Bei den Tarifverhandlungen 1999 besass das BSV nur unzulängliche, unabhängige Informationen für die Berechnungen der Dienstleistungspauschale an die Akustiker. Bei der Berechnung der notwendigen Zeit für die Dienstleistungen waren das BSV und der Preisüberwacher auf die Informationen der Akustikerbranche angewiesen. Der Tarifberechnung wurden sehr kleine Akustikergeschäfte zu Grunde gelegt, die Zuzahlungen der Versicherten wurden nicht mit berücksichtigt. Internationale Vergleiche wurden keine vorgenommen. Dieser Tarif, der eine Kostenreduktion von 25% versprach, wurde in dieser Form vom Preisüberwacher akzeptiert und legitimiert. Die Evaluation der EFK zeigt, dass die BSV-Zielsetzung mit dem Hörgerätetarif 1999 nicht erreicht worden ist. Während über sieben Jahren blieb der Tarifvertrag unverändert, obschon die Hörmittel-Technologie und der Markt sich rasant änderten. Erst im Jahr 2006 und dank dem Druck des Preisüberwachers, der Medien und der Politik war eine Senkung des Tarifs für die Hörgeräte (Hardware) möglich. Die Vergütung der Dienstleistungen der Akustiker ist jedoch seit 1999 unverändert geblieben.

Die EFK stellt fest, dass die Informationsasymmetrie bei den Tarifverhandlungen den Handlungsspielraum des BSV einschränkt, und das BSV begrenzte Möglichkeiten hat, die finanziellen Interessen der Sozialversicherung wirkungsvoll geltend zu machen. Die Analyse der Urteile des Eid-



genössischen Versicherungsgerichts (EVG) durch die EFK zeigt allerdings, dass das BSV seinen Handlungsspielraum wiederholt ausgenützt hat, um die Ausgaben der Sozialversicherung zu begrenzen. In 13 von 18 analysierten EVG-Urteilen wurde jedoch eine „Mehrversorgung“ gutgeheissen. Das BSV hat zum Beispiel erfolglos versucht, die Rückvergütung der Batteriekosten in der IV abzuschaffen.

### **Starke Mengenzunahme in den letzten Jahren – grosses Marktpotenzial für die Zukunft**

Das Geschäft mit Hörmitteln verzeichnet wachsende Umsätze und Gewinne. Die Akustikerbranche expandiert stark, die Anzahl Expertenärzte hat in den letzten Jahren ebenfalls zugenommen. Die Anzahl Bezüger von Hörmitteln hat sich zwischen 1995-2005 fast verdoppelt. Neben einer Mengenzunahme ist auch das Versorgungsniveau erhöht worden. Die Anzahl der IV/AHV-Versorgungen hat im Zeitraum 2001-2005 mit 27% zugelegt, die binauralen Versorgungen der IV mit ganzen 73%. Gemäss Statistik des Grossistenverbands der Hörmittelbranche ist die Anzahl umgesetzte Hörgeräte in nur zwei Jahren um 20% gestiegen. Ausserdem werden vermehrt teure Hörgeräte umgesetzt.

Die grössere Bereitschaft eine Hörbehinderung durch das Tragen von Hörgeräten erkennen zu lassen, muss als positiv eingestuft werden, da es die Integration in die Gesellschaft fördert. Experten, auf welche sich die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beruft, schätzen den Anteil Personen mit Hörproblemen in der Bevölkerung in Westeuropa auf ca. 10%. Die Höhe des Bedarfs an Hörgeräten in der Bevölkerung ist jedoch nicht wissenschaftlich belegt. In der Schweiz gab es im Jahr 2002 gemäss Gesundheitsbefragung ca. 156'000 erwachsene Hörgeräteträger. Die Hörmittelindustrie und die Leistungserbringer sagen dem Hörmittel-Markt ein grosses Wachstumspotenzial voraus. Durch geeignete Massnahmen muss das BSV sicherstellen, dass die Sozialversicherung in Zukunft prioritär die Leistungen finanziert, welche den grössten Nutzen bringen.

Die EFK hat mehrere systembedingte Faktoren für das Ausgabenwachstum identifiziert, welche Anhaltspunkte für konkrete Massnahmen zur besseren Ausgabenkontrolle liefern.

### **Anreize für bestmögliche statt einfache Versorgungen**

Im jetzigen System überwiegen die Anreize für eine bestmögliche statt einfache Versorgung. Die Rolle der Expertenärzte ist zentral, da die Abgabe durch die Sozialversicherungen immer medizinisch indiziert ist. Die Analyse der EFK zeigt, dass im Laufe von wenigen Jahren eine starke Indikationsverschiebung von kostengünstigen auf kostenintensive Versorgungen stattgefunden hat. Die medizinischen Richtlinien haben sich in diesem Zeitraum nicht verändert - die medizinische Praxis hingegen in Richtung kostspieligere Versorgungen. In den Jahren 2001-2005 ist der Anteil der Hörgeräteausgaben in der teuersten Indikationsstufe von 36% auf 50% gewachsen. Dieses Bild ergibt sich ebenfalls in den Kantonen. Eine zentrale Zielsetzung des Hörgerätetarifs 1999 für IV und AHV (50% der Versorgungen in der mittleren Indikationsstufe) ist damit nicht erfüllt worden. Ebenfalls bemerkenswert ist die Verschiebung in Richtung binaurale Versorgungen. Diese nahmen in den entsprechenden vier Jahren in der IV von 57% auf 73% zu. Diese Verschiebungen haben in wenigen Jahren bedeutende Mehrausgaben für die Sozialversicherung generiert. Das jetzige System schafft Anreize zu immer aufwändigeren Versorgungen. Können solche Versorgungen noch als einfach und zweckmässig gemäss Gesetzgebung qualifiziert werden?

Es gibt zahlreiche Beispiele von Hörgeräten, welche schon nach ein bis zwei Jahren Marktpräsenz im Preis fallen und damit bedeutend kostengünstiger abgegeben werden könnten. Die Akustiker



haben aber Anreize, die kostspieligsten Geräte zu verkaufen. Die Versicherten leisten in der Schweiz in grossem Ausmass Zuzahlungen, um die neueste Technologie zu erwerben. Mindestens die Hälfte der umgesetzten Hörgeräte sind kostspieliger als die verschriebenen Modelle.

Die Schweiz verfügt mit der IV und der AHV über zwei sehr unterschiedliche Systeme für die Abgabe von Hörmitteln. Bei den Hilfsmitteln gibt es die Besitzstandwahrung für AHV-Versicherte, welche sich erstmals im IV-Alter versorgen lassen. Die Ausgaben für Hörmittel in der Altersgruppe 60-64 Jahren haben im Zeitraum 2001-2005 mehr als doppelt so rasch zugenommen als in den Altersgruppen zuvor und danach. Der Besitzstand schafft falsche Anreize und führt zur Ungleichbehandlung zwischen Versicherten kurz vor und kurz nach der Pensionierung.

### **Änderungen notwendig**

Die EFK stellt fest, dass die Ausgaben der IV für Hörmittel enorm zugenommen haben, und das BSV Massnahmen zur verbesserten Kostenkontrolle ergreifen muss. Die EFK hat mehrere systeminhärente Faktoren identifiziert und quantifiziert, welche für das Ausgabenwachstum verantwortlich sind. Dem Kriterium der Einfachheit der Hörmittelversorgungen muss in Zukunft mehr Rechnung getragen werden. Es gibt zu wenig Anreize zur Sparsamkeit im Umgang mit den Mitteln der Sozialversicherung.

Die EFK schlägt daher vor, das System zu vereinfachen (administrative Einsparungen) und damit auch besser steuerbar zu machen. Dies kann erreicht werden, indem der Leistungskatalog auf das Notwendige („Einfache und zweckmässige Hilfsmittel“) reduziert wird und das dreistufige Indikationssystem und der Besitzstand bei Hörmitteln abgeschafft werden. Der Leistungskatalog der Akustiker und der Expertenärzte muss neu definiert werden mit dem Ziel, Doppelspurigkeiten zu beseitigen und unnötige Leistungen und Untersuchungen zu streichen. Ein laufendes Ausgabencontrolling ist eine Notwendigkeit.

Es liegt in der Kompetenz des BSV, die Ausgaben mit geeigneten Massnahmen in den Griff zu bekommen. Wenn das BSV auch in Zukunft die Federführung bei den Tarifen, dem Katalog der Leistungen und den medizinischen Richtlinien ausüben will, hat es sich das erforderliche Know-how zu beschaffen. Beispielsweise muss das BSV bei der Analyse der Leistungen und Tarife systematisch juristische, medizinische, audiologische und ökonomische Expertise beiziehen. Wenn ein Wissensbeizug nicht möglich ist, ist die Überführung der Hörmittel in die Krankenversicherung zu prüfen.

In diesem Sinn formuliert die EFK **acht Empfehlungen** mit einem gesamten, jährlichen Sparpotenzial von bis 36 Mio. Franken (siehe Kapitel 8). Die demographische Alterung der Bevölkerung und die bessere Akzeptanz von Hörgeräten führen dazu, dass der Druck auf die Sozialversicherungen weiter steigt. Umso wichtiger ist die rechtzeitige Umsetzung geeigneter Massnahmen, um die Wirtschaftlichkeit der Hörmittelabgabe zu gewährleisten. Das BSV äussert sich in seiner Stellungnahme zur Umsetzung der Empfehlungen positiv. Freilich will es den Besitzstand und das dreistufige Indikationsmodell nicht abschaffen, da dies seiner Ansicht nach einem Leistungsabbau gleichkäme. Die Empfehlung der EFK, das dreistufige Indikationsmodell zu beseitigen, richtet sich gegen die natürliche Tendenz, Versorgungen der höchsten Indikationsstufe zu verschreiben. In Zukunft sollte gemäss Empfehlung der EFK für Fälle, bei denen besondere Leistungen der Sozialversicherung notwendig sind, eine schriftliche ärztliche Begründung verlangt werden.



## Politique d'octroi de moyens auxiliaires aux personnes handicapées Evaluation de l'attribution de moyens auditifs à l'AI et à l'AVS

### L'essentiel en bref

---

En vertu de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), les moyens auxiliaires remis aux assurés doivent être des modèles **simples** et **adéquats**. Les coûts supplémentaires liés à d'autres modèles sont pris en charge par l'assuré.

Dans l'AI, les assurés remplissant les critères médicaux requis se voient attribuer des appareils acoustiques dont le prix varie de 1 570 francs (fourniture monaurale<sup>2</sup> simple) à 4 065 francs (fourniture binaurale complexe). Ces montants comprennent les appareils eux-mêmes et les prestations fournies par les audioprothésistes (six à huit consultations). S'y ajoutent les dépenses de l'assurance sociale liées aux deux expertises médicales obligatoires, qui s'élèvent à environ 750 francs par expertise. Quant aux enfants, ils bénéficient de prestations plus étendues. Le système suisse constitue probablement l'un des systèmes d'appareillage les plus performants et les plus généreux du monde (tant sur le plan médical que technique).

L'AVS prend en charge les coûts d'un seul appareil acoustique, avec une participation de l'assuré de 25 %. Les frais de batteries et de réparations sont couverts par l'AI mais pas par l'AVS. En général, un nouvel appareil acoustique peut être commandé tous les six ans dans l'AI et tous les cinq ans dans l'AVS. Dans 90 % des cas, c'est après avoir atteint l'âge de 50 ans que les assurés touchent leurs premiers appareils.

En avril 2006, le Contrôle fédéral des finances (CDF) a décidé de procéder à une évaluation de l'octroi de moyens auxiliaires par l'AI et l'AVS portant sur l'attribution des appareils acoustiques. Ces derniers constituent en effet pour les deux assurances un poste de dépenses important qui a fortement augmenté au cours des dernières années.

### **Bon taux d'utilisation et degré de satisfaction élevé**

Le taux d'utilisation reflète l'utilité des appareils acoustiques. Une enquête scientifique représentative menée en 2006 atteste l'excellente qualité du système suisse d'octroi d'appareils acoustiques. 85 % des quelque 9 000 personnes interrogées ont admis porter régulièrement leur appareil acoustique, soit tous les jours ou au moins une fois par semaine. Seules 3 % d'entre elles ne le portent jamais. 5 % des personnes munies d'un équipement binaural n'utilisent qu'un seul des deux appareils.

Avec un taux d'utilisation de 85 %, la Suisse compte parmi les pays où des appareils acoustiques sont utilisés le plus régulièrement. La proportion des appareils non utilisés est faible en comparaison avec d'autres pays. Le degré de satisfaction est lui aussi élevé par rapport aux résultats d'autres études.

L'enquête a également démontré des différences faibles, mais statistiquement significatives concernant la durée d'utilisation et le degré de satisfaction entre les appareils monauraux et les appareils binauraux en cas de perte symétrique de l'audition. Le CDF a constaté que si les diffé-

---

<sup>2</sup> *monaural: pour une seule oreille; binaural: pour les deux oreilles*





rences de satisfaction et d'utilisation sont faibles, une fourniture binaurale génère des dépenses supplémentaires importantes.

L'enquête ne fournit pas de données indiquant si un bon système d'attribution d'appareils acoustiques contribue ou non à une meilleure intégration professionnelle des personnes malentendantes, en comparaison avec d'autres pays. Dans la pratique, il existe de nombreux autres facteurs importants qui influencent les chances d'intégration professionnelle.

### **Croissance des dépenses massive et incontrôlée**

Entre 1995 et 2005, les dépenses de l'AI et de l'AVS consacrées aux appareils acoustiques ont doublé, affichant ainsi une croissance nettement supérieure aux dépenses de santé.

Selon la statistique 2005 sur les assurances sociales, 114 millions au total ont été dépensés par l'AI et l'AVS pour des appareils acoustiques. S'y ajoutent les dépenses que les deux assurances ont effectuées pour les expertises médicales à hauteur de 23 millions de francs. Jusqu'ici, ces dépenses n'avaient jamais été mises en évidence. Le CDF estime que les assurés suisses sont disposés à payer un supplément - au total 60 millions de francs par année à l'échelle nationale - pour acquérir de appareils plus perfectionnés que ceux qui sont entièrement remboursés. Le calcul des coûts complets effectué par le CDF montre que les dépenses totales directes liées à la remise d'appareils acoustiques s'élèvent, en Suisse, à plus de 200 millions par année (2005).

### **Prestations multiples et très médicalisées en comparaison internationale**

En Suisse, la fourniture d'appareils acoustiques requiert, en général, deux expertises médicales complètes et six à huit consultations auprès de l'audioprothésiste. Les remboursements effectués par l'AI pour les prestations de l'audioprothésiste (adaptation et service après-vente) sont trois à quatre fois plus élevés en Suisse qu'en Allemagne et varient, selon les appareils, entre 970 et 1 965 francs. Le catalogue des prestations d'audioprothésistes financées par l'AI est très vaste. Ainsi, les prestations d'adaptation comparative avec des appareils acoustiques plus chers et dont les coûts supplémentaires sont pris en charge par l'assuré sont remboursées. La légalité de ces remboursements n'est pas évidente. Les remboursements destinés aux médecins-experts sont définis dans le TARMED. Ils sont deux à trois fois plus élevés en Suisse que dans les deux pays comparés, à savoir la Norvège et l'Allemagne. La question qui se pose est de savoir si cette palette complète de prestations répond encore au critère de la simplicité.

### **L'OFAS en position de faiblesse par rapport aux fournisseurs de prestations**

L'asymétrie de l'information entre l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) et les fournisseurs de prestations doit être considérée comme un problème majeur. Lors des négociations tarifaires de 1999, les informations dont l'OFAS disposait pour le calcul des forfaits destinés aux audioprothésistes n'étaient pas suffisamment indépendantes. L'OFAS et la Surveillance des prix dépendaient des informations fournies par les audioprothésistes pour le calcul du temps nécessaire à l'exécution des prestations. Le calcul du tarif a été fondé sur des cabinets d'audioprothésistes de taille modeste et ne prend pas en compte les suppléments payés par les assurés. Aucune comparaison internationale n'a été effectuée. Ce tarif qui promettait une réduction des coûts de 25 %, a été accepté et légitimé tel quel par la Surveillance des prix. L'évaluation effectuée par le CDF montre que l'objectif visé par l'OFAS en ce qui concerne le tarif 1999 des appareils acoustiques n'a pas été atteint. La convention tarifaire est restée inchangée pendant sept ans, bien que les technologies et le marché aient considérablement évolué entre-temps. Ce n'est qu'en 2006, grâce à la





pression de la Surveillance des prix, des médias et des responsables politiques qu'une réduction du tarif des appareils acoustiques (matériel) a pu être effectuée. L'indemnisation des prestations des audioprothésistes est toutefois restée la même depuis 1999.

Le CDF constate que l'asymétrie de l'information liée aux négociations tarifaires restreint la marge de manœuvre de l'OFAS; ce dernier ne dispose donc que de possibilités limitées pour défendre efficacement les intérêts financiers de l'assurance sociale. En revanche, l'analyse des arrêts du Tribunal fédéral des assurances que le CDF a effectuée montre que l'OFAS a utilisé à plusieurs reprises sa marge de manœuvre pour limiter les dépenses de l'assurance sociale. Dans 13 des 18 arrêts prononcés, le Tribunal a toutefois approuvé la remise d'appareils plus chers. L'OFAS a, par exemple, tenté sans succès de supprimer le remboursement par l'AI des piles d'appareils acoustiques.

### **Forte hausse des ventes ces dernières années - potentiel de croissance élevé à l'avenir**

Le marché des appareils acoustiques génère des bénéfices croissants. Le secteur des audioprothésistes est en pleine expansion et le nombre des médecins-experts a augmenté au cours des dernières années. Le nombre des personnes utilisant un appareil acoustique a presque doublé entre 1995 et 2005. La qualité de l'appareillage s'est elle aussi accrue. La fourniture de prestations dans le cadre de l'AI et de l'AVS a augmenté de 27 % entre 2001 et 2005. La remise d'appareils binauraux par l'AI a augmenté de 73 %. Selon les statistiques de l'association des grossistes en appareils acoustiques, le nombre des appareils remis à des assurés s'est accru de 20 % rien qu'en deux ans, et la demande est de plus en plus forte en ce qui concerne les appareils plus chers.

En portant un appareil acoustique en public, les personnes concernées montrent qu'elles acceptent leur handicap. Il s'agit là d'une évolution positive qu'il convient de saluer, car elle favorise l'intégration dans la société. Les experts mandatés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estiment qu'environ 10 % de la population d'Europe occidentale souffre de problèmes d'ouïe. Les besoins en appareils acoustiques au sein de la population ne sont toutefois pas déterminés scientifiquement. Une enquête de santé réalisée en 2002 a révélé qu'en Suisse, environ 156 000 personnes adultes portaient un appareil acoustique. Les fabricants d'appareils acoustiques et les fournisseurs de prestations estiment que le marché présente un fort potentiel de croissance. En prenant des mesures appropriées, l'OFAS devra veiller, à l'avenir, à ce que l'assurance sociale finance prioritairement les prestations les plus utiles.

Le CDF a identifié plusieurs facteurs systémiques de croissance des dépenses qui fournissent des indices sur les mesures concrètes à prendre pour mieux gérer les dépenses.

### **Incitations à attribuer les meilleurs modèles plutôt que les plus simples**

Le système actuel met davantage l'accent sur l'excellence plutôt que sur la simplicité des modèles. Les médecins-experts jouent un rôle central sur ce plan, car la remise des appareils acoustiques par les assurances sociales est toujours basée sur leurs indications. L'analyse effectuée par le CDF montre que, les indications médicales sur le niveau d'handicap glissent progressivement vers le niveau le plus élevé. Bien que les directives médicales n'aient pas changé durant ce laps de temps, la pratique a évolué en faveur d'indications élevées. Entre 2001 et 2005, la part des dépenses consacrées aux appareils acoustiques du niveau d'indication supérieur a augmenté de 36 à 50%. Cette même situation se retrouve dans les cantons. Un des principaux objectifs visés par le tarif de 1999 pour les appareils acoustiques à la charge de l'AI et de l'AVS (50% des appareils



fournis relevant du niveau moyen) n'a donc pas été atteint. Le même constat s'applique aux moyens auxiliaires binauraux, dont le nombre à charge de l'AI est passé de 57 à 73% entre 2001 et 2005. En quelques années, ce phénomène a généré des dépenses supplémentaires significatives pour l'assurance sociale. Le système actuel incite à attribuer des appareils toujours plus coûteux. Ces appareils peuvent-ils encore être qualifiés, comme le dit la loi, de «simples et adéquats»?

Souvent, le prix des appareils acoustiques chute après une ou deux années de présence sur le marché: on réaliserait des économies importantes en les attribuant à ce moment-là. Les audioprothésistes ont toutefois intérêt à vendre les appareils les plus coûteux et un grand nombre d'assurés en Suisse paient des suppléments pour acquérir les technologies les plus récentes. La moitié au moins des appareils acoustiques remis à des assurés coûtent plus cher que les modèles prescrits.

En Suisse, la remise de moyens auditifs fonctionne selon deux systèmes très différents: celui de l'AI et celui de l'AVS. Toutefois, les assurés de l'AI qui acquièrent un appareil acoustique avant d'atteindre l'AVS bénéficient de la garantie des droits acquis. Les dépenses consacrées aux moyens auditifs attribués au groupe des 60 à 64 ans ont augmenté deux fois plus vite, entre 2001 et 2005, que pour les groupes d'âge précédent et suivant. La garantie des droits acquis crée des effets pervers et induit une inégalité de traitement entre les assurés qui vont bientôt atteindre l'âge de la retraite et ceux qui viennent de l'atteindre.

### **Des modifications sont nécessaires**

Selon le CDF, les dépenses consacrées par l'AI aux moyens auditifs ont considérablement augmenté et l'OFAS doit mettre en œuvre des mesures visant à mieux contrôler ces coûts. Le CDF a identifié et quantifié plusieurs facteurs inhérents au système et responsables de l'accroissement des dépenses. A l'avenir, il faudra prendre davantage en compte le critère légal de simplicité des appareils acoustiques attribués. Il existe trop peu d'incitations à économiser les moyens financiers de l'assurance sociale.

C'est pourquoi le CDF propose de simplifier le système (économies administratives) afin de le rendre mieux gérable. Cet objectif peut être atteint en réduisant au nécessaire le catalogue des prestations (attribution simple et adéquate) et en supprimant le système d'indication médicale à trois niveaux ainsi que la garantie des droits acquis pour les moyens auditifs. Le catalogue des prestations fournies par les audioprothésistes et les médecins-experts doit être redéfini dans le but de supprimer les doubles emplois et les prestations ou les examens inutiles. Un controlling de l'évolution des dépenses est une nécessité.

L'OFAS a la compétence de maîtriser les dépenses en prenant des mesures appropriées. S'il entend, à l'avenir, continuer d'exercer le contrôle sur les tarifs, le catalogue des prestations et les directives médicales, il doit se procurer le savoir-faire adéquat, c'est-à-dire mandater systématiquement une expertise (par exemple juridique, médicale, audiologique et économique) lors de l'analyse des prestations et des tarifs. Dans le cas contraire, la possibilité de transférer vers l'assurance-maladie les compétences liées aux moyens auditifs devra être étudiée.

Le CDF émet à ce propos huit recommandations, pour un potentiel d'économies annuelles s'élevant jusqu'à 36 millions de francs (cf. chapitre 8). Le vieillissement de la population et la meilleure acceptation des appareils acoustiques exerce une forte pression sur les assurances sociales. Des mesures doivent être prises afin de garantir une gestion économe des dépenses en matière de remise des appareils acoustiques. Dans sa prise de position, l'OFAS s'exprime de manière positive



sur l'application des recommandations. Toutefois, il ne souhaite pas éliminer la garantie des droits acquis et le système d'indication médicale à trois niveaux, car il y voit un démantèlement des prestations. En ce qui concerne le système d'indication, la recommandation du CDF vise à éviter la tendance naturelle de glisser vers le niveau le plus élevé en demandant au médecin de justifier par écrit pourquoi des prestations plus importantes sont requises.

**Texte original en allemand**



## Federal Policy on appliances for the disabled

Evaluation of the provision of hearing aids in invalidity insurance (IV) and in old age and survivors' insurance (AHV)

### Key facts

---

In accordance with federal legislation, in invalidity insurance (IV), aids with a simple and purposeful specification will be provided. Additional costs caused by any other specification will be borne by the insured person.

In invalidity insurance (IV), insured persons who meet the medical criteria will be provided with a hearing aid up to the price of CHF 1,570 (simple monaural unit) and up to CHF 4,065 (very complex binaural unit). Aside from the hearing aids, included in these amounts are also the services of the acoustician (6-8 consultations). Added to this, are the social insurance costs for two compulsory medical specialist's reports of approximately CHF 750. More complex provisions are envisaged for children. Thus Swiss invalidity insurance globally provides probably one of the best and most generous schemes (medically and technically).

The old age and survivors' insurance (AHV) covers only the costs relating to a monaural fitting and in addition it makes provision for cost-sharing amounting to 25% by the person insured. The battery costs and repairs are covered in invalidity insurance (IV) but not in the old age and survivors' insurance (AHV). As a rule in invalidity insurance (IV) one can apply for a new unit every six years, in old age and survivors' insurance (AHV) every five years. Approximately 90% of those acquiring a unit for the first time do so when they are older than 50.

In April 2006, the Swiss Federal Audit Office (SFAO) took the decision to carry out an evaluation of the provisions of aids in invalidity insurance (IV) and old age and survivors' insurance (AHV) using hearing aids as an example. Hearing aids are a significant expense item of both social insurances and these expenditures have sharply increased in the last few years.

### **Good level of use and high level of satisfaction**

The level of use is an indicator for the utility of hearing aids. A representative, scientific investigation in 2006 confirmed the high quality of the Swiss provision model. 85% of the approximately 9,000 respondents wore their hearing aids regularly, i.e. either daily or at least on one day per week. Only 3% never wore their hearing aids. 5% of those with binaural units used only one of both units.

With a level of use of approximately 85%, Switzerland belongs to those countries with the highest regular use of hearing aids. The number of unused hearing aids is low in comparison to other countries. Even the level of satisfaction is high in comparison to other studies.

The investigation documents small but statistically significant differences in the case of duration of use and the level of satisfaction between the monaural and binaural provisions in the case of symmetrical hearing loss. The SFAO noted that the difference in usage was small but the additional expense, however, could be considerable.

Whether or not the good system lead to those with impaired hearing being better integrated in working life than in comparable countries was not examined. But there are indeed many other, important factors which can influence successful integration.



### **Massive and uncontrolled spending growth**

From 1995-2005 expenditures on hearing aids in invalidity insurance (IV) and old age and survivors' insurance (AHV) doubled, whereby they went up considerably more than health care costs.

In the 2005 social insurance statistics, a total of CHF 114 million was reported for hearing aids in invalidity insurance (IV) and old age and survivors' insurance (AHV). Added to this, are the IV and AHV expenditures for the required medical specialist's reports amounting to CHF 23 million. Up to now these expenditures were never revealed. The SFAO estimates that insured parties in Switzerland are willing to finance better services than are prescribed by specialists through additional payments amounting to approximately CHF 60 million per annum. The SFAO's full costing calculation shows that total direct expenditures for supplying hearing aids in Switzerland amounts to over CHF 200 million per annum (2005).

### **In an international perspective strongly medicalised and extensive range of services**

When supplying hearing aids in Switzerland, two extensive medical reports and 6-8 consultations with the acoustician are required as a rule. IV allowances relating to acoustician services (fitting and servicing) are three to four times higher than in Germany and in the case of supplying the hearing aids, amounts to between CHF 970 and CHF 1,965. The catalogue of acoustician services financed by the IV is extensive. For example, the comparative fitting is covered by the invalidity insurance also in the case of hearing aids provided at private initiative. The legality of this coverage is sketchy. Allowances paid to specialists are covered in the TARMED medical tariff agreement. These allowances are three to four times higher in Switzerland than in the two countries under comparison - Norway and Germany. The question is whether this comprehensive range of services satisfies the criteria of simple specification.

### **Against the service providers, the Federal Social Insurance Office (FSIO) is relatively weak**

The information asymmetry between the Federal Social Insurance Office and the service providers should be denoted as a significant problem. In the tariff negotiations in 1999, the FSIO had only insufficient, independent information for calculating the service flat rate to acousticians. In calculating the time required for the services, the FSIO and the price supervisor were dependent upon the information from the acousticians. In calculating the tariff, very small acoustician transactions were used as a basis, and the additional payments from the insured parties were not taken into account. No international comparisons were carried out. This tariff which promised to reduce costs by 25%, was accepted and authorised in this form by the price supervisor. The SFAO evaluation shows that the objective of the FSIO with the 1999 hearing aid tariff was not reached. For more than seven years the tariff agreement remained unchanged whereas hearing aid technology and the market expenditures underwent rapid changes. Finally in 2006, and thanks to pressure from the price supervisor, the media and politics, it was possible for hearing aid (hardware) tariffs to be reduced. Remuneration for acoustician services has remained unchanged since 1999.

The SFAO notes that the information asymmetry in the tariff negotiations restricted the room for manoeuvre of the Federal Social Insurance Office (FSIO), and that the FSIO has limited possibilities to effectively assert the financial interests of social insurance. The analysis of the judgements of the Federal Insurance Court by the SFAO reveal in contrast that the FSIO time and again capitalised on its room for manoeuvre so as to restrict the expenditures of social insurance. In 13 out of



18 Federal Insurance Court judgements, additional provisions were approved. The FSIO, for example attempted without success to abolish reimbursement of battery costs in IV.

### **High increase in numbers in the last few years – important market potential for the future**

Turnover and profits are showing growth in the hearing aid business. There has been strong growth in the acoustician sector and even the number of medical specialists has gone up in the last few years. The number of people benefiting from hearing aids nearly doubled from 1995-2005. Along with the increase in numbers, the supply levels also increased. The number of hearing aids supplied by the IV/AHV increased 27% in the period from 2001-2005, binaural hearing aids from the IV were up by as much as 73%. According to the statistics of the association of wholesalers, the number of hearing aids sold increased by 20% in just two years and increasingly expensive hearing aids are the ones being sold.

The greater acceptance of hearing handicaps witnessed by hearing aids being worn must be categorised as positive because it promotes integration in society. Experts, referred to by the World Health Organisation (WHO) estimate the proportion of people with hearing problems in the population at large in Western Europe to be approximately 10%. However, the requirements of the population in terms of hearing aids have not been scientifically supported. There were approximately 156,000 adults wearing hearing aids in 2002 in Switzerland according to a health survey. The hearing aid industry and the service providers see tremendous growth potential in the hearing aid market. The Federal Social Insurance Office (FSIO) must ensure through appropriate measures that in future social insurance gives priority to financing the services which are of the greatest utility.

The SFAO has identified several system-inherent factors concerning expenditure growth which provide leads for specific measures for improved expenditures controls.

### **Incentives for best possible units instead of simple units**

The current system is clearly dominated by incentives for best-possible units instead of simple units. The role of specialists is crucial because distribution by social insurance is always indicated on a medical basis. The analysis of the SFAO shows that in the course of just a few years there has been a clear move away from indicating low-priced units to more expensive ones. The medical guidelines have not changed during this period but medical practice has changed towards more costly units. Between 2001 and 2005 the proportion of hearing aid expenditure in the most expensive category indicated grew from 36% to 50%. This picture is reflected in the cantons as well. A central goal of the 1999 hearing aid tariff for IV and AHV (50% of the units indicated to be from the middle category) has thus not been fulfilled. In addition the move towards binaural units is striking. The numbers of these units increased in the corresponding years in IV from 57% to 73%. In just a few years these shifts have generated significant additional expenditures for social insurance. The current system provides incentives for ever more complicated provisions. Can these provisions continue to be qualified as ones with simple and purposeful specifications in accordance with legislation?

There are countless examples of hearing aids which, after being on the market for a year or two, drop in price and thus may be provided more inexpensively. However, the acousticians are given incentives to sell the most costly appliances and the insured persons in Switzerland to a large extent make additional payments so as to acquire the latest technology. At least half of the hearing aids sold are more costly than the models prescribed.



With the IV and the AHV, Switzerland has two very different systems for distributing hearing aids. Nonetheless there is, in the case of aids, the guaranteed acquisition of rights for AHV insured parties who initially received hearing aids under IV. The expenditures on hearing aids in the 60-64 years age group increased twice as fast between 2001 – 2005 as the age groups just below and above this category. The acquired rights provide false incentives and lead to unequal treatment of insured parties shortly before and after retirement.

### **Policy changes are needed**

The SFAO notes that IV expenditures on hearing aids have risen enormously and that the FSIO must introduce improved cost control measures. The SFAO has identified and quantified several system-inherent factors which are responsible for the expenditure increases. The criteria of simplicity when supplying hearing aids must in future be increasingly taken into account. There are not enough incentives concerning economy with the resources of the social insurance.

The SFAO thus recommends that the system should be simplified (administrative savings) and thereby making it easier to control. This can be achieved by restricting the catalogue of services to those which are necessary (element of simplicity) and abolishing the three-tier system of indications and the acquired rights in the case of hearing aids. The catalogue of services of the acousticians and the specialists must be redefined with the goal of abolishing duplication in addition to eliminating unnecessary services and examinations. Continuous expenditure controlling is a necessity.

It is within the powers of the FSIO to get a grip on expenditures using appropriate measures. If the FSIO wishes to retain control also in the future of tariffs, the catalogue of services and medical guidelines, it must acquire the know how, i.e. for example by referring systematically to legal, medical, audiological and economic reports when examining services and tariffs. Should this not be the case, then shifting hearing aids to health insurance should be examined.

With this in mind, the SFAO has made eight recommendations with an annual savings potential of up to CHF 36 million (cf. chapter 8). The demographic ageing of the population and the improved acceptance of hearing aids have lead to pressure being placed on social insurance and measures are required to guarantee the economy of the provision of hearings aids.

The Federal Social Insurance Office has commented positively on the implementation of the recommendations. But it does not want to abolish the acquired rights and the three-tier indication model because this would, in its opinion, amount to cutbacks in benefits. The SFAO's recommendation to abolish the three-tier indication model is directed at the natural tendency to prescribe provisions from the most expensive indication category. In accordance with the recommendations of the SFAO, in cases where special social insurance benefits are needed, a written, medical explanatory statement will be required.

**Original text in German**





## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>4</b>
1.1	Warum dieses Thema?	4
1.2	Die Abgabe von Hörgeräten der IV und AHV	5
1.3	Vorgehen	6
1.4	Durchführung der Evaluation	8
<b>2</b>	<b>Die Abgabe von Hilfsmitteln und Hörgeräten der IV und AHV</b>	<b>9</b>
2.1	Hilfsmittel in der Botschaft zum IVG 1958	9
2.2	Anspruchsbedingungen der IV	11
2.3	Medizinische Richtlinien bei der Abgabe von Hörgeräten	13
2.4	Die Tarifverträge für Hörmittel	17
2.5	Anspruchsbedingungen der AHV	22
2.6	Ergänzungsleistungen	24
2.7	Gerichtsurteile des EVG	24
2.8	Fazit - hohe Vergütungen und fehlende Anreize zur Sparsamkeit	26
<b>3</b>	<b>Beteiligte und Betroffene</b>	<b>28</b>
3.1	Die IVST (IVST)	28
3.2	Das BSV	29
3.3	Die Wettbewerbskommission (WEKO)	32
3.4	Der Preisüberwacher	32
3.5	Die Medizinaltarifkommission (MTK)	34
3.6	Die Berufsorganisationen	35
3.7	Behindertenorganisationen	37
3.8	Fazit	40
<b>4</b>	<b>Anzahl und Kosten der Hörmittel</b>	<b>42</b>
4.1	Hörmittel - Ausgaben und Bezüger	42
4.2	Hörgeräte - Ausgaben und Versorgungen	47
4.3	Marktentwicklung gemäss Grossistenverband	51
4.4	Medizinische Expertisen	51
4.5	Vollkostenrechnung für Hörmittel in der Schweiz	52
4.6	Preisvergleiche	53



4.7	Fazit - hohe und stark steigende Ausgaben für Hörmittel	56
<b>5</b>	<b>Ursachen des Ausgabenwachstums bei Hörmitteln</b>	<b>58</b>
5.1	Aussagen der Begleitgruppe zu den Ursachen des Kostenwachstums	58
5.2	Preiseffekt und Mengeneffekt	59
5.3	Die endogenen und exogenen Einflussfaktoren	60
5.4	Fazit - mehrschichtige Ursachen und Begründungen	65
<b>6</b>	<b>Nutzung, Nutzen und Zufriedenheit</b>	<b>67</b>
6.1	Hintergrund und Fragestellung	67
6.2	Fazit	68
<b>7</b>	<b>Schlussfolgerungen - Antwort auf die fünf Fragen der Evaluation</b>	<b>70</b>
7.1	Während der Evaluation vom BSV umgesetzte Massnahmen	76
7.2	Gemeinsamkeiten zwischen Hörmitteln und Hilfsmittel	77
<b>8</b>	<b>Empfehlungen der EFK</b>	<b>79</b>

#### Zusatzdokument

Bertoli, S. und Probst, R: Hörgeräte-Tragerate in der Schweiz, 2007. Siehe: [www.efk.admin.ch](http://www.efk.admin.ch)

#### Anhänge

Anhang 1:	Stellungnahme des Bundesamtes für Sozialversicherungen.....	84
Anhang 2:	Abkürzungen.....	86
Anhang 3:	Rechtsgrundlagen und Bibliographie.....	87
Anhang 4:	Organigramm des BSV pr. 1.1.2007 .....	91
Anhang 5:	Sparpotenziale .....	92
Anhang 6:	Interviewte Personen und Mitglieder der Begleitgruppe.....	93
Anhang 7:	Wirkungsmodell	

#### Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Unterschiede zu Deutschland und Norwegen .....	10
Tabelle 2:	Unterschiede zu Deutschland und Norwegen .....	12
Tabelle 3:	Indikationsstufen.....	14
Tabelle 4:	Taxpunkte der Expertenärzte .....	16
Tabelle 5:	Unterschiede zu Deutschland und Norwegen .....	16



Tabelle 6:	Preislimiten gemäss Hörgerätetarif 2006, exklusiv MWST .....	19
Tabelle 7:	Unterschiede zu Deutschland und Norwegen .....	21
Tabelle 8:	Zusammenfassung der Hauptunterschiede bei der IV / AHV.....	22
Tabelle 9:	Vergütungen für monaurale Versorgungen und Vergütungen an Expertenärzte in Norwegen, Deutschland und der Schweiz.....	26
Tabelle 10:	Unterschiede zu Deutschland und Norwegen .....	36
Tabelle 11:	Entwicklung der Ausgaben der IV, für individuelle Massnahmen, für Hilfsmittel und für Hörmittel. 2001-2005. In Mio. Franken.....	43
Tabelle 12:	Anzahl Bezüger von Hörmitteln in IV und AHV. 1995-2005.....	44
Tabelle 13:	Ausgaben für Hörmittel nach Altersgruppe. 2001-2005. In Mio. Franken .....	44
Tabelle 14:	Ausgaben für Hörgeräte und Dienstleistungen der Akustiker. 2001-2005.....	47
Tabelle 15:	Durchschnittliche Ausgaben für Versorgungen der IV und AHV . 2001-2005.....	48
Tabelle 16:	Hörgeräte in der Indikationsstufe 3 nach Kanton in Prozent. 2000-2005.....	49
Tabelle 17:	Anzahl monaurale und binaurale Versorgungen der IV und AHV. 2001-2005.....	50
Tabelle 18:	Hörgeräte nach Typ. 2003-2005.....	51
Tabelle 19:	Hörgeräte nach Indikationsstufe. 2003-2005. ....	51
Tabelle 20:	Hörmitteltarif 1999 - Ziele und Realitäten .....	56
Tabelle 21:	Abhängige Variablen .....	58
Tabelle 22:	Mengen- und Preiseffekt.....	59
Tabelle 23:	Komponenten der Mengenausweitung in IV und AHV .....	59
Tabelle 24:	Übersicht über exogene Faktoren .....	62
Tabelle 25:	Totalausgaben für Hörmittel nach Alter. Observierte und normierte Werte. 2005 .....	65
Tabelle 26:	Die systembedingten Faktoren des Ausgabenwachstums.....	66
Tabelle 27:	Feststellung der EFK: Stärken und Schwächen der Systeme.....	74
Tabelle 28:	Zusammenfassung des Sparpotenzials der Empfehlungen der EFK .....	92

#### Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Ablauf einer Hörgeräte-Anpassung .....	18
Abbildung 2:	Ausgaben für Hörmittel der IV und AHV. 1995-2005. In Mio. Franken .....	43
Abbildung 3:	Anzahl Bezüger und Totalausgaben für Hörmittel nach Alter. 2005. ....	45
Abbildung 4:	Alter zum Zeitpunkt der Erstversorgung.....	46
Abbildung 5:	Ausgaben der IV und der AHV für Hörgeräte. 2001-2005.....	48
Abbildung 6:	Ausgaben für Hörgeräte (inkl. Dienstleistungen) nach Indikationsstufe in Prozent, 2001-2005.....	49
Abbildung 7:	Anteil binaurale Versorgungen der IV.....	50
Abbildung 8:	Ausgaben für Gutachten der Expertenärzte. 1994-2005.....	52
Abbildung 9:	Direkte Ausgaben für die Versorgung mit Hörmitteln. 2005.....	53
Abbildung 10:	Exogene und endogene Faktoren des Ausgabenwachstums.....	60
Abbildung 11:	Ausgaben für Hörmittel und andere Hilfsmittel, IV und AHV, 2004.....	77



## 1 Einleitung

### 1.1 Warum dieses Thema?

Die Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) hat in ihrem Prüfprogramm 2005 eine Evaluation der Hilfsmittelvergütungen der Invalidenversicherung (IV) und der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) vorgesehen. Da neben der IV auch die AHV und andere Versicherungen (SU-VA und private Unfallversicherer, Militärversicherung, Ergänzungsleistungen und Krankenversicherungen) in diesem Bereich tätig sind, hat die EFK auch die Hilfsmittelvergütungen dieser Versicherungen in die Vorarbeiten der Evaluation mit einbezogen. Die gesamten Hilfsmittelausgaben der IV betragen im Jahr 2005 rund 261.6 Mio. Franken, diejenigen der AHV 94 Mio. Franken<sup>3</sup>, total 355.6 Mio. Franken.

Die EFK beschloss im April 2006, die Evaluation der Hilfsmittel am Beispiel der Hörgeräte durchzuführen, und dies mit folgender Begründung:

1. Hörmittel sind ein bedeutender Ausgabenposten der Hilfsmittel in der IV und AHV. Die Ausgaben für Hörmittel beliefen sich im Jahr 2005 in der IV auf 47.2 Mio., in der AHV auf 66.9 Mio. Franken<sup>4</sup>. Zusammen sind dies 114,1 Mio. Franken oder 32 % der Hilfsmittelausgaben dieser beiden Sozialversicherungen.
2. Das Ausgabenwachstum lag bei Hörmitteln im Zeitraum 1995-2005 bei 82%. Dies entspricht einem durchschnittlichen, jährlichen Wachstum von 6.2%. Die Kosten des Gesundheitswesens haben in einem vergleichbaren Zeitraum um ca. 50% zugenommen.
3. Der Hörgerätetarif von 1999 sollte laut BSV zu Kostensenkungen führen.
4. Hörgeräte sind im Verhältnis zu anderen Hilfsmitteln relativ standardisiert und somit vergleichbar. Die Branche ist international tätig, komparative Studien sind daher möglich.
5. Die technologische Entwicklung von analogen zu digitalen und von „hinter dem Ohr-“ zu „im Ohr-Geräten“ führte zu verbesserter Funktionalität und besserer Akzeptanz bei Hörbehinderten. Experten, auf welche sich die WHO beruft, schätzen den Anteil Personen mit Hörproblemen in Westeuropa auf 10%. Gemäss Gesundheitsbefragung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) gab es im Jahr 2002 ca. 156'000 erwachsene Träger von Hörgeräten. Die Eindeckung mit Hörgeräten ist in Norwegen und Deutschland höher als in der Schweiz<sup>5</sup>. In Norwegen wurden 2005 bedeutend mehr Hörgeräte abgegeben als in den beiden Vergleichsländern<sup>6</sup>. Das Marktpotenzial für Hörgeräte ist gross; gemäss Hörgeräteindustrie in der Schweiz ein Mehrfaches der heutigen Nutzung.

---

<sup>3</sup> *IV-Statistik 2006. AHV-Statistik 2006.*

<sup>4</sup> *Zahlen des BSV, siehe Bericht Kapitel 4.*

<sup>5</sup> *Exakte Zahlen sind nicht zugänglich, aber gemäss Interviews der EFK sind in Norwegen ca. 3.7% der Bevölkerung Hörgeräte-Träger, in Deutschland 3-3.5%, in der Schweiz ca. 2.2%.*

<sup>6</sup> *Exakte Zahlen sind nicht zugänglich, aber gemäss Interviews der EFK entfielen in Norwegen 76 Einwohner auf ein abgegebenes Gerät, in Deutschland 117 (2004) und in der Schweiz 131.*



Die hohen Preise und der fehlende Wettbewerb bei Hilfsmitteln der Invalidenversicherung waren in der Vergangenheit mehrmals Gegenstand von Vorstössen im Parlament und Schlagzeilen in den Medien. Bei der Evaluation wurden folgende Hauptfragen geprüft:

**1. Fördert das System die Abgabe von einfachen und zweckmässigen Hörgeräten?**

**2. Warum sind die Ausgaben für Hörgeräte in IV und AHV in den letzten Jahren so stark gestiegen?**

**3. Wie schneidet das schweizerische System der Abgabe von Hörgeräten im Vergleich zum Ausland ab (am Beispiel von Deutschland und Norwegen)?**

**4. Nimmt das Bundesamt für Sozialversicherungen seinen Handlungsspielraum genügend wahr?**

**5. Werden die notwendigen Massnahmen getroffen, um die tatsächliche Nutzung von Hörgeräten zu gewährleisten?**

Überschneidungen mit den aktuellen Tarifverhandlungen und den geplanten Arbeiten des BSV wurden möglichst vermieden. Ein neuer Tarifvertrag für Hörmittel wurde mit Wirkung ab 1. Juli 2006 durch die Akustikerverbände und die Versicherer unterschrieben. Eine totale Revision des Abgabesystems ist seitens des BSV für 2008 vorgesehen. Diese Evaluation der EFK beinhaltet im letzten Kapitel Empfehlungen wie man ein zukünftiges System gestalten sollte.

## 1.2 Die Abgabe von Hörgeräten der IV und AHV

In der IV werden Hörgeräte für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit oder einer Tätigkeit im Aufgabenbereich (wie Arbeit im Haushalt), für die Schulung, die Aus- und Weiterbildung abgegeben. Die Abgabe durch die IV und der Kostenbeitrag durch die AHV sind von einer medizinischen Bedarfsabklärung (Expertise) abhängig. Der Anspruch auf die Versorgung mit Hörgeräten, beidseitig und zuzahlungsfrei, besteht für versicherte Personen bis zum Bezug der Altersrente. Die Besitzstandsgarantie gewährleistet, dass der Anspruch auf die Leistungen der IV auch später erhalten bleibt. Findet der Erstbezug jedoch erst im AHV-Alter statt, gewährt die AHV-Rentnern bei hochgradiger Schwerhörigkeit einen Kostenbeitrag von 75% an ein Hörgerät (monaural). Ein zweites Hörgerät (binaural) hat der Versicherte eventuell selber zu bezahlen. Die AHV-Versicherten haben dabei weiter einen Selbstbehalt von 25% zu übernehmen.

### **Herr Schweizer geht zum Akustiker ...**

Herr Schweizer wurde darauf aufmerksam gemacht, dass er nicht gut höre. Beim Jassen im Restaurant hatte er mehrmals gemerkt, dass er dem Gespräch seiner Partner nicht gut folgen konnte. Ein gleichaltriger Kollege hatte auch schon ein Hörgerät durch die IV bezogen und dieser empfahl ihm, dem Hörproblem nachzugehen. Das Akustikergeschäft im Quartier, in welchem Herr Schweizer wohnt, bietet gratis Hörtests an. Herr Schweizer geht an einem Samstag zur Untersuchung vorbei. Der Akustiker führt im Hörlabor einen Hörtest durch und stellt aufgrund des Tonaudiogramms fest, dass ein beidseitiger Hörverlust vorliegt. Der Akustiker informiert Herrn Schweizer, der 63 Jahre alt ist, dass er sein Hörvermögen von einem Expertenarzt untersuchen lassen sollte, und zusammen füllen sie eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen aus, die bei der zuständigen IVST eingereicht wird. Der Akustiker verfügt über eine Liste der Expertenärzte in der Um-



gebung, aus welcher Herr Schweizer einen auswählt und konsultiert. Einige Wochen später trifft Herr Schweizer zur Untersuchung ein. Der Arzt untersucht die Ohren von Herrn Schweizer. Er befragt ihn über eventuelle Hörprobleme bei seiner Arbeit und im täglichen Leben. Der Arzt orientiert Herrn Schweizer, dass er an einem beidseitigen Hörverlust leidet (Hochton-Steilabfall) und dass er, obwohl der Hörverlust nicht als schwer eingestuft wird, aufgrund verbesserter Technologie und neuerer IV-Richtlinien Anspruch auf ein Hörgerät der höchsten Indikationsstufe 3 hat. Der Expertenarzt stellt eine Erstexpertise aus, welche er der IVST zusendet. Einige Wochen später wird Herr Schweizer von seinem Akustikergeschäft kontaktiert und zu einer vergleichenden Anpassung von Hörgeräten eingeladen. Beim Akustiker werden Herrn Schweizer mehrere Alternativen vorgeschlagen, auch ein zuzahlungsfreies Hörgerät wird mehrere Tage ausprobiert. Das Einsetzen des Gerätes in das Ohr, das Ersetzen der Batterien und die Reinigung werden ihm erklärt. Der Akustiker empfiehlt Herrn Schweizer einige Hörübungen für zu Hause; allfällige Fragen und Probleme solle er sich während des Probetragens notieren. Herr Schweizer entscheidet sich für ein Gerät der oberen Preisklasse, ein Hinter-dem-Ohr Gerät mit einer so genannten offenen Anpassung, obwohl er für diese beiden modernen Geräte einen Selbstbehalt von 1'400 Franken tragen muss. Der Akustiker orientiert Herrn Schweizer darüber, dass er lebenslang, auch im AHV-Alter, alle sechs Jahre durch die IV Hörgeräte für beide Ohren beziehen kann (Besitzstand) und dass Reparaturen gratis sind. Bei Problemen mit seinem Gerät könne er jederzeit vorbeikommen; der Service sei ebenfalls inbegriffen. Der Akustiker hat das Gerät speziell für Herrn Schweizer programmiert. Herr Schweizer geht mehrmals beim Akustiker vorbei, um Feineinstellungen am Gerät vornehmen zu lassen und auch kleinere Reparaturen durchführen zu lassen. Herr Schweizer wird vom Expertenarzt zur Schlussexpertise aufgeboten. Beim Expertenarzt werden Hörtests mit Hörgerät durchgeführt und Herr Schweizer wird über die Zufriedenheit mit dem Hörgerät und der Information des Akustikers befragt. Der Arzt sagt Herrn Schweizer, dass er die Schlussexpertise bestanden habe und diese der IVST zusenden werde, mit der Empfehlung, beide Hörgeräte zu vergüten. Einige Wochen später erhält Herr Schweizer von der IV die Verfügung und die Kostengutsprache von 4'065 Franken für die Hörgeräte. Weiter erhält er die Rechnung des Akustikers für den Selbstbehalt von 1'400 Franken.

### 1.3 Vorgehen

Die Machbarkeitsstudie vom 7. April 2006 zeigt das geplante Vorgehen auf, um die Evaluationsfragen zu beantworten<sup>7</sup>. Fünf methodologische Module wurden vorgesehen:

#### **Modul 1: Dokumentenanalyse und Leitfadeninterviews**

**Zweck:** Leitfadeninterviews und Dokumentenanalysen sind für die Beantwortung aller Fragen notwendig, insbesondere die Hauptfragen 1 (Abgabe „einfacher und zweckmässiger“ Hörhilfen) und 4 (Handlungsspielraum des BSV).

**Vorgehen:** Literaturhinweise und Namen der interviewten Personen für die ca. 30 durchgeführten Interviews sind im **Anhang 6** zu finden

---

<sup>7</sup> Siehe das Wirkungsmodell im **Anhang 7**.



### **Modul 2: Statistische Analyse**

**Zweck** der statistischen Analyse ist es, vor allem die Hauptfrage 2 über die Ausgabenkomponenten und Ursachen für die Kostenzunahmen zu beantworten. Gleichzeitig gibt dieses Modul die Basisinformationen/-daten für die Beantwortung der Hauptfrage 3.

**Vorgehen:** Das BSV hat der EFK Datensätze über Hörmittel und Hörgeräte, vor allem für die Jahre 2000-2005 geliefert. Ausserdem hat die EFK von der Zentralen Ausgleichsstelle (ZAS) die Daten (1994-2005) für die Gutachten der Expertenärzte aufbereitet erhalten. Die EFK hat die detaillierten Datensätze mit Hilfe von ACL, SPSS und Excel bearbeitet und analysiert (siehe speziell Kapitel 3).

### **Modul 3: Juristisches Modul**

**Zweck:** Dieses Modul dient der Beantwortung der ersten Hauptfrage (Abgabe „einfacher und zweckmässiger“ Hörhilfen). Speziell untersucht wird die Frage, ob die Gerichtsurteile eher zugunsten der Versicherten oder der IV ausgefallen sind.

**Vorgehen:** Analyse der gesetzlichen Grundlagen und Voraussetzungen für die Abgabe von Hörgeräten sowie der Entscheide des Bundesgerichts betreffend Hörgeräte.

### **Modul 4: Internationaler Vergleich**

**Zweck:** In diesem Modul wird die Hauptfrage 3 beantwortet. Im Gegensatz zum Gesundheitswesen gibt es keine verlässlichen, international vergleichbaren Informationen über die Abgabesysteme von Hörgeräten in den verschiedenen Ländern.

**Vorgehen:** Das BSV hat die EFK aufgefordert, für diesen Vergleich ein Land mit einem staatsgesteuerten Abgabesystem und ein Land mit einem marktgesteuerten Abgabesystem zu wählen. Die EFK reiste nach Deutschland und Norwegen und holte relevante Informationen über die Systeme der Abgabe von Hörgeräten ein.

### **Modul 5: Umfrage und Analyse der Hörgeräte-Tragerate**

**Zweck:** Über Nutzen und Nutzung von Hörgeräten gibt es in der Schweiz keine, und international sehr wenig quantitative Informationen.

**Vorgehen:** Dr. Sibylle Bertoli und Professor Dr. Rudolf Probst, beide an der HNO-Klinik des Universitätsspitals Basel tätig, haben eine wissenschaftliche Untersuchung bei 14'000 Trägern von Hörgeräten durchgeführt. Hauptziel der Studie war die Überprüfung der Effizienz des Schweizer Versorgungsmodells anhand der Hörgeräte-Tragerate und der Zufriedenheit mit dem Hörgerät. Die Daten der Studie sollten mit in etwa vergleichbaren Studien aus anderen Ländern verglichen werden: Vergleich der Tragerate in der Schweiz mit anderen Ländern, Faktoren welche die Tragerate und Zufriedenheit beeinflussen sowie Auswirkungen der binauralen bzw. der monauralen Versorgung auf Tragerate und Zufriedenheit. Die EFK hat diese Studie mit finanziellen Mitteln unterstützt.

**Studienpopulation:** Die Studie wurde von der HNO-Universitätsklinik Basel in Zusammenarbeit mit der Hörgeräteakustiker-Kette Amplifon Schweiz AG durchgeführt (Marktanteil ca. 20%). Durchführung und Auswertung der Studie erfolgten unabhängig von Amplifon durch die HNO-Universitätsklinik Basel. Studienpopulation waren alle Kunden im Alter ab 18 Jahren, die im Zeit-





raum vom 01.01.2002 bis 30.04.2005 entweder ein neues Hörgerät erhalten oder wegen Batteriekauf oder Reparatur das Geschäft aufgesucht haben.

**Fragebogen:** Es kam ein kurz gehaltener, eigens entworfener Fragebogen mit 12 Fragen in Deutsch (Originalfassung), Französisch und Italienisch zur Anwendung. Erfragt wurden Informationen zum Hörgerät, zur Tragerate und -dauer, zur Zufriedenheit und zum Zurechtkommen sowie Gründe für die Nichtnutzung der Hörgeräte. Der erste Versand erfolgte im Juni 2005 an 14'285 Hörgeräte-Besitzer. Ein zweiter Versand an die Nonresponder (n=8'416) erfolgte am Mitte November 2005.

Die Repräsentativität der Responder-Daten für die gesamte Fragebogen-Stichprobe wurde mittels telefonischer Befragung einer Zufallsstichprobe von 300 Nonrespondern untersucht. Die Resultate dieser Befragung ermöglichen eine Schätzung der Antworthäufigkeiten der gesamten Fragebogenpopulation und somit die Korrektur eines "Non-Response-Bias".

**Hörverlust und Hörgeräte-Technologie:** Die audiometrischen Daten von Amplifon wurden mit den Daten aus der Befragung gekoppelt. Es wurden drei Hörverlust-Kategorien gebildet. Eine Einteilung in symmetrischen versus asymmetrischen Hörverlust wurde mit dem prozentualen Hörverlust vorgenommen. Die konventionellen Hörgeräte wurden von Amplifon anhand ihrer technischen Eigenschaften in sechs Hörgeräte-Kategorien eingeteilt.

**Rücklauf und Repräsentativität:** Die Gesamt-Antwortquote betrug 62% (n=8'707). Die Repräsentativität der Fragebogen-Stichprobe für die Schweizerische Gesamtpopulation der Hörgeräte-Besitzer wurde mit Hilfe von Daten der Zentralen Ausgleichsstelle (ZAS) und der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2002 überprüft. Frauen und die Altersgruppe der über 75-jährigen waren in der Fragebogen-Population überrepräsentiert, ebenso die französisch- und italienischsprachigen Kantone JU, NE, TI, VD und VS.

#### 1.4 Durchführung der Evaluation

Das Evaluationsprojekt wurde in der Zeit von Herbst 2005 bis Frühjahr 2007 durchgeführt. Die Evaluation zeigt die Situation zum Zeitpunkt Winter 2006 auf. Die in der Zwischenzeit erfolgten wichtigsten Massnahmen, namentlich die Änderung des Hörgerätetarifs im Sommer 2006, sind im Kapitel über das Abgabesystem umschrieben.

Die Verantwortung der Evaluation liegt bei der EFK, die Realisation im Fachbereich „Wirtschaftlichkeitsprüfung und Evaluation“ beauftragt hat. Das Projektteam setzte sich aus Claude Courbat (Projektleitung) und den Mitarbeiterinnen Cornelia Hänsli Marrei, Mélanie Wasem und Brigitte Schnyder von Morisch zusammen. Das Team arbeitete unter der Supervision des Fachbereichsleiters Emmanuel Sangra.

Das Evaluationsteam wurde von einer Begleitgruppe unterstützt, welche zweimal zusammengetreten ist (Zusammensetzung der Begleitgruppe siehe **Anhang 6**).

Die Kosten der Evaluation übernahm die EFK. Für das externe Mandat (Modul 5) wurden 30'000 Franken eingesetzt.

Die EFK dankt dem BSV, der Begleitgruppe und allen interviewten Personen für die gewährte wertvolle Unterstützung. Ihr Dank gilt auch der ZAS für die Hilfe bei der Aufbereitung der notwendigen Datenauszüge.



## 2 Die Abgabe von Hilfsmitteln und Hörgeräten der IV und AHV

### 2.1 Hilfsmittel in der Botschaft zum IVG 1958

Schon in der Botschaft zum neuen Gesetz zur Invalidenversicherung 1958<sup>8</sup> wird die Diskussion über die Abgabe von Hilfsmitteln in einfacher und zweckmässiger Form geführt. So vertrat die Expertenkommission damals den Standpunkt, dass die IV die Kosten der für die Eingliederung notwendigen Hilfsmittel übernehmen sollte. Um aber eine übermässige finanzielle Belastung zu vermeiden, seien nur die Kosten für die im Einzelfall einfachste und zweckmässigste Ausführung zu berücksichtigen<sup>9</sup>. Ferner sollten gewisse, sehr häufige Hilfsmittel - wie Zahnprothesen, Brillen und Schuheinlagen - ausgeschlossen werden; es sei denn, diese würden eine unerlässliche Ergänzung medizinischer Eingliederungsmassnahmen bilden. Andererseits war die Expertenkommission auch der Ansicht, dass die Invalidenversicherung Beiträge an die Kosten von Hilfsmitteln gewähren sollte, die nicht der beruflichen Eingliederung, sondern lediglich der Herstellung oder Verbesserung der körperlichen Integrität dienen<sup>10</sup>.

Der Bundesrat hingegen meinte in seiner Botschaft: „Die Gewährung von Beiträgen an die Kosten von Hilfsmitteln, die lediglich der Verbesserung der körperlichen Integrität dienen, kann nicht mehr als Eingliederungsmassnahme im Sinne der IV betrachtet werden“. Die Argumente des Bundesrates waren die hohen Preise von Hilfsmitteln sowie die Tatsache, dass im Falle einer Gewährung von Beiträgen durch die IV solche Beiträge auch auf Rentner der AHV ausgedehnt werden müssten. Als Beispiel wurden speziell die kostspieligen Hörapparate genannt.

Entgegen der damaligen Empfehlung des Bundesrates wurden schliesslich Hörgeräte in die Liste der durch die IV abgegebenen Hilfsmittel aufgenommen. Seit dem Inkrafttreten des IVG am 1. Januar 1960 haben Versicherte im Rahmen einer vom Bundesrat definierten Liste Anspruch auf jene Hilfsmittel, die zur Ausübung der Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich, für die Schulung, Ausbildung oder zum Zwecke der funktionellen Angewöhnung notwendig sind.

Bei der Abgabe von Hilfsmitteln ist Art 21 Abs 3 des IVG zentral: „Die Hilfsmittel werden zu Eigentum oder leihweise in einfacher und zweckmässiger Ausführung abgegeben (oder pauschal vergütet<sup>11</sup>). Durch eine andere Ausführung verursachte zusätzliche Kosten hat der Versicherte selbst zu tragen. ...“

Der Gesetzgeber hat mit dem gewählten Begriffspaar „einfach und zweckmässig“ der rechtsanwendenden Behörde bewusst einen Ermessensspielraum eingeräumt. Dieser Ermessensspielraum wird jedoch insofern durch das Verhältnismässigkeitsprinzip begrenzt, als dieses ein vernünftiges

---

<sup>8</sup> Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung zum Entwurf eines Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung und das Bundesgesetz betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die AHV vom 24. Oktober 1958 (BBl 1958 II 1137).

<sup>9</sup> BBl 1958 1185.

<sup>10</sup> dito. S. 1185.

<sup>11</sup> Klammer = Im Rahmen der 5. IVG-Revision vom BSV eingereichter Änderungsantrag.



Verhältnis von Mittel und Zweck bedingt. Es ist zu vermuten, dass der Gesetzgeber mit dem Begriff „zweckmässig“ diese Grenze zum Ausdruck bringen wollte.

**Tabelle 1: Unterschiede zu Deutschland und Norwegen**

	<b>Norwegen</b>	<b>Deutschland</b>
Rahmenbedingungen	Die staatliche Sozialversicherungsanstalt tätigt den Einkauf der ca. 60'000 Hörgeräte mittels öffentlichen Ausschreibungen (EWR-konform).	Es bestehen Tarifverträge (Kollektivverträge) zwischen den Krankenversicherungen und der Akustikerbranche.
Versicherungsträger	Die integrierte Sozialversicherung	Die Krankenversicherungen (Gesetzliche Krankenversicherung bei 90 % aller Einwohner)
Generelle gesetzliche Voraussetzungen für die Abgabe	Ziel der Abgabe ist es, Ausgaben zu kompensieren, welche für die Verbesserung der Arbeitskapazität und für die Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit im täglichen Leben notwendig sind und welche Folgen einer Krankheit, eines Unfalls oder einer Behinderung sind.	Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, oder einer drohenden Behinderung vorzubeugen.

Quelle: Erhebung durch die EFK

Die EFK stellt fest, dass in der Schweiz die Abgabe von Hörgeräten durch die Invalidenversicherung schon bei der Einführung des IVG 1958 umstritten war. In Deutschland werden Hörgeräte durch die Krankenversicherung abgegeben. Ein solches Abgabesystem wäre im Prinzip, nach dem eingeführten Krankenversicherungsobligatorium auch für die Schweiz aktuell, aber bisher nicht politisch diskutiert. Einige AHV-Hilfsmittel wurden in der Zwischenzeit in die Pflichtleistungen der Krankenversicherung übertragen. Brillen werden vergleichsweise über die Krankenversicherung pauschal vergütet<sup>12</sup> und repräsentieren für viele Sehbehinderte unerlässliche Mittel für die berufliche (und soziale) Eingliederung. In der Krankenversicherung gibt es im Gegensatz zur Invalidenversicherung Selbstbehalte/Franchisen (Anreize zur Sparsamkeit) und das Gesetz schreibt eine regelmässige Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen vor. Die Abgabe von Hörgeräten durch die IV ist nicht an die Schulung, Ausbildung oder Erwerbstätigkeit gebunden, wie das bei einigen anderen Hilfsmitteln der Fall ist.

<sup>12</sup> In der Regel werden durch die Grundversicherung an Erwachsene alle fünf Jahre 180 Franken vergütet.



## 2.2 Anspruchsbedingungen der IV

Im Gegensatz zu den meisten umliegenden Nachbarländern werden in der Schweiz die Kosten für Hörgeräte von der Invalidenversicherung (bzw. der AHV) und nicht von der Krankenversicherung übernommen. Folgende Gesetzesartikel sind für die Abgabe massgebend: Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte haben Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen, zu verbessern, zu erhalten oder ihre Verwertung zu fördern. Nach Massgabe der Artikel 13, 19, 20 und 21 des IVG besteht der Anspruch auf Leistungen und Hilfsmittel unabhängig von der Möglichkeit einer Eingliederung ins Erwerbsleben.

Die versicherte Person hat gemäss Art 21 Abs 1 IVG im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste Anspruch auf jene Hilfsmittel, deren sie für die Ausübung der Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit in ihrem Aufgabenbereich, für die Schulung, die Ausbildung oder zum Zwecke der funktionellen Angewöhnung bedarf. Die versicherte Person, die infolge ihrer Invalidität für die Fortbewegung, für die Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt oder für die Selbstsorge kostspieliger Geräte bedarf, hat im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste ohne Rücksicht auf die Erwerbsfähigkeit Anspruch auf solche Hilfsmittel (Abs. 2). Die Hilfsmittel werden zu Eigentum oder leihweise in einfacher und zweckmässiger Ausführung abgegeben. Durch eine andere Ausführung verursachte zusätzliche Kosten hat die versicherte Person selbst zu tragen. Der Bundesrat kann nähere Vorschriften erlassen, insbesondere über die Weiterverwendung leihweise abgegebener Hilfsmittel nach Wegfall der Anspruchsvoraussetzungen (Abs. 4).

Alle IV-Hilfsmittel sind in der Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (HVI) abschliessend aufgeführt. Als Hilfsmittel gelten Prothesen, Orthesen, Schuhwerk und orthopädische Fusseinlagen; Hilfsmittel für den Kopfbereich wie Hörgeräte und Perücken; Rollstühle, Motorfahrzeuge und Invalidenfahrzeuge; Hilfsmittel für Blinde und hochgradig Sehschwache (Blindenhunde usw.); Gehhilfen; Hilfsmittel am Arbeitsplatz (Treppenlift, Hebebühnen usw.); Hilfsmittel für die Selbstsorge (Elektrobetten, bauliche Änderungen der Wohnung usw.).

Die Abgabe der Hilfsmittel durch die IV ist im Kreisschreiben im Detail geregelt<sup>13</sup>. Die wichtigsten allgemeinen Bestimmungen für die Abgabe von Hilfsmitteln:

- Der Anspruch auf ein Hilfsmittel besteht bis zum (Vor-)Bezug der Altersrente (Rz 1003).
- Das Hilfsmittel muss den vom Gesetz genannten Zweck (Fortbewegung, Herstellung des Kontakts mit der Umwelt, Selbstsorge) erfüllen (Rz. 1006).
- Hilfsmittel bis Fr. 400.-- oder solche, die nicht wieder verwendbar sind, werden zu Eigentum abgegeben. Alle anderen werden leihweise abgegeben (Rz. 1015).
- Betriebs- und Unterhaltskosten werden von der IV übernommen (Rz. 1051). Reparaturkosten gehen zu Lasten der IV, wenn sie trotz sorgfältiger Verwendung und Wartung notwendig sind und kein Dritter haftpflichtig ist (Rz. 1047).
- Die freie Wahl der Abgabestelle ist für die versicherte Person (vP) grundsätzlich gegeben und lediglich eingeschränkt, wenn u.a. der Hilfsmittelbezug durch ein IV-Depot möglich ist (Rollstühle) (Rz. 1062).

---

<sup>13</sup> *Kreisschreiben über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (KHMI), gültig ab 1. April 2004.*



- Das Hörvermögen soll namhaft verbessert werden und der Versicherte soll sich wesentlich besser mit der Umwelt verständigen können (Rz 5.07).
- Das Abgabeverfahren richtet sich nach dem Ablaufschema im Hörgerätetarif (siehe weiter unten). Zentral ist hier die Bedingung, dass die Abgabe durch einen Expertenarzt zu verordnen und durch die Schlussexpertise zu überprüfen ist. (Rz 5.07.01).
- Bei der Erstexpertise durch den Expertenarzt wird die Hörbehinderung in Indikationsstufen eingeteilt (Formular an die IVST) (Rz 5.07.04).
- Beidseitige (binaurale) Versorgung nur aufgrund der audiologischen/medizinischen Indikation und bei namhafter Verbesserung der Hörsituation (Rz 5.07.05).
- Der Akustiker verpflichtet sich zu einer vergleichenden Anpassung (Rz 5.07.09).
- Voraussetzung für die Kostenübernahme der IV ist eine positive Schlussexpertise. Nach der Schlussexpertise hat die IVST umgehend eine Verfügung zu erlassen (Rz 5.07.12).
- Bei einer von der versicherten Person verschuldeten notwendigen Hörgeräteanpassung vor Ablauf der 6 Jahre zahlt die IV einen Beitrag gemäss Tarifvertrag. Liegt indessen eine fachärztliche Expertise vor, aus der eindeutig hervorgeht, dass das bisher getragene Gerät den Zweck der Verbesserung des Hörvermögens nicht mehr erfüllt, sind die vollen Kosten zu vergüten (Rz 5.07.19).
- Im Verkaufspreis abgegolten sind für die gesamte Lebensdauer eines Hörgerätes die Service-Unterhaltskosten sowie die Kosten für die Nachbetreuung (Rz 5.07.20)
- Der Ersatz von Batterien gehört zu den Betriebskosten und wird pauschal von der IV vergütet. Reparaturen werden im Rahmen des Tarifvertrags vergütet (Rz 5.07.20-21).
- Hörhilfen mit implantierter Komponente (Cochlea-Implantat, Sound-Bridge): Der äussere Teil wird gemäss IVG Art 21 vergütet, das Einsetzen des implantierten Teils gilt hingegen als medizinische Massnahme (IVG Art 13), wenn ein Geburtsgebrechen vorliegt. Liegt kein Geburtsgebrechen vor, ist die Krankenversicherung zuständig. (Rz 5.07.25).

Mit der Neufassung des Kreisschreibens über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung auf den 1. Februar 2000 ist der auf den 1. April 1999 in Kraft getretene Tarifvertrag mit- samt Anhängen und fachärztlichen Empfehlungen auf Weisungsstufe verankert worden<sup>14</sup>.

**Tabelle 2: Unterschiede zu Deutschland und Norwegen**

	Norwegen	Deutschland
Abgabekonditionen, Hörgeräte, Kinder	Keine Tarifobergrenze; auch Zweitgeräte werden abgegeben; Hörgeräte werden bei Beschädigung kostenlos ersetzt.	Zumeist keine Tarifobergrenze bzw. separate Tarife je Krankenkasse. Rund 2'600 € (4'000 Franken) für eine binaurale Versorgung, inkl. Otoplastik, Anpassung, Service- und Reparaturpauschale. Batterien

<sup>14</sup> siehe Rz 5.07.01 ff. KHMI, in der seit 1. Februar 2000 gültigen Fassung.



---

		werden separat vergütet.
Versorgungszeitraum	6 Jahre für Erwachsene, für Kinder nicht begrenzt.	Minimum: alle 6 Jahre für Erwachsene, je nach Krankenkasse. Für Kinder 4 Jahre.
Vergleichende Anpassung	Nicht zwingend	Beim verkürzten Versorgungsweg nicht zwingend (ca. 5% der Versorgungen).

---

Quelle: Erhebung durch die EFK

Die EFK stellt fest, dass die Abgabe von Hörgeräten im Detail in den entsprechenden Kreisschreiben (IV und AHV) geregelt ist. In den beiden Vergleichsländern wird die vergleichende Anpassung von Hörgeräten nicht zwingend über die Sozialversicherung vergütet.

### 2.3 Medizinische Richtlinien bei der Abgabe von Hörgeräten („Empfehlungen“)

Vorrangig für die Hörgeräteversorgung sind die Richtlinien für Hörgeräte-Expertisen, die so genannten Empfehlungen für IV-Expertenärzte zur Verordnung und Überprüfung der Anpassung von Hörgeräten<sup>15</sup>.

Die medizinischen Richtlinien beinhalten Anforderungen an die Ausbildung und Erneuerung der Expertenärzte sowie an die technische Ausrüstung der Praxen. Weiter beinhalten sie die Richtlinien für die audiologische/medizinische Umsetzung der gesetzlichen Voraussetzungen für eine Hörgeräteversorgung. Nach der Einführung der IV im Jahre 1960 hatte sich aus der Praxis einiger audiologisch interessierter ORL-Ärzte ein praktisch flächendeckendes Versorgungssystem für Hörgeräte entwickelt. Erst 1986 wurde diese Tätigkeit mittels Empfehlungen an die Expertenärzte geregelt. Im Jahre 1999 wurde eine neue Klassierung der Hörgeräte in drei Gruppen und eine Stufenindikation eingeführt, welche die Verbindung zwischen einem medizinisch-audiologisch ermittelten ‚objektiven‘ Hörversorgungsbedarf und der finanzierungsberechtigten Preiskategorie des Hörgeräts herstellt. Hierfür wurde ein neues Punktescore-Modell entwickelt. Es wird zwischen folgenden Gruppen von Versicherten unterschieden:

- Erwerbstätige Versicherte im IV-Alter
- Nicht erwerbstätige Versicherte im IV-Alter
- Versicherte im AHV-Alter
- Kinder und Sonderfälle

In der Regel wird eine Standardexpertise durchgeführt, gefolgt von der Schlussexpertise.

---

<sup>15</sup> *Empfehlungen für IV-Expertenärzte zur Verordnung und Überprüfung der Anpassung von Hörgeräten der Schweizerischen Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie, genehmigt vom BSV am 15. Mai 2001*



Die Indikationsstufenberechnung der Erstexpertise für Erwerbstätige basiert auf der Gewichtung folgender Kriterien:

- Die audiologische Ebene (oder Ebene der Funktion) wird erhoben durch Tonaudiometrie, Sprachaudiometrie in Ruhe und im Störlärm und so genannte überschwellige Tests<sup>16</sup>. Die maximal erreichbare Punktezahl ist 50.
- Die Ebene des sozio-emotionalen Handicaps, der Fähigkeiten und Fertigkeiten, wird erhoben durch Beschreibung der sprachlichen Ausdrucksmittel des Patienten (Sprechfähigkeit, Verständlichkeit, Wortschatz und Artikulation), der Sprachverständigung (z.B. Lippenlesen), Fragen nach der Auswirkung auf Sprach- und Signalwahrnehmung im Beruf und im Alltagsleben sowie durch Beurteilung der Auswirkungen von motorischen Behinderungen auf die Bedienung eines Hörgerätes. Die maximal erreichbare Punktezahl ist 25.
- Die Kommunikationsanforderungen (oder Ebene der Partizipation) werden erhoben durch Fragen nach der Teilnahme an gesellschaftlichen und beruflichen Aktivitäten und nach den Auswirkungen, deren Einschränkung auf die Psyche (z.B. wie weit eine Abkapselung durch soziale Isolation beschrieben wird). Die maximal erreichbare Punktezahl ist 25.

Die Zuteilung zu den Indikationsstufen ergibt sich aus der Summe der drei Kriterien und einer totalen Punktezahl.

**Tabelle 3: Indikationsstufen**

Anzahl Punkte	Medizinische Indikation	Versorgungsbedarf	Tarif und Vergütung
25 - 49 Punkte (AHV: 40-49 Punkte)	Leichter Hörverlust	Einfache Versorgung	Indikationsstufe 1
50 - 75 Punkte	Mittlerer Hörverlust	Komplexe Versorgung	Indikationsstufe 2
>75 Punkte	Schwerer Hörverlust	Sehr komplexe Versorgung	Indikationsstufe 3

Quelle: Medizinische Richtlinien und Hörgerätetarif

Die AHV leistet nur dann einen Kostenbeitrag, wenn eine „hochgradige“ Schwerhörigkeit vorliegt. Dies wird operationalisiert, indem bei AHV-Versicherten die Anforderungen höher gestellt sind als bei IV-Versicherten. Die notwendige Punktezahl für die Indikationsstufe 1 liegt darum bei AHV-Versicherten bei 40 Punkten und nicht 25.

Eine binaurale Erstversorgung auf Kosten der Sozialversicherung kann nur im IV-Alter erfolgen und es müssen zwei der drei folgenden Bedingungen erfüllt sein:

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

<sup>16</sup> Der überschwellige Test ermöglicht eine Differenzierung zwischen Innenohr- bzw. Hörnervenschwerhörigkeiten.





Die Kontraindikationen sind zentrale Hörstörung oder anatomische Verhältnisse, welche keine binaurale Versorgung zulassen, sowie fehlende Motivation oder Möglichkeit zwei Geräte zu bedienen. Die Abgabe eines Zweitgerätes lediglich als Reservegerät wird von der IV nicht finanziert.

„Für den Entscheid, ob das Resultat mit dem neuen Hörgerät im Sinne einer einfachen und zweckmässigen Versorgung optimal ist, oder ob eventuell mit einem anderen Modell ein noch besseres Resultat erreicht werden könnte, ist der Experte auf seine Erfahrung angewiesen.“ (Empfehlungen, S. 28).

Der korrekten und rechtzeitigen Versorgung und Frühförderung von Kindern kommt eine grosse Bedeutung zu. Von ihr hängt unter Umständen nicht nur die sprachliche Entwicklung ab, sondern auch die schulische Ausbildung und spätere berufliche Integration, sowie die Art und Qualität sozialer Interaktionen. Eine hohe Qualität sowohl der Versorgung als auch der Betreuung ist deshalb gemäss Empfehlungen wichtig. Für Expertisen bei Kindern (ab 8 Jahre) mit normaler Sprachentwicklung sind die Expertenärzte zuständig, für Kleinkinder und Kinder mit zusätzlichen Erschwernissen sind die pädaudiologischen Zentren/Teams zuständig. Dem Expertenarzt steht hinsichtlich der Indikationsstufeneinteilung von Kindern ein verhältnismässig grosser Spielraum offen.

Nach Abschluss der Hörgeräteanpassung beim Akustiker führt der Expertenarzt in seiner Schlussexpertise eine Qualitätskontrolle durch. Der Expertenarzt erstellt ein Sprachaudiogramm mit Hörgerät, stellt Fragen über den subjektiven Hörgewinn und die Verminderung des Handicaps, über die Bedienung und die Verträglichkeit des Geräts, samt Fragen zur Beurteilung der Dienstleistung des HG-Akustikers.

Der Lebenszyklus von Hörgeräten ist relativ kurz. Es gibt zahlreiche Beispiele von Hörgeräten, welche schon nach ein bis zwei Jahren Marktpräsenz im Preis fallen und damit bedeutend kostengünstiger abgegeben werden könnten. Ein Hörgerät, welches also noch vor kurzer Zeit einen schweren Hörverlust und eine sehr komplexe Versorgung voraussetzte, wird schon nach zwei bis drei Jahren bei mittlerem Hörverlust (oder gar leichtem Hörverlust) zum Einsatz kommen.

Für Versicherte mit Hochtonsteilabfall wurde im 2004, in Absprache mit dem BSV die Richtlinie für medizinische Expertisen so geändert, dass trotz der Einteilung dieser Patienten als leichter Hörverlust Hörgeräte höherer Indikationsstufe 2 vergütet werden konnten. Hörgeräte welche den technischen Anforderungen für solche Patienten entsprachen (niedriges Eigenrauschen, selektive Frequenzbandverstärkung und Rückkoppelungsunterdrückung), waren noch nicht in der Indikationsstufe 1 vorhanden. Das BSV wird jetzt (2007) untersuchen, ob unter den heute gelisteten Geräten in der Indikationsstufe 1 Hörgeräte zu finden sind, welche den technischen Anforderungen genügen, und ob somit die Richtlinie für Patienten mit Hochtonsteilabfall wieder rückgängig gemacht werden kann.

Die medizinischen Expertisen werden ab 1. Mai 2003 nach TARMED abgerechnet. Gemäss Ergänzung zu den Richtlinien für Expertenärzte gelten folgende Taxpunktswerte und verrechnete Beträge:



**Tabelle 4: Taxpunkte der Expertenärzte**

	Taxpunktwert	Betrag, Franken
Erste Expertise Hörgerät(e)	427.10	393.-
Schlussexpertise Hörgerät(e), ohne Störlärm	272.84	251.-
Schlussexpertise Hörgerät(e), mit Störlärm	363.79	335.-
Folgeexpertise	372.43	343.-

Quelle: Ergänzungen zu den Richtlinien

Der Taxpunktwert per 1. November 2004 betrug für die IV 0.92 Franken<sup>17</sup>. Die beiden obligatorischen medizinischen Expertisen belaufen sich für die Sozialversicherungen auf ca. 750 Franken.

**Tabelle 5: Unterschiede zu Deutschland und Norwegen**

	Norwegen	Deutschland
Schwerhörigkeit	Nordische Klassifikation von Hörbehinderungen von mild, über schwer bis Steilabfall (fünf Klassen).	Klar definierte audiologische Kriterien, auch für die binaurale Versorgung.
Abgabeinstanz	Die Hörzentralen der Spitäler oder die privat praktizierenden HNO-Ärzte, in Praxiszusammenarbeit mit Audiografen.	Die Hörgeräteakustiker (Ausnahme: der verkürzte Versorgungsweg erfolgt direkt durch die Ärzte).
Kosten der Konsultation bei HNO-Ärzten	Für die Erstexpertise werden ca. 600 NOK Sozialversicherung bezahlt. Dazu kommt ein Selbstbehalt von 300 NOK. Total werden 900 NOK (ca. 160 Franken) verrechnet.	61-63 € (ca. 100 Franken) für eine Standardkonsultation (Erwachsene).

Quelle: EFK (eigene Erhebung)

Die EFK stellt fest, dass das Abgabesystem in der Schweiz sehr medikalisiert ist, und die medizinischen Expertisen aufwändig sind: Bei den Expertisen wird zwischen vier Gruppen von Versicherten und drei Indikationsstufen unterschieden. Obendrein werden audiologischen Kriterien und sozio-emotionale, samt Kommunikationskriterien, systematisch erhoben. Ein Algorithmus soll durch Gewichtung dieser Kriterientypen eine objektive Zuteilung in drei Indikationsstufen (und Tarifstufen) gewähren. Im internationalen Vergleich fallen relativ hohen Tarifvergütungen für die obligatorischen medizinischen Expertisen auf.

<sup>17</sup> Gemäss Zentralstelle für Medizinaltarife, [www.zmt.ch/tarmed/tarmed\\_news.htm](http://www.zmt.ch/tarmed/tarmed_news.htm).



Die EFK stellt fest, dass der vorausgesetzte Zusammenhang zwischen medizinischer Indikation, Versorgungsbedarf und Tarif nicht immer eindeutig ist. Es gibt z.B. leichte Hörverluste, welche eine (sehr) komplexe Versorgung erfordern, und schwere Hörverluste, die nicht immer eine sehr komplexe Versorgung bedingen. Hörgeräte werden primär nach Preis und nicht nach Funktionalität in Tarifstufen eingeteilt. Desgleichen ist der Arbeitsaufwand der Akustiker nicht nur von der Indikationsstufe, sondern auch von anderen Faktoren, abhängig.

#### 2.4 Die Tarifverträge für Hörmittel

Die Tarifverträge werden zwischen den Sozialversicherungen einerseits und den Akustikern, bzw. deren Verbänden, eingegangen. Sie regeln im Detail die Pflichten und Rechte der Akustikerbranche. Die gesetzliche Grundlage findet sich in Art. 27 des IVG, welcher dem Bundesrat die Befugnis gibt, mit der Ärzteschaft, den Berufsverbänden der Medizinalpersonen und der medizinischen Hilfspersonen, sowie den Abgabestellen für Hilfsmittel Verträge zu schliessen, um die Zusammenarbeit mit den Organen der Versicherung zu regeln und die Tarife festzulegen (Abs 1). Tarifverträge sind mit anderen Worten nicht erforderlich, der Bundesrat könnte die Vergütung durch die Sozialversicherung auch einseitig verbindlich festlegen.

Im Tarifvertrag 1992 bestand die Vergütung durch die Versicherer aus den Gerätekosten und den Aufwendungen für die Dienstleistungen. Die Geräte wurden nach einer Preisliste vergütet, die Dienstleistungen umfassten Tarifpositionen für die Anpassung (mono und stereo), für Zuschläge (Ohrmulde usw.), probeweise Überlassung und erfolglose Anpassung. Eine monaurale Anpassung kostete die IV damals zwischen 2'000-2'500 Franken, eine stereophone Anpassung ca. 300 Franken weniger als der doppelte Betrag.

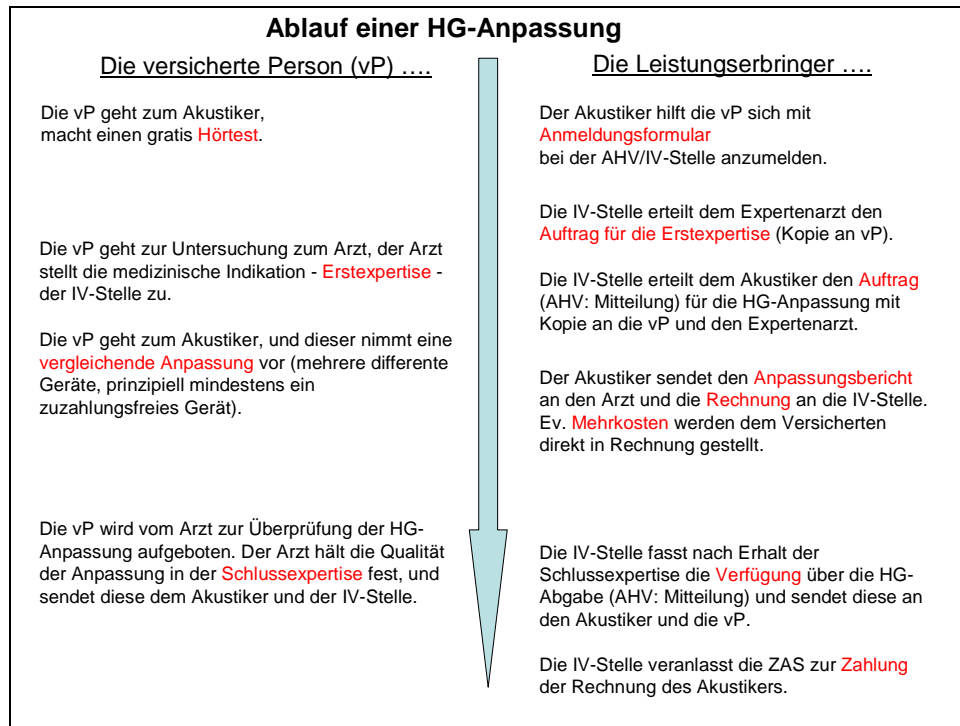
Im Tarifvertrag 1995 wurde ein System mit Taxpunktswerten für die Dienstleistungen der Akustiker vorgesehen. Hier wurde unterschieden einerseits zwischen mechanisch und elektronisch programmierbaren Geräten und andererseits zwischen analoger und digitaler Signalverarbeitung. Es wurden auch Preisermässigungen u.a. bei stereophoner Versorgung vorgesehen.

Seit dem Tarif 1999 besteht das dreistufige Indikationsmodell: einfache, komplexe und sehr komplexe Versorgung. Art und Umfang der Leistungen wurden neu durch die medizinische Indikation und, nicht mehr wie früher, nach einer „technischen Indikation“ bestimmt. Die Abgabe von Hörgeräten zu Lasten der IV/AHV muss schon seit 1995 medizinisch indiziert sein. Mit dem Vertrag 1999 wurden die obligatorische Erstexpertise und die obligatorische Schlussexpertise eingeführt. Der Akustiker muss der versicherten Person mehrere Versorgungen zum Probetragen anbieten. Das Resultat der vergleichenden Anpassung wird in einem Bericht an den Expertenarzt festgehalten (Qualitätskontrolle). Ein eigenes Formular ermöglicht es der versicherten Person zu entscheiden, ob ihr die von der IV vollständig finanzierte Versorgung genügt oder ob sie eine darüber hinausgehende Versorgung vorzieht und die zusätzlichen Kosten übernehmen will. Die Dienstleistungen der Akustiker werden als Pauschale vergolten, berechnet werden sie auf Grund des Budgets für einen Modellbetrieb.

Der Ablauf einer Hörgeräte-Anpassung ist im Anhang zum Tarifvertrag folgendermassen geregelt:



**Abbildung 1: Ablauf einer Hörgeräte-Anpassung**



Quelle: EFK (eigene Darstellung auf Grund des Hörgerätetarifs)

Ist die Anpassung nicht erfolgreich, erstellt der Vertragslieferant einen Bericht zuhanden des Versicherers und sendet der IV eine Rechnung für erfolglose Anpassung<sup>18</sup>.

Die Preislimiten im Tarif bestehen aus einem variablen Maximalpreis für das Hörgerät und einer Pauschale für die Dienstleistungen der Akustiker:

In der Dienstleistungspauschale sind folgende Dienstleistungen der Akustiker inbegriffen:

- Beratung
- Diagnostik
- Vergleichende Anpassung (inkl. Probetragen)
- Erfolgs- und Funktionskontrolle
- Erstellen des Anpassungsberichtes
- Ohrpassstück(e)
- In der Garantiezeit: Anpassung, Service, Nachbetreuung, Reparaturen bis 20 Franken
- Zeitlich unbefristet: Servicearbeiten, Reinigung und Ersatz des Schallschlauches,
- Nachbetreuung (Funktionskontrolle, Überprüfung der Programmierung, Neueinstellung)

Die Höhe der Dienstleistungspauschalen der Akustiker im Tarif wurde aufgrund der Ausgaben und Einnahmen einer Musterpraxis samt dem Zeitbudget für die obigen Dienstleistungen berechnet.

<sup>18</sup> Gemäss Hörgerätetarif 2006 können 607 Franken verrechnet werden.



Die Berechnungen, mit Ausnahme des Zeitbudgets, wurden 1999 vom Preisüberwacher begutachtet.

Das BSV versprach sich 1999 von den neuen Tarifverträgen, gemäss Medienmitteilung<sup>19</sup>, tiefere Preise und Kostenreduktionen für die IV und AHV bis zu 25%, ein kundenfreundlicheres Verfahren, die Förderung des Wettbewerbs sowie verbesserte Aufsichtsmöglichkeiten (Grundlage für detaillierte statistische Auswertungen und entsprechende Kontrollen). Das neu eingeführte Indikationsmodell sollte laufend international verglichen werden. Man ging davon aus, dass etwa 50% der Versorgungen in der mittleren Indikationsstufe erfolgen und dies den Preisdruck erhöhen würde.

Der Tarifvertrag 2006 brachte drei Neuerungen mit sich: die Herabsetzung der Tariflimiten für die Geräte, eine neue Regelung bei Verlust des Hörgerätes und eine Neuregelung der Versorgung von Kindern. Der Tarifvertrag 2006 besteht aus einem Vertrag mit 7 Anhängen. Vertragspartner sind einerseits die Verbände<sup>20</sup> - Akustika, Schweizerischer Fachverband der Hörgeräteakustik, und HZV, Hörzentralen-Verband der Schweiz - und andererseits die Versicherer (IV, AHV, die Versicherer gemäss UVG und die Militärversicherung). Der Tarifvertrag ist am 1. Juli 2006 in Kraft getreten und ist bis zum 31. Dezember 2007 befristet<sup>21</sup>.

**Tabelle 6: Preislimiten gemäss Hörgerätetarif 2006, exklusiv MWST (Franken)**

		Art der Versorgung	Preislimite für das Gerät	Dienstleistungspauschale	Tarifobergrenze	Reduktion im Verhältnis zum Tarif 1999
<b>Monaurale Versorgung</b>						
Indikationsstufe 1	Einfache Versorgung	600	970	1'570	15%	
Indikationsstufe 2	Komplexe Versorgung	825	1'190	2'075	5%	
Indikationsstufe 3	Sehr komplexe Versorgung	1'050	1'405	2'455	9%	
<b>Binaurale Versorgung</b>						
Indikationsstufe 1	Einfache Versorgung	1'200	1'425	2'625	17%	
Indikationsstufe 2	Komplexe Versorgung	1'650	1'700	3'350	9%	
Indikationsstufe 3	Sehr komplexe Versorgung	2'100	1'965	4'065	11%	

Quelle: BSV (Hörgerätetarife)

Der Tarif 2006 führte dazu, dass es heute zwei Preislisten für Hörgeräte gibt, eine relativ kurze Liste der zuzahlungsfreien Hörgeräte, und eine Preisliste für zuzahlungspflichtige Hörgeräte. Das

<sup>19</sup> Medienmitteilung des BSV vom 29. März 1999.

<sup>20</sup> Im Jahr 1999 gingen die Sozialversicherungen mit den einzelnen Akustikern Einzelverträge ein.

<sup>21</sup> Dazu kommt maximal ein Jahr Verlängerung der Vertragsgültigkeit, sollte kein neuer Tarif zustande kommen.



BSV hatte darauf bestanden, dass die Lieferanten von zuzahlungspflichtigen Hörgeräten immer ebenfalls ein zuzahlungsfreies Hörgerät der gleichen Produktfamilie anbieten.

Die Qualitätssicherung ist neu in einem eigenen Vertrag geregelt, welcher von der Paritätischen Vertrauenskommission (PVK) überprüft wird. Im Vertrag sind die personellen Voraussetzungen geregelt. Nur Akustiker mit eidgenössischem oder gleichwertigem Fachausweis werden zur Abrechnung von Leistungen zugelassen. Auszubildende können Anpassungsarbeiten nur unter gewissen Voraussetzungen tätigen. Der Vertrag regelt auch die räumlichen und technischen Voraussetzungen (Grundgeräuschpegel, Tonaudiometrie, Sprachaudiometrie, Computer für Anpassung, Werkzeug, Eichung), und enthält Fristen für die Behebung von Mängeln samt Sanktionsmöglichkeiten (Bussen). Weiter enthält er Bestimmungen über die Fortbildung (mindestens 4 Tage pro Kalenderjahr). Neu im Vertrag 2006 ist auch eine Vereinbarung betreffend der Tarifkommission. Die Tarifkommission besteht aus den Vertragsparteien und hat unter Anderem die Weiterentwicklung der Tarifstruktur zur Aufgabe.

Im Vertrag 2006 ist eine neue Dienstleistungspauschale für die Versorgung von Kindern vorgesehen, mit Gewichtung auf bedarfsgerechte Information und Koordination durch den Akustiker. Die Dienstleistungspauschale für Kinder ist um 30% höher als der entsprechende Betrag für die Versorgung von Erwachsenen. Für die Versorgung mit Noiser-Geräten (Tinnitus) sind neue Tariflimiten im Vertrag aufgenommen worden. Der Tarifvertrag 2006 hat ansonsten an den Dienstleistungspauschalen der Akustiker keine Änderungen mit sich gebracht. Die Vergütung bei Verlust des Hörgerätes wird jedoch grundlegend neu geregelt. Versicherte müssen heute auf jeden Fall einen Selbstbehalt übernehmen.

Gemäss Medienmitteilung hat das BSV die Einsparungen für die IV und die AHV auf 8 Mio. Franken errechnet<sup>22</sup>. Pro Audito vertritt die Meinung, dass diese Einsparungen auf Kosten der Hörbehinderten erfolgen, d.h. dass die Selbstbehalte ansteigen werden. Auf Anfrage der EFK hat Akustika mitgeteilt, die Hörgerätepreise im zuzahlungsfreien Bereich seien seit der Einführung des Tarifvertrags 2006 bis 17% billiger geworden, die zuzahlungspflichtigen Hörgeräte jedoch preislich ungefähr gleich geblieben.

Der Preis der Hörgeräte bestimmt die Platzierung im Indikationsstufensystem. Die Patienten fordern die neueste Technologie und die Akustikerbranche hat Anreize teurere Geräte zu verkaufen. So entsteht ein „Druck nach oben“ und ein Druck auf die Ausgaben.

Im Laufe der Vertragsverhandlungen drohte das BSV den Akustikerverbänden mit einem vertragslosen Zustand, wenn sie den neuen Tarif nicht unterzeichnen würden. Das BSV ist zurzeit damit beschäftigt, das System der Hörgeräteabgabe neu zu konzipieren.

---

<sup>22</sup> Medienmitteilung des BSV vom 16.3.2006.



**Tabelle 7: Unterschiede zu Deutschland und Norwegen**

	<b>Norwegen</b>	<b>Deutschland</b>
Abgabekonditionen für Hörgeräte, Hauptregel für Erwachsene	Preisobergrenze von 5'615 NOK (ca. 1'000 Franken) je Hörgerät, exkl. Anpassung, kein Binauralrabatt. (Tarifobergrenze gilt bei Unfällen nicht.)	Festbetrag von 421 € (ca. 650 Franken) je Hörgerät exkl. Anpassung. Binauralversorgungsrabatt. (Betrag variiert je nach Krankenkasse).
Hörgeräte-Anpassungen und ärztliche Expertisen	In Norwegen gibt es keine Akustikerbranche. Die Hörzentralen der Spitäler und die praktizierenden Ärzte rechnen die Dienstleistungen nach dem Tarif ab. Selbstbehalte der Patienten richten sich nach den allgemeinen Bestimmungen für Selbstbehalte.	Je nach Krankenkasse ca. 244 € (ca. 380 Franken) für den Ersatz der Otoplastik sowie allfälliger Unterhalts- und Reparaturarbeiten (sog. Reparaturpauschale). Für ärztliche Expertisen gelten die allgemeinen Bestimmungen über die gesetzliche Krankenkasse und die speziellen Bestimmungen der einzelnen Krankenkassen (KK) für Selbstbehalte. Einzelne KK verlangen keine Erstexpertisen mehr.
Batterien	Batterien werden nicht vergütet.	Batterien werden bei Versorgungsungen von Erwachsenen nicht vergütet.
Probleme, gemäss Sozialversicherungsbehörden	Koordination der Hörzentralen mit den Hilfsmittelzentralen (Verantwortliche für Zubehör) ist mangelhaft. Teils gibt es lange Wartezeiten für die Abgabe von Hörgeräten in Hörzentralen. Die Zunahme der Reparaturausgaben für die Sozialversicherung.	Starke Zunahme der Ausgaben, fehlende Transparenz im Bereich der Hilfsmittel, Unterversorgung (hohe Zuzahlungen) und suboptimale Versorgungsqualität (Feintuning wird vernachlässigt), Kinderversorgung nicht geregelt, hohe Selbstbehalte, Interesse der Akustikerbranche, teure Geräte zu verkaufen.

Quelle: Erhebungen der EFK

Die Qualität des Versorgungssystems ist ein Faktor welcher zur besseren beruflichen Integration von Hörbehinderten in der Schweiz beiträgt. Gemäss Pro Audito ist die Anzahl Rentner mit Hörbehinderung in Deutschland bedeutend höher als in der Schweiz.

Die EFK stellt fest, dass die Dienstleistungspauschale an Akustiker seit 1999 nicht revidiert wurde. Die Zuzahlungen der Versicherten wurden in den Berechnungen nicht mitberücksichtigt. Internationale Vergleiche des Indikationsmodells, wie im Tarif 1999 vorgesehen, wurden keine vorgenommen. Während über sieben Jahren blieb der Tarifvertrag unverändert, die Hörgeräte-Technologie und die Ausgaben der Sozialversicherungen änderten sich hingegen in diesem Zeitraum rasant. Bei der Berechnung der notwendigen Zeit für die Dienstleistungen waren das BSV (und der Preisüberwacher) ganz auf die Informationen der Akustikerbranche angewiesen. Eine Zweitmeinung





wurde nicht eingeholt. Die Dienstleistungspauschale wurde z.B. im Tarif 2006 trotz Plänen des BSV immer noch nicht revidiert. Ohne den Druck des Preisüberwachers, der Medien und der Politik wäre eine Senkung des Tarifs für die Hörgeräte (Hardware) auch nicht möglich gewesen. Die im Tarifvertrag vorgesehenen Kontrollen sind primär auf Einhaltung von professionellen und technischen Standards und nicht Wirtschaftlichkeit, ausgerichtet. Im Tarif 2006 wurde neu eine Wirtschaftlichkeitsanforderung formuliert, es fehlen aber Operationalisierungen dieser Anforderung. Das schweizerische Tarifsysteem stellt einen Zusammenhang zwischen den drei medizinischen Indikationsstufen und den Tarifstufen für Akustiker voraus. Dieser Zusammenhang ist u.a. angesichts der technologischen Entwicklung fragwürdig.

## 2.5 Anspruchsbedingungen der AHV

Das Postulat, dass auch Altersrentner Anspruch auf Hilfsmittel haben, wurde 1971 im Rahmen der achten AHV-Revision aufgegriffen. Man begnügte sich vorerst damit, im Rahmen des IVG eine Besitzstandsklausel für Invalide einzuführen, welche bereits vor Erreichen der Altersgrenze Hilfsmittel durch die IV erhalten haben. Gleichzeitig wurde der Stiftung für das Alter (später Pro Senectute) ein Sonderkredit gesprochen für die Gewährung von Hilfsmitteln an invalide Betagte<sup>23</sup>. Auf den 1. Januar 1993 wurde die Abgabe von Hilfsmitteln durch die AHV in das AHVG aufgenommen, wobei für alle Hilfsmittel Selbstbeteiligungen (25%) vorgesehen sind<sup>24</sup>.

**Tabelle 8: Zusammenfassung der Hauptunterschiede bei der IV / AHV**

	<b>IV</b>	<b>AHV</b>
Grundlage für Versorgung	Mehrere Kategorien von Schwerhörigen:  Erwerbstätige (inkl. Kindererziehung, Schule, Ausbildung, Erwerbslose)  Nicht-Erwerbstätige (Frührentner, IV-Rentner, Besitzstand AHV-Rentner)  Kinder / geistig Behinderte	Anrecht haben nur hochgradig Schwerhörige.
Indikationsstufen (Zuweisung durch ORL-Arzt)	Stufe 1: 25 - 49 Punkte  Stufe 2: 50 - 75 Punkte  Stufe 3: > 75 Punkte	Stufe 1: 40 - 49 Punkte  Stufe 2: 50 - 75 Punkte  Stufe 3: > 75 Punkte
Besitzstandwahrung	Prinzip für alle Hilfsmittel der IV	-
Versorgungsniveau	Monaural oder binaural	Nur monaural

<sup>23</sup> ZAK 1978, S. 433.

<sup>24</sup> AHV-Praxis 1993, S. 138.



Selbstbehalt	Kein Selbstbehalt für zuzahlungsfreie Hörgeräte	25% Selbstbehalt für ein zuzahlungsfreies Hörgerät (monaurale Versorgung)
Betriebs- und Reparaturkosten	Werden vergütet	Werden nicht vergütet
Abgabe des Hörgeräts	Leihweise	Eigentum
Ersatz bei Verlust/Beschädigung des Hörgeräts	Seit dem Tarifvertrag 2006 haben Versicherte in jedem Fall einen Selbstbehalt zu zahlen	Kein Beitrag der AHV
Anspruch auf Erneuerung des Hörgerätes	Nach 6 Jahren	Nach 5 Jahren

Quelle: Kreisschreiben BSV, Richtlinien für Expertenärzte

In der AHV wird für die Zusprechung einer Versorgung eine hochgradige Schwerhörigkeit vorausgesetzt (KSHA Rz 5.57), aber wenn die notwendigen 40 Punkte gemäss Indikationenliste erreicht werden, wird dieser Hörverlust als leichter Hörverlust in der Indikationsstufe 1 (bis 49 Punkte) eingestuft.

Das Prinzip der Besitzstandwahrung ist bei Hörgeräten folgendermassen präzisiert: „Bei Hörgeräten erstreckt sich der Anspruch mindestens auf die gleiche Versorgung, die von der IV zugestanden wurde. Bei Personen, die Anspruch auf Besitzstandwahrung haben, erstreckt sich der Anspruch auch auf Reparaturen, teilweisen Ersatz, allfällige Betriebs- und Unterhalts- sowie Reisekosten“<sup>25</sup>. Leistungsbegehren solcher Versicherte sind nach den Regeln der IV zu behandeln.

Per 1. Januar 1999 wurden einige Hilfsmittel der AHV in die Pflichtleistungen der Krankenversicherung übertragen (MiGeL), namentlich Prothesen, Orthesen, Augenprothesen. Dies bedeutete eine Besserstellung der Versicherten, da in der Krankenversicherung lediglich 10% Selbstbehalt (und ev. Franchise) und nicht wie bei der AHV 25% Selbstbehalt bezahlt werden müssen.

Die EFK stellt fest: Die Unterschiede bei der Abgabe durch die IV bzw. und die AHV sind bedeutend. Die Besitzstandwahrung soll diesen Unterschied abfedern, aber sie schafft eine neue Ungleichheit - zwischen Versicherten kurz vor und kurz nach der Pensionierung. Es wird oft gesagt, dass der Unterschied zwischen dem System der IV und dem System der AHV darauf zurückzuführen sei, dass in der IV die Abgabe von Hörgeräten eine berufliche Massnahme sei. Dies ist falsch. Die berufliche Integration ist auch in der IV keine notwendige Voraussetzung für die Hörgeräteabgabe. Analog sind Brillen für viele Versicherte notwendig für die berufliche Integration, werden aber (im Normalfall) nicht von der IV abgegeben, sondern von der Krankenkasse teilweise/pauschal rückvergütet. Ausschlaggebend ob man sich zu den günstigen Konditionen der IV oder den restriktiven Konditionen der AHV versorgen lassen kann sind weder berufliche noch soziale Kriterien, sondern alleine das Alter des Versicherten bei der Erstversorgung.

<sup>25</sup> Kreisschreiben über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Altersversicherung, Rz 1003.



## 2.6 Ergänzungsleistungen

Bezüger von Ergänzungsleistungen (EL) haben Anspruch auf die Vergütung der Anschaffungskosten oder auf die leihweise Abgabe von Hilfsmitteln (Art. 3d, Abs. 1, Buchstabe e des ELG). Die abschliessende Liste ist in der Verordnung über die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen (ELKV) aufgeführt. Ausserdem haben Bezüger von Ergänzungsleistungen Anspruch auf eine Vergütung von 25% bei Hilfsmitteln, die über die AHV abgegeben werden (d.h. der Selbstbehalt von 25% fällt weg). Die Abgabebedingungen lehnen sich an diejenigen der IV an (Reparaturen, Gebrauchstraining, Abgabeformen, Abklärungen, Bezug aus IV-Depots, usw.). Die Hilfsmittelkosten der EL können nur grob geschätzt werden, da das BSV lediglich detaillierte Daten von fünf Kantonen besitzt. Eine Hochrechnung der Ausgaben ergibt für das Jahr 2004 Ausgaben von rund 5 Mio. Franken.

## 2.7 Gerichtsurteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts

Der Tarifvertrag ist zusammen mit den medizinischen Richtlinien mittels Erlass auf Weisungsstufe verankert worden (RZ. 5.07.01 KHMI). Tarifverträge sind als Verwaltungsweisungen des BSV anzusehen, die zur Konkretisierung und Umschreibung der gesetzlichen sowie verordnungsmässigen Bestimmungen dienen. Kurz: Es handelt sich um Vorgaben an die Vollzugsorgane der Versicherung über die Art und Weise, wie diese ihre Kompetenzen auszuüben haben<sup>26</sup>. Sie sind jedoch für das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) nicht verbindlich<sup>27</sup>, und eine Abweichung ist in Einzelfällen möglich (siehe Kasten).

Gemäss EVG I 258/03: „Das Indikationsmodell, auf welchem der Tarif beruht, stellt eine überzeugende Konkretisierung der normativen Leistungsvoraussetzung dar, unter anderem mit Blick auf die Einfachheit und Zweckmässigkeit der Hörgeräteversorgung. Ein ausnahmsweises Abgehen vom Tarifvertrag ist Fällen vorbehalten, in denen sich die Hörstörung als besonders schwerwiegend oder die Hörsituation als sehr komplex darstellt.“ (S. 6)

Die EFK hat nach Rücksprache mit dem EVG die Urteile zum Thema „Hörgeräte bzw. Art. 21, Abs. 3 IVG“ der Jahre 2000-2006 im Hinblick auf die Evaluationsfragen ausgewertet. Insgesamt handelt es sich um 18 Urteile.

### 2.7.1 Kernaussagen in den Urteilen des EVG

Die folgenden Kernaussagen finden sich in der Mehrzahl der Urteile, welche ausgewertet wurden. Der Einfachheit halber wird jedoch jeweils nur die Fundstelle im Leiturteil angegeben. Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat entschieden, dass

- die vom BSV festgesetzten, an sich zulässigen Preislimiten den sozialversicherungsrechtlichen Leistungsanspruch nicht rechtswirksam beschränken (BGE 123 V 18, BGE 114 V 90) und es sich deshalb für tarifvertragliche Höchstansätze nicht anders verhalten kann (BGE 130 V 163; EVG 87/02);

---

<sup>26</sup> BGE 130 V 163 Erw. 3.2.3; EVG I 87/02 Erw. 4.3.1; u.A. mehr.

<sup>27</sup> BGE 129 V 205 Erw. 3.2; EVG I 87/02 Erw. 4.3.2; BGE 130 V 163 Erw. 3.2.3; u.A. mehr.



- die vereinbarten Tarifbestimmungen so ausgestaltet sein müssen, dass deren Anwendung bei Schwerhörigkeit eine Hörgerätversorgung gewährleistet, die zwar nur, aber immerhin in einfacher und zweckmässiger Weise das mit der Hörgerätabgabe angestrebte Eingliederungsziel, die adäquate Verständigung im beruflichen oder Tätigkeitsbereich, erreicht (BGE 130 V 163, SVR 2002 IV Nr. 13 S. 41);
- insbesondere die Anwendung der Höchstbeträge im Rahmen des vertraglich vorgesehenen Indikationsmodells nicht dazu führen darf, dass der versicherten Person ein Hörgerät vorenthalten wird, das sich aufgrund ihres besonderen invaliditätsbedingten Eingliederungsbedürfnisses als notwendig erweist (BGE 130 V 163);
- stets der gesetzliche Anspruch auf die Hörgerätabgabe und damit das spezifische Eingliederungsbedürfnis des Einzelnen, das mit der Versorgung befriedigt werden soll, massgeblich bleibt (BGE 130 V 163);
- es in der Natur der Sache liegt, dass im Rahmen der Konkretisierung der gesetzlichen Bestimmungen und zwecks einheitlicher Rechtsanwendung aufgestellte generelle Kriterien und Tarife nicht alle möglichen Einzelfälle zu berücksichtigen vermögen (BGE 130 V 163);
- mit Blick auf den gesetzlichen Anspruch auf Eingliederung im Einzelfall stets Raum für Ausnahmen aus Gründen eines spezifischen, gesteigerten invaliditätsbedingten Eingliederungsbedürfnisses bleiben muss; der Standpunkt des BSV, wonach die tarifvertraglichen Indikationsstufen in jedem Fall eine adäquate Versorgung gewährleiste bzw. was darüber hinausgehe, nicht mehr einfach und zweckmässig im Sinne des Gesetzes sei, nicht haltbar ist (BGE 130 V 163).

#### 2.7.2 Analyse der Urteile betreffend Hörgeräte

Auffallend ist, dass es sich bei sämtlichen Urteilen um eine gewährte bzw. nicht gewährte Mehrversorgung handelt. Zudem stellt das EVG bei der Beurteilung, ob eine „Überversorgung“ durch die IV zu übernehmen sei, in sämtlichen Urteilsbegründungen auf die Resultate der ärztlichen Hörgerätexpertisen ab. Es sind schliesslich die Ärzte bzw. die Plausibilität der ärztlichen Begründungen, welche für die Übernahme/Nichtübernahme der Mehrkosten durch die IV für das EVG entscheidend sind. Anders gesagt: Die Expertenärzte sind die ausschlaggebenden Entscheidungsträger.

Die Analyse der Gerichtsurteile ergibt:

- In 4 von 6 Fällen hat das EVG die Beschwerde der versicherten Person um „Mehrversorgung“ gutgeheissen.
- In 2 von 6 Fällen wurde die Beschwerde der versicherten Person um „Mehrversorgung“ abgewiesen.
- In 9 von 12 Fällen hat das EVG die Beschwerde des BSV bzw. der IV Stelle abgewiesen.
- In 3 von 12 Fällen hat das EVG die Beschwerde des BSV gutgeheissen.

In 13 von 18 Fällen wurde eine „Mehrversorgung“ gutgeheissen. 2/3 der durch die versicherte Person geführten Beschwerden sind erfolgreich. Hingegen sind nur 25% der BSV/IV-Beschwerden von Erfolg gekrönt. 7 von 18 EVG-Urteilen sind gegenteiliger Meinung als die Vorinstanz.



### 2.7.3 Fallbeispiel Batteriekosten

Mit einer Änderung der Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln vom 19. Dezember 1996 (Inkrafttreten am 1. Januar 1997) wollte das BSV die Betriebs- und Unterhaltskosten für Hörgeräte (wie bei Motorfahrzeugen) aus dem Leistungskatalog der IV streichen, weil diese unverhältnismässig hohe administrative Kosten verursachen würden. Eine Versicherte hatte dagegen Einspruch erhoben. Mit Urteil des EVG vom 16. Januar 1998 (BGE 124 V 12) wurde die Beschwerde der versicherten Person gutgeheissen. Das EVG akzeptierte die Argumentation des BSV nicht:

«Ces motifs d'ordre administratifs sont insuffisants pour justifier la différence de traitement, entre invalides, pour la prise en charge des frais d'utilisation de leurs moyens nécessaires.»

Damit musste das BSV die Jahrespauschale für Hörgerätebatterien wieder einführen.

Die EFK stellt fest, dass die technologische Entwicklung die Grenzen des Machbaren ständig erweitert. Im Jahre 1996 wurden z.B. die ersten vollständig digitalisierten Hörgeräte als eine „technologische Revolution“ lanciert. Eine dänische Kosten-Nutzen Studie zeigte, dass der Nutzen von aufwändigen Hörgeräten sich vom Nutzen von kostengünstigen Hörgeräten nicht signifikant unterschied<sup>28</sup>. Aber niemand will das Rad der Zeit zurückdrehen. Das BSV hat neulich herausgefunden, dass die Spitäler beim Einkauf von Cochlea-Implantaten keine Anreize zum Sparen haben, da die IV diese Einkäufe bisher unbesehen bezahlt hat. Das BSV und die IVST haben mehrmals versucht in Einzelfällen, die Ausgaben der Sozialversicherungen durch Beschwerden bis ins EVG zu reduzieren. Es liegt im Mandat des Gesetzgebers dafür zu sorgen, dass das BSV die notwendigen gesetzlichen Grundlagen und die politische Rückendeckung hat, um die Ausgaben bei den Hilfsmitteln unter Kontrolle zu behalten.

### 2.8 Fazit - hohe Vergütungen und fehlende Anreize zur Sparsamkeit

Die Vergütungen der Sozialversicherung für die medizinischen Expertisen und die Dienstleistungen der Akustiker sind in der Schweiz, verglichen mit Deutschland und Norwegen, hoch bis sehr hoch. Es gibt aber in der Schweiz im Gegensatz zu den anderen Ländern einen Binauralrabatt

---

<sup>28</sup> Parving, 2003.



**Tabelle 9: Vergütungen für monaurale Versorgungen und Vergütungen an Expertenärzte in Norwegen, Deutschland und der Schweiz**

Franken (exkl. MWST)	N	D	CH, Indikationsstufen 1, 2, 3
Vergütung der Sozialversicherung für ein Hörgerät (inkl. Ohrpassstück)	1'040 Franken	632 Franken	IV: 600, 825, 1'050 Franken AHV: 450, 619, 788 Franken
Vergütung der Sozialversicherung für ein Hörgerät samt Anpassung, Reparaturen und Service	<sup>29)</sup>	975 Franken	IV: 1'570, 2'015, 2'455 Franken AHV: 1'178, 1'511, 1'841 Franken
Nur Dienstleistungen der Akustiker		343 Franken	IV: 970, 1'190/1'405 Franken AHV: 728, 893, 1'054 Franken
Kosten pro Konsultation bei den HNO-Ärzten, gemäss Tarif	~140 Franken (inkl. Selbstbehalt)	~95 Franken (Erwachsene)	393 Franken (Erstexpertise) 251/335 Franken (Schlussexpertise)

Quellen: Erhebungen der EFK, Hörgerätetarif und Tarif für medizinische Expertisen

- In Norwegen arbeiten Expertenärzte und Akustiker in den HNO-Kliniken (öffentlich od. privat) zusammen und Hörgeräte werden mittels Ausschreibungen der Sozialversicherungsbehörde eingekauft.
- Der gegenwärtige Tarif der Schweiz ist veraltet und die Prämissen für die Dienstleistungen basieren auf einem Zusammenhang zwischen Indikationsstufen und Arbeitsbelastung, welcher nicht mehr gegeben ist.
- Die Informationsasymmetrie zwischen dem BSV und den Akustikerverbänden und der medizinischen Expertise ist ein bedeutendes Problem.
- Der Besitzstand führt zu falschen Anreizen.

<sup>29)</sup> In Norwegen arbeiten ORL-Arzt und Audiograf (Akustiker) in den HNO-Kliniken oder in den privaten Praxen zusammen, die Kosten für die Dienstleistungen der Akustiker lassen sich nicht separat von anderen Kosten der HNO-Kliniken berechnen. In Norwegen gibt es keine Akustikerbranche.



### 3 Beteiligte und Betroffene

#### 3.1 Die IVST

Im IVG wird die Führung der Invalidenversicherung den IVST (IVST) delegiert (Art. 53). Die IVST nehmen ihre Aufgaben unter Aufsicht des Bundes und in Zusammenarbeit mit den Organen der AHV wahr. Jeder Kanton errichtet durch besonderen Erlass eine unabhängige IVST. Der kantonale Erlass oder die Vereinbarung regelt den Sitz der IVST, die interne Organisation und die rechtliche Stellung des Leiters und der Mitarbeiter.

Die kantonalen IVST gibt es seit 1992. Die IVST stehen unter der geteilten Aufsicht der Kantone (administrativ) und des BSV (administrativ und fachlich). Es gibt vier organisationsrechtliche Ausgestaltungen der IVST<sup>30</sup>:

1. Eine vollständige Unabhängigkeit der AHV- und IV-Durchführungsorgane: BS, GE, LU, NE, VS
2. Eine räumlich und führungstechnisch gesammelte Organisation: AI, GL, JU, NW, OW, SW, SH, UR, ZG
3. Eine Sozialversicherungsanstalt
  - a) mit voneinander unabhängigen Sozialversicherungsträgern der kantonalen Ausgleichskassen (KAK) und IVST (BL, FR, GR, ZH)
  - b) KAK und IVST in einer einzigen Organisation und als eigene Rechtspersönlichkeit (AG, SG, TI)

Das Gesetz verleiht den IVST die Rechtspersönlichkeit und bezeichnet sie als kompetent, um Entscheide in Bezug auf alle gesetzlich garantierten Leistungen zu fällen: medizinische Massnahmen, Massnahmen beruflicher Art, Massnahmen für die Sonderschulung und zugunsten hilfloser Minderjähriger, Hilfsmittel, Taggelder, Renten und Hilflosenentschädigung. Zu den Befugnissen der IVST gehört es, zu prüfen, ob die Versicherungsbedingungen für Leistungen der IV erfüllt sind, Entscheide über Leistungen zu fällen und die Öffentlichkeit zu informieren<sup>31</sup>. Die Konferenz der IV-Stellen hat einen eigenen Bereich für Versicherungsleistungen, wo u.a. Fragen betreffend Hilfsmittel diskutiert werden können.

Zweifelsfälle bei der Beurteilung der Abgabe von Hörgeräten kommen sehr selten vor. Wenn ein Dossier vollständig ist, benötigt die Sachbearbeitung nur wenige Minuten. Unklarheiten und Unvollständigkeiten in der Dokumentation treten hingegen häufiger auf. Ein relativ hoher administrativer Aufwand war mit der Übernahme von Kosten bei Verlust oder beschädigten Hörgeräten verbunden<sup>32</sup>. Es kommt sehr selten vor, dass medizinische Expertisen von den IVST bestritten werden. Die Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) haben keine Experten, welche bei Hörgeräten eine „second opinion“ darstellen könnten. Das BSV hat früher stichprobenweise Einzeldossiers über Hilfsmittel bei den IVST kontrolliert, was heute keine prioritäre Aufgabe darstellt.

Das Verfahren einer Hörgeräteanpassung dauert aus der Sicht der IVST im Durchschnitt ca. 9-12 Monate (vom Erhalt des ersten Gesuchs um Vergütung bis zur definitiven Beschlussfassung). Die

---

<sup>30</sup> *Interface 2005*, S. 23.

<sup>31</sup> [www.socialinfo.ch/](http://www.socialinfo.ch/).

<sup>32</sup> *Vor der Neuregelung mit dem Hörgerätetarif 2006*.





Rolle der IVST besteht primär aus der formalen Überprüfung des Antrags (Erstexpertise) sowie der Berichte des Akustikers und Arztes (Schlussexpertise) auf dessen Vollständigkeit und der Kostengutsprache an den Akustiker. Der Handlungs- und Ermessensspielraum für die IVST wird als sehr gering bezeichnet. Die Leistungen sind vorgegeben; der Expertenarzt bezeichnet die Indikationsstufe und damit in der Praxis die Höhe der Ausgaben.

Die EFK stellt fest: Die IVST haben relativ wenig Kontakt mit dem BSV, da die Umsetzungsbestimmungen ausführlich, und die administrativen Prozesse für die Abgabe von Hörgeräten standardisiert sind. Die Abgabe von Hörgeräten ist ein Massengeschäft, die Rolle der Ärzte ist zentral. Die Information des BSV wird von den interviewten IVST als gut eingestuft. Dies gilt auch für den telefonischen und schriftlichen Beistand des BSV in Einzelfällen. Das Abgabesystem wirkt gut eingespielt und ist aus dieser Verwaltungssicht effizient. Eine Ausnahme waren die Regelungen bei Verlust von Hörgeräten vor dem Inkrafttreten des Tarifs 2006.

### 3.2 Das BSV

Dem BSV kommen in der IV drei Verantwortungsbereiche zu<sup>33</sup>:

1. Durchführungsaufgaben, d.h. dafür sorgen, dass die Politik im Rahmen der Gesetze und Bestimmungen durchgeführt wird
2. Fachliche, administrative und finanzielle Aufsicht über die kantonalen IVST (IVG Art. 64)
3. Weiterentwicklung der Gesetzgebung im Bereich IV.

Ein Organigramm des BSV mit Stand 1. Januar 2007 findet sich im **Anhang 4** dieser Evaluation.

Für die Entwicklung der Rechtsetzung bei der Hilfsmittelabgabe ist der Bereich Rechtsetzung hauptverantwortlich. Für die Durchführung und die Aufsicht ist der Bereich Kostenvergütung zuständig. Die Aufgaben des Bereichs Kostenvergütung umfassen<sup>34</sup>:

- Kostenvergütung an die IVST und die regionalen ärztlichen Dienste
- Tarifvereinbarungen mit beruflichen Eingliederungsstätten sowie mit medizinischen und beruflichen Abklärungsstellen (MEDAS, BEFAS)
- Verantwortung für Tarife und Tarifverträge im Bereich der medizinischen Massnahmen und Zusammenarbeit mit den zuständigen Gremien und Fachverbänden
- Zusammenarbeit mit Fachstellen bei der Prüfung neu auf dem Markt erscheinender Hilfsmittel hinsichtlich Tauglichkeit und Wirtschaftlichkeit. Hörgeräte müssen vom Bundesamt für Metrologie METAS zugelassen werden, bevor sie auf dem Schweizerischen Markt angeboten werden können.
- Abschluss von Tarifvereinbarungen

---

<sup>33</sup> *Interface 2005.*

<sup>34</sup> *Organigramm des BSV.*



- Aufsicht über und Regelung des Verfahrens und der Kostenvergütung im Zusammenhang mit der Abgabe, Rücknahme, Lagerung und Wiederverwendung von Hilfsmitteln, Erarbeitung entsprechender Leistungsaufträge

Für die Hilfsmittelabgabe gibt es folgende Verträge/Vereinbarungen:

- Tarifvertrag für die Hörgeräteabgabe
- Tarifvertrag für orthopädische Hilfsmittel
- Tarifvertrag für Leistungen der orthopädischen Schuhmacher
- Rahmenvereinbarung über die Abgabe von Rollstühlen und Zubehör
- Vereinbarung betreffend die mietweise Abgabe von Elektrobetten durch die IV und EL
- Vereinbarung betreffend die Abgabe von Augenprothesen
- Tarifvertrag betreffend die mietweise Abgabe von Blindenführerhunden an IV-Versicherte
- Leistungsvertrag mit der SAHB, Hilfsmittelberatung für Behinderte

Es gibt zwei Typen von Aufsichtsgremien über die IVST<sup>35</sup>: Die fachliche Aufsicht gemäss Art. 92 IVV: einheitliche und korrekte Rechtsanwendung auf gesamtschweizerischer Ebene. Zu diesem Zweck erlässt das BSV Weisungen im Allgemeinen oder auch im Einzelfall, stellt die Schulung des Fachpersonals der IVST sicher, überprüft periodisch die Geschäftsführung und nimmt jährlich die Berichte über deren Geschäftsführung ab. Die administrative und finanzielle Aufsicht gemäss IVV Art. 92 bis: Diese betrifft die 26 IVST, und ist unterteilt in allgemeine Aufsicht (Genehmigung der Reglemente, der Organisation der IVST, des Stellenplanes und der Einstufung des Personals), und in die besondere Aufsicht (Überprüfung und Genehmigung des Voranschlages der IVST, Genehmigung der Kostenaufstellung).

Bei den Hilfsmitteln wird die administrative und finanzielle Aufsichtsfunktion vom Bereich Kostenvergütung wahrgenommen. Die Aufsicht ist primär administrativer Art und besteht aus der Ausarbeitung und Revision der Kreisschreiben, der Tarifverträge und weiterer Vereinbarungen, Hilfe bei der Auslegung der Tarifverträge (Rundschreiben) sowie der Beratung der IVST in Zweifelsfällen. Der Fachbereich ist in der Paritätischen Vertrauenskommission und in der Tariffkommission für Hörgeräte, nicht aber in der audiologischen Kommission, vertreten. Der Bereich Kostenvergütung prüft seit Ende 2003 alle Dossiers, welche die IVST weiterleiten, z.B. ungenügende medizinische Berichte, oder Fälle von versicherten Personen die vor Gericht gehen wollen, weil sie mit der Einstufung nicht einverstanden sind.

Der Bereich Kostenvergütung verfügt über 1.4 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) für Hilfsmittel-Anspruch und Tarife und 1 VZÄ für Tarife. Der Bereich Kostenvergütung überprüft seit Ende 2006 aus personellen Gründen nur noch Hilfsmittel-Fälle der IVST, welche Grundsatzentscheide erfordern.

Die fachliche Aufsicht im Bereich Hörgeräte (Qualitätssicherung) wird durch die audiologische Expertise bei der Abgabe von Hörgeräten wahrgenommen. Die Aufsicht des BSV begrenzt sich auf Zweifelsfälle.

---

<sup>35</sup> *Interface 2005.*



Bis Ende 1999 erfolgten die allgemeinen Geschäftsprüfungen bei den IVST in der Regel im Abstand von fünf Jahren; seit Anfang 2000 werden sie im Abstand von drei Jahren durchgeführt. Die Verkürzung dieses Rhythmus hat aber den Nachteil, dass nicht mehr sämtliche Sachgebiete, worüber die IVST Entscheide treffen, überprüft werden können<sup>36</sup>. Seit dem Jahr 2000 liefern die IVST dem BSV diverse statistische Kennzahlen zu Leistungen und Prozessen (Monats- und Quartalsreporting). Das BSV stellt die Zahlen zum Teil als Benchmarking unter den IVST im „Auswertungsbericht zur Geschäftstätigkeit der IVST“ zusammen. Der Bericht erscheint seit 2001 jährlich.

Vor dem Hintergrund des starken Rentenwachstums und der beunruhigenden Entwicklung der Finanzlage der IV beschloss die Geschäftsprüfungskommission des Ständerats (GPK-S) im Jahre 2004, eine Untersuchung zu ausgewählten Aspekten der IV vorzunehmen. Die Untersuchung der GPK-S mündete in eine umfangreiche Kritik am BSV. Es fehle eine professionell geführte und moderne Aufsicht. Die GPK-S fordert vom Bundesrat eine Gesamtstrategie für eine verstärkte Aufsicht des Bundes über den IV-Vollzug.

In seiner Stellungnahme vom 12. Dezember 2005 reagierte der Bundesrat auf diese scharfe Kritik mit einem Massnahmenpaket, welches folgende Elemente enthielt:

- Eine Gesamtstrategie für eine verstärkte, wirkungsorientierte Aufsicht des Bundes über den IV-Vollzug
- Verbesserung des Datenzugangs (die Hilfsmittel werden hier ausdrücklich genannt)
- Bessere Abgrenzung zwischen kantonaler und Bundesaufsicht (Änderung des IVG)
- Verbesserung der finanziellen Aufsicht über die IVST (Leistungsvereinbarungen)
- Klarere organisatorische Trennung zwischen Gesetzgebung und Aufsicht im BSV
- Forschungsprogramm zu Invalidität und Behinderung und zur Umsetzung des Invalidenversicherungsgesetzes<sup>37</sup>

Die EFK stellt fest, dass das BSV in Gesprächen mehrmals wiederholte, dass die Aufsicht über die problematische Rentenentwicklung, und nicht die Aufsicht über die Abgabe von Hilfsmitteln die höchste Priorität im BSV haben muss. Obwohl die Ausführungsbestimmungen über Hilfsmittel als detailliert beschrieben werden, scheinen sie die administrative Effizienz zu fördern. Die EFK stellt fest, dass die Daten der Zentralen Ausgleichsstelle (ZAS) eine Informationsquelle für Aufsicht und Tarificationen darstellen, welche nur spärlich vom BSV ausgenutzt wird, da der Zugang zu den Daten administrativ und durch die Informatiklösung erheblich erschwert ist. Gemäss BSV sind die Daten oftmals nicht zuverlässig und den Informationsbedürfnissen nicht entsprechend. Die EFK stellt fest, dass nur 2.4 Vollzeitstellen für die Verwaltung der Hilfsmittelpolitik, ca. 300 Mio. Franken, zur Verfügung stehen. In den letzten Jahren hat viel Personal den Bereich Hilfsmittel verlassen. Das BSV muss sich die Mittel geben, die Hilfsmittelpolitik in Zukunft aktiv zu gestalten, die Tarifverhandlungen müssen zur Chefsache werden. Alternativ soll geprüft werden, die Hilfsmittelpolitik (für Erwachsene) an die Krankenversicherung zu transferieren.

---

<sup>36</sup> Soziale Sicherheit 5/2000.

<sup>37</sup> Soziale Sicherheit 4/2006, S. 214, mit 3 Mio. Franken ausgestattet.



### 3.3 Die Wettbewerbskommission

Die Aufgaben der Wettbewerbskommission (WEKO) sind die Bekämpfung von schädlichen Kartellen, die Missbrauchsaufsicht über marktbeherrschende Unternehmen, die Durchführung der Fusionskontrolle sowie die Verhinderung staatlicher Wettbewerbsbeschränkungen. Die WEKO ist bis heute im Bereich IV/AHV noch nicht im Sinne eines Verfahrens nach Art. 26 ff. des Kartellgesetzes (KG) tätig geworden. Die Wettbewerbskommission ist in Fällen von staatlichen Wettbewerbsbeschränkungen auf die Abgabe von Empfehlungen zur Förderung von wirksamem Wettbewerb beschränkt und kann im staatlich regulierten Bereich keine Verfügungen erlassen (Art. 45 Abs. 2 KG). Diese Bestimmung kommt im Fall der Hilfsmitteltarife zur Anwendung, da das Gesetz über die Invalidenversicherung (Art. 27) vorsieht, dass die IV mit den Abgabestellen für IV-Hilfsmittel Verträge schliessen kann, um die Zusammenarbeit mit den Organen der Versicherung zu regeln und die Tarife festzulegen.

Die WEKO (Sekretariat) hat sich zur Motion von Walter Müller (NR)<sup>38</sup>, welche einen stärkeren Wettbewerb, die Überprüfung der Tarifpunkte und Kosten, um die Beschaffungskosten von Hilfsmitteln zu senken, fordert, wie folgt geäussert.<sup>39</sup> „Die Wettbewerbskommission beurteilt diese Abgabepauschalen im Sinne von Festbeträgen bzw. Höchstvergütungsbeträgen als grundsätzlich wettbewerbsfördernd (RPW 2004/3, S. 852 ff., insb. 857) und erachtet eine Ausdehnung dieses Systems als taugliches Instrument, um das Preis-Leistungsverhältnis von Mitteln und Gegenständen zu verbessern.“

Die WEKO argumentiert generell gegen Tarifverträge mit Verbänden und empfiehlt Einzelverträge, da durch Einzelverhandlungen tiefere Preise ausgehandelt und gewisse (teure) Lieferanten von der IV ausgeschlossen werden könnten. Gemäss WEKO führt das System mit Höchstvergütungsbeträgen nur dann zum beabsichtigten Wettbewerb, wenn die Höchstvergütungsbeträge sich bei gleicher oder ähnlicher Qualität an den tieferen oder tiefsten Preisen orientieren (also nicht an einem Durchschnittspreis).

Das BSV hatte mit dem Hörgerätetarif 1999 versucht, mit den Leistungserbringern (Akustikern), wie von der WEKO empfohlen, Einzelverträge abzuschliessen<sup>40</sup>. Es war aber gemäss BSV in der Praxis nicht möglich, die erhoffte Wirkung auf die Preise zu erreichen. Der Tarifvertrag 2006 wurde wieder mit den Verbänden ausgehandelt.

Die EFK stellt fest, dass die Rolle der WEKO im Bereich Hilfsmittel begrenzt ist, solange nicht unzulässige Verhaltensweisen vorliegen.

### 3.4 Der Preisüberwacher

Der Preisüberwacher hat zur Aufgabe, die Preisentwicklung laufend zu beobachten, kartellistisch überhöhte Preise zu verhindern sowie die Öffentlichkeit über seine Tätigkeit zu informieren<sup>41</sup>. Ge-

---

<sup>38</sup> Motion Walter Müller, NR, vom 17. März 2005 (05.3154).

<sup>39</sup> Brief der WEKO an das BSV vom 13. April 2005.

<sup>40</sup> Es gibt ca. 400 Akustiker in der Schweiz. Eine Vielzahl davon ist in Lieferantenkettten zusammengeschlossen.

<sup>41</sup> Siehe <http://www.preisueberwacher.ch/>.



mäss Art. 14 des Preisüberwachungsgesetzes wird der Preisüberwacher bei behördlich festgesetzten oder genehmigten Preisen angehört. „Er kann beantragen, auf die Preiserhöhung ganz oder teilweise zu verzichten oder einen missbräuchlich beibehaltenen Preis zu senken.“ Der Preisüberwacher nimmt aus rechtlichen Erwägungen nie an Tarifverhandlungen teil (Unabhängigkeit). Der Preisüberwacher hat bei den Verhandlungen über den Hörgerätetarif 1999 eine normale Tarifempfehlung gemäss Preisüberwachungsgesetz abgegeben. Aktiv wurde der Preisüberwacher auch im Jahr 2003, u.a. initiierte er einen Preisvergleich für Hörgeräte, welcher die Aufmerksamkeit der Medien und im Parlament Fragen auslöste.

Im Zusammenhang mit dem Tarifvertrag 1999 bat das BSV den Preisüberwacher im Dezember 1998, sich über die Grundlagenberechnungen - Tarif für das Hörgerät und für die Dienstleistungen der Akustiker - zu äussern. Die Berechnungen des BSV und der Branche basierten einerseits auf dem berechneten Betriebsaufwand eines so genannten Modellbetriebs und andererseits auf dem berechneten Zeitaufwand für die Dienstleistungen der Akustiker. Grundlage war ein Modellbetrieb mit 200 jährlich verkauften Hörgeräten, einem Geschäftsführer und einem Assistenten. In seinem Brief von Ende Januar 1999 äusserte sich der Preisüberwacher zu den Berechnungen des BSV und der Akustikerbranche. Gemäss Brief war es dem Preisüberwacher nicht möglich, das Zeitbudget für die Dienstleistungen der Akustiker zu prüfen. Dies müsse dem BSV überlassen werden. Der Preisüberwacher äusserte sich hingegen über die Einstandspreise und die Rabatte für Geräte sowie über die verschiedenen Aufwandsposten (Lohn, Finanzaufwand, Gewinn, Margen). Er kam in seinem Brief zum Schluss, dass aufgrund der geringen Preisdifferenzen zwischen dem Tarifvorschlag der IV und den korrigierten Werten der Preisüberwachung, der Tarifvorschlag des BSV als vertretbar zu bezeichnen war, und an diesem Tarifvorschlag festzuhalten sei.

In seinem Schreiben richtete der Preisüberwacher vier Empfehlungen an das BSV:

1. Auslandpreisvergleiche für Hörgeräte, Zubehör und Dienstleistungen vorzunehmen und ein eventuelles Senkungspotenzial auszunützen
2. Die gewährten Preisminderungen (Rabatte) an Akustiker zu untersuchen
3. Für die Berechnungen der Einstandspreise im Tarifmodell die günstigsten Geräte zu berücksichtigen, welche die medizinischen Anforderungen erfüllen
4. Zu erheben, wie viele Geräte verloren gehen oder zerstört werden und für diese einen reduzierten Tarif vorzusehen

Der Preisüberwacher hatte im Oktober 2003, aufgrund eigener Untersuchungen und Preisvergleichen, die Hörgeräte-Preise mit Schreiben an das BSV kritisiert. Diesmal standen die Hardware-Preise im Vordergrund. Der Preisüberwacher forderte substantielle Preissenkungen, ohne jedoch konkrete Vorgaben zu machen. Die Akustikerverbände unterbreiteten dem BSV einen Vorschlag, die Hardware-Preise in der Indikationsstufe 1 zu senken und gleichzeitig die Preise in der Stufe 3 anzuheben. In der Sendung Kassensturz vom 17. Mai 2005 wurde der Hörgeräte-Markt thematisiert und der Preisüberwacher äusserte sich wiederholt kritisch zu den Hörgeräte-Preisen.

Die Vertragsparteien des Hörgerätetarifs, die Sozialversicherungen und die Akustikerverbände, erarbeiteten im Winter 2006 einen neuen Hörgerätetarif, welchen das BSV dem Preisüberwacher unterbreitete. Ein neuer, reduzierter Tarif für Hörgeräte (Hardware) trat am 1. Juli 2006 in Kraft.

Ein vergleichbares Szenario spielte sich im Bereich Preise für Mittel und Gegenstände (MiGeL) ab. Obwohl MiGeL (subsidiär) die Vergütung von Hilfsmitteln für Behinderte vorsieht, enthält die Liste



primär medizinische Mittel und Gegenstände (z.B. für Diabetesranke). Der Preisüberwacher hatte sich gegen „staatlich verordnete Fantasiepreise“ gewandt und das Sparpotenzial mit einem dreistelligen Millionenbetrag bezeichnet<sup>42</sup>. Darauf forderte der Bundesrat eine Überprüfung der MiGeL-Liste<sup>43</sup>. Bei jeder MiGeL-Gruppe wird ein Maximalbetrag vergütet, welcher in der Liste aufgeführt ist. Das System der Maximalbeträge hat gemäss BAG dazu geführt, dass die Hersteller von Medizinalprodukten ihre Preise zunehmend an diesen Höchstvergütungsbeträgen ausrichteten. Als kostendämpfende Sofortmassnahme wurden die Höchstvergütungsbeträge auf Anfang 2006 generell um 10% gesenkt<sup>44</sup>.

Anfang 2007 ist das BSV damit beschäftigt, das System und den Tarif für die Hörgeräteabgabe völlig neu zu überarbeiten. Der Preisüberwacher wird von seinem Ausspracherecht Gebrauch machen.

Die EFK stellt fest, dass der Preisüberwacher zu den Akustikertarifen 1999 und 2006 von seinem Empfehlungsrecht gemäss Preisüberwachungsgesetz Gebrauch gemacht hat, im Jahr 1999 eher passiv, im Jahr 2006 eher aktiv. Der Handlungsspielraum des Preisüberwachers ist bei den Tarifverhandlungen eher gering, weil er über begrenzte Ressourcen verfügt, und in der Regel erst am Schluss des Verhandlungsprozesses eingeschaltet wird. So konnte er im Jahr 1999 nicht Stellung nehmen, ob der von den Akustikern geschätzte notwendige Zeitaufwand für die Dienstleistungen korrekt war. Das Risiko besteht, dass der Preisüberwacher in den Tarifverhandlungen instrumentalisiert wird (Legitimierung). Der Preisüberwacher erklärt, dass es dank seiner Unterstützung in den Jahren 1999 und 2006 dem BSV gelingen konnte, mit der Akustikerbranche einen Hörmittelvertrag auszuhandeln, der gegenüber dem Vorstand eine Tarifsenkung beinhaltete. Im Zusammenhang mit dem Tarif 2006 war der Preisüberwacher offensiver, es wurden Preisvergleiche vorgenommen und die Medien wurden genutzt.

### 3.5 Die Medizinaltarifkommission

1984 ist das neue Unfallversicherungsgesetz (UVG) in Kraft getreten, in welchem neu stipuliert wurde, dass alle Unfallversicherer (UV) den gleichen Preis für dieselbe Leistung bezahlen sollten. So wurde die Medizinaltarifkommission (MTK) gegründet. Sie besteht aus zwei Vertretern der UV, zwei Vertretern der Krankenkassen und drei Vertretern der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) (inkl. Präsidium). Die MTK wurde organisatorisch in die SUVA eingebettet, da diese bereits zu diesem Zeitpunkt ein Know-how besass. Später kamen die Militärversicherung (MV) und die IV dazu. Sie sind nicht Vollmitglieder, sondern haben einen Expertenstatus. Sie bezahlen denn auch für die Leistungen der MTK. In der Regel gelten die Tarifverträge für alle Versicherungen (MV, IV, UV). Der Tarifvertrag für Hörgeräte stellt eine Ausnahme dar. Er wurde von der IV ausgehandelt, wobei das BSV bei diesen Verhandlungen federführend war. Eine Ausnahme bildet der Tarifvertrag 1999, bei welchem die MV und die UV wiederum mit den Verbänden die Verträge abgeschlossen hatten.

---

<sup>42</sup> *Siehe Kassensturz vom 20. September 2005.*

<sup>43</sup> *Sonntagszeitung am 2. Oktober 2005.*

<sup>44</sup> *Siehe Medieninformation des BAG vom 9. November 2005.*





Die Zentralstelle für Medizinaltarife (ZMT) ist das ausführende Organ der MTK und beschäftigt rund 30 Personen. Die ZMT ist identisch mit der Abteilung Medizinaltarife in der Suva. Die Aufgaben der ZMT umfassen u.a. Grundsatzfragen betreffend Finanzierung des Gesundheitswesens (Qualitätssicherung, Wettbewerb, Managed Care), internationale Zusammenarbeit, Entwicklung und Tarifverhandlungen im ambulanten und stationären Bereich sowie Entwicklung von Konzepten und Instrumenten für das Heilkostencontrolling (Zusammenarbeit mit Santésuisse, Informatiklösungen).

Vertragspartner im Tarifvertrag 2006 sind neben der IV und AHV (vertreten durch das BSV) die Versicherer gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (vertreten durch die MTK) und die Militärversicherung (vertreten durch die SUVA) Vertragsparteien.

Mit der Militärversicherung und der Invalidenversicherung besteht eine enge Zusammenarbeit. Basis dafür ist eine Zusammenarbeitsvereinbarung, die auch eine Finanzierungsvereinbarung und eine Vereinbarung über die Behandlung von Gesuchen von Spitälern um Vertragsabschluss, Taxberechnungen usw. umfasst. Die MTK, die Militärversicherung und die Invalidenversicherung schliessen gemeinsam Verträge ab mit den Spitälern und in der Regel auch mit den Verbänden der Medizinalpersonen. Es gelten für alle drei Versicherungszweige die gleichen Tarife (bezüglich IV sind Ausnahmen möglich).

Die EFK stellt fest, dass die Tarife für Hilfsmittel und Hörgeräte eine Ausnahme darstellen. Für Medizinaltarife ist in der Schweiz in der Regel die Medizinaltarifkommission und deren Sekretariat, die Zentralstelle für Medizinaltarife (ZMT), zuständig. Im KVG sind, im Gegensatz zu IVG, auch die gesetzlichen Grundlagen geschaffen, die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Leistungen prüfen zu lassen. Die EFK stellt fest, dass im Rahmen ihrer Evaluation der EFK über ein Jahr verging, bis verlässliche Daten über die Ausgaben für die medizinischen Expertisen bei der Abgabe von Hörgeräten vorlagen.

### 3.6 Die Berufsorganisationen

#### 3.6.1 Die Akustiker-Verbände

Akustika, der Schweizerische Fachverband der Hörakustik, repräsentiert eher die mittelgrossen und kleineren Geschäfte, der Hörzentralen-Verband der Schweiz (HZV) eher die grösseren Geschäfte. Es gibt eine enge Zusammenarbeit zwischen Akustika und HZV. Der HZV besteht aus 7 Mitgliedern, die rund 40% des Marktes abdecken, wobei 75% auf Amplifon und Audito Suisse entfallen.

"Die Schweiz verfügt weltweit über eines der grosszügigsten Modelle. In kaum einem anderen Land erhalten die IV-Betroffenen ohne eigene Zuzahlung von der öffentlichen Hand eine schnelle, unkompliziertere, technisch hochstehendere und qualitativ bessere Versorgung". (Akustika).

Die Ausbildung zum Hörgeräte-Akustiker erfordert in der Schweiz eine dreijährige berufsbegleitende Zweitausbildung, die von der Akustikerbranche angeboten wird. Zugelassen zur Ausbildung werden Personen mit abgeschlossener Berufs- oder Schulausbildung. Der Beruf des Hörgeräteakustikers gilt seit 1977 als ein vom Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT) anerkannter Beruf mit eidgenössischem Fachausweis. Die praktische Ausbildung erfolgt in einem Hörgeräte-Fachgeschäft.





**Tabelle 10: Unterschiede zu Deutschland und Norwegen**

	<b>Norwegen</b>	<b>Deutschland</b>
Ausbildung der Akustiker	Audiologen haben Titel als Bachelor. Sie entlasten die Ärztenamhaft bei den Expertisen (Zusammenarbeit).	Zweistufige Ausbildung (dreijährige Lehre zum Gesellen; berufsbegleitende Ausbildung zum Meister = Hörgeräteakustiker). Alternative: Bachelor.

Quelle: EFK

### 3.6.2 Die Hörgeräte-Produzenten und der Grossistenverband

Die zehn grösseren Hörgeräte-Produzenten sind dem Hearing Systems Manufacturers (HSM) angeschlossen. Phonak, Marktleader in der Schweiz, und GNResound sind z.B. beide Mitglieder von HSM. Die Industrie sowie der Grossistenverband schätzen das Marktpotenzial für Hörgeräte als hoch bis sehr hoch ein.

### 3.6.3 Die Kommission für Audiologie und Expertenwesen

Die Aufsicht über die Aktivität der Expertenärzte ist Sache der Audiologischen Kommission. Diese Kommission besteht ausschliesslich aus medizinischen Experten; sie ist eine Kommission der Schweizerischen Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie.

Die Kommission publiziert fachspezifische Empfehlungen und Richtlinien (z.B. zur Audiometer-Eichung, über bilaterale Cochlea-Implantate, über Hochtonsteilabfall, über Mittelohrenimplantate usw.). Die Empfehlungen an die Expertenärzte für die Abgabe von Hörgeräte durch die IV und AHV sind von der audiologischen Kommission ausgearbeitet worden. Auch die Empfehlungen für die Verrechnung von Hörgeräte-Expertisen an die IV/AHV (nach TARMED) publizierte die audiologischen Kommission<sup>45</sup>.

Die EFK stellt fest, dass die Sozialversicherungen in dieser Kommission nicht vertreten sind, und das BSV über keinen medizinischen Sachverstand verfügt, um die medizinischen Richtlinien in Frage stellen zu können.

### 3.6.4 Die Paritätische Vertrauenskommission

Die Paritätische Vertrauenskommission (PVK) besteht aus vier Vertretern der Akustiker-Verbände und vier Vertretern der Sozialversicherungen (IV, MV und UV), und hat folgende Aufgaben:

- Schlichtungsinstanz bei Meinungsverschiedenheiten betreffend Vertrag
- Interpretation des Tarifs
- Überprüfung der Zulassungsbedingungen
- Führen der Lieferantenliste

---

<sup>45</sup> siehe [www.orl-hno.ch/](http://www.orl-hno.ch/).



- Kontrolle der Qualitätssicherung
- Aussprechen von Sanktionen

Die PVK erhält von den Lieferanten jährlich eine Selbstdeklaration über die Qualitätskontrolle (personelle, räumliche, technische Voraussetzungen, Fortbildung). Aufgrund dieser Angaben werden die potentiellen Probleme eruiert. Die PVK kann einen Experten entsenden und bei Akustikern Audits vor Ort vornehmen. Die PVK hat sich z.B. auch zu einer Werbebroschüre eines Akustikers ausgesprochen, welche nach ihrer Meinung unzulässig mit den Leistungen der AHV/IV Werbung machte. In der Werbebroschüre wurden Kunden aufgefordert, eine eventuell vorhandene Hörbeeinträchtigung noch während der Berufstätigkeit feststellen zu lassen, um sich auch für die Zeit nach der Pensionierung Konditionen der IV zu sichern (Besitzstand). Ein anderes Mal hat sich die PVK darüber ausgesprochen, dass ein Akustiker (unrechtmässig) Servicemittel zu Lasten der Versicherten geltend gemacht hatte. Mit dem Tarifvertrag 2006 sollen Akustikerbetriebe vermehrt auf die Einhaltung der im Tarif enthaltenen Bedingungen überwacht und, falls nötig, sanktioniert werden.

### 3.7 Behindertenorganisationen

#### 3.7.1 Schweizerische Arbeitsgemeinschaft Hilfsmittelberatung für Behinderte (SAHB)

Die SAHB bildet unter dem Namen „Hilfsmittelberatung für Behinderte“ einen Verein im Sinne des Zivilgesetzbuches. Das Ziel ist Beratung von Behinderten, in erster Linie den motorisch Behinderten. Die grossen Organisationen für behinderte Personen (Pro Infirmis, Procap, Schweizer Paraplegiker-Stiftung usw.) sind Mitglieder der SAHB. Die SAHB hat einen jährlichen Umsatz von ca. 12 Mio. Franken und ca. 74 Stellen (2004).

Die SAHB war 1980 als Kompetenzzentrum für Hilfsmittel gegründet worden, und übernahm ab 1988 sukzessive die Verantwortung für die IV-Depots. Diese wurden grundlegend reorganisiert und deren Anzahl von damals über 20 auf 9 reduziert wurde. Die Depotbewirtschaftung war damals nicht rentabel.

Die Aufgaben der SAHB sind:

1. Die Bewirtschaftung der 9 Hilfsmittel-Depots (IV-Depots): ca. 75% des Umsatzes
2. Fachtechnische Beurteilungen (Expertisen)
3. Grundlagenarbeiten für das BSV
4. Übrige Leistungen: Ausstellung, Beratung, Fachzeitschrift, Schulung

Die drei ersten Aufgaben machen ca. 95% des Umsatzes aus und werden weitgehend von der IV finanziert. Es besteht ein Leistungsauftrag zwischen der SAHB und dem BSV. Ausserdem besteht eine Rahmenvereinbarung zwischen den Versicherern (BSV und anderen) und den Rollstuhllieferanten.

Die permanente Hilfsmittelausstellung (Exma VISION) ist die grösste ihrer Art in der Schweiz (Rollstühle, Elektrofahrzeuge usw.), die Ausstellung für hindernisfreies Wohnen mit dem individuell anpassbaren Badezimmer. Die ausgestellten Hilfsmittel werden von den Anbietern zur Verfügung



gestellt, sind also nicht Eigentum der SAHB. Die SAHB ist nicht Verkäufer von Hilfsmitteln. Ihre Geschäftsstelle und die Hilfsmittelausstellung sind in Oensingen lokalisiert.

Es gibt etwa 600-700 AHV-Mietstellen für Rollstühle für Personen im AHV-Alter. Die IV-Depots haben eine Versorgungspflicht für AHV-Rollstühle, wenn diese aus Kostengründen nicht von einer herkömmlichen Rollstuhl-Mietstelle abgegeben werden können. Es dreht sich um sogenannte Spezialversorgungen (total rund 1'700 Einheiten im Umlauf), was etwa 10% der gesamten gemieteten Rollstühle in der AHV ausmacht. Die IV-Depots kaufen in diesen „Ausnahmefällen“ die Rollstühle selber ein, für IV-Bedürfnisse kaufen die IV-Depots nur Ersatzteile und Zubehör ein.

### 3.7.2 Pro Infirmis

Die Pro Infirmis besteht aus kantonalen Organisationen und ist schwerpunktmässig in der Sozialberatung tätig. Bei Hörbehinderungen ist Pro Infirmis nur in wenigen Einzelfällen involviert.

### 3.7.3 Pro Senectute

Pro Senectute berät und unterstützt ältere Menschen und deren Angehörige, in finanziellen Schwierigkeiten, vermittelt Dienstleistungen, bietet Kurse an und arrangiert Veranstaltungen. Pro Senectute ist in kantonalen Organisationen tätig. Bei der Sozialberatung der Region Bern wurden z.B. rund 20 Hörgeräte innerhalb von zwei Jahren mitfinanziert. Dabei handelt es sich im Normalfall um AHV-Rentner, denen zwei Hörgeräte verschrieben wurden, die aber nicht in der Lage sind, das zweite Hörgerät selber zu finanzieren. Pro Senectute hat im Jahr 2004 11,4 Millionen individuelle Finanzhilfe an insgesamt 13'800 Personen gesprochen. Eine Verantwortliche schätzt, dass es gesamtschweizerisch jährlich höchstens ca. 2'500 Personen Pro Senectute wegen einer Mitfinanzierung von Hörgeräten um Hilfe anfragen. Weitaus häufiger als Hörgeräte werden teure Brillen, Zahnimplantate usw. mitfinanziert. Pro Senectute hatte vom BSV auch schon vergebens gefordert, die Liste der Hilfsmittel, welche durch die AHV abgegeben werden, zu ergänzen. Pro Senectute hat einen Leistungsauftrag mit dem BSV.

### 3.7.4 Pro Audito

Pro Audito sind 60 Hörbehindertenvereine mit insgesamt 8'000 Mitgliedern angeschlossen. Die Organisation ist in folgenden Bereichen aktiv:

- Beratung und Information rund um Hörbehinderungen („Dezibel“ - Zeitschrift für Hören und Erleben, Infothek über Hörbehinderungen, Informationen über Hörverlust, Cochlea-Implantate, Hilfsmittel, Tinnitus)
- Probleme mit Hörgeräte-Fachgeschäften, Invalidenversicherung, Expertisen usw. (kostenlos)
- Notfalldienst für Hörsturz- und Tinnitus-Betroffene
- Verständigungstrainingskurse mit Audiopädagoginnen
- Soziale und gesellige Treffpunkte in den Hörbehindertenvereinen



Auf der Web-Seite von Pro-Audito ist zu lesen: „ Die Hörmittelversorgung für Hörbehinderte ist europaweit die beste, sowohl in finanzieller wie in medizinisch-technischer Hinsicht.“

### 3.7.5 Forum Écoute

Das Forum Écoute stellt das Westschweizer Pendant zu Pro Audito dar. Die Aufgaben von Forum Écoute sind: Öffentlichkeitsarbeit, Integrations- und Rehabilitationsmassnahmen fördern, Zusammenkünfte organisieren, Kurse durchführen (Gebärdensprache), Informieren (Magazin: „écoutes“). Forum Écoute erhält vom BSV Subventionen von jährlich 1.4 Mio. Franken.

### 3.7.6 Schweizerische Vereinigung der Eltern hörgeschädigter Kinder

Die Schweizerische Vereinigung der Eltern hörgeschädigter Kinder (SVEHK) ist eine Selbsthilfeorganisation mit dem Ziel, Kindern mit Behinderungen zur Selbständigkeit zu verhelfen. Dies wird erreicht durch Information an betroffene Eltern und an Interessenvertreter (Behörden, Ärzte und Institutionen)<sup>46</sup>.

### 3.7.7 Schweizerischer Gehörlosenbund

Der Schweizerischer Gehörlosenbund (SGB) ist eine gemeinnützige Dachorganisation der Gehörlosenselbsthilfe und wird teilweise durch Beiträge der Invalidenversicherung finanziert<sup>47</sup>. Der SGB ist in folgenden Aufgabenbereichen tätig<sup>48</sup>. Politische Interessenvertretung, Öffentlichkeitsarbeit/Medien, Aus- und Weiterbildungsangebote, usw.

### 3.7.8 Schweizerischer Verband für Gehörlosen und Hörgeschädigten-Organisationen

Der Schweizerische Verband für Gehörlosen und Hörgeschädigten-Organisationen (Sonos) ist ein politisch und konfessionell neutraler Dachverband der privaten Behindertenhilfe für die gesamte Schweiz. In Zusammenarbeit mit seinen Mitgliederorganisationen aus der Selbst- und Fachhilfe, Vereinigungen von Eltern hörgeschädigter Kinder und Herstellern von technischen Hilfsmitteln soll der Verband dazu beitragen, dass hörgeschädigte Kinder, Jugendliche und Erwachsene ihr Leben nach ihren Möglichkeiten selbst bestimmen und eigenverantwortlich gestalten können. Sonos ist Kollektivmitglied von Pro Infirmis<sup>49</sup>. Sonos erhält vom BSV Subventionen von jährlich 5 Mio. Franken.

### 3.7.9 Ombudsstelle Hörprobleme

Die Ombudsstelle für Menschen mit Hörproblemen hat die Aufgabe, eine Anlaufstelle für Hörbehinderte zu sein, wo Fragen und Klagen ohne hohe Kosten angebracht werden können. Der Om-

---

<sup>46</sup> [www.svehk.ch/](http://www.svehk.ch/).

<sup>47</sup> Sonos und SGB erhalten Subventionen von ca. 1.4 Mio. Franken.

<sup>48</sup> [www.sgb-fss.ch/](http://www.sgb-fss.ch/).

<sup>49</sup> [www.sonos-info.ch/](http://www.sonos-info.ch/).



budsmann besitzt weder Entscheidungs- noch Weisungskompetenzen und mischt sich nicht in laufende Verfahren ein. Er hat vielmehr eine Vermittlerfunktion bei Uneinigkeiten zwischen Hörbehinderten und Hörgeräte-Akustikern, Expertenärzten, und Versicherungsträgern.

Im Jahr 2005 verzeichnete die Ombudsstelle 71 dokumentierte Anfragen, davon bezogen sich 19 auf Unzufriedenheit mit den Akustikern (z.B. unbefriedigende Anpassung), 10 auf ärztliche Expertisen (z.B. zu tiefe Einstufung) und 26 auf die Sozialversicherungen (z.B. Schwierigkeiten beim Verlust von Hörgeräten).

### 3.7.10 Interessengemeinschaft für CI-Implantierte

Die Interessengemeinschaft für CI-Implantierte Schweiz wurde 2004 von vier Hörbehindertenorganisationen gegründet: - Pro Audio, Sonos, LKH, SVEHK. Sie organisiert Tagungen, Interessenvertretung, Information, Netzwerke mit Herstellern und Versicherungen, und nimmt persönlichen Informationsbedarf wahr<sup>50</sup>.

## 3.8 Fazit

Die Stakeholder im Bereich Hörmittel sind breit organisiert und die Interessenverflechtungen sind vielschichtig. Die Behindertenorganisationen werden teils von der Sozialversicherung, teils von der Industrie und den Verbänden finanziert. Phonak ist in der Schweiz (und international) ein wichtiger Akteur und Produzent von Hörmitteln, welcher auch wissenschaftliche Untersuchungen und Kongresse für Experten und Hörbehinderte finanziert. Akustikergeschäfte haben in den letzten Jahren stark expandiert. Heute ist eine gewisse Marktkonzentration zu registrieren (Akustikerketten).

Massgeblich mitentscheidend in der Hörgerätepolitik sind die Akustikerverbände, welche mit dem BSV die Tarife für die Hörmittel (Hardware) und die Dienstleistungen der Akustiker aushandeln.

In der Praxis ist es in der Regel der Expertenarzt, welcher den Umfang einer Versorgung definiert, und damit auch die Ausgaben der Sozialversicherungen bestimmt. Er stützt sich dabei auf die von seiner Spezialistengesellschaft ausgearbeiteten Richtlinien.

Den IV-Stellen kommt vor allem eine administrative, ausführende Verantwortung zu.

Der Preisüberwacher hat bei Tarifverhandlungen von seinem Empfehlungsrecht gemäss Preisüberwachungsgesetz Gebrauch gemacht, im Jahr 1999 eher als Legitimation, im Jahr 2006 mehr aktiv.

Tarifverträge mit den Leistungserbringern des Gesundheitswesens werden in der Schweiz in der Regel von der Medizinaltarifkommission (MTK) und deren Sekretariat (ZMT) ausgehandelt und von Santésuisse periodisch auf ihre Wirtschaftlichkeit überprüft. Dies ist die Hauptregel. Die Tarifverträge über Hilfsmittel und Hörmittel stellen hier eine Ausnahme dar, da sie vom BSV ausgehandelt werden. Der Tarif für medizinische Expertisen ist hingegen Teil des TARMED und wird von der MTK ausgehandelt. Die Ausgaben der IV für medizinische Hörgerätexpertisen sind darum nicht Teil des Überprüfungs-systems von Santésuisse.

---

<sup>50</sup> [www.cochlea-implantat.ch](http://www.cochlea-implantat.ch) .



Die EFK stellt fest, dass das BSV in Gesprächen immer wieder wiederholte, dass die Aufsicht über die problematische Rentenentwicklung, und nicht die Aufsicht über die Abgabe von Hilfsmitteln, die höchste Priorität im BSV haben muss. Im BSV sind 2.4 Vollzeitstellen für die Verwaltung der Hilfsmittelpolitik, mit Ausgaben von fast 300 Mio. Franken, angestellt. Das BSV muss sich die Mittel geben, die Hilfsmittelpolitik in Zukunft aktiv zu gestalten, die Tarifverhandlungen müssen zur Chefsache werden.

Die Behindertenorganisationen und Akustika, aber auch andere Akteure, bezeichneten das Schweizerische Abgabesystem als europaweit das Beste, sowohl in finanzieller wie in medizinisch-technischer Hinsicht.



## 4 Anzahl und Kosten der Hörmittel

Datenquellen für die Teile 1, 2 und 4 dieses Kapitels ist die Datenbank der ZAS und die darauf aufbauende Datenbank des BSV. Alle Rechnungen der IVST für Hörmittel werden von der ZAS beglichen und damit in der Administrativdatenbank der ZAS registriert. Das BSV verfügt aufbauend auf diesen ZAS-Daten über ein Datawarehouse.

In den kommenden Teilen dieses Kapitels werden folgende Begriffe genutzt:

1. Teil 1: Hörmittel - Ausgaben und Bezüger: Hörmittel umfassen alle Bezüge von Hörgeräten, Reparaturen und Zubehör (Batterien) sowie die Dienstleistungen der Akustiker. Das Total der Bezüger und der Ausgaben ist nach Sozialversicherung (IV, AHV), nach Geschlecht und Alter ausgewiesen. Die Ausgaben für Reparaturen wurden separat ausgewertet. Da Ausgaben für Batterien nicht separat kodifiziert werden, war es nicht möglich, diese separat auszuweisen.
2. Teil 2: Hörgeräte - Ausgaben und Versorgungen: Die spezifischen Hörgeräte-Codes sind im Tarifvertrag zwischen BSV und Akustikern angegeben und unterscheiden zwischen den Ausgaben für das Gerät (Hardware) einerseits, und den Ausgaben für die Dienstleistungen der Akustiker andererseits. Hörgeräte und Dienstleistungen werden nach Tarifstufe klassifiziert und es wird zwischen monauraler und binauraler Versorgung unterschieden. Bei der Klassifizierung nach Kanton gilt der Kanton des Leistungserbringers (Akustiker).
3. Teil 3: Hörgeräte - Umsatz nach Typ und Indikationsstufe: Datenquelle ist der Grossistenverband, und die Zahlen umfassen die Anzahl Hörgeräte welche den Akustikern in den entsprechenden Jahren geliefert wurden.
4. Teil 4: Ausgaben für die medizinischen Expertisen, welche für die Versorgung mit einem Hörgerät angeordnet sind, werden in der BSV-Statistik über Hilfsmittel nicht ausgewiesen. Sie sind (im Gegenteil zu den Dienstleistungen der Akustiker), in den obigen Zahlen nicht inbegriffen. Da es sich um direkte Hörgeräte-Ausgaben handelt, hat die ZAS auf Anfrage der EFK und eigens für diese Evaluation eine Zeitreihe über Ausgaben für medizinische Hörgeräte-Expertisen produziert. Diese Ausgaben wurden bisher noch nie separat ausgewiesen. Aus Zeitgründen war es der EFK nicht möglich diese Zahlen weiter auszuwerten.

Im Teil 5 dieses Kapitels ist, basierend auf den obigen Quellen und Schätzungen, eine Vollkostenrechnung für Hörmittel erstellt. Im Teil 6 ist ein Preisvergleich zwischen der Schweiz, Deutschland und Norwegen erstellt worden.

### 4.1 Hörmittel - Ausgaben und Bezüger

Hörmittelausgaben sind Teil der IV-Ausgaben, der individuellen Massnahmen und der Hilfsmittelausgaben.



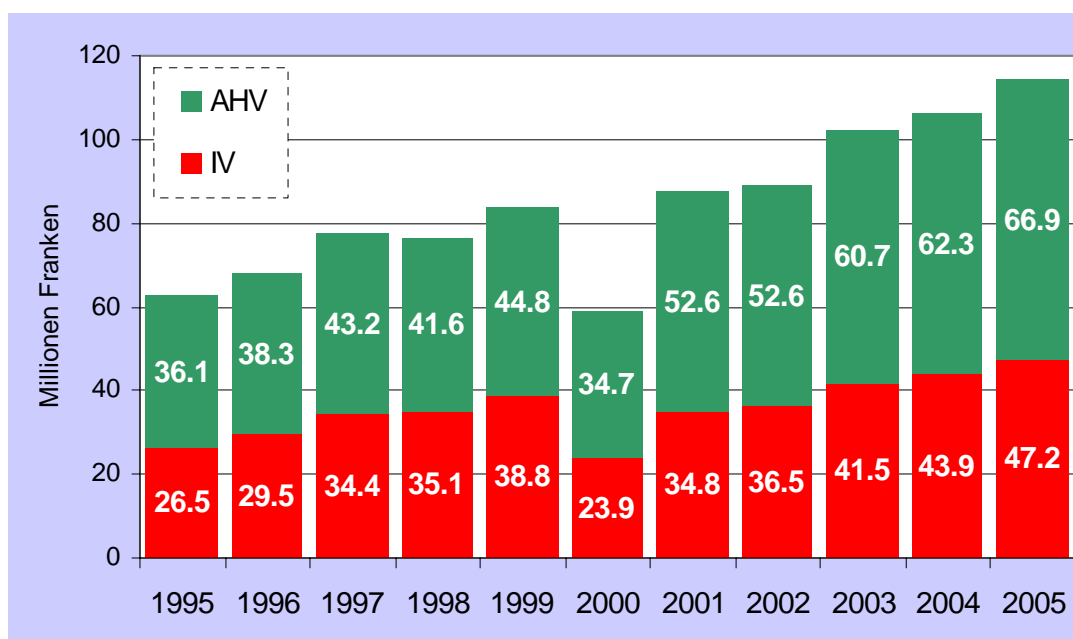


**Tabelle 11: Entwicklung der Ausgaben der IV, für individuelle Massnahmen, für Hilfsmittel und für Hörmittel. 2001-2005. In Mio. Franken**

In Mio. Franken.	2001	2002	2003	2004	2005	Zunahme 2001-2005
Totale Ausgaben	9'465.3	9'964.3	10'657.9	11'096.5	11'561.3	22%
... Individuelle Massnahmen	1'398.8	1'511.7	1'634.1	1'549.9	1'703.5	22%
... Hilfsmittel, inkl. Hörmittel	229.9	241.9	264.9	268.8	261.6	14%
... Hörmittel	34.8	36.5	41.5	43.9	47.2	35%

Während die Hilfsmittelausgaben in diesen vier Jahren insgesamt um 14% zugenommen haben, sind die Hörmittelausgaben um 35% gestiegen. Auch Gesamtausgaben der IV und die Ausgaben für individuelle Massnahmen haben nicht so stark zugenommen wie die Ausgaben für Hörmittel. Die Wachstumsrate der Ausgaben für Hilfsmittel ist fast alleine auf das Wachstum bei Hörmitteln zurückzuführen: Das Ausgabenwachstum für Hilfsmittel exklusive Hörmittel liegt bei nur 4%.

**Abbildung 2: Ausgaben für Hörmittel der IV und AHV. 1995-2005. In Mio. Franken**



Quelle: ZAS (Datenauswertung EFK)

Die Hörmittelausgaben der AHV sind in den Jahren 1995-2005 von 36.1 Mio. Franken auf 66.9 Mio. Franken gestiegen, die Ausgaben der IV von 26.5 Mio. Franken auf 47.2 Mio. Franken. Im Jahr 2005 gaben die beiden Sozialversicherungen somit 114.1 Mio. Franken für Hörmittel aus. Das Wachstum der Hörmittelausgaben beträgt im 10-Jahreszeitraum ganze 82%, welches einem jährlichen, durchschnittlichen Wachstum von 6.2% entspricht. Die Ausgaben der IV (+85%) haben etwas rascher zugenommen als die Ausgaben der AHV (+78%).

Die Kosten des Gesundheitswesens haben in einem vergleichbaren 10-Jahreszeitraum um ca. 50% zugenommen<sup>51</sup>. Das Ausgabenwachstum bei den Hörmitteln übertrifft also das Wachstum der generellen Gesundheitsausgaben.

<sup>51</sup> BSV: Soziale Sicherheit CHSS 4/2006, Nicolas Siffert, Obligatorische Krankenversicherung und Gesundheitskosten der Schweiz: Wichtigste Entwicklungen seit 1996, Seite 186.



Auffallend ist das Jahr 2000, in welchem die Ausgaben im Vergleich zum Vorjahr deutlich tiefer liegen (-30%). Auf den 1. April 1999 trat ein neuer Hörgerätetarif in Kraft. In diesem Tarif wurde festgelegt, dass angefangene Arbeiten und Hörgeräteanpassungen, welche noch nicht auf der neuen Einteilung in Indikationsstufen basierten, nach dem alten Tarif abzurechnen seien. Die Ausgaben im Jahr 2000 sind daher sehr tief, und nicht repräsentativ. Die Wachstumsraten sind im Folgenden nicht vom Jahr 2000 sondern vom Jahr 2001 aus berechnet.

**Tabelle 12: Anzahl Bezüger von Hörmitteln in IV und AHV. 1995-2005.**

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Zunahme
IV	14'474	16'045	16'811	16'527	19'359	17'745	22'077	23'110	24'818	26'178	26'792	85%
AHV	25'463	27'507	28'770	27'469	31'344	27'803	36'400	36'669	40'265	41'738	43'034	69%
Total	39'937	43'552	45'581	43'996	50'703	45'548	58'477	59'779	65'083	67'916	69'826	75%

Quelle: ZAS (Datenauswertung EFK)

Die Anzahl Bezüger von Hörmitteln ist von fast 40'000 auf 70'000 gestiegen, was einem Wachstum von 75% entspricht. Die Zunahme der Bezüger war bei der IV um einiges höher als bei der AHV<sup>52</sup>.

Die Ausgaben für Besitzständer haben von 20.4 Mio. Franken im Jahr 2001 auf 28.8 Mio. Franken im Jahr 2005 zugenommen, was einem Wachstum von 41% entspricht. Die Ausgaben für Besitzständer sind also mit einer jährlichen Wachstumsrate von 7.7% überdurchschnittlich hoch ausgefallen. Diese Ausgaben werden der AHV belastet.

**Tabelle 13: Ausgaben für Hörmittel nach Altersgruppe. 2001-2005. In Mio. Franken**

	2001	2002	2003	2004	2005	Zunahme
0-19	3.4	3.4	3.6	4.4	4.8	42%
20-59	19.9	20.6	22.8	23.5	24.7	24%
60-64	9.8	10.8	13.2	14.1	15.6	59%
65++	54.4	54.4	62.6	64.2	69.0	27%
Total	87.5	89.2	102.2	106.2	114.1	30%

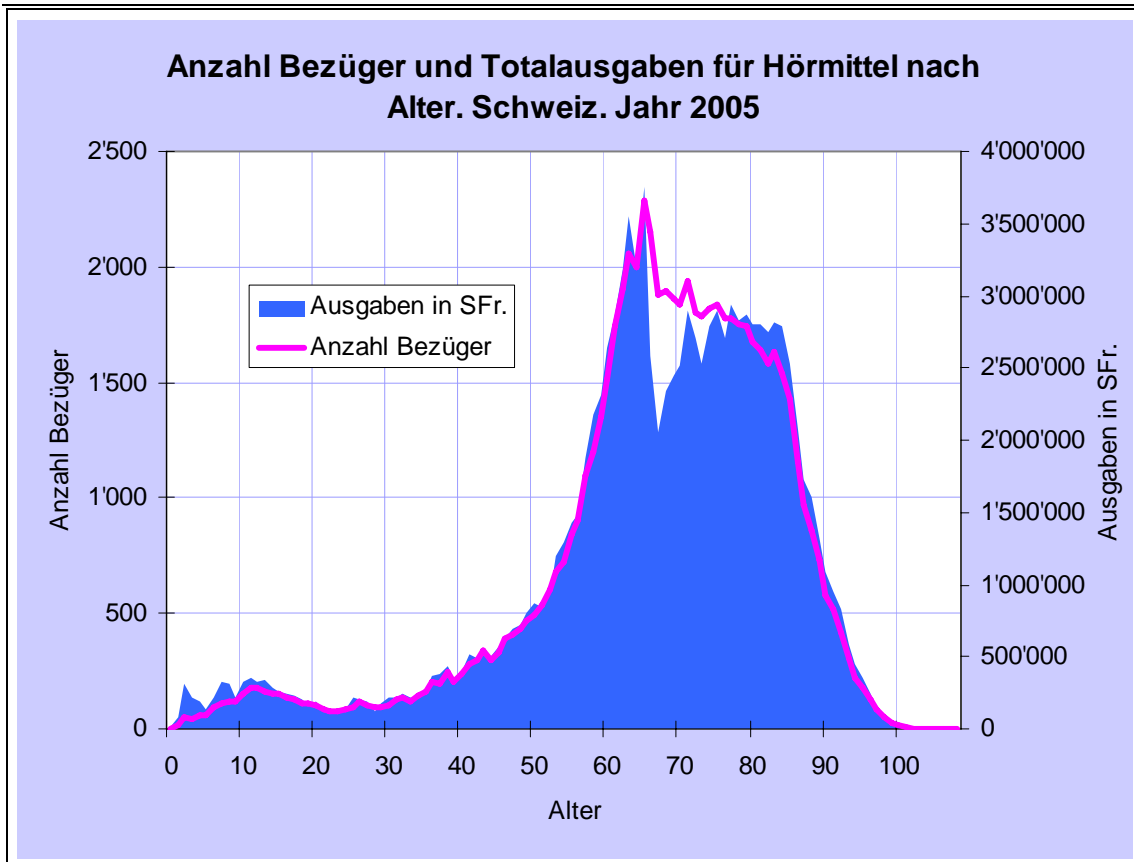
Quelle: ZAS (Datenauswertung EFK)

In den Jahren 2001-2005 betrug die Wachstumsrate bei Hörmitteln 30%. Dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate von fast 7%, verglichen mit 6.2% im Zeitraum 1995-2005 (siehe oben). Die Wachstumsrate hat (diametral entgegen den Zielsetzungen des Tarifs 1999) zugenommen. Auffallend ist das sehr hohe Ausgabenwachstum (+59%) in der Altersgruppe 60-64 Jahre, und die klar tiefere Wachstumsrate in der folgenden Altersgruppe.

<sup>52</sup> Besitzständer werden bei Hörmitteln als AHV-Bezüger/Ausgaben gerechnet, bei Hörgeräten aber unter IV-Codes.



Abbildung 3: Anzahl Bezüger und Totalausgaben für Hörmittel nach Alter. 2005.



Quelle: ZAS (Datenauswertung EFK)

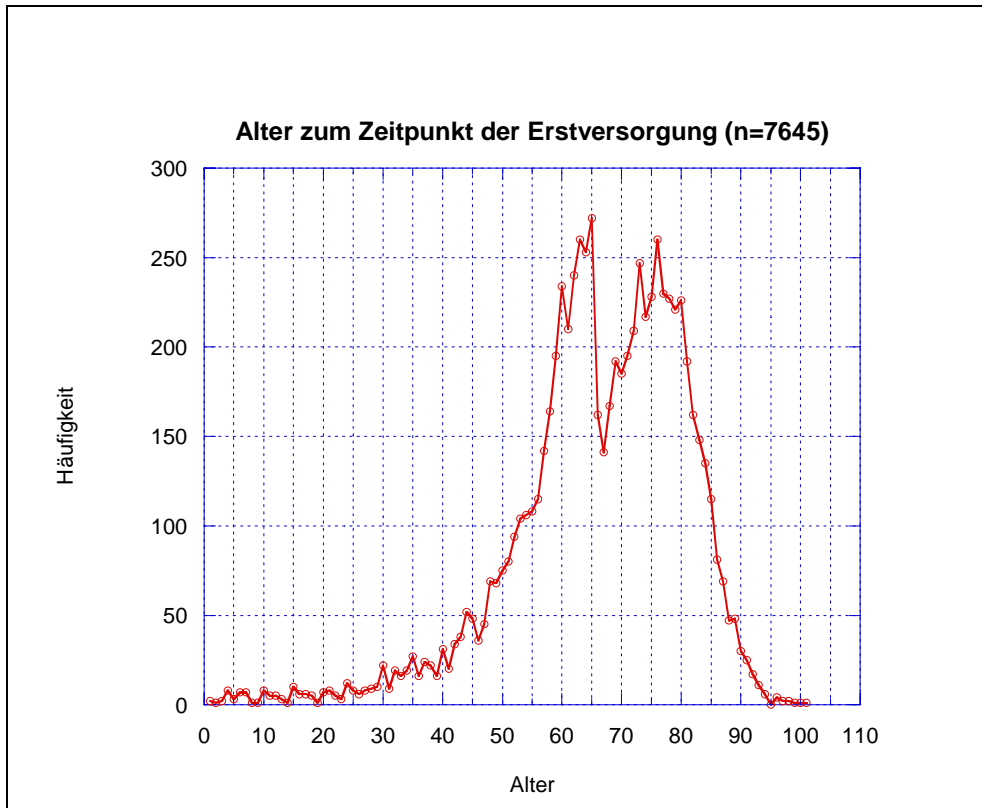
Die obige Abbildung zeigt, dass die Anzahl Bezüger sowie die Ausgaben ab dem Alter 50 stark steigen, und bei Alter 65 markant fallen. Während bei den 65-jährigen ca. 2'300 Bezüger und ca. 3.7 Mio. Franken Hörmittel-Ausgaben registriert wurden, waren es bei den 67-jährigen nur noch ca. 1'900 Bezüger und 2 Mio. Franken. Dieser Bruch mag darauf zurückzuführen sein, dass sich relativ viele Hörbehinderte vor dem Erreichen des Pensionsalters noch zu Konditionen der IV versorgen lassen - beidseitig, ohne Zuzahlung und mit Besitzstandgarantie für den Rest des Lebens.

In der Studie Bertoli/Probst wurden die Respondenten über ihr Alter bei der Erstversorgung befragt<sup>53</sup>.

<sup>53</sup> Bertoli, S und Probst, R: Hörgeräte-Tragerate in der Schweiz, 2007.



Abbildung 4: Alter zum Zeitpunkt der Erstversorgung



Quelle: Bertoli/Probst

Ca. 90% der Erstversorgungen werden nach Erreichen des 50. Altersjahres vorgenommen. Wie der Abbildung zu entnehmen ist, steigt die Häufigkeit der Erstversorgungen zwischen dem 50. und 65. Lebensjahr steil an, mit einem Höhepunkt im Alter 63 ( $n=275$ ), um im Alter 66 auf  $n=153$  Versorgungen zu fallen. Dies ist ein weiteres Indiz dafür, dass die unterschiedlichen Leistungen der beiden Sozialversicherungen dazu führen, dass Hörgeräteversorgungen, nach Möglichkeit noch vor der Pensionierung in die Wege geleitet werden.

#### 4.1.1 Reparaturen und Batterien

Die Ausgaben für Reparaturen machten nach der Einführung des Tarifs 1999 einen Sprung von 1.9 Mio. Franken (1999) auf 4 Mio. Franken im Jahr 2000. In den letzten Jahren haben sich die Ausgaben für Reparaturen stabilisiert; 2005 beliefen sie sich auf 6.4 Mio. Franken.

Reparaturen und Batterien werden von der IV vergütet, jedoch nicht von der AHV. Batterien werden in der ZAS-Datenbank nicht unter eigenen Codes registriert, es ist daher nicht möglich, die Ausgaben für Batterien statistisch auszuweisen. Im Jahr 1997 wurden ausnahmsweise auch in der IV keine Batterien verbucht. Diese wurden dann im Jahr 1998 rückvergütet (siehe Urteil des EVG). Im Jahr 2001 wurden die Batteriepauschalen auf 90 Franken (monaural) bzw. 180 Franken (binaural) gesenkt. Mit ca. 160'000 HG-Trägern in der Schweiz, davon die Hälfte mit Anspruch auf monaurale Vergütung der Batterieausgaben der Sozialversicherung auf 7 Mio. Franken schätzen.



#### 4.1.2 Cochlea Implantate

Seit dem Jahr 1992 wird von den fünf Zentren für Cochlea Implantate (CI) ein Datenregister geführt<sup>54</sup>. Die Gesamtkosten pro Fall für Cochlea-Implantation belaufen sich gemäss Bericht im Mittel auf etwa 50'000 Franken. 2004 wurden 145 Implantationen vorgenommen, +20% gegenüber dem Vorjahr. 1995 wurden 44 Implantationen durchgeführt, die Anzahl hat sich also verdreifacht.

Der Stand per Ende 2004 umfasste total 1'006 Implantationen, davon waren 172 Reimplantationen. Der objektive und subjektive Nutzen von Implantationen wird gemäss Bericht bei Kindern wie Erwachsenen laufend getestet. Bei ca. 76% der implantierten Patienten wurde ein ausgezeichneter bzw. guter Nutzen registriert. Cochlea Implantate sind gemäss Bericht weltweit als erprobte und sinnvolle Rehabilitationsmassnahme bei vollständiger Taubheit anerkannt. Grosse Studien in den USA, Grossbritannien und Deutschland haben gemäss Bericht sowohl Sicherheit als auch Nutzen und Zweckmässigkeit dieser Geräte erwiesen. Eine Arbeitsgruppe der Kommission für Audiologie und Expertenwesen der Schweizerischen Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie hat unter der Leitung von Herrn Prof. Probst im Auftrag und unter Mitwirkung des BSV Empfehlungen für die bilaterale CI-Versorgung ausgearbeitet. Diese Richtlinien wurden am 20. November 2003 verabschiedet und auf den Internetseiten der HNO-Gesellschaft publiziert<sup>55</sup>.

Bei Kindern mit Geburtsgebrechen werden Cochlea-Implantationen als medizinische Massnahme unter Art. 13 IVG übernommen. Bei Erwachsenen oder Kindern ohne Geburtsgebrechen geht die Implantation zu Lasten der Krankenversicherung. Die Anpassung des äusseren Teils (Sprachprozessor) geht in beiden Fällen zu Lasten der IV/AHV.

Der Batteriebedarf bei Cochlea-Implantaten und FM-Anlagen (Frequenz-Modulations-Systemen oder -Schulanlagen) ist viel höher als bei herkömmlichen Hörgeräten, jährlich können bis 970 Franken der Sozialversicherung verrechnet werden.

#### 4.2 Hörgeräte - Ausgaben und Versorgungen

Erst seit dem Tarif 1999 werden die Ausgaben für das Gerät (Hardware) und die Ausgaben für die Dienstleistungen der Akustiker separat erfasst. Somit ist es seit 2001 möglich die Hörgeräte- als Teil der Hörmittel-Ausgaben separat auszuweisen. Zuzahlungen der Versicherten werden in der Zahlungsdatenbank nicht erfasst, und sind darum nicht statistisch auszuweisen.

**Tabelle 14: Ausgaben für Hörgeräte und Dienstleistungen der Akustiker. 2001-2005.**

	2001	2002	2003	2004	2005	Zunahme
Hörgeräte (Hardware)	32.6	33.5	39.4	41.1	45.1	38%
Dienstleistung Akustiker	32.5	32.8	38.1	39.2	42.5	31%
Total	65.1	66.4	77.6	80.3	87.6	35%

Quelle: ZAS (Datenauswertung EFK)

2005 betragen die Ausgaben für Hörgeräte 45.1 Mio. Franken und für Dienstleistungen der Akustiker 42.5 Mio. Franken, zusammen also fast 88 Mio. Franken. In den fünf Jahren 2001-2005 betrug

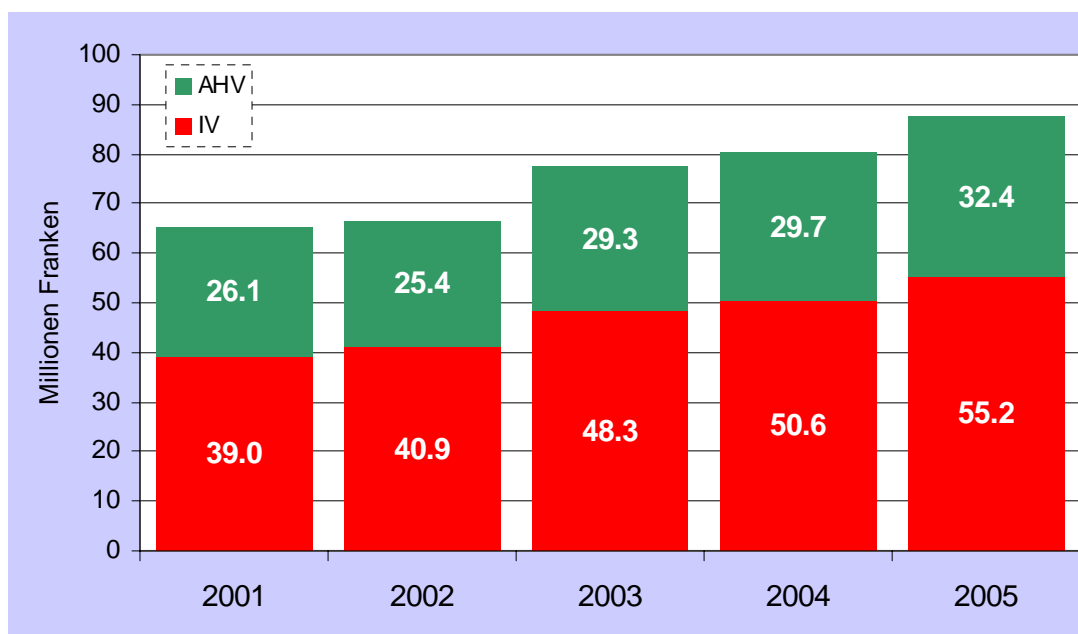
<sup>54</sup> Die Informationen in diesem Teil stammen aus dem Zwischenbericht der CI-Datenbank.

<sup>55</sup> [www.orl-hno.ch](http://www.orl-hno.ch).



das totale Ausgabenwachstum 35%, was einem jährlichen Wachstum von 7.7% entspricht. Die Ausgaben für Hörgeräte sind mit anderen Worten etwas stärker gestiegen als diejenigen für Hörmittel (+31%). Die Ausgaben für Dienstleistungen sind um 31%, diejenigen für die Geräte um 39% angewachsen.

**Abbildung 5: Ausgaben der IV und der AHV für Hörgeräte. 2001-2005.**



Quelle: ZAS (Datenauswertung EFK)

Die Ausgaben für Hörgeräte (inkl. Dienstleistungen der Akustiker) sind von 65.1 Mio. Franken im Jahr 2001 auf 87.6 Mio. Franken im 2005 gestiegen. Die Zunahme beträgt 35%, was einer jährlichen Wachstumsrate von 7.7% entspricht. Die Ausgaben der IV (+42%) haben viel stärker zugenommen als die Ausgaben der AHV (+24%).

**Tabelle 15: Durchschnittliche Ausgaben für Versorgungen der IV und AHV . 2001-2005.**

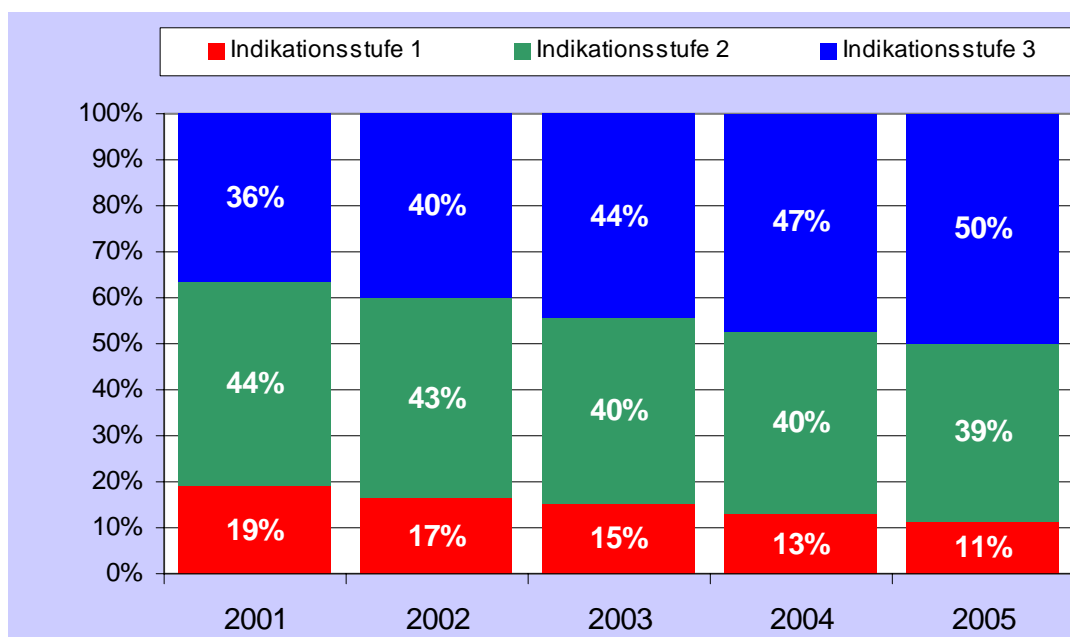
	2001	2002	2003	2004	2005	Zunahme 2001-2005
IV	2'964	3'022	3'063	3'081	3'075	4%
AHV	1'728	1'752	1'772	1'791	1'807	5%
Total	2'304	2'365	2'402	2'432	2'442	6%

Quelle: ZAS (Datenauswertung EFK)

Die durchschnittlichen Ausgaben je Versorgung haben um 6% zugenommen. Die Zunahme ist wahrscheinlich auf eine Verschiebung der Indizierungen zurückzuführen, da der Hörgerätetarif in diesen Jahren nicht verändert wurde.



**Abbildung 6: Ausgaben für Hörgeräte (inkl. Dienstleistungen) nach Indikationsstufe in Prozent, 2001-2005.**



Quelle: ZAS (Datenauswertung EFK)

Die drei Indikationsstufen sind ein besonderes Merkmal des schweizerischen Abgabesystems. Während die Ausgaben der IV/AHV für Hörgeräte und Dienstleistungen der Akustiker der Indikationsstufe 1 im Jahr 2001 noch ca. 1/5 der totalen Ausgaben ausmachten, sind es 2005 nur noch ca. 1/10. Auch die mittlere Indikationsstufe zeitigt eine Abnahme. Im Jahr 2001 wurden 36% der Ausgaben in der höchsten (teuersten) Indikationsstufe generiert; 2005 waren es schon die Hälfte der Ausgaben.

**Tabelle 16: Hörgeräte in der Indikationsstufe 3 nach Kanton in Prozent. 2000-2005.**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
AG	44%	48%	48%	49%	48%	47%
BE	26%	31%	34%	41%	43%	45%
BL	27%	38%	41%	45%	42%	46%
BS	36%	37%	43%	49%	51%	54%
FR	33%	29%	38%	49%	49%	55%
GE	40%	39%	40%	42%	47%	53%
GL	32%	20%	31%	37%	41%	48%
GR	27%	26%	20%	20%	24%	31%
JU	23%	32%	22%	27%	39%	31%
LU	38%	31%	38%	44%	53%	43%
NE	30%	34%	42%	52%	46%	47%
SG	27%	31%	34%	38%	43%	48%
SH	14%	30%	33%	48%	33%	51%
SO	25%	30%	33%	34%	36%	34%
SZ	32%	18%	31%	35%	34%	39%





TG	44%	39%	44%	54%	52%	58%
TI	28%	32%	38%	42%	51%	58%
VD	37%	42%	44%	51%	49%	49%
VS	37%	39%	47%	52%	57%	52%
ZG	26%	27%	38%	32%	41%	42%
ZH	30%	27%	32%	33%	39%	47%

Quelle: ZAS (Datenauswertung EFK)

Der Anteil Versorgungen in der dritten Indikationsstufe hat in den fünf Jahren in fast allen Kantonen zugenommen. Es gibt bedeutende Variationen von Kanton zu Kanton<sup>56</sup>.

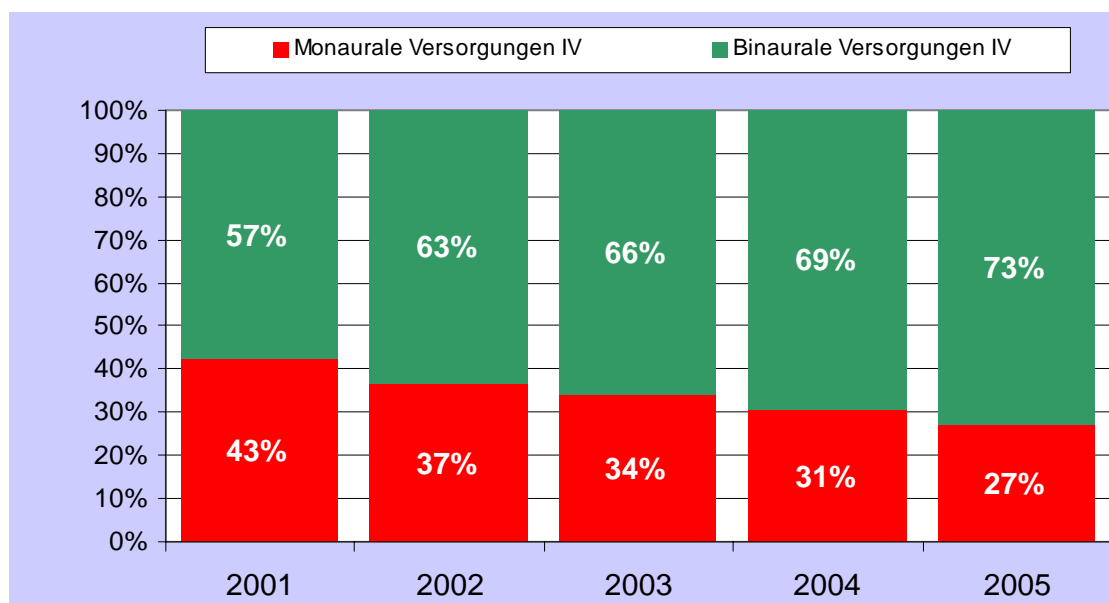
**Tabelle 17: Anzahl monaurale und binaurale Versorgungen der IV und AHV. 2001-2005.**

	2001	2002	2003	2004	2005	2001-2005
Monaural IV	5'597	4'983	5'350	5'047	4'872	-13%
Monaural AHV	15'102	14'517	16'522	16'592	17'907	19%
Binaural	7'568	8561	10'416	11'364	13'092	73%
Total	28'267	28'061	32'288	33'003	35'871	27%

Quelle: ZAS (Datenauswertung EFK)

Die Anzahl binauraler Versorgungen hat bei der IV stark zugenommen, während die Anzahl monauraler Versorgungen abgenommen hat.

**Abbildung 7: Anteil binauraler Versorgungen der IV**



Quelle: ZAS (Datenauswertung EFK)

<sup>56</sup> Von den Kantonen mit kleinen Zahlen wurde in der Tabelle weggesehen.



### 4.3 Marktentwicklung gemäss Grossistenverband

Der Grossistenverband der Hörmittelbranche hat der EFK Zahlen für die Marktentwicklung für Hörgeräte übermittelt. Hier geht es um die Anzahl Hörgeräte (nur Hardware), welche den Akustikern geliefert wurden, nicht wie oben um die durch IV und AHV abgegebenen/vergüteten Hörmittel und Hörgeräte und auch nicht um die Versorgungen.

**Tabelle 18: Anzahl Hörgeräte nach Typ. 2003-2005.**

	HdO		IdO		CIC		Summe	
2003	28'654	61%	8'615	18%	10'056	21%	47'325	100%
2004	36'377	69%	7'670	15%	8'687	16%	52'734	100%
2005	43'846	77%	6'389	11%	6'704	12%	56'939	100%

Quelle: ZAS (Datenauswertung EFK)

2005 wurden ca. 57'000 Hörgeräte ausgeliefert. Dies entsprach einer Zunahme von 20% innerhalb von zwei Jahren. Hinter-dem-Ohr-Geräte (HdO) nehmen stark zu, Completely-in-the-Canal-Geräte (CIC) stark ab, In-dem-Ohr-Modelle (IdO) nehmen ebenfalls ab.

**Tabelle 19: Anzahl Hörgeräte nach Indikationsstufe. 2003-2005.**

	Stufe 1		Stufe 2		Stufe 3		Stufe 4		Summe	
2003	1'916	4%	8'578	18%	15'382	33%	21'449	45%	47'325	100%
2004	1'625	3%	7'786	15%	19'956	38%	23'367	44%	52'734	100%
2005	1'151	2%	7'822	14%	19'341	34%	28'625	50%	56'939	100%

Quelle: ZAS (Datenauswertung EFK)

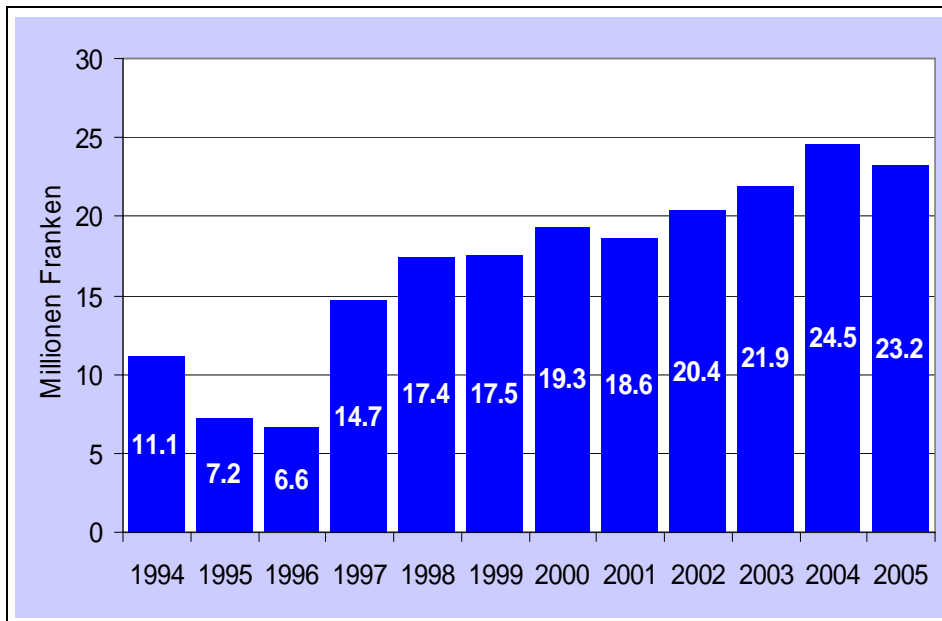
Die absolute und relative Anzahl ausgelieferter Hörgeräte in den Indikationsstufen 1 und 2 haben abgenommen, die Indikationsstufen 3 und 4 zugenommen. Überraschend ist die grosse Ausbreitung der Hörgeräte der Indikationsstufe 4. Bei diesen sogenannten „überstufigen Geräten“ hat die versicherte Person immer eine Zuzahlung zu leisten. Diese Statistik zeigt die grosse Zahlungsbereitschaft der Versicherten.

### 4.4 Medizinische Expertisen

Die Ausgaben der IV und AHV für medizinische Gutachten (Expertisen) für die Abgabe von Hörgeräten sind noch nie analysiert worden. Die EFK betrachtet sie aber als Teil der direkten Ausgaben, und hat von der ZAS folgende Zeitreihe erhalten.



**Abbildung 8: Ausgaben für Gutachten der Expertenärzte. 1994-2005.**



Quelle: ZAS (Datenauswertung EFK)

Die Ausgaben für medizinische Gutachten haben sich zwischen 1994 und 2003 verdoppelt, zwischen 1995 und 2005 haben sie sich verdreifacht. Der neue Tarif (TARMED) wurde in der Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung ab 1. Mai 2003 eingeführt. Im Jahr nach dieser Tarifänderung erreichten die Ausgaben für medizinische Expertisen mit 24.5 Mio. Franken ihr höchstes Niveau. 2005 wurden bei der IV und AHV total 35'871 Hörgeräteversorgungen verbucht. Auf dieser Basis können die durchschnittlichen Ausgaben für eine medizinische Expertise im 2005 auf 683 Franken berechnet werden. Zwischen 2001 und 2005 sind aber die durchschnittlichen Ausgaben pro Expertise mit 2% zurückgegangen.

Aus Zeitgründen war es für die EFK nicht möglich Ausgaben für die ärztlichen Expertisen näher zu analysieren.

#### 4.5 Vollkostenrechnung für Hörmittel in der Schweiz

Die statistischen Angaben in den obigen Teilen des Berichts wurden mit Schätzungen vervollständigt und als Grundlage für eine Vollkostenanalyse genutzt.

Die totalen, direkten Ausgaben, d.h. die Vollkosten für Hörmittel umfassen<sup>57</sup>:

1. Ausgaben der IV und AHV für die Hörgeräte
2. Ausgaben der IV und AHV für die Dienstleistungen der Akustiker
3. Andere hörmittelbezogene Ausgaben der IV und AHV (Reparaturen, Batterien, Ohrschalen, usw.)
4. Ausgaben für medizinische Expertisen (Erst-, Schluss-, Folgeexpertise)

<sup>57</sup> Die Ausgaben der Unfall-, Militär- und Krankenversicherung samt die Hörgeräte, welche von den Akustikern im Ausland eingekauft wurden, sind nicht einbezogen.



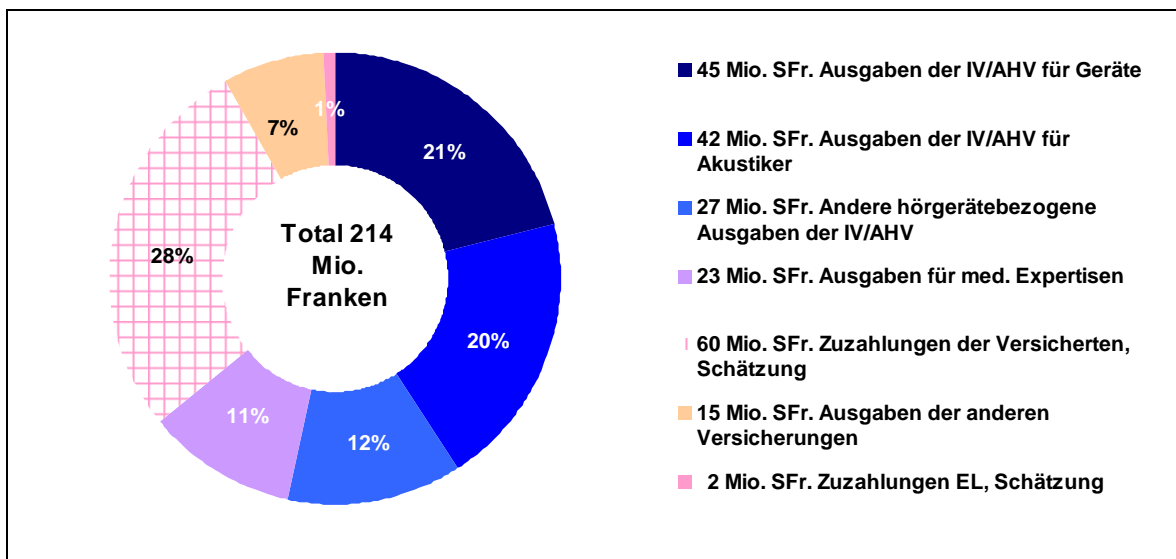
5. Zuzahlungen der Versicherten an Hörgeräte und Dienstleistungen der Akustiker
6. Hörmittelausgaben der anderen Versicherungen (SUVA, MV und KV)
7. Ausgaben der Ergänzungsleistungen (EL)

Für die Ausgabenkomponenten 1-4, siehe voriger Teil dieses Kapitels.

Gemäss einer Schätzung von Pro Audito belief sich der Hörgeräte-Umsatz der Akustiker auf ca. 150 Mio. Franken (2005). Davon vergüteten AHV/IV 87.6 Mio. Franken. Die Zuzahlungen der Versicherten (Komponente 5) machen rund 60 Mio. Franken aus (Schätzung).

Gemäss einer Schätzung der Universität Neuchâtel betragen die Hörmittelausgaben für 2003 der SUVA 3.7 Mio. Franken, der Militärversicherung 0.86 Mio. Franken und der Krankenversicherung 9.97 Mio. Franken aus. Hinzu kommen 1.45 Mio. Franken der Privatversicherungen und der öffentlichen Unfallversicherungen<sup>58</sup>. Diese totalen Ausgaben machten im Jahr 2005 ca. 15 Mio. Franken aus, und vermutlich betreffen die Ausgaben der Krankenversicherungen hauptsächlich Implantationen.

**Abbildung 9: Direkte Ausgaben für die Versorgung mit Hörmitteln. 2005.**



Quelle: ZAS (Datenauswertung EFK)

Die direkten Ausgaben für Hörgeräte beliefen sich schätzungsweise auf über 200 Mio. Franken (2005). Die finanzielle Bedeutung der einzelnen Kostenkomponenten geht aus der Abbildung hervor.

#### 4.6 Preisvergleiche

##### 4.6.1 Preisvergleich Schweiz-Deutschland der Akustikerverbände

Die beiden Akustikerverbände, Akustika und HZV, haben per Februar 2007 der EFK einen Preisvergleich für Hörsysteme zukommen lassen. Verglichen wurden Preise für Hörgeräteversorgungen

<sup>58</sup> Widmer, J. et. al. 2006, S. 32.



der marktdominierenden Marken (Siemens, Oticon, Phonak, Widex) zwischen der Schweiz und Deutschland. Der Vergleich umfasst das Hörgerät, die Dienstleistungen der Akustiker (Anpassung und Nachbetreuung/Service, Ohrpassstücke, alles inklusive Mehrwertsteuer). Da die Preise für das gleiche Hörgerät in Deutschland variieren, wurden zwei Vergleiche vorgenommen:

- Preisvergleich mit Minimumspreisen in Deutschland: Monaural: Die Schweiz ist in 61 von 64 Versorgungungen teurer; Binaural: Die Schweiz ist in 38 von 64 Versorgungungen teurer; Binaural und kaufkraftbereinigt: Die Schweiz ist in 18 von 64 Versorgungungen teurer.
- Preisvergleich mit Durchschnittspreisen in Deutschland: Monaural: Die Schweiz ist in 50 von 64 Versorgungungen teurer; Binaural: Die Schweiz ist in 19 von 64 Versorgungungen teurer; Binaural und kaufkraftbereinigt: Die Schweiz ist in 9 von 64 Versorgungungen teurer.

Es ist nicht klar, ob die gewählte Vergleichsbasis für ganz Deutschland repräsentativ ist. Die Grundlage für die Berechnung der Dienstleistungen in Deutschland ist nicht explizit. Normalerweise ist die Anzahl der Konsultationen welche durch die Sozialversicherung vergütet wird, in Deutschland (2-3) bedeutend tiefer als in der Schweiz (6-8).

#### 4.6.2 Preisvergleich Schweiz-Deutschland der EFK

Basiszahlen für die Schweiz sind die Hörgeräte-Preise inklusive Dienstleistung der Akustiker per Juli 2006. Um die Zahlen vergleichbar zu machen, wurde in den Zahlen aus Deutschland das Gerät, die Dienstleistung der Akustiker und die Otoplastik dazu gerechnet. In Deutschland gibt es sehr grosse Preisunterschiede, als Resultat fehlender Preisbindung und unterschiedlicher Konditionen der Krankenkassen. Die Preise in Deutschland wurden deshalb durch unsere Zusammenarbeitspartner in Deutschland bei mehreren Akustikern eingeholt, und auf dieser Basis wurde ein Durchschnittspreis berechnet. Nur monaurale Versorgungungen sind Gegenstand des Vergleichs.

##### **Versorgungen ohne Zuzahlung der Versicherten**

Auf der Schweizerischen Liste der Hörgeräte ohne Zuzahlung für Juli 2006 stehen 162 Hörgeräte, wohingegen auf den Listen in Deutschland nur 12 zu finden sind. Im Durchschnitt sind diese Hörgeräteversorgungungen in Deutschland um 275 Franken (13%) billiger.

Tarifposition 1: Drei Versorgungungen sind vergleichbar, diese sind in Deutschland im Durchschnitt 123 Franken (8%) günstiger. Tarifposition 2: Fünf Geräte sind vergleichbar, diese sind in Deutschland im Durchschnitt 264 Franken (13%) günstiger. Tarifposition 3: Vier Versorgungungen sind vergleichbar, diese sind in Deutschland im Durchschnitt 401 Franken (16%) günstiger.

##### **Versorgungen mit Zuzahlung der Versicherten**

Auf der Schweizerischen Liste der Hörgeräte mit Zuzahlung für Juli 2006 stehen 520 Hörgeräte, davon sind 53 auch auf den Listen aus Deutschland zu finden. Im Durchschnitt sind diese Hörgeräteversorgungungen in Deutschland um 197 Franken (8%) günstiger.

Tarifposition 1: Die acht vergleichbaren Versorgungungen sind im Durchschnitt in Deutschland um 147 Franken (8%) günstiger. Tarifposition 2: Die 17 vergleichbaren Versorgungungen sind im Durchschnitt in Deutschland um 110 Franken (5%) günstiger. Tarifposition 3: Die 13 vergleichbaren Versorgungungen sind im Durchschnitt in Deutschland um 537 Franken oder (20%) günstiger. Tarifposition 4: 15 Versorgungungen sind im Durchschnitt in beiden Ländern ungefähr gleich teuer.



#### 4.6.3 Preisvergleich Schweiz-Norwegen der EFK

##### **Hörgeräte ohne Zuzahlung der Versicherten**

Da die Dienstleistungen der Akustiker in Norwegen nicht monetär quantifizierbar sind, verglich die EFK die Hörgeräte-Preise, exklusive alle Dienstleistungen. Von den zuzahlungsfreien 162 Hörgeräten auf der Liste der Schweiz im Juli 2006, findet man nur 14 Hörgeräte auf der Liste aus Norwegen. Neun Hörgeräte sind in der Schweiz teurer, die meisten rund 200 Franken. Vier Hörgeräte sind in der Schweiz und Norwegen gleich teuer, eines ist in Norwegen teurer. Die Preisunterschiede sind nur in der Tarifstufe 3 nennenswert; hier sind die Geräte in der Schweiz durchschnittlich 226 Franken teurer.

##### **Hinter-dem-Ohr-Geräte (HdO)**

HdO-Geräte machen einen Grossteil des Hörgeräte-Marktes aus. Die EFK hat auch hier die Hörgeräte-Preise, exklusive alle Dienstleistungen, verglichen. In Norwegen sind 100 verschiedene Typen HdO-Geräte auf der Produktliste. In der CH gibt es 357 HdO Modelle.

Von den 100 HdO-Geräte auf der Liste aus Norwegen waren nur 32 auf der Schweizer Liste der Hörgeräte von Juli 2006 zu finden. Davon kosteten drei Geräte in beiden Ländern gleich viel, alle anderen 29 Geräte waren in der Schweiz teurer. Durchschnittlich waren die HdO-Geräte in der Schweiz 287 Franken teurer als in Norwegen.

Da die Preisvergleiche der EFK sich auf wenige Modelle beschränken musste, ist die Repräsentativität der Vergleiche reduziert. Da die EFK keine Verkaufsstatistik hat, ist es auch nicht möglich zu sagen, ob die verglichenen Hörgeräte in den Vergleichsländern zu den meist verkauften gehören. Weiter sind die Kaufkraftunterschiede in den Berechnungen nicht berücksichtigt. Diese sind bei Dienstleistungen relevant. Weiter ist in der Schweiz, im Gegensatz zu den beiden Vergleichsländern, Binauralrabatt auf den Dienstleistungen vorgesehen. Der Vergleich der EFK beschränkt sich auf monaurale Versorgungen.

#### 4.6.4 Fazit der Preisvergleiche

Die Schweizer Hörgeräte-Liste ist sehr umfassend; sie schliesst ganze 680 Hörgeräte-Typen ein. Davon stehen 162 auf der Liste der zuzahlungsfreien Hörgeräte. Für die EFK sind die zuzahlungsfreien Hörgeräte und Versorgungen das primäre Interesse, da diese vollumfänglich von der Sozialversicherung vergütet werden.

Die Angaben, die zur Verfügung sind, sind noch nicht repräsentativ und verlässlich genug, um nützliche Vergleiche zu tun (mit Unterschieden in Prozentsätzen usw.). Ein Fazit aus den obigen Preisvergleichen lässt sich aber wie folgt zusammenfassen:

1. Vergleichbare Hörgeräte (Hardware) sind in der Schweiz immer noch teurer als in Norwegen. Dies gilt für die Mehrzahl der vergleichbaren 14 zuzahlungsfreien Varianten und auch für die 32 vergleichbaren HdO-Geräte.
2. Vergleichbare monaurale Hörgeräteversorgungen, inklusive Dienstleistungen der Akustiker, sind in der Schweiz immer noch teurer als in Deutschland.
3. Bei binauralen Versorgungen ist die Lage weniger eindeutig. Die Schweiz scheint teurer zu sein, dies aber nur wenn mit sogenannten Minimalpreisen in Deutschland verglichen wird, sonst ist die Schweiz gemäss der Daten der Akustikerverbände sehr oft billiger.



#### 4.7 Fazit - hohe und stark steigende Ausgaben für Hörmittel

In der Sozialversicherungsstatistik sind 114 Mio. Franken für Hörmittel ausgewiesen. Die totalen direkten Ausgaben für Hörmittel (Vollkosten) für 2005 schätzte die EFK auf jährlich über 200 Mio. Franken. Davon sind schätzungsweise 1/3 Zuzahlungen der Versicherten, welche einen höheren Versorgungsstandard wünschen, als die medizinische Indikation verschreibt. Die Zahlungsbereitschaft der Versicherten muss als gross eingestuft werden.

Die Ausgaben für Hörmittel in der IV und AHV sind 1995-2005 von 62.6 auf 114.1 Mio. Franken gestiegen, was einem Wachstum von total 82%, oder jährlichen +6.2% entspricht. In diesen Jahren übertraf das Ausgabenwachstum bei Hörmitteln bei Weitem dasjenige der generellen Gesundheitsausgaben.

In den Jahren nach der Einführung des Tarifs 1999 ist das Ausgabenwachstum mit jährlichen +7% höher als im 10-Jahreszeitraum 1995-2005. Die Ausgaben für IV-Renten sind vergleichsweise um 6.2% pro Jahr gestiegen. Die Ausgaben für Hörgeräte inklusive Dienstleistungen sind im Zeitraum 2001-2005 um jährliche 7.7% gestiegen. Die Ausgabenzunahme war damit stärker als die der anderen Hörmittel. Im gleichen Zeitraum hat die Anzahl Bezüger um 27% zugenommen; im Jahr 2005 wurden somit fast 36'000 Versorgungen durchgeführt. Dies entspricht einer medizinisch indizierten Abgabe durch die IV und AHV von rund 49'000 Geräten.

Das Ziel des Tarifs 1999, die Ausgaben der Sozialversicherungen zu reduzieren, wurde nicht erreicht. Im Gegenteil, nicht nur haben die Ausgaben weiter zugenommen, sie steigen sogar in einem schnelleren Rhythmus als zuvor. Andererseits haben die durchschnittlichen Ausgaben je Versorgung mässig zugenommen und die durchschnittlichen Ausgaben je Expertise stagniert. Von einer Kostensenkung von bis 25% für IV und AHV, wie vom BSV mit dem Tarif 1999 versichert, kann aber nicht die Rede sein.

**Tabelle 20: Hörmitteltarif 1999 - Ziele und Realitäten**

Ziele des Tarifs 1999 gemäss BSV:	Feststellungen der EFK:
Bessere statistische Datenbasis zur Überprüfung der Marktentwicklung und für Auswertungen nach Leistungserbringer	Die Möglichkeiten wurden vom BSV nur spärlich genutzt
Kostensenkungen bis zu 25% für IV und AHV	<u>2001-2005</u> Ausgaben für Hörmittel: +30% Ausgaben je Hörmittel: +9% Ausgaben für Hörgeräteversorgungen: +38% Ausgaben je Hörgeräteversorgung: + 6% Ausgaben für med. Expertisen: + 25% Durchschnittliche Ausgaben pro med. Expertise <sup>59</sup> : - 2%
Laufende internationale Vergleiche der Hörge-	Preisvergleiche durch Akustikerverbände und

<sup>59</sup> Die Ausgaben für medizinische Expertisen gemäss TARMED sind im Zähler, die Anzahl Hörgeräte-Versorgungen - gezählt bei den Akustikern - sind im Nenner.





rätepreise durch das BSV	durch den Preisüberwacher. Das BSV hat über längere Zeit vergebens versucht, die Einkaufspreise (ex-factory-Preise) für einen Preisvergleich zu erheben.
50% der Hörgeräteversorgungen in der mittleren Indikationsstufe 2	Im 2005 wurden 39% der HG in der Indikationsstufe 2 verschrieben. (Nur 14% der Hörgeräte wurden in der Indikationsstufe 2 umgesetzt)

Quelle: Pressemitteilung des BSV (Ziele) und Datenbearbeitung der EFK aufgrund der ZAS-Daten

Am höchsten war die Zunahme bei den Hörmittelausgaben für Besitzständler (+7.7% jährlich, 2001-2005). Die Ausgaben und die Anzahl Bezüger in der IV haben bedeutend rascher zugenommen als die der AHV. Das System der IV ist sehr ausgabenintensiv.

Die Bezugsraten und Ausgaben für Hörmittel nach Alter zeigen eine Verteilung mit zwei Gipfeln, mit einem markanten Einschnitt bei ca. 65 Jahren. Auffallend zahlreich sind IV-Versicherte, welche noch vor dem Erreichen des Pensionsalters versorgt werden.

Im Jahr 2005 wurden 50% der Hörgeräte in der Indikationsstufe 3 verschrieben, vier Jahre zuvor waren es noch 36%. Es ist eine klare Verschiebung zur kostspieligsten Indikationsstufe 3 zu verzeichnen. Der Tarif 1999 hatte eine gegenteilige Zielsetzung.

Die Anzahl binauraler Versorgungen in der IV hat zwischen 2001-2005 stark zugenommen. Im Jahr 2001 machten diese 57% aus, vier Jahre später schon 73%. In der AHV werden, im Gegensatz zur IV, bekanntlich nur monaurale Versorgungen verschrieben und vergütet.

Die Ausgaben für medizinische Expertisen lagen im Jahr 2001 bei 18.6 Mio. Franken, im Jahr 2005 bei 23.2 Mio. Franken (+25%). Zwischen 1995 und 2005 haben sich die Ausgaben für medizinische Gutachten verdreifacht. Diese Ausgaben wurden bisher noch nie ausgewiesen, Aus Zeitgründen konnten diese Ausgaben auch nicht näher analysiert werden. Die EFK stellt fest, dass im Rahmen dieser Evaluation über ein Jahr verging, bis verlässliche Daten über die Ausgaben für die medizinischen Expertisen vorlagen.



## 5 Ursachen des Ausgabenwachstums bei Hörmitteln

Warum ist eine Untersuchung der Ursachen des Ausgabenwachstums relevant? Erstens ist das Ausgabenwachstum bei Hörmitteln ausgeprägt und stark. Dies gilt für den Zeitraum 1995-2005 und auch für die letzten fünf Jahre nach der Einführung des dreistufigen Tarifmodells. Gemäss Stakeholdern, besonders der Industrie, gibt es bei den Hörmitteln ein bedeutendes Wachstumspotenzial für die Zukunft. Die IV steckt in finanziellen Problemen. Durch eine Ursachenanalyse können Faktoren identifiziert werden, welche potentiell das Ausgabenwachstum zu bremsen vermögen.

Wenn nicht anders vermerkt, stammen die statistischen Angaben in diesem Kapitel aus der IV- und der AHV-Statistik (Herausgeber: BSV) samt den Statistischen Jahrbüchern der Schweiz (Herausgeber: BFS).

Die Entwicklung der Ausgabenkomponente (abhängige Variablen), lässt sich folgendermassen zusammenfassen:

**Tabelle 21: Entwicklung der Ausgabenkomponenten**

Ausgaben der IV und AHV	Änderung 1995-2005	Änderung 2001-2005
Ausgaben für Reparaturen	keine Daten	+ 28%
Ausgaben für Hörmittel	+ 82%	+ 30%
Ausgaben für Dienstleistungen der Akustiker	keine Daten	+ 31%
Ausgaben für Hörgeräte (Hardware)	keine Daten	+ 38%
Ausgaben für medizinische Expertisen	+ 222%	+ 25%

Quelle: ZAS (Datenauswertung EFK)

### 5.1 Aussagen der Begleitgruppe zu den Ursachen des Kostenwachstums

Die Begleitgruppe für die Evaluation der EFK setzt sich aus Vertretern der Organisationen für Hörbehinderte, den Marktteilnehmern samt dem BSV zusammen (siehe **Anhang 6**). Als bedeutend für das Wachstum der Kosten wurden nach einer Diskussion in der Begleitgruppe speziell folgende Faktoren bezeichnet:

1. Die binaurale Versorgung als Standard
2. Die grössere Bereitschaft in der Gesellschaft, eine Hörbehinderung durch das Tragen von Hörgeräten erkennen zu lassen
3. Die Markterweiterung, die Werbung für neue Hörgeräte und die Gratis-Hörtests<sup>60</sup>
4. Die demographische Entwicklung
5. Die Verlagerung in höhere Indikationsstufen
6. Die technologische Entwicklung

<sup>60</sup> Werbung für Hörgeräte in Altersheimen ist gemäss Hörgerätetarif verboten.



Die Bedeutung dieser Faktoren wird im Folgenden quantitativ und qualitativ abgeschätzt.

## 5.2 Preiseffekt und Mengeneffekt

Nach einer ökonomischen Grundüberlegung setzen sich die totalen Ausgaben aus der Summe der Produkte von Preis und Menge der Einzelkomponenten zusammen. Es gibt somit zwei mögliche Ursachen für das Ausgabenwachstum: Preiseffekt und Mengeneffekt.

**Tabelle 22: Mengen- und Preiseffekt**

Ausgaben der IV und AHV	Änderung 1995-2005	Änderung 2001-2005
Durchschnittliche Ausgaben je Hörmittel	+ 4%	+ 9%
Anzahl Bezüger von Hörmitteln	+ 75%	+ 19%
Durchschnittliche Ausgaben je Versorgung	keine Daten	+ 6%
Anzahl Hörgeräteversorgungen	keine Daten	+ 27%

Quelle: ZAS (Datenauswertung EFK)

Wie aus der Tabelle ersichtlich, sind die durchschnittlichen Ausgaben je Hörmittel und je Versorgung in der 4-Jahresperiode 2001-2005 bedeutend langsamer gewachsen als die Anzahl Bezüger und Versorgungen. Dies bedeutet, dass die Mengenausweitung ein wesentlich wichtigerer Wachstumsfaktor ist, als der Preiseffekt. Es gab also in den vergangenen Jahren immer mehr Personen welche sich mit Hörmitteln versorgen liessen.

Die Einzelkomponenten der Mengenausweitung sind quantifiziert und in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

**Tabelle 23: Komponenten der Mengenausweitung in IV und AHV**

	Änderung 1995-2005	Änderung 2001-2005
Anzahl Versorgungen der Tarfstufe 3	keine Daten	+ 80%
Anzahl binaurale Versorgungen	keine Daten	+ 73%
Anzahl Versorgungen von Versicherten mit Alter 60-64	keine Daten	+ 41%
Anzahl Cochlea Implantate	ca. + 200%	Mindestens ca. + 50%
Anzahl Besitzständer	keine Daten	+ 25%

Quelle: ZAS (Datenauswertung EFK)

Drei wichtige Einzelkomponenten der Mengenausweitung 2001-2005 sind: die starke und überproportionale Zunahme der Versorgungen in der Tarfstufe 3 (+ 80%), die Zunahme der binauralen Versorgungen (+ 73%) und die überproportionale Zunahme der Versorgungen in der Altersgruppe vor Erreichen des Pensionsalters (+ 41%).



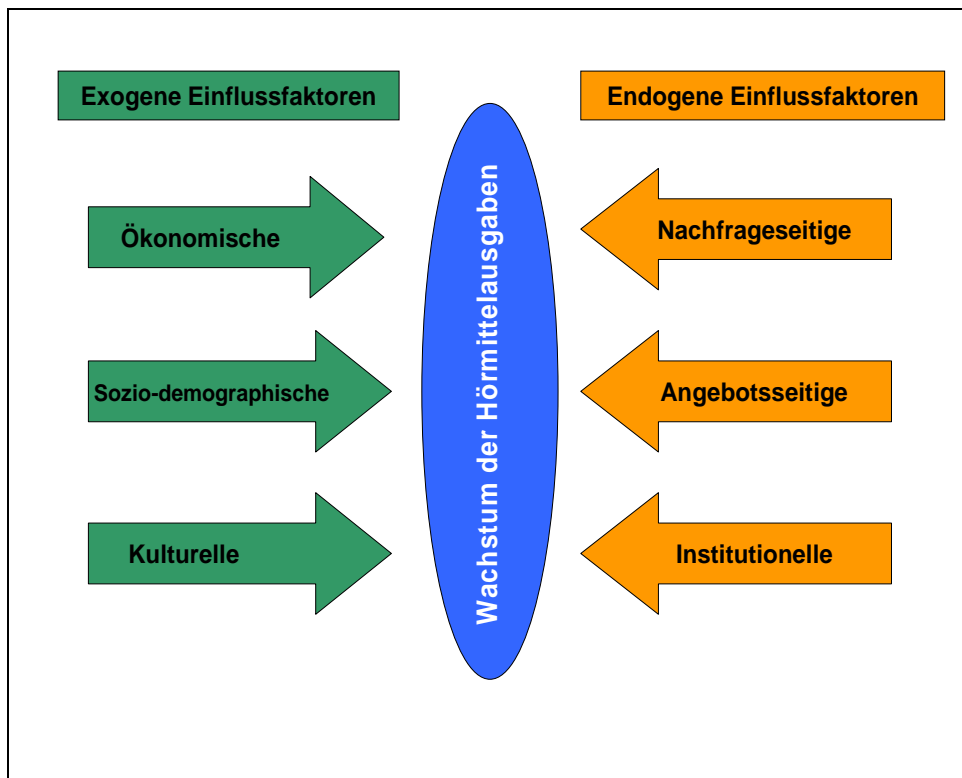
Die Anzahl Besitzständer und die Anzahl Cochlea-Implantate sind ebenfalls stark gestiegen, die Ausgaben letzterer fallen bei den Sozialversicherungen nicht schwer ins Gewicht<sup>61</sup>.

### 5.3 Die endogenen und exogenen Einflussfaktoren

In der Fachliteratur über die Ursachen des Ausgabenwachstums im Gesundheitswesen wird oft zwischen exogenen und endogenen Faktoren unterschieden<sup>62</sup>. Die letzteren können im Prinzip von den Politik-Verantwortlichen geändert werden (instrumentelle Variablen). Die exogenen Faktoren werden hingegen als gegeben angesehen.

Die exogenen Faktoren teilen sich in ökonomische, sozio-demographische und kulturelle Faktoren. Bei den endogenen Faktoren wird unterschieden zwischen nachfrage- und angebotsspezifischen Faktoren, und Faktoren, welche die institutionellen Voraussetzungen betreffen. Dieses Klassifikationsschema ist als analytische Hilfe gemeint. In vielen Fällen überschneiden sich die Faktoren. Es gibt z.B. längerfristig kein Angebot ohne Nachfrage.

**Abbildung 10: Exogene und endogene Faktoren des Ausgabenwachstums**



<sup>61</sup> Ausschiessen kann man die Hypothese, dass es geschlechtsspezifische Erklärungen für das Ausgabenwachstum gibt. Die so genannten vorzeitigen Anpassungen von Hörgeräten sind ebenfalls kein treibender Faktor; gemäss Angaben der ZAS sind diese Ausgaben eine „quantité négligeable“.

<sup>62</sup> Die gleiche Unterscheidung findet sich in einer Analyse des Wachstums der IV-Renten, siehe Bericht der PVK vom 6. Juni 2005 an die GPK-S.



### 5.3.1 Die exogenen Faktoren

Zu den ökonomischen Ursachen des Ausgabenwachstums zählt der Preisanstieg (Inflation), z.B. gemessen an den Konsumentenpreisen. Diese ist von 96.7 Punkten im Jahr 1995 auf 104.7 Punkte im Jahr 2005 gestiegen (+8.3%). 8.3 der totalen Punktezunahme bei Hörgeräte-Ausgaben könnten mit anderen Worten der generellen Inflation zugeschrieben werden. Weitere exogene, ökonomische Ursachen sind das verbesserte Volkseinkommen. Das Bruttoinlandprodukt ist von 371.4 Milliarden Franken im Jahr 1997 auf 445.9 Milliarden Franken im Jahr 2004 gestiegen - ein Wachstum von 20%. Das monatliche Bruttoeinkommen pro Haushalt hat zwischen 2000 und 2003 um 4% zugenommen<sup>63</sup>. Je höher das Einkommen, je höher die Ausgaben und je höher der Anteil des Totalbudgets an den Gesundheitsartikeln.

Zu den sozio-demographischen Faktoren gehört die Bevölkerungszunahme. Diese hat in der Schweiz von 7'062 Tausend im Jahr 1995 auf 7'459 Tausend im Jahr 2005 zugenommen (+5.6%). Der Anteil der Bevölkerung mit Alter 65 Jahre und älter ist von 14.8% auf 15.8% gestiegen (+6.8%). Der Anteil der Bevölkerung mit Alter 56 und älter hat von 2001-2005 um 8% zugenommen.

Es wird gesagt, dass der Bedarf an Hörhilfen bei der jüngeren Generation im Laufe der letzten Jahre zugenommen hat. Die Gesundheitsbefragungen des BFS liefern aber keine Bestätigung dieses Bildes<sup>64</sup>. Auch eine Untersuchung des Hörvermögens der so genannten Walkmann-Generation vor einigen Jahren und eine neuere, noch nicht veröffentlichte Statistik des Hörvermögens von Rekruten liefert gemäss BAG keine Bestätigung für die Hypothese der Verschlechterung des Hörvermögens der jüngeren Generation. Es kann aber sein, dass sich Gehörschäden im jungen Alter erst später messen lassen.

Die kulturellen Faktoren ändern sich kurzfristig nicht so rasch, doch ist in manchen Untersuchungen darauf hingewiesen worden, dass unsere Einstellung zu Krankheit und Gebrechen sich ändert. Der neuere Krankheitsbegriff umfasst auch das subjektive Wohlbefinden und die Selbstverwirklichung. Gegenüber den Leistungen des Gesundheitswesens breitet sich eine „Anspruchshaltung“ aus, welche Teil von gesellschaftlichen Entwicklungen ist. Dies kann mit der Individualisierung, der Säkularisierung und dem steigenden Ausbildungsniveau der Bevölkerung zusammenhängen. Die Bereitschaft, eine Hörbehinderung durch das Tragen eines Hörgeräts sichtbar zu machen, ist wahrscheinlich in den letzten Jahren gestiegen. Es wird auch gesagt, dass die Akzeptanz (und damit die Nachfrage nach Hörgeräten) in der Deutschschweiz grösser sei als in der Romandie.

---

<sup>63</sup> Gemäss Statistischem Jahrbuch 2006.

<sup>64</sup> Der Anteil Personen welche ein reduziertes Hörvermögen avisiert, ist bei den 15-24-jährigen und den 25-34-jährigen zwischen 1992 und 2002 gemäss Gesundheitsbefragungen eher abnehmend als zunehmend. Dieses Bild harmoniert nicht mit dem Bild welches durch die Industrie und Leistungserbringer verbreitet wird. Phonak meldete einen 32-prozentigen Gewinnanstieg im ersten Halbjahr 2006, der vor allem auf die "neuen Kunden" zurückzuführen sei. Immer mehr junge Menschen würden aufgrund von lauter Musik über die MP3-Player-Kopfhörer die Produkte des Schweizer Konzerns verwenden (müssen). "Aufgrund des hohen Lautstärkepegels, dem vor allem junge Menschen ausgesetzt sind, beobachten wir einen wachsenden Anstieg von Hörverlust und eine immer grössere Bedrohung in den kommenden Jahren", so der Phonak CEO Valentin Chaperon. (via der Standard.at).



Moderne Hörgeräte sind leistungsfähiger und ästhetisch ansprechender als vor 10-20 Jahren, was die Akzeptanz und Nachfrage ebenfalls verbessert. Die grossen, fleischfarbigen Hörgeräte der vorigen Generation sind modernen, modischen und digitalen Hörmitteln gewichen. Die Werbung für Hörgeräte gleicht mehr und mehr der Werbung für andere „Lifestyle-Produkte“, Hörgeräte sind ein Konsumprodukt geworden. Der Staat kann solche gesellschaftliche Entwicklungen nicht stoppen, die Sozialversicherung ihrerseits muss sich modernisieren und ihre Massnahmen entsprechend anpassen.

**Tabelle 24: Übersicht über exogene Faktoren**

	Änderung
Inflation 1995-2005 (Konsumentenpreisindex)	+ 8%
Bruttoinlandprodukt 1997-2004	+ 20%
Bevölkerungszunahme 1995-2005	+ 6%
Wachstum der Bevölkerung 65 Jahre und älter 1995-2005	+ 7%
Wachstum der Bevölkerung 56 Jahre und älter, 2001-2005	+ 8%
Hörvermögen der Bevölkerung gemäss Gesundheitsbefragungen 1992, 1997 und 2002	Schwache Verbesserung
Änderung des Hörvermögens der jüngeren Generation (Rekruten) (gemäss BAG)	Keine Bestätigung der Verschlechterung im Laufe der letzten Jahre

Quelle: ZAS (Datenauswertung EFK)

### 5.3.2 Die endogenen Einflussfaktoren

Die Einflussfaktoren auf der Angebotsseite sind eng mit der Rolle der Expertenärzte und Akustiker verknüpft. Diese Berufsgruppen haben das Monopol, die Art und den Umfang der Hörmittelversorgung zu definieren. Die Sozialversicherungen decken die Ausgaben. Der Expertenarzt legt aufgrund seiner Erstexpertise fest, welche Indikation für die Berechnung der Leistungen der Sozialversicherung zur Anwendung kommt. Der Akustiker hat seinerseits die Möglichkeit Hörbehinderte zum Kauf eines zuzahlungspflichtigen Hörgeräts zu animieren. Der Umsatz der Akustiker und Expertenärzte ist höher je mehr Versicherte mit Hörmitteln versorgt werden. Dieser Zusammenhang gilt auch für die Rentabilität der Geschäftstätigkeit und für die Entlohnung (Marge). Das Angebot bestimmt in einem gewissen Mass die Nachfrage. Die Nachfrage schafft aber ihrerseits auch die Basis für neue Anbieter und Leistungserbringer. Die Anzahl Akustikergeschäfte hat in den letzten Jahren stark zugenommen: von 296 im Jahr 1999 auf 397 im Jahr 2006 (+34%). Im Jahr 2001 waren 257 Expertenärzte registriert, im Jahr 2006 waren es 272 (+6%)<sup>65</sup>. HNO-Ärzte gehörten gemäss einer Untersuchung im Erhebungsjahr 2002 zu den Ärztgruppen mit überdurch-

<sup>65</sup> Zahlen gemäss BSV.



schnittlichem Ärzteteinkommen<sup>66</sup>. Über die Entwicklung der Umsätze und Einkommen der Akustiker besitzen wir keine Angaben.

Zwischen den Leistungserbringern und den Versicherten herrscht asymmetrische Information: die versicherte Person hat Schwierigkeiten, die Qualität der erbrachten Leistungen einzuschätzen. Man denke nur an die 680 Hörgeräte-Typen auf dem Schweizer Markt. Die Informationsasymmetrie gilt besonders für das Verhältnis zwischen den Leistungserbringern (organisierten Interessen) und der Sozialversicherung, repräsentiert durch das BSV<sup>67</sup>. Gemäss ökonomischer Theorie führen Informationsasymmetrien im Gesundheitswesen zu Marktimperfectionen: Die Leistungserbringer verbessern damit die Möglichkeiten, ihre eigenen Interessen gegenüber den Versicherten und der Sozialversicherungsbehörde geltend zu machen. Die Interessen der Leistungserbringer sind auf Expansion ausgerichtet, dies gilt auch für die Hörgeräteindustrie.

Die Faktoren auf der Nachfrageseite hängen mit den Auffassungen und dem Verhalten der Bevölkerung und der Hörbehinderten zusammen. In der Gesundheitsbefragung des BFS wurde eine repräsentative Stichprobe der Bevölkerung mit Alter über 15 Jahren gefragt, ob sie einem gewöhnlichen Gespräch, an dem zwei weitere Personen teilnehmen, folgen können. Der Anteil, welcher „Ja, ohne Schwierigkeiten“ antwortete, lag im Jahr 2002 bei 95.8%.

Auf Grund der Gesundheitsbefragung wurde die Prävalenz von Hörgeräten in der (erwachsenen) Bevölkerung erhoben und hochgerechnet. Im Jahr 2002 zählte die Schweiz ca. 156'000 erwachsene Hörgeräteträger. Neuere Zahlen liegen noch nicht vor.

Die IV ist keine Versicherung im engen Sinne des Wortes. Für die Versicherten besteht kein Zusammenhang zwischen den Leistungen der Versicherung und der bezahlten Prämie. Zudem gibt es nur einen Anbieter von Versicherungsleistungen. Die Gesetze des Marktes sind auch auf der Nachfrageseite beschränkt. Für Gesundheitsleistungen im Krankenversicherungsgesetz sind hingegen differenzierte Prämienmodelle und Franchisen vorgesehen.

In der IV gibt es weder auf Angebotsseite noch seitens der Versicherten Anreize zur Sparsamkeit. Im Abgabesystem der AHV sind hingegen Selbstbehalte vorgesehen. Dies ist sicher ein Grund dafür, dass die Anzahl der Hörgeräteversorgungen bei der AHV ein markant tieferes Wachstum ausweisen als bei der IV. Niemand trägt ein Hörgerät nur, weil es gratis ist, aber Kostenbeteiligungen geben Anreize für eine optimale Nutzung. Kostenbeteiligungen sind eine selbstverständliche Komponente der Krankenversicherung.

Zu den institutionellen Faktoren gehören politische und administrative Rahmenbedingungen der Hörgerätepolitik, die gesetzlichen Grundlagen und die Umsetzungsbestimmungen (Behördenarrangement). Diese sind ausführlich in Kapitel 2 beschrieben.

Im Kapitel 5.2 sind vier wichtige endogene Wachstumsfaktoren der Hörgeräte-Politik identifiziert. Die Bedeutung dieser Faktoren lassen sich wie folgt abschätzen:

---

<sup>66</sup> Hasler, N.: Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz in den Jahren 2001 und 2002, in Schweizerische Ärztezeitung 2006;87: Nr 3. [www.saez.ch/pdf\\_d/2006/2006-03/2006-03-1384.PDF](http://www.saez.ch/pdf_d/2006/2006-03/2006-03-1384.PDF) .





1. Wenn der Anteil Versorgungen nach Indikationsstufe wie im Tarif 1999 vorgesehen geblieben wäre, hätten die beiden Sozialversicherungen im Jahr 2005 ca. 4.1 Mio. Franken Minderausgaben für Hörgeräte und Dienstleistungen der Akustiker verzeichnet.
2. Wenn der Anteil binauraler Versorgung im Jahr 2005 auf dem Niveau von 2000 geblieben wäre, hätte die IV im Jahr 2005 ca. 4.5 Mio. Franken Minderausgaben gehabt.
3. Die Zunahme der Ausgaben der Besitzständer beträgt gemäss ZAS-Daten zwischen 2001-2005 ganze 8.4 Mio. Franken. Wenn die Ausgaben der Besitzständer proportional mit der totalen Anzahl Bezüger von Hörmitteln zugenommen hätten, wären die Ausgaben im 2005 ca. 4.5 Mio. Franken tiefer gewesen.
4. Die finanziellen Auswirkungen des Mitnahme-Effekts bei 60-65-jährigen ist schwieriger zu schätzen<sup>68</sup>. Es wurde berechnet, wie viel die beobachteten Mehrausgaben in dieser Altersgruppe im Jahr 2005 waren, verglichen mit den normierten Ausgaben eines zentrierten Durchschnitts<sup>69</sup>, siehe Abbildung. Die Mehrausgaben in der Altersgruppe 60-65 Jahre summieren sich auf 4.5 Mio. Franken.<sup>70</sup>

---

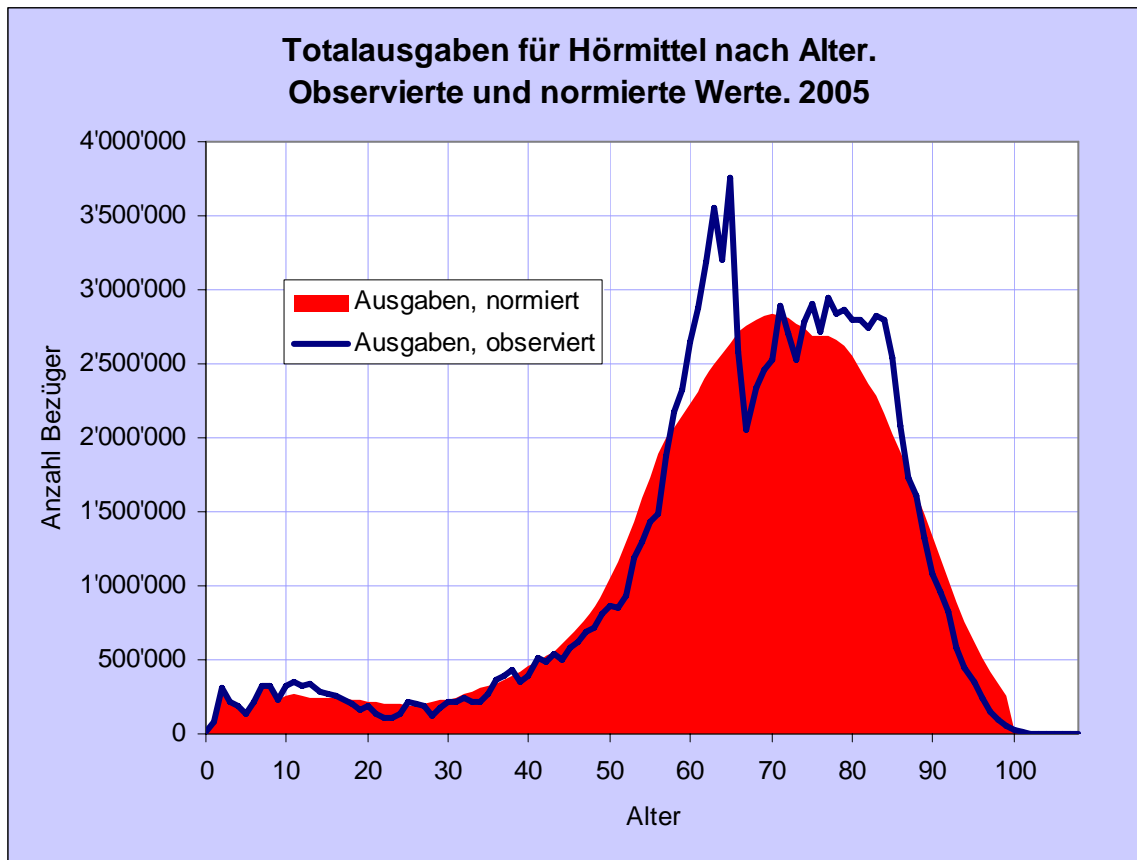
<sup>68</sup> Da die EFK keinen Zugang zu einer Statistik nach Alter der Bezüger von Hörgeräten hatte, musste man sich mit der Statistik über die Hörmittel nach Alter begnügen um die Wirkungen des Besitzstandes zu illustrieren. Im Begriff Hörmittel sind neben den Ausgaben für Hörgeräte- auch die Ausgaben für Batterien und Reparaturen usw. inbegriffen.

<sup>69</sup> Die Summe der beobachteten Ausgaben ist gleich der Summe der normierten Ausgaben, d.h. die Areale in der Grafik sind gleich gross.

<sup>70</sup> Zur Kontrolle wurde auch ausgerechnet, welches die jährlichen Minderausgaben gewesen wären, wenn die Ausgabenzunahme bei dieser Altersgruppe sich in den letzten Jahren im Mass gehalten hätte. Die jährlichen Minderausgaben hätten in diesem Fall ca. 3.3 Mio. Franken betragen (2005). Die Zunahme der Hörmittel-Ausgaben 2001-05 betrug bei dieser Altersgruppe ganze 59%. In dieser Berechnung wurde + 25% als Norm zu Grunde gelegt.



**Tabelle 25: Totalausgaben für Hörmittel nach Alter. Beobachtete und normierte Werte. 2005**



Quelle: ZAS (Datenauswertung EFK)

Das Wachstums- und Sparpotenzial dieser vier Faktoren ist für diesen recht kurzen Zeitraum beträchtlich, obendrein sind die Auswirkungen auf die Ausgaben für medizinische Expertisen in diesen Berechnungen nicht mit berücksichtigt.

#### 5.4 Fazit - mehrschichtige Ursachen und Begründungen

Die Ausgaben für Hörmittel bei der IV und AHV haben sich im Zeitraum 1995-2005 von 62.6 Mio. Franken auf 114.1 Mio. Franken fast verdoppelt. Dieses Ausgabenwachstum übertrifft die so genannte „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen und sie übertrifft auch das Wachstum der IV-Renten. Wenn man die Ausgaben für medizinische Expertisen dazu rechnet, ist die Ausgabenzunahme noch grösser. Aus Zeitgründen war die Analyse der Ausgaben für medizinische Expertisen nicht möglich. Die Zuzahlungen der Versicherten sind auch nicht analysiert, da es keine statistischen Angaben gibt. Die Erklärungsfaktoren für die Zunahme der Ausgaben (Hörmittel und Dienstleistungen der Akustiker) sind vielschichtig, zudem sind nicht alle Faktoren quantifizierbar.

Die Hörmittelausgaben je Hörgerät 2001-2005 haben mässig zugenommen. Dies ist nicht erstaunlich, da der Hörgerätetarif mit den Akustikern im Zeitraum nicht revidiert wurde und die meisten Hörgeräte knapp unter der Tarifgrenze lagen. Die Anzahl der Hörgeräteversorgungen hat hingegen im selben Zeitraum sehr stark zugenommen.



Für die Ausgabenzunahme bei Hörmitteln und Hörgeräteversorgungen ist die Mengenausweitung ein wichtiger Erklärungsfaktor. Die Hörgeräteversorgungen haben 2001-2005 um 27% zugenommen. Die Anzahl der Personen mit Alter 56 Jahre und älter in der Bevölkerung ist mit 8% gestiegen. Die Mengenausweitung ist nur teilweise auf die demographische Alterung der Bevölkerung zurückzuführen.

Mit der Mengenzunahme hat auch die Anzahl Akustikergeschäfte und die Anzahl medizinischer Expertisen zugenommen. Experten, auf welche sich die WHO beruft, schätzen den Anteil Personen mit Hörproblemen in Westeuropa auf 10% (Schweiz ca. 750'000). Gemäss Gesundheitsbefragung 2002 gibt es in der Schweiz 156'000 erwachsene Hörgeräteträger. Die Leistungserbringer sagen dem Hörgerätemarkt ein grosses Wachstumspotenzial voraus. Es gibt jedoch keine epidemiologische Untersuchung welche den Bedarf an Hörgeräten in der Bevölkerung wissenschaftlich quantifiziert. Es ist wichtig, dass durch Richtlinien gewährleistet wird, dass die Sozialversicherung den Versicherten Hörmittel abgibt, bei denen der Nutzen am grössten ist.

Im Zeitraum 2001-2005 haben die Hörmittelausgaben (exkl. ärztliche Expertisen) um insgesamt 26.6 Mio. Franken zugelegt. Die Tabelle zeigt, dass die systembedingten Faktoren 2/3 dieser Summe ausmachen. Vier zentrale endogene Einzelkomponenten des Ausgabenwachstums sind systembedingt:

**Tabelle 26: Die systembedingten Faktoren des Ausgabenwachstums**

	Jährliche Mehrausgaben (2005)
Anteil der Versorgungen in der Tarifstufe 3 nicht wie im Tarif 1999 vorgesehen	+ 4.1 Mio. Franken
Anteil der binauralen Versorgungen in der IV wie im Jahr 2000	+ 4.5 Mio. Franken
Übermässige Zunahme der Ausgaben für Besitzständer	+ 4.5 Mio. Franken
Mitnahme-Effekt bei 60-65-jährigen	+ 4.5 Mio. Franken
<b>Wachstumsfaktoren total</b>	<b>17.6 Mio. Franken</b>

Quelle: EFK (eigene Datenbearbeitung)

Es wird in Zukunft immer wichtiger, die Ausgaben der Sozialversicherung durch geeignete Massnahmen im Griff zu behalten. Die systembedingten Faktoren bieten Anhaltspunkte für konkrete Massnahmen zur Ausgabenkontrolle. Die Berechnungen der EFK zeigen, dass ein Sparpotenzial vorhanden ist. Darauf verweisen auch die Empfehlungen im Schlusskapitel dieses Berichts.



## 6 Nutzung, Nutzen und Zufriedenheit

Ein Bericht über Nutzen, Nutzung und Zufriedenheit bei Trägern von Hörgeräten in der Regie von Frau Dr. Sibylle Bertoli und Herrn Prof. Dr. Rudolf Probst wurde im Auftrag der EFK verfasst. In diesem Kapitel befindet sich die Zusammenfassung dieses Berichts.

### 6.1 Hintergrund und Fragestellung

Die Prävalenzrate<sup>71</sup> für Hörgeräte betrug im Jahr 2002 2.6% für die Schweizerische Wohnbevölkerung im Alter ab 15 Jahren<sup>72</sup>, was einer absoluten Zahl von ca. 156'500 Hörgeräte-Trägern entspricht. Ziel der vorliegenden Studie war es, die Qualität des Schweizerischen Hörgeräteversorgungsmodells anhand einer Bestimmung der effektiven Nutzung (Tragerate) der Geräte und der Zufriedenheit ihrer Träger zu überprüfen, und die eigenen Daten mit denjenigen aus anderen Ländern zu vergleichen.

**Hörgeräteversorgung:** 60.5% waren binaural versorgt. 88% der binaural Versorgten trugen regelmässig beide Hörgeräte, 6.2% wechselten zwischen ein- und beidseitiger Nutzung, während 5.3% nur eines der beiden Hörgeräte nutzten. 53.8% der Befragten besaßen ein Hörgerät, das nicht älter als 2 Jahre war. 15.9% hatten ein Hörgerät, das älter als 5 Jahre war. Die gesamte Dauer der Hörgeräteversorgung betrug im Mittelwert 6.6 Jahre, der Median war 3 Jahre.

**Tragerate und -dauer:** 87.2% trugen ihr Hörgerät regelmässig, d.h. entweder täglich oder mindestens 1 Tag pro Woche, 11.4% trugen es nur gelegentlich. Lediglich 1.1% gaben an, ihr Gerät nie zu tragen. Nach Korrektur mit Hilfe der Daten der Nonresponder-Befragung ergaben sich folgende Schätzwerte der Tragerate für die Gesamtpopulation: regelmässig 84.6%, gelegentlich 12.2%, nie 3.1%. Zur Frage der Tragedauer in Stunden pro Tag ergaben sich folgende Resultate: 49% trugen ihr Hörgerät mehr als 8 Stunden, 25.8% 4-8 Stunden, 20% 1-4 Stunden und 3.2% weniger als eine Stunde pro Tag. 69.8% wechselten ihre Batterien innerhalb von 2 Wochen. Batteriewechsel und die Fragen zur Tragerate und -dauer korrelierten nur mässig miteinander.

**Gründe für Nichtnutzung:** Berücksichtigt wurden nur die Angaben von Personen, die ihr Hörgerät gelegentlich oder nie trugen. Häufigste Gründe waren störende geräuschvolle Situationen (52.0%), gefolgt von fehlendem Bedürfnis (23.6%) und geringem Nutzen (23.4%). Am seltensten wurden schlechter Sitz/Tragekomfort (8.7%) und Schwierigkeiten mit der Bedienung (8.1%) angegeben.

**Zufriedenheit und Zurechtkommen:** 33% waren mit ihrem Hörgerät sehr und weitere 52.7% eher zufrieden. 11% waren eher unzufrieden und 2.2% sehr unzufrieden. Die Zufriedenheitsrate von insgesamt 85.7% bei den Respondern reduzierte sich nach der Nonresponder-Korrektur auf 79.7% für die gesamte Fragebogenpopulation. 47.2% kamen mit ihrem Hörgerät sehr gut, 43.3% eher gut zurecht. Nur 1.2% gaben an, sehr schlecht zurechtkommen.

**Binaurale versus monaurale Versorgung:** Von den monaural Versorgten wurden nur diejenigen mit einem symmetrischen Hörverlust für den Vergleich mit den binaural Versorgten berücksichtigt.

---

<sup>71</sup> Die Prävalenzrate ist der Fachbegriff für die Anzahl der erkrankten oder infizierten Personen zu einer bestimmten Zeit bezogen auf die Anzahl Personen in der Risikogruppe zu dieser Zeit (Quelle: Wikipedia).

<sup>72</sup> Gemäss Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung des Bundesamts für Statistik



Die binaural Versorgten hatten eine signifikant höhere Tragedauer und grössere Zufriedenheit. Die Prävalenz, das Hörgerät regelmässig zu tragen, war für binaural Versorgte 92.2%, für monaural Versorgte 88.9%. Die Prävalenz der Zufriedenheit war bei den binauralen Trägern 88.4% gegenüber 86.5% bei monaural Versorgten.

**Einfluss des Erstversorgungsalters:** Anhand der Angaben der Befragten zum Zeitpunkt der Hörgeräte-Erstversorgung wurde eine Einteilung in IV- und AHV-Versorgte vorgenommen (Altersgrenze Männer 65 Jahre, Frauen 62 Jahre). Da es sich um subjektive Angaben handelt, sind diese Zahlen als Schätzungen zu verstehen. Danach erhielten 38.5% ihre Erstversorgung im IV-Alter. Der Anteil binaurale Versorgungen betrug bei den IV-Versorgten 76.2%, bei den AHV-Versorgten 51.8%. Die Häufigkeit von Erstversorgungen stieg vom 55. bis 65. Lebensjahr steil an mit einem Höhepunkt im 63. Jahr (n=275), um im 66. Lebensjahr auf 153 Versorgungen zu sinken. Die IV- und AHV-Versorgten unterschieden sich nicht in Bezug auf die Tragerate und Zufriedenheit.

**Determinanten von Tragerate und Zufriedenheit:** Unregelmässiges Tragen war bei folgenden Merkmalen signifikant häufiger: Alter 65-74 Jahre, monaurale Versorgung, geringere Zufriedenheit und schlechteres Zurechtkommen. Das Risiko des unregelmässigen Tragens war signifikant niedriger bei Frauen, bei einer Hörgeräteversorgung seit über 5 Jahren, bei mittlerem und schwerem Hörverlust. Es bestand auch ein Trend, dass das Risiko des unregelmässigen Tragens mit aufwändigerer Technologie des Geräts abnimmt.

Unzufriedenheit war mit deutlich weniger Faktoren signifikant assoziiert als die Tragerate. Personen, die seit mindestens 2 Jahren ein Hörgerät besaßen, hatten ein etwas höheres Risiko, unzufrieden zu sein. Schlechteres Zurechtkommen und unregelmässiges Tragen waren hoch signifikant mit Unzufriedenheit assoziiert. Alter, Geschlecht, Versorgungsart (monaural/binaural) und Schweregrad des Hörverlusts hatten keinen Einfluss auf die Zufriedenheit.

**Literaturvergleich:** Die Daten der vorliegenden Studie wurden mit 24 ausgewählten Publikationen aus folgenden Ländern verglichen: Dänemark (2), Deutschland (4), Finnland (2), Niederlande (2), Grossbritannien (2), Australien (5), Neuseeland (1), USA (6).

In Bezug auf die Tragerate gehört die Schweiz mit 87.2% resp. 84.6% (Schätzung Gesamtpopulation) zu den 6 Studien mit einer regelmässigen Nutzung von über 80% (Bereich 56.6-90.3%), wobei berücksichtigt werden muss, dass regelmässige Nutzung in den verschiedenen Studien nicht einheitlich definiert ist. Der Anteil von 1.1% resp. 3.1% überhaupt nicht genutzter Hörgeräte ist im Vergleich zu den anderen Studien mit 1 bis 30% als sehr niedrig einzustufen. Auch die Zufriedenheit ist mit 85.7% resp. 79.9% (Schätzung Gesamtpopulation) im Vergleich mit den anderen Studien (Bereich 54.6-96.0%) hoch.

## 6.2 Fazit

Die Resultate der vorliegenden Studie fanden ein insgesamt positives Bild des Schweizerischen Hörgeräteversorgungssystems. Ca. 97% der Geräte werden regelmässig oder zumindest gelegentlich getragen und ihre Träger sind zu 80% mit ihrer Versorgung zufrieden. Die Daten geben auch Hinweise darauf, dass die unterschiedlichen Konditionen von IV und AHV dazu führen, die Erstversorgung vor dem Eintritt ins AHV-Alter vorzunehmen. Über die Hälfte der Versicherten besass ein Hörgerät, das nicht älter als zwei Jahre war. Dies deutet auf einen sehr hohen Standard hin.



Die IV- und AHV-Versorgten unterschieden sich nicht in Bezug auf die Tragerate und Zufriedenheit. Die binaurale Versorgung scheint der monauralen in Bezug auf Tragerate und Tragedauer überlegen zu sein. Es handelt sich aber um einen sehr kleinen Unterschied, und bei der Zufriedenheit ist kein solcher Unterschied zu registrieren.

Aus medizinischer Sicht werden folgende Vorteile der binauralen Versorgung genannt<sup>73</sup>:

- Besseres Sprachverständnis, vor allem in geräuschvollen Situationen
- Verbessertes Nutz-Störschall-Verhältnis und dadurch geringere Verzerrung
- Bessere Lokalisation/Richtungshören: durch Kopfschatteneffekte, interaurale Zeitverschiebung (verstärkt bei den tiefen Frequenzen wegen der Wellenlänge) und Lautstärke-Differenzen (verstärkt bei höheren Frequenzen)
- Bessere Wahrnehmung von Entfernung und Bewegung von Personen und Objekten
- Bessere Klangqualität
- Bessere Tinnitus-Suppression (wenn der Patient unter Tinnitus leidet)
- Hören ist weniger anstrengend und ermüdend

Die EFK stellt fest, dass die in der Bevölkerung gemessenen Vorteile der binauralen Versorgung marginal, die Mehrkosten für die Sozialversicherungen hingegen bedeutend sind, und weiter dass im Einzelfall vermehrt mit dem Bedarf zur binauralen Versorgung argumentiert wird. Der Versorgungsstandard ist in den letzten Jahren in dieser Beziehung erhöht worden.

---

<sup>73</sup> Quelle: Professor Rudolf Probst.



## 7 Schlussfolgerungen - Antwort auf die fünf Fragen der Evaluation

### 1. In welchem Ausmass fördert das System die Abgabe von einfachen und zweckmässigen Hörgeräten?

Bei der Abgabe von IV-Hilfsmitteln ist Artikel 21 im Bundesgesetz zur Invalidenversicherung zentral: „Die Hilfsmittel werden zum Eigentum oder leihweise in einfacher und zweckmässiger Ausführung abgegeben (oder pauschal vergütet<sup>74</sup>). Durch eine andere Ausführung verursachte zusätzliche Kosten hat der Versicherte selbst zu tragen.“

Als erstes stellt sich die Frage der Zweckmässigkeit der Versorgung.

Jede einzelne Versorgung basiert auf einer individuellen, systematischen und ausführlichen Bedürfnisabklärung durch den Expertenarzt. Mit der Erstexpertise wird das medizinisch indizierte Versorgungsniveau aufgrund objektiver und subjektiver Kriterien und eines Algorithmus berechnet. Audiologische, soziale und berufliche Kriterien werden nach einem von der Expertengemeinschaft selbst definierten System erhoben und gewichtet, um die Zugehörigkeit zu einer der drei Indikationsstufen zu berechnen. Die Erstexpertise und die Schlussexpertise sind gemäss Kreisschreiben notwendige Bedingungen für die Versorgung durch die Sozialversicherung.

Die beiden medizinischen Expertisen werden gemäss TARMED mit insgesamt ca. 750 Franken vergütet.

Für die Versorgung mit Hörgeräten wird der Tarif zwischen dem BSV und den Akustikerverbänden ausgehandelt. Neben dem Tarif für das Hörgerät (Hardware) ist eine separate Pauschale für ein umfassendes Dienstleistungspaket der Akustiker vorgesehen. Eine binaurale Versorgung wird in der Tarifstufe 3 mit 4'065 Franken vergütet, davon ca. die Hälfte für die Geräte und die andere Hälfte für die Dienstleistungen der Akustiker (Anpassung, Service).

Die Palette von zuzahlungsfreien Hörgeräten umfasst (Stand Sommer 2006) 162 Hörgeräte-Typen, bei den Hörgeräten mit Zuzahlung zählt die Liste über 500 verschiedene Varianten. Dies garantiert eine grosse Wahlfreiheit für die Versicherten. Andererseits stellt sich die Frage, ob die Akustiker überhaupt in der Lage sind, dieses Angebot - welches sich innert wenigen Jahren erneuert - überhaupt zu überschauen.

Die Versicherten haben die vollumfängliche Wahlfreiheit, was den Leistungserbringer - Arzt und Akustiker - betrifft. Wie die wissenschaftliche Untersuchung Bertoli/Probst zeigt, sind die Zufriedenheit, die Tragerate und die Nutzung von Hörgeräten in der Schweiz hoch bis sehr hoch.

Der EFK ist keine prinzipielle Kritik über die Zweckmässigkeit der Hörgeräteversorgungen bekannt. Hörbehinderten-Organisationen und Experten attestieren der Schweiz ein sehr gutes Abgabesystem aus medizinischer und technischer Sicht, und ein grosszügiges Finanzierungssystem.

Die EFK schätzt die Zweckmässigkeit der Versorgung in der Schweiz als gut bis sehr gut ein. Ohne den Druck des Preisüberwachers wären wahrscheinlich die Tarifsenkungen für die Hörgeräte (Hardware) im letzten Sommer nicht erfolgt.

Es stellt sich als zweites die Frage der Einfachheit der Hörgeräte und der Hörgeräteversorgungen.

---

<sup>74</sup> Im Rahmen der 5. IVG-Revision vorgesehene Änderung.





Das BSV definiert „einfach“ als kostengünstig. Die Einfachheit einer Versorgung ist vom BSV implizit durch die Tarifstufen bestimmt. Eine „einfache Versorgung“ ist eine Versorgung mit zuzahlungsfreien Hörgeräten, d.h. mit Hörgeräten deren Preis unter der Tarifobergrenze liegen.

Die Ausgaben der IV für eine binaurale (beidseitige) Versorgung, inklusive Dienstleistung an die Akustiker (Anpassung, Service) betragen gemäss Hörgerätetarif:

Medizinische Indikation	Versorgungsbedarf	Stufe	Tarif
Leichter Hörverlust	Einfache Versorgung	Indikationsstufe 1	2'625 SFr
Mittlerer Hörverlust	Komplexe Versorgung	Indikationsstufe 2	3'350 SFr
Schwerer Hörverlust	Sehr komplexe Versorgung	Indikationsstufe 3	4'065 SFr

Hinzu kommen die Ausgaben für die medizinische Expertise, wie bereits dargelegt, und, während der Lebenszeit des Hörgerätes, Batterien samt Ausgaben für Zubehör und grössere Reparaturen.

In der Schweiz werden, anders als in den Vergleichsländern Norwegen und Deutschland, bei der Abgabe systematisch die sozio-emotionalen Handicaps und die Kommunikationsanforderungen als massgebend für das Versorgungsniveau erhoben und beurteilt. Spezifisch für die Schweiz sind die drei Indikationsstufen. Hier werden, im Gegensatz zu Deutschland, keine billigen Hörgeräte („Kassengeräte“) abgegeben. Die Preise der zuzahlungsfreien Hörgeräte in der Schweiz liegen alle knapp unter bzw. auf der Tarifobergrenze.

Der Anteil der medizinisch indizierten Versorgungen in der Indikationsstufe 3 hat in nur vier Jahren von 36% auf 50% zugenommen (2001-2005). Gleichzeitig hat der Anteil der binauralen IV-finanzierten Versorgungen von 57% auf 73% zugenommen. Versorgungen der teuersten Tarifstufe und binaurale Versorgungen werden in zunehmendem Ausmass als „einfach“ angesehen. Die ökonomischen Auswirkungen dieser veränderten Umsetzung sind für die IV einschneidend.

Die Bezugsraten und Ausgaben für Hörmittel nach Alter zeigen einen markanten Einschnitt bei ca. 65 Jahren. Die grosszügigen Abgabebedingungen der IV und die restriktiven Bedingungen der AHV tragen kombiniert mit dem Besitzstand dazu bei, dass Versicherte vor dem Erreichen des Pensionsalters in grossem, und wachsendem Ausmass mit Hörgeräten versorgt werden. Der Besitzstand schafft falsche Anreize, sich noch vor Erreichen des Pensionsalters (auf Lebenszeit) zu den günstigen Konditionen der IV (auf Kosten der AHV) versorgen zu lassen.

Die Audiologische Kommission hat die Standards für die medizinischen Expertisen erarbeitet und überwacht die medizinische Praxis der Expertenärzte. Die Kontrolle ist kollegialer Art. Die IVST sind im Prinzip dazu bevollmächtigt, den Entscheid der Expertenärzte zu überprüfen. In der Praxis haben die kantonalen IVST dazu nicht das notwendige Fachwissen („second opinion“)

Zusammenfassend kann gesagt werden: Das System der IV ist zu wenig auf Einfachheit der Versorgung ausgerichtet. Es enthält wenige Anreize zum sparsamen Umgang mit den Mitteln der Sozialversicherung. Andererseits hat das BSV per 1. Juli den Hörgerätetarif revidiert und die Tarifobergrenzen für die Hörgeräte (Hardware) namhaft gesenkt. Die Voraussetzungen für die Abgabe (darunter auch die Qualitätskontrolle) sind auf professionelle Standards ausgerichtet, zu wenig auf Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit. Die sehr hohen Zuwachsraten bei den Ausgaben und die Bewegung hin zur vermehrten Abgabe der teuersten Hörgeräte und zur binauralen Versorgung sind



kein gutes Zeugnis für ein System, welches den Anforderungen der Einfachheit Rechnung tragen sollte. Das Abgabesystem der IV ist aufwändig und auf Expansion ausgerichtet. Weder für die Ärzte, die Patienten noch für die Akustiker gibt es genügend Anreize zur Sparsamkeit mit den Mitteln der Sozialversicherung.

## **2. Warum sind die Ausgaben für Hörgeräte in der IV und der AHV in den letzten Jahren so stark gestiegen?**

Die Ausgaben für Hörmittel in IV/AHV haben sich im Zeitraum 1995-2005 von 62.6 Mio. Franken auf 114.1 Mio. Franken fast verdoppelt. Wenn man die Ausgaben für medizinische Expertisen dazu rechnet, ist die Ausgabenzunahme noch grösser. Dieses Ausgabewachstum übertrifft die so genannte „Explosion“ der generellen Gesundheitsausgaben und auch die Ausgabenzunahme der IV-Renten. Die Erklärungsfaktoren für die Zunahme der Ausgaben sind vielschichtig, nicht alle Faktoren sind quantifizierbar.

Die durchschnittlichen Ausgaben je Hörgerät 2001-2005 haben mässig zugenommen, die Anzahl der Versorgungen hat hingegen stark zugenommen. Die Untersuchung zeigt, dass die Mengenausweitung ein wichtigerer Erklärungsfaktor ist als die Zunahme der durchschnittlichen Ausgaben je Versorgung. Da der Hörgerätetarif in den Jahren 2001-2005 nicht geändert wurde, und da die meisten Hörgeräte-Preise leicht unter der Tarifobergrenze liegen, ist dies natürlich. Für die Mengenzunahme scheint die höhere Akzeptanz ein Faktor zu sein.

Ein wichtiger Faktor für die Zunahme der Ausgaben ist nach Einschätzung der EFK aber auch auf der Angebotsseite zu finden. Die Akustikerbranche hat in den letzten Jahren stark expandiert. Die Hörgeräte-Industrie ist ebenfalls auf Expansion des Marktes ausgerichtet. Der Arzt strebt das Beste für seine Patienten an. Die Patienten wünschen tendenziell die neueste und teuerste Technologie. Die Anreize sind auf Expansion ausgerichtet, gegen eine Mengenausweitung gibt es keine Bremsen.

Exogenen Faktoren - demographische Alterung, verbessertes Volkseinkommen und disponibles Einkommen der Haushalte usw. - sind als längerfristige Bedingungen für die zunehmende Nachfrage zu verstehen. Zu den bedeutsamen längerfristigen Entwicklungen gehören auch psychologische Faktoren wie „Anspruchsdenken gegenüber dem Gesundheitswesen“ und tiefere Hemmschwelle, einen Hörverlust sichtbar zu machen. Die letzteren Faktoren sind schwer quantifizierbar. Die Anzahl der Personen mit Alter 56 Jahre und älter hat mit 8% zugenommen. Die Mengenausweitung ist nur teilweise auf die demographische Alterung zurückzuführen.

Vier bedeutende endogene Einzelkomponenten des Ausgabenwachstums (exkl. medizinische Expertisen) sind jedoch systembedingt. Es sind:

- Anteil der Versorgungen in der Tarfstufe 3 nicht wie im Tarif 1999 vorgesehen
- Zunahme der binauralen Versorgungen in der IV
- Zunahme der Ausgaben für Besitzstände in der AHV
- Mitnahme-Effekt bei 60-65-jährigen

Gemäss Schätzungen der EFK sind im Jahr 2005 Mehrausgaben von 17.6 Mio. Franken auf diese vier Faktoren zurückzuführen. Im Zeitraum 2001-2005 haben die Hörmittelausgaben der beiden



Sozialversicherungen mit total 26.6 Mio. Franken zugelegt. Ca. 2/3 der Ausgabenzunahme sind systembedingt.

Die Struktur der beiden Abgabesysteme - IV und AHV - hat direkte Auswirkungen (Mitnahme-Effekt, Verschiebung der Indikation) und indirekte Auswirkungen (Besitzstand) auf das Ausgabenwachstum. Es liegt in den Händen des Gesetzgebers und der Verantwortlichen für die Umsetzung der Hörgeräte-Politik diese systembedingten Faktoren zu berichtigen. Da die Industrie und die Professionen dem Hörgeräte-Markt ein grosses Wachstumspotential voraussagen (demographische Alterung, Mengenausweitung), wird es in Zukunft umso wichtiger, die Ausgaben der Sozialversicherung durch geeignete Massnahmen in den Griff zu bekommen. Die endogenen, systembedingten Faktoren bieten Anhaltspunkte für konkrete Massnahmen zur Kostenkontrolle<sup>75</sup>.

### **3. Wie schneidet das schweizerische System der Abgabe von Hörgeräten im Vergleich zu Deutschland und Norwegen ab?**

Die EFK hat die Systeme für die Abgabe von Hörgeräten in Deutschland und Norwegen mit dem schweizerischen System verglichen. Wichtige Gemeinsamkeiten sind: Die normale Dauer bis zur Wiederanschaffung auf Kosten der Sozialversicherung beträgt 5-6 Jahre. Die Versorgung von Kindern ist in allen Ländern grosszügiger geregelt als die der Erwachsenen.

Das Versorgungsmodell der Schweiz basiert im Gegensatz zu den beiden Vergleichsländern auf einem dreistufigen Tarifmodell. In den Vergleichsländern wird ein einziger Festbetrag (Maximalbetrag) von der Sozialversicherung festgelegt und vergütet. Batterien für Hörgeräte werden in den beiden Vergleichsländern in der Regel nicht rückvergütet.

Die Unterscheidung auf Gesetzesebene zwischen dem grosszügigen System der IV und dem restriktiven System der AHV ist eine schweizerische Besonderheit.

In Norwegen werden Hörmittel durch öffentliche Ausschreibungen beschafft. Die Versorgung mit Hörgeräten ist wahrscheinlich in Norwegen und Deutschland höher als in der Schweiz<sup>76</sup>. In Norwegen gibt es keine Akustikerbranche. Expertenarzt und Audiografen (Akustiker) arbeiten bei der Versorgung mit Hörgeräten in HNO-Kliniken und privaten Praxen zusammen.

Die Vergütungen der Sozialversicherung für die medizinischen Expertisen und die Dienstleistungen der Akustiker sind in der Schweiz hoch bis sehr hoch verglichen mit Deutschland und Norwegen.

---

<sup>75</sup> *Prinzipiell bieten sich auch Massnahmen des KVG an: Differenzierte Selbstbeteiligungen, Managed Care, Controlling der Leistungserbringer, Prüfung des Leistungskatalogs, Kontrolle der Preise, Parallelimporte, systematische Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Tarifreduktionen.*

<sup>76</sup> *Exakte Zahlen sind nicht zugänglich, aber gemäss Interviews der EFK sind in Norwegen ca. 3.7% der Bevölkerung Hörgeräte-Träger, in Deutschland 3-3.5%, in der Schweiz ca. 2.2% (2002). Gemäss Gesundheitsbefragung 1997 war die Quote der Träger in der Schweiz 1997 um ca. 20% höher. Ob dies auf statistische Abweichungen zurückzuführen ist, oder ob der Rückgang reell ist, weiss man im BFS nicht. Da es keine nach dem gleichen Verfahren erhobene Zahlen in den drei Ländern gibt, sollte man die Vergleichbarkeit der Zahlen nicht zu hoch einschätzen. In Norwegen wurden im Jahr 2005 mehr Hörgeräte abgegeben als in den beiden Vergleichsländern. Exakte Zahlen sind nicht aber auch hier nicht zugänglich. Gemäss Interviews der EFK zählte Norwegen im Jahr 2005 76 Einwohner pro abgegebenes Gerät, Deutschland 117 (2004) und die Schweiz 131 (2005).*



Auch nach der Tarifsenkung 2006 sind die Preise für vergleichbare Hörgeräte in der Schweiz immer noch relativ hoch. In Deutschland ist die Vergütung der Sozialversicherung für das Gerät (Hardware) am tiefsten („Kassengeräte“).

Die medizinischen Kriterien für die binaurale Versorgung in Deutschland und der Schweiz sind ähnlich. In Deutschland ist zusätzlich eine Messung des besseren Sprachverstehens (+10% im Störgeräusch) erforderlich. Versicherten mit beidohriger Hörbehinderung wird eine binaurale Versorgung angeboten, ca. die Hälfte nimmt das Angebot an. In Norwegen gibt es keine allgemein gültigen medizinischen Richtlinien für die binaurale Versorgung. Der binaurale Versorgungsgrad liegt gemäss Interviews der EFK in Norwegen bei rund 66%, in Deutschland bei 70% und, in der Schweizerischen IV bei 73%. Total (IV und AHV) liegt der Binauralversorgungsgrad in der Schweiz gemäss Studie Bertoli/Probst bei 61%.

Die EFK stellt fest, dass die Systeme der drei Länder folgende Hauptstärken und -schwächen aufweisen:

**Tabelle 27: Feststellung der EFK: Stärken und Schwächen der Systeme**

**STÄRKEN**

N	D	CH
Zusammenarbeit zwischen ORL-Spezialisten und Audiografen in HNO-Kliniken Einkauf von Hörgeräten mittels Ausschreibungen (Rabatte kommen der Sozialversicherung zu Gute)	Wahlfreiheit der Versicherten (Krankenversicherungen) Wirtschaftliche Versorgung von üblichen Hörbehinderungen	Wahlfreiheit der Versicherten Differenzierte und medizinisch abgesicherte Versorgung Neueste Technologie

**SCHWÄCHEN**

N	D	CH
Wartezeiten Schwierige Zusammenarbeit zwischen Hörmittel- und Hilfsmittel-Zentralen	Teils ungenügende Versorgung von hochgradig Schwerhörigen Hohe Zuzahlungen	Kostspielige Anpassungen und medizinische Expertisen Fehlende Gleichbehandlung in IV und AHV

**4. Nimmt das Bundesamt für Sozialversicherungen seinen Handlungsspielraum genügend wahr?**

Dem BSV kommen vier Verantwortungsbereiche zu. Die EFK evaluierte den Handlungsspielraum des Amtes bezogen auf die Abgabe von Hilfsmitteln.

1. Durchführungsaufgaben, d.h. dafür sorgen, dass die Hilfsmittelpolitik im Rahmen der Gesetze und Bestimmungen durchgeführt wird
2. Die finanzielle, administrative und fachliche Aufsicht über die IVST



### 3. Weiterentwicklung der Gesetzgebung

#### 4. Die Gestaltung der Tarifpolitik ist bei der Abgabe von Hörmitteln speziell relevant

Bei den Durchführungsaufgaben stellt die EFK fest, dass die Umsetzungsbestimmungen im Bereich Hilfsmittel relativ umfassend und detailliert sind. Der Ablauf einer Versorgung ist in IV und AHV stark normiert. Die von der EFK interviewten IVST berichten, dass dies eine effiziente und rasche Erledigung des Massengeschäfts garantiere. Auch der Auskunftsbereitschaft des BSV, wenn Fragen und Probleme über die Auslegung der Umsetzungsbestimmungen (Kreisschreiben, Tarif, usw.) auftauchen, wird ein gutes Zeugnis ausgestellt. Unnötigen administrativen Aufwand sehen die IVST bei Fragen der Vergütung von Hörgeräten im Falle von Verlust und Beschädigung durch die Versicherten. Der Tarif 2006 beinhaltet aber neue Bestimmungen für solche Fälle. Ob dies zu einer administrativen Vereinfachung führt, wird sich noch zeigen. Die EFK stellt fest, dass das BSV seinen Handlungsspielraum bei den Durchführungsaufgaben gut wahrnimmt.

Die IVST verwalten das System, ihr Handlungsspielraum ist bescheiden. Die Entscheidungen der Ärzte und Akustiker über Versorgungsniveau und Vergütung durch die Sozialversicherungen werden bei Hörmitteln äusserst selten in Frage gestellt. Wenn dies geschieht, geht es in der Regel um formelle Mängel. Die EFK stellt in ihrer Analyse von Gerichtsurteilen des Zeitraums 2000-2006 über Hörgeräte fest, dass in 9 von 12 Fällen das EVG die Beschwerden des BSV bzw. der IVST um „Mehrversorgung“ abgewiesen hatte. Auch der Versuch des BSV, die Vergütung der Batteriekosten aus dem Leistungskatalog zu streichen, wurde vom EVG gestoppt. Die im Tarif vorgesehenen Preislimiten können gemäss EVG den sozialversicherungsrechtlichen Leistungsanspruch (im Einzelfall) nicht rechtswirksam beschränken. Die analysierten Entscheide des EVG scheinen den Handlungsspielraum des BSV bei der Abgabe von Hörgeräten, die Einfachheit zu gewichten, zu begrenzen. Die Gesetzgebung gibt dem BSV einen schmalen Handlungsspielraum, um Massnahmen zur Ausgabenreduktion zu treffen.

Das BSV betont gegenüber der EFK immer wieder, dass die Aufsicht über die problematische Rentensituation höchste Priorität haben muss. Die EFK erwartet, dass das BSV in Zukunft ebenfalls einer verbesserten Aufsicht im Bereich Hilfsmittel die nötige Priorität einräumen wird. Die detaillierten Abrechnungsdaten nutzt das BSV z.B. nicht systematisch für ein angemessenes Controlling und Kostenmonitoring.

Im Bereich Gesetzesentwicklung ist in den letzten Jahren bei den Hilfsmitteln und den Hörgeräten nicht viel geschehen. Die kritische Lage bei den IV-Renten und das Defizit der IV dominierten bei den IV-Revisionen das Terrain.

Der Bereich Kostenvergütung verfügt über 1.4 Vollzeitäquivalente (VZÄ) für Anspruchsfragen zu Hilfsmitteln (Durchführungsaufgaben) und 1.6 für Hilfsmittel-Tarife. Davon ist eine Stelle bis Ende 2007 bewilligt. Die Ressourcen des Bereichs Hilfsmittel sind knapp bemessen und der Bereich ist auf das tägliche Geschäft und die Verwaltung der Ausführungsbestimmungen ausgerichtet. Die EFK stellt fest, dass das BSV für die Tarifverhandlungen wenig unabhängige Informationen einholt und die Position des Bereichs Hilfsmittel eher schwach ist. Das BSV hat wenige Kenntnisse über den Aufwand je Hörgeräteversorgung und über Leistungen und Kosten im Ausland. Mit Hilfe des Preisüberwachers konnte die Informationsasymmetrie zwischen Verwaltung und Leistungserbringern teilweise reduziert werden. Die Unterstützung des BSV durch den Preisüberwacher beim Tarif 1999 war aus Sicht der EFK eher ungenügend. Das gilt nach Meinung der EFK besonders für die Prüfung der Dienstleistungskomponente.



Grundsätzlich sind es die Expertenärzte, welche das Versorgungsniveau und damit die Ausgaben der Sozialversicherungen bestimmen. Weder das BSV noch die IVST holen eine „second opinion“ ein. Das dreistufige Indikationsmodell und die Komplexität der medizinischen Expertisen haben ungünstige direkte und indirekte Auswirkungen auf die Ausgaben der Sozialversicherung.

Im Bereich Hörmitteltarife stellt die EFK fest, dass die Informationsasymmetrie zwischen dem BSV und den Akustikerverbänden, der Audiologischen Kommission das Amt daran hindern, seinen Handlungsspielraum bei Tarifverhandlungen genügend wahrzunehmen und die Interessen der Sozialversicherung, besonders den sparsamen und wirtschaftlichen Umgang mit deren Mitteln, geltend zu machen.

#### **5. Werden die notwendigen Massnahmen getroffen, um die tatsächliche Nutzung von Hörgeräten zu gewährleisten?**

Immer wieder hört man Erzählungen über Hörgeräte, welche nicht genutzt werden - so genannte „Schubladengeräte“. In der Schweiz werden jedoch etliche Massnahmen getroffen, um solche Schubladengeräte zu vermeiden.

Die Abgabe ist in der Schweiz durch die detaillierten Umsetzungsbestimmungen medizinisch und audiologisch abgesichert. Die Auswahl der Hörgeräte-Modelle ist in der Schweiz sehr gross. Damit sollte es möglich sein, die Bedürfnisse der Träger optimal abzudecken, auch mit zuzahlungsfreien Apparaten. Die zweite medizinische Expertise dient der Qualitätssicherung der Anpassung des Hörgeräts durch den Akustiker. Der Arzt testet nebst der Verbesserung des Hörvermögens, ob der Hörgeräteträger das Gerät optimal nutzt und über die Bedienung und den Unterhalt des Geräts informiert worden ist.

Es sollten nur Hörbehinderte mit einem Hörgerät versorgt werden, welche einen Nutzen daraus ziehen können und Hörgerätebenutzer sollten über den Gebrauch informiert sein. Andererseits können nach dem Zeitpunkt der Abgabe eines Geräts Änderungen des Gesundheitszustandes und der Bedürfnissen der Hörbehinderten Person eintreffen.

Bisher gab es in der Schweiz keine repräsentative Untersuchung der Tragerate für Hörgeräte. Die Untersuchung Bertoli/Probst (mit Teilfinanzierung der EFK) hat gezeigt, dass Nutzung, empfundener Nutzen und die generelle Zufriedenheit mit dem Hörgerät, verglichen mit anderen Ländern, in der Schweiz hoch bis sehr hoch sind. Schlechter Tragekomfort und Schwierigkeiten mit der Bedienung werden selten genannt. Die Nicht-Nutzung von Hörgeräten ist mit 1-3% sehr gering. Die EFK stellt fest, dass „Schubladengeräte“ allgemein gesehen ein relativ marginales Problem darstellen. Zu bemerken ist aber trotzdem, dass 5% der binaural Versorgten nur ein Hörgerät tragen. Optimierungsmöglichkeiten gibt es auch bei älteren Hörgeräteträgern und anderen Altersgruppen, welche mit dem Hörgerät schlecht zu Recht kommen.

#### 7.1 Während der Evaluation vom BSV umgesetzte Massnahmen

Als die EFK im Herbst 2005 mit dem BSV die ersten Gespräche zu dieser Evaluation führte, wurde darauf hingewiesen, dass das BSV den Tarif für Hörgeräte revidieren wolle. Ein neuer Tarif für Hörgeräte trat dann auch am 1. Juli 2006 in Kraft. Der Leistungskatalog der Akustiker und der Tarif



für die Dienstleistungen wurden aber weder geprüft noch geändert. Die Geltungsdauer dieses Tarifs ist zeitlich bis Ende 2008 begrenzt.

Im Juli 2006 teilte das BSV mit, dass es das Gesamtsystem der Hörgeräteabgabe zu überprüfen plane und auf 2008 eine neue Lösung in Kraft zu setzen gedenke.

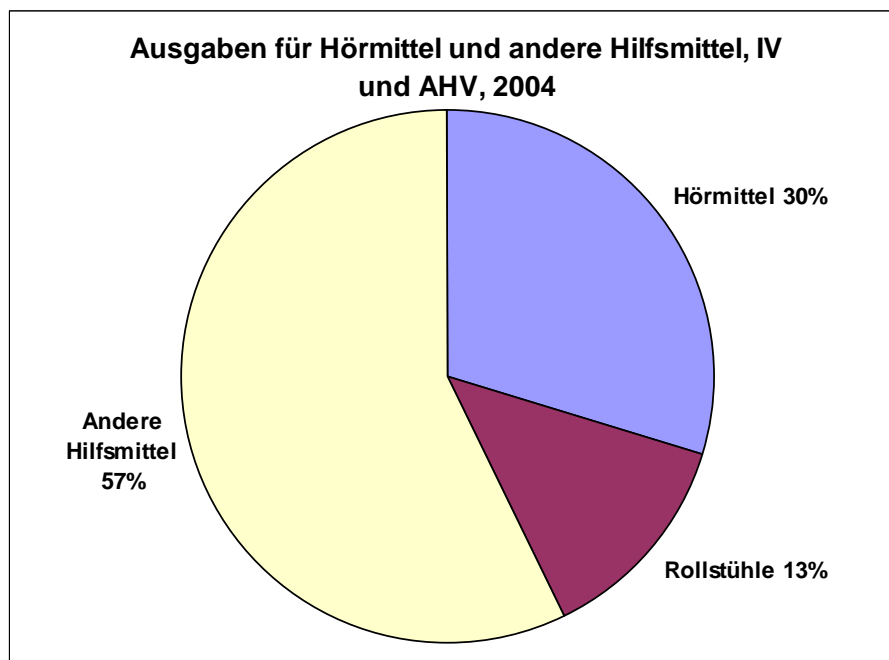
Das BSV ist seit Anfang 2007 damit beschäftigt, den Einkauf und die Abgabe von Cochlea-Implantaten an die Spitäler neu zu regeln.

## 7.2 Gemeinsamkeiten zwischen Hörmitteln und Hilfsmitteln

Die leihweise Abgabe von Hilfsmitteln in der IV, die Zusammenarbeit zwischen IV und AHV und die Besitzstandswahrung sind gemeinsame Kennzeichen der Abgabe von Hörgeräten und Hilfsmitteln.

Die Hörmittel sind kostspielige Hilfsmittel. Die Hörmittelausgaben machen 30% der totalen Hilfsmittelausgaben der beiden Sozialversicherungen aus. Sie machten 2005 in der AHV mit 47.2 Mio. Franken ca. 45% der gesamten Hilfsmittelausgaben aus. In der IV machten Hörmittel mit 66.9 Mio. Franken ca. 25% der gesamten Hilfsmittelausgaben aus. Ein wichtiger Ausgabenfaktor in IV und AHV sind neben den Hörmitteln die Rollstühle.

**Abbildung 11: Ausgaben für Hörmittel und andere Hilfsmittel, IV und AHV, 2004**



Quelle: ZAS (Datenauswertung EFK)

Die Wachstumsraten für Hörmittel sind sehr hoch, im Zeitraum 1995-2005 ganze 82%. Im Zeitraum 2001-2004 waren aber auch die Wachstumsraten bei Rollstühlen ohne motorischen Antrieb bedeutend (50% verglichen mit 23% bei Elektrorollstühlen und 32% bei Hörgeräten bei Schwerhörigkeit). Die Ausgaben für notwendige medizinische Expertisen sind in den obigen Zahlen nicht inbegriffen.

Da die IV die wichtigste Finanzierungsquelle von Hilfsmitteln darstellt, liegt die administrative Verantwortung für das Vertragswesen beim BSV, und nicht bei der Zentralstelle für Medizinaltarife. In





der AHV repräsentiert die Vergütung von Hilfsmitteln ein „Fremdkörper“, einzelne Leistungen wurden bereits in das KVG überführt.

Bei Hilfsmitteln gibt es Tarifvereinbarungen zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern, welche die Voraussetzungen für die Abgabe, mitunter den Leistungskatalog und die Vergütungen, regeln. Die EFK stellt fest, dass die Leistungserbringer (Ärzte, Akustiker) wenig Anreize haben, eine zweckmässige statt einer bestmöglichen Ausstattung zu liefern. Eventuelle Rabatte der Produzenten werden z.B. von den Leistungserbringern nicht an die Sozialversicherung weitergegeben. Bei Hörgeräten und Rollstühlen zeigten Preisvergleiche mit Deutschland, dass die Krankenversicherungen in Deutschland solche Rabatte erzielen. Rabatte können jedoch eine Begrenzung des Sortiments bedeuten. Rollstühle und Hörgeräte sind grösstenteils Standardprodukte mit grossen Umsatzvolumen.

Nach den Abklärungen und Empfehlungen des Preisüberwachers 2003 hatte das BSV die Firma Egger, Dreher & Partner AG beauftragt, Ansätze für die künftige Abgabe von Rollstühlen und Zubehör aufzuzeigen. Aufgrund theoretisch-ökonomischer Betrachtungen und Preisvergleiche kam der Bericht zu folgendem Schluss (S. 12): „Die versicherten Personen der Schweiz werden mit qualitativ hochwertigen und damit auch entsprechend teuren Rollstühlen versorgt, wobei die Preise der Rollstühle wegen des fehlenden Preiswettbewerbs zusätzlich vergleichsweise hoch sein dürften.“ Rollstühle werden in der Schweiz mit umfassendem Zubehör ausgestattet und nach Listenpreisen - d.h. ohne Rabatte - verkauft.

Bei den Rollstühlen hat das BSV veranlasst dass mit IV-Depots eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen wurde. Mit der SAHB hat das BSV ein Kompetenzzentrum für Hilfsmittel aufgebaut, welches dazu beiträgt, die Stellung der Sozialversicherung auf dem Markt zu stärken. Die SAHB hält sich über die Bedürfnisse sowie Preise und Qualität der entsprechenden Hilfsmittel informiert und steht dem BSV bei den entsprechenden Tarifverhandlungen mit Informationen bei.

Die Leistungsvereinbarung mit der SAHB (gültig bis Ende 2007) wird vom BSV noch dieses Jahr überarbeitet werden. Betreffend Rahmenvereinbarung für die Rollstuhlabbgabe hat das BSV zusammen mit der ZMT erste Revisionsvorschläge ausgearbeitet, welche im Frühjahr 2007 der MTK präsentiert werden. Die Rahmenvereinbarung ist jedoch noch nicht gekündigt und die Vertragspartner (Verbände) sind noch nicht informiert.

Weiter steht das BSV gegenwärtig in Verhandlungen/Abklärungen mit der „Fondation Suisse pour les Téléthèses (FST)“ betreffend deren Leistungsvereinbarung. Die Vereinbarung über die mietweise Abgabe von Elektrobetten wurde per Ende 2006 vom BSV gekündigt, läuft jedoch im Jahr 2007 noch wie bis anhin weiter. Diese Vereinbarung wird vom BSV zurzeit überprüft.



## 8 Empfehlungen der EFK

Die Hörmittelversorgung ist in der Schweiz verglichen mit dem Ausland sehr gut, der Dienstleistungskatalog der Akustiker und Expertenärzte umfassend und die Schweiz gehört mit einer Tragequote von ca. 85% zu den Ländern mit der höchsten regelmässigen Nutzung von Hörgeräten. Ob das gute Versorgungssystem zur besseren beruflichen Integration von Hörbehinderten als in vergleichbaren Ländern führt, wurde nicht geprüft. In der Tat gibt es viele andere, wichtige Faktoren welche den Integrationserfolg beeinflussen können.

Die Ausgaben der IV und AHV für Hörmittel haben sich in zehn Jahren (1995-2005) praktisch verdoppelt. Die EFK stellt fest, dass es notwendig ist, Massnahmen zur verbesserten Kostenkontrolle durchzuführen. Die Zunahme der Ausgaben ist sowohl auf eine Mengenausweitung wie auf eine Erhöhung des Versorgungsniveaus (binaurale Versorgung, Versorgung in den oberen Tarifstufen) zurückzuführen. Das Ziel des BSV mit dem Hörgerätetarif 1999 bis 25% Kostenreduktion zu bewirken wurde nicht erreicht.

Dem Kriterium der **Einfachheit** der Hörgeräteversorgungen muss in Zukunft mehr Rechnung getragen werden. Es gibt in der IV wenig Anreize zur Sparsamkeit, weder auf der Angebotsseite noch auf der Nachfrageseite. Ohne den Druck des Preisüberwachers wäre wahrscheinlich die Tarifsenkung 2006 für die Geräte nicht möglich gewesen. Der Besitzstand schafft falsche Anreize zur Überversorgung gerade vor dem Erreichen des Pensionsalters.

Das Abgabesystem kann vereinfacht werden, und der Leistungskatalog der IV und AHV auf das Notwendige (Einfache) reduziert werden.

Das Marktpotenzial für Hörgeräte ist aufgrund der demographischen Alterung gross. Die technologische Entwicklung und die höhere Akzeptanz von Hörgeräten sind Faktoren der Mengenausweitung. Das Versorgungsniveau ist gestiegen und im internationalen Vergleich ist das Schweizerische System stark medikalisiert und sehr kostspielig. Die Ausgaben der Sozialversicherungen werden, wenn nicht geeignete Massnahmen getroffen werden, weiter steigen. Die EFK hat einige systeminhärente Faktoren identifiziert, welche für das unkontrollierte Ausgabenwachstum verantwortlich sind. Es liegt in der Kompetenz des BSV das Ausgabenwachstum in den Griff zu bekommen.

Um den Mitnahme-Effekt zu beseitigen, hat die EFK erwägt, den Unterschied zwischen den Leistungen der IV und der AHV zu beseitigen und durch ein einziges System zu ersetzen. Nach der Besprechung mit dem BSV hat die EFK beschlossen, auf eine solche Empfehlung zu verzichten. Das Risiko zusätzliche Ausgaben für die Sozialversicherungen durch eine Angleichung der Systeme „gegen oben“ zu generieren, wurde als höher eingestuft als die Einsparungen durch eine Beseitigung des Mitnahme-Effekts<sup>77</sup>. Der Mitnahme-Effekt kann mit der Abschaffung des Besitzstandes vermindert werden. Eine Kürzung der Leistungen zum Nachteil Hörbehinderter mit Geburtsgebrechen, um die Leistungen für pensionierte Personen zu verbessern, welchen am Schluss ihrer Berufskarriere Hörminderungen widerfahren, wäre schwer zu rechtfertigen. Ca. 90% der Erstversorgungen werden nach Erreichen des 50. Altersjahres vorgenommen. Ausserdem scheinen gar

---

<sup>77</sup> Siehe Berechnungen im **Anhang 5**.



die Vergütungen der AHV für Hörmittel, mit wenigen Ausnahmen, in der Schweiz im Vergleich zu anderen europäischen Ländern eher besser zu sein.

**Empfehlung 1: Die EFK empfiehlt dem BSV, den Katalog der Dienstleistungen der Akustiker zu überprüfen mit dem Ziel, die Vergütung durch die Sozialversicherung zu reduzieren. Die vergleichende Anpassung soll nicht mehr von der Sozialversicherung übernommen werden.**

Die technologische Entwicklung und die Zunahme der Ausgaben waren bei Hörgeräten in den letzten Jahren rasant. Die Tarife für die Dienstleistungen der Akustiker wurden seit 1999 nicht mehr revidiert. Der Leistungskatalog der Akustiker und Expertenärzte sowie die Tarifvergütungen müssen neu definiert werden mit dem Ziel, Doppelspurigkeiten zu beseitigen und unnötige Leistungen und Untersuchungen zu streichen.

Die im Pauschalbetrag enthaltenen Dienstleistungen der Akustiker sind umfassend, die damit verbundenen Ausgabenkomponenten müssen reduziert werden. In den Berechnungen zum Tarif 1999 wurden relativ kleine Geschäfte zu Grunde gelegt. Ein revidierter Tarif muss die Änderung der Marktstruktur, die technologische Entwicklung (Produktivitätsverbesserungen), die notwendige Zeit für die Erbringung der Dienstleistungen und die Erfahrungen aus dem Ausland berücksichtigen. Dem Zeitbudget für die Erbringung der notwendigen Dienstleistungen muss spezielle Aufmerksamkeit gewidmet werden („second opinion“).

In Deutschland und Norwegen wird die vergleichende Anpassung nicht zwingend von der Sozialversicherung vergütet. Gemäss der Akustikerbranche verursacht die vergleichende Anpassung Ausgaben von 324 Franken je Anpassung. Mit ca. 36'000 Versorgungen pro Jahr (2005), davon die Hälfte in der AHV mit 25% Selbstbeteiligung, beträgt das maximale Sparpotenzial bei der Abschaffung dieser Leistung jährlich rund 10 Mio. Franken. Die EFK schlägt vor, dass die vergleichende Anpassung nur noch in speziellen Fällen durch die Sozialversicherung vergütet wird. Die Kosten für vergleichende Anpassungen mit nicht zuzahlungsfreien Hörgeräten sollen nicht von der IV getragen werden, damit falsche Anreize beseitigt werden.

**Empfehlung 2: Die EFK empfiehlt dem BSV, den Leistungskatalog für die medizinischen Expertisen zu kürzen und zu vereinfachen mit dem Ziel, die Vergütungen für die Expertisen zu reduzieren. Die Möglichkeit, auf die Erstexpertise, zu verzichten muss geprüft werden.**

Die Abschaffung des dreistufigen Tarifmodells samt der Unterscheidung zwischen IV- und AHV-Versicherten wird die medizinischen Expertisen vereinfachen und deren Kosten reduzieren. Doppelspurigkeiten zwischen den Dienstleistungen der Expertenärzte und den Akustikern müssen entfernt werden, und die Expertisen auf das Notwendige begrenzt werden. Das Sparpotenzial dieser Vereinfachungen ist wahrscheinlich bedeutend.

Als Illustration seien die Ausgaben für medizinische Erstexpertisen genannt. Diese ist bei wiederholter Versorgung mit Hörgeräten nicht zwingend notwendig. Das Sparpotenzial, falls 50% weniger Erstexpertisen durchgeführt werden, beträgt jährliche 6.6 Mio. Franken.



**Empfehlung 3: Die EFK empfiehlt dem BSV, das dreistufige Indikationsmodell abzuschaffen und die Vergütung der Sozialversicherung durch einen Vergütungsbetrag (Obergrenze) zu ersetzen.**

Das dreistufige Tarifmodell hat sich nicht bewährt. Es ist aufwendig und nicht gut begründet. Die Ziele mit dem 1999 eingeführten Tarifmodell wurden nicht erreicht. Es besteht kein einfacher Zusammenhang zwischen der Schwere der Hörbehinderung und den Hörgeräte- und Dienstleistungskosten für eine Versorgung. Versicherte mit leichtem Hörverlust sind nicht notwendigerweise die Versicherten welche die geringsten Kosten verursachen, und umgekehrt (Beispiel: Kinder, Hörbehinderte mit Zusatzhandikap, Hochtonsteilabfall). Die starke Verschiebung in Richtung Indikationsstufe 3 in wenigen Jahren zeigt, dass das System zu wenige Anreize enthält, Hörbehinderte mit einfachen Hörgeräten zu versorgen. Es gibt Anreize für eine bestmögliche Versorgung, wenig Anreize für eine einfache Versorgung. Hörgeräte werden nach Preis nicht nach Funktionalität in Indikationsstufen eingeteilt.

In Ausnahmefällen kann diese Obergrenze bei speziellen oder komplexen Hörproblemen, und mittels begründeten Gesuchs (Expertenarzt), überschritten werden. Ein adäquates Genehmigungs- und Kontrollverfahren ist durch das BSV zu bewerkstelligen. Die Vergütung für Batterien kann in diesem Pauschalbetrag inbegriffen sein.

Das Ziel dieser Empfehlung ist zu verhindern, dass nach und nach alle Versorgungen in der teuersten Indikationsstufe vergütet werden. Sie erlaubt auch, internationale Preisvergleiche zu vereinfachen.

Es ist schwierig das Sparpotenzial dieser Empfehlung zu schätzen, da es von der Höhe des zukünftigen Vergütungsbetrags und der Anzahl der Ausnahmefälle abhängen wird. Die Umsetzung dieser Empfehlung soll gekoppelt mit der neuen Definition des Leistungskatalogs der Akustiker und der Expertenärzte (Empfehlungen 1 und 2) stattfinden.

**Empfehlung 4: Die EFK empfiehlt dem BSV, den Besitzstand für Hörgeräte abzuschaffen.**

Die Schweiz hat mit der IV und der AHV zwei sehr unterschiedliche Systeme für die Abgabe von Hörmitteln. Doch gibt es bei Hilfsmitteln die Besitzstandwahrung für AHV-Versicherte welche sich erstmals im IV-Alter versorgen liessen. Der Besitzstand gibt falsche Anreize und führt zur Ungleichbehandlung zwischen Versicherten kurz vor und kurz nach der Pensionierung.

Sparpotenzial (Hörgeräte): jährlich 7.1 Mio. Franken (Schätzung auf der Basis von 2005)<sup>78</sup>.

Es soll untersucht werden, ob es notwendig ist, die gesetzlichen Grundlagen zu ändern und ob der Wegfall des Besitzstandes auch für andere AHV-Hilfsmittel aktuell ist.

---

<sup>78</sup> Siehe Berechnungen im **Anhang 5**.



**Empfehlung 5: Die EFK empfiehlt dem BSV, die Beschaffung von Hörgeräten mittels Ausschreibungen weiter zu prüfen.**

Die EFK unterstützt das BSV in seinen Bestrebungen, mittels Ausschreibungen Hörgeräte zu tieferen Preisen zu beschaffen. Durch Verstärkung des Wettbewerbs und durch eine Begrenzung des Sortiments sollte es möglich sein, deutlich günstigere Preise auszuhandeln. Dieses Einkaufssystem wird auch die Preise und Ausgaben für privatfinanzierte Hörmittel reduzieren.

Illustration des Sparpotenzials: Preisreduktionen von 150-250 Franken je Gerät resultieren in Einsparungen für 50'000 Hörgeräte von jährlich 7.5 – 12.5 Mio. Franken (2005).

Es ist noch nicht definitiv abgeklärt, ob für die Einführung dieses Systems eine Änderung des IVG notwendig sein wird.

**Empfehlung 6: Die EFK empfiehlt dem BSV, ein Controlling von Leistungserbringern und ein Kostenmonitoring aufzubauen, zur Beseitigung der Informationsasymmetrie bei Tarifverhandlungen und zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen.**

Das BSV ist heute bei der Festlegung des Leistungskatalogs und der Tarife der Akustiker und Ärzte vollständig der Expertise der Leistungserbringer abhängig. Die Verwaltung muss sich die Mittel geben, das System besser zu überwachen und ihre Position bei Tarifverhandlungen zu stärken. Bei Hörgeräten verfügt das BSV, im Gegensatz zu anderen Hilfsmitteln, nicht über ein eigenes Kompetenzzentrum.

Die EFK stellt fest, dass es aus Zeitgründen nicht möglich war, die ZAS-Zahlen betreffend Ausgaben der medizinischen Expertisen zu analysieren, weil der Zugang zu diesen Daten zu umständlich war. Die ZAS-Datenbank ist eine wichtige Informationsquelle bei Tarifverhandlungen und für die Kontrolle der erbrachten Leistungen. Heute werden aber diese Daten nicht laufend ausgewertet und genutzt, trotz der Zielsetzungen des Vertrags 1999.

**Empfehlung 7: Die EFK empfiehlt dem BSV, die Rolle der Organisationen von Hörbehinderten neu zu überdenken.**

Das BSV hat mit mehreren Behindertenorganisationen Leistungsaufträge abgeschlossen. Es sollte untersucht werden, ob den Organisationen eine neue Rolle gegeben werden kann, um die Hörgeräteträger besser zu informieren. Man könnte sich auch ein systematisches Benchmarking von Hörgeräten und die Qualitätskontrolle der Dienstleistungen der Leistungserbringer durch die Organisationen vorstellen. Auch die Beratung und die Schulung von bestimmten Benutzergruppen um die Tragerate zu verbessern sind denkbar.



**Empfehlung 8: Wenn das BSV in Zukunft weiterhin die Federführung beim Katalog der Leistungen und beim Tarif der Akustiker und Expertenärzte samt den medizinische Richtlinien ausüben will, hat es sich das Know-how und die Mittel dazu zu beschaffen, d.h. juristische, medizinische, audiologische und ökonomische Expertise systematisch beiziehen. Wenn nicht, ist eine Überführung der Hörgerätepolitik in die Krankenversicherung zu prüfen.**

Das BSV verwaltet zwei wichtige Systeme für die Abgabe (IV) respektive die Vergütung (AHV) von Hilfsmitteln. Wenn das BSV nicht im Stande ist, die Ressourcen zu mobilisieren um diese Systeme auch aktiv umzugestalten, sollte eine Überführung der Abgabe von Hilfsmitteln an die Krankenversicherung geprüft werden. Dies würde bedeuten, dass Tariffragen an die Zentralstelle für Medizinaltarife (ZMT) und Wirtschaftlichkeitskontrolle an Santésuisse übertragen würden. Ein weiterer Vorteil der Überführung an die Krankenversicherung ist die Existenz eines ganzheitlichen Systems für Selbstbehalte und Zusatzversicherungen. Die Krankenversicherung vergütet schon heute gewisse Hilfsmittel, darunter Cochlea Implantationen samt (unter speziellen Voraussetzungen) Hörgeräte. Gewisse AHV-Hilfsmittel wurden ausserdem in den letzten Jahren in die Krankenversicherung transferiert. Die beiden Systeme für die Abgabe und Vergütung von Hörmitteln sind das Resultat historischer Prozesse in den 60-er und 70-er Jahren, in der Zwischenzeit ist das Krankenversicherungsobligatorium zustande gekommen. Brillen werden durch die Krankenversicherung (Grundversicherung) teilweise vergütet, obwohl sie für viele Versicherte für ihre professionelle Integration notwendig sind. Die eventuelle Prüfung einer solchen Überführung wird die EFK nach ihrem Empfehlungscontrolling im BSV vorschlagen.

Die demographische Alterung und die höhere Akzeptanz von Hörgeräten werden in Zukunft dazu führen, dass der Druck auf die Ausgaben trotz der vorgeschlagenen Massnahmen bestehen wird. Das jährliche Sparpotenzial der Empfehlungen der EFK (bis 36 Mio. Franken) ist im **Anhang 5** näher beschrieben.

## EIDGENÖSSISCHE FINANZKONTROLLE

E. Sangra  
Leiter Fachbereich

C. Courbat  
Projektleiter



Anhang 1: Stellungnahme des Bundesamtes für Sozialversicherungen

Empfehlung der EFK	Stellungnahme des BSV	Termin	Zuständig
1. Die EFK empfiehlt dem BSV, den Katalog der Dienstleistungen der Akustiker zu überprüfen mit dem Ziel, die Vergütung durch die Sozialversicherung zu reduzieren. Die vergleichende Anpassung soll nicht mehr von der Sozialversicherung übernommen werden.	Im Rahmen der kommenden Tarifverhandlungen werden auch die Dienstleistungen der Akustiker überprüft. Ziel wird dabei sein, eine wirtschaftlich effiziente und qualitativ solide Versorgung sicher zu stellen.	Umsetzung: 2008	Steuerung I, Fachspezialist Hilfsmittel
2. Die EFK empfiehlt dem BSV, den Leistungskatalog für die medizinischen Expertisen zu kürzen und zu vereinfachen mit dem Ziel, die Vergütungen für die Expertisen zu reduzieren. Die Möglichkeit auf die Erstexpertise zu verzichten muss geprüft werden.	Die medizinischen Expertisen stellen einerseits die Art der Hörstörung und die dazu geeignete Behandlung fest, andererseits dienen sie als Qualitätskontrolle der Hörgeräteversorgung. Beide Aufgaben sind unerlässlich. Das BSV ist jedoch der Ansicht, dass die Schlussexpertise durch ein einfacheres, aber wirkungsvolles Qualitätsmonitoring der Behindertenverbände ersetzt werden kann.	Prüfung: 2008/09	Steuerung I, Fachspezialist Hilfsmittel; Arzt
3. Die EFK empfiehlt dem BSV, das dreistufige Indikationsmodell abzuschaffen und die Vergütung der Sozialversicherung durch einen Vergütungsbetrag (Obergrenze) zu ersetzen.	Um mittels einer einheitlichen Vergütung die Kosten zu senken, müssten die Beträge unter dem heutigen Durchschnitt angesetzt werden. Dies würde aber bedeuten, dass ein beachtlicher Teil von versicherten Personen mehr für ihre Geräte bezahlen müsste. Auch kann vorgebracht werden, dass die Sozialversicherungen ihren gesetzlichen Leistungsauftrag für jene Personen nicht mehr wahrnimmt, welche auf ein teureres Gerät angewiesen sind. Im Sinne der Verhältnismässigkeit will das BSV die Kosten durch die Steigerung der Effizienz senken und von einem Leistungsabbau absehen.	--	--
4. Die EFK empfiehlt dem BSV, den Besitzstand für Hörgeräte abzuschaffen.	Das Aufheben des Besitzstandes bei den Hilfsmitteln stellt einen Leistungsabbau für die betroffenen Personen dar. Behinderte, welche über die Jahre gelernt haben, mit einem bestimmten Hilfsmittel umzugehen, müssten sich an einfachere Geräte gewöhnen, was in vielen Fällen schwierig sein dürfte. Es ist zu erwarten, dass ein Teil der Versicherten sich genötigt sieht, für die Differenz der unterschiedlichen Versorgung selber aufzukommen. Wie in der Antwort zur Empfehlung 3 dargestellt, will das BSV eine Kostenverlagerung von der Versicherung hin zum Versicherten vermeiden. Vielmehr sollen Einsparungen durch Effizienzsteigerungen erzielt werden.	--	--
5. Die EFK empfiehlt dem BSV, die Beschaffung von Hörgeräten mittels Ausschreibungen weiterzuprüfen.	Der direkte Einkauf der Hörgeräte, welche von den Versicherungen finanziert werden, stellt eine Möglichkeit dar, die Kosten zu senken, ohne die Qualität der Versorgung zu beeinträchtigen. Das BSV will in Zukunft Hörgeräte mittels einer Ausschreibung direkt bei den Herstellern beziehen.	Prüfung: 2007	Steuerung I, Fachspezialist Hilfsmittel
6. Die EFK empfiehlt dem BSV, ein Controlling von Leistungserbringern und ein Kostenmonitoring aufzubauen, zur Beseitigung der Informationsasymmetrie bei Tarifverhandlungen und zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen.	Das BSV teilt die Meinung der EFK und will dem Monitoring der Leistungserbringer in Zukunft mehr Beachtung schenken. Ein solches System muss jedoch schrittweise aufgebaut werden. Das Erarbeiten des nötigen Know-hows bedingt aber, dass auch die nötigen personellen Ressourcen bereitgestellt werden können.	aufbauend ab 2008	Steuerung I, Bereichsleiter





<p>7. Die EFK empfiehlt dem BSV, die Rolle der Organisationen von Hörbehinderten neu zu überdenken.</p>	<p>Das BSV wünscht sich, wie von der EFK vorgeschlagen, eine aktivere Rolle der Behindertenverbände. Insbesondere bei der Information der versicherten Personen und bei einem neuen Qualitätsmanagement, welches die Schlussexpertise weitgehend ersetzen kann, können sich die Verbände einbringen.</p>	<p>Umsetzung: 2008 und später</p>	<p>Steuerung I, Fachspezialist Hilfsmittel</p>
<p>8. Wenn das BSV in Zukunft weiterhin die Federführung beim Katalog der Leistungen und beim Tarif der Akustiker und Expertenärzte samt den medizinischen Richtlinien ausüben will, hat es sich das Know-how und die Mittel dazu zu beschaffen, d.h. juristische, medizinische, audiologische und ökonomische Expertisen systematisch beizuziehen. Wenn nicht, ist eine Überführung der Hörgerätepolitik in die Krankenversicherung zu prüfen.</p>	<p>Eine zentrale Verwaltung der Hörgeräteversorgung birgt den Vorteil in sich, dass das nötige Wissen nicht von einer Vielzahl von Krankenkassen aufgebaut werden muss und dass ein gebündelter Einkauf der Leistung von einer grösseren Marktmacht profitieren kann. Wie in der Antwort zur Empfehlung 6 erwähnt, erkennt das BSV die Notwendigkeit, eine Wissensbasis zu erarbeiten. Das BSV wird deshalb in den nächsten Jahren das Know-how bei den Hilfsmitteln erweitern. Wie schon bemerkt, setzt dies die Aufstockung der personellen Ressourcen voraus.</p>	<p>aufbauend ab 2008</p>	<p>Steuerung I, Bereichsleiter</p>





## Anhang 2: Abkürzungen

AHVG	Gesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung
Art.	Artikel
ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
BEFAS	Berufliche Abklärungsstelle der Invalidenversicherung
binaural	an beiden Ohren, im Gegensatz zu ‚monaural‘
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung
CI	Cochlea Implantate
C-leg	Beinprothese, „Computerised Leg“
EFK	Eidgenössische Finanzkontrolle
FASMED	Dachverband der Schweizerischen Handels- und Industrievereinigungen der Medizinaltechnik
GPK-S	Geschäftsprüfungskommission des Ständerats
HG	Hörgerät(e)
HVA	Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Altersversicherung
HVI	Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung
HSM	Hearing Systems Manufacturers
IVG/IVV	Gesetz respektive Verordnung über die Invalidenversicherung
IVST	IV-Stelle(n)
KLV	Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV)
KHMI	Kreisschreiben über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung
KSHA	Kreisschreiben über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Altersversicherung
KSVI	Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung
METAS	Bundesamt für Metrologie und Akkreditierung
MEDAS	Medizinische Abklärungsstelle der Invalidenversicherung
MiGeL	Mittel- und Gegenständeliste
monaural	an einem Ohr; im Gegensatz zu ‚binaural‘ (= beidohrig)
MV	Militärversicherung
MTK	Medizinaltarif-Kommission UVG
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie = ONH Ohren, Nasen, Hals
PVK	Paritätische Vertrauenskommission im Rahmen der Hörgerätestarife. PVK ist auch die gängige Abkürzung für die Parlamentarische Verwaltungskontrolle.
RAD	Regionale ärztliche Dienste
Rz	Randziffer
SAHB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft Hilfsmittelberatung für Behinderte
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SVOT	Schweiz. Verband für Orthopädie-Techniker
TARMED	Im Tarif sind sämtliche diagnostischen und therapeutischen Leistungen enthalten, welche von Ärztinnen und Ärzten <u>ambulant</u> erbracht werden.
UV	Unfallversicherung
VZÄ	Vollzeitäquivalente
vP	Versicherte Person
ZAS	Zentrale Ausgleichsstelle



## Anhang 3: Rechtsgrundlagen und Bibliographie

### **Gesetzliche Grundlagen**

- 830.1 Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG).
- 831.10 Bundesgesetz vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG).
- 831.135.1 Verordnung vom 28. August 1978 über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Altersversicherung (HVA).
- 831.20 Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG).
- 831.201 Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV).
- 831.232.51 Verordnung vom 29. November 1976 über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (HVI).
- 832.10 Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG).
- 832.20 Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG).
- 832.205.12 Verordnung vom 18. Oktober 1984 über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Unfallversicherung (HVUV).
- 833.1 Bundesgesetz vom 19. Juni 1992 über die Militärversicherung (MVG).
- 251 Bundesgesetz vom 6. Oktober 1995 über Kartelle und andere Wettbewerbsbeschränkungen (Kartellgesetz, KG).

Kreisschreiben über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (KHMI): BSV 2004.

Kreisschreiben über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Altersversicherung (KSHA): BSV 2005.

Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI): BSV 2004.

### **Parlamentarische Vorstösse**

- 96.3669 - Interpellation. Missbrauch Invalidenversicherung (IV). Eingereicht von Dormann Rosmarie am 13.12.1996 im Nationalrat.
- 04.3548 - Interpellation. Preisgestaltung in der Mittel- und Gegenständeliste. Eingereicht von Humbel Näf Ruth am 07.10.2004 im Nationalrat.
- 05.3154 - Motion. Mehr Wettbewerb bei der Beschaffung von IV-Hilfsmitteln. Eingereicht von Müller Walter am 17.03.2005 im Nationalrat.
- 05.3523 - Motion. Wettbewerb bei den Produkten der Mittel- und Gegenständeliste. Eingereicht von Humbel Näf Ruth am 29.09.2005 im Nationalrat.
- 05.3522 - Motion. Medizinische Mittel und Gegenstände. Sparpotenzial. Eingereicht von Heim Bea am 29.09.2005 im Nationalrat.
- 05.3276 - Motion: IV-Revision. Wettbewerb im Bereich der Hilfsmittel und Instrumente. Eingereicht von Meier-Schatz Lucrezia am 13.06.2005 im Nationalrat.
- 96.3470 - Motion: Hunde für Behinderte. Eingereicht von Comby Bernard am 02.10.1996 im Nationalrat.
- 04.3469 - Postulat: Hilfhunde für motorisch Behinderte. Eingereicht von Rennwald Jean-Claude am 29.09.2004 im Nationalrat.



## **Berichte und andere Literatur**

OECD: Behindertenpolitik zwischen Beschäftigung und Versorgung - Ein internationaler Vergleich, 2003.

SIHI Maastricht: Policy implications of hearing aid fitting, 1999.

PARLAMANTARISCHE VERWALTUNGSKONTROLLE (PVK): Faktoren des Rentenwachstums in der Invalidenversicherung, Bericht vom 6. Juni 2005 zuhanden der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates (GPK-S).

INTERFACE: Institut für Politikstudien: Evaluation der Rolle des BSV in der Invalidenversicherung, Bericht im Auftrag der Parlamentarischen Verwaltungskontrolle vom 1. Juni 2005.

BUNDESRAT: Untersuchung zur IV-Situation beim Bund, Antwort zu Fragen vom 27. August 2004 der Geschäftsprüfungskommission des Ständerats (GPK-S), Bericht vom 17. August 2005.

GESCHÄFTSPRÜFUNGSKOMMISSION DES STÄNDERATS: Überblick über die Faktoren des Rentenwachstums und die Rolle des Bundes, Bericht vom 19. August 2005.

BUNDESRAT: Rentenwachstum in der Invalidenversicherung: Überblick über die Faktoren des Rentenwachstums und die Rolle des Bundes, Bericht vom 19. August 2005 der GPK-S, Stellungnahme des Bundesrats vom 21. Dezember 2005.

EGGER, Dreher & Partner: Konzept für die zukünftige Abgabe von Rollstühlen und Rollstuhlzubehör, 2005.

SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE, HALS- UND GESICHTSCHIRURGIE: Empfehlungen für IV-Expertenärzte zur Verordnung und Überprüfung der Anpassung von Hörgeräten, genehmigt vom BSV am 15. Mai 2001.

BUNDESRAT: Botschaft über die 5. Revision des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 22. Juni 2005.

BFS: Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens, 2006.

BSV: Statistische Wirkungsanalyse der „beruflichen Massnahmen“, August 1999.

BSV: Berufliche Eingliederung in der Eidg. Invalidenversicherung (Interface), in Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 6/04.

BSV: Die berufliche Integration in der Eidg. Invalidenversicherung (Fachhochschule Solothurn Nordwestschweiz), in Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsberichte Nr. 6/04 und Nr. 5/04 (Kurzfassung).

BSV: IV-Statistik, Statistiken zur sozialen Sicherheit.

BSV: AHV-Statistik, Statistiken zur sozialen Sicherheit.

LAUTERBACH, Karl. W., STOCK Stéphanie, BRUNNER Helmut: Gesundheitsökonomie, Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe, 2006.

OECD, Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung: Krankheit, Invalidität und Arbeit: Hemmnisse abbauen, Serie 1: Norwegen, Polen und Schweiz, 2006.

BSV: BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT, Delphi-Studie zu Gründen für das verlangsamte Wachstum der IV-Neurenten, Forschungsbericht Nr. 2/06.

KIRKPATRICK, D. 2001: The four-level evaluation process. Ch. 12 in What Smart Trainers Know: The Secrets of Success from the World's Foremost Experts, L.L. Ukens, ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass/Pfeiffer. Pp. 122-132.



BERTOLI, S. und PROBST, R: Hörgeräte-Tragerate in der Schweiz, 2007.

PARVIN, A: The Hearing Aid Revolution, Fact or Fiction? In Acta Otolaryngol 2003; 123: 245-248.

HASLER, N.: Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz in den Jahren 2001 und 2002, in Schweizerische Ärztezeitung 2006;87: Nr 3.

WIDMER J., VOILLAT, F et JEANRENAUD, C: Sources et méthodes pour l'estimation des biens de la santé, appareil thérapeutiques et articles non durables, sans les médicaments: Etude de marché, 2005.

CAVASSINI, Janny Michael: Appareils auditifs: fixation des prix, étude comparative, Suisse, Allemagne, 1999.

CI-Datenbank, Zwischenbericht 2004, siehe <http://www.unizh.ch/orl/ci-zentrum/CIREG2005.pdf> .

### **Verträge über Hilfsmittel und anderes**

BSV: Tarifvertrag für die Hörgeräte zwischen der IV sowie der AHV, vertreten durch das BSV, Geschäftsfeld Invalidenversicherung und ..... mit Filialen in ..... (nachfolgend „Leistungserbringer/in“ genannt), 1999.

BSV: Tarifvertrag zwischen Akustika und HZV einerseits, und den Versicherern andererseits, 2006.

BAG: MITTEL- UND GEGENSTÄNDELISTE (MiGeL): Anhang 2 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) vom 29. September 1995, Liste der von den Krankenversicherern im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung als Pflichtleistung zu vergütenden Mittel und Gegenstände.

BSV: CODIZES zur Gebrechens- und Leistungsstatistik, 2005.

BSV: Medienmitteilung vom 29. März 1999, AHV/IV: Neuer Tarif für Hörgeräte führt zu Preissenkungen und kundenfreundlicherem Verfahren,

<http://www.bsv.admin.ch/aktuell/presse/1999/d/99032901.htm> .

SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE, HALS- UND GESICHTSCHIRURGIE: Empfehlungen für IV- Expertenärzte zur Verordnung und Überprüfung der Anpassung von Hörgeräten. Genehmigt an der Herbstversammlung vom 29. November 1986, neu bearbeitet 2000-1, verabschiedet vom Vorstand am 31.8.2001, genehmigt vom Bundesamt für Sozialversicherung am 15. Mai 2001.

SF-DRS: Kassensturz über Hilfsmittel, Rollstühle und Medizinalgeräte (MiGeL), siehe [www2.sfdrs.ch/system/frames/highlights/kassensturz/index.php](http://www2.sfdrs.ch/system/frames/highlights/kassensturz/index.php) .

### **Websites IV und AHV**

BSV: Vollzug in der Sozialversicherung: Grundlagen und Kreisschreiben, Formulare, Verzeichnisse, Mitteilungen, Statistiken, Tarife: [www.sozialversicherungen.admin.ch](http://www.sozialversicherungen.admin.ch) .

BSV: Detaillierte Informationen zu den Themen AHV und IV: [www.bsv.admin.ch](http://www.bsv.admin.ch) .

### **Ausgewählte Quellen zur Abgabe von Hörgeräten in Deutschland**

HÜLS, Rainer: Der Markt der Hörsysteme (2004).

RICHTLINIEN des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung („Hilfsmittel-Richtlinien“) in der Fassung vom 17.



Juni 1992, zulezt geändert am 19. Oktober 2004. Inkrafttreten der letzten Änderung: 6. Januar 2005.

ROSENTHAL, Frank: Die Abgabe von Hilfsmitteln (2004).

SOHN, Wolfgang: Schwerhörigkeit in Deutschland - eine repräsentative Hörscreening-Untersuchung, in Hören Heute, Nr. 1/2001.

SOZIALGESETZBUCH Fünftes Buch (V). Gesetzliche Krankenversicherung. In der Fassung des Gesetzes zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Nachhaltigkeitsgesetz) vom 21. Juli 2004 (BGBl. I S. 1791).

STIFTUNG WARENTEST: Wieder besser hören (2005).

### **Ausgewählte Quellen zur Abgabe von Hörgeräten in Norwegen**

ARBEIDS- OG SOSIALDEPARTEMENTET: Stortingsproposisjon nr 1.

BREIDABLIKK, Hans-Johan: Høreapparater hos eldre - ikke bare i skuffen, Tidsskrift for Den norske Lægeforening, september 1998.

HELSEDEPARTEMENTET OG SOSIALDEPARTEMENTET: Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede. Plan for utvikling og organisering, 2002.

LAUKLI, Einar: Høreapparater - brukes de? Tidsskrift for Den norske Lægeforening, september 1998.

NORDISKA SAMARBETSORGANET FÖR HANDIKAPPFRÅGOR: Aktuellt i Norden - Nationella system för förmedling av hjälpmedel, 2003.

REHAB-NOR: Helhetlig rehabilitering av personer med hørselshemming, 2000.

TRYGDEETATEN: Forskrift om stønad til høreapparat og tinnitusmaskerer, F18.04.1997 nr 337

TRYGDEETATEN: Lov om folketrygd, se Kapittel 10. Ytelser under medisinsk rehabilitering, § 10-7. Støndsformer.

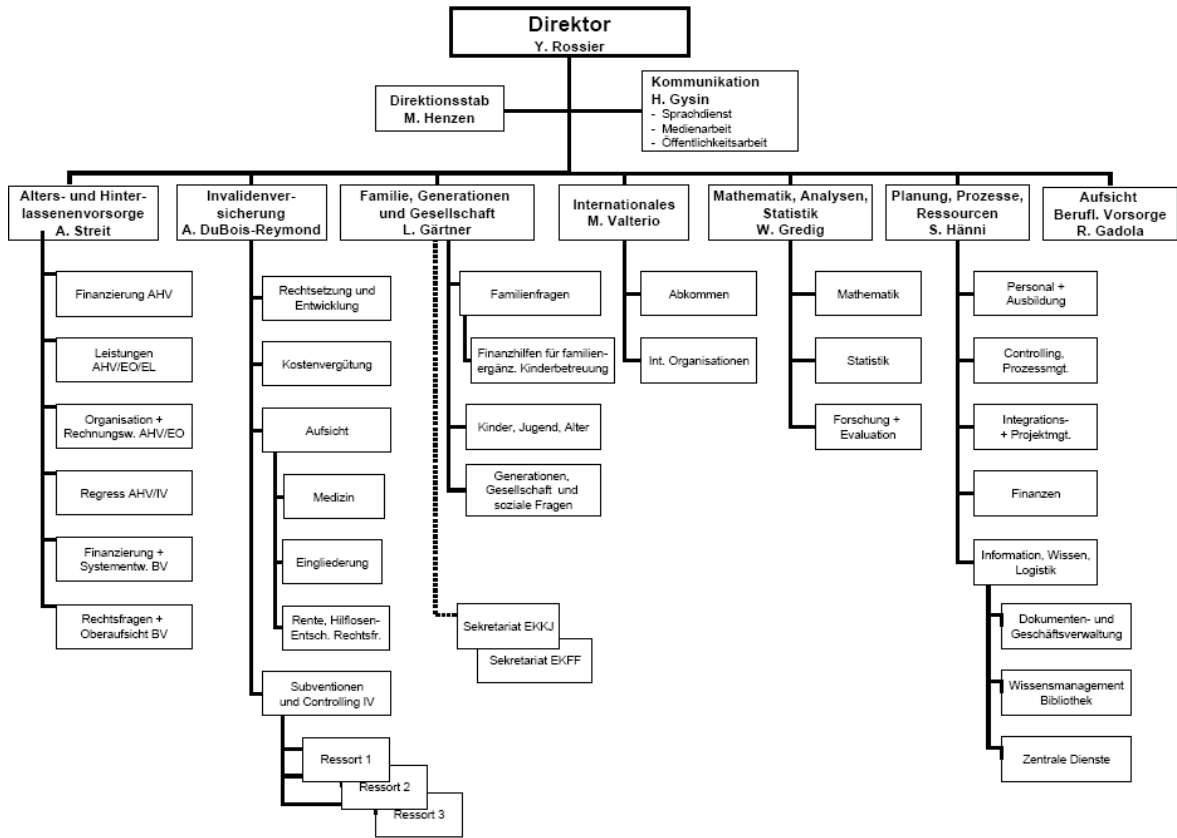
TRYGDEETATEN: HØREAPPARATER OG TINNITUSMASKERERE, Produkt- og prisoversikt for perioden 01.07.2004 til 30.06.2005, Kontraksperiode 01.07.2004 – 30.06.2006.

TRYGDEETATEN: HØREAPPARATER OG TINNITUSMASKERERE, Produkt- og prisoversikt for perioden 01.07.2005 til 30.06.2006, Kontraksperiode 01.07.2005 – 30.06.2006.

TRYGDEETATEN: Problemer med hørselen, 2002.



Anhang 4: Organigramm des BSV pr. 1.1.2007





## Anhang 5: Sparpotenziale

### Zusammenfassung des Sparpotenzials der Empfehlungen der EFK

Empfehlungen	Jährliches Sparpotenzial, 2005
Empfehlung 1: Beseitigung der vergleichenden Anpassung (als Beispiel im Rahmen der neuen Definition des Leistungskataloges)	10 Mio. Franken
Empfehlung 2: Beseitigung von 50% der Erstexpertisen (als Beispiel im Rahmen der neuen Definition des Leistungskataloges)	6.6 Mio. Franken
Empfehlung 3: Entfernung der Tarifstufen	schwer abschätzbar
Empfehlung 4: Beseitigung des Besitzstandes	7.1 Mio. Franken <sup>79</sup>
Empfehlung 5: Preisreduktion bei Hörgeräten durch Ausschreibungen	7.5 - 12.5 Mio. Franken
<b>Totales Sparpotenzial der Empfehlungen</b>	<b>31.2 - 36.2 Mio. Franken</b>

### Ökonomische Auswirkungen einer eventuellen Vereinheitlichung des AHV- und IV Systems

Vereinheitlichung: Vorgeschlagene Massnahmen	Maximales, jährliches Ausgabenpotenzial	Maximales, jährliches Sparpotenzial
Einheitliches System nach IV-Standard	+ 22.7 Mio. Franken	
Dank einheitlichem System wird der Mitnahme-Effekt bei 60-65-jährigen beseitigt	- 4.5 Mio. Franken	
Einheitliches System nach AHV-Standard		- 22.8 Mio. Franken
<b>Ausgabenpotenzial/Sparpotenzial netto</b>	<b>+ 18.2 Mio. Franken</b>	<b>- 22.8 Mio. Franken</b>

In einem einheitlichen System werden die Mehrausgaben für Besitzstände (ca. 4.5 Mio. Franken, s. Kap. 5) wegfallen.

<sup>79</sup> Die Ausgaben der Besitzstände für die Hörmittelversorgung belaufen sich 2005 auf 28.8 Mio. Franken. Die Ausgaben für Hörgeräte an Besitzstände sind hingegen nicht bekannt, und die EFK musste darum auf folgende Schätzung zurückgreifen: 33.4% der Hörmittelbezügler sind 2005 Besitzstände. Legt man diesen Anteil auch bei den Hörgeräten zu Grunde, resultieren 12'005 Hörgeräte-Versorgungen. Mit durchschnittlichen Ausgaben pro Hörgeräteversorgung AHV von 1'807 Franken machen die Alternativkosten 21.7 Mio. Franken aus. Das Sparpotenzial entspricht 28.8 Mio. Franken minus 21.7 Mio. Franken = 7.1 Mio. Franken.



## Anhang 6: Interviewte Personen und Mitglieder der Begleitgruppe

Bertholet, Françoise, Office AI du Canton de Vaud

Boltshauser, Martin, Advokat und Leiter des Rechtsdienstes bei PROCAP

Born, Stefan, Präsident Akustika

Buri, Markus, Mitarbeiter des Fachbereichs Statistik, BSV

Chavaillaz, Marcel, Stellvertretender Vizedirektor beim Preisüberwacher

Corazza, Rafael, damals Vizedirektor beim Preisüberwacher, seit Herbst 2006 Direktor des Sekretariats der Wettbewerbskommission

Donini, François, Leiter des Bereichs Statistik, BSV

Du-Bois Reymond, Alard, Leiter Geschäftsfeld Invalidenversicherung, BSV

Dummermuth Andreas, Direktor, IVST Nidwalden

Fried, Markus, Leiter Kundenteam, Sozialversicherungsanstalt St. Gallen

Ganahl, Ernst, Ombudsmann Hörprobleme

Gebauer, Martin, BSV

Gutknecht, Willi, Ombudsmann Hörprobleme

Hoffmann, Hervé, Geschäftsleiter Forom Ecoute

Huber, François, Leiter der Fachstelle Altersfragen AHV

Hunsperger, Walter, Präsident des Hörzentralenverbands (HZV)

Huwiler, Beat, Leiter der Zentralstelle für Medizinaltarife UVG

Jung, Manuel, Leiter Gesundheit beim Preisüberwacher

Magnin, Jérôme, Collaborateur scientifique, ZAS

Marcionetti, Roberto, Dienstleiter bei der IVST Tessin

Muster, Sibylle, Leiterin Bereich Kostenvergütung, BSV

Näf, Beat, Leiter Landenhof (Schule und Internat für Hörbehinderte)

Niederhauser, Beat, Stellvertreter des Preisüberwachers

Pellegrinelli, Ivan, ZAS

Probst, Rudolf, Professor, Universitätsspital Basel

Rigoli, Jean-Pierre, Präsident Forom Ecoute

Ringebach, Werner, Abteilungsleiter der IVST Nidwalden

Ruch, Heinz, Vorstandsmitglied des Hörzentralenverbands (HZV)

Sautebin, Mickaèle, Mitarbeiterin Bereich Kostenvergütung, BSV





Schlienger, Marie-Christine, Mitarbeiterin Bereich Kostenvergütung, BSV  
Schmidhauser, Thomas, Zentralsekretär von Pro Audio Schweiz  
Schneiter, Ursula, Mitarbeiterin Bereich Kostenvergütung, BSV  
Schölly, Tobias, Präsident der Schweizerischen Vereinigung der Eltern hörgeschädigter Kinder (SVEHK)  
Schönenberger, Christoph, Geschäftsführer Akustika  
Sprenger, Gregor, Mitarbeiter Bereich Kostenvergütung, BSV  
Stadelmann, Joseph, Geschäftsleiter Pro Infirmis Bern  
Stähli, Franz, Direktor Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich  
Strahm, Rudolf, Preisüberwacher  
Stüssi, Frank, Referent, Wettbewerbskommission  
Sulger, Gabriel, Inspektorat der ZAS  
Tagmann, Christoph, Leiter Recht, Wettbewerbskommission  
Ubezio, Marcel, Delegierter von Hearing Systems Manufacturers (HSM) und Geschäftsführer von Phonak Schweiz  
Vischer, Mathäus, Präsident der Audiologischen Kommission  
Von Steiger, Reto, Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich  
Witschard, Ernst, Geschäftsführer der SAHB, Schweizerische Arbeitsgemeinschaft Hilfsmittelberatung für Behinderte und Betagte

### **Deutschland**

Katharina Hoffmann, Referentin, in Vertretung von Hans-Georg Will, Bundesministerium für Gesundheit, Referat 226: Arzneimittelversorgung, Heil- und Hilfsmittel.  
Jakob Stephan Baschab, Hauptgeschäftsführer, Marianne Fricke, Präsidentin der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker.  
Renate Welter, Vizepräsidentin und Stephan Wilke, Referent, des Deutschen Schwerhörigenbundes.  
Carla Grienberger, Referatsleiterin Hilfsmittel und Medizinprodukte und Herbert Stelberg, Stabsreferat Heil- und Hilfsmittel, Bundesverband der Innungskrankenkassen.

### **Norwegen**

Terje Grønli, Riksrevisjonen.  
Ingrid Stenstadvold Ross, Geir Lippestad und Steinar Antonsen: Hørselshemmedes Landsforbund.  
Paal Nustad, Hans Lien, Arvid Naess, Ingvild Lundin, Per Fjell: Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV).  
Lisbeth Winggaard, Britt Molde, Ola Tvetter: Höresentralen ved Rikshospitalet.



Professor Einar Laukli: Universitetet i Tromsø.

### **Mitglieder der Begleitgruppe für die Evaluation**

Born, Stefan, Präsident Akustika

Hunsperger, Walter E., Präsident des Hörzentralenverbands (HZV)

Maestri, Monica, Direktorin der IVST Tessin und Verantwortliche des Ressorts Versicherungsleistungen der IV-Stellenkonferenz

Muster, Sibylle, Leiterin Bereich Kostenvergütung, Geschäftsfeld Invalidenversicherung, BSV

Probst, Rudolf, Professor Dr. und Vorsteher HNO-Universitätsklinik Zürich

Schmidhauser, Thomas, Geschäftsführer von Pro Audito Schweiz

Schneiter, Ursula, Mitarbeiterin Bereich Kostenvergütung, Geschäftsfeld Invalidenversicherung, BSV

Schölly, Tobias, Präsident der Schweizerischen Vereinigung der Eltern hörgeschädigter Kinder (SVEHK)

Ubezio, Marcel, Delegierter von Hearing Systems Manufacturers (HSM) und Geschäftsführer von Phonak Schweiz

Vischer, Mathäus, Präsident der Audiologischen Kommission

Wenk, Barbara, Zentralpräsidentin von Pro Audito Schweiz



Anhang 7: Wirkungsmodell

