

BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

*Bericht im Rahmen des dritten mehrjährigen
Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP3-IV)*

Analyse der Preise und der Qualität in der Hörgeräteversorgung

Forschungsbericht Nr. 15/20



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV
Office fédéral des assurances sociales OFAS

Das Bundesamt für Sozialversicherungen veröffentlicht in seiner Reihe "Beiträge zur Sozialen Sicherheit" konzeptionelle Arbeiten sowie Forschungs- und Evaluationsergebnisse zu aktuellen Themen im Bereich der Sozialen Sicherheit, die damit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und zur Diskussion gestellt werden sollen. Die präsentierten Folgerungen und Empfehlungen geben nicht notwendigerweise die Meinung des Bundesamtes für Sozialversicherungen wieder.

Autoren/Autorinnen: Braun-Dubler, Nils; Langhart, Manuel; Frei, Vera; Kaderli, Tabea (IWSB); Albrecht, Martin; an der Heiden, Iris; Ochmann, Richard; Sander, Monika; Temizdemir, Ender (IGES); Graf, Susanne; Nitsche, Elena (LINK)
Institut für Wirtschaftsstudien Basel IWSB
Solithurnerstrasse 94
CH-4053 Basel
Tel. +41 (0) 61 281 21 21
E-mail: statistik@iwsb.ch / Internet: www.iwsb.ch

Auskünfte: Bundesamt für Sozialversicherungen
Effingerstrasse 20
CH-3003 Bern

Martin Wicki
Forschung und Evaluation / MAS
Tel. +41 (0) 58 462 90 02 / E-mail: martin.wicki@bsv.admin.ch

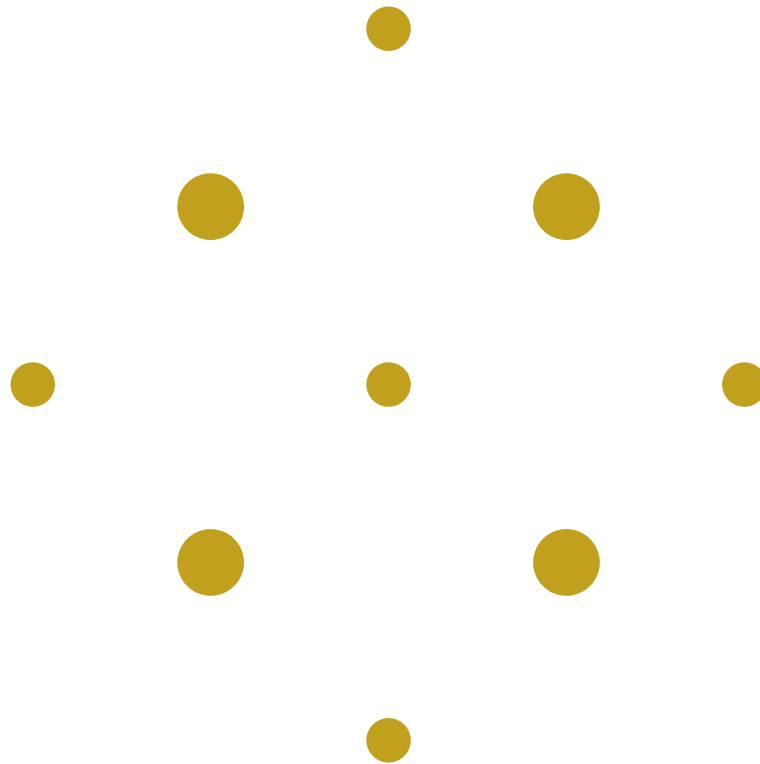
Ursula Schneiter
Geschäftsfeld Invalidenversicherung
Tel. +41 (0) 58 462 97 95 / E-mail: ursula.schneiter@bsv.admin.ch

ISSN: 1663-4659 (eBericht)
1663-4640 (Druckversion)

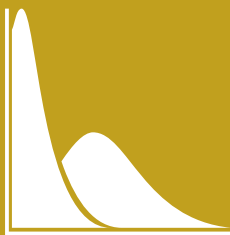
Copyright: Bundesamt für Sozialversicherungen, CH-3003 Bern
Auszugsweiser Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung – unter Quellenangabe und Zustellung eines Belegexemplares an das Bundesamt für Sozialversicherungen gestattet.

Vertrieb: BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern
www.bundespublikationen.admin.ch

Bestellnummer: 318.010.15/20D



ANALYSE DER PREISE UND DER QUALITÄT IN DER HÖRGERÄTEVERSORGUNG



Institut für Wirtschaftsstudien Basel (IWSB)
IGES Institut
LINK Institut
Schlussbericht | 22.09.2020

LINK
INSTITUT

iGES

Vorwort des Bundesamts für Sozialversicherungen

Die Invalidenversicherung (IV) und – in bestimmten Fällen – auch die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) finanzieren den Versicherten bei Bedarf Hilfsmittel in einfacher, zweckmässiger und wirtschaftlicher Ausführung.

Seit dem 1. Juli 2011 vergüten die IV und die AHV Hörgeräte für Erwachsene mit einem fixen Pauschalbetrag, welcher der versicherten Person direkt ausbezahlt wird. Vorher galt ein System mit abgestuften Tarifen, die mit der Hörgerätebranche ausgehandelt wurden und bei dem die IV direkt mit den Abgabestellen abrechnete. Diesem Tarifsystem hatte die Eidgenössische Finanzkontrolle (EFK) in einer Studie im Jahr 2007 attestiert, es habe zwar zu einer qualitativ hochstehenden Versorgung mit Hörgeräten geführt, sei jedoch im Vergleich zum Ausland mit sehr hohen Kosten für die Versicherungen und die Versicherten verbunden. Die festgelegten Tarife verhinderten einen (Preis-)Wettbewerb in der Akustikbranche, und trotz der im internationalen Vergleich sehr hohen Tarife zahlten die Versicherten zusätzlich ca. 60 Mio. private Zuzahlungen (Schätzung EFK 2007).

Mit der Mitte 2011 eingeführten Pauschalvergütung wurde beabsichtigt, den Wettbewerb zu stärken und durch verschärfte Konkurrenz die Preise zum Sinken zu bringen, sodass die von der IV und AHV eingesetzten Mittel effizienter zugunsten der Hörbehinderten verwendet werden.

Zwei kurz nach Einführung des Pauschalsystems vom BSV in Auftrag gegebene Studien „Evaluation der Qualität der Hörgeräteversorgung“ des IGES Instituts (Sander/Albrecht 2013) und «Analyse der Preise in der Hörgeräteversorgung» des IWSB Instituts (Koch/Mohler 2014) zeigten, dass die Qualität der Versorgung mit Hörgeräten unverändert hoch geblieben ist, das preisliche Angebot sich in beide Richtungen (tiefere und höhere Preise) erweitert hat, die Preise insgesamt jedoch kaum gesunken sind.

Da Marktveränderungen Zeit erfordern, wurde beschlossen, diese Untersuchungen nach ein paar Jahren zu wiederholen, um den Effekt des Pauschalsystems besser einschätzen zu können.

Die vorliegende Studie vergleicht nun die heutige Situation mit jener der Erststudien, also mit dem Pauschalssystem kurz nach dessen Einführung sowie mit dem alten Tarifvertragssystem.

Erfreulich ist, dass die Qualität der Hörgeräteversorgungen nach wie vor sehr hoch beurteilt wird. Ebenfalls erfreulich ist die Tatsache, dass es erwiesenermassen Angebote ohne Zuzahlungen gibt und die Zufriedenheit mit diesen Hörgeräteversorgungen gleich hoch ist wie bei denjenigen mit den höchsten Zuzahlungen. Dies zeigt, dass mit den IV-Pauschalbeiträgen qualitativ gute Versorgungen möglich sind. Allerdings entschieden sich nur gut fünf Prozent der erwachsenen IV-Versicherten für eine zuzahlungsfreie Versorgung. Aus Sicht des BSV konnte daher die Hypothese, dass der Systemwechsel zu tieferen Durchschnittskosten in der Versorgung führe, in der Gesamtbetrachtung nicht in befriedigendem Ausmass bestätigt werden.

Es wurde zwar eine durchschnittliche Preisreduktion über alle Versorgungen von total 9,2 Prozent festgestellt, Unter Berücksichtigung der Nachfrageänderung über die Zeit verzeichnen nur die AHV-Versicherten und Kinder eine nachhaltig günstigere Versorgung, nämlich ca. 8 Prozent bzw. 5 Prozent Kostenersparnis gegenüber dem Tarifsystem. Für die IV-Versicherten sind die Gesamtversorgungskosten im Vergleich zum Tarifvertragssystem zwar in den ersten Untersuchungen um ca. 6 Prozent gesunken, befindet sich aber heute wieder auf demselben Niveau wie im Tarifvertragssystem. Dies scheint daran zu liegen, dass die IV-Versicherten heute (noch) teurere Versorgungen wählen.

Die Studie zeigt allerdings, dass der erhöhte Wettbewerb einen geringen Einfluss auf die Margen bei den Hörgeräten gehabt hat, sondern die Dienstleistungskosten um 19.4 Prozent gesunken sind. Gemäss der Studie ist dieser Rückgang der Dienstleistungskosten eher auf die Überversorgung im Tarifsystem zurückzuführen als auf eine Unterversorgung im Pauschalssystem. Entsprechend gibt es keine Hinweise darauf, dass sich das Preisniveau gesenkt hat. Denn es wurde festgestellt, dass 85 Prozent der Versorgten maximal fünf Anpassungssitzungen bei der Abgabestelle benötigen und für die Dienstleistung durchschnittlich 1400 Franken für eine binaurale Versorgung belastet werden. Damit erscheinen die Stundenansätze der Abgabestellen weiterhin als sehr hoch.

Zusätzlich untersuchte die vorliegende Studie die Reparaturen, die Härtefälle und die Kinderversorgungen. Diese drei zusätzlichen Untersuchungen führten unter anderem zu folgenden Erkenntnissen: Die Notwendigkeit von Reparaturen eines Hörgerätes hängt vermutlich vor allem vom Verhalten des Hörgeräteträgers bzw. der Hörgeräteträgerin und weniger von der Marke ab, obwohl sich diese in Bezug auf die Reparaturanfälligkeit auch etwas unterscheiden.

Auf Hörgeräten, die nach den Bestimmungen für Härtefälle abgegeben werden, werden höhere Margen verlangt als auf identischen Geräten bei einer Standardversorgung. Die höheren Preise deuten darauf hin, dass die Abgabestellen die Preissetzungsspielräume ausreizen und somit Fehlansätze bei der Abrechnung bestehen. Bei den Kinderversorgungen überrascht, dass bei knapp der Hälfte lediglich ein bis zwei Anpassungssitzungen erfolgten und nur zehn Prozent der Kinder mehr als fünf Anpassungssitzungen benötigten. Dies, obwohl die IV wegen des von der Branche geltend gemachten erhöhten Aufwandes einen wesentlich höheren Betrag finanziert als bei den Erwachsenen.

Das BSV erwartete und die Abgabestellen befürchteten eine stärkere Preisreduktion bei den Hörgeräteversorgungen als die, welche die Studie nun aufzeigt. Insbesondere bewegen sich die Kosten für die Geräte nach wie vor auf einem Niveau, das aus Sozialversicherungssicht kaum zu rechtfertigen ist. Die Herstellungskosten eines Hörgerätes betragen ungefähr 150 Franken¹, die Geräte werden aber teilweise zu über 3000 Franken pro Stück verkauft (gemäss Studie bewegt sich der Durchschnittspreis bei 1644 Franken). Das BSV erachtet eine Marge in dieser Höhe auf einem Medizinprodukt als inakzeptabel. Zudem haben die Zuzahlungen durch die Versicherten insbesondere bei den IV-Versorgungen seit der ersten Studie sogar noch weiter zugenommen. Die durchschnittliche Zuzahlung bei einer Versorgung mit 2 Hörgeräten liegt heute bei 3721 Franken. Wenn man bedenkt, dass die Hilfsmittelversorgung der IV eigentlich von einer Versorgung ohne Zuzahlungen ausgeht, ist dieser Wert schon ausserordentlich hoch.

Dass der Preiswettbewerb nicht stärker spielt, liegt einerseits an der offenbar tiefen Preissensitivität der Hörgeräteträgerinnen und -träger. Andererseits lässt die in der Studie festgestellte subjektive Abnahme der Informiertheit sowie eine aus diversen Gründen bestehende Markttransparenz auch den Schluss zu, dass die hohen Zuzahlungen zumindest teilweise auf einer Informationsasymmetrie zu Gunsten der Abgabestellen basieren.

Zusammengefasst stellt das BSV Folgendes fest:

- Die Preise sind nur leicht gesunken, die Margen auf den Hörgeräten nicht.
- Die Zuzahlungen der Versicherten sind gestiegen.
- Verkauft werden kaum mittel- und wenig tiefpreisige Hörgeräte.
- Die Ziele des Pauschalsystems wurden aus Sicht BSV deshalb trotz hoher Qualität nicht erfüllt.

Daher sieht das BSV bei den Hörgeräteversorgungen Handlungsbedarf. Aktuell werden im Rahmen eines Kommissionspostulates Anpassungen für den gesamten Hilfsmittelbereich untersucht. Auf der Basis des Postulatsberichts wird der Bundesrat beschliessen, welche Stossrichtung bei den Hilfsmitteln eingeschlagen werden soll. In diesem Zusammenhang werden auch die Hörgeräte evaluiert und über das weitere Vorgehen in diesem Bereich entschieden.

Stefan Ritler, Vizedirektor

Bundesamt für Sozialversicherungen BSV

¹ Beispiel: <https://www.audicus.com/hearing-aid-price-bubble/>

Avant-propos de l'Office fédéral des assurances sociales

L'assurance-invalidité (AI) et, dans certains cas, l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) financent les moyens auxiliaires simples, économiques et adéquats répondant aux besoins des personnes assurées.

Depuis le 1^{er} juillet 2011, l'AI et l'AVS remboursent les appareils auditifs pour adultes au moyen d'un montant forfaitaire fixe versé directement à ces derniers. Auparavant, l'AI prenait directement à sa charge les appareils sur la base des factures établies par les centres de remise selon un système de tarifs échelonnés négociés au préalable avec la branche. Une étude établie par le Contrôle fédéral des finances (CDF) en 2007 a pointé du doigt ce système tarifaire, qui assurait certes une fourniture en appareils auditifs de bonne qualité, mais qui était trop coûteux en comparaison internationale tant pour les assurances que pour les personnes assurées. Les tarifs fixés empêchaient la concurrence (notamment sur les prix) entre audioprothésistes, et malgré les tarifs très élevés en comparaison internationale, les personnes assurées ont assumé elles-mêmes des suppléments d'un montant total de quelque 60 millions de francs (estimations du CDF, 2007).

Le remboursement forfaitaire introduit à la mi 2011 visait à renforcer la concurrence et, par ce biais, à induire une baisse des prix, ce qui devait assurer une allocation plus efficace des moyens octroyés par l'AI et l'AVS aux personnes malentendantes.

Deux études (« Evaluation der Qualität der Hörgeräteversorgung », IGES, Sander/Albrecht 2013, et « Analyse der Preise in der Hörgeräteversorgung », IWSB, Koch/Mohler 2014), commandées par l'OFAS peu après l'introduction du système forfaitaire, ont montré que la qualité de la fourniture d'appareils auditifs est restée élevée, que l'offre tarifaire s'est étoffée dans les deux directions (vers des prix plus bas et plus hauts) et que, dans l'ensemble, les prix n'ont cependant quasiment pas baissé.

Les évolutions du marché étant lentes, il a été décidé de réévaluer ces paramètres quelques années plus tard, afin de mieux pouvoir apprécier les effets du système forfaitaire.

La présente étude compare la situation actuelle avec celle existante lors des premières études, c'est-à-dire avec l'ancien système tarifaire, et juste après l'introduction du système forfaitaire.

Faits réjouissants, la qualité de la fourniture d'appareils auditifs reste jugée très bonne, et il existe des offres sans suppléments de prix, la fourniture d'appareils auditifs dans ce cadre étant tout aussi satisfaisante que celle des offres avec les suppléments de prix les plus élevés. Cela montre qu'une fourniture de bonne qualité est possible avec les montants forfaitaires de l'AI. Toutefois, ce sont seulement 5 % des adultes assurés à l'AI qui ont choisi une fourniture sans supplément de prix. Du point de vue de l'OFAS, la vue d'ensemble ne permet donc pas de vérifier de manière satisfaisante l'hypothèse selon laquelle le changement de système a permis de faire baisser les prix moyens de la fourniture d'appareils.

Une réduction moyenne des coûts de 9,2 % au total a certes été constatée pour l'ensemble des fournitures. Mais si l'on tient compte de l'évolution de la demande au fil du temps, ce sont uniquement les personnes assurées de l'AVS et les enfants qui bénéficient d'un appareillage à un prix durablement avantageux, de respectivement 8 % et 5 % inférieur au système tarifaire. Dans l'AI, les coûts totaux de la fourniture avaient certes baissé de près de 6 % par rapport au système tarifaire selon les premières études, mais ils sont aujourd'hui revenus au même point qu'avant. Cela semble s'expliquer par le fait que, de nos jours, les personnes assurées à l'AI choisissent des appareillages (encore) plus chers.

La présente étude montre toutefois que la concurrence accrue a peu influencé les marges faites sur les appareils auditifs, mais que les coûts des prestations de service ont baissé de 19,4 %. D'après l'étude, ce recul tient davantage à un excès de fournitures de prestations de service dans le système tarifaire qu'à une fourniture insuffisante dans le système forfaitaire. En conséquence, rien ne laisse à penser que le niveau des prix a baissé. Il a en effet été constaté que 85 % des personnes ayant un appareil auditif ont eu besoin de cinq séances d'adaptation au maximum auprès

du centre de remise, et que ce service était facturé en moyenne 1400 francs pour un appareillage binaural. Les taux horaires des centres de remise paraissent ainsi encore très élevés.

La présente étude a également porté sur les réparations, les cas de rigueur et l'appareillage des enfants. L'examen de ces trois points supplémentaires a permis de tirer la conclusion suivante : la nécessité de réparer un appareil auditif dépend probablement bien davantage du comportement de la personne qui le porte que de la marque de l'appareil, même si les différentes marques ne sont statistiquement pas égales en termes de fragilité.

Les marges demandées sont plus élevées sur les appareils auditifs remis dans des cas de rigueur que sur les appareils identiques destinés à un appareillage standard. Les prix plus élevés indiquent que les centres de remise exploitent au maximum la marge de manœuvre de fixation des prix, et qu'il y a donc des fausses incitations dans les décomptes. Pour ce qui est de l'appareillage des enfants, il est surprenant de constater que près de la moitié n'ont nécessité qu'une à deux séances d'adaptation, et que 10 % seulement des enfants ont eu besoin de plus de cinq séances, et ce bien que l'AI finance un montant bien plus élevé que pour les adultes en raison des frais accrus que la branche a fait valoir.

Les attentes de l'OFAS et les craintes des centres de remise concernant une baisse des prix de la fourniture d'appareils auditifs étaient nettement plus élevées lors de l'introduction du système forfaitaire que ce que la présente étude montre actuellement. En particulier, les coûts des appareils restent à un niveau difficile à justifier du point de vue des assurances sociales. Les coûts de fabrication d'un appareil auditif s'élèvent à environ 150 francs¹, mais les appareils en eux-mêmes peuvent être vendus jusqu'à 3000 francs pièce (d'après l'étude, le prix moyen est de 1644 francs). L'OFAS juge qu'une telle marge sur un dispositif médical est inacceptable. En outre, les suppléments de prix assumés par les personnes assurées ont encore augmenté depuis les premières études, en particulier dans l'AI. Le supplément moyen pour la fourniture de deux appareils auditifs s'élève actuellement à 3721 francs. Si l'on considère que la fourniture d'appareils auditifs dans l'AI n'implique en principe pas de suppléments de prix, ce montant est extraordinairement élevé.

Le fait que la concurrence des prix ne soit pas plus forte tient d'une part au fait que les personnes porteuses d'un appareil auditif sont manifestement peu sensibles aux prix pratiqués. D'autre part, la baisse subjective du niveau d'information constatée dans l'étude et l'absence de transparence du marché liée à d'autres raisons indiquent que les suppléments de prix élevés reposent au moins en partie sur une asymétrie de l'information en faveur des centres de remise.

En résumé, l'OFAS constate que :

- les prix n'ont que légèrement baissé, mais pas les marges sur les appareils auditifs ;
- les suppléments de prix versés par les personnes assurées ont augmenté ;
- peu d'appareils auditifs bas de gamme et très peu d'appareils auditifs moyen de gamme sont vendus ;
- du point de vue de l'OFAS, les objectifs du système forfaitaire n'ont pas été atteints malgré la qualité élevée.

L'OFAS estime donc qu'il est nécessaire d'agir à moyen terme dans le domaine de la fourniture d'appareils auditifs. Des changements dans le domaine des moyens auxiliaires dans son ensemble sont actuellement à l'étude dans le cadre du postulat d'une commission. Le Conseil Fédéral décidera sur la base du rapport de postulat la direction à prendre concernant les moyens auxiliaires, dont les appareils auditifs, qui sont également évalués dans ce contexte.

Stefan Ritler, vice-directeur

Office fédéral des assurances sociales OFAS

¹ Exemple : <https://www.audicus.com/hearing-aid-price-bubble/>

Premessa dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

In caso di bisogno, l'assicurazione per l'invalidità (AI) e, in certi casi, anche l'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (AVS) forniscono agli assicurati mezzi ausiliari di tipo semplice, adeguato ed economico.

Dal 1° luglio 2011, AI e AVS rimborsano gli apparecchi acustici per adulti con un importo forfettario fisso versato direttamente agli assicurati. In precedenza, vigeva un sistema con tariffe scaglionate, concordate con il settore degli apparecchi acustici, che l'AI conteggiava direttamente con i fornitori. Secondo uno studio condotto nel 2007 per conto del Controllo federale delle finanze (CDF), questo sistema tariffale garantiva sì protesizzazioni di alta qualità, ma comportava costi a carico delle assicurazioni e degli assicurati molto elevati nel confronto internazionale. Le tariffe fisse ostacolavano la concorrenza (sui prezzi) nel settore degli audioprotesisti. Inoltre, nonostante le tariffe molto elevate nel confronto internazionale, gli assicurati dovevano ancora pagare di tasca loro costi supplementari per un totale di circa 60 milioni di franchi (stima CDF 2007).

Alla base del sistema di rimborso forfettario introdotto a metà del 2011 vi era l'intenzione di rafforzare la concorrenza e, così facendo, innescare un calo dei prezzi, in modo che i mezzi finanziari messi a disposizione dall'AI e dall'AVS fossero impiegati in modo più efficiente a favore delle persone audiolese.

Da due studi commissionati dall'UFAS poco dopo l'introduzione del nuovo sistema, uno all'istituto IWSB («Analyse der Preise der Hörgeräteversorgung», Sander, Albrecht 2013, in tedesco con riassunto in italiano), l'altro all'istituto IGES («Evaluation der Qualität der Hörgeräteversorgung», Koch, Mohler 2014, in tedesco con riassunto in italiano), è emerso che la qualità delle protesizzazioni con apparecchi acustici è rimasta elevata e che, nonostante un ampliamento dell'offerta sia nella fascia di prezzo inferiore che in quella superiore, complessivamente i prezzi non sono praticamente diminuiti.

Considerato che qualsiasi trasformazione del mercato richiede tempo, si è deciso di ripetere queste analisi dopo un paio d'anni, per permettere una migliore valutazione degli effetti del sistema forfettario.

Il presente studio mette ora a confronto l'attuale situazione con quelle analizzate negli studi precedenti, ovvero quella nel sistema tariffale e quella subito dopo il passaggio al sistema forfettario.

Che la qualità delle protesizzazioni con apparecchi acustici sia rimasta elevata è molto positivo, così come lo è il fatto che si sia rilevata l'esistenza di offerte di protesizzazione senza costi supplementari e che in questi casi il grado di soddisfazione è lo stesso di quello rilevato per le offerte con i costi supplementari più elevati. Ciò dimostra che gli importi forfettari permettono di finanziare protesizzazioni di buona qualità. Ciononostante, tra gli assicurati AI adulti solo il 5 per cento sceglie una protesizzazione senza costi supplementari. Dal punto di vista dell'UFAS, complessivamente non è stato possibile confermare in misura soddisfacente l'ipotesi secondo cui il cambiamento di sistema nell'ambito della protesizzazione porti a una riduzione dei costi medi.

Sul totale delle protesizzazioni, si è rilevata una riduzione dei costi media del 9,2 per cento. Se però si considera l'evoluzione della domanda sul periodo in esame, emerge che il risparmio sui costi delle protesizzazioni rispetto al sistema tariffale ha interessato in modo duraturo soltanto gli assicurati AVS (8 % circa) e i minorenni (5 % circa). Sebbene, in base agli studi precedenti, i costi complessivi delle protesizzazioni per gli assicurati AI era diminuito di circa il 6 per cento rispetto al sistema tariffale, ora lo stesso è ritornato ai valori precedenti il cambiamento di sistema. Questo sembrerebbe dovuto al fatto che gli assicurati AI continuano a scegliere protesizzazioni più costose.

Lo studio mostra però che la maggiore concorrenza ha avuto uno scarso impatto sui margini di guadagno nel settore degli apparecchi acustici e che a diminuire sono stati piuttosto i costi dei servizi (-19,4 %). Secondo lo studio, il loro calo è da ricondurre più a un «eccesso» di servizi nel sistema tariffale che a un'«insufficienza» di offerta nel sistema forfettario. Non vi sono dati che indichino una riduzione del livello dei prezzi. Si è invece rilevato che nell'85 per cento dei casi gli acquirenti di apparecchi acustici hanno bisogno di al massimo cinque sedute di adeguamento presso

il fornitore e che per questo servizio nel caso di una protesizzazione binauricolare vengono fatturati in media 1400 franchi. Ne risulta pertanto che le tariffe orarie dei fornitori sono ancora molto elevate.

Nel nuovo studio sono stati inoltre analizzati le riparazioni, i casi di rigore e la protesizzazione di minorenni, arrivando tra l'altro ai seguenti risultati: probabilmente la necessità di effettuare riparazioni dipende soprattutto dal comportamento dei portatori di apparecchi acustici e in minore misura dall'apparecchio stesso, sebbene sul piano statistico la probabilità di dover effettuare riparazioni vari leggermente da una marca all'altra.

I prezzi per gli apparecchi acustici consegnati in virtù delle disposizioni per i casi di rigore sono più elevati di quelli richiesti dall'AI per gli stessi modelli in caso di normale protesizzazione. La differenza fa supporre che i fornitori sfruttano il margine di manovra nella fissazione dei prezzi degli apparecchi acustici e che dunque sussistono incentivi controproducenti sul piano della fatturazione. Nel caso dei minorenni sorprende che quasi la metà delle protesizzazioni necessiti unicamente di una o due sedute di adeguamento, mentre solo nel 10 per cento dei casi ce ne vogliono più di cinque. E questo, nonostante a fronte della richiesta del settore di tenere conto dell'aumento dell'onere l'AI rimborsi per i minorenni importi forfettari sensibilmente più elevati rispetto a quelli per gli adulti.

Le attese dell'UFAS e i timori dei fornitori circa la riduzione dei prezzi delle protesizzazioni con l'introduzione del sistema forfettario erano nettamente più elevati di quanto rilevato dallo studio. In particolare, i costi per gli apparecchi rimangono tuttora a un livello non giustificabile dal punto di vista delle assicurazioni sociali. I costi di fabbricazione di un apparecchio acustico ammontano a circa 150 franchi¹, ma in alcuni casi i prodotti finiti vengono venduti per oltre 3000 franchi al pezzo (secondo lo studio il prezzo medio si aggira attorno ai 1644 franchi). L'UFAS ritiene che un tale margine di guadagno su un dispositivo medico sia inaccettabile. Inoltre, in particolare nel caso delle protesizzazioni rimborsate dall'AI i costi supplementari a carico degli assicurati sono addirittura ulteriormente aumentati rispetto a quanto rilevato negli studi precedenti. Mediamente, per due apparecchi auricolari questo importo ammonta attualmente a circa 3721 franchi. Considerando che la consegna di mezzi ausiliari da parte dell'AI parte dal presupposto che non vi siano costi supplementari, questo valore risulta già eccezionalmente elevato.

Il fatto che la concorrenza non incida maggiormente sui prezzi dipende, in parte, dalla sensibilità ai prezzi apparentemente bassa dei portatori di apparecchi acustici. Inoltre, la diminuzione soggettiva del grado d'informazione nonché una certa mancanza di trasparenza del mercato dovuta a diverse ragioni portano anche a concludere che gli elevati costi supplementari siano da imputare almeno in parte alle asimmetrie informative a vantaggio dei fornitori.

In sintesi, l'UFAS rileva quanto segue:

- i prezzi sono calati (ma solo leggermente), il margine di guadagno sugli apparecchi acustici no;
- i costi supplementari a carico degli assicurati sono aumentati;
- difficilmente vengono venduti apparecchi acustici nelle fasce di prezzo medio-basso.
- L'UFAS ritiene pertanto che nonostante la sua elevata qualità, il sistema forfettario non sia riuscito a raggiungere gli obiettivi prefissati

e che dunque occorra intervenire a medio termine in questo settore. Attualmente, nell'ambito di un postulato di commissione si stanno valutando possibili adeguamenti dell'intero settore dei mezzi ausiliari. Il Consiglio federale deciderà la direzione da prendere in questo ambito. In questo contesto verranno valutati anche gli apparecchi acustici e decisi i prossimi passi da compiere in merito.

Stefan Ritler, vicedirettore

Ufficio federale delle assicurazioni sociali UFAS

¹ Esempio: <https://www.audicus.com/hearing-aid-price-bubble/>

Foreword by the Federal Social Insurance Office

Switzerland's invalidity insurance (IV) and – in certain cases – old-age and survivors' insurance (AHV) schemes cover the costs of simple, practical and economically priced assistive devices where required.

Since 1 July 2011, the cost of hearing aids for adults has been reimbursed under the IV and AHV schemes via a fixed flat-rate payment made directly to the insured. Prior to that, a system of tiered tariffs was in place which were negotiated with the hearing aid industry and settled by IV offices directly with the distribution points. However, a study published by the Swiss Federal Audit Office (SFAO) in 2007 confirmed that while this tariff system guaranteed a supply of high-quality hearing aids, it resulted in much higher costs for insurers and insureds compared with other countries. The fixed tariffs prevented (price) competition in the acoustics industry, and although these rates were very high on an international comparison, insureds paid an additional CHF 60 million or thereabouts in private co-payments (SFAO estimate, 2007).

The aim of the flat-rate reimbursement introduced in mid-2011 was to strengthen competition and so bring down prices. This in turn frees up IV and AHV funds to be used more efficiently to help the hearing-impaired.

Two studies commissioned by the FSIO shortly after the introduction of the flat-rate reimbursement system – namely, "Evaluation of the quality of hearing aid provision" by the IGES Institute (Sander/Albrecht 2013) and "Analysis of prices in the provision of hearing aids" from the IWSB Institute (Koch/Mohler 2014) – showed that the quality of hearing aids supplied was just as high as before and that price ranges had broadened in both directions (lower and higher prices), but that prices overall had barely gone down.

Since market changes take time, it was decided to repeat these investigations after a few years to allow a better assessment of the impact of the flat-rate system.

The present study compares today's situation with that at the time of the initial studies, i.e. with the flat-rate system shortly after its introduction as well as with the old negotiated tariff system.

It is encouraging to note that the quality of hearing aid provision is still assessed as very high. The study provided similarly gratifying evidence that hearing aids were available without co-payments, and that the level of satisfaction with these hearing aids was equally as high as with those incurring the highest co-payments. This is proof positive that high-quality provision is still possible with flat-rate IV contributions. That said, only a good five percent of adult IV insureds opted for hearing aids without co-payments. Consequently, from the perspective of the FSIO, the hypothesis that the system change led to lower average provision costs could not be satisfactorily confirmed overall.

Whereas an average price reduction across all purchases of a total of 9.2% was observed, taking into account the change in demand over time only AHV insureds and children register any sort of cheaper provision over the long term, namely approx. 8% and 5% cost savings compared with the tariff system. While the initial investigations showed total provision costs for IV insureds to be around 6% lower than the level seen under the tariff system, today they are back at that level. This appears to be due to the fact that today's IV insureds are (still) selecting more expensive hearing aids.

The study reveals that increased competition had only a minor impact on margins for hearing aids, but service costs were down 19.4%. According to the study, this decrease in service costs is more likely due to oversupply under the tariff system rather than undersupply under the flat-rate system. That being so, there are no indications that price levels are lower. It was shown that 85% of hearing aid recipients required a maximum of five adjustment sessions at the distribution point, and that on average a service fee of CHF 1,400 was charged for binaural provision. The hourly rates imposed by the distribution points still appear to be very high.

The present study also investigated repairs, hardship cases and the provision of children's hearing aids. These three additional investigations produced the following findings, among others: The need for repairs presumably depends mainly on the behaviour of the hearing aid wearer and less on the brand, although statistically the latter do also vary somewhat in terms of how often repairs are necessary.

Higher margins are demanded on hearing aids issued in accordance with hardship provisions than on identical aids supplied at standard conditions. The higher prices suggest that distribution points are exhausting their pricing latitude and inappropriately exploiting incentives when billing. It is surprising to note that only one or two adjustment sessions are required for children's hearing aids in just under half of cases and that only ten percent of children need more than five sessions. And this although IV covers a significantly higher amount for children than for adults, since the industry asserts that the former require more time and effort.

The expectations of the FSIO and the fears of the distribution points that prices for hearing aid provision would go down were considerably higher when the fixed-rate system was introduced than the study now shows. In particular, hearing aid costs are still at a level that is hardly justifiable from a social insurance standpoint. The production costs for a single hearing aid are in the vicinity of CHF 150¹, but some devices are being sold at a unit price of over CHF 3,000 (the study puts the average price at CHF 1,644). The FSIO regards a margin of this size on a medical device as unacceptable. What is more, since the initial study, there has even been an increase in co-payments by insureds in particular for hearing aids provided under IV. The average co-payment for the provision of two hearing aids is currently CHF 3,721. When you consider that the provision of assistive devices under IV is actually intended to be without co-payments, this figure is exceptionally high.

The fact that price competition is not stronger is due in part to the evidently low price sensitivity of hearing aid wearers. At the same time, the subjective decrease in knowledgeability identified in the study, as well as the lack of market transparency due to various factors, suggest that the high co-payments are based in part on information asymmetry skewed in favour of the distribution points.

In summary, the FSIO establishes that:

- Prices fell only slightly, while margins on hearing aids did not.
- Co-payments by insureds have gone up.
- Hardly any hearing aids in the mid and slightly low price range are being sold.
- From the perspective of the FSIO, the objectives of the flat-rate system were therefore not met despite the high quality.

The FSIO thus sees a need for action in the provision of hearing aids over the medium term. Adjustments in the entire assistive devices sector are currently being investigated under a commission postulate. On the basis of this postulate report, the Federal Council will decide on the direction to pursue with assistive devices. In this connection, hearing aids are also to be evaluated and any further action in this area is to be decided.

Stefan Ritler, Vice-Director

Federal Social Insurance Office FSIO

¹ Example: <https://www.audicus.com/hearing-aid-price-bubble/>

INHALTSVERZEICHNIS

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	V
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	VII
TABELLENVERZEICHNIS.....	IX
ZUSAMMENFASSUNG	XI
RÉSUMÉ.....	XIX
RIASSUNTO.....	XXVII
SUMMARY.....	XXXV
1 EINLEITUNG	1
1.1 AUSGANGSLAGE	1
1.1.1 Erwartungen des Systemwechsel	2
1.1.2 Vorgängerstudien	3
1.2 ZIELSETZUNG	4
1.3 HYPOTHESEN	4
1.4 METHODISCHES KONZEPT	5
1.4.1 Studiendesign der Preisanalyse	5
1.4.2 Studiendesign der Qualitätsanalyse	6
1.5 BERICHTSAUFBAU	7
2 DATENGRUNDLAGE UND METHODIK	9
2.1 GRUNDGESAMTHEIT.....	9
2.2 STICHPROBENZIEHUNG	11
2.2.1 Stichprobe Preisanalyse.....	11
2.2.2 Stichproben Qualitätsbefragung.....	12
2.3 METHODIK DER PREISANALYSE	13
2.3.1 Reparaturen.....	14
2.3.2 Qualitative Expertengespräche zu Preis und Wettbewerb.....	15
2.4 METHODIK DER QUALITÄTSEVALUATION	15
2.4.1 Literaturrecherche	15
2.4.2 Befragung von Hörgeräteträgern	15
2.4.3 Qualitative Expertengespräche zur Qualität der Versorgung.....	17
3 PREIS DER VERSORGUNG	19
3.1 ZUSAMMENSETZUNG DES PREISES.....	19
3.2 DESKRIPTIVE ANALYSE DER HÖRGERÄTEVERSORGUNG.....	20
3.2.1 Stichprobengrösse und -zusammensetzung.....	21
3.2.2 Versorgungskosten, Versicherungsbeiträge und Zuzahlungen	24
3.2.3 IV-Versorgungen	33
3.2.4 AHV-Versorgungen	35
3.2.5 Kinderversorgungen	37

3.2.6	Härtefall-Versorgungen	39
3.2.7	Versorgungskosten im Ausland	44
3.2.8	Dienstleistungskosten	45
3.2.9	Preisindex.....	48
3.2.10	Zwischenfazit der deskriptiven Analyse.....	51
3.3	REPARATUREN	53
3.3.1	Reparaturwahrscheinlichkeit	53
3.3.2	Reparaturkosten	56
3.4	WETTBEWERBSEFFEKT DES SYSTEMWECHSELS	58
3.4.1	Marktanteile von Hörgeräteherstellern und -modellen	59
3.4.2	Marktanteile und Produktdiversität wichtiger Abgabestellen.....	60
3.4.3	Versorgungskosten nach Preissegmenten	63
3.4.4	Zwischenfazit Wettbewerbseffekt.....	66
3.5	PREIS- UND KOSTENEFFEKT DES SYSTEMWECHSELS	67
3.5.1	Preisfaktoren der Hörgeräteversorgung.....	67
3.5.2	Preiseffekt des Systemwechsels	70
3.5.3	Kosteneffekt des Systemwechsels.....	73
3.5.4	Zwischenfazit Systemwechsel.....	75
4	QUALITÄT DER VERSORGUNG	77
4.1	CHARAKTERISTIKA DER HÖRGERÄTETRÄGERINNEN – UND TRÄGER	77
4.1.1	Verteilung nach Alter und Geschlecht	77
4.1.2	Verteilung nach Grad der Hörminderung	77
4.1.3	Verteilung nach Art der Versorgung	78
4.1.4	Verteilung nach Bildung und Beschäftigung	79
4.2	BESCHREIBUNG DER HÖRGERÄTE	80
4.2.1	Bauform/Geräteart	80
4.2.2	Zwischenfazit Hörgeräte	83
4.3	INFORMATIONEN ZUM HÖRGERÄTEKAUF	83
4.3.1	Informationsquellen	83
4.3.2	Art der Informationen.....	85
4.3.3	Art des Anbieters und des Fachpersonals.....	88
4.3.4	Vergleich der Anbieter	89
4.3.5	Zuzahlungen.....	90
4.3.6	Zwischenfazit Hörgerätekauf	97
4.4	INFORMATIONEN ZU DIENSTLEISTUNGEN	98
4.4.1	Anzahl der Anpassungssitzungen.....	98
4.4.2	Anzahl probegenutzter Hörgeräte und Dauer der Erprobung.....	100
4.4.3	Art der erhaltenen Dienstleistungen	103
4.4.4	Nachbetreuungsleistungen	105
4.4.5	Pauschale Dienstleistungsangebote	106
4.4.6	Zufriedenheit mit den Dienstleistungen	107
4.4.7	Zwischenfazit Dienstleistungen	109
4.5	HÖRGERÄTENUTZUNG UND ZUFRIEDENHEIT	109
4.5.1	Tragerate.....	109



- 4.5.2 Durchschnittliche Tragedauer in Stunden112
- 4.5.3 Gründe für das Nichttragen des Hörgerätes.....114
- 4.5.4 Allgemeine Zufriedenheit115
- 4.5.5 Subjektive Einschätzung der Hörverbesserung118
- 4.5.6 Handhabbarkeit des Hörgerätes.....120
- 4.6 INTEGRATION.....122
 - 4.6.1 Soziale Integration122
 - 4.6.2 Integration in Schule & Erwerbsleben124
- 4.7 ERGEBNISSE DER EXPERTENINTERVIEWS126
- 5 SCHLUSSBETRACHTUNG129
 - 5.1 ÜBERPRÜFUNG DER HYPOTHESEN129
 - 5.1.1 Erkenntnisse134
 - 5.1.2 Empfehlungen.....135
- LITERATURVERZEICHNIS.....139
- A ANHANG: PREISVERGLEICH141
 - A.1 VARIABLENLISTEN141
 - A.2 PREISREGRESSION VOLLSTÄNDIG142
 - A.3 REGRESSION REPARATURWAHRSCHEINLICHKEIT VOLLSTÄNDIG147

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abb.	Abbildung
AHV	Alters und Hinterbliebenen Versicherung
AIC	Akaike Information Kriterium
Anz.	Anzahl
bspw.	beispielsweise
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
BTE	Behind-the-ear
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CdO	Contours d'oreille
CHF	Schweizer Franken
CIC	Completely-in-the-canal
d.h.	das heisst
df	degrees of freedom (Freiheitsgrade)
DL	Dienstleistung(en)
Durchschn.	durchschnittliche
etc.	et cetera
EUR	Euro
exkl.	exklusive
ggf.	gegebenenfalls
HdO	Hinter-dem-Ohr
HF	Härtefall
HG	Hörgeräte(e)
HHI	Herfindahl-Hirschman-Index
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder Oto-Rhino-Laryngologie
IdO	Im-Ohr
IIC	Invisible-in-Canal
inkl.	inklusive
ITC	In-the-canal
ITE	In-the-ear
IV	Invalidenversicherung
LIK	Landesindex der Konsumentenpreise
Max.	maximal
METAS	Eidgenössische Institut für Metrologie
n	Anzahl der Merkmalsausprägungen
p	p-Wert / Signifikanzwert
PS A	Pauschalsystem A (vom 01.07.2011 bis 31.12.2013)
PS B	Pauschalsystem B (vom 01.04.2017 bis 31.03.2018 und 01.01.2019 bis 30.06.2019)
RIC	Receiver-in-canal

RIE	Receiver-in-ear
Tab.	Tabelle
TS	Tarifsystem (Beobachtungsdauer: halbes Jahr; vom 01.01.2011 bis 30.06.2011)
usw.	und so weiter
u.E.	Unseres Erachtens
vs.	versus
WSA	WS Audiology
z.B.	zum Beispiel
ZAS	Zentrale Ausgleichsstelle

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1	Häufigkeiten von Zuzahlungen für ausgewählte Abgabestellen	32
Abb. 2	Verteilung der Gesamtkosten der IV-Versorgungen im Tarif- und Pauschalsystem	34
Abb. 3	Verteilung der Zuzahlungen der IV-Versorgungen im Tarif- und Pauschalsystem	35
Abb. 4	Verteilung der Gesamtkosten der AHV-Versorgungen im Tarif- und Pauschalsystem.....	36
Abb. 5	Zuzahlungen bei den AHV-Versorgungen im Tarif- und Pauschalsystem.....	37
Abb. 6	Verteilung der Gesamtkosten der Kinderversorgungen nach System.....	38
Abb. 7	Zuzahlungen bei den Kinderversorgungen im Tarif- und Pauschalsystem	39
Abb. 8	Entwicklung der durchschnittlichen Gesamtkosten der Härtefall-Versorgungen	40
Abb. 9	Mittlere HG- und DL-Kosten für ausgewählte Hörgeräte	42
Abb. 10	Preisindex	48
Abb. 11	Relative Häufigkeit von Hörgeräteversorgungen nach Alter der Hörgeräte	50
Abb. 12	Verteilung des Alters der Hörgeräte bei Versorgungsungen im Pauschalsystem	51
Abb. 13	Reparaturen nach Jahr ab Kauf.....	53
Abb. 14	Marktanteile der Hörgerätehersteller	60
Abb. 15	Perzentile der Gesamtkosten der Standard-IV-Versorgungen mit 1 Hörgerät.....	64
Abb. 16	Perzentile der Gesamtkosten der Standard- IV-Versorgungen mit 2 Hörgeräten.....	64
Abb. 17	Perzentile der Gesamtkosten der AHV-Versorgungen mit 1 Hörgerät.....	65
Abb. 18	Perzentile der Gesamtkosten der AHV-Versorgungen mit 2 Hörgeräten.....	65
Abb. 19	Relevante Faktoren der Preisfindung	67
Abb. 20	Informationsquellen vor letztem Hörgerätekauf (IV und AHV) 2012 vs. 2013 vs. 2019	84
Abb. 21	Aufklärung über Preise/Beiträge vor dem Kauf 2012 vs. 2013 vs. 2019.....	86
Abb. 22	Informiertheit vor dem Hörgerätekauf (IV und AHV) 2012 vs. 2013 vs. 2019	87
Abb. 23	Anbietervergleich (IV und AHV) 2012 vs. 2013 vs. 2019.....	90
Abb. 24	Persönliche Zuzahlung (IV und AHV) 2012 vs. 2013 vs. 2019	92
Abb. 25	Gründe für Zuzahlung, IV vs. AHV vs. Kinder vs. Härtefälle 2019	94
Abb. 26	Qualitätseinschränkungen aus finanziellen Gründen, IV vs. AHV vs. Kinder vs. Härtefälle 2019 ..	95
Abb. 27	Gründe für Auswahl des Hörgerätes (IV und AHV) 2012 vs. 2013 vs. 2019.....	96
Abb. 28	Anpassungssitzungen (nur IV und AHV) 2012 vs. 2013 vs. 2019	99
Abb. 29	Probegenutzte Hörgeräte vor letztem Hörgerätekauf (IV und AHV) 2012 vs. 2013 vs. 2019.....	100
Abb. 30	Dauer der Erprobung des Hörgerätes vor dem Kauf (IV und AHV) 2012 vs. 2013 vs. 2019	102
Abb. 31	Nutzung eines Hörtrainings, IV vs. AHV vs. Kinder vs. Härtefälle 2019	103
Abb. 32	Erhaltene Dienstleistungen bei letztem Hörgerätekauf (IV und AHV) 2012 vs. 2013 vs. 2019 ..	104
Abb. 33	Erhaltene Nachbetreuungsleistungen (IV und AHV) 2012 vs. 2013 vs. 2019	106
Abb. 34	Erhalt von pauschalen Angeboten (IV und AHV) 2013 vs. 2019	107
Abb. 35	Zufriedenheit mit Service- bzw. Anpassungsleistungen (IV und AHV) 2012 vs. 2013 vs. 2019 ..	108

.....

Abb. 36	Zufriedenheit mit den Nachbetreuungsleistungen 2012 vs. 2013 vs. 2019	109
Abb. 37	Tragerate (IV und AHV) 2012 vs. 2013 vs. 2019	110
Abb. 38	Durchschnittliche tägliche Tragedauer 2012 vs. 2013 vs. 2019	113
Abb. 39	Gründe für das Nichttragen des Hörgerätes (IV und AHV) 2012 vs. 2013 vs. 2019	115
Abb. 40	Allgemeine Zufriedenheit mit dem Hörgerät 2012 vs. 2013 vs. 2019	116
Abb. 41	Hörverbesserungen aufgrund des Hörgerätes (IV und AHV) 2012 vs. 2013 vs. 2019	118
Abb. 42	Verbesserung der Lebensqualität durch das Hörgerät 2012 vs. 2013 vs. 2019	119
Abb. 43	Handhabbarkeit des Hörgerätes (IV und AHV) 2012 vs. 2013 vs. 2019	120
Abb. 44	Einschätzung des mit dem Hörgerät verbundenen Aufwands 2012 vs. 2013 vs. 2019	121
Abb. 45	Verständnisschwierigkeiten in den zwei Wochen vor der Befragung 2012 vs. 2013 vs. 2019....	123
Abb. 46	Erleichterung für das Berufsleben durch das Hörgerät 2012 vs. 2013 vs. 2019	125

TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 1	Vergütung im Tarifsysteem	1
Tab. 2	Vergütung im Pauschalsystem.....	2
Tab. 3	Grundgesamtheit nach Tarifziffer und Jahr	10
Tab. 4	Grundgesamtheit IV im Pauschalsystem Phase B nach Tarifziffer und Jahr.....	10
Tab. 5	Grundgesamtheit nach Alter und Geschlecht	11
Tab. 6	Stichprobe der Preisanalyse nach Tarifziffer und Alter	11
Tab. 7	Stichprobe der Qualitätsbefragung nach Tarifziffer und Alter	13
Tab. 8	Versorgungstyp pro Jahr.....	21
Tab. 9	Geschlecht, Anzahl vergüteter und verkaufter Hörgeräte	22
Tab. 10	Technisches Niveau nach System	22
Tab. 11	Sprachregion nach System.....	23
Tab. 12	Art der Abgabestelle nach System.....	23
Tab. 13	Wichtige Fabrikate nach Versorgungstyp	24
Tab. 14	Durchschnittliche Gesamtkosten von Hörgerätversorgungen nach Versorgungstyp	25
Tab. 15	Durchschnittlichen Hörgerätekosten nach technischem Niveau	25
Tab. 16	Mediankosten der 15 häufigsten Modelle im PS B für ausgewählte Abgabestellen	26
Tab. 17	Durchschnittliche Versicherungsbeiträge nach Versorgungstyp und System	27
Tab. 18	Durchschnittliche Zuzahlungen von Hörgeräteversorgungen nach Versorgungstyp	28
Tab. 19	Häufigkeiten von zuzahlungsfreien Versorgungsen	29
Tab. 20	Häufigkeit von Zuzahlungen nach Art der Abgabestelle.....	30
Tab. 21	Anteil zuzahlungsfreier Standard-IV-Versorgungen im PS B nach Grossregionen	30
Tab. 22	Modelle der 10 Häufigsten zuzahlungsfreien Hörgeräteversorgungen.....	31
Tab. 23	Mittlere Zuzahlungen für Versorgungsen mit positiven und negativen Zuzahlungen	33
Tab. 24	Anteil der Härtefall-Versorgungsen pro Jahr seit Einführung	40
Tab. 25	Entwicklung der durchschnittlichen Gesamtkosten der Härtefall-Versorgungsen in CHF.....	41
Tab. 26	Mittlere Kosten der Härtefall-Versorgungsen im Vergleich zu Standard-IV-Versorgungsen.....	41
Tab. 27	Anteil ausgewählter Fabrikate an Härtefall- und IV-Standard-Versorgungsen	42
Tab. 28	Anteil technisches Niveau Härtefall und Standardversorgung	43
Tab. 29	Anteil an Beobachtungen pro Jahr und Währung	44
Tab. 30	Anteil an Beobachtungen pro Versorgungstyp und Währung.....	44
Tab. 31	Anteile und mittlere Abweichung der Euro-Versorgungsen pro Jahr	45
Tab. 32	Anteil an Beobachtungen mit Nachbetreuung	45
Tab. 33	Dienstleistungskosten für ausgewählte DL-Pakete, nach System	46
Tab. 34	Anteil an Beobachtungen mit Nachbetreuung und durchschnittliche DL-Kosten	46
Tab. 35	Durchschnittliche Dienstleistungskosten in CHF nach Art der Anpassung	47

Tab. 36	Anteil an Beobachtungen mit vergleichender Anpassung und durchschnittliche DL-Kosten	47
Tab. 37	Preisindex.....	49
Tab. 38	Logistische Regressionsanalyse Reparaturwahrscheinlichkeit	55
Tab. 39	Beispiel Pauschalpreise Widex.....	57
Tab. 40	Normpauschalen inkl. 7.7 % MWST für alle Fabrikat – Reparaturannahmestelle Kombinationen .	58
Tab. 41	HHI pro System	59
Tab. 42	HHI pro Jahr	59
Tab. 43	Marktanteile ausgewählter Abgabestellen	61
Tab. 44	HHI innerhalb wichtiger Abgabestellen	62
Tab. 45	Anteil an Fabrikaten ausgewählter Abgabestellen	62
Tab. 46	Durchschnittliche Gesamtversorgungskosten für ausgewählte Fabrikate	63
Tab. 47	Regressionsresultate Preiseffekt Hörgeräteversorgung (real).....	71
Tab. 48	Regressionsresultate Kosteneffekte Hörgeräteversorgung (real).....	74
Tab. 49	Bauformen der Hörgeräte.....	81
Tab. 50	Logistisches Regressionsmodell – Einflussfaktoren auf die Tragerate.....	112
Tab. 51	Hypothetischer Anteil zuzahlungsfreier IV- und AHV-Versorgungen nach Höhe der Pauschale ...	130
Tab. 52	Variablenliste Regression Preiseffekt.....	141
Tab. 53	Regressionsresultate Preiseffekte.....	142
Tab. 54	Logistische Regressionsanalyse Reparaturwahrscheinlichkeit	147

ZUSAMMENFASSUNG

Die rechtliche Grundlage der Hörgeräteversorgung ist in den beiden Bundesgesetzen über die Invalidenversicherung (IV) und Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) zu finden. **Den versicherten Personen werden bei Bedarf Hilfsmittel in einfacher und zweckmässiger Ausführung zur Verfügung gestellt.** Unter diese Hilfsmittel fallen auch Hörgeräte.

Bis zum 30. Juni 2011 wurden Hörgeräte mittels eines Tarifsystems vergütet. Aufgrund der hohen Kosten stand das Tarifsystem zunehmend in der Kritik, wobei insbesondere der mangelnde Wettbewerb im Hörgerätemarkt hervorgehoben wurde. Weiter existierte nach Einschätzungen von Fachleuten kein klarer Zusammenhang zwischen dem Grad der Hörminderung und den Kosten für eine Hörgeräteversorgung. Dies führte dazu, dass **auf den 1. Juli 2011 ein neues System mit Pauschalbeiträgen eingeführt wurde.**

Im neuen System werden die Versicherten nicht mehr nach dem Grad der Hörminderung eingestuft, sondern erhalten unabhängig davon einen **Pauschalbetrag, der ihnen direkt ausbezahlt wird.** Die Pauschalen wurden auf Basis des vergleichbaren deutschen Hörgerätemarktes berechnet und berücksichtigen die höheren Arbeitskosten in der Schweiz, indem sie 50 Prozent über den dortigen Vergütungen angesetzt wurden. Im **Pauschalbetrag sind grundsätzlich alle Kosten während sechs Jahren enthalten** (mit Ausnahme der Batterie- und Reparaturkosten).

Das BSV erwartete, dass **das neue System den Wettbewerb im Hörgerätemarkt stärken, die Preise der Geräte und der Dienstleistungen senken und die Sozialversicherungen finanziell entlasten sollte,** ohne dass die Qualität der Hörgeräteversorgungen darunter leidet. Auch die Hörgerätebranche erwartete einen massiven Preisdruck aufgrund des Systemwechsels.

Auf Basis dieser Erwartungen wurden die Ziele der vorliegenden Studie formuliert: Sie soll eine breit abgestützte Beurteilung des Systemwechsels in Bezug auf die Preisentwicklung sowie die Qualität der Versorgungen ermöglichen. Die Vergleichbarkeit zu den Vorgängerstudien von IWSB ([Analyse der Preise der Hörgeräteversorgung](#)) und IGES ([Evaluation der Qualität der Hörgeräteversorgung](#)) soll dabei beibehalten werden. Während die Vorgängerstudien Qualität und Preise unabhängig voneinander untersuchten, beinhaltet die vorliegende Studie sowohl die Untersuchungen zu den Preisen (IWSB) als auch zur Qualität (IGES).

Methodisch wurden die Hörgerätepreise mittels einer geschichteten Stichprobe untersucht, wobei die Daten der Vorgängerstudie ebenfalls Verwendung fanden. Der Datensatz wuchs somit auf knapp 30'000 Beobachtungen an. Erstmals wurde auch eine Stichprobe der Reparaturen erhoben, sodass Aussagen zu der Reparaturwahrscheinlichkeit und den Reparaturkosten gemacht werden konnten.

Ziel der Teilstudie zur Qualität der Hörgeräteversorgung war es, die aktuelle Situation der Hörgeräteversorgung mit der Situation vor der Systemumstellung im Tarifsystem sowie direkt nach Einführung des Pauschalsystems zu vergleichen. Zu diesem Zweck wurde eine umfassende Befragung von Hörgeräteträgerinnen und -trägern durchgeführt. Die Befragung richtete sich auf zentrale Qualitätsindikatoren der Hörgeräteversorgung, nämlich auf die Merkmale der gekauften Hörgeräte, die mit der Hörgeräteversorgung verbundenen Dienstleistungen, die Tragerate und die Zufriedenheit mit dem Hörgerät sowie die soziale und berufliche Integration der Hörgeräteträgerinnen und -träger. Im Vergleich zur Vorgängerstudie wurde in dieser Untersuchung auch die Qualität der Hörgeräteversorgung bei Kindern sowie bei Versicherten mit Härtefall-Versorgungen analysiert. Aus den Befragungsergebnissen wurde ermittelt, wie und in welchem Ausmass sich die Qualitätsindikatoren im Vergleich zum Tarifsystem und zur ersten Befragung im Pauschalssystem verändert haben.

Zusätzlich wurden Interviews mit Expertinnen und Experten aus dem Hörgerätemarkt geführt. Die Gesprächsteilnehmenden wurden bei Hörgeräteakustik-Fachgeschäften, Apotheken, Hörgeräteherstellern, Schwerhörigen- und Hörbehindertenverbänden rekrutiert und bilden das gesamte Spektrum des Hörgerätemarktes ab. Im Text wurde jeweils kenntlich gemacht, wann es sich bei einer Aussage um eine Stellungnahme einer Expertin oder eines Experten, die oder der nicht unabhängig ist, handelt.

GRENZEN DER STUDIE

Die Beantwortung der Frage, ob Versicherte übertversorgt sind, war nicht Ziel dieser Studie und kann entsprechend nicht beantwortet werden. Es wird davon ausgegangen, dass die Konsumentinnen und Konsumenten aufgrund ihrer Präferenzen und den verfügbaren Informationen die besten Entscheidungen für sich treffen.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist weiter zu berücksichtigen, dass sich die Ergebnisse der Studie nur auf Personen mit einer Hörgeräteversorgung beziehen, die einen Versicherungsbeitrag erhalten haben. Dies bedeutet, dass Aussagen über Personen, die aufgrund ihrer Hörminderung unter die Anspruchsschwelle fallen oder die keinen Antrag gestellt haben, im Rahmen dieser Studie nicht möglich sind.

QUALITÄT DER HÖRGERÄTEVERSORGUNG

Den Befragungsergebnissen der Hörgeräteträgerinnen und -träger zufolge **blieb die Qualität der Hörgeräteversorgung in der Schweiz seit dem Systemwechsel auf unverändert hohem Niveau**. Ausschlaggebend für diese Schlussfolgerung ist insbesondere, dass sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der subjektiven Zufriedenheit zwischen den Befragungszeiten (2012, 2013 und 2019) ergaben.

Erstmalig wurde die schulische Integration der Kinder mit Hörgeräten erhoben. Hier zeigen sich, ebenso wie im Berufsleben der Erwachsenen, starke Verbesserungen durch die Verwendung von Hörhilfen. Wobei noch rund 30 Prozent der Eltern angeben, dass ihre Kinder weiterhin mit Einschränkungen leben.

Die **durchschnittliche Tragedauer von Hörgeräten hat sich gegenüber dem Tarifsysteem signifikant erhöht**, die grosse Mehrheit der Befragten tragen das Hörgerät täglich (rund 69 Prozent) und mehr als acht Stunden pro Tag (rund 71 Prozent). Bei der Tragerate konnten in der Vorgängerstudie noch keine Unterschiede zwischen dem Tarif- und dem Pauschalsystem festgestellt werden.

Zufriedenheit und Tragerate in der Schweiz sind gemäss Literatur auch im internationalen Vergleich sehr hoch. Ausserdem konnte festgestellt werden, dass mit der Höhe der Gesamtkosten die wahrgenommene Verbesserung der Lebensqualität, die Handhabbarkeit und der Eindruck der Hörverbesserung durch das Hörgerät stiegen. Während bei der ersten Befragung im Pauschalsystem (2013) die gerätebedingte Hörverbesserung etwas geringer eingeschätzt wurde als im Tarifsysteem (Befragung 2012), stieg bei der aktuellen Befragung der Anteil der Personen, die angaben, dass ihnen das Hörgerät sehr viel helfe, wieder leicht an. Es besteht somit kein signifikanter Unterschied mehr zum Tarifsysteem. Bei allen drei Befragungsrunden empfanden rund 90 Prozent der Hörgeräteträgerinnen und -träger eine (deutliche) Erhöhung ihrer Lebensqualität durch das Hörgerät.

Die Zufriedenheit und die Tragerate steigen mit der Nutzungsdauer des Hörgerätes. Nach Auffassung der Expertinnen und Experten könnte dies damit zusammenhängen, dass das Gehirn wieder von Neuem lernen muss, zu hören respektive zu verstehen.

Darüber hinaus spielt es für die Zufriedenheit mit der Hörgeräteversorgung keine Rolle, ob das Hörgerät in einem Hörakustik-Fachgeschäft, einer Apotheke oder einer Drogerie gekauft wurde.

QUALITÄT DER DIENSTLEISTUNGEN

Im Pauschalssystem versorgte Hörgeräteverkäuferinnen und -käufer erhielten gemäss der Befragung tendenziell **weniger Anpassungssitzungen und Dienstleistungen – mit Ausnahme von Nachbetreuungsleistungen**. Auch nutzten die Versicherten im Pauschalssystem weniger häufig die Möglichkeit (oder sie wurde ihnen weniger häufig angeboten), weitere Hörgeräte testweise zum Vergleich zu tragen. Unabhängig von diesen Veränderungen blieb die **Zufriedenheit mit Service- und Anpassungsdienstleistungen sowie den Nachbetreuungsleistungen im Pauschalssystem unverändert auf sehr hohem Niveau**.

Die Expertinnen und Experten schätzten die Veränderungen beim Dienstleistungsumfang unterschiedlich ein. Insbesondere der Rückgang bei der Nachkontrolle mit Feinanpassung wurde tendenziell eher kritisch bewertet; andererseits wurde auch als Erklärung angegeben, dass angesichts der technischen Entwicklung bestimmte Dienstleistungen seltener nötig seien. Des Weiteren bemerkten die Expertinnen und Experten, dass ein geringerer Aufwand bei den Dienstleistungen auch von den Kundinnen und Kunden positiv bewertet wird. Dafür spricht, dass der Rückgang des Dienstleistungsumfangs die übergeordneten Qualitätsdimensionen (Tragerate, Zufriedenheit, Integration) nicht negativ beeinflussten. Für eine bedarfsgerechtere Versorgung mit Serviceleistungen spricht auch, dass Versicherte mit einem schweren Hörverlust und bei einer erstmaligen Versorgung signifikant mehr Anpassungssitzungen beanspruchen als jene mit leichterem Hörverlust und Folgeversorgungen.

QUALITÄT DER HÖRGERÄTE

Aufgrund des technischen Fortschrittes haben sich die Hörgeräte stark verbessert, wodurch auch die Qualität der Geräte im Tiefpreissegment wesentlich besser wurde als noch vor zehn Jahren. Weiter hat der Anteil von verkauften Hörgeräten mit der höchsten technischen Ausstattung deutlich zugenommen. Die Innovationszyklen sind kürzer geworden, gemäss Experteneinschätzungen vergehen aktuell rund zwei Jahre, bis neue Geräte auf den Markt kommen. Zu den erwähnten technologischen Fortschritten zählen unter anderem die bessere Rechnerleistung der Chips, umfangreichere Software und die Möglichkeit, diverse Hörprogramme zu verwenden. Ausserdem hat die Bluetooth-Konnektivität auf Kosten der T-Spule und der Geräte mit Audioeingang deutlich an Bedeutung gewonnen.

Während direkt nach der Systemumstellung bei der ersten Befragung im Pauschalssystem keine wesentlichen Änderungen im Hinblick auf die technische Beschaffenheit der gekauften Hörgeräte festgestellt werden konnten, unterscheiden sich die gekauften Hörgeräte inzwischen im Hinblick auf die Bauart und das technische Niveau von denjenigen im Tarifsystem. «Hinter-dem-Ohr»-Geräte blieben auch in der aktuellen Befragung im Pauschalssystem die meist gekaufte Geräteart. In der aktuellen Erhebung ist der **Anteil der Hörgeräte in der höchsten technischen Kategorie im Vergleich zu den beiden vorherigen Erhebungen deutlich gestiegen (Anstieg um 13 bzw. 19 Prozentpunkte)**.

HÖHE DER PAUSCHALE

Die vom BSV festgelegten pauschalen **Versicherungsbeiträge zur Finanzierung einer einfachen und zweckmässigen Hörgeräte-Versorgung ermöglichen** gemäss den Auswertungen der Rechnungsdaten durchaus eine **zuzahlungsfreie Versorgung**. Ein Grossteil der Hörgeräteverkäuferinnen und Hörgeräteverkäufer bezieht dennoch Hörgeräte mit Zuzahlungen. Bei der Frage nach der **Motivation zur Leistung von Zuzahlungen überwog bei den IV-Versicherten** (47 Prozent), sowie bei den Härtefall-Versorgungen (66 Prozent) und den Kinder-Versorgungen (48 Prozent) **die bessere Sprachverständlichkeit und Klangqualität**, während die AHV-Versicherten

am häufigsten angaben, gar kein Angebot für eine zuzahlungsfreie Versorgung erhalten zu haben (47 Prozent). Da die AHV mit ihren Pauschalen für die Hörgeräteversorgung nicht darauf abzielt, die gesamten Versorgungskosten zu übernehmen, sondern maximal 75 Prozent der Kosten, ist diese Erkenntnis nicht überraschend. Viele der befragten AHV-Versicherten gaben an, nichts von zuzahlungsfreien Varianten zu wissen (40 Prozent), bei den IV-Versicherten waren es hingegen nur noch 28 Prozent.

Trotz der starken Reduktion der Versicherungsbeiträge ist durch die Ausweitung der Angebote im Tiefpreissegment der **Anteil an zuzahlungsfreien AHV-Versorgungen im Pauschalssystem gegenüber dem Tarifsysteem gestiegen**, gleichzeitig wurden im Pauschalssystem IV- und AHV-Versorgungen getätigt, deren Kosten unter den vergüteten Pauschalen der Versicherungen lagen. Die Auswertungen zeigen, dass die Anteile an Versorgungen ohne Zuzahlungen auch von der gewählten Abgabestelle abhängen. Während sich einige Abgabestellen demnach auf das obere Preissegment ausgerichtet haben, richteten sich andere auf das untere Preissegment aus. Dabei lässt sich kein signifikanter Rückgang im Mittelpreissegment feststellen.

EMPOWERMENT

Während in der Vorgängerstudie noch keine Entwicklung hinsichtlich eines «Empowerments» der Hörgeräte-trägerinnen und -träger zu beobachten war, **zeigen sich in der vorliegenden Studie Ansatzpunkte für Verbesserungen**: Während weiterhin Hörgeräteakustiker als wichtigste und HNO-Ärzte als zweitwichtigste Informationsquelle für den Hörgerätekauf gelten, informieren sich die Versicherten verstärkt bei mehreren Abgabestellen sowie im Internet. Dennoch gibt es noch viel Spielraum zur Verbesserung des «Empowerments», insbesondere durch eine Erhöhung der Marktransparenz in Bezug auf die Preis- und Leistungsbestandteile.

In der aktuellen Befragung verglichen rund 35 Prozent der Hörgeräteträgerinnen und -träger mehrere Anbieter miteinander. Damit ist dieser Anteil im Vergleich zum Tarifsysteem und im Vergleich zur ersten Befragung im Pauschalssystem gestiegen (um acht bzw. elf Prozentpunkte). Die IV-Versicherten waren am aktivsten beim Anbietervergleich. Für die Wahl des Hörgerätes waren für die meisten Hörgeräteträgerinnen und -träger bei allen drei Befragungen die Sprachverständlichkeit und die Klangqualität die ausschlaggebenden Faktoren.

Gleichzeitig hat die persönliche Einschätzung der individuellen Informiertheit aller Befragten vor dem Hörgerätekauf seit dem Systemwechsel laufend abgenommen. Schon direkt nach der Systemumstellung fühlten sich die Hörgerätekäuferinnen und -käufer im Pauschalssystem schlechter informiert als im Tarifsysteem, bei der aktuellen Befragung fühlte sich ein noch geringerer Anteil ausreichend informiert. In allen Befragungen gilt dies für AHV- bzw. Erstversorgte in einem grösseren Ausmass als für IV- bzw. Folgeversorgte. Diese Beobachtungen könnten auf **die erhöhte Dienstleistungsdiversität und die erweiterte Konsumentensouveränität zurückzuführen sein**. Weiter war in der vorliegenden Befragung der Informationsstand über das Beratungsangebot von Hörbehindertenorganisationen nach wie vor gering.

REPARATUREN

Erstmals wurden auch Reparaturen ausgewertet. Dabei wurde zum einen untersucht, inwiefern die Reparaturwahrscheinlichkeit von personenbezogenen und gerätespezifischen Charakteristika abhängt. Zum anderen wurde eine Stichprobe von elektronischen Reparaturen nach Kosten ausgewertet, um zu analysieren, ob die Reparaturpauschale von 200 Franken angemessen ist.

Für die Betrachtung der Reparaturwahrscheinlichkeit wurden nur IV-Versorgungen analysiert. Bei rund jedem fünften Gerät (19.6 Prozent) musste die Elektronik nach der Gewährleistung innerhalb von sechs Jahren repariert werden. **Die Auswertung der Reparaturwahrscheinlichkeit zeigt, dass personenbezogene Faktoren eine substantielle Rolle spielen und die Hörgeräteträgerinnen und -träger einen Einfluss darauf haben, ob ihr Gerät zum Reparaturfall wird.** Ebenso können die Versicherten mit ihrer Wahl der Bauform die Reparaturwahrscheinlichkeit beeinflussen. Dass die Bauform und dadurch die Komplexität des Gerätes sowie die Anfälligkeit für äussere Einflüsse (Feuchtigkeit, Wärme etc.) einen Effekt auf die Auftrittswahrscheinlichkeit von Defekten an der Elektronik haben, erscheint plausibel. **Der Zusammenhang zwischen Fabrikat (Markenname) und Reparaturwahrscheinlichkeit wurde hingegen nicht im beobachteten Umfang erwartet.** Im Vergleich zum häufigsten Fabrikat (Phonak) weisen alle anderen Fabrikate entweder die gleiche oder eine tiefere Reparaturwahrscheinlichkeit auf (zwischen 3.7 und 20.8 Prozentpunkte). Es ist möglich, dass sich hinter diesen Effekten unbeobachtete Unterschiede zwischen den Personen, die Phonak-Geräte tragen, und jenen, die ein anderes Fabrikat haben, verbergen. Beispielsweise können weitere personenspezifische Merkmale wie Einkommen (und dadurch z. B. Preissensitivität) nicht in der Analyse berücksichtigt werden. Ein weiterer Faktor könnten Unterschiede in der Technik der Fabrikate sein, die nicht durch die Bauform oder das technische Niveau erfasst werden.

Um zu analysieren, ob die Reparaturpauschale von 200 Franken für elektronische Reparaturen angemessen ist, wurden 430 Rechnungen analysiert. Hierfür scheint vor allem die Reparaturannahmestelle entscheidend zu sein – bei zwei von sechs betrachteten Reparaturannahmestellen kann mehr als die Hälfte aller Reparaturen ohne Zuzahlung von Seiten der Versicherten durchgeführt werden, wohingegen **bei drei Reparaturannahmestellen keine einzige Reparatur innerhalb des Reparaturpauschalbetrags möglich war.**

WETTBEWERBSEFFEKT AUF DEM HÖRGERÄTEMARKT

Im Tarifsysteem hatten die Versicherten wenig Anreize, Produkte zu vergleichen und sich um ein günstigeres Angebot zu kümmern. Dank der Pauschalbeiträge im neuen System besteht für die Versicherten ein hoher Anreiz, das Produkt mit dem individuell besten Kosten-Nutzen-Verhältnis auszuwählen.

Im Hörgerätemarkt konnte auf allen Stufen (Hersteller, Abgabestellen und vertikale Integration) eine Konsolidierung beobachtet werden. Solche Konsolidierungen sind grundsätzlich ein Zeichen für einen funktionierenden Wettbewerb, der durch erhöhten Preisdruck strategisches Umdenken und Zusammenschlüsse sinnvoll oder sogar notwendig machen kann. In der Vorgängerstudie wurde ein verstärkter Wettbewerb nach dem Systemwechsel in der Hörgerätebranche festgestellt; seit Einführung des Pauschalsystems gab es jedoch keinen Hinweis auf eine weitere Akzentuierung des Wettbewerbes.

Insbesondere die Akustik-Fachgeschäfte vermeldeten, den Expertinnen und Experten zufolge, einen verstärkten Preisdruck, der nur in einem begrenzten Masse an die Hersteller weitergegeben werden kann. Dies kann auf die Marktstruktur zurückgeführt werden. Während wenige Hersteller den Markt (Schweiz sowie international) dominieren und somit eine grosse Marktmacht innehaben, sehen sich die Abgabestellen einer Vielzahl von Konkurrenten gegenüber.

Innerhalb der Abgabestellen bleiben die Akustik-Fachgeschäfte weiterhin die klar dominierenden Anbieter. Der Anteil der Hörgeräteträgerinnen und -träger, die ihr Hörgerät nicht bei einem Akustik-Fachgeschäft kauften, stieg im Pauschalssystem nur sehr geringfügig an und lag in der aktuellen Befragung bei ungefähr 3 Prozent. Der Anteil der Hörgeräte, die im Euroraum bezogen wurden, hat sich mehr als verdoppelt, liegt aber mit rund 2.9 Prozent immer noch auf einem tiefen Niveau.

Rund ein Viertel aller Versicherten bezog im Pauschalsystem Versorgung mit tieferen Gesamtkosten als noch im Tarifsysteem; gleichzeitig **versorgen sich rund zehn Prozent der Versicherten mit deutlich teureren Hörgerätesystemen** (inklusive Dienstleistungen) als im Tarifsysteem. Expertinnen und Experten verweisen als Erklärung auf **die hohe Zahlungsbereitschaft der Schweizer Konsumentinnen und Konsumenten** bei gleichzeitig **hohen Qualitäts- und Funktionalitätsansprüchen**. Dies zeigt auch die deutliche Zunahme der Hörgeräte mit technischem Niveau 4, der höchsten technischen Ausstattung. Reagiert der Markt entsprechend auf diese Bedürfnisse, kann von einer Ausweitung der Hochpreis- und Tiefpreissegmente ausgegangen werden. Diese Entwicklungen geben Hinweise dazu, dass die Versicherten ihre Versorgung besser nach ihren individuellen Bedürfnissen auswählen und ihrem Preis-Leistungs-Verhältnis entsprechend optimieren können.

Das breite Produktsortiment, die Komplexität der Hörgeräte und die Vielzahl an unterschiedlichen Dienstleistungspaketten machen einen Vergleich für Laien schwierig. Dies wiederum spricht für eine **geringe Markttransparenz und Informationsasymmetrie**, welche den Wettbewerb hemmen. Generell urteilte die Mehrheit der Expertinnen und Experten, dass es für die Konsumentinnen und Konsumenten aufgrund der genannten Gründe nur sehr schwierig bis unmöglich sei, das Preis-Leistungsverhältnis zu bewerten. Gewisse Expertinnen und Experten waren der Auffassung, dass die Akustik-Fachgeschäfte sich in der Regel um Transparenz bemühen und die Komplexität als Intransparenz ausgelegt werde.

Die Bemühungen seitens der Hörgeräteträgerinnen und -träger, an Informationen und Vergleichsangebote heranzukommen, hat seit dem Systemwechsel in wesentlichem Masse zugenommen. **Trotzdem fühlen sich die Versicherten im Pauschalssystem beim Kauf des Hörgerätes im Durchschnitt weniger gut informiert als noch im Tarifsysteem.** Diese subjektive Einschätzung könnte auf den grösseren Freiraum bei der Kaufentscheidung zurückgeführt werden und auf die daraus resultierenden höheren Ansprüche an die eigene Informiertheit. Gemäss den Ergebnissen der Befragungen ist insbesondere die Informiertheit über Servicepakete im Pauschalssystem unzulänglich.

PREISEFFEKT DES SYSTEMWECHSELS

Die Regressionsanalyse der Preise von Hörgeräteversorgungen ergab, dass der Systemwechsel zu einem Rückgang der Preise um 9.2 Prozent geführt hat. Demzufolge sanken im Zuge der Einführung des Pauschal-systems die Preise für die gleichen Versorgung **unabhängig von Kompositionseffekten** aufgrund der Stichprobenanteile bezüglich der Versorgungstypen (AHV / IV), der Versorgungsarten (Erst- oder Folgeversorgung), der Sprachregion und der ein- bzw. beidohrigen Vergütung sowie der Rabatte aufgrund des Alters des Hörgerätes.

Darüber hinaus lassen die **Preiseffekte separiert nach Dienstleistungs- und Gerätekosten vermuten, dass die Preissenkungen** zu einem grossen Teil auf eine **Senkung der Dienstleistungskosten (-19.4 Prozent)** zurückzuführen sind. Die Experteninterviews und die Ergebnisse der Befragung von Hörgeräteträgerinnen und -träger bestätigen diese Annahme. Letztere stellten seit dem Systemwechsel, mit Ausnahme der Nachbetreuung, eine Abnahme aller angebotenen Dienstleistungen fest. Offen ist, welcher Anteil der Preissenkung einer Reduktion des Dienstleistungsumfanges zugeschrieben werden kann. **Da die Zufriedenheit mit den Dienstleistungen gleichzeitig nicht gelitten hat, wird angenommen, dass im Pauschalssystem eine bedarfsgerechtere Dienstleistungsversorgung stattfindet.**

Bei einer Beurteilung des Umfangs der Dienstleistungen ist zudem zu berücksichtigen, dass es im Tarifsysteem eine Reihe von vertraglich vorgeschriebenen Dienstleistungen gab, welche die Abgabestellen grundsätzlich

durchführen mussten. Diese Verpflichtung wurde mit Einführung des Pauschalystems aufgehoben. Die gleichbleibende Zufriedenheit spricht daher eher für eine «Überversorgung» an Dienstleistungen im Tarifsysteem als für eine «Unterversorgung» im Pauschalssystem.

Im Zuge des Systemwechsels sind die Preise für Hörgeräte analog zu den Dienstleistungspreisen gesunken, mit 5.7 Prozent jedoch in geringerem Masse. Dies ist aufgrund der unterschiedlichen Marktstrukturen bei den Herstellern von Hörgeräten und den Abgabestellen durchaus plausibel.

GESAMTKOSTEN DER HÖRGERÄTEVERSORGUNG

Die Ergebnisse der Regressionsanalyse der Gesamtversorgungskosten, welche die Kompositionseffekte beinhalten kann, verdeutlichen, dass **die Kosten der AHV-Versorgungen durch den Systemwechsel gesunken sind. Bei den IV-Versorgungen verschwand der Effekt, nachdem die Kosten kurz nach dem Systemwechsel um rund sechs Prozent sanken. Bei den Kinderversorgungen konnte gegenüber dem Tarifsysteem in der aktuellen Erhebung ein Kostenrückgang von rund fünf Prozent festgestellt werden.** Diese Ergebnisse stimmen auch mit den Ergebnissen der deskriptiven Auswertungen der Gesamtversorgungskosten überein. Diese zeigen, dass sich ein Grossteil der Versicherten für hochpreisige Versorgung entscheidet.

Ausschlaggebend für die Wahl des Hörgerätes sind die individuellen Ansprüche an die Art und Ausstattung des Hörgerätes, an Umfang und Qualität der Dienstleistungen, an die Art der Abgabestelle und natürlich auch finanzielle Restriktionen. Dazu zeigen die Befragungsergebnisse, dass rund 40 Prozent der Versicherten, die sich für eine zuzahlungsfreie Versorgung entschieden haben, Qualitätseinbussen aus finanziellen Gründen in Kauf nahmen. Was aber nicht bedeuten muss, dass die zuzahlungsfreien Versorgung auf einem qualitativen schlechten Niveau sind.

Die deskriptiven Auswertungen zeigen darüber hinaus, dass sich die Spannweiten der Gesamtversorgungskosten bei den Versorgung der IV- und AHV-Versicherten durch den Systemwechsel erhöht haben und auch im weiteren Zeitverlauf eine grosse Variabilität beobachtet werden konnte. **Versicherte können sich demnach im Pauschalssystem günstiger, aber auch teurer versorgen als noch im Tarifsysteem.**

Bei den Kinderversorgungen, die auch nach dem Systemwechsel keine Pauschale erhalten, sondern in deren Rahmen die tatsächlichen Kosten bis zu einem Maximalbeitrag vergütet werden, **sind gegenüber dem Tarifsysteem die durchschnittlichen Zuzahlungen signifikant gesunken.** Gleichzeitig kann eine **zunehmende Konzentration der Gesamtkosten um den maximalen Versicherungsbeitrag** beobachtet werden. Neben dem beabsichtigten Effekt, der Abnahme der Gesamtkosten «von oben», wird also mit der Zunahme der Gesamtkosten «von unten» auch ein unbeabsichtigter Effekt beobachtet.

Härtefall-Versorgungen sind im Vergleich zu den Standardversorgung der IV mit höheren Gesamtkosten und folglich auch hohen Versicherungsbeiträgen verbunden. Die Aussagen einiger Expertinnen und Experten, dass die höheren Kosten bei den Härtefällen durch den höheren Dienstleistungsaufwand gerechtfertigt ist, kann durch die Daten nicht bestätigt werden. Die grössten Unterschiede zeigen sich in den Kosten für die Hörgeräte, die einerseits dadurch erklärt werden können, dass Härtefälle mit Hörgeräten auf einem höheren technischen Niveau versorgt werden. Andererseits deuten Unterschiede zwischen den Gerätepreisen von normalen IV-Versorgung und Härtefall-Versorgung für die gleichen Hörgerätemodelle darauf hin, dass die Abgabestellen die Preissetzungsspielräume bei den Hörgeräten ausreizen.

EMPFEHLUNGEN

Die aktuelle Lösung mit der finanziellen Unterstützung der Versicherten über Pauschalen, die ihnen eine möglichst grosse Freiheit bei der Wahl der Hörgeräteversorgung ermöglichen und ihnen als Konsumentinnen und Konsumenten einen Einfluss auf die Ausgestaltung des Marktangebots geben, ist u.E. ein sinnvolleres Modell als ein Tarifsysteem, da es für die Versicherung zu Einsparungen führt, die Qualität der Versorgung nicht beeinträchtigt und einen gewissen Preiseffekt zeitigt. Ob der Trend zu Premiumprodukten einem genuinen Bedürfnis entspricht, lässt sich jedoch nicht restlos klären.

Damit die Versicherten ihre Kaufentscheidung optimal an ihren individuellen Präferenzen bezüglich Kosten-Nutzen ausrichten können, wären Bestrebungen, welche die Informationsasymmetrie reduzieren und die Markttransparenz erhöhen, allerdings zu begrüssen. Diese zwei Aspekte hemmen den Wettbewerb, indem sie die Anbietenden gegenüber den Nachfragenden bevorteilen. Informationsasymmetrien bestehen zu einem gewissen Grad auf jedem Markt. Problematisch werden die ungleichverteilten Informationen erst, wenn sich die besser informierte Marktseite opportunistisch verhält und den Wissensvorsprung auf Kosten der anderen Seite drastisch ausnutzt. Die Reduzierungen dieser Wettbewerbshürden bzw. **die Erarbeitung von relevanten und einfach zugänglichen Informationen oder Informationsplattformen sind Themen, die unserer Ansicht nach von entsprechenden Konsumentenschutz- oder Hörbehindertenorganisationen bearbeitet werden sollten.** Dazu zeigte die Befragung, dass die Bekanntheit von Hörbehindertenorganisationen unter den Versicherten weiterhin tief ist.

Die spezielle Handhabung der Kinderversorgungen ist nach wie vor sinnvoll, da bei Kindern eine optimale Versorgung zur Sicherstellung korrekter Sprachentwicklung gegeben sein muss. Deshalb sollten Anreize zu Einsparungen nur in begrenztem Masse gesetzt werden. Die Auswertungen führen vor Augen, dass sich die Gesamtversorgungskosten um die Höchstvergütungsbeiträge konzentrieren. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Pädakustikerinnen und Pädakustiker keinen Anreiz haben, Versorgung mit Kosten unter diesem Höchstbeitrag anzubieten, bzw. die Versicherten keinen Anreiz haben, günstigere Versorgung einzufordern. Ob dies zutrifft, wäre in der Praxis nachzuprüfen.

Der Zeitpunkt der Auszahlung der Pauschale könnte einen starken Einfluss auf die Hörgeräteträgerinnen und -träger haben. In der Verhaltensökonomie sind verschiedene Phänomene bekannt, bei denen der Zeitpunkt einer Zahlung relevant für das Ergebnis ist. Wenn Hörgeräteträgerinnen und -träger die Pauschalbeiträge nicht als Teil ihres Vermögens ansehen, sondern als die Gewährung eines Preisnachlasses auf das Hörgerät, haben sie weniger Veranlassung, ein günstigeres Angebot auszuhandeln. Aus diesem Grund würde **die Auszahlung des Pauschalbeitrags vor dem Betreten der Abgabestelle durch die Versicherten eine Möglichkeit darstellen, das «Empowerment» durch einen besseren Anreiz zu stärken.** Rechtlich ist diese Abänderung momentan jedoch nicht zulässig.

Abschliessend kann festgehalten werden, dass die Erwartungen der Branche bezüglich des Preisdrucks und der Preissenkung (Preiseffekt von -9.2 Prozent auf der Gesamtversorgung) nicht in dem Masse eingetreten sind, wie es zu Beginn erwartet wurde. **Bei der IV sind die Kosten aus der aktuellen Stichprobe, aufgrund eines Trends zu Premiumprodukten, wieder auf dem Niveau des Tarifsystems angelangt,** während sie bei der AHV zwischen 2017 und 2019 um 7.6 Prozent gegenüber dem Tarifsysteem zurückgegangen sind und sich auch bei den Kinderversorgungen in der aktuellen Stichprobe ein Gesamtkosteneffekt von -5 Prozent zeigte..

RÉSUMÉ

La base légale de la fourniture d'appareils auditifs est ancrée dans les lois fédérales sur l'assurance-invalidité (AI) et sur l'assurance-vieillesse et survivants (AVS). **Si elles ont besoin de moyens auxiliaires, les personnes assurées ont droit à des modèles simples et adéquats**, notamment d'appareils auditifs.

Jusqu'au 30 juin 2011, les appareils auditifs étaient remboursés selon un système tarifaire. En raison de ses coûts élevés, le système tarifaire faisait l'objet de plus en plus de critiques, en particulier concernant le manque de concurrence sur le marché des appareils auditifs. En outre, les spécialistes estimaient qu'il n'y avait aucun lien avéré entre le degré de perte auditive et les coûts de fourniture d'appareils auditifs. Par conséquent, **un système de contributions forfaitaires a été introduit au 1^{er} juillet 2011**.

Dans ce nouveau système, les personnes assurées ne sont plus catégorisées en fonction du degré de perte auditive, mais touchent indépendamment de cela **un montant forfaitaire qui leur est versé directement**. Les forfaits ont été calculés sur la base du marché allemand des appareils auditifs, qui est comparable, et prennent en considération les coûts élevés de la main-d'œuvre en Suisse en étant fixés à un niveau 50 % plus élevé. Les **montants forfaitaires englobent tous les coûts occasionnés pendant six ans** (à l'exception des frais dus aux piles et aux réparations).

L'OFAS espérait que **le nouveau système renforce la concurrence sur le marché des appareils auditifs, fasse baisser les prix des appareils et des prestations de service et décharge financièrement les assurances sociales**, sans que la qualité de la fourniture d'appareils auditifs n'en souffre. Les acteurs du marché des appareils auditifs prévoient également une forte pression sur les prix due au changement de système.

Les objectifs de la présente étude ont été formulés sur la base de ces attentes : il s'agit de proposer une évaluation globale du changement de système en termes d'évolution des prix et de qualité de la fourniture. La comparabilité avec les études précédentes de l'IWSB ([Analyse des prix des appareils auditifs](#), en allemand) et de l'IGES ([Évaluation de la qualité de la fourniture d'appareils auditifs](#), en allemand) doit être conservée. Alors que ces études ont analysé la qualité et les prix de manière indépendante, la présente étude comprend les recherches aussi bien sur les prix (IWSB) que sur la qualité (IGES).

La méthodologie consistait à analyser les prix des appareils auditifs sur la base d'un échantillonnage stratifié tout en utilisant également les données des études précédentes. L'ensemble des données a augmenté jusqu'à atteindre près de 30 000 observations. Pour la première fois, un échantillon des réparations a également été récolté afin d'en tirer des indications sur la probabilité et les coûts de réparation.

Le but de cette étude partielle sur la qualité des appareils auditifs était de comparer la situation actuelle de la fourniture d'appareils auditifs avec la situation précédant le changement de système et avec celle suivant directement l'introduction du système forfaitaire. À cette fin, une enquête approfondie a été réalisée auprès de personnes porteuses d'appareils auditifs. L'enquête ciblait les indicateurs centraux de la qualité de la fourniture d'appareils auditifs, notamment les caractéristiques des appareils achetés, les prestations de service liées à la fourniture d'appareils auditifs, le taux d'utilisation, la satisfaction ainsi que l'intégration sociale et professionnelle des personnes porteuses d'appareils auditifs. Contrairement à l'étude précédente, celle-ci a analysé la qualité de la fourniture d'appareils auditifs pour les enfants et dans les cas de rigueur, ce qui n'était pas le cas dans les études précédentes. Les résultats de l'enquête ont permis d'établir comment et dans quelle mesure les indicateurs de qualité avaient changé en comparaison avec le système tarifaire et la première enquête réalisée avec le système forfaitaire.

En outre, des entretiens avec des experts du marché des appareils auditifs ont été menés. Les participants ont été recrutés dans les commerces spécialisés en aides auditives et les pharmacies ainsi que parmi les fabricants d'appareils auditifs et les associations de sourds et de malentendants, et représentent l'ensemble du marché des appareils auditifs. Les déclarations relatives à une prise de position d'un expert qui n'est pas indépendant sont mentionnées comme telles dans le texte.

LIMITES DE L'ÉTUDE

La question de savoir si les personnes assurées étaient trop couvertes n'était pas l'objet de cette étude et ne trouve pas de réponse ici. L'étude part du principe que les consommatrices et les consommateurs prennent les meilleures décisions pour eux en fonction de leurs préférences et des informations disponibles.

Dans l'interprétation des résultats, il faut également garder en mémoire que les résultats de l'enquête ne concernent que les personnes porteuses d'appareils auditifs qui ont bénéficié d'une contribution de leur assurance. Sont donc exclues du champ de cette étude les personnes dont le niveau de perte auditive est inférieur au seuil leur donnant droit à une telle contribution ou qui n'en ont pas fait la demande.

QUALITÉ DE LA FOURNITURE D'APPAREILS AUDITIFS

D'après les résultats de l'enquête menée auprès des personnes porteuses d'appareils auditifs, **la qualité de la fourniture d'appareils auditifs en Suisse est restée à un excellent niveau depuis le changement de système.** Aucune différence significative en termes de satisfaction subjective entre les périodes analysées (2012, 2013 et 2019) n'a été relevée, ce qui a été particulièrement déterminant pour parvenir à cette conclusion.

L'intégration scolaire des enfants porteurs d'appareils auditifs a été étudiée pour la première fois. Des améliorations considérables dues à l'utilisation des appareils auditifs sont observées ici, tout comme dans la vie professionnelle des adultes. Encore 30 % environ des parents indiquent que leurs enfants sont toujours limités dans leur vie.

La durée moyenne du port d'appareils auditifs est sensiblement plus élevée que dans le système tarifaire ; la grande majorité des personnes sondées portent leur appareil quotidiennement (env. 69 %) et plus de huit heures par jour (env. 71 %). Les études précédentes n'avaient permis d'observer aucune différence entre le système tarifaire et le système forfaitaire en termes de taux d'utilisation.

La littérature spécialisée fait état d'une satisfaction et d'un taux d'utilisation en Suisse très élevés en comparaison internationale également. Par ailleurs, on a constaté, en parallèle de la hausse des coûts globaux, une amélioration remarquable de la qualité de vie, une maniabilité optimisée et l'impression d'avoir une meilleure ouïe grâce à l'appareil auditif. Dans la première enquête réalisée avec le système forfaitaire (2013), l'amélioration de l'ouïe due à l'appareil a été légèrement moins bien évaluée qu'avec le système tarifaire (enquête de 2012), mais dans l'enquête actuelle, la part des personnes qui mentionnent que leur appareil auditif les aide considérablement augmente de nouveau légèrement. Aucune différence majeure ne subsiste donc vis-à-vis du système tarifaire. Dans les trois enquêtes, 90 % environ des personnes porteuses d'un appareil auditif ressentent une amélioration (significative) de leur qualité de vie grâce au port d'un appareil.

La satisfaction et le taux d'utilisation augmentent avec la durée d'utilisation de l'appareil. Les experts avancent comme explication possible que le cerveau doit à nouveau apprendre à entendre et à comprendre.

Par ailleurs, le fait que l'appareil ait été acheté dans un commerce spécialisé en aides auditives, dans une pharmacie ou dans une droguerie ne joue aucun rôle dans la satisfaction relative à la fourniture d'appareils auditifs.

QUALITÉ DES PRESTATIONS DE SERVICE

Dans le système forfaitaire, l'enquête montre que les personnes qui achètent un appareil auditif ont tendance à bénéficier de moins de séances d'adaptation et de prestations de service, prestations de suivi exclues. En outre, les personnes assurées y ont moins souvent recours à la possibilité de porter d'autres appareils auditifs à titre de test de comparaison (ou elle leur est moins souvent proposée). Indépendamment de ces différences, **la satisfaction relative aux prestations de service, d'adaptation et de suivi est restée à un niveau très élevé dans le système forfaitaire.**

Les variations relatives à l'étendue des services ont été jugées différemment selon les experts. Le recul des contrôles de suivi nécessaires aux ajustements, notamment, a été plutôt critiqué ; cependant, cela peut s'expliquer par le fait que certaines prestations de service seraient moins souvent requises en raison des progrès techniques. En outre, les experts ont remarqué que la charge plus restreinte liée aux prestations de service était évaluée positivement par les clients également. Cela corrobore le fait qu'une moindre étendue de prestations n'affecte pas négativement les dimensions qualitatives étudiées (taux d'utilisation, satisfaction, intégration). Les cas de perte d'audition sévère et de premier appareillage nécessitent nettement plus de séances d'adaptation que ceux de perte d'audition légère et de suivi simple, ce qui plaide également en faveur d'une fourniture des prestations de service adaptée aux besoins.

QUALITÉ DES APPAREILS AUDITIFS

Les appareils auditifs se sont beaucoup améliorés grâce aux progrès techniques et, par conséquent, la qualité des appareils bon marché est nettement meilleure qu'il y a encore dix ans. De plus, la part des appareils auditifs achetés présentant des caractéristiques très techniques a sensiblement augmenté. Les cycles d'innovation se sont raccourcis et, d'après les estimations des experts, deux ans environ s'écoulaient avant qu'un nouvel appareil n'arrive sur le marché. Les progrès technologiques mentionnés sont notamment une plus grande puissance de calcul des puces, des logiciels plus complets et la possibilité d'utiliser divers programmes d'écoute. Par ailleurs, la connexion Bluetooth a pris beaucoup d'importance au détriment de la position T et des appareils avec entrée audio.

Alors que la première enquête réalisée dans le système forfaitaire, juste après le changement de système, ne montrait pas de variations significatives concernant la qualité technique des appareils auditifs achetés, ceux acquis entre-temps se distinguent de ceux achetés dans le système tarifaire au niveau de la conception et de la technicité. Les appareils auditifs portés derrière l'oreille restent les plus fréquemment achetés d'après l'enquête actuelle réalisée également dans le système forfaitaire. **La part des appareils auditifs appartenant à la catégorie technique la plus élevée a nettement augmenté par rapport aux deux enquêtes précédentes (hausse de respectivement 13 % et 19 %).**

MONTANT DES FORFAITS

Les **contributions** forfaitaires des assurances fixées par l'OFAS **pour le financement d'un appareil auditif simple et adéquat permettent un appareillage sans supplément de prix** d'après les évaluations des données

de facturation. Une majorité des personnes acheteuses d'appareils auditifs se tourne cependant vers des appareils dont le prix dépasse le montant octroyé. **Pour les personnes assurées de l'AI (47 %)**, les cas de rigueur (66 %) et l'appareillage des enfants (48 %), la réponse prédominante expliquant **la motivation de percevoir une prestation dépassant le prix alloué est une meilleure intelligibilité et une qualité acoustique améliorée**, alors que les personnes assurées de l'AVS ont le plus souvent indiqué n'avoir reçu aucune offre d'appareillage sans supplément de prix (47 %). Comme l'AVS ne vise pas à prendre en charge la totalité des frais de fourniture avec ses forfaits pour appareils auditifs, mais au maximum 75 % des coûts, ce résultat n'est pas surprenant. De nombreuses personnes assurées de l'AVS interrogées ont mentionné ne rien savoir des variantes sans supplément de prix (40 %) ; ils n'étaient que 28 % dans ce cas parmi les personnes assurées de l'AI.

Malgré la forte réduction des contributions d'assurance, **la part de fourniture sans supplément de prix proposée par l'AVS dans le système forfaitaire a augmenté par rapport à ce qui était le cas dans le système tarifaire** grâce à l'élargissement de l'offre d'appareils bon marché ; parallèlement, dans le système forfaitaire, des fournitures assurées par l'AI et l'AVS dont les coûts sont inférieurs aux forfaits remboursés par les assurances sont proposées. Les évaluations montrent que les parts de fournitures sans supplément de prix dépendent également des centres de remise choisis. Alors que certains d'entre eux se sont orientés vers les gammes de prix supérieures, d'autres ont fait le choix inverse. La gamme de prix moyens ne connaît pas de recul significatif.

RESPONSABILISATION

Alors que les études précédentes ne montraient encore aucune évolution en termes de responsabilisation des personnes porteuses d'appareils auditifs, **la présente étude indique des angles d'amélioration** : si les deux premières sources d'information pour l'achat d'un appareil auditif restent, dans l'ordre, les audioprothésistes et les médecins ORL, les personnes assurées s'informent désormais plus souvent auprès de différents centres de remise ainsi que sur Internet. Cependant, il reste encore une marge considérable pour améliorer la responsabilisation, notamment par une transparence accrue du marché en ce qui concerne les prix et les prestations.

Dans l'enquête actuelle, environ 35 % des personnes porteuses d'appareils auditifs comparent plusieurs fournisseurs entre eux. Ainsi, cette proportion a augmenté par rapport à celles relevées dans le système tarifaire et dans la première enquête réalisée sur le système forfaitaire (alors respectivement de 8% et 11 %). Les personnes assurées de l'AI étaient les plus promptes à comparer les fournisseurs. Les trois enquêtes ont révélé que les facteurs déterminants dans le choix d'un appareil auditif étaient l'intelligibilité et la qualité acoustique pour la majorité des personnes concernées.

Parallèlement, l'évaluation subjective du niveau d'information, avant d'acheter un appareil, de toutes les personnes sondées s'est constamment dégradée depuis le changement de système. Dès le passage au système forfaitaire, les personnes acheteuses d'appareils auditifs se sont senties moins bien informées que dans le système tarifaire et, dans l'enquête actuelle, elles sont encore moins nombreuses à se sentir suffisamment renseignées. Dans toutes les enquêtes, c'est plus souvent le cas pour les personnes assurées de l'AVS ou les premières fournitures que pour celles de l'AI ou les suivis. Ces observations pourraient découler **d'une diversité des prestations accrue et d'une souveraineté plus étendue des consommatrices et des consommateurs.** En outre, le niveau d'information sur l'offre de conseil des organisations de personnes malentendantes était faible, dans cette enquête comme dans les précédentes.

RÉPARATIONS

Les réparations ont été évaluées pour la première fois. L'étude a analysé, d'une part, dans quelle mesure la probabilité de réparation dépendait de caractéristiques relatives à la personne et spécifiques à l'appareil. D'autre part, un échantillon des réparations électroniques a été examiné en fonction des coûts afin d'estimer si le forfait de réparation de 200 francs était adapté.

Seuls les appareils fournis par l'AI ont été évalués en ce qui concerne la probabilité de réparation. Pour environ un appareil sur cinq (19,6 %), l'électronique devait être réparée dans les six ans suivant l'échéance de la garantie. **L'analyse de la probabilité de réparation montre que les facteurs relatifs à la personne jouent un rôle substantiel et que les porteurs d'appareils auditifs ont une influence sur le risque de devoir réparer leur appareil.** Les personnes assurées peuvent également influencer la probabilité de réparation par leur choix de modèle. Comme le type de modèle et donc la complexité de l'appareil ainsi que la vulnérabilité aux facteurs extérieurs (humidité, chaleur, etc.) ont un effet sur la probabilité d'apparition de défaillances électroniques, cela semble plausible. **Le lien entre le produit (la marque) et la probabilité de réparation n'était en revanche pas évalué dans l'échantillon observé.** En comparaison avec le produit le plus répandu (Phonak), les autres font état soit de la même probabilité de réparation, soit d'une probabilité plus faible (entre 3,7 % et 20,8 %). Il est possible que derrière ces résultats se cachent des différences non analysées entre les personnes qui portent des appareils Phonak et celles qui portent des appareils d'une autre marque. Par exemple, d'autres caractéristiques individuelles comme le revenu (et donc la sensibilité aux prix) ne peuvent pas être prises en compte dans l'analyse. Des différences techniques dans le produit, non perceptibles dans le type de modèle ou le niveau technique, peuvent constituer un autre facteur.

Afin d'analyser si le forfait de réparation de 200 francs pour les réparations électroniques est adapté, 430 factures ont été examinées. Le point de service choisi pour les réparations semble être déterminant ici – deux points de service sur les six considérés effectuent plus de la moitié des réparations sans frais supplémentaires pour la personne assurée, **alors que dans trois points de service, aucune réparation n'était possible pour un montant inférieur au forfait de réparation.**

CONCURRENCE SUR LE MARCHÉ DES APPAREILS AUDITIFS

Dans le système tarifaire, les personnes assurées n'étaient guère incitées à comparer les produits ni à se préoccuper d'obtenir une offre meilleur marché. Grâce aux montants forfaitaires du nouveau système, elles sont davantage encouragées à choisir un produit en fonction du meilleur rapport coût-utilité individuel.

Une consolidation a pu être observée à tous les niveaux sur le marché des appareils auditifs (fabricants, centres de remise et intégration verticale). Ce genre de consolidation est le signe d'une bonne concurrence qui peut justifier, voire rendre nécessaire une réorientation stratégique et des regroupements en raison d'une pression accrue sur les prix. Dans les études précédentes, une concurrence renforcée a été constatée dans le domaine des appareils auditifs après le changement de système ; cependant, depuis l'introduction du système forfaitaire, aucun signe d'une intensification supplémentaire de la concurrence n'a été observé.

Par conséquent, les commerces spécialisés en aides auditives, en particulier, ont signalé aux experts une pression sur les prix accrue qui ne peut être attribuée aux fabricants que dans une certaine mesure. Cette pression peut découler de la structure du marché. Alors que peu de fabricants dominant le marché (en Suisse et sur le plan international) et profitent donc d'un pouvoir considérable, les centres de remise font face à de nombreux concurrents.

Parmi ces centres, les commerces spécialisés en aides auditives restent clairement les fournisseurs les plus importants. La part de personnes porteuses d'appareils auditifs qui n'achètent pas leur appareil dans un commerce spécialisé n'a que peu augmenté dans le système forfaitaire et se situe à 3 % environ dans l'enquête actuelle. La part des appareils auditifs achetés dans la zone euro a plus que doublé, mais reste à un niveau bas (env. 2,9 %).

Environ un quart des personnes assurées a acheté un appareil dans le système forfaitaire dont le coût total était inférieur à ce qui était le cas dans le système tarifaire ; parallèlement, **environ 10 % des personnes assurées se sont procuré des systèmes auditifs nettement plus coûteux** (y c. les prestations de service) que dans le système tarifaire. Les experts l'expliquent par la **forte disposition des consommatrices et consommateurs suisses à payer pour satisfaire des exigences élevées de qualité et de fonctionnalité**. La nette augmentation des appareils auditifs de niveau technique 4, le plus élevé, le montre également. Si le marché réagit conformément à ces besoins, un élargissement des gammes de prix supérieure et inférieure devrait se faire sentir. Ces évolutions indiquent que les personnes assurées choisissent mieux leur appareil en fonction de leurs besoins individuels et peuvent optimiser le rapport prix-prestation en conséquence.

La vaste gamme de produits, la complexité des appareils auditifs et la diversité des paquets de prestations rendent les comparaisons difficiles pour les non-spécialistes. Cela montre à nouveau qu'il existe une **moindre transparence du marché et une asymétrie de l'information** qui nuisent à la concurrence. De manière générale, la majorité des experts estime qu'il est très difficile, voire impossible pour les consommatrices et les consommateurs d'évaluer le rapport prix-prestation pour les raisons exposées ci-dessus. Certains experts étaient d'avis que les commerces spécialisés en aides auditives s'efforçaient en général d'être transparents et que la complexité était interprétée comme de l'opacité.

Les efforts fournis par les personnes porteuses d'appareils auditifs pour se pencher sur les informations et les offres comparatives ont significativement augmenté depuis le changement de système. **Malgré cela, les personnes assurées se sentent en moyenne moins bien informées lors de l'achat d'un appareil auditif dans le système forfaitaire que dans le système tarifaire.** Cette évaluation subjective pourrait découler d'une plus grande marge de manœuvre lors de la décision d'achat et des exigences accrues en matière d'information individuelle qui en résultent. D'après les résultats des enquêtes, c'est surtout le niveau d'information sur les paquets de services qui est insuffisant dans le système forfaitaire.

EFFET DE PRIX DU CHANGEMENT DE SYSTÈME

L'analyse de régression des prix de la fourniture d'appareils auditifs a montré que le changement de système avait entraîné une chute des prix de 9,2 %. Par conséquent, à la suite de l'introduction du système forfaitaire, les prix ont baissé pour les mêmes fournitures **indépendamment des effets de composition** dus aux parts d'échantillonnage concernant les groupes de bénéficiaires (AVS / AI), les types de fourniture (premier appareil ou suivi de soins), la région linguistique, l'appareillage pour une ou deux oreilles et les rabais accordés en fonction de l'ancienneté de l'appareil auditif.

En outre, les **effets de prix, séparés selon les coûts des prestations et les coûts des appareils, laissent à penser** que la majeure partie **des baisses de prix** s'explique par la **chute des coûts des prestations de service (- 19,4 %)**. Les entretiens avec les experts et les résultats des enquêtes auprès des personnes porteuses d'appareils auditifs le confirment. Ces dernières constatent depuis le changement de système une réduction des prestations offertes, prestations de suivi exceptées. La part des baisses de prix imputables à une réduction de l'étendue des prestations de service est inconnue. **Comme la satisfaction relative aux prestations de service**

n'a, parallèlement, pas souffert, il est supposé que les prestations de service sont fournies de manière adaptée aux besoins dans le système forfaitaire.

Pour évaluer l'étendue des prestations de service, il faut également tenir compte du fait que le système tarifaire offrait une série de prestations contractuelles que les centres de remise devaient mettre en œuvre ; cette obligation a été levée lors de l'introduction du système forfaitaire. La stabilité de la satisfaction indique donc plutôt une fourniture de prestations de service trop élevée dans le système tarifaire qu'une fourniture insuffisante dans le système forfaitaire.

À la suite du changement de système, les prix des appareils auditifs ont chuté, tout comme les prix des prestations de service, mais dans une moindre mesure (- 5,7 %). Étant donné les différences de structures de marché pour les fabricants d'appareils auditifs et les centres de remise, c'est plausible.

COÛTS TOTAUX DE LA FOURNITURE D'APPAREILS AUDITIFS

Les résultats de l'analyse de régression des coûts totaux de la fourniture, qui peut comprendre les effets de composition, expliquent que **les coûts des fournitures d'appareils dans l'AVS ont baissé avec le changement de système. Pour ce qui est des fournitures d'appareils dans l'AI, l'effet a disparu après que les coûts ont chuté de 6 % environ après le changement de système. Concernant l'appareillage des enfants, un recul de 5 % environ par rapport au système tarifaire a pu être observé dans l'enquête actuelle.** Ces résultats concordent également avec ceux des évaluations descriptives des coûts totaux de la fourniture. Ces dernières montrent qu'une grande partie des personnes assurées se tournent vers une fourniture haut de gamme.

Les exigences individuelles relatives au modèle et à l'équipement de l'appareil auditif, à l'étendue et à la qualité des prestations de service, au type de centre de remise et, bien entendu, aux limites budgétaires sont déterminantes pour le choix d'un appareil auditif. En outre, les résultats de l'enquête soulignent que 40 % environ des personnes assurées ayant choisi une fourniture sans supplément de prix ont accepté en contrepartie une perte de qualité pour des raisons financières. Cela ne signifie cependant pas que les appareils sans supplément de prix sont de qualité inférieure.

Par ailleurs, les évaluations descriptives indiquent que l'étendue des coûts totaux de fourniture aux personnes assurées de l'AI et de l'AVS a augmenté avec le changement de système et qu'une grande variabilité a pu être observée au fil du temps. **Les personnes assurées peuvent donc, dans le système forfaitaire, se fournir pour un coût inférieur ou supérieur à ce qui était le cas dans le système tarifaire.**

Pour les enfants, qui ne bénéficient toujours pas de forfait, même depuis le changement de système, les coûts effectifs de fourniture sont remboursés jusqu'à concurrence d'un certain montant ; les suppléments de prix moyens ont sensiblement baissé comparé à ce qui était le cas dans le système tarifaire. Parallèlement, une **concentration croissante des coûts totaux autour des cotisations maximales des assurances** peut être observée. En plus de l'effet escompté, c'est-à-dire la diminution des coûts totaux « de haut en bas », un effet inattendu est constaté : la hausse des coûts totaux « de bas en haut ».

En comparaison avec les fournitures standard de l'AI, les fournitures pour les cas de rigueur sont liées à des coûts totaux plus élevés et donc à des contributions d'assurances considérables. Les déclarations de certains experts selon lesquelles des coûts plus élevés pour les cas de rigueur sont justifiés par l'étendue importante des prestations de service ne peuvent pas être confirmées par les données recueillies. Les différences les plus importantes se voient dans les coûts dévolus aux appareils auditifs : elles peuvent d'une part être expliquées par le fait que les cas de rigueur bénéficient d'appareils auditifs d'un haut niveau technique. D'autre part, les

différences entre les fournitures normales de l'AI et les cas de rigueur pour les mêmes modèles d'appareils laissent à penser que les centres de remise jouent avec la marge de manœuvre de fixation des prix.

RECOMMANDATIONS

La solution actuelle de soutien financier accordé aux personnes assurées sous la forme de forfaits, qui leur laisse le plus de liberté possible dans le choix de leur fourniture d'appareils auditifs et leur permet d'influencer la configuration de l'offre de marché en tant que consommatrices et consommateurs, est à notre avis un modèle plus pertinent que celui du système tarifaire, car il entraîne des économies pour l'assurance, ne nuit pas à la qualité de la fourniture et engendre un certain effet de prix. On ne peut cependant pas vraiment déterminer si la tendance à acquérir des produits de qualité supérieure correspond à un besoin réel.

Afin que les personnes assurées puissent ajuster de manière optimale leur décision d'achat sur leurs préférences individuelles en termes de rapport coûts-utilité, des efforts visant à réduire l'asymétrie de l'information et à améliorer la transparence de marché seraient bienvenus. Ces deux aspects entravent la concurrence en avantageant les fournisseurs vis-à-vis des clients. Les asymétries de l'information existent, dans une certaine mesure, sur tous les marchés. Elles ne deviennent problématiques que lorsque les acteurs du marché les mieux informés se comportent de manière opportuniste et tirent largement profit de leur longueur d'avance sur les prix. Réduire ces obstacles à la concurrence ou **élaborer des informations ou des plateformes d'information pertinentes et faciles d'accès font partie des thèmes que nous estimons être du ressort des organisations de protection des consommateurs ou de personnes malentendantes**. En outre, l'enquête a montré que la visibilité des organisations de personnes malentendantes restait faible parmi les personnes assurées.

La gestion spécifique de l'appareillage des enfants est toujours pertinente, car une fourniture optimale doit être proposée aux enfants afin de garantir un développement correct du langage. C'est pourquoi les incitations à économiser ne doivent pas dépasser certaines limites. Les évaluations démontrent que les coûts totaux de fourniture se situent autour des montants maximaux des contributions. Cela peut indiquer que les pédiatres spécialisés en acoustique ne sont pas incités à proposer des fournitures dont les coûts sont inférieurs au montant maximal et que les personnes assurées ne sont pas encouragées non plus à demander des fournitures meilleur marché, mais cela reste à vérifier dans la pratique.

Le moment choisi pour verser les forfaits pourrait avoir une influence importante sur les personnes porteuses d'appareils auditifs. En économie comportementale, plusieurs phénomènes sont connus pour établir un lien pertinent entre le moment du versement et le résultat. Si les personnes porteuses d'appareils auditifs ne considèrent pas les contributions forfaitaires comme une partie de leurs avoirs, mais comme l'octroi d'un rabais sur un appareil auditif, ils ont moins l'occasion de négocier une offre plus abordable. Pour cette raison, **le versement de la contribution forfaitaire avant que les personnes assurées se rendent au centre de remise pourrait être une possibilité pour renforcer la responsabilisation par le biais d'une meilleure incitation**. Cette modification n'est cependant pas recevable légalement pour le moment.

En conclusion, on peut retenir que les attentes des acteurs de la branche concernant la pression sur les prix et la baisse des prix (effet de prix de - 9,2 % sur la fourniture totale) ne sont pas comblées dans la mesure attendue au départ. **Concernant l'AI, les coûts relevés dans l'échantillon actuel sont revenus au même niveau que dans le système tarifaire en raison d'une tendance à acquérir des produits de qualité supérieure**, alors que dans l'AVS, entre 2017 et 2019, les coûts ont reculé de 7,6 % par rapport au système tarifaire et indiquent un effet de coûts totaux de - 5 % pour l'appareillage des enfants dans l'échantillon actuel.

RIASSUNTO

Le basi legali per la protesizzazione con apparecchi acustici sono sancite nella legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI; RS 831.20) e nella legge federale del 20 dicembre 1946 sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (LAVS; RS 831.10). **In caso di bisogno, l'assicurazione per l'invalidità (AI) e l'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (AVS) forniscono agli assicurati mezzi ausiliari di tipo semplice, adeguato ed economico**, tra i quali figurano anche gli apparecchi acustici.

Fino al 30 giugno 2011, le protesizzazioni acustiche venivano rimborsate in base a un sistema tariffale, viepiù criticato per gli elevati costi generati, dovuti in particolare alla mancanza di concorrenza sul mercato degli apparecchi acustici. Inoltre, in base a valutazioni di esperti non sussisteva nemmeno un chiaro nesso tra il grado di perdita uditiva e il costo di una protesizzazione con apparecchi acustici. A fronte di questa situazione, **il 1° luglio 2011 è stato introdotto un nuovo sistema di rimborso forfettario**,

secondo il quale gli assicurati non vengono più classificati in base al grado di perdita uditiva, ma a prescindere da quest'ultimo ricevono un **forfait che viene versato loro direttamente**. Gli importi forfettari sono stati calcolati in base al mercato degli apparecchi acustici tedesco, paragonabile a quello del nostro Paese, tenendo conto del costo più elevato del lavoro in Svizzera con un supplemento del 50 per cento rispetto ai rimborsi concessi in Germania. **In sostanza il forfait comprende tutti i costi della protesizzazione per un periodo di sei anni** (escluse le spese per le batterie e le riparazioni).

Con l'**introduzione del nuovo sistema**, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) mirava a **rafforzare la concorrenza, ridurre i prezzi degli apparecchi acustici e dei servizi e sgravare finanziariamente le assicurazioni sociali**, senza ripercussioni sulla qualità degli apparecchi acustici forniti. Anche il settore degli apparecchi acustici si attendeva una massiccia pressione sui prezzi a seguito del cambiamento di sistema.

Sulla base di queste attese sono stati formulati gli obiettivi del presente studio, ossia fornire una valutazione attendibile sul cambiamento di sistema in relazione all'evoluzione dei prezzi e alla qualità della protesizzazione. La valutazione dovrà inoltre permettere un confronto con gli studi precedenti commissionati all'istituto IWSB ([«Analyse der Preise der Hörgeräteversorgung»](#), in tedesco con riassunto in italiano) e all'istituto IGES ([«Evaluation der Qualität der Hörgeräteversorgung»](#), in tedesco con riassunto in italiano). Contrariamente a quanto fatto in quelle occasioni, dove il tema della qualità e quello dei prezzi sono stati analizzati separatamente, il presente studio riunisce le analisi concernenti i prezzi (IWSB) e quelle concernenti qualità (IGES).

Per quanto riguarda l'aspetto metodologico, i prezzi degli apparecchi acustici sono stati esaminati attraverso un campione di dati classificati, nei quali sono confluiti anche quelli degli studi precedenti, per un totale di quasi 30 000 casi osservati. È inoltre stato rilevato per la prima volta un campione di dati riferiti alle riparazioni, che ha permesso di formulare affermazioni sulle probabilità di dover riparare gli apparecchi acustici e sui costi che ne derivano.

La parte dello studio dedicata all'analisi della qualità doveva confrontare la situazione attuale delle protesizzazioni con apparecchi acustici con quella vigente prima del passaggio al nuovo sistema forfettario nonché subito dopo la sua introduzione. A tale scopo è stata condotta un'inchiesta dettagliata tra i portatori di apparecchi acustici, improntata a indicatori di qualità centrali nell'ambito delle protesizzazioni acustiche, ovvero le caratteristiche degli apparecchi acquistati, i servizi connessi alla protesizzazione, il tasso di utilizzo e il grado di soddisfazione nonché l'integrazione sociale e professionale dei portatori di apparecchi. Rispetto agli studi precedenti, in questo caso si è proceduto all'analisi della qualità della protesizzazione anche per i minorenni e per i

casi di rigore. Sulla base dei risultati dell'inchiesta è stato appurato come e in che misura gli indicatori di qualità sono cambiati rispetto alla situazione con il sistema tariffale e alla prima inchiesta condotta dopo il passaggio al sistema forfettario.

In aggiunta, sono stati intervistati esperti del mercato degli apparecchi acustici, reclutati in tutti i settori che lo compongono: rivenditori specializzati in audioprotesi, farmacie, produttori di apparecchi acustici e associazioni delle persone affette da ipoacusia e sordità. Nello studio viene di volta in volta indicato, dove necessario, se un'affermazione costituisce il parere di un esperto non indipendente.

LIMITI DELLO STUDIO

La questione se il livello delle protesizzazioni sia eccessivo non è stata oggetto di questo studio e non è dunque possibile fornire una risposta adeguata in merito. Si parte dal presupposto che i consumatori facciano la scelta più appropriata per la loro situazione in base alle proprie preferenze e alle informazioni disponibili.

Nell'ambito dell'interpretazione dei risultati occorre inoltre tenere presente che lo studio si occupa esclusivamente dei portatori di apparecchi acustici che hanno beneficiato di un contributo assicurativo per la protesizzazione. Ciò significa che nel quadro del presente studio non è possibile formulare affermazioni sulle persone che non hanno presentato richiesta di prestazioni o il cui grado di perdita uditiva è inferiore alla soglia del diritto.

QUALITÀ DELLA PROTESIZZAZIONE CON APPARECCHI ACUSTICI

In base ai risultati dell'inchiesta condotta tra i portatori di apparecchi acustici **la qualità della protesizzazione in Svizzera è rimasta elevata anche dopo il passaggio al nuovo sistema di rimborso**. L'elemento determinante che ha permesso di giungere a questa conclusione è il fatto che non si sono rilevate differenze di rilievo in merito al grado di soddisfazione soggettiva nei tre periodi in esame (2012, 2013 e 2019).

Dai dati sull'integrazione scolastica dei minorenni portatori di apparecchi acustici, rilevati per la prima volta nell'ambito della presente valutazione, emerge che, alla pari di quanto accade nella vita professionale degli adulti, l'utilizzo di audioprotesi permette di ottenere notevoli miglioramenti, sebbene il 30 per cento dei genitori indichi che i figli continuano a convivere con limitazioni.

La frequenza e la durata media di utilizzo degli apparecchi acustici sono fortemente aumentate rispetto a quanto rilevato nel sistema tariffale: la maggior parte delle persone intervistate utilizza l'apparecchio quotidianamente (circa il 69 %) e per una durata di oltre otto ore al giorno (circa il 71 %). Riguardo al tasso di utilizzo, negli studi precedenti non era ancora stata rilevata alcuna differenza tra il sistema tariffale e quello forfettario.

In base alla letteratura scientifica, il grado di soddisfazione e il tasso di utilizzo in Svizzera risultano molto elevati anche nel confronto internazionale. Inoltre si è potuto constatare che parallelamente al livello dei costi complessivi è aumentata la percezione di un miglioramento della qualità di vita e dell'udito grazie all'apparecchio acustico nonché della funzionalità dell'apparecchio stesso. Mentre nella prima inchiesta svolta nel sistema forfettario (2013), il miglioramento dell'udito legato all'apparecchio era stato giudicato leggermente inferiore rispetto al sistema tariffale (2012), nel presente studio la quota di persone che indicano che l'apparecchio acustico li aiuta moltissimo è aumentata di nuovo leggermente. Di conseguenza non vi è più una differenza sostanziale rispetto a quanto emerso nel sistema tariffale. In tutte e tre le inchieste è risultato che il 90 per cento dei portatori di apparecchi acustici ritiene che grazie alla protesizzazione la qualità di vita sia (netamente) migliorata.

Il grado di soddisfazione e il tasso di utilizzo crescono in modo proporzionalmente diretto alla durata di utilizzo dell'apparecchio acustico. Secondo il parere degli esperti questo potrebbe essere dovuto al fatto che il cervello deve reimparare a sentire e capire.

Va detto inoltre che il grado di soddisfazione riguardo alla protesizzazione con apparecchi acustici è indipendente dal luogo d'acquisto dell'apparecchio (rivenditore specializzato in audioprotesi, farmacia o drogheria).

QUALITÀ DEI SERVIZI

In base all'inchiesta, le persone che hanno acquistato un apparecchio acustico nel sistema forfettario hanno beneficiato tendenzialmente di un numero minore di sedute di adattamento e di servizi (fatta eccezione per i servizi di assistenza dopo-vendita). Sempre nel sistema forfettario, gli assicurati hanno sfruttato (o è stata proposta loro) meno spesso la possibilità di testare altri apparecchi acustici a scopo di confronto. A prescindere da questi cambiamenti, **nel sistema forfettario il grado di soddisfazione per il servizio, l'adattamento e l'assistenza dopo-vendita è rimasto molto elevato.**

Gli esperti valutano in modo differenziato l'evoluzione del volume di servizi. In particolare, la diminuzione dei controlli per piccoli adattamenti tende ad essere considerata in modo piuttosto critico; d'altro canto è stato anche argomentato che a seguito degli sviluppi tecnologici la necessità di determinati servizi si presenta meno spesso. Gli esperti osservano inoltre che la diminuzione delle spese per i servizi è giudicata positivamente anche dai clienti. A riprova di questa affermazione sta il fatto che il calo del volume di servizi forniti non si ripercuote negativamente sugli indicatori di qualità centrali (tasso di utilizzo, grado di soddisfazione, integrazione). Inoltre, che le prestazioni connesse ai servizi sono maggiormente adeguate al bisogno è confermato dal fatto che gli assicurati con una perdita uditiva grave e quelli protesizzati per la prima volta ricorrono molto più spesso a sedute di adeguamento rispetto a coloro che hanno una perdita uditiva lieve o che beneficiano di protesizzazioni successive.

QUALITÀ DEGLI APPARECCHI ACUSTICI

Gli sviluppi tecnologici hanno portato a un notevole avanzamento degli apparecchi acustici, per cui anche la qualità degli apparecchi nella fascia di prezzo inferiore risulta nettamente superiore rispetto a dieci anni fa. Inoltre, è nettamente aumentata la quota di vendita degli apparecchi acustici tecnicamente più sofisticati. I cicli di innovazione si sono accorciati: gli esperti stimano che attualmente ci vogliono circa due anni per l'arrivo di nuovi apparecchi sul mercato. Tra gli sviluppi menzionati figurano la maggiore capacità di elaborazione dei chip, l'ampliamento delle funzionalità e la possibilità di impiegare diversi programmi d'ascolto. Inoltre la tecnologia bluetooth ha guadagnato decisamente terreno a scapito della bobina (T-coil) e degli apparecchi con ingresso audio per cuffie.

Se al momento dell'inchiesta condotta subito dopo il passaggio al sistema forfettario, dal punto di vista delle proprietà tecniche degli apparecchi acquistati non si erano rilevati sostanziali cambiamenti, ora gli apparecchi acquistati si distinguono da quelli nel sistema tariffale sia per tecnica costruttiva che per livello tecnologico. Gli apparecchi acustici «retroauricolari» risultano i più acquistati anche nell'inchiesta più recente sul sistema forfettario, mentre **la quota degli apparecchi acustici tecnicamente più sofisticati è nettamente aumentata rispetto ai risultati delle precedenti inchieste (del 13 % rispetto al 2012 e del 19 % rispetto al 2013).**

AMMONTARE DEL FORFAIT

Dall'analisi dei dati contabili risulta che i **forfait assicurativi** stabiliti dall'UFAS **permettono di finanziare pienamente protesizzazioni con apparecchi acustici semplici e adeguati senza costi supplementari**. Gran parte degli acquirenti ha però scelto un apparecchio acustico con costi supplementari. Alla domanda sulle **motivazioni a monte di questa scelta, sia tra gli assicurati AI (47 %) che nei casi di rigore (66 %) e di protesizzazioni di minorenni (48 %), sono stati indicati in prevalenza la maggiore comprensione linguistica e la migliore qualità del suono**, mentre gli assicurati AVS hanno risposto nel 47 per cento dei casi di non aver mai ricevuto offerte di protesizzazione senza costi supplementari. Questi risultati non devono stupire se si considera che l'AVS con il suo forfait mira a coprire al massimo il 75 per cento dei costi per la protesizzazione con apparecchi acustici. Il 40 per cento degli intervistati tra gli assicurati AVS ha dichiarato di non essere a conoscenza di opzioni senza costi supplementari, mentre tra gli assicurati AI la percentuale è solo del 28 per cento.

Nonostante la notevole riduzione dei contributi assicurativi concessi, l'ampliamento dell'offerta nella fascia di prezzo inferiore ha portato a un **aumento della quota di protesizzazioni senza costi supplementari assunte dall'AVS rispetto al sistema tariffale**; al contempo in entrambe le assicurazioni sono state accordate protesizzazioni i cui costi erano inferiori al forfait rimborsato. Le analisi mostrano che le quote di protesizzazioni senza costi supplementari dipendono anche dal fornitore scelto. Alcuni fornitori si sono infatti orientati alla fascia di prezzo superiore e altri a quella inferiore. Ciononostante non si è constatata una riduzione di rilievo nella fascia di prezzo media.

EMPOWERMENT

A differenza degli studi precedenti, nei quali non si era potuta osservare un'evoluzione in termini di responsabilizzazione (*empowerment*) dei portatori di apparecchi acustici, **dalla presente valutazione emergono indizi di un miglioramento**: Sebbene gli audioprotesisti rimangano la principale fonte d'informazione, subito seguiti dai medici specialisti ORL, gli assicurati si documentano maggiormente presso diversi fornitori e in Internet. Rimane però ancora molto margine di manovra per accrescere l'*empowerment*, in particolare aumentando la trasparenza del mercato per quanto concerne le componenti di prezzo e di prestazione.

Secondo l'ultima inchiesta, circa il 35 per cento dei portatori di apparecchi acustici ha fatto un confronto tra diversi fornitori, un dato in crescita rispetto a quanto emerso dalle inchieste precedenti (di 8 punti percentuali rispetto al 2012 e di 11 punti percentuali rispetto al 2013). Gli assicurati AI sono stati i più attivi nel confrontare i fornitori. In tutte e tre le inchieste, per la maggior parte dei portatori di apparecchi acustici i fattori determinanti di scelta sono stati la comprensione linguistica e la qualità del suono.

Dal cambiamento di sistema si è registrata una progressiva riduzione della percezione personale del grado d'informazione prima dell'acquisto di un apparecchio acustico. Subito dopo il passaggio al sistema forfettario, gli assicurati si sentivano già meno informati rispetto a quanto rilevato nel sistema tariffale e in base ai risultati dell'ultima inchiesta la situazione è ulteriormente peggiorata. In tutte e tre le inchieste questo vale più per gli assicurati AVS e in caso di prima protesizzazione che per gli assicurati AI e in caso di protesizzazioni successive. Quanto osservato potrebbe essere riconducibile all'**accresciuta diversificazione dell'offerta di servizi e alla maggiore libertà dei consumatori**. Sempre in base all'inchiesta più recente, il grado d'informazione in merito all'offerta di consulenza delle organizzazioni per gli audiolesi rimane basso.

RIPARAZIONI

Come anticipato nell'introduzione, nel presente studio sono state analizzate per la prima volta anche le riparazioni. Da un lato si è esaminato in che misura la probabilità di dover effettuare riparazioni dipenda da fattori individuali e dalle proprietà dell'apparecchio. Dall'altro è stato analizzato un campione di riparazioni elettroniche per valutare se il forfait di 200 franchi previsto a tale scopo sia adeguato.

Per l'esame della probabilità di riparazioni sono stati presi in considerazione esclusivamente le protesizzazioni dell'AI. Per circa un apparecchio su cinque (19,6 %) si è reso necessario riparare l'elettronica entro sei anni dalla scadenza della garanzia. **Dall'analisi emerge che i fattori individuali giocano un ruolo determinante e che i portatori di apparecchi acustici hanno un impatto sulla probabilità che il loro apparecchio debba essere riparato.** Essi possono influenzare questa probabilità anche attraverso la scelta del modello di apparecchio. Era plausibile che il modello e dunque la complessità dell'apparecchio nonché la sua sensibilità a fattori esterni (umidità, calore ecc.) avessero effetti sulla probabilità della comparsa di difetti elettronici. **Non ci si attendeva invece di rilevare un tale nesso tra il produttore (marca) e la probabilità di dover effettuare riparazioni.** Rispetto alla marca di produzione più diffusa (Phonak), tutte le altre presentano una probabilità pari o molto più bassa (tra 3,7 e 20,8 punti percentuali). È possibile che a monte di questo aspetto vi siano differenze non rilevate tra le persone che utilizzano apparecchi Phonak e i portatori di apparecchi di un altro produttore. Per esempio, nell'analisi non è stato possibile tenere conto di altri aspetti individuali quali il reddito (e quindi p. es. la sensibilità ai prezzi). Un ulteriore fattore potrebbe risiedere nelle differenze tecnologiche delle marche, che non hanno nulla a che vedere con la tipologia e il livello tecnico dell'apparecchio.

Per valutare se il forfait di 200 franchi per le riparazioni elettroniche sia adeguato, è stato analizzato un campione di 430 fatture. L'adeguatezza del rimborso sembra dipendere in particolare dal servizio di riparazione a cui si fa capo. Presso due dei sei servizi di riparazione presi in considerazione oltre la metà delle riparazioni è stata fornita senza costi supplementari a carico degli assicurati, mentre **in altri tre casi i servizi di riparazione non hanno potuto eseguire una sola riparazione senza superare il forfait in questione.**

EFFETTO DELLA CONCORRENZA SUL MERCATO DEGLI APPARECCHI ACUSTICI

Nel sistema tariffale, gli assicurati erano poco incentivati a confrontare prodotti e ad adoperarsi per trovare un'offerta più vantaggiosa. Grazie all'introduzione degli importi forfettari nel nuovo sistema di rimborso, sono maggiormente motivati a scegliere il prodotto con il miglior rapporto costi-benefici individuale.

Nel mercato degli apparecchi acustici si è potuto osservare un consolidamento a tutti i livelli (produzione, fornitura e integrazione verticale). Questo è in linea di principio indizio di una buona concorrenza, che con l'accresciuta pressione sui prezzi può rendere opportuni, se non addirittura necessari, un cambiamento di strategia e la collaborazione. Sebbene negli studi precedenti si era constatato un rafforzamento della concorrenza dopo il passaggio al nuovo sistema, dall'introduzione del sistema forfettario non si è rilevato alcun indizio di un'ulteriore accentuazione della stessa.

Secondo gli esperti, sono stati in particolare i rivenditori specializzati in audioprotesi a registrare un'accresciuta pressione sui prezzi, la quale può essere trasferita solo entro certi limiti sui produttori. Questo è ricollegabile alla struttura del mercato. Infatti, sia a livello nazionale che internazionale, il mercato è dominato da pochi produttori, mentre i fornitori si vedono confrontati con un gran numero di concorrenti.

Tra questi, i rivenditori specializzati in audioprotesi restano i fornitori nettamente dominanti. Nel sistema forfettario, la quota di portatori di apparecchi acustici che non hanno acquistato il proprio apparecchio presso

questi rivenditori è cresciuta solo minimamente, raggiungendo il 3 per cento al momento dell'inchiesta più recente. La parte di apparecchi acquistata nello spazio europeo è più che raddoppiata rimanendo tuttavia, con una quota di circa il 2,9 per cento, molto modesta.

Nel sistema forfettario, circa un quarto degli assicurati ha beneficiato di una protesizzazione i cui costi complessivi si sono attestati al di sotto di quelli nel sistema tariffale; al contempo **nel 10 per cento dei casi gli apparecchi acustici acquistati** (servizi compresi) **sono nettamente più costosi** che nel sistema precedente. Secondo gli esperti ciò è da ricondurre all'**elevata disponibilità dei consumatori svizzeri ad assumere una parte dei costi** a fronte di **elevate esigenze in termini di qualità e funzionalità**. È quanto emerge in modo chiaro anche dal netto incremento degli apparecchi acustici di livello tecnologico 4, ossia quelli con i dispositivi tecnici più sofisticati. Se il mercato reagisce di conseguenza a queste esigenze, si può supporre un ampliamento delle fasce di prezzo superiore e inferiore. Questi sviluppi indicano che gli assicurati sono in grado di scegliere meglio la protesizzazione in base alle proprie esigenze individuali e di ottimizzare di conseguenza il rapporto qualità-prezzo delle prestazioni a loro favore.

L'ampio assortimento di prodotti, la complessità degli apparecchi acustici e il gran numero di pacchetti di servizi rendono difficile il confronto delle offerte per i non addetti ai lavori. Questo denota a sua volta la **manca di trasparenza del mercato e un'asimmetria informativa** che frenano la concorrenza. In generale, la maggior parte degli esperti giudica che a fronte delle ragioni esposte, per i consumatori è molto difficile, se non impossibile, valutare il rapporto qualità-prezzo delle prestazioni. Alcuni di loro ritengono che di regola i rivenditori specializzati in audioprotesi s'impegnano a favore della trasparenza e che la complessità della materia viene considerata come mancanza della prima.

Gli sforzi compiuti dai portatori di apparecchi acustici per ottenere informazioni e confrontare le offerte esistenti sono aumentati in misura considerevole dal passaggio al nuovo sistema. **Ciononostante, nel sistema forfettario gli assicurati si sentono mediamente meno informati all'acquisto di un apparecchio acustico di quanto lo erano nel sistema tariffale.** Questa valutazione soggettiva potrebbe essere ricondotta al maggiore margine di manovra nella decisione d'acquisto e al conseguente aumento delle proprie esigenze d'informazione. In base ai risultati delle inchieste, nel sistema forfettario è particolarmente difficile accedere alle informazioni sui pacchetti di servizi.

EFFETTI DEL CAMBIAMENTO DI SISTEMA SUI PREZZI

Dall'analisi di regressione dei prezzi per le protesizzazioni con apparecchi acustici è emerso che il cambiamento di sistema ha portato a una riduzione dei prezzi del 9,2 per cento. Secondo questo dato, nel quadro dell'introduzione del sistema forfettario il prezzo per la medesima protesizzazione è sceso **in modo indipendente dall'influsso delle componenti** presenti nel campione, ossia rimborso (AVS o AI), tipo (prima o successiva protesizzazione), forma (monoauricolare o binauricolare), regione linguistica o riduzioni in funzione dell'età dell'apparecchio.

Inoltre, analizzando **separatamente i costi dei servizi e degli apparecchi si può supporre che le riduzioni dei prezzi** siano in gran parte dovute a un **calo dei costi dei servizi (-19,4 %)**. I risultati delle interviste agli esperti e quelli dell'inchiesta svolta tra i portatori di apparecchi acustici confermano questa ipotesi. Questi ultimi hanno constatato dal passaggio al nuovo sistema una diminuzione di tutti i servizi offerti (ad eccezione dell'assistenza dopo-vendita). Non è dato sapere in che misura la riduzione dei prezzi sia da ascrivere a una diminuzione del volume di servizi. **Poiché parallelamente il grado di soddisfazione per i servizi offerti non ne ha risentito, si presume che l'offerta di servizi nel sistema forfettario sia maggiormente adeguata al bisogno.**

Nel valutare il volume di servizi bisogna inoltre tenere conto del fatto che nel sistema tariffale esisteva una serie di servizi fissati per contratto che i fornitori erano tenuti per principio a eseguire, obbligo venuto a cadere con l'introduzione del sistema forfettario. Il grado di soddisfazione invariato indica dunque più un «eccesso» di servizi nel sistema tariffale che un'«insufficienza» di offerta nel sistema forfettario.

Analogamente a quanto accaduto per i servizi, nel quadro del cambiamento di sistema anche i prezzi degli apparecchi acustici sono diminuiti, ma in misura minore (-5,7 %). Considerata la differente struttura del mercato dei produttori di apparecchi acustici e di quello dei fornitori, questo risultato è pienamente plausibile.

COSTI COMPLESSIVI DELLA PROTESIZZAZIONE CON APPARECCHI ACUSTICI

I risultati dell'analisi di regressione dei costi complessivi della protesizzazione, che possono essere influenzati dalle componenti, mostrano in modo chiaro come **i costi della protesizzazione a carico dell'AVS siano diminuiti a seguito del cambiamento di sistema. Nel caso delle protesizzazioni a carico dell'AI, subito dopo l'introduzione del nuovo sistema i costi sono diminuiti di circa il 6 per cento per poi stagnare. Per quanto concerne le protesizzazioni di minorenni, dalla rilevazione più recente risulta una diminuzione dei costi di circa il 5 per cento rispetto al sistema tariffale.** Questi risultati corrispondono anche a quelli delle analisi descrittive dei costi complessivi delle protesizzazioni, secondo le quali una gran parte degli assicurati sceglie protesizzazioni di prezzo elevato.

Per la scelta dell'apparecchio acustico sono determinanti le esigenze individuali riguardo al tipo e alla dotazione dell'audioprotesi, al volume e alla qualità dei servizi, al tipo di fornitore e naturalmente anche ai limiti finanziari. Inoltre, dai risultati dell'inchiesta emerge che circa il 40 per cento degli assicurati che hanno scelto una protesizzazione senza costi supplementari sono disposti ad accettare una qualità inferiore per ragioni finanziarie. Questo non significa però necessariamente che le protesizzazioni senza costi supplementari siano di scarsa qualità.

Le analisi descrittive mostrano inoltre che con il cambiamento di sistema il divario tra i costi complessivi delle protesizzazioni rimborsate dall'AI e dall'AVS è cresciuto e che anche in seguito si è osservata un'elevata variabilità. **Ciò significa che nel sistema forfettario gli assicurati possono beneficiare di protesizzazioni sia più vantaggiose che più costose rispetto a quelle del sistema tariffale.**

Nel caso delle protesizzazioni di minorenni che dopo il cambiamento di sistema non sono passati al rimborso forfettario ma ricevono un importo massimo nel quadro dei costi effettivi, **i costi supplementari medi sono sensibilmente diminuiti rispetto al sistema tariffale.** Al contempo si osserva che **i costi massimi gravitano progressivamente intorno all'importo massimo.** Oltre all'effetto perseguito, ovvero la riduzione dei costi complessivi «dall'alto», si può dunque rilevare anche un effetto involontario di aumento dei costi «dal basso».

Rispetto alle protesizzazioni standard dell'AI, le protesizzazioni di casi di rigore implicano costi complessivi più elevati e di conseguenza anche maggiori contributi assicurativi. Le affermazioni di una parte degli esperti, secondo cui i costi più elevati nei casi di rigore sarebbero giustificati dal maggiore onere in termini di servizi non può essere confermata dai dati. Le differenze più marcate si rilevano nel costo degli apparecchi acustici, che possono essere innanzitutto ascritte al fatto che i casi di rigore beneficiano di una protesizzazione con apparecchi acustici tecnicamente più sofisticati. Inoltre, le differenze di prezzo tra gli apparecchi rimborsati dall'AI per la normale protesizzazione e quelli per la protesizzazione di casi di rigore per gli stessi modelli sta a indicare che i fornitori sfruttano il margine di manovra nella fissazione dei prezzi degli apparecchi acustici.

RACCOMANDAZIONI

La soluzione attualmente in vigore, in base alla quale gli assicurati sono sostenuti finanziariamente attraverso importi forfettari che lasciano loro ampia libertà nella scelta degli apparecchi acustici e la possibilità d'intervenire sull'impostazione dell'offerta del mercato in qualità di consumatori, è un modello più adeguato del sistema tariffale dato che permette all'assicurazione di conseguire risparmi senza intaccare la qualità della protesizzazione e producendo un certo effetto sui prezzi. Non è però possibile chiarire in via definitiva se la tendenza all'acquisto di prodotti di punta corrisponda a un'esigenza reale.

Affinché gli assicurati siano in grado di orientare le proprie scelte in modo ottimale alle preferenze individuali in termini di costi-benefici, sarebbe certamente auspicabile adottare misure per ridurre le asimmetrie informative e migliorare la trasparenza del mercato. Questi due aspetti frenano infatti la concorrenza favorendo i fornitori rispetto agli acquirenti. Le asimmetrie informative sono in parte inevitabili in qualsiasi mercato, ma diventano problematiche se la parte di mercato meglio informata sfrutta in modo estremamente opportunistico il vantaggio a scapito dell'altra parte. La riduzione di questi ostacoli alla concorrenza, attraverso **l'elaborazione di informazioni o la creazione di piattaforme informative rilevanti e di facile accesso è un tema che dovrebbe essere trattato da organizzazioni di protezione dei consumatori o per gli audiolesi**. Inoltre, dall'inchiesta è emerso che la conoscenza delle organizzazioni per gli audiolesi rimane bassa tra gli assicurati.

La particolare gestione delle protesizzazioni di minorenni rimane appropriata, poiché per garantire un corretto sviluppo linguistico occorre una protesizzazione ottimale. Per tale ragione in questo caso gli incentivi al risparmio andrebbero adottati solo entro certi limiti. Le analisi mettono in evidenza come i costi complessivi della protesizzazione si concentrano intorno all'importo massimo rimborsato, un possibile indizio del fatto che gli audioprotesisti specializzati in acustica pediatrica non sono incentivati a offrire protesizzazioni con costi inferiori all'importo massimo oppure che gli assicurati non sono incentivati a richiedere protesizzazioni più economiche. La veridicità di queste ipotesi andrebbe verificata nella prassi.

Il momento del pagamento del forfait potrebbe avere un influsso importante sui portatori di apparecchi acustici. Nell'economia comportamentale sono noti diversi fenomeni per i quali la tempistica di un pagamento è rilevante per il risultato finale. Se i portatori di apparecchi acustici non considerano l'importo forfettario come parte del loro patrimonio, ma quale riduzione sul prezzo dell'apparecchio, allora sono meno motivati a trattare un'offerta più vantaggiosa. Per tale ragione, **il versamento del forfait prima che gli assicurati si rivolgano a un fornitore potrebbe essere una soluzione per rafforzare l'empowerment migliorando l'incentivazione**. Attualmente però questo cambiamento non è possibile da un punto di vista giuridico.

Infine si constata che le aspettative del settore riguardo alla pressione sui prezzi e alla loro diminuzione (effetto sui prezzi del -9,2 % sui costi complessivi delle protesizzazioni) non si sono realizzate nella misura attesa. **In base al campione più recente, i costi per le protesizzazioni nell'ambito dell'AI sono tornati al livello di quelli del sistema tariffale a fronte di una tendenza all'acquisto di prodotti di punta**, mentre nell'ambito dell'AVS tra il 2017 e il 2019 si è registrato un calo del 7,6 per cento rispetto al sistema tariffario e in quello delle protesizzazioni di minorenni si è rilevata una riduzione dei costi complessivi del -5 per cento.

SUMMARY

The legal basis for the provision of hearing aids can be found in two federal laws – on Invalidity Insurance (IV) and on Old-Age and Survivors' Insurance (AHV). **Where necessary, the insureds are to be provided with aids of a simple and appropriate kind**; this also includes hearing aids.

Until 30 June 2011, the cost of hearing aids was reimbursed on the basis of a tariff system. This system came in for increasing criticism due to its high costs, and especially for the lack of competition in the market for hearing aids. Experts still claim there is no clear correlation between the degree of hearing impairment and the cost of providing hearing aids. As a consequence of all this, **a new system based on flat-rate payments was introduced on 1 July 2011**.

Under the new system, the insureds are no longer classified by the degree of their hearing impairment: instead, they are granted a **flat rate that is disbursed directly to them**. The flat rates were calculated on the basis of the – comparable – German market for hearing aids and take account of Switzerland's higher labour costs through a 50-percent mark-up on the amounts reimbursed in Germany. The **flat rate covers all costs for a period of six years** (with the exception of battery and repair costs).

The FSIO's expectations were that **the new system would strengthen competition in the market for hearing aids, reduce the prices of both devices and services, and reduce the financial burden on the social insurance entities** – without any detrimental effects on the quality of hearing-aid provision. The hearing-aid industry, too, expected the change of system to exert huge pressure on prices.

The goals of the present study are derived from these expectations: the study is designed to deliver a broad-based assessment of the change of system as regards price trends and the quality of provision. It is also intended to permit comparisons with the previous studies carried out by IWSB ([Analysis of prices in the provision of hearing aids](#)) and IGES ([Evaluation of the quality of hearing aid provision](#)). While the two previous studies examined quality and prices separately from each other, the present study looks at both prices (IWSB) and quality (IGES).

In terms of methodology, the prices of hearing aids were evaluated using a stratified random sample, which also incorporated the data from the previous studies. As a result, the enlarged data set comprised almost 30,000 observations. For the first time, a random sample of repairs was compiled, so that statements could be made on the incidence and cost of repairs.

The goal of the sub-study on the quality of provision of hearing aids was to compare the current situation with the ones prevailing both before the changeover from the tariff system and directly after introduction of the flat-rate system. To this end, a comprehensive survey of hearing-aid wearers was conducted. The survey targeted key quality indicators in the provision of hearing aids, such as the features of the hearing aids purchased, the services associated with the provision of hearing aids, the rate of hearing-aid use, levels of satisfaction with the hearing aid as well as the wearers' levels of social and occupational integration. Unlike the previous study, this present one also analysed the quality of provision of hearing aids to children and to insured persons classified as cases of hardship. The results of the survey were used to determine how and to what extent the quality indicators had changed relative both to the tariff system and to the first survey conducted on the flat-rate system.

In addition, interviews were conducted with experts from the hearing-aid market. The interviewees covered the entire spectrum of the market for hearing aids: from specialist hearing acoustics stores, pharmacies and hearing-aid manufacturers through to the associations representing the interests of the hard-of-hearing and the hearing-impaired. In the text, any statements made by experts not categorised as independent were marked as such.

SCOPE OF THE STUDY

The question of whether the insureds are oversupplied did not form part of the study and thus cannot be answered. It is assumed that the consumers make the decisions that are best for them on the basis of their personal preferences and the available information.

When interpreting the results, it should also be borne in mind that the study findings relate only to persons provided with hearing aids who receive a cost contribution from their insurer. This means the study cannot provide any information on persons whose hearing impairment is not serious enough to result in an insurance claim or who did not lodge any such claim.

THE QUALITY OF PROVISION OF HEARING AIDS

According to the results of the survey of hearing-aid wearers, **the quality of the provision of hearing aids has remained at a consistently high level since the change of system.** The main reason for this conclusion is that no significant changes in subjective satisfaction levels were evident between the three survey periods (2012, 2013 and 2019).

For the first time, the educational integration of children with hearing aids was covered in the latest survey. As is the case with the integration of adults into working life, the use of hearing aids in this area, too, evidently brings about marked improvements – though around 30 percent of parents say their children still have to live with restrictions.

The **average time hearing aids are worn is significantly higher than it was under the tariff system:** the overwhelming majority of respondents wear their hearing aids every day (around 69 percent) and for more than eight hours per day (around 71 percent). In the previous study, no differences could be determined between the rate of hearing-aid use under the tariff and flat-rate systems.

According to the literature, satisfaction levels and rates of hearing-aid use are very high in Switzerland, also compared with other countries. It was also possible to ascertain that the higher the overall costs, the better the perceived improvement in quality of life, the greater the ease of use and the stronger the impression of improvement in hearing attributable to the device. Whereas, in the first survey performed after the change to the flat-rate system (2013 survey), respondents rated improvements in their hearing slightly less positively than claimants under the tariff system (2012 survey), in the latest survey the proportion of persons saying that their hearing aid was very helpful rose again slightly. Thus, in this regard there is no longer any significant difference between the two systems. In all three surveys, around 90 percent of hearing-aid wearers felt that the devices brought about an increase or considerable increase in their quality of life.

Satisfaction levels and the rate of hearing-aid use both rise the longer a hearing aid is worn. The reason for this, according to the experts, is that the brain initially has to relearn how to hear and understand sounds and speech.

Beyond that, it is immaterial for satisfaction levels whether the hearing aid was bought from a specialist hearing acoustics store or a pharmacy.

QUALITY OF SERVICE

According to the survey, those purchasing hearing aids in the flat-rate system tend to receive fewer appointments for adjustments and other services – the only exception here being after-sales service. Under the flat-rate system, insured persons are also less likely to take advantage of the opportunity to test other hearing aids for comparison purposes, or are given this opportunity less frequently. Regardless of these changes, **satisfaction with adjustment and other services as well as after-sales service remains at a consistently high level in the flat-rate system.**

The experts gave differing assessments of the changes that have occurred in the scope of services. In particular, the reduction in follow-up monitoring and fine-tuning has tended to come in for criticism; on the other hand, technical progress has been offered as an explanation for certain services being required less often. The experts further noted that the customers also considered the lower service costs to be a positive. This is because the reduction in services did not have any negative impact on overarching quality dimensions (e.g. rate of hearing-aid use, satisfaction, integration). That the services are still in line with actual needs is indicated by the following: significantly more appointments for adjustments are booked by insureds with serious hearing loss who are having hearing aids fitted for the first time than those with less severe hearing loss or receiving follow-up services.

QUALITY OF HEARING AIDS

Technical progress has brought about a big improvement in hearing aids, with the quality of the devices even in the low-price segment being substantially better now than just ten years ago. What is more, the proportion of hearing aids sold with the best technical features has increased considerably. Innovation cycles have become shorter: according to the experts, it takes only around two years to get new devices to market. The technical progress mentioned above includes more powerful chips, more comprehensive software and the option of choosing between different hearing programmes. In addition, Bluetooth connectivity has become more widespread at the expense of the telecoil and devices with audio input.

Whereas the first survey directly after the changeover to the flat-rate system did not reveal any major changes as regards the technical features of the hearing aids purchased, the hearing aids bought now differ from those in the tariff system in terms of both design and technical features. In the latest survey, behind-the-ear devices remained the type of hearing aid most frequently purchased: **compared with the previous two surveys, the proportion of hearing aids in the highest technical category was substantially greater (increases of 13 and 19 percentage points).**

AMOUNT OF FLAT RATE

According to an evaluation of the invoice data, **the flat-rate contributions set by the FSIO and paid by the insurers to finance simple and practical hearing aids definitely enable insureds to obtain hearing aids without having to make co-payments.** Nevertheless, a majority of hearing-aid buyers make co-payments when purchasing devices. When asked about their **willingness to make co-payments, the main reason given by IV in-**

sureds (47 percent), as well as cases of hardship (66 percent) and children (48 percent), **was better intelligibility of speech and better sound quality**; the most frequent reason (47 percent) given by AHV insureds was that they had not received any co-payment-free offer. This finding is not surprising, given that the flat rates for hearing aids paid by the AHV are not intended to cover the full costs, but a maximum of 75 percent only. Many of the AHV insureds surveyed (40 percent) said they were not aware of co-payment free variants; by contrast, the corresponding figure for IV insureds was only 28 percent.

Although the contributions paid by the insurers have been markedly reduced, the expansion of offerings in the low-price segment has led to an **increase in co-payment-free hearing-aid purchases under AHV insurance in the flat-rate system compared with the tariff system**. At the same time, IV and AHV purchases were made in the flat-rate system the cost of which was lower than the flat rates reimbursed by the insurers. The analyses show that the proportion of co-payment-free purchases also depends on the vendor selected. While some vendors are geared to the high-price segment, others focus on the low-price segment. There has been no discernible decline in the mid-price segment.

EMPOWERMENT

In the previous study there was no observable trend as regards the empowerment of hearing-aid wearers. **In the present study, however, there are indications of an improvement**. Hearing acoustics specialists continue to be the most important source of information for hearing-aid buyers, with ENT physicians being the second most important. Nevertheless, insureds are increasingly obtaining information from several vendors and also informing themselves online. And yet, there is still much scope for improving empowerment, especially by enhancing market transparency in relation to the price and service components.

In the current survey, around 35 percent of hearing-aid wearers compared several providers before making a purchase. This proportion was 8 percentage points higher than under the old tariff system and 11 percentage points higher than in the first survey conducted for the flat-rate system. Within the total group of insureds, IV insureds were the most active when it comes to comparing providers. Across all three surveys, the decisive criteria for wearers selecting a hearing aid were intelligibility of speech and sound quality.

At the same time, the respondents' personal assessment of how well they are informed before buying a hearing aid has declined continually since introduction of the new system. Immediately after the new system was launched, hearing-aid buyers felt they were not as well informed under the flat-rate system than under the previous tariff system; in the current survey, an even smaller proportion claimed to be well informed. In all three surveys, this tends to the case with AHV insureds and first-time wearers rather than with IV insureds and those requiring replacement devices. These observations could be attributable to **the greater diversity of services available and enhanced consumer sovereignty**. The present study also revealed that the proportion of respondents who know about the advisory services offered by organisations for the hearing-impaired remains low.

REPAIRS

For the first time, repairs were included in the current survey. It was examined to what extent the incidence of repairs depends on personal and device-specific characteristics. What is more, a random sample of electronics-related repairs was analysed on the basis of costs to determine whether the 200-franc flat rate for repairs is adequate.

Purchases by IV insureds were analysed to determine the frequency of repairs. With around one in five hearing aids (19.6 percent), the electronics had to be repaired outside the warranty period and within six years of purchase. **An evaluation of the incidence of repairs reveals that personal factors play a substantial role and that hearing-aid wearers can influence whether or not their devices require repairs.** By choosing the right design, insureds can also influence the incidence of repairs. It appears plausible that the design of a hearing aid, its complexity and its susceptibility to external impacts (moisture, heat, etc.) play a role in the frequency of electronic defects. **By contrast, the degree to which a particular make (brand) would influence the incidence of repairs was not unexpected.** Compared with the most common brand (Phonak), all other brands exhibited either the same or a lower incidence of repairs (between 3.7 and 20.8 percentage points lower). It is possible that these effects are attributable to unobserved differences between the people who wear Phonak hearing aids and those wearing other makes. For instance, further factors specific to the individuals involved such as income (and thus, for example, price sensitivity) cannot be incorporated into the analysis. A further factor could be technological differences between the makes that are not explicable in terms of design or level of technical equipment.

In order to determine whether the 200-franc flat rate for electronics repairs is adequate, 430 invoices were analysed. In particular, the repairer seems to play a decisive role here – at two of the six repairers analysed, more than half of all repairs were performed without the insureds having to make co-payments; by contrast, **at three of the repairers, not a single repair was possible within the flat rate.**

EFFECT ON COMPETITION IN THE HEARING-AID MARKET

Under the tariff system, there was little incentive for insureds to compare products and shop around for less expensive ones. The flat rates in the new system increase the incentive for insureds to choose the product with the best cost-benefit ratio.

Consolidation was observable at all levels of the hearing-aid market (manufacturers, vendors, vertical integration). This sort of consolidation is an indicator of functioning competition, with increasing price pressure making strategic reorientation and mergers sensible, even necessary. The previous study noted increased competition in the hearing-aid segment after the change in system; since the flat-rate system was rolled out, there has been no sign of any further increase in competition.

According to the experts interviewed, the specialist hearing acoustic stores have reported growing price pressure, only part of which can be passed back to the manufacturers. This can be explained by the structure of the market. Whereas the (Swiss and international) market is dominated by a small number of manufacturers who wield a lot of power, the vendors have to contend with large number of competitors.

In the vendor segment, specialist hearing acoustic stores remain the dominant providers. The proportion of hearing-aid wearers who buy their devices from a specialist hearing acoustic store has risen only marginally in the flat-rate system: the corresponding figure in the latest survey was around 3 percent. The proportion of hearing aids purchased in the eurozone has more than doubled, but is still low at around 2.9 percent.

Under the flat-rate system, around one-quarter of insureds purchase products and services the total costs of which are lower than under the tariff system; at the same time, **around 10 percent of insureds purchase hearing-aid systems (including services) that are substantially more expensive than under the tariff system.** The experts say the reason for this lies in **Swiss consumers' willingness to pay more** coupled with **their high demands as regards quality and functionality.** This is evident in the marked increase in sales of Level-4 hearing

aids, those with the most advanced technical features. If the market responds to these needs, we can expect both the high-price and low-price segments to expand. These trends provide an indication that the insureds are able to choose the products and services that better match their individual needs and to optimise their price-performance ratio accordingly.

The wide range of products, the complexity of hearing aids and the large number of different service packages make it difficult for the uninitiated to make proper comparisons. This, in turn, indicates both a **low level of market transparency and the presence of information asymmetries**, both of which impede competition. The general consensus among the experts was that, for the reasons outlined, it was difficult or even impossible for consumers to assess the price-performance ratio. Some experts were of the opinion that the specialist hearing acoustic stores generally endeavoured to create transparency and that complexity was being interpreted as a lack of transparency.

Since the change of system, hearing-aid wearers have made much greater efforts to obtain information and comparative offers. **Nevertheless, the insureds feel on average that, when making a purchase, they are not as well informed under the flat-rate system than they were under the tariff system.** This subjective assessment could be attributable to the greater freedom enjoyed when making a purchase and to the resulting higher demands as regards knowledgeability. The results of the surveys show that, in particular, knowledgeability of service packages is inadequate under the flat-rate system.

PRICE EFFECTS OF THE CHANGE OF SYSTEM

A regression analysis of the prices of providing hearing aids revealed that the system change has brought about a reduction in prices of 9.2 percent. According to the analysis, after introduction of the flat-rate system, prices for similar products and services fell, **regardless of composition effects** due to random sample shares in relation to the entity paying (AHV/IV), the type of provision (first-time or replacement), language region and payments for monaural or binaural devices as well as rebates granted on the basis of the age of the hearing aid.

In addition, **a breakdown of the price effects by service and device costs suggests that the decrease in prices is largely attributable to a reduction in service costs (–19.4 percent).** This assumption coincides with the results of both the interviews with experts and the survey of hearing-aid wearers. The latter noted a reduction in the services offered since the system change – with the exception of after-sales service. It is still moot what proportion of the price reduction is accounted for by the reduction in the scope of services. **Given that satisfaction with the services offered has not suffered, it is assumed that the provision of services in the flat-rate system is more needs-based than was previously the case.**

When assessing the scope of the services offered, it must also be taken into account that vendors in the tariff system were contractually obliged to perform a series of services and that this obligation was rescinded when the flat-rate system was introduced. That satisfaction levels remain unchanged is thus rather an indicator of the excess provision of services under the tariff system and of not of any shortage of services under the flat-rate system.

In the wake of the system change, prices of hearing aids declined along with service prices, but slightly less strongly at –5.7 percent. This is quite plausible given the different structures of the hearing-aid manufacturer and vendor markets.

TOTAL COSTS FOR THE PROVISION OF HEARING AIDS

The results of the regression analysis of the total provision costs – which may contain composition effects – underscore that **the costs incurred by the AHV purchases have decreased since the change in system. As for IV purchases, though their costs fell by around 6 percent after the system change, that effect has since evaporated. The current survey confirmed a decline in costs of around 5 percent for hearing aids for children compared with the tariff system.** These results also match the findings of the descriptive evaluations of total provision costs, which show that a majority of insureds opt for high-price hearing aids and services.

The decisive factors in choosing a hearing aid are the user's individual requirements as regards the type and equipment level of the device, the scope and quality of the services, the type of vendor and, of course, any personal financial constraints. The survey findings reveal that around 40 percent of insureds who opted for a co-payment-free package are prepared to accept lower quality for financial reasons. That does not necessarily mean, however, that the co-payment-free options are of poor quality.

The descriptive evaluations also show that the overall range of total costs for the devices and services chosen by IV and AHV insureds broadened as a result of the change of system and that a high degree of variability has been observable in the period since then. **Consequently, under the flat-rate system insureds can buy products and services that are less expensive, but also ones that are more expensive.**

In the case of hearing aids and services for children – where no flat rates are imposed even under the new system, but where actual costs are reimbursed up to a maximum amount – **average co-payments have declined significantly compared with the tariff system.** At the same time, **total costs increasingly tend to gravitate towards the maximum amount paid by the insurer.** In addition to the intended effect – a reduction in total costs “imposed from above” – there is also an observable unintended effect, namely an increase in total costs “from below”.

Compared with IV standard provision, the products and services provided in cases of hardship involve higher total costs and consequently also high contributions on the part of the insurer. The data gathered do not confirm the assertion of some experts that the higher costs in cases of hardship are justified by the additional time and effort for services. The biggest differences are discernible in the cost of hearing aids. On the one hand, the reason for this is that the hearing aids provided in cases of hardship are technically superior. On the other hand, the differences in prices between what is normally provided by the IV insurers and what is provided in cases of hardship for the same hearing-aid models indicate that the vendors are making the most of their freedom to set the prices of hearing aids.

RECOMMENDATIONS

The current solution – in which the insureds receive financial support in the form of flat rates that grant them as much freedom as possible in the choice of hearing aids and associated services and allow them to help shape what is offered in the marketplace by exercising their sovereignty as consumers – is, in our opinion, a more sensible model than the tariff system because it generates savings for the insurers, has no detrimental effect on the quality of the hearing aids and services provided, and has a certain effect on prices. It cannot be definitively determined, however, whether the trend towards premium products stems from a genuine need.

Efforts to reduce information asymmetry and enhance market transparency would be welcome, however, to enable insureds to optimally gear their decision to purchase to their individual cost-benefit preferences. These

two aspects are impeding competition by granting sellers an advantage over buyers. To a certain extent, information asymmetries exist in every market. Such asymmetries do not become problematical until the better-informed market participant behaves opportunistically and drastically exploits its better knowledge at the other party's expense. Reducing these obstacles to competition and **creating relevant, easily accessible information sources or platforms are approaches we believe should be tackled by the corresponding consumer protection agencies or organisations for the hearing-impaired.** In this context, the survey revealed that awareness of the latter organisations remains limited among insureds.

When it comes to the provision of hearing aids and services to children, a special approach still makes sense, given how important hearing is to children in developing correct language skills. That is why only limited incentives to achieve savings should be applied in this area. The evaluations show that the total costs of provision gravitate towards the highest cost contributions granted. This could indicate that there is no incentive for paediatric acousticians to offer packages below the maximum amount reimbursed or that there is no incentive for insureds to demand less expensive packages. Whether either of these statements is true needs to be verified in practice.

The point in time at which the flat rate is paid could have strong effect on hearing-aid wearers. Behavioural economics recognises various phenomena where the time of a payment can influence the result. If hearing-aid wearers see the flat rates not as part of their own assets, but as a discount granted on the hearing aid, they will be less inclined to negotiate a more favourable deal. For this reason, **disbursement of the flat rate before the insured approaches the vendor would be one way to strengthen empowerment with a better form of incentive.** However, such a change is not possible under the current law.

In conclusion, we can state that the industry's expectations as regards price pressure and price cuts have not materialised to the extent anticipated (price effect of -9.2 percent on total costs of provision). **On the basis of the current random sample, costs for IV insurers have risen again to their levels under the tariff system owing to the trend towards premium products,** while in the period 2017–2019 AHV insurers' costs fell by 7.6 percent compared with tariff-system price levels. The current random sample also showed a total cost effect of 5 percent in the case of hearing aids and services for children.

1 EINLEITUNG

1.1 AUSGANGSLAGE

Die rechtliche Grundlage der Hörgeräteversorgung ist in den beiden Bundesgesetzen über die Invalidenversicherung (IV) und Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) zu finden (Bundesrat, 2010). Den versicherten Personen werden bei Bedarf Hilfsmittel in **einfacher und zweckmässiger Ausführung** zur Verfügung gestellt, unter diese Hilfsmittel fallen auch Hörgeräte. Bis zum 30. Juni 2011 wurden Hörgeräte mittels eines Tarif-Systems vergütet. Hierzu wurde die versicherte Person durch den Hals-Nasen-Ohren-Arzt (HNO-Arzt) in eine von drei Indikationsstufen gemäss dem Grad der Schwerhörigkeit eingestuft. Zusätzliche zur Indikationsstufe wurde durch den Arzt auch beurteilt, ob es sich um eine einseitige (monaurale) oder beidseitige (binaurale) Versorgung handelte. In Tab. 1 sind die Versicherungsbeiträge der IV-Versicherten nach Indikationsstufe und Versorgung aufgeführt (Bundesamt für Sozialversicherung, 2018a). Im Gegensatz zu den IV-Versicherten erhielten AHV-Versicherte (Bundesamt für Sozialversicherung, 2018b) nur eine monaurale Versorgung und 75 Prozent der IV-Leistung.

TAB. 1 VERGÜTUNG IM TARIFSYSTEM			
Versorgungsgrundlage	Indikationsstufe	Monaurale Versorgung	Binaurale Versorgung
IV	1	CHF 1'395.00	CHF 2'275.00
IV	2	CHF 1'750.00	CHF 2'820.00
IV	3	CHF 2'100.00	CHF 3'355.00
IV Kinder	1	CHF 1'686.00	CHF 2'703.00
IV Kinder	2	CHF 2'107.00	CHF 3'330.00
IV Kinder	3	CHF 2'522.00	CHF 3'944.00
AHV	1	CHF 1'046.25	-
AHV	2	CHF 1'312.20	-
AHV	3	CHF 1'557.00	-

Anmerkung: AHV-Versicherte erhielten nur monaurale Versorgungen und 75 Prozent der IV-Leistung.

Aufgrund der hohen Kosten für die Sozialversicherung stand das Tarifsysteem zunehmend in der Kritik, wobei insbesondere der mangelnde Wettbewerb im Hörgerätemarkt hervorgehoben wurde. Weiter existiert nach Einschätzungen von Fachleuten kein zuverlässiger Zusammenhang zwischen dem Grad der Hörminderung und den Kosten für eine Hörgeräteversorgung.¹ Dies führte dazu, dass ab dem 1. Juli 2011 ein Systemwechsel vollzogen wurde, wodurch das Tarifsysteem durch ein Pauschalsystem abgelöst wurde.

Im neuen System werden die Versicherten nicht mehr nach dem Grad der Hörminderung eingestuft, sondern erhalten unabhängig davon einen Pauschalbetrag, der direkt an die Versicherten ausbezahlt wird. Die Pauschalen wurden auf Basis des vergleichbaren Deutschen Hörgerätemarktes berechnet und berücksichtigen die höheren Arbeitskosten in der Schweiz, indem sie 50 Prozent über den dortigen Krankenversicherungsvergütun-

¹ Hörgeräte mit höherer Verstärkung sind nicht teurer als ansonsten gleichwertige Hörgeräte mit tieferer Verstärkung. Zudem kann auch in puncto Anpassungsaufwand kein Zusammenhang mit dem Schweregrad des Hörverlusts beobachtet werden. Versicherte mit schwerer Hörbeeinträchtigung sind oft geübte Trägerinnen und Träger, ein negativer Zusammenhang wäre demnach naheliegender.

gen für Hörgeräte angesetzt wurden. Im Pauschalbetrag sind grundsätzlich alle Kosten (mit Ausnahme der Batterie- und Reparaturkosten) während sechs Jahren enthalten.² Die AHV finanziert wie zuvor jeweils 75 Prozent des IV-Betrages. AHV-Versicherte können jedoch bereits nach fünf Jahren eine neue Versorgung beantragen.

TAB. 2 VERGÜTUNG IM PAUSCHALSYSTEM		
Grundlage der Versorgung	Monaurale Versorgung	Binaurale Versorgung
IV	CHF 840.00	CHF 1'650.00
IV Kinder	Max. CHF 2'830.00	Max. CHF 4'170.00
IV Härtefälle	Nicht festgelegt	Nicht festgelegt
AHV	CHF 630.00	CHF 1'237.50

Anmerkung: AHV-Versicherte erhalten 75 Prozent der IV-Leistung. Die binaurale Versorgung bei dem AHV-Versicherten wird seit dem 1.7.2018 erstattet.

Für Kinder bis 18 Jahre werden die Kosten bis zu einem Höchstbetrag übernommen und direkt an die Pädakustikerin, den Pädakustiker entrichtet. Neben den höheren Beiträgen für Kinder ist im Pauschalssystem auch eine Härtefallregelung vorgesehen. Diese gilt für Personen, welche einer Erwerbstätigkeit nachgehen bzw. sich in Ausbildung befinden und einer ausserordentlich schwierigen Versorgung gegenüberstehen. Die versicherten Personen können dies mittels eines gesonderten Formulars beantragen. Wird der Härtefall anerkannt, übernimmt die IV die Mehrkosten einer adäquaten, einfachen und zweckmässigen Versorgung.

1.1.1 ERWARTUNGEN DES SYSTEMWECHSEL

Die Absicht der eingeführten Pauschalvergütung war es, den Wettbewerbsdruck zu verstärken und die Preise durch den intensivierten Wettbewerb zu senken. Das neue System soll den Wettbewerb anregen, indem den Hörgeräteträgerinnen und -trägern mehr Entscheidungsfreiheit zugestanden wird. Fällt die Versorgung günstiger aus als die Pauschale, können die Versicherten die Differenz behalten, was einen Anreiz für eine kostengünstige Versorgung darstellt. Darüber hinaus ermöglicht das Pauschalssystem den Versicherten, ihre Hörgeräteversorgungen neuerdings auch im Ausland zu erwerben.

Im Rahmen der Theorie der rationalen Entscheidung wird angenommen, dass die handelnden Subjekte, in unserem Fall die Käuferinnen und Käufer von Hörgeräten, aufgrund ihrer Präferenzen ein nutzenmaximierendes Verhalten zeigen. Gilt das Prinzip der Konsumentensouveränität, so nehmen die Konsumentinnen und Konsumenten eine lenkende Funktion in dem betroffenen Markt ein: Durch ihre rationalen Entscheide steuern sie indirekt das Angebot der Anbietenden auf diesem Markt. Dies führt zu preislich attraktiven Angeboten sowie zu einer vorteilhaften Auswahl an Produkten. Die Konsumentensouveränität ist durchaus mit dem Begriff «Empowerment» in Verbindung zu setzen: Die Entscheide der mündigen Konsumentinnen und Konsumenten haben dabei einen beträchtlichen Einfluss auf den Ausgang des Marktprozesses. Das höchste Ausmass an Konsumentensouveränität kann jedoch nur in Märkten erreicht werden, die sich durch vollständige Konkurrenz der Produzenten auszeichnen, dazu sind folgende grundlegende Bedingungen erforderlich:

- homogene Güter,
- viele (kleinere) Anbieter,
- Markttransparenz,
- freier Marktzutritt und

² Leistungen und technische Ausstattungen, die über eine einfache Versorgung hinausgehen, müssen von den Versicherten selber getragen werden.



- der Umstand, dass die Marktteilnehmenden sofort auf Veränderungen im Markt reagieren können.

In der Realität sind Märkte mit vollständiger Konkurrenz kaum anzutreffen. Beispielsweise kann im Hörgeräte-markt nicht wirklich von homogenen Gütern gesprochen werden und die Markttransparenz ist aufgrund von Informationsasymmetrien zugunsten der Anbieter eher eingeschränkt. Ferner entsteht über die Beratungsgespräche eine Kundenbindung, welche viele Menschen dazu bringt, keinen Preisvergleich anzustellen.

Der Hörgerätemarkt zwischen Versicherten und Abgabestellen³ kann besser als ein Markt mit monopolistischer Konkurrenz beschrieben werden. Märkte mit monopolistischer Konkurrenz zeichnen sich klassischerweise durch eine starke Produktdifferenzierung mit unvollkommenen Substituten aus. Die Abgabestellen können innerhalb einer gewissen Preisspanne monopolistisch agieren, ausserhalb der monopolistischen Preisspanne gilt jedoch wieder vollständige Konkurrenz. Wenn ein Anbieter die Preise so stark erhöht, dass diese ausserhalb der monopolistischen Spannweite liegen, wird er Kundinnen und Kunden an die Konkurrenz verlieren. Im Gegensatz zur vollständigen Konkurrenz haben die Anbieter somit einen gewissen Spielraum bei der Preissetzung. Da die Produktdifferenzierung jedoch einen relevanten Teilmarkt ansprechen muss, folgt die Ausgestaltung der Produkte nach wie vor den Bedürfnissen der Konsumierenden.

Im alten System konnte trotz verschiedenster Hörgeräteanbieter und damit potenzieller Konkurrenz schlecht von Konsumentensouveränität gesprochen werden: Nur wenn die Preise den Versicherungsbeitrag überschritten, hatten die Versicherten einen Anreiz, Produkte hinsichtlich ihrer Preise zu vergleichen. Gleichzeitig hatten die Abgabestellen keinen Grund, kostengünstige Produkte anzubieten, deren Preise unter der ausgehandelten Tarifpauschale lagen.

Aus diesen grundsätzlichen Überlegungen ergaben sich gewisse Erwartungen an den Systemwechsel: Aufgrund des erhöhten Entscheidungs- und Handlungsspielraums der Versicherten und der tieferen Versicherungsbeiträge sollte sich der Wettbewerb unter den Anbietern von Hörgeräten und den dazugehörigen Serviceleistungen verstärken. Dies betrifft vor allem den Preis, es sollte aber auch zu einer verstärkten Produktdifferenzierung kommen. Die angebotenen Produkte werden vermehrt auf die individuelle Zahlungsbereitschaft der Kundschaft und deren Ansprüche an Qualität und Funktionalität ausgerichtet sein.

1.1.2 VORGÄNGERSTUDIEN

Im Anschluss an den Systemwechsel wurden 2012 zwei Studien zur ersten Beurteilung der Qualität (IGES, 2014) und Preise (IWSB, 2013) der Hörgeräte im Pauschalsystem im Vergleich zum Tarifsysteem in Auftrag gegeben.

Die Qualitätsstudie konnte mittels einer Befragung der Hörgeräteträgerinnen und -träger feststellen, dass die Qualität gleichgeblieben war. Die Erwartungen bezüglich eines «Empowerments» der Hörgeräteträgerinnen und -träger konnten jedoch nicht erfüllt werden. Die Informationsasymmetrien zwischen Abgabestellen und Versicherten waren nach wie vor frappant.

Die Studie zur Preisanalyse konnte einen verbesserten Wettbewerb im Hörgerätemarkt feststellen. Insgesamt wurde jedoch festgestellt, dass die Preissensitivität der Hörgeräteträgerinnen und -träger in der Schweiz eher gering ist.

³ Die Abgabestellen sind jedoch in unterschiedlichem Ausmass direkt von den Hörgeräteherstellern abhängig. So gibt es Abgabestellen, die zum Konzern eines Hörgeräteherstellers gehören, andere haben Exklusivverträge mit Herstellern (um bessere Konditionen zu erhalten), und wieder andere sind relativ unabhängig in Einkaufsgemeinschaften zusammengeschlossen. Bei der Produktion und Entwicklung von Hörgeräten, also dem Markt zwischen Abgabestellen und Herstellern, handelt es sich wohl eher um ein Oligopol, da dieser Markt von wenigen grossen Herstellern dominiert wird.

Die kürzlich veröffentlichte Studie der Preisüberwachung (Wasmer, 2020) kommt zum Schluss, dass die Schweizer Preise für Hörgeräte im internationalen Vergleich teuer sind, wobei jedoch auch die Nachfrage nach High-End-Geräten in der Schweiz sehr hoch ist. Zusätzlich weist auch der Preisüberwacher auf die geringe Preistransparenz im Hörgerätemarkt hin.

1.2 ZIELSETZUNG

Das Ziel der Studie ist es, eine breit abgestützte Beurteilung des Systemwechsels in Bezug auf die Preisentwicklung sowie die Qualität der Versorgung auf Basis der formulierten Erwartungen zu ermöglichen, wobei die Vergleichbarkeit mit den Vorgängerstudien von IWSB und IGES beibehalten werden soll. Eine zentrale Fragestellung ist dabei, ob eine qualitativ hochstehende, einfache und zweckmässige Versorgung mit den im aktuellen Vergütungssystem zur Verfügung gestellten Pauschalen möglich ist. Die Evaluation beruht dabei auf zwei Pfeilern:

Preisanalyse: Was sind die Auswirkungen des Systemwechsels auf den Wettbewerb im Hörgerätemarkt, auf die Preise der Hörgeräteversorgungen sowie deren Produktvielfalt? Hat sich die Markttransparenz erhöht? Ist der Preisdruck aufgrund der tiefen Preissensitivität der Betroffenen immer noch gering? Können sich Versicherte zuzahlungsfrei mit Hörgeräten versorgen? Die Preisanalyse beinhaltet erstmalig auch die Analyse der Reparaturen, welche hinsichtlich Kosten und Häufigkeit untersucht werden sollen. Die Analyse wird nach Hörgerätemodellen, Herstellern, Anbietern und Abgabeart unterscheiden. Die Vorgängerstudie wird zudem in Form einer Gegenüberstellung der Härtefallkosten, separiert nach Hörgeräten und Dienstleistungen, um Standardversorgungen erweitert.

Qualität der Versorgung: Analog zur Vorgängerstudie wird die Qualität der Versorgung anhand verschiedener Indikatoren (z. B. Tragerate, Zufriedenheit) gemessen und im Rahmen einer Befragung von Hörgeräteträgerinnen und -trägern untersucht. Ein weiterer Aspekt der Befragung ist – wie schon in der Vorgängerstudie – die Informiertheit der Betroffenen. Erstmalig wird im Rahmen der Untersuchung die Motivation für Zuzahlungen bei den versicherten Personen erfragt. Im Rahmen der Analyse wird zwischen verschiedenen Personengruppen (z. B. Alter, Versicherung, Region), verschiedenen Angeboten (z. B. Absatzkanal, technisches Niveau), verschiedenen Bedürfnissen sowie Schwerhörigkeitsgraden unterschieden. Die Verwendung des Fragebogens aus der Vorgängerstudie ermöglicht einen Vergleich der derzeitigen Qualität mit der Qualität vor der Systemumstellung (Messung im Tarifsystem 2011) sowie der ersten Messung im Pauschalssystem (2013).⁴ Des Weiteren findet ein Vergleich mit der Qualität in den Systemen anderer Länder statt. Zusätzlich werden erstmalig auch die Härtefall- und Kinderversorgungen bezüglich ihrer Qualität untersucht.

Die Synthese dieser zwei Pfeiler ergibt eine breit abgestützte Evaluation der Auswirkungen des Systemwechsels auf die Qualität der Versorgung und die Preisentwicklungen. Nachfolgend wird das konkrete Vorgehen näher umschrieben.

1.3 HYPOTHESEN

Anhand der Erwartungen an den Systemwechsel und der Erkenntnisse der Vorgängerstudien können sechs verschiedene Hypothesen zur Einführung des Pauschalystems aufgestellt werden, die im Rahmen dieser Studie zu überprüfen sind:

⁴ Zwecks Vergleichbarkeit werden die Fragebögen der Vorgängerstudie übernommen und um Fragen der zusätzlichen Aufgabestellungen ergänzt.

Hypothesen

- 1 Mit den IV-Pauschalbeiträgen sind einfache und zweckmässige Hörgeräte-Versorgungen finanzierbar.
- 2 Der Systemwechsel führt zu einem «Empowerment» der Versicherten und zu verstärktem Preiswettbewerb.
- 3 Der Systemwechsel führt zu tieferen Durchschnittskosten in der Versorgung.
- 4 Die Senkung der Versicherungsbeiträge wirkt sich nicht negativ auf die Versorgungsqualität aus.
- 5 Die Härtefallregelung wird in 3 bis 5 Prozent der erwachsenen IV-Fälle angewendet.
- 6 Die Kinderversorgung ist besser mit einem Höchstvergütungsbetrag geregelt als mit einer Pauschale.

1.4 METHODISCHES KONZEPT

1.4.1 STUDIENDESIGN DER PREISANALYSE

Bei der Wahl des Forschungsdesigns geht es um folgende zentrale Fragestellung: Mit welcher Vorgehensweise ermöglicht man klare Aussagen zu Ursache-Wirkungs-Beziehungen (sprich kausale Aussagen)? Im vorliegenden Fall geht es darum, inwiefern Veränderungen der Indikatoren – also zum Beispiel Preissenkungen – tatsächlich auf das «Treatment» – also den Systemwechsel – zurückzuführen sind. Wie können wir also sicherstellen, dass nicht andere, unbeobachtete Einflüsse – sogenannte Störfaktoren oder Drittwirkungen – für die Veränderung verantwortlich sind?

Echte experimentelle Designs ermöglichen durch die Bildung von Kontroll- und Experimentalgruppen, durch die Vorher-Nachher-Messung relativ verlässliche kausale Aussagen. Diese Untersuchungsform liegt offensichtlich beim Systemwechsel der Hörgeräteversorgung nicht vor. Auf den ersten Blick scheint der Systemwechsel ein sogenanntes «natürliches Experiment» zu sein; kein kontrolliertes Experiment zwar, jedoch ein Ereignis, welches von aussen ausgelöst wurde und Vorher-Nachher-Vergleiche ermöglicht. Allerdings sind im vorliegenden Fall alle Benutzerinnen und Benutzer von Hörgeräten vom Systemwechsel gleichzeitig betroffen, das heisst, es ist keine Bildung von Kontrollgruppen möglich.

Sind die Bedingungen für experimentelle oder quasi-experimentelle Designs nicht gegeben, so wird in der Literatur teilweise von Ex-post-facto-Designs gesprochen. Generell werden dabei in einem Datenerhebungsprozess das «Treatment» sowie die abhängigen Variablen gemessen. Das Fehlen von experimentellen Kontrolltechniken kann zu verschiedenen Problemen führen, die nachfolgend im Kontext der Hörgeräteversorgung erläutert werden:

Die fehlende Varianz der unabhängigen Variablen ist das grösste Problem für die vorliegende Untersuchung: Alle potenziellen Benutzerinnen und Benutzer von Hörgeräten wechseln an einem Stichtag ins neue System. Das führt dazu, dass man für Dritteinwirkungen nicht mittels Kontrollgruppe (sei es durch Matching oder Randomisierung zusammengestellt) korrigieren kann. Man muss folglich versuchen, die Drittwirkungen und Störfaktoren explizit zu beobachten.

Die Frage der Richtung der Kausalität zwischen den Variablen stellt hingegen kein grösseres Problem für die vorliegende Untersuchung dar: Es liegt eine Messung vor und nach dem Regimewechsel vor (d. h. vom Tarifsysteem zum Pauschalsystem). Zudem konnten sich die Konsumentinnen und Konsumenten nicht gross⁵ vor der Umstellung anpassen, womit Endogenitätsprobleme keine Rolle spielen sollten.

Die Herausforderung besteht nun darin, diese Probleme so weit wie möglich zu entschärfen, um verlässliche Aussagen über den tatsächlichen Effekt des Systemwechsels auf die interessierenden Indikatoren zu erhalten. Dazu müssen diejenigen Faktoren herausgefiltert werden, welche die interessierenden Indikatoren ebenfalls beeinflussen, wie zum Beispiel angebotsseitige Veränderungen durch generellen technologischen Fortschritt oder Qualitätssteigerungen, die auch ohne Systemwechsel zustande gekommen wären, oder weitere Veränderungen durch andere exogene Einflüsse, wie etwa durch Wechselkursschwankungen oder die Veränderung von Handelsbarrieren. Diese Störfaktoren müssen bei der Untersuchungsanordnung berücksichtigt werden, um die Validität der Resultate zu gewährleisten.

1.4.2 STUDIENDESIGN DER QUALITÄTSANALYSE

Mit der geplanten Qualitätsevaluation sollen unterschiedliche qualitative Aspekte der Hörgeräteversorgung zum derzeitigen Stand im Pauschalsystem beurteilt werden. Des Weiteren ist ein Vergleich des derzeitigen Standes der Qualität mit der Qualität der Hörgeräteversorgung in Systemen anderer Länder, der Qualität der Versorgung im Tarifvertragssystem (bis Juni 2011) in der Schweiz und der Qualität der Versorgung bei der ersten Messung im Pauschalsystem (2013) vorgesehen. Die Versorgungsqualität soll dabei möglichst differenziert betrachtet und nach Personengruppen (z. B. Alter, Region), Bedürfnissen (z. B. Erwerbstätigkeit), Angeboten (z. B. Absatzkanal, Preiskategorie, technisches Niveau) und verschiedenen Schwerhörigkeitsgraden unterschieden werden.

Die Qualität wird anhand der in der Vorgängerstudie «Evaluation der Qualität der Hörgeräteversorgung» durch das IGES Institut ausgewählten Indikatoren gemessen. Hierzu zählten vor allem die Tragerate, die Zufriedenheit der Versicherten sowie die Erreichung der Versorgungsziele in der IV bzw. AHV. Der Bestimmung wird der von IGES verwendete Fragebogen aus der Erstmessung im Pauschalsystem zugrunde gelegt. Dieser beinhaltete auch Fragen zum «Empowerment» der Versicherten wie etwa zur Informiertheit. Neu aufgenommen werden Fragen zur Motivation von Zuzahlungen sowie zur Bereitschaft, gegebenenfalls an einer audiologischen Untersuchung in einer Klinik teilzunehmen.

Die Qualitätsevaluation basiert im Wesentlichen auf vier Datenquellen:

- einer (internationalen) Literaturrecherche (für den Qualitätsvergleich mit den Systemen anderer Länder),
- einer Analyse von Sekundärdaten (ZAS-Daten als Grundlage für die Stichprobenziehung für die Befragung sowie die erfassten Rechnungsdaten – verknüpft mit den Befragungsdaten – zum Erhalt zusätzlicher Informationen, wie z. B. Art des gekauften Hörgeräts, Preiskategorie, Höhe der Zuzahlung),
- einer schriftlichen bzw. Online-Befragung von Hörgeräteträgerinnen und -trägern (IV/AHV-Versorgungen, Kinderversorgungen sowie Härtefälle) sowie
- verschiedener Experteninterviews (zur Diskussion ausgewählter Ergebnisse der Datenauswertungen, für eine Validierung und Ergänzung der Ergebnisinterpretation sowie für eine zusätzliche audiologisch-fachliche Einschätzung der Ergebnisse).

⁵ Die Akustiker haben durchaus Werbung gemacht bei ihren Kundinnen und Kunden, dass sie noch vor dem Systemwechsel von der alten, höheren Pauschale profitieren sollten.

Die Befragung der Hörgeräteträgerinnen und -träger erfolgte für die Qualitätsevaluation im Tarifsysteem sowie für die erste Qualitätsevaluation im Pauschalsystem jeweils ungefähr ein Jahr bis anderthalb Jahre nach der Hörgeräteversorgung. Im Fall der aktuellen Befragung werden daher dieselben Zeitabstände eingehalten, so dass alle Personen, die im Zeitraum von Mai bis Oktober 2018 eine Hörgeräteversorgung erhalten haben, zur Grundgesamtheit zählen.⁶

1.5 BERICHTSAUFBAU

Der Bericht gliedert sich in fünf Kapitel entlang des methodischen Konzepts. In Kapitel 2 werden zuerst die Datengrundlagen und die Methodik besprochen. Hier stehen neben den Methoden der quantitativen und qualitativen Untersuchung die Grundgesamtheit und die Stichprobenziehung im Fokus. Ein detaillierter Beschrieb der Daten und Methoden ist in Gestalt eines [externen Online-Anhangs](#) verfügbar.

In Kapitel 3 wird der Preis der Versorgung analysiert. Dazu sind verschiedene deskriptive Untersuchungen vorgenommen worden. Überdies wurden auch Regressionsanalysen der Reparatur- und Gerätekosten durchgeführt sowie die Wettbewerbseffekte des Systemwechsels einer Prüfung unterzogen.

Kapitel 4 beinhaltet die Untersuchung der Versorgungsqualität. Hierzu wurde eine Literaturanalyse zur Qualität der Hörgeräteversorgung vorgenommen. Im Rahmen einer breiten Befragung der Hörgeräteträgerinnen und -träger wurden Daten und Informationen zu den Hörgeräten, zu ihrem Kauf, zum Grad ihrer Integration, zu Dienstleistungen sowie zur Zufriedenheit der betreffenden Personen erhoben.

Den Abschluss der Arbeit bildet Kapitel 5, in dem eine Synthese der Preis- und Qualitätsanalyse vorgenommen wird. Darüber hinaus werden hier die zuvor formulierten Hypothesen besprochen. Ein Fazit mit Empfehlungen zum Vollzug des Pauschalsystems rundet die Darstellung ab.

⁶ Bei den Kinderversorgungen musste aufgrund der geringen Fallzahl auf einen längeren Zeitraum zurückgegriffen werden.

2 DATENGRUNDLAGE UND METHODIK

Dieses Kapitel gibt einen Überblick zu den verwendeten Daten und Methoden. Die detaillierte Beschreibung der Datenbereinigungen und angewandten Methoden kann im gesonderten [externen methodischen Anhang](#), der online verfügbar ist, begutachtet werden.

2.1 GRUNDGESAMTHEIT

Der betrachtete Zeitraum der Analyse reicht vom 1. Januar 2011 bis Ende Juni 2019 und lässt sich in drei Phasen unterteilen:

- Tarifsysteem (Beobachtungsdauer: halbes Jahr): 01.01.2011 bis 30.06.2011
- Pauschalsystem A (Beobachtungsdauer: zweieinhalb Jahre): 01.07.2011 bis 31.12.2013
- Pauschalsystem B⁷ (Beobachtungsdauer: anderthalb Jahre): 01.04.2017 bis 31.03.2018 und 01.01.2019 bis 30.06.2019

Der Beobachtungszeitraum für die Kinderversorgungen im Pauschalsystem B wurde um rund ein Jahr verlängert (bis 01.01.2016), um ein ausreichendes Mass an Beobachtungen zu gewährleisten. Die Daten wurden von der zentralen Ausgleichskasse (ZAS) aufbereitet. Gegenüber dem ZAS-Register wurden Auslandschweizer und offensichtliche Erfassungsfehler (z. B. Kinder über 20 Jahren, AHV unter 63 Jahren) ausgeschlossen.

Im Vergleich zur Situation im letzten halben Jahr des Tarifsystems haben die AHV-Versorgungen im Pauschalsystem am stärksten an Bedeutung gewonnen (vgl. Tab. 3). Vermutlich führte die Einführung der binauralen AHV-Versorgung dazu, dass im 2018er-Beobachtungszeitraum zusätzliche AHV-Ansprüche geltend gemacht wurden, weshalb der Anteil AHV-Versorgungen auf 71 Prozent der AHV-IV-Versorgungen anstieg.

⁷ Die Phase Pauschalsystem A und Pauschalsystem B unterscheiden sich inhaltlich nicht, ausser, dass sie den Zeitraum direkt nach der Einführung bzw. mit etwas Distanz zur Einführung beschreiben. Innerhalb der Phase Pauschalsystem B wurde jedoch zusätzlich per 1.7.2018 die Pauschale von 1'237.50 Franken für eine binaurale Versorgung der AHV-Bezüger geschaffen.

TAB. 3 GRUNDGESAMTHEIT NACH TARIFZIFFER UND JAHR				
Tarifziffer	Tarifbezeichnung	TS 2011*	PS A 2011-2013**	PS B 2017-2019***
909.01	IV, monaural	1'766 (10 %)	4'088 (8 %)	3'484 (6 %)
909.02	IV, binaural	6'441 (35 %)	13'325 (27 %)	19'720 (31 %)
909.03	AHV, monaural	9'831 (54 %)	31'044 (63 %)	21'672 (34 %)
909.03.01	AHV, binaural	-	-	16'517 (26 %)
909.08	IV, Kinder, monaural	183 (1 %)	515 (1 %)	115 (0 %)
909.09	IV, Kinder, binaural			377 (1 %)
909.17	IV, Härtefall	-	120 (0 %)	1'241 (2 %)
	Total	18'221 (100 %)	49'092 (100 %)	63'126 (100 %)

Anmerkung: * 1.1.2011 bis 30.6.2011, ** 1.7.2011 bis 31.12.2013, *** 1.4.2017 bis 31.3.2018, 1.1.2019 bis 30.6.2019 zzgl. 2016 für die Kinderversorgungen (909.08: 82; 909.09: 326). Binaurale Verfügungen existieren im AHV-System erst seit 1.7.2018, Härtefallregelung existierte im Tarifsysteem nicht.
Quelle: ZAS. Berechnung: IWSB.

Die Härtefallregelung im Pauschalsystem wurde zu Beginn noch relativ wenig genutzt (weniger als 1 Prozent der IV-Versorgungen) und nahm im letzten Beobachtungszeitraum (PS B) auf mittlerweile 5 Prozent aller IV-Versorgungen zu.

TAB. 4 GRUNDGESAMTHEIT IV IM PAUSCHALSYSTEM PHASE B NACH TARIFZIFFER UND JAHR					
Tarifbezeichnung	2016*	2017**	2018***	2019****	Total
Standard, monaural		1'802 (14%)	654 (15%)	1'028 (14 %)	3'484 (14 %)
Standard, binaural		10'196 (78%)	3'438 (79%)	6'086 (80 %)	19'720 (78 %)
Kinder, monaural	82	79 (1 %)	16 (0 %)	20 (0 %)	197 (1 %)
Kinder, binaural	326	270 (2 %)	57 (1 %)	50 (1 %)	703 (3 %)
Härtefall		652 (5 %)	210 (5 %)	379 (5 %)	1'241 (5 %)
Total IV	408	12'999 (100 %)	4'375 (100 %)	7'563 (100 %)	25'345 (100 %)

Anmerkung: * Für 2016 werden nur die Daten der Kinderversorgungen betrachtet. ** 1.4.2017 bis 31.12.2017.
*** 1.1.2018-31.3.2018. **** 1.1.2019 bis 30.6.2019. Quelle: ZAS. Berechnung: IWSB.

Wenig überraschend ist, dass die Einführung der binauralen Vergütung für AHV-Rentnerinnen und AHV-Rentner zu einem ähnlichen Verhältnis der monauralen zu den binauralen Versorgungen wie bei den IV-Bezügerinnen und IV-Bezügern geführt hat.

In der Vorgängerstudie wurde die Vermutung angestellt, dass gerade die jüngeren Versicherten versucht haben, sich noch bei besseren Konditionen im Tarifsysteem mit neuen Hörgeräten zu versorgen. Die neuen Zahlen stützen diese These eher, scheinen sich die Zahlen nach Altersgruppe doch nun einzupendeln (vgl. Tab. 5).

TAB. 5 GRUNDGESAMTHEIT NACH ALTER UND GESCHLECHT				
Kategorie	Ausprägung	TS 2011*	PS A 2011-2013**	PS B 2017-2019***
Alter	0 – 19 Jahre	416 (2 %)	534 (1 %)	956 (2 %)
	20 – 64 Jahre	4'260 (23 %)	8'762 (18 %)	12'389 (19 %)
	65+ Jahre	1'3545 (74 %)	39'796 (81 %)	50'189 (79 %)
Geschlecht	männlich	9'435 (52 %)	24'351 (50 %)	31'973 (50 %)
	weiblich	8'787 (48 %)	24'741 (50 %)	31'561 (50 %)

Anmerkung: * 1.1.2011 bis 30.6.2011, ** 1.7.2011 bis 31.12.2013, *** 1.4.2017 bis 31.3.2018, 1.1.2019 bis 30.6.2019 zzgl. 2016 für die Kinderversorgungen. Quelle: ZAS. Berechnung: IWSB

2.2 STICHPROBENZIEHUNG

2.2.1 STICHPROBE PREISANALYSE

Für die Preisanalyse wurde analog zur Vorgängerstudie eine geschichtete Zufallsstichprobe für das Pauschal-system gezogen. In diesem Fall wurde Phase B des Pauschal-systems abgebildet. Die Stichprobe wurde ebenfalls nach Kantonen und Tarifpositionen geschichtet. Damit Personen im erwerbsfähigen Alter paritätisch abgebildet sind, wurde ein Oversampling der IV-Versorgungen im Verhältnis von zwei zu eins gegenüber den AHV-Versorgungen angestrebt. Zusätzlich wurde jeweils eine Stichprobe im Umfang von je rund 1'000 Härtefällen bzw. Kinderversorgungen angestrebt, um nun erstmals Aussagen zu deren Versorgungskosten machen zu können. Die Grundgesamtheit ab 1. April 2017 beinhaltet zu wenige Kinderversorgungen, weshalb die Grundgesamtheit dort auf 1. Januar 2016 ausgedehnt wurde. Dennoch wurde das Ziel von rund 1'000 Versorgungen nicht erreicht (effektiv 751, vgl. Tab. 6).

TAB. 6 STICHPROBE DER PREISANALYSE NACH TARIFZIFFER UND ALTER					
Tarifziffer	Tarifbezeichnung	0-19 Jahre	20-64 Jahre	65+ Jahre	Total
909.01	IV, monaural		1'862	621	2'483
909.02	IV, binaural		1'874	624	2'498
909.03	AHV, monaural		8	1'455	1'463
909.03.01	AHV, binaural*		3	1'034	1'037
Subtotal			3'747 (50 %)	3'734 (50 %)	7'481 (100 %)
909.08	Kinder, monaural	154			751
909.09	Kinder, binaural	597			
909.17	Härtefälle	20	1'043	33	1'096
Total		771	4'790	3'767	9'328

Anmerkung: *Tarifziffer 909.03.01 erst seit 1. Juli 2018. Quelle: ZAS. Berechnung: IWSB.

Analog der Vorgängerstudie werden die erfassten Daten auf Fehlerquellen überprüft und entsprechenden Bereinigungen unterzogen. Die für die Analyse zur Verfügung stehenden Daten beruhen auf den Rechnungen und Formularen, welche die Versicherten bei den kantonalen AHV/IV-Stellen einreichen. Die Rechnungen werden durch die kantonalen Stellen kontrolliert und an die Zentrale Ausgleichsstelle (ZAS) weitergegeben, wo sie wiederholt geprüft und bezahlt werden. Bei jedem Bearbeitungsschritt können Fehler entstehen, etwa bei dem Schreiben der Rechnung und dem Ausfüllen der Formulare, der Überprüfung ebendieser und zuletzt auch bei

der Datenerfassung durch LINK. Die möglichen Fehlerquellen und die dazugehörigen Datenbereinigungen werden im [externen methodischen Anhang](#) beschrieben.

REPARATUREN

Die Grundgesamtheit für die Analyse der Reparaturen sind die IV-Versorgungen⁸ im Pauschalsystem A (PS A, n=10'517). Für jede dieser Versorgungen wird ein Zeitraum von 6 Jahren beobachtet. Auf Basis der AHV-Nummern dieser Versorgungen hat die ZAS alle Leistungen der Tarifziffer 909.04 (Reparaturen an der Elektronik) in diesen Jahren ermittelt. Es handelt sich um 2'537 Fälle von elektronischen Reparaturen, die bei 2'250 Personen erfasst werden.

Daraus wurden die Reparaturrechnungen mittels einer geschichteten Stichprobe ausgewählt. Hierbei war das Ziel eine ausreichende Anzahl Reparaturrechnungen von IV-Versorgungen (mindestens 30) jeweils für die häufigsten Abgabestellen und Hörgerätehersteller zu haben. Eine zufällige Stichprobe von 430 Rechnungen erfüllte diese Bedingung. Diese Reparaturrechnungen wurden von der Zentralen Ausgleichsstelle (ZAS) geliefert. Die Rechnungen wurden erfasst und die Kosten in Herstellerkosten, Kosten der Reparaturannahmestelle⁹, sowie Versandkosten aufgeteilt, wenn dies möglich war.

2.2.2 STICHPROBEN QUALITÄTSBEFRAGUNG

Die Grundlage des Stichprobendesigns bildet die auf Basis der ZAS-Daten ermittelte Grundgesamtheit (vgl. Kap. 2.1). Aus der Stichprobe der Preisanalyse (vgl. 2.2.1) wurde für die Qualitätsbefragung eine Teilstichprobe gezogen. Es wurde ein geschichtetes Stichprobendesign gewählt, welches die Hörgeräteversorgungen repräsentativ anhand der folgenden Merkmale abbildet:

- AHV versus IV,
- Altersgruppen (20-bis-64-Jährige versus 65 Jahre und älter),
- Kantone (kleinere Kantone wurden dabei entweder zusammengefasst oder einem grösseren Kanton zugeordnet, Versorgungen im Ausland wurden ausgeschlossen).

Die Stichprobe wurde gemäss der Verteilung der Häufigkeit von Tarifpositionen der Kantone (bzw. der «Kantonsgruppen») in der Grundgesamtheit gezogen. Bei den Altersgruppen sind Personen im erwerbsfähigen Alter (20–64 Jahre) in der Stichprobe im Vergleich zur Grundgesamtheit überrepräsentiert (50 Prozent der Stichprobe), damit eine ausreichend grosse Anzahl erreicht und damit eine separate Analyse der Erwerbstätigen ermöglicht werden konnte (vgl. Tab. 7). Kinder der Preisanalysestichprobe wurden vollständig angeschrieben und Härtefälle auf 1'000 limitiert.

⁸ Umfasst auch Kinder und Härtefälle.

⁹ Die Reparaturannahmestelle entspricht in 91.6 Prozent der Fälle der Abgabestellen-Gruppe. In den anderen Fällen wurden die Reparaturannahmestellen manuell zugeordnet.

TAB. 7 STICHPROBE DER QUALITÄTSBEFRAGUNG NACH TARIFZIFFER UND ALTER					
Tarifziffer	Tarifbezeichnung	0–19 Jahre	20–64 Jahre	65+ Jahre	Total
909.01	IV, monaural	0	251	143	394
909.02	IV, binaural	0	828	213	1'041
909.03	AHV, monaural	0	6	434	440
909.03.01	AHV, binaural*	0	1	380	381
909.08	Kinder, monaural	154	0	0	154
909.09	Kinder, binaural	597	0	0	597
909.17	Härtefälle	20	943	37	1'000
Total		771	2'029	1'207	4'007

Anmerkung: *Tarifziffer 909.03.01 erst seit 1. Juli 2018. **Quelle:** ZAS. **Berechnung:** IWSB.

2.3 METHODIK DER PREISANALYSE

In der Preisanalyse der Hörgeräte werden verschiedene quantitative und qualitative Forschungsmethoden angewandt. Dies ist notwendig, um ein ganzheitliches Bild der Preisentwicklungen in diesem relativ komplexen Markt zu erhalten. In den folgenden Unterkapiteln werden die verschiedenen Methoden zur Analyse der Preise besprochen.

EMPIRISCHE VORGEHENSWEISE ZUR MESSUNG DER PREISEFFEKTE

Es gibt zwei Varianten, wie der Datensatz modelliert werden kann: Auf Ebene der Versicherten, die eine Versorgung erhalten, oder auf Ebene der Hörgeräte (METAS-Nummer), die den Versicherten verkauft werden. Dies widerspiegelt sich auch in den Totalkosten der Versorgung; die Dienstleistungen hängen grundsätzlich von den individuellen Eigenschaften der Versicherten ab (Art der Versorgung, mon- oder binaurale Versorgung). Das Hörgerät ist jedoch für alle Personen gleich teuer (wenn angenommen wird, dass niemand um den Preis verhandelt und alle Hörgeräte gleich gut geeignet sind).

Auf Ebene der Versicherten besteht der Datensatz aus mehreren Jahren an Querschnittsdaten. Er weist somit keine Panelstruktur¹⁰ auf, da eine Person nur einmal vorkommt. Orientiert man sich an den Hörgeräten, weist der Datensatz jedoch starke Ähnlichkeit mit einem unausgeglichene Panel auf – unausgeglichene, weil nicht in jedem Jahr alle Hörgeräte vorkommen, und ähnlich, weil derselbe Hörgerätetyp mehrmals pro Jahr im Datensatz erscheint.¹¹

Zur Schätzung der Preiseffekte wurde ein sogenanntes Fixed-Effects-Modell verwendet:

$$\ln(y_{i,h,a,t}) = \beta_1 Sys_t + \beta_2 Versorgung_i + \beta_3 Hg_alter_{h,t} + \beta_4 Zeit_t + \delta_1 D_h + \delta_2 D_a + \varepsilon_{i,h,a,t} \quad (1)$$

Die abhängige Variable y_i wird in unserem Fall durch die Kosten der Versorgung dargestellt. Der Subindex i bezeichnet die unterschiedlichen Versicherten bzw. die jeweilige Rechnung; h steht für die Hörgeräte, a für die Abgabestelle und t für den unterschiedlichen Zeitpunkt. Die abhängige Variable fließt logarithmiert (mit dem natürlichen Logarithmus \ln) in die Regression ein.

¹⁰ Ein Paneldatensatz besteht aus Längs- und Querschnittsdaten, d. h. ein Individuum kann über mehrere Jahre mit anderen Individuen verglichen werden.

¹¹ Würde man pro Jahr und METAS-Nummer die Durchschnittswerte verwenden, käme ein unausgeglichener Paneldatensatz zustande.

Die Logtransformation hat den grossen Vorteil, dass nicht normalverteilte Variablen so in eine Normalverteilung transformiert werden können. Ein weiterer Vorteil eines loglinearen Modells ist die einfache Interpretation. Die Koeffizienten (β), welche mittels OLS berechnet werden, können bei kleinen Werten näherungsweise als prozentuale Veränderung interpretiert werden ($0.1 \approx 10\%$).¹²

Auf der rechten Seite sind die Variablen(gruppen) und die Koeffizienten (griechische Buchstaben) dargestellt. Stellvertretend für die versorgungsspezifischen Variablen steht Sys_t , darunter fällt die Systemzugehörigkeit (Tarif- oder Pauschal-system). Unter $Versorg_i$ sind die persönlichen Versorgungsmerkmale (Versorgungstyp, Anzahl Hörgeräte, Geschlecht, Altersgruppe oder Sprachregion) zusammengefasst. Diese Variablen variieren über die unterschiedlichen Versorgungen (i) hinweg. Das Alter der Hörgeräte ist in $Hg_alter_{h,t}$ dargestellt, die Variable variiert über die Zeit und die Hörgeräte hinweg. Mit $Zeit_t$ werden Zeittrends wie Lohnpreisindexe und dergleichen bezeichnet. Die letzten Kovariablen in Gleichung (1) sind die Fixed Effects Dummies auf der Ebene der Hörgeräte D_h und weitere Dummies auf der Ebene der Abgabestellen D_a . Zum Schluss folgt noch der stochastische Fehlerterm $\varepsilon_{i,h,a,t}$.

Das ökonomische Modell entspricht grundsätzlich dem der Vorgängerstudie. Abweichungen ergeben sich hauptsächlich hinsichtlich der verwendeten Variablen.

2.3.1 REPARATUREN

Die Reparaturen werden in zweierlei Hinsicht ausgewertet. Einerseits wurden die Reparaturkosten von 430 Rechnungen auf die Möglichkeit einer zuzahlungsfreien Reparatur untersucht (aufgeschlüsselt nach Reparaturannahmestelle sowie Hersteller). Andererseits wird die Wahrscheinlichkeit betrachtet, dass ein Gerät während seiner Lebensdauer zum Reparaturfall wird, die Reparaturwahrscheinlichkeit, und andererseits werden die Reparaturen hinsichtlich ihrer Kosten ausgewertet. Hierfür wurden die 18'548 Versorgungen des Pauschal-systems betrachtet, welche in der Vorgängerstudie erfasst wurden.

Die 18'548 Reparaturen werden zuerst deskriptiv ausgewertet, dabei wird zum Beispiel die Verteilung der Reparaturen über die Zeit (Reparaturen nach Jahr nach Kauf), die Fälle pro Person oder die durchschnittliche Zeit bis zum Reparaturfall dargestellt.

Um die unterschiedlichen Einflüsse auf die Reparaturwahrscheinlichkeit isoliert abzuschätzen, wird ähnlich der Preisregression ein ökonomisches Modell geschätzt. Konkret schätzen wir

$$\Pr(R = 1|X) = \Phi(\alpha_1 + \mathbf{x}'_h \beta_h + \mathbf{x}'_i \beta_i) \quad (2)$$

Die Wahrscheinlichkeit \Pr , dass ein Gerät zu einem Reparaturfall wird, ist damit einerseits von hörgerätespezifischen (Subskript h) Variablen wie Bauform, Fabrikat, technisches Niveau (zusammengefasst in \mathbf{x}_h) und andererseits von personenbezogenen (Subskript i) Variablen (zusammengefasst in \mathbf{x}_i) abhängig. Diese werden im Modell berücksichtigt, da sie potenziell einen Einfluss auf den Umgang mit dem Hörgerät und somit auf das Ausfallrisiko haben könnten. Beispiele dafür sind wie bereits in der log-linearen Regression des Preises das Alter der Person, ihr Geschlecht, die Sprachregion und die Anzahl Hörgeräte der Person.

¹² Die exakte prozentuale Veränderung wird mittels $\exp(\beta)-1$ berechnet. Approximativ kann der Koeffizient für kleine Werte direkt verwendet werden.

2.3.2 QUALITATIVE EXPERTENGESPRÄCHE ZU PREIS UND WETTBEWERB

Zur Erfassung der grundlegenden Marktdynamik wurden insgesamt 16 Experteninterviews mit Marktteilnehmern geführt. Neben Akustikern (8 Interviews), Drogisten und Apothekern (2 Interviews), wurde ebenfalls die Einschätzungen der HNO-Ärzte (2 Interviews) sowie Branchen- und Berufsverbände (2) und Hörbehindertenverbände (2 Interviews) erhoben. Die Verbandsinterviews wurden kombiniert mit den Expertengesprächen zur Qualität durchgeführt (vgl. Kap. 2.4.3).

Die Interviews fanden im Zeitraum vom 14. April bis zum 29. Mai 2020 statt. Die meisten Interviews konnten erst im Mai stattfinden, weil die Expertinnen und Experten aufgrund der ausserordentlichen Lage gemäss Epidemiengesetz Schweiz im Zusammenhang mit dem Coronavirus nicht erreichbar waren (die Geschäfte waren bis Ende April geschlossen). Die Interviews wurden mittels semi-strukturiertem Leitfaden (vgl. Leitfaden im [externen methodischen Anhang](#)) durchgeführt. Weder die Personen noch die teilnehmenden Unternehmen werden namentlich erwähnt.

Die zentralen Aussagen der Interviewpartner sind direkt in den Text eingebettet und werden mit Hinweis auf die Experteninterviews gekennzeichnet.

2.4 METHODIK DER QUALITÄTSEVALUATION

2.4.1 LITERATURRECHERCHE

Für die Evaluation wurde die vorhandene nationale und internationale Literatur zum Thema Qualität der Hörgeräteversorgung recherchiert und aufbereitet, vor allem im Hinblick auf die Zufriedenheit der Hörgeräteträgerinnen und -träger mit der Versorgung und den Dienstleistungen (Anpassung und Nachsorge), die Tragerate sowie die soziale und berufliche Integration. Zunächst wurden als Suchbegriffe «Tragerate Hörgeräte» und «Zufriedenheit Hörgeräte» verwendet (auf Englisch: «wear rates of hearing aid» und «satisfaction with hearing aids»), anschliessend wurde ausgehend von den Ergebnissen das Schneeballverfahren angewendet.

Die Literaturrecherche und -sichtung umfasste dabei neben wissenschaftlichen Veröffentlichungen auch Stellungnahmen von Verbänden. Für die Beurteilung der Versorgungsqualität für Erwachsene wurden insgesamt 41 Studien betrachtet, für die Hörgeräteversorgung von Kindern 33 Studien.

2.4.2 BEFRAGUNG VON HÖRGERÄTETRÄGERN

ERGÄNZUNG UND AKTUALISIERUNG DER ERHEBUNGSINSTRUMENTE

Der Fragebogen wurde vom IGES Institut im Rahmen des Wechsels vom Tarifsysteem auf das Pauschalsystem entwickelt und im Mai 2012 einem Pretest unterzogen, finalisiert, sowie in die französische und die italienische Sprache übersetzt. Um die Befragungsergebnisse des Tarif- und des Pauschalsystems vergleichen zu können, wurde für die Befragung der Hörgeräteträgerinnen und -träger im Pauschalsystem ein weitgehend identischer Fragebogen genutzt. Für die aktuelle Befragung wurde der Fragebogen ebenfalls aus Gründen der Vergleichbarkeit überwiegend identisch übernommen und lediglich in Abstimmung mit dem BSV sowie dem begleitenden Beirat ergänzt.

Die Frage zur Informationszufriedenheit in Bezug auf die Hörbehindertenorganisationen differenzierte nicht hinreichend zwischen Bekanntheit und Zufriedenheit und wurde daher umgewandelt in eine Frage nach der

Bekanntheit von pro audito schweiz/Neutrale Hörberatung und forum écoute. Der vollständige Fragebogen befindet sich im [externen methodischen Anhang](#).

FESTLEGUNG DER STICHPROBENGRÖSSE

Für die Befragung der Hörgeräteträgerinnen und -träger werden die Informationen aus der Rechnungserfassung genutzt (insbesondere METAS-Nummer, Preis des Hörgerätes, technisches Niveau). Dementsprechend wird auch in der Befragung der Zeitraum der Versorgung von April 2017 bis März 2018 sowie das erste Halbjahr 2019 herangezogen.

In der Vorgängerstudie zum Pauschalsystem im Jahr 2013 wurden 2'000 Hörgeräteträgerinnen und -träger befragt. Für die Normalversorgungen wird die identische Stichprobengrösse von $n = 2'000$ verwendet. Für die Berechnung der Stichprobengrösse bildete im Jahr 2013 die Grundgesamtheit im Tarifsysteem von rund 18'000 Personen mit einer Hörgeräteversorgung den Ausgangspunkt. Bei einem Stichprobenfehler von 5 Prozent, einem Vertrauensintervall von 99 Prozent und einer angenommenen Gleichverteilung der Antworten liegt die kleinste empfohlene Stichprobe bei ca. 640 Personen. Bei einem erwarteten Rücklauf von 40 Prozent müssen damit ca. 1'600 Personen befragt werden. Um jedoch auch eine Auswertung von bestimmten Untergruppen zu ermöglichen, wurde eine höhere Stichprobe angestrebt. Insgesamt wurden daher rund 2'000 Hörgeräteträgerinnen und -träger gemäss dem Stichprobenkonzept für die Befragung ausgewählt.

Aufgrund der insgesamt geringen Fallzahl bei den Kinderversorgungen und bei den Härtefällen wurde – unter der Voraussetzung der gleichen Annahmen bezüglich des Stichprobenfehlers, des Vertrauensintervalls und der angenommenen Rücklaufquote – eine Vollerhebung für notwendig erachtet.

DURCHFÜHRUNG DER BEFRAGUNG

Für die Durchführung der Befragung wurden die 4'007 Adressen der, gemäss dem Stichprobenkonzept ausgewählten, Hörgeräteträgerinnen und -träger den Rechnungen entnommen und elektronisch vom LINK Institut erfasst. Insgesamt waren 3'837 Adressen gültig für den Versand.¹³

Eltern von Kindern, die ein Hörgerät tragen und unter 15 Jahre alt sind, wurden gebeten, den Fragebogen stellvertretend für ihre Kinder auszufüllen.

Der Versand wurde am 24. September 2019 vom Bundesamt für Bauten und Logistik (BBL) durchgeführt. Der definierte Einsendeschluss für die Befragung war der 11. November 2019. Damit war der Befragungszeitraum knapp sieben Wochen. Es wurde keine Erinnerung versendet.

BETEILIGUNG AN DER BEFRAGUNG UND REPRÄSENTATIVITÄT DER BEFRAGUNGSERGEBNISSE

An der Befragung über die Hörgeräteversorgungen im Pauschalsystem beteiligten sich insgesamt 2'021 Personen. Dies entspricht einem Rücklauf von rund 53 Prozent gemessen an der angeschriebenen Stichprobe ($n = 3'837$).

Die Grundgesamtheit wurde mit der Analysepopulation verglichen, um mögliche Verzerrungen durch einen selektiven Rücklauf zu prüfen. Die Beteiligung von Kindern bzw. deren Eltern fällt dabei etwas geringer aus (38

¹³ In 33 Fällen war keine Adresse vorhanden. 118 Adressen waren doppelt vorhanden und 19 Adressen waren aus dem Ausland und wurden daher von der Befragung ausgeschlossen.

Prozent) als die der Erwachsenen (AHV 51 Prozent; IV und Härtefälle 54 Prozent). Da die Kinder separat ausgewertet werden, ist ihr Anteil nicht unterrepräsentiert. In der Erwachsenen-Stichprobe sind die Geschlechter entsprechend der Grundgesamtheit vertreten; die Beteiligung der Personen unter 40 Jahren liegt bei 38 Prozent bis 43 Prozent, die derjenigen über 40 Jahre bei 53 Prozent bis 59 Prozent. Ergebnisse, die sich nach Altersgruppen unterscheiden, werden dahingehend differenziert dargestellt. Die Beteiligung nach Kantonen schwankt zwischen 41 Prozent und 60 Prozent – mit Ausnahme von Basel-Stadt mit einem Rücklauf von 35 Prozent. Damit ist eine hinreichende regionale Verteilung in der Stichprobe gewährleistet.

AUSWERTUNG DER BEFRAGUNGSDATEN

Die Daten wurden hauptsächlich deskriptiv ausgewertet. Die Ergebnisse für die IV- und AHV-Versorgungen wurden – wenn möglich – mit den Ergebnissen der ersten Befragung im Pauschalsystem sowie den Ergebnissen der Befragung im Tarifsysteem verglichen. Zusätzlich erfolgten deskriptive Auswertungen für die Kinder und Härtefälle. Des Weiteren wurden für die beiden Qualitätsindikatoren Tragerate und Zufriedenheit der Hörgeräteträgerinnen und -träger Regressionsanalysen durchgeführt, um die Einflussfaktoren der Zielgrößen zu identifizieren.

2.4.3 QUALITATIVE EXPERTENGESPRÄCHE ZUR QUALITÄT DER VERSORGUNG

Um spezifische Ergebnisse der schriftlichen Befragung zu diskutieren, Interpretationen der Ergebnisse der Umfrageauswertungen zu überprüfen bzw. zu ergänzen, sowie eine allgemeine Einschätzung der Qualität der Hörgeräteversorgung und ihrer Entwicklung zu erhalten, wurden sieben leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt. Die Expertinnen und Experten wurden in Abstimmung mit dem Auftraggeber ausgewählt. Befragt wurden Vertreterinnen und Vertreter der Hörgeräteakustikerverbände, der Hörbehindertenverbände, der Hörgerätehersteller sowie der HNO-Ärztinnen und -Ärzte.

Die Aussagen der Experten wurden – insoweit entsprechende Bezüge vorlagen – den inhaltlich relevanten Kapiteln zugeordnet. Die übergreifende Beurteilung durch die Expertinnen und Experten finden sich in Kapitel 4.7.

3 PREIS DER VERSORGUNG

3.1 ZUSAMMENSETZUNG DES PREISES

Im aktuell gültigen Pauschalssystem erhalten die Käuferinnen und Käufer eines Hörgerätes bei einem von einer HNO-Ärztin oder einem HNO-Arzt bestätigten Hörverlust von der Versicherung¹⁴ eine Pauschale für ihre Hörgeräteversorgung. Die Höhe der Pauschale ist abhängig von der Versicherung (IV/AHV) und der Versorgungsart (monaural/binaural). Die IV zahlt ab einem Hörverlust von 20 Prozent, die AHV ab einem Schwellenwert von 35 Prozent. Bei Übertritt der IV-Versicherten ins Rentenalter, werden die Versicherten aufgrund ihres Besitzstandes weiterhin nach den IV-Kriterien versorgt, die Finanzierung erfolgt jedoch durch die AHV-Versicherung.

Für die Versicherten setzen sich die Kosten für eine Hörgeräteversorgung aus dem Verkaufspreis abzüglich der erhaltenen Pauschale zusammen. Vermag die Versicherungspauschale die Kosten der gewünschten Versorgung nicht zu decken, so müssen die Zusatzkosten von der versicherten Person selber getragen werden (positive Zuzahlungen). Beim Erwerb einer Versorgung, deren Kosten unter dem Pauschalbetrag liegen, können die Versicherten die Differenz einbehalten (negative Zuzahlungen). Eine Ausnahme davon sind Kindervertretungen; bei dieser Versorgung vergütet die IV die effektiven Kosten bis zu einem Maximalbetrag. Darüber hinaus kann seit der Einführung des Pauschalsystems eine Härtefallregelung geltend gemacht werden. In diesen Fällen übernimmt die IV die anfallenden Mehrkosten einer einfachen und zweckmässigen Versorgung; mehr dazu in Kapitel 3.2.6.

Eine Hörgeräteversorgung beinhaltet neben dem Kauf eines Hörgerätes in den meisten Fällen den Kauf weiteren Zubehörs, etwa individueller Ohrpassstücke, und diverse Dienstleistungen, von der Anamnese und Anpassung bis zur jahrelangen Nachbetreuung und Kontrolle der Hörgeräteeinstellungen. Da die Abgabestellen in der Preisgestaltung frei sind, ergeben sich Schwierigkeiten in der Vergleichbarkeit der Preise der einzelnen Positionen. Neben dem Einkaufspreis der Hörgeräte, der je nach Verhandlungsstärke und Bezugsort variieren kann, müssen Mietaufwand, Personalaufwand und weitere Kosten über die Hörgeräte- und Dienstleistungsverkäufe gedeckt werden. Dafür werden von den Abgabestellen Margen auf die Einkaufspreise berechnet. Auf welche Rechnungspositionen und in welcher Höhe die Margen berechnet werden, können die Anbietenden selber bestimmen. Aus diesem Grund werden für die deskriptiven Analysen grundsätzlich die Gesamtkosten der Hörgeräteversorgung betrachtet und nicht die separaten Hörgeräte- und Dienstleistungskosten. Zwei Beispiele zur Veranschaulichung: In Apotheken werden voreingestellte Hörgeräte verkauft, an denen aber auch kleine Anpassungen vorgenommen werden können und für deren Verkauf die Apothekerinnen und Apotheker Dienstleistungen erbringen (Hörtest, Ersatz von Zubehör usw.). Diese Dienstleistungen werden den Kundinnen und Kunden nicht verrechnet, sind aber über die Margen in den Hörgerätepreisen abgedeckt. Das Gleiche gilt für Abgabestellen, welche die Hörgeräte mit eingerechneten Dienstleistungspreisen verkaufen, oder für unterschiedliche Preissetzungsmodelle, bei denen eine Abgabestelle eine höhere Marge auf die Dienstleistungen rechnet – weshalb der Hörgerätepreis vergleichsweise günstig erscheint – als eine andere, die Hörgeräte teurer verkauft und dafür mit niedrigeren Dienstleistungspauschalen wirbt.

Bei der Betrachtung der Gesamtversorgungskosten ergibt sich eine Herausforderung dadurch, dass Dienstleistungen und Zubehör variieren können und je nach Variation eine Kundin bzw. ein Kunde ein etwas anderes

¹⁴ Neben AHV und IV können auch Beiträge über die SUVA oder die Militärversicherung geltend gemacht werden. In der vorliegenden Studie werden nur die AHV und IV-Versicherungen berücksichtigt und damit auch die Kinder- und Härtefallversicherungen.

Produkt erwirbt, obwohl das gleiche Hörgerät gekauft wird. Aus diesem Grund sind die Untersuchung der Hörgerätequalität (Kapitel 4) und deren Veränderungen in Abhängigkeit von den Veränderungen der Gesamtversorgungspreise entscheidend.

3.2 DESKRIPTIVE ANALYSE DER HÖRGERÄTEVERSORGUNG

Zu Beginn der deskriptiven Analyse werden der Umfang der vorhandenen Datenpunkte und die Zusammensetzungen von einzelnen Variablen ausgewiesen (Kapitel 3.2.1), um einen Überblick über die Verteilung der Stichprobe zu erhalten. Im Weiteren werden die Entwicklungen der Versorgungskosten, der Versicherungsbeiträge und der Zuzahlungen für alle Versorgungstypen (Kapitel 3.2.2) dargestellt. In den weiteren Unterkapiteln folgen detaillierte Auswertungen zu den einzelnen Versorgungstypen, zu den Versorgungskosten im Ausland und zu den Dienstleistungen. Hypothesentests zur Einschätzung der statistischen Zuverlässigkeit unterstützen die Auswertungen.

Bei der deskriptiven Betrachtung der Verteilung und Entwicklung von einzelnen Variablen wird nicht für Drittvariablen kontrolliert, die ihrerseits einen Einfluss auf die beobachteten Entwicklungen haben könnten. **Das heisst, beobachtete Unterschiede und Veränderungen in den Kosten bzw. Preisen könnten jeweils auch das Ergebnis eines Kompositionseffekts¹⁵ sein.** In Kapitel 3.5 werden mithilfe von Regressionen die Preiseffekte isoliert.

Die gesamten Versorgungskosten sind immer inkl. Dienstleistungen, Zubehör, abzüglich Rabatte und exklusive MWST zu verstehen. Falls nicht anders ausgewiesen, sind die aufgeführten Kosten nominale Werte. In Tab. 14 wurden die realen Werte berechnet, aufgrund der geringen Inflation zwischen 2011 und 2019 (die durchschnittliche jährliche Inflation betrug rund -0.1 Prozent) sind die Unterschiede zu den nominalen Werten jedoch äusserst gering, so dass in der deskriptiven Analyse grundsätzlich die nominalen Werte verwendet wurden.

Weiter wird für die deskriptiven Auswertungen jeweils eine zeitliche Unterscheidung in der Betrachtung der Daten vorgenommen: zwischen Tarifsystem (TS), Pauschalsystem A (PS A) und Pauschalsystem B (PS B). Das Tarifsystem war bis zum 30. Juni 2011 in Kraft, danach folgte der Wechsel zum Pauschalsystem, dessen Regelungen seit dem 1. Juli 2011 gelten. Für die Vorgängerstudie, die 2014 abgeschlossen wurde, waren für das Pauschalsystem Daten bis ins Jahr 2013 vorhanden (PS A). Neue Daten wurden für die vorliegende Studie aus den Jahren 2017 bis 2019 (PS B) erhoben; ausgenommen davon sind Kinderversorgungen, für die zusätzlich das Jahr 2016 inkludiert wurde.

Um Kompositionseffekte in der deskriptiven Analyse möglichst gering zu halten, werden die Hörgeräteversorgungen in möglichst homogene Gruppen aufgeteilt. Auswertungen im deskriptiven Teil werden deshalb jeweils separat für IV-, AHV-, Kinder-, und Härtefall-Versorgungen sowie für die Anzahl vergüteter und effektiv gekaufter Hörgeräte ausgewiesen, da diese Variablen nicht deckungsgleich sind. Der Kauf von zwei Hörgeräten bei Erhalt einer monauralen Vergütung kommt bis 2018 vor allem bei den AHV-Versorgungen vermehrt vor, da es bis dahin keine AHV-Pauschalen für binaurale Versorgungen gab. Gemäss den Experteninterviews kann es vorkommen, dass der Hörverlust auf einem Ohr den Schwellenwert erreicht, auf dem anderen jedoch noch nicht, eine beidseitige Versorgung aber als angenehmer empfunden wird und deshalb trotz monauraler Pauschale

¹⁵ Mit Kompositionseffekt ist gemeint, dass beispielsweise zwischen 2011 und 2012 der Preis der Versorgungen um 50 % gestiegen sein könnte, aber statt einer Veränderung der Marktpreise die Zusammensetzung der Stichprobe (Komposition) verantwortlich dafür ist, da beispielsweise doppelt so viele Versorgungen mit zwei Hörgeräten beobachtet wurden, die fast doppelt so teuer sind wie einseitige.

zwei Hörgeräte gekauft werden. Auch der gegensätzliche Fall, bei dem sich die Versicherten trotz binauraler Pauschale lediglich ein Hörgerät zutun, kommt gemäss Expertinnen und Experten vor, sei es aus finanziellen Gründen oder um Verschlusseffekte¹⁶ zu vermeiden.

Im Weiteren werden, falls nicht speziell vermerkt, nur diejenigen Beobachtungen einbezogen, welche in Schweizer Franken bezahlt wurden.

3.2.1 STICHPROBENGRÖSSE UND -ZUSAMMENSETZUNG

Tab. 8 listet die Anzahl der Beobachtungen pro Jahr und pro Versorgungsgruppe auf. Daraus wird ersichtlich, dass die Stichprobe 16'770 Standard-IV-Versorgungen enthält, das sind rund 55 Prozent aller Beobachtungen. 11'717 Beobachtungen sind AHV-Versorgungen (39 Prozent), die restlichen 6 Prozent teilen sich auf die 750 IV-Kinderversorgungen und 1'126 IV-Härtefälle auf. 3'679 Beobachtungen wurden gemäss den Regelungen des Tarifsystems abgerechnet, 26'684 gemäss denen im Pauschalsystem. Die Jahre 2014 bis 2015 weisen vereinzelte Fallzahlen auf – solche traten auf, wenn Rechnungen der ZAS später eingereicht wurden und gehören bereits zu der zweiten Datenerhebung (PS B). Die Daten aus dem Jahr 2016 wurden zusätzlich erhoben, um genügend Kinderversorgungen zu erhalten; dazu mehr in Kapitel 2.1. Das Kapitel beschreibt auch die Verhältnisse zwischen der Grundgesamtheit und der untersuchten Stichprobe, dazu zählt auch die bewusste Überrepräsentation der Härtefall- und Kinderversorgungen.

TAB. 8 VERSORGUNGSTYP PRO JAHR											
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
IV	915	1'725	5'507	4'203	4	13	62	2'411	878	1'054	16'770
AHV	690	1'249	4'545	2'890	0	1	16	1'073	692	561	11'717
Kinder	75	103	131	116	0	10	137	121	22	35	750
Härtefall	0	2	20	58	1	2	74	593	203	173	1'126
Total	1'680	3'079	10'203	7'267	5	26	289	4'198	1'795	1'823	30'363

Quelle: ZAS. Berechnung: IWSB.

Die Verteilung der Geschlechter in der Stichprobe (Tab. 9) ist zumindest in einem Aspekt augenscheinlich, und zwar dem, dass die Männer bei den einzelnen Versorgungsgruppen überwiegen, die Frauen jedoch bei den AHV-Versorgungen den grösseren Anteil ausmachen. Auch bei der Anzahl der vergüteten Hörgeräte zeigen die AHV-Versorgungen Merkmalsausprägungen, die von denen der anderen Versorgungsgruppen abweichen. Da bei der AHV bis ins Jahr 2018 nur ein Hörgerät vergütet werden konnte, konnte nur ein Bruchteil der zweiseitigen Versorgungsgruppen über eine binaurale Pauschale abgegolten werden. Diese Regelung ist im Datensatz gut erkennbar, insbesondere beim Vergleich zwischen vergüteten und tatsächlich gekauften Hörgeräten in den letzten vier Spalten.

¹⁶ Einige Kundinnen und Kunden finden es angenehmer, wenn nur ein Ohr «zu» ist, und kaufen sich deshalb nur ein Hörgerät.

TAB. 9 GESCHLECHT, ANZAHL VERGÜTETER UND VERKAUFTER HÖRGERÄTE ¹⁷						
	Mann	Frau	Monaural	Binaural	1 HG	2 HG
IV	9'739	7'020	5'067	11'705	5'042	11'730
AHV	5'013	6'696	10'748	969	4'200	7'517
Kinder	383	366	127	623	125	625
Härtefall	594	532	198	928	168	958
Total	15'729	14'614	16'140	14'225	9'535	20'830

Anmerkung: nicht von jeder Erfassung sind alle Informationen verfügbar. Quelle: ZAS. Berechnung: IWSB.

In Tab. 10 sind die technischen Niveaus¹⁸ der Hörgeräte nach System aufgelistet. Da die Bauform kein hinreichendes Indiz für das technische Niveau eines Hörgerätes ist, wurden die technischen Kategorien von einem Experten definiert und alle Hörgeräte, bei denen die nötigen Informationen vorhanden waren, diesen Kategorien zugeteilt. Die restlichen wurden als unbekannt eingestuft. Die Auswertung zeigt, dass der grösste Anteil der Versicherten mit Hörgeräten der höchsten technischen Ausstattung, Niveau 4, versorgt wurden. Im Tarifsysteem bezogen 51 Prozent der Versicherten in der vorhandenen Stichprobe Hörgeräte mit technischem Niveau 4, im Pauschalsystem 46 Prozent im PS A und 60 Prozent im PS B. Hörgeräte des technischen Niveaus 3 wurden über alle Systeme hinweg an 30 bis 35 Prozent der Versicherten verkauft. Die Niveaus 0, 1 und 2 waren im Tarifsysteem mit rund 17 Prozent schon bisher wenig bedeutend, und ihre Bedeutung hat weiter abgenommen: Ihr Anteil beträgt 13 Prozent im PS A und 5 Prozent bei der letzten Datenerhebung (PS B). Diese Auswertungen decken sich mit den Aussagen der Experten, wonach zum einen die Hörgeräte einem rasanten technologischen Wandel unterliegen und zum anderen die Schweizer Konsumentinnen und Konsumenten vermehrt hochklassige, technologisch hochstehende Produkte nachfragen.

TAB. 10 TECHNISCHES NIVEAU NACH SYSTEM			
Technisches Niveau	TS	PS A	PS B
0	0 %	0 %	0 %
1	3 %	4 %	1 %
2	14 %	9 %	4 %
3	32 %	36 %	34 %
4	51 %	46 %	60 %
unbekannt	0 %	4 %	1 %

Quelle: ZAS. Berechnung: IWSB.

Die Sprachregionen der in der Stichprobe enthaltenen Versorgung sind in Tab. 11 aufgeführt. Wie in der Vorgängerstudie stammen rund 75 Prozent der Versorgung im Tarif- sowie im Pauschalsystem PS A und PS B aus der Deutschschweiz, 22 Prozent aus der Romandie und 3 Prozent aus dem Tessin.

¹⁷ Die 22 Beobachtungen, bei denen die Geschlechterausprägung fehlt, sind in der Tabelle nicht aufgeführt.

¹⁸ Die Beschreibung der technischen Niveaus findet sich im [externen methodischen Anhang](#) Kap. 2.2.5.

TAB. 11 SPRACHREGION NACH SYSTEM			
	TS	PS A	PS B
Deutschschweiz	2'720	13'919	6'052
Romandie	826	4'025	1'793
Tessin	133	604	291
Total	3'679	18'548	8'136

Quelle: ZAS. Berechnung: IWSB.

Der überwiegende Teil der untersuchten Hörgeräte wurde, wie in Tab. 12 ersichtlich, von Akustik-Fachgeschäften abgegeben. Seit Einführung des Pauschalsystems können auch Apotheken und Drogerien homologierte¹⁹ Hörgeräte verkaufen. Dabei handelt es sich typischerweise um die Hörgeräte der Marke Sonetik, die aufgrund der Voreinstellungen nur wenige Anpassungsmöglichkeiten bieten und deshalb auch von Apotheken und Drogerien ohne ausgebildete Akustikerinnen und Akustiker abgegeben werden können. Die Frequenzen dieser Hörgeräte können im Gegensatz zu anderen Hörgeräten nicht individuell auf den Hörverlust der Versicherten eingestellt werden. Der Wegfall dieser Anpassungen reduziert den Dienstleistungsaufwand einer typischen Versorgung extrem, worauf auch die günstigeren Versorgungskosten zurückzuführen sind. Experten vergleichen diese Geräte gerne mit Lesebrillen: eine vergleichsweise günstige Gesamtlösung, die gut funktionieren kann, aber für Personen mit individualisiertem Anpassungswunsch bzw. -bedarf sowie für Personen mit fortgeschrittenen Beeinträchtigungen keine Lösung darstellt.

TAB. 12 ART DER ABGABESTELLE NACH SYSTEM			
	TS	PS A	PS B
Akustiker	3'615	18'002	7'998
Apotheken	0	412	102
Drogerien	0	67	14
Andere	64	67	22
Total	3'679	18'548	8'136

Quelle: ZAS. Berechnung: IWSB.

In Tab. 13 werden die Anteile an Versorgungen pro Fabrikat und Versorgungstyp ausgewiesen. Phonak, ein Fabrikat der Sonova Holding AG, hat in der untersuchten Stichprobe den höchsten Anteil für jeden Versorgungstyp. Insbesondere bei den Härtefällen sind Phonak-Hörgeräte stark vertreten. Weitere Fabrikate mit einer hohen Anzahl an Fallzahlen sind Oticon, Widex, GN ReSound, Siemens, KIND, Bernafon und Sonetik. Die Fabrikate sind Marken; hinter mehreren Marken stehen oft die gleichen Hersteller bzw. Konzerne. Oticon und Bernafon gehören beispielsweise zur William Demant Holding, einem dänischen Gesundheitsunternehmen. Die Hörgerätesparte von Siemens gehört seit 2015 zu Sivantos, und Sivantos und Widex fusionierten 2019 zu WS Audiology. Interton gehört seit 2005 zur ebenfalls dänischen GN. Zur Sonova Holding AG gehören die Marken Phonak, Unitron, Hansaton und Sona Hearing. Die Preisklassen der Fabrikate und die Marktanteile und Konzentrationen der Hersteller und Modelle werden in Kap. 3.4.1 thematisiert.

¹⁹ Aufgelistete Hörgeräte mit einer METAS-Nummer. Die Liste wird im Auftrag des BSV durch das METAS erstellt und beinhaltet alle Hörgeräte, die für eine Vergütung anspruchsberechtigt sind. Siehe [metas.ch](https://www.metas.ch).

TAB. 13 WICHTIGE FABRIKATE NACH VERSORGUNGSTYP

Hersteller	Fabrikat	IV	AHV	Kinder	Härtefall
GN	GN ReSound	7 %	7 %	2 %	11 %
KIND	KIND	4 %	4 %		3 %
Sonetik	Sonetik	1 %	3 %		
Sonova	Hansaton	1 %	1 %	0 %	
Sonova	NovaSense	0 %	1 %		
Sonova	Phonak	40 %	38 %	76 %	55 %
Sonova	Unitron	1 %	1 %		0 %
Starkey	Starkey	1 %	1 %	0 %	0 %
William Demant	Bernaфон	4 %	4 %	2 %	1 %
William Demant	Oticon	18 %	18 %	11 %	14 %
WS Audiology	Siemens	6 %	6 %	1 %	1 %
WS Audiology	Signia	2 %	2 %		8 %
WS Audiology	Widex	14 %	13 %	4 %	7 %
Total		99 %	99 %	96 %	100 %

Quelle: ZAS. Berechnung: IWSB.

3.2.2 VERSORGUNGSKOSTEN, VERSICHERUNGSBEITRÄGE UND ZUZÄHLUNGEN

Tab. 14 enthält die durchschnittlichen Gesamtkosten der Hörgeräteversorgungen für alle AHV- und IV-Versorgungstypen, aufgeteilt nach System. Da die binaurale AHV-Vergütung erst im Jahr 2018 eingeführt wurde, im PS B jedoch bereits Rechnungen von 2017 an erfasst wurden, sind die AHV-Versorgungen mit zwei Hörgeräten in der Tabelle im PS B aufgeteilt in monaurale und binaurale Vergütung.

Die Differenz in der letzten Spalte zeigt die Veränderung der durchschnittlichen Versorgungskosten vom TS zu den neuen Daten im PS B. Statistisch signifikant sind der Rückgang der mittleren Versorgungskosten bei den monauralen AHV-Versorgungen mit einem und zwei Hörgeräten und der Anstieg der mittleren Versorgungskosten der binauralen IV-Versorgungen mit zwei Hörgeräten.

Wie auch in der Vorgängerstudie ist beim Systemwechsel, also zwischen TS und PS A, ein Rückgang der Kosten bei allen Versorgungstypen ausser den Kinderversorgungen zu beobachten. Im weiteren Verlauf des PS sind die Kosten der Kinderversorgungen ebenfalls gesunken. Die durchschnittlichen Versorgungskosten und Fallzahlen der Härtefall-Versorgungen²⁰ sind vom PS A zum PS B merklich gestiegen. Die durchschnittlichen Kosten der IV-Versorgungen sind durch den Wegfall derjenigen Personen, die einen Härtefall geltend machen konnten, nicht gesunken.

Die durchschnittlichen AHV-Kosten für Versorgungen mit zwei Hörgeräten haben sich seit Einführung der binauralen Pauschale leicht erhöht, von 5'037 auf 5'111 Franken. Die Erhöhung ist statistisch nicht signifikant, das heisst, dass die beobachtete Veränderung auch zufällig sein könnte und bei der Ziehung einer anderen Stichprobe anders ausfallen würde.

²⁰ Die Zusammensetzung der Kosten der Härtefallversorgungen werden in einem eigenen Abschnitt behandelt (Kapitel 3.2.6)

TAB. 14 DURCHSCHNITTLICHE GESAMTKOSTEN VON HÖRGERÄTVERSORGUNGEN NACH VERSORGUNGSTYP

Anz. HG	Versorgungstyp	Mittelwert in CHF			Differenz Δ PS B – TS	
		TS	PS A	PS B	Nominal	Real
1	IV monaural	2'785	2'576	2'837	2 %	3%
	AHV monaural	2'884	2'578	2'597	-10 %	-9% *
	Kinder monaural	(2'704)	(2'774)	(2'571)	-5 %	-3%
	Härtefall monaural		(3'171)	3'862		
2	IV monaural	(5'681)	4'762	4'992	-12 %	-11%
	IV binaural	4'881	4'591	5'260	8 %	9% *
	AHV monaural	5'263	4'829	5'037	-4 %	-3% *
	AHV binaural			5'111		
	Kinder binaural	4'119	4'139	4'011	-3 %	-1%
	Härtefall binaural		(5'396)	6'316		

Anmerkung: () Weniger als 100 Beobachtungen. Die realen Werte wurden mittels LIK berechnet. * Statistisch signifikant mit $p < 0.05$.
Quelle: ZAS. **Berechnung:** IWSB.

Die oben beschriebenen Veränderungen in den Gesamtversorgungskosten können durch eine Auswertung der Gesamtversorgungskosten nach technischem Niveau²¹ und System nicht erklärt werden. Die durchschnittlichen Gesamtversorgungskosten für das technische Niveau 3 und 4 verzeichnen einen signifikanten Kostenanstieg²² vom TS zum PS B. Daneben weisen die Versorgungen mit Hörgeräten des technischen Niveaus 2 einen signifikanten Rückgang um 64 Franken auf.

Werden statt der Gesamtversorgungskosten die Hörgerätekosten ausgewertet, ergeben sich für die technischen Niveaus 2, 3 und 4 signifikante Preisanstiege (siehe Tab. 15). Für Hörgeräte mit der höchsten technischen Ausstattung – welche, wie oben bereits erwähnt, stark an Bedeutung zugenommen haben und im PS B 62 Prozent der Versorgungen ausmachen – stieg der durchschnittliche Preis von 1'778 auf 2'173 Franken an.

TAB. 15 DURCHSCHNITTLICHEN HÖRGERÄTEKOSTEN NACH TECHNISCHEM NIVEAU

Technisches Niveau	Mittelwert in CHF			Differenz in CHF
	TS	PS A	PS B	Δ PS B - TS
0	1'053	970	-	
1	1'198	1'094	1'582	384
2	1'215	1'097	1'998	783 *
3	1'282	1'400	1'470	188 *
4	1'778	1'931	2'173	395 *

Anmerkung: * Statistisch signifikant mit $p < 0.05$
Quelle: ZAS. **Berechnung:** IWSB.

²¹ Beschreibung der technischen Niveaus im [externen methodischen Anhang](#), Kap. 2.2.5.

²² Mit 384 Franken für das technische Niveau 3 und 119 Franken für das technische Niveau 4.

Eine Auswertung der Mediane der Gesamtversorgungskosten pro Hörgerät (Abb. 14), der fünfzehn häufigsten Modelle im PS B zeigt, dass die Kosten für diese Hörgeräte ganz klar über den Versorgungspauschalen liegen. Diese Auswertung kann nicht als direkter Vergleich funktionieren, da viele entscheidende Parameter nicht berücksichtigt werden. Dazu zählen das Verkaufsdatum und somit das Alter des Hörgerätes und die inkludierten Serviceleistungen, also was in den Kosten enthalten ist und was schlussendlich miteinander verglichen wird. Trotzdem gibt sie zumindest einen Hinweis dazu, welche Abgabestellen eher im tiefen Preissegment agieren und welche im höheren Preissegment, allenfalls auch mit umfassenderen Dienstleistungen.

TAB. 16 MEDIANKOSTEN DER 15 HÄUFIGSTEN MODELLE IM PS B FÜR AUSGEWÄHLTE ABGABESTELLEN

Modell	Acousti Centre	Amplifon	Andere	Audika	Fielmann	Hörberatung Basel	Hörzentrum Schweiz	Neuroth
Audéo B30-312	(2'037)	1'671	2'017	2'090	1'511	2'001	2'136	3'026
Audéo B30-312T	1'852	1'616	1'783		(2'176)			2'222
Audéo B50-312	2'321	2'326	2'500	2'630	1'843	2'709	2'749	2'308
Audéo B50-312T		2'347	2'659	3'024	(2'532)	2'622		2'879
Audéo B50-R	2'708	2'449	2'878	2'988	(2'866)		3'035	3'328
Audéo B70-312	(3'102)	3'110	3'023	3'171	2'552		3'273	(2'570)
Audéo B70-R	(3'704)	3'285	3'189	3'174		(3'632)		3'921
Audéo B90-R	(4'028)	3'727	3'645					4'294
Audéo M50-R	2'878	2'576	2'855		(2'416)		3'005	3'644
Audéo M90-R	(4'085)	3'630	3'899			4'153	4'211	4'612
OPN 1 Mini RITE 312			3'735	3'931	3'252	3'788	3'931	4'028
OPN 2 Mini RITE 312			3'329	3'514	2'671			3'119
OPN 3 Mini RITE 312			2'593	2'819		2'490	2'843	2'693
Virto B70-Titanium	(3'704)	3'221	3'195	3'680	(2'776)			3'611
Virto B90-Titanium	4'167	3'685	3'859	4'287	3'470	4'021	(3'482)	4'176

Anmerkung: Für die Auswertung wurden nur Versorgungen von Erwachsenen in CHF im PS B berücksichtigt. Grau bzw. Gelb: tiefster bzw. höchster Medianwert für dieses Modell. () Nur 1 Beobachtung.
Quelle: ZAS. Berechnung: IWS

VERSICHERUNGSBEITRÄGE

Während die Versicherungsleistung im Tarifsysteem vom Grad der Hörminderung (Indikationsstufe 1 – 3) abhängig war, wird der Versicherungsbeitrag im Pauschalsystem unabhängig davon festgelegt. Die wichtigsten Tarife für Hörgeräteversorgungen im Tarifsysteem werden in Kapitel 1.1 beschrieben. Die aktuellen Standard-IV-Beiträge im Pauschalsystem sind fixiert auf 840 Franken für die monaurale und 1'650 Franken für die binaurale Versorgung. Bei der AHV betragen die Versicherungsbeiträge 75 Prozent der IV-Pauschalen, d. h. 630 Franken für monaurale und 1'237.50 Franken für binaurale Versorgungen. Bei den Kinderversorgungen übernimmt die IV die tatsächlichen Kosten bis zu einem Maximalbetrag von 2'830 Franken für monaurale und 4'170 Franken für binaurale Versorgungen.

Die nachfolgende Tabelle (Tab. 17) zeigt die durchschnittlichen Versicherungsbeiträge aufgeteilt nach System. Da die festgelegten Tarife im Tarifsysteem exkl. MWST und die Pauschalen im Pauschalsystem inkl. MWST sind, werden für die Vergleichbarkeit alle Beiträge in der Tabelle exklusive MWST ausgewiesen. Dies entspricht auch der sonstigen Handhabung (siehe Kap. 3.2). Die aufgeführten Pauschalbeträge entsprechen deshalb nicht den oben beschriebenen Versicherungsbeiträgen, sondern liegen darunter. Aufgrund der Veränderung der MWST über die Jahre, sind die Abweichungen im PS A und PS B nicht gleich hoch.

Die durchschnittlichen IV- und AHV-Versicherungsbeiträge sind durch die neuen Regelungen im Pauschalsystem gegenüber dem Tarifsysteem deutlich gesunken. Die prozentual stärkste Abnahme des Versicherungsbeitrags findet sich bei der einseitigen AHV-Versorgung, welche sich auf - 850 Franken beläuft, das sind rund 59 Prozent Reduktion. Die mit - 1'368 Franken stärkste absolute Abnahme (47 Prozent) ist bei der binauralen IV-Versorgung zu beobachten. Beim Vergleich der Versicherungsbeiträge der IV-Versorgungen muss berücksichtigt werden, dass seit dem Systemwechsel eine Härtefallregelung möglich ist, welche im TS noch nicht vorhanden war. In der Tabelle sind sie separat aufgeführt und zeigen die grossen Unterschiede in der Höhe der mittleren Versicherungsbeiträge. Werden die Härtefall-Versorgungen – gemäss der Grundgesamtheit – gewichtet in die Standard-IV-Versorgungen miteingerechnet ergeben sich leicht höhere mittlere Versicherungsbeiträge. Für die binaurale IV-Versorgung mit zwei Hörgeräten steigt der Mittelwert mit Einbezug der Härtefall-Versorgungen auf 1'565 Franken, von vorher 1'539 Franken. Der geringe Anstieg zeigt die volumentechnisch gesehen, relativ tiefe Bedeutung der Härtefall-Versorgungen im Vergleich zu den Standard-IV-Versorgungen.

Die mittleren Versicherungsbeiträge bei den Kinderversorgungen haben durch die angepasste Handhabung (siehe oben) zugenommen und bewegen sich insbesondere bei den binauralen Versorgung nahe am maximalen Beitrag (Höchstvergütungsbeitrag binaural exkl. MWST: 3'861 Franken). Die Zunahme ist trotz der tiefen Fallzahlen auch bei den monauralen Versorgung statistisch signifikant.

TAB. 17 DURCHSCHNITTLICHE VERSICHERUNGSBEITRÄGE NACH VERSORGUNGSTYP UND SYSTEM						
Anz. HG	Versorgungstyp	Mittelwert in CHF			Differenz in CHF	
		TS	PS A	PS B	Δ PS B – TS	
1	IV monaural	1'745	779	782	- 55%	*
	AHV monaural	1'435	583	586	- 59%	*
	Kinder monaural	(2'057)	(2'592)	(2'512)	22%	*
	Härtefall monaural		(3'048)	3'385		
2	IV monaural	(1'616)	780	789	- 51%	*
	IV binaural	2'907	1'529	1'539	- 47%	*
	AHV monaural	1'405	583	584	- 58%	*
	AHV binaural			1'149		
	Kinder binaural	3'419	3'847	3'860	13%	*
	Härtefall binaural		(5'242)	5'338		

Anmerkung: () Weniger als 100 Beobachtungen * Statistisch signifikant mit $p < 0.01$.
Quelle: ZAS. Berechnung: IWSB.

ZUZAHLUNGEN

In Tab. 18 werden die durchschnittlichen Zuzahlungen pro Versorgungstyp, aufgeteilt nach System, abgebildet. Liegen die Kosten der Versorgung über dem Versicherungsbeitrag, tragen die Versicherten die Differenz selber (positive Zuzahlungen). Wie weiter oben bereits beschrieben, erhalten die Versicherten im Pauschalsystem auch bei Versorgungskosten, die unter der Versicherungspauschale liegen, den gesamten Versicherungsbeitrag ausbezahlt; diese Differenz wird im Folgenden «negative Zuzahlung» genannt. Die Tabelle zeigt, dass die Mittelwerte der Zuzahlungen – ausser bei den Versorgung von Kindern – über den Zeitverlauf gestiegen sind. Diese Entwicklung ist naheliegend, da die durchschnittlichen Versicherungsbeiträge für alle Versorgung ausser den Kinderversorgungen stark reduziert wurden und die Zuzahlungen die wegfallenden Versicherungsbeiträge decken.

Insbesondere bei den Versorgungstypen IV binaural mit 2 HG und IV monaural mit 1 HG sind die mittleren Zuzahlungen gestiegen, da deren Versorgungskosten im Mittel zusätzlich zur Reduktion des Versicherungsbeitrags, angestiegen sind. Einzig bei den monauralen Kinderversorgungen ist ein markanter und statistisch signifikanter Rückgang bei den Zuzahlungen zu verzeichnen. Die durchschnittlichen Zuzahlungen der AHV-Versorgungen mit zwei Hörgeräten sind seit der Einführung der binauralen Pauschale innerhalb des PS B im Mittel um rund 11 Prozent zurückgegangen: von durchschnittlich 4'453 Franken auf 3'962 Franken. Während die Pauschale um 607.50 Franken erhöht wurde, verzeichnen die durchschnittlichen Zuzahlungen einen leicht geringeren Rückgang von 491 Franken.

TAB. 18 DURCHSCHNITTLICHE ZUZAHLUNGEN VON HÖRGERÄTEVERSORGUNGEN NACH VERSORUNGSTYP						
Anz. HG	Versorgungstyp	Mittelwert in CHF			Differenz in CHF	
		TS	PS A	PS B	Δ PS B - TS	
1	IV monaural	1'040	1'797	2'054	98 %	*
	AHV monaural	1'449	1'994	2'011	39 %	*
	Kinder monaural	(647)	(182)	(58)	- 91 %	*
	Härtefall monaural		(123)	477		
2	IV monaural	(4'065)	3'982	4'203	3 %	
	IV binaural	1'974	3'062	3'721	88 %	*
	AHV monaural	3'858	4'246	4'453	15 %	*
	AHV binaural			3'962		
	Kinder binaural	701	292	151	- 78 %	*
	Härtefall binaural		(154)	978		

Anmerkung: () Weniger als 100 Beobachtungen * Statistisch signifikant mit $p < 0.05$
Quelle: ZAS. **Berechnung:** IWSB.

Die Häufigkeiten von zuzahlungsfreien Versorgung sind in Tab. 19 abgebildet. Als «zuzahlungsfrei» zählen alle Versorgung bis zu einer Zuzahlung von 50 Franken. Kategorien ohne Beobachtungen sind dargestellt durch leere Felder; Kategorien, die keine Beobachtungen beinhalten, weil der Versorgungstyp in dem System nicht vorhanden ist, werden mit «-» gekennzeichnet.

Der Anteil der Kinderversorgungen, die zuzahlungsfrei abgeschlossen wurden, haben sich durch den Systemwechsel praktisch verdoppelt und auch vom PS A zum PS B nochmals verstärkt, von rund 67 Prozent im PS A

auf 89 Prozent im PS B. Auch bei den AHV-Versorgungen mit vergleichsweise niedrigen Versicherungsbeiträgen gibt es bedingt durch den Systemwechsel, mehr Versorgung ohne Zuzahlungen. Sie belaufen sich auf einen Anteil von 1.1 Prozent im PS A und rund 1.6 Prozent im PS B. Durch die Einführung der neuen Vergütungspauschale für binaurale Versorgung im 2018 konnten seither um die 3 Prozent der Versorgung mit zwei Hörgeräten zuzahlungsfrei abgewickelt werden. Der Anteil an zuzahlungsfreien Standard-IV-Versorgungen hat sich durch den Systemwechsel halbiert von 15.4 auf 7.7 Prozent und auch im Verlauf des Pauschalsystems reduzierte er sich nochmals auf 5.2 Prozent.

Die Entwicklung der Zuzahlungen bei den Härtefall-Versorgungen ist überraschend. Während im PS A noch 91 Prozent der Versorgung zuzahlungsfrei waren, sind es im PS B nur noch 50 Prozent. Mögliche Gründe dafür sind, dass die Versicherten den Teil der Mehrkosten, der über eine einfache und zweckmässige Versorgung hinausgeht, selber tragen und diese Mehrkosten zugenommen haben. Auch die Experten konnten keine weiteren Gründe nennen und die Veränderung im Zeitverlauf nicht erklären. Die Umsetzung der Empfehlungen aus der Arbeitsgruppe Hilfsmittel könnte jedoch ein Grund für die Veränderung in der Handhabung der Härtefälle sein, da ab diesem Zeitpunkt keine Dienstleistungspakete, sondern nur noch einzeln aufgeführte Dienstleistungen abgerechnet werden konnten.

Tab. 19 HÄUFIGKEITEN VON ZUZahlungSFREIEN VERSORGUNGEN

Zuzahlungsfreie Versorgung			
Versorgungstyp	TS	PS A	PS B
AHV	0.8 %	1.1 %	1.6 %
IV	15.4 %	7.7 %	5.2 %
Kinder	33.0 %	66.7 %	88.9 %
Härtefälle	-	91.1 %	49.7 %

Anmerkung: Es werden nur Beobachtungen in CHF berücksichtigt. **Quelle:** ZAS. **Berechnung:** IWSB.

Tab. 20 enthält die Häufigkeit von Versorgung mit negativen Zuzahlungen (Auszahlungen an die Versicherten), mit keinen Zuzahlungen und mit positiven Zuzahlungen nach Art der Abgabestellen. Der Anteil der Versorgung mit negativen Zuzahlungen ist mit 45.6 Prozent im PS A und 35.4 Prozent im PS B besonders bei den Apotheken auffallend hoch. Die Anteile der zuzahlungsfreien Versorgung der Apotheken und Drogerien verzeichnete vom PS A zum PS B allerdings wieder einen Rückgang. Der Anteil der Versorgung mit negativen Zuzahlungen und zuzahlungsfreien Versorgung, abgegeben von Akustikfachgeschäften, ist mit 3.6 Prozent im PS A und 3.2 Prozent im PS B vergleichsweise niedrig, auch hier konnte ein Rückgang zwischen PS A und PS B beobachtet werden.

Die stark unterschiedlichen Verteilungen bei den Akustikfachgeschäften, entgegen derer von Apotheken und Drogerien ist, wie weiter oben erwähnt, auf die Art der abgegebenen Geräte zurückzuführen. Da Sonetik-Hörgeräte keine individuellen Anpassungen zulassen und deshalb auch von Apotheken und Drogerien abgegeben werden können, fällt ein grosser Teil der Arbeit, die Akustikfachgeschäfte ausführen, weg. Diese äussern dementsprechend in den Experteninterviews Zweifel daran, ob auf diese Weise eine individuell angepasste, qualitativ nachhaltige und zufriedenstellende Hörgeräteversorgung zum Versicherungsbeitrag möglich ist. Die Ergebnisse der Befragung der Versicherten ergaben keinen Unterschied in der Zufriedenheit in Abhängigkeit der Art der Abgabestelle (Apotheke, Drogerie oder Akustikfachgeschäft, vgl. Kap. 4.5.4).

TAB. 20 HÄUFIGKEIT VON ZUZAHLUNGEN NACH ART DER ABGABESTELLE									
	TS			PS A			PS B		
	-	0	+	-	0	+	-	0	+
Akustiker		9.9 %	90.1 %	1.0 %	2.6 %	96.4 %	0.5 %	2.7 %	96.8 %
Apotheken				45.6 %	0.2 %	54.1 %	35.4 %	1.0 %	63.6 %
Drogerien				35.8 %		64.2 %	28.6 %		71.4 %

Anmerkung: «-» steht für negative Zuzahlungen, «0» für zuzahlungsfreie Versorgungsungen und «+» für positive Zuzahlungen. **Quelle:** ZAS. **Berechnung:** IWSB.

Für eine detailliertere Betrachtung der Zuzahlungen bei Standard-IV-Versorgungen im PS B werden in Tab. 21 die Anteile von zuzahlungsfreien Versorgungsungen nach Grossregionen ausgewiesen. Augenscheinlich sind insbesondere die Anteile in der Nordwestschweiz (7 Prozent) und im Tessin (1 Prozent). Eine mögliche Ursache für den tiefen Anteil im Tessin ist, dass lediglich Akustikfachgeschäfte im Tessiner Sample enthalten sind, ohne Versorgungsungen bei Apotheken und Drogerien. Gemäss Sonetik (o.D.) sind Verkaufsstellen, die Sonetik Geräte anbieten, im Tessin tatsächlich weniger stark vertreten als in anderen Teilen der Schweiz. In den grösseren Städten gibt es zum heutigen Zeitpunkt zumindest jeweils zwei Verkaufsstellen. Darüber hinaus ist die Diversität bezüglich grosser Abgabestellen im Tessiner Sample mit drei deutlich kleiner als im Nordwestschweizer Sample mit neun. Die drei grossen Abgabestellen Fielmann, Amplifon und Audika die im Tessiner Sample vorhanden sind, sind auch in allen anderen Grossregionen vertreten. Während die Anteile der übrigen Abgabestellen («Andere») im Tessiner und Nordwestschweizer Sample vergleichbar gross sind mit 37 Prozent im Tessin und 40 Prozent in der Nordwestschweiz, sind die Anteile der drei grossen Abgabestellen sehr verschieden: Amplifon war die Verkaufsstelle für 10 Prozent der Versorgungsungen in der Nordwestschweiz und für 27 Prozent im Tessin. Audika für 15 Prozent in der Nordwestschweiz und für 31 Prozent im Tessin, Fielmann für 7 Prozent in der Nordwestschweiz und für 4 Prozent im Tessin. Darüber hinaus hatten KIND und Neuroth mit jeweils 10 Prozent hohe Anteile in der Nordwestschweiz, sind jedoch im Tessin gar nicht vertreten.

Gemäss unserer Stichprobe wäre es für eine erwachsene IV-anspruchsberechtigte Person, die im Tessin wohnt, entweder schwieriger eine zuzahlungsfreie Hörgeräteversorgung zu beziehen oder genannte Personen, die im Tessin wohnen entscheiden sich eher für eine Versorgung mit Zuzahlungen.

TAB. 21 ANTEIL ZUZAHLUNGSFREIER STANDARD-IV-VERSORGUNGEN IM PS B NACH GROSSREGIONEN			
Grossregion	Anteil zuzahlungsfreier IV-Versorgungsungen	Zuzahlungsfreie IV-Versorgungsungen	Total
Zürich	5%	37	704
Espace Mittelland	5%	53	1'006
Zentralschweiz	4%	16	417
Ostschweiz	4%	28	693
Nordwestschweiz	7%	43	601
Ticino	1%	2	139
Région Lémanique	3%	21	675

Anmerkung: Nur Standard IV-Versorgungsungen in CHF im PS B. Gesamtversorgungsungskosten sind pro Hörgerät ausgewiesen. **Quelle:** ZAS. **Berechnung:** IWSB.

Exemplarisch wurden für die Standard-IV-Versorgungsungen im PS B die zehn häufigsten Hörgerätemodelle ausgegeben, die bei zuzahlungsfreien Versorgungsungen bezogen wurden. Sie sind in Tab. 22 aufgelistet, dazu wird das Fabrikat, die Anzahl der zuzahlungsfreien Verkäufe, deren Anteil an den gesamten Verkäufen und der Median

der Gesamtkosten pro Abgabestelle bei Versorgungs mit Abgabe dieses Hörgerätes ausgewiesen. Unter diesen 10 Hörgerätemodellen ist keines des Fabrikats Phonak, das in der Schweiz anteilmässig am häufigsten verkauft wird. Allgemein fällt auf, dass die Hörgerätemodelle nicht sehr geläufig sind und oft nur von einer Abgabestelle abgegeben wurden. Drei dieser zehn Modelle sind Sonetik Geräte, die vor allem von Apotheken und Drogerien abgegeben werden.

TAB. 22 MODELLE DER 10 HÄUFIGSTEN ZUZAHLUNGSFREIEN HÖRGERÄTEVERSORGUNGEN								
Fabrikat	Modell	Zuzahlungsfreie Käufe			Mediane der Gesamtkosten in CHF			
		Absolut	Anteil	Andere	Amplifon	KIND	Fielmann	Neuroth
Widex	DAILY50 D50-FA	16	73%	1'244	766			940
Sonetik	GOhear	13	93%	439				
Sonetik	GOhear-on	11	92%	738				
KIND	KINDtauro HP	7	88%			780		
Bernafon	Acriva AR7 N	7	58%				766	
Sonetik	GOhear-in	6	86%	923				
KIND	KINDeco 0200	6	86%			778		
Widex	DAILY50 D50-M CB	6	86%		766			
GN ReSound	Enya 3 EY 377-DW/DW T	6	27%				778	
Bernafon	Inizia IN3 N	5	100%				764	

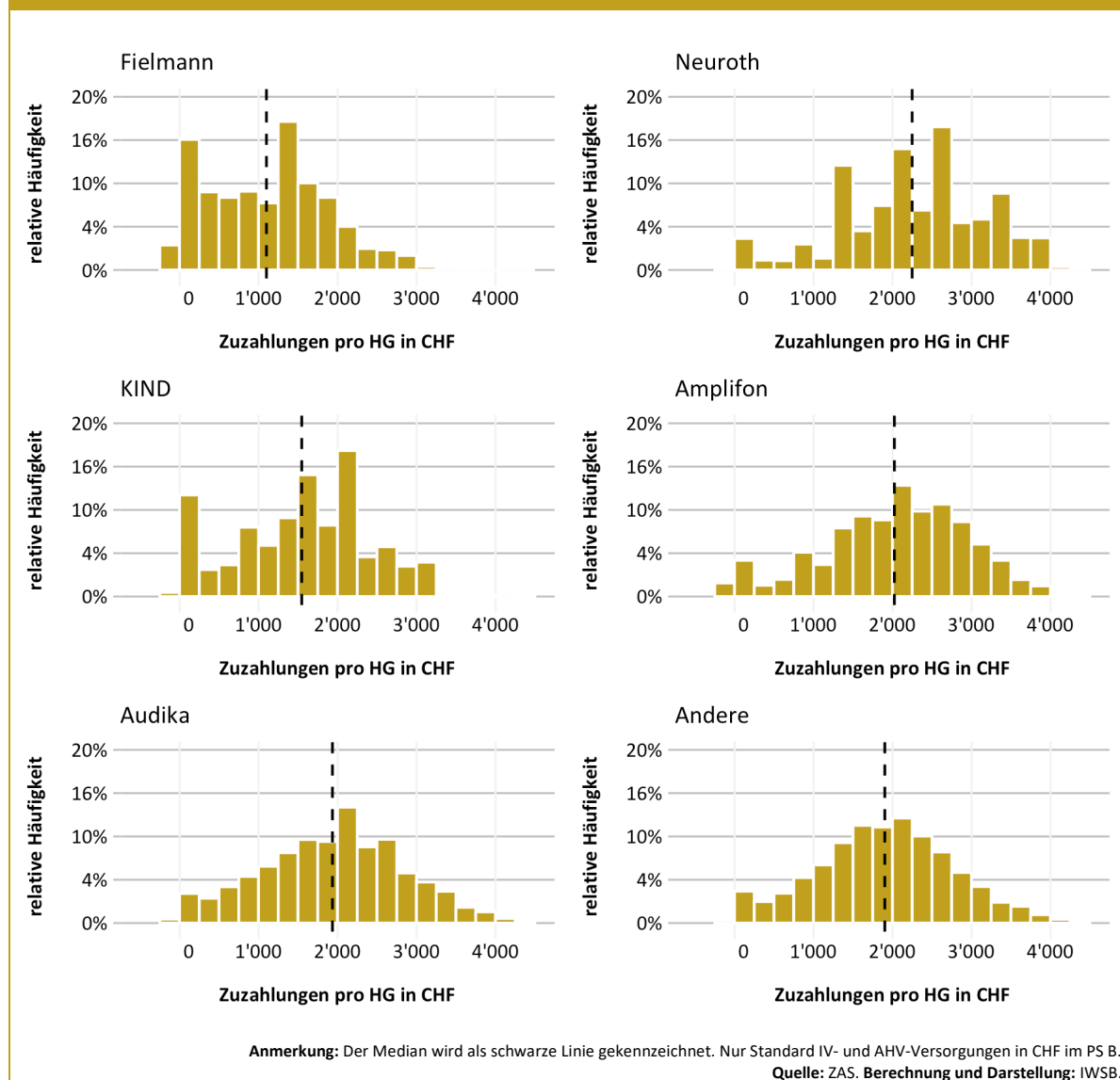
Anmerkung: Nur Standard IV-Versorgungen in CHF im PS B. Gesamtversorgungskosten sind pro Hörgerät ausgewiesen. **Quelle:** ZAS. **Berechnung:** IWSB

In der folgenden Abbildung (Abb. 1) werden für ausgewählte Abgabestellen mit verhältnismässig hohen Fallzahlen die relativen Häufigkeiten der Zuzahlungen²³ im Pauschalssystem ausgewiesen. Der Mittelwert²⁴ wird jeweils mit einer gestrichelten Linie gekennzeichnet und verdeutlicht die Heterogenität in den getätigten Zuzahlungen in Abhängigkeit der Abgabestellen. Die Auswertungen zeigen jeweils nur die von den Hörgeräteträgerinnen und Hörgeräteträgern gewählten Versorgungs; nicht ersichtlich aus den erfassten Daten werden die angebotenen Versorgungs, die schlussendlich nicht verkauft wurden. Der Balken über 0 zeigt die relative Häufigkeit von Versorgungs an, die zuzahlungsfrei oder bis maximal 250 Franken Zuzahlungen bedurften. Diese Versorgungs sind insbesondere bei den Abgabestellen KIND und Fielmann stark ausgeprägt. Trotzdem sind die Zuzahlungen nicht vernachlässigbar, die Mediane liegen bei den restlichen Abgabestellen um die 2'000 Franken – eine grosse Investition, wenn davon ausgegangen wird, dass eine Versorgung grundsätzlich auch ohne Zuzahlungen möglich wäre. Das jeweils fast 4 Prozent der Versorgungs der unterschiedlichen Abgabestellen eine Zuzahlung von maximal 250 Franken aufwies, zeigt wiederum, dass günstigere Zuzahlungen im Bereich des Möglichen liegen.

²³ Die Aufteilung der Daten ist konstant mit einer Breite der Balken von jeweils 250 Franken.

²⁴ Durchschnittliche Zuzahlungen pro aufgeführte Abgabestelle.

ABB. 1 HÄUFIGKEITEN VON ZUZÄHLUNGEN FÜR AUSGEWÄHLTE ABGABESTELLEN



Die Mittelwerte der negativen und positiven Zuzahlungen werden in Tab. 23 dargestellt. Obwohl die positiven Zuzahlungen deutlich höher sind als die negativen, sind auch jene im Mittel nicht unbedeutend. Für die binaurale IV-Versorgung erhielten Personen mit einer negativen Zuzahlung im PS A beispielsweise im Mittel 533 Franken zurück. Die durchschnittlichen positiven Zuzahlungen im Pauschalssystem sind für die monaurale AHV-Versorgung mit zwei Hörgeräten am höchsten: 4'246 Franken im PS A und 4'453 Franken im PS B. Sie nehmen mit der Einführung der binauralen Pauschale erwartungsgemäss ab und betragen nun 4'076 Franken.

Über alle Systeme hinweg sind die Zuzahlungen für Versorgungen mit zwei Hörgeräten trotz höherer Pauschalen deutlich höher als die Zuzahlungen für monaurale Versorgungen. Am höchsten sind die Zuzahlungen, bei denen sich Versicherte trotz monauraler Pauschale, zwei Hörgeräte kaufen. Die mittleren positiven Zuzahlungen der Härtefall-Versorgungen haben im Gegensatz zum Anteil der positiven Zuzahlungen (siehe oben) vom PS A zum PS B abgenommen und weisen mit 1'008 bzw. 1'910 Franken im PS B neben den Kinderversorgungen den tiefsten mittleren positiven Zuzahlungsbetrag auf.

TAB. 23 MITTLERE ZUZAHLUNGEN FÜR VERSORGUNGEN MIT POSITIVEN UND NEGATIVEN ZUZAHLUNGEN

Anz. HG	Versorgungstyp	Neg. Zuzahlungen: Mittelwert in CHF			Pos. Zuzahlungen: Mittelwert in CHF		
		TS	PS A	PS B	TS	PS A	PS B
1	IV monaural		-259	-263	1'315	1'935	2'184
	AHV monaural		-130	-217	1'468	2'053	2'073
	Kinder monaural				941	710	620
	Härtefall monaural					573	1'008
2	IV monaural				4'065	4'010	4'203
	IV binaural		-533	-323	2'293	3'355	3'905
	AHV monaural				3'858	4'246	4'453
	AHV binaural			-287			4'076
	Kinder binaural				1'050	848	1'344
	Härtefall binaural		-113	-267		2'811	1'910

Quelle: ZAS. Berechnung: IWSB.

Die Auswertungen zu den Zuzahlungen zeigen, dass zuzahlungsfreie Versorgungen im Pauschalssystem für alle Versorgungstypen stattgefunden haben, folglich also möglich sein müssten. Weiter zeigen sie, dass die überwältigende Mehrheit der Versicherten sich trotzdem für eine Versorgung entscheidet, deren Gesamtkosten über dem Versicherungsbeitrag liegen. Dabei finanzieren die Versicherten oft einen grossen Betrag selber. Unter den Experten ist man sich einig über die Tatsache, dass ein Grossteil der Schweizer Konsumentinnen und Konsumenten über eine hohe Zahlungsbereitschaft verfügt. Weiter wurde aus den Expertengesprächen klar, dass einige Abgabestellen aufgrund von proklamierten Qualitätsansprüchen an Hörgeräte und Dienstleistungen²⁵ keine zuzahlungsfreien Versorgungen anbieten und die Kundinnen und Kunden bei diesen Abgabestellen demzufolge keine Möglichkeit haben, sich für eine solche Versorgung zu entscheiden. Konsumentinnen und Konsumenten steht natürlich die Möglichkeit eines Anbieterwechsels offen, die Hörgeräteversorgung ist jedoch weiterhin ein Vertrauensgeschäft und Wechsel zu anderen Abgabestellen finden gemäss Expertenaussagen selten statt.

3.2.3 IV-VERSORGUNGEN

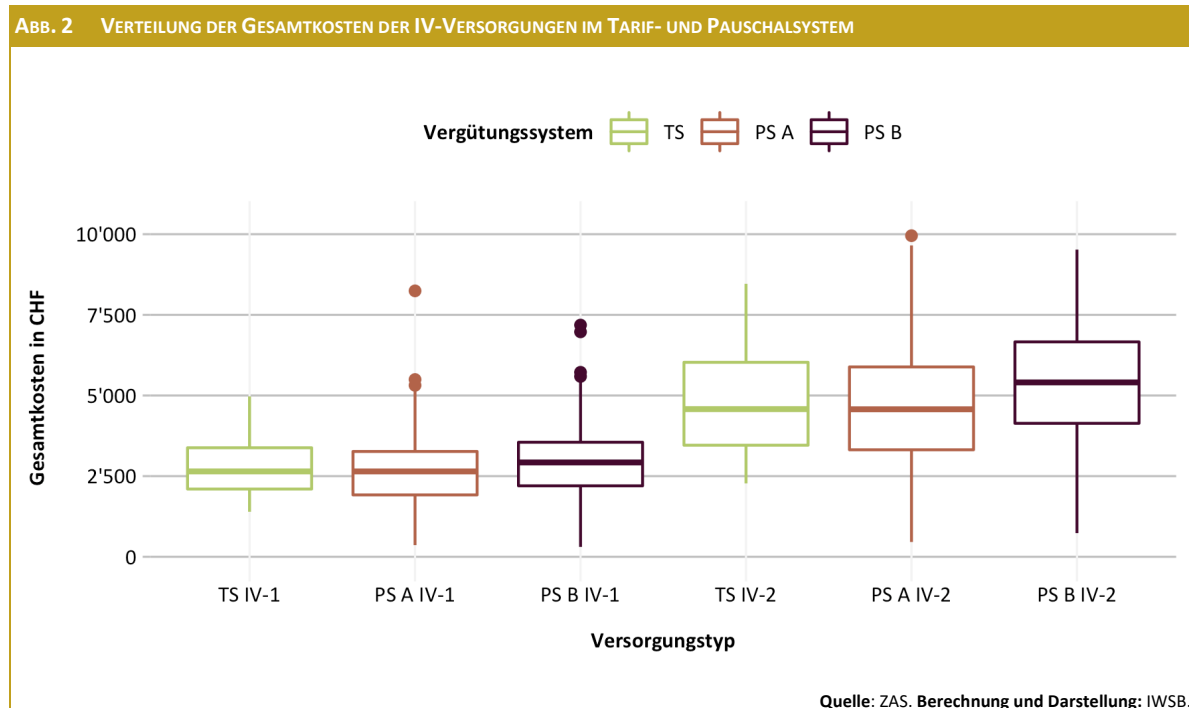
Im Folgenden werden die einzelnen Versorgungstypen (IV, AHV, IV-Kinder und IV-Härtefälle) und ihre Verteilungen einzeln dargestellt. Die Verteilung bzw. Streuung der Beobachtungen wird via Boxplots dargestellt. Die mittlere Linie der Box zeigt jeweils den Median (Mitte des Datensatzes) an. Die untere und obere Grenze der Boxen entsprechen dem ersten und dem dritten Quartil (dem 25. und 75. Perzentil)²⁶. Somit befinden sich jeweils 50 Prozent der Beobachtungen innerhalb der Boxen.

Abb. 2 zeigt, dass die Preisvariabilität zwischen den verschiedenen Angeboten der gleichen Versorgungstypen durch den Übergang vom Tarif- zum Pauschalssystem deutlich gestiegen ist und sich auch seither im zeitlichen

²⁵ Für die Pauschalbeiträge der AHV / IV proklamieren diese Abgabestellen, können sie entweder keine Hörgeräte anbieten, die ihren eigenen Qualitätsansprüchen genügen, oder sie können keine Dienstleistungen anbieten, die ihrem üblichen Servicelevel entsprechen. Werden die gleichen Dienstleistungen angeboten, wie bei anderen Versorgungen, rechnet sich dies finanziell -gemäss Aussagen - für diese Abgabestellen nicht, da sie für eine zuzahlungsfreie Versorgung nicht den ganzen Arbeitsaufwand verrechnen könnten. Andere Abgabestellen bieten zuzahlungsfreie Versorgungen an, gemäss Daten und gemäss Expertenaussagen. Eine Abwägung solcher Aussagen kann im Rahmen dieser Untersuchung nicht durchgeführt werden.

²⁶ Der obere Whisker erstreckt sich von der oberen Grenze der Box bis zum grössten Wert nicht weiter als 1.5-mal den Interquartilsbereich bzw. 1.5-mal den Abstand zwischen dem ersten und dem dritten Quartil; das Gleiche gilt für den unteren Whisker. Beobachtungen darüber hinaus werden als Ausreisserpunkte dargestellt.

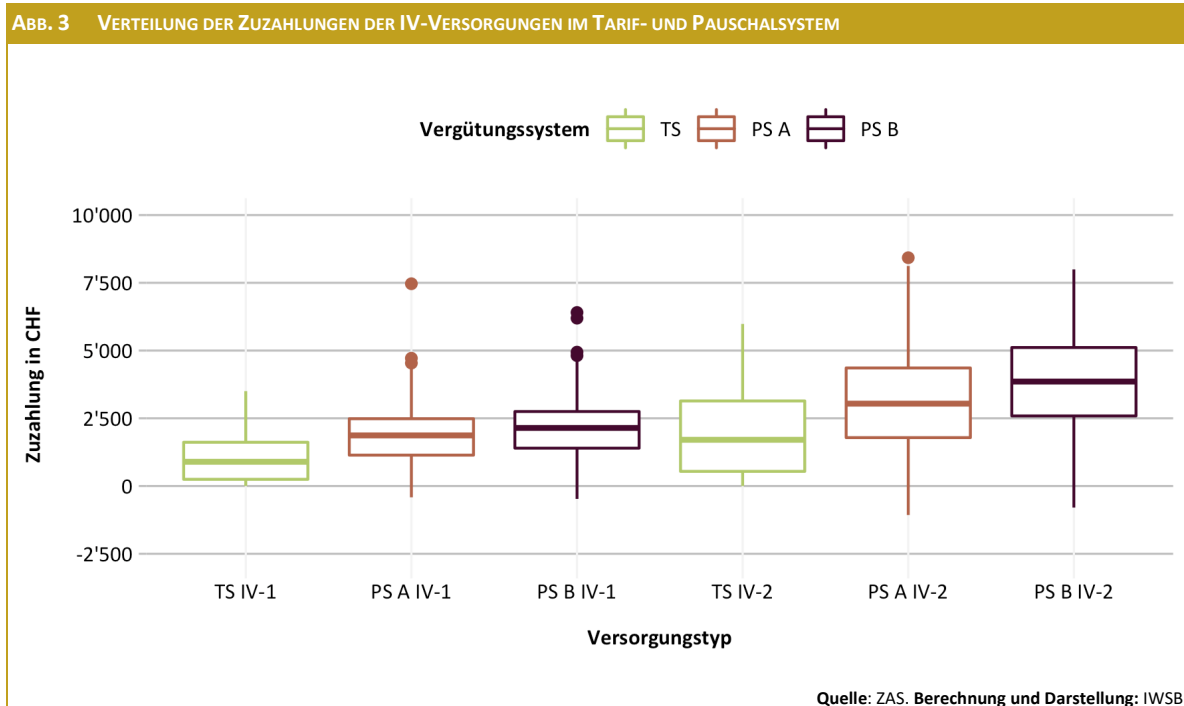
Verlauf mehr oder weniger gehalten hat. Dies wird ersichtlich aus dem Vergleich der Spannweiten²⁷ zwischen den Systemen. Diese nahm vom TS mit 3'577 (IV-1) respektive 6'310 (IV-2) Franken zum PS A mit 7'882 (IV-1) respektive 9'495 (IV-2) Franken und PS B mit 6'878 (IV-1) respektive 8'790 (IV-2) Franken deutlich zu. Die Mediane der Versorgungskosten der IV-Versorgungen haben sich, ebenso wie die Mittelwerte (siehe Tab. 13), im zeitlichen Verlauf leicht erhöht: von 2'646 Franken (TS IV-1) auf 2'925 Franken (PS B IV-1) und von 4'598 Franken (TS IV-2) auf 5'370 Franken (PS B IV-2). Die Auswertung zeigt die monauralen IV-Versorgungen mit einem Hörgerät und die binauralen IV-Versorgungen mit zwei Hörgeräten.²⁸



Ein ähnliches Bild lassen die Verteilungen der Zuzahlungen der IV-Versorgungen in Abb. 3 erkennen. Die Mediane sind vom Tarif- zum Pauschalssystem deutlich angestiegen; gleichzeitig haben sich die Spannweiten der Zuzahlungen vergrößert. Im PS existieren Versorgungen mit der gleichen Versicherungspauschale, bei denen die Versicherten einen Teil der Pauschale zurückerhalten haben, und andere Versorgungen, bei denen die Versicherten zusätzlich zum Pauschalbetrag über 7'500 Franken selber finanzierten. Deutlich wird auch, dass im Tariffsystem noch keine negativen Zuzahlungen möglich waren.

²⁷ Untere und obere Grenze der Whisker bzw. der Ausreisserpunkte, falls vorhanden.

²⁸ Die monauralen IV-Versorgungen mit zwei verkauften Hörgeräten werden aufgrund der niedrigen Beobachtungszahlen und des hohen p-Werts für diese Darstellung nicht berücksichtigt.



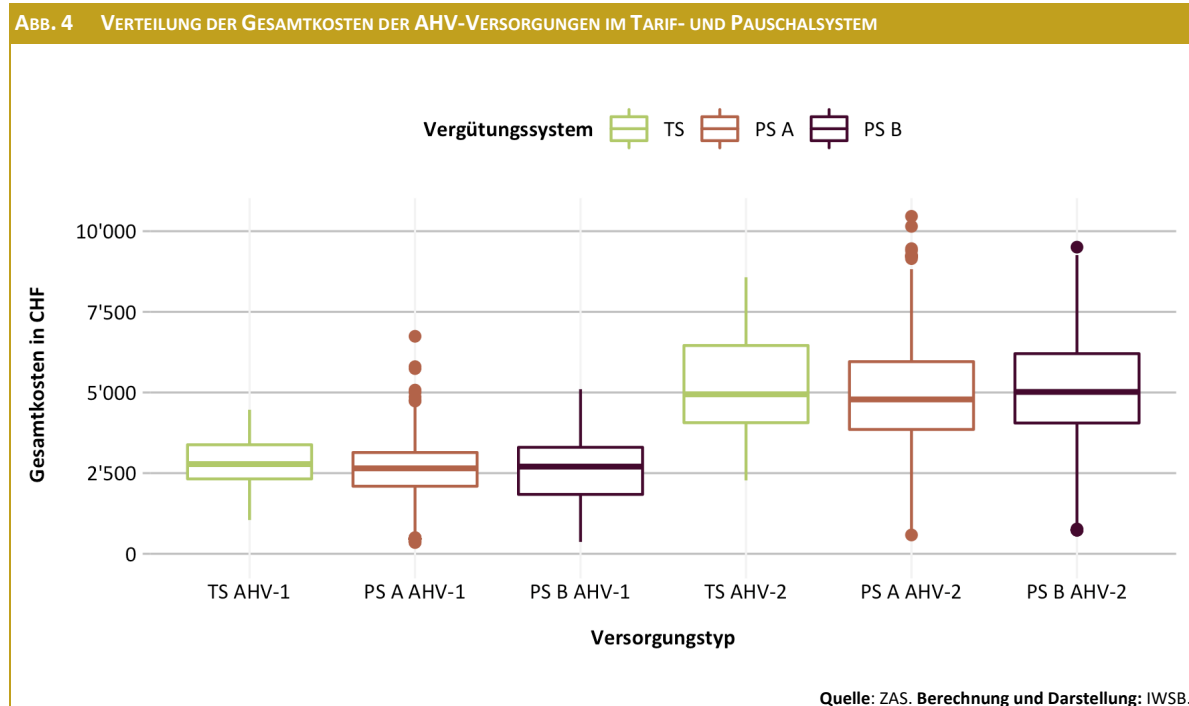
3.2.4 AHV-VERSORGUNGEN

Wie bei den IV-Versorgungen stieg auch bei den AHV-Versorgungen die Preisvariabilität der Angebote merklich. Während die Medianversorgungskosten²⁹ bei AHV-Versorgungen mit einem Hörgerät sanken, sind sie für die AHV-Versorgungen mit zwei Hörgeräten angestiegen. Die günstigsten Versorgungen im Pauschalssystem liegen deutlich unter den günstigsten Versorgungen im Tarifsysteem; das Gleiche gilt für die teuersten Versorgungen. Auch diese Entwicklung lässt sich bei den IV-Versorgungen beobachten.

Der Median der Gesamtkosten der Versorgung AHV-1, abgebildet in Abb. 4, sinkt vom TS mit 2'780 Franken zum PS A mit 2'649 Franken. Vom PS A zum PS B (2'703 Franken) steigt er wieder etwas an, ist aber immer noch leicht niedriger als im TS. Für die AHV-Versorgungen mit zwei Hörgeräten (AHV-2) ist der Median vom TS mit 4'944 Franken zum PS A mit 4'785 Franken ebenfalls gesunken, in beiden Fällen im Vergleich zum PS B³⁰ mit 5'163 Franken jedoch leicht gestiegen. Die Spannweiten verhalten sich ähnlich wie bei den IV-Versorgungen. Deutlich gestiegen ist die Streuung der Beobachtungen zwischen TS AHV-1 mit einer Spannweite von 3'419 Franken und PS A AHV-1 mit einer Spannweite von 6'394 Franken. Zu PS B AHV-1 mit 4'735 Franken sinkt sie wieder, wobei die Whisker von PS A zu PS B leicht gestiegen sind. Gleiches gilt für die Veränderungen in der Streuung zwischen TS AHV-2 (6'297 Franken), PS A AHV-2 (10'158 Franken) und PS B AHV-2 (8'921 Franken).

²⁹ Mitte des Datensatzes. 50 % der Beobachtungen liegen darauf oder darüber, 50 % darauf oder darunter.

³⁰ Unter dem Versorgungstyp PS B AHV-2 sind die monauralen und binauralen Vergütungen mit zwei Hörgeräten vereint.

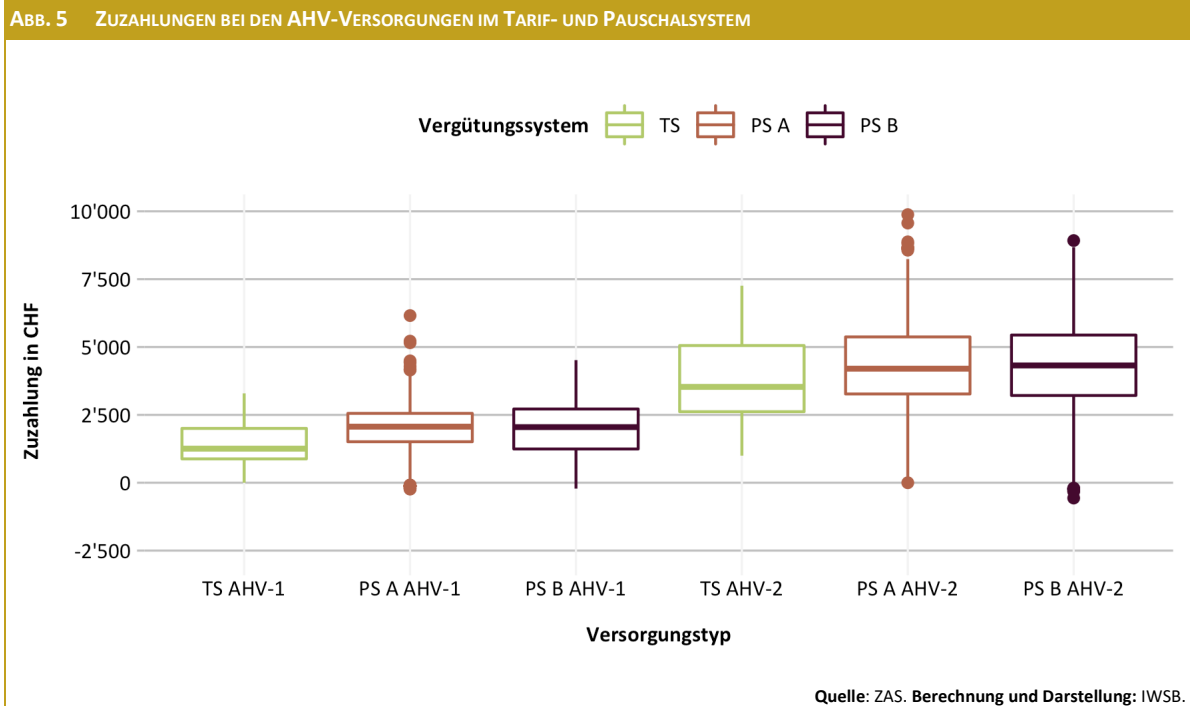


Durch den Wechsel vom Tarif- zum Pauschalssystem gab es – trotz dem Rückgang in den Versicherungspauschalen – negative Zuzahlungen bei den monauralen AHV-Versorgungen. Durch die Erweiterung der binauralen Pauschale konnten im PS B erstmals negative Zuzahlungen für zweiseitige AHV-Versorgungen vermerkt werden. Der höchste Betrag, den Versicherte über die binaurale AHV-Pauschale über die Versorgungskosten hinaus ausbezahlt bekamen, betrug 564 Franken. Im PS A gab es zuvor bereits eine zuzahlungsfreie Versorgung mit zwei Hörgeräten. Gemäss Originalrechnung handelte es sich dabei um zwei Hörgeräte des Fabrikats Sone-tik.

Wie bei den Versorgungskosten stieg auch die Spannweite der Zuzahlungen der AHV-Versorgungen. Während der Median für die monauralen AHV-Versorgungskosten gesunken ist, stieg der Median der Zuzahlungen leicht an – da die Versicherungsbeiträge gleichzeitig gesenkt wurden – und zwar von 1'255 Franken im TS auf 2'049 Franken im PS B. Im TS zahlten die Versicherten in der untersuchten Stichprobe maximal 3'292 Franken für eine monaurale Versorgung aus eigener Tasche. Für die binaurale Versorgung mussten sie mindestens 998 und maximal 7'259 Franken selbst aufbringen. Mit dem Wechsel zum Pauschalssystem stieg wie bei den Versorgungskosten auch die Spannweite der Zuzahlungen der AHV-Versorgungen: Im PS A zahlten die Versicherten maximal 6'159 bzw. 10'158 Franken, im PS B maximal 4'519 bzw. 8'922 Franken.

Während sich die Streuung der Zuzahlungen erhöhte, reduzierten sich die Interquartilsabstände beim Wechsel vom TS zum PS A – das sind die Abstände vom Median zu den Grenzen der Boxen. Innerhalb der Boxen befinden sich jeweils 50 Prozent der Beobachtungen, also die Hälfte des Datensatzes. Das heisst: Obwohl sich die Abstände zwischen den Versorgungen mit den tiefsten Zuzahlungen und den Versorgungen mit den höchsten Zuzahlungen durch den Wechsel vom TS zum PS erhöhten, liegt die Hälfte der Versorgungen mit zwei Hörgeräten enger um den Median als noch im Tarifsystem.

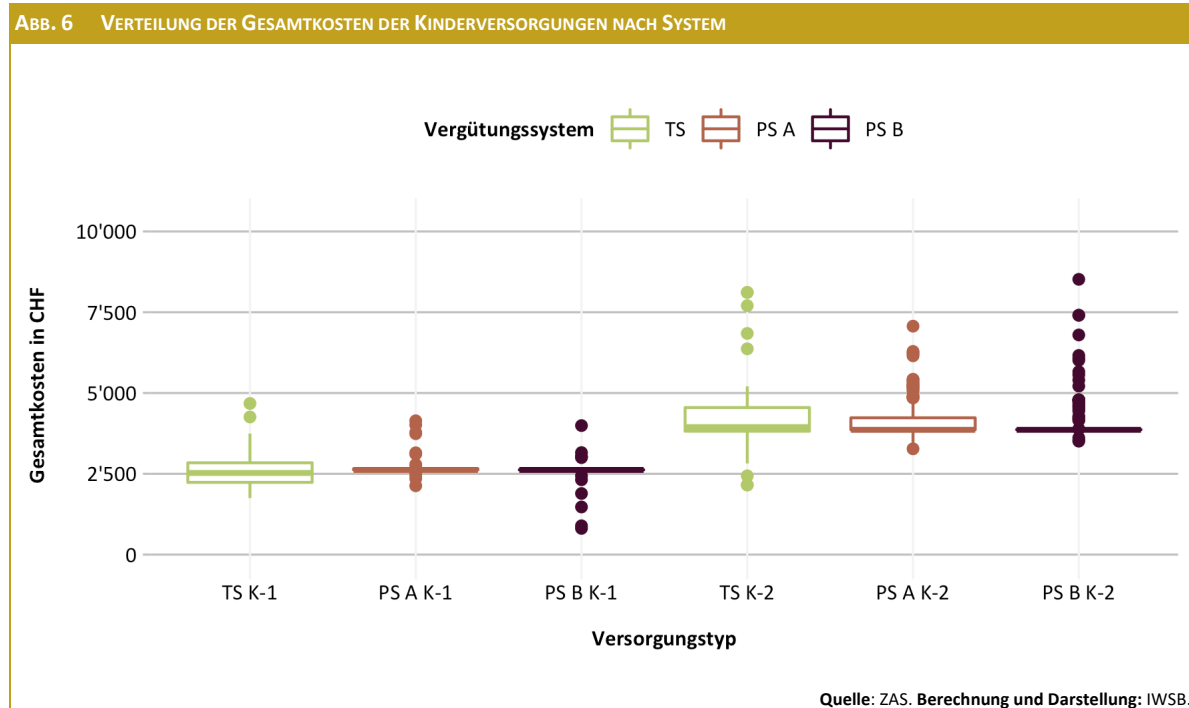
Im Pauschalssystem haben sich die Streuungen der Zuzahlungen von der ersten zur zweiten Stichprobenziehung wieder reduziert. Die höchsten Zuzahlungen sind im PS B zurückgegangen, sowohl für ein Hörgerät als auch für zwei Hörgeräte.



3.2.5 KINDERVERSORGUNGEN

Bei den Kinderversorgungen erhalten die Versicherten keine Pauschale. Die Handhabung erinnert eher an jene im Tarifsysteem mit direkter Auszahlung an die Versorgungserbringer und ohne Auszahlungen für die Versicherten, falls die Versorgungen günstiger ausfallen als der maximale Versicherungsbeitrag. Der Maximalbetrag ist fixiert auf 2'830 Franken für monaurale und 4'170 Franken für binaurale Versorgungen.

Auffallend ist bei den Kinderversorgungen (siehe Abb. 6), dass die Hälfte der Versorgungskosten in den Pauschalssystemen relativ eng beieinander um den Maximalbetrag der Versicherungsbeiträge liegen. Darüber hinaus ist die Streuung der Beobachtungen im Pauschalssystem bedeutend kleiner als bei den anderen Versorgungstypen (IV und AHV).



Der Median der Versorgungen mit einem Hörgerät hat vom TS mit 2'526 Franken zum PS A und PS B mit jeweils 2'620 Franken zugenommen; zu beachten sind die geringen Beobachtungszahlen (siehe Tab. 13). Der Median im Pauschalsystem liegt ziemlich genau auf dem Maximalbetrag, den die IV für monaurale Kinderversorgungen übernimmt.³¹ Die Box ist relativ schmal, weil 50 Prozent der Versorgungen um diesen Maximalbeitrag liegen. Die Spannweite für die Versorgungen mit einem Hörgerät verändert sich zwischen TS und PS B nur minimal, von 2'927 Franken im TS zu 2'012 Franken im PS A und 3'182 Franken im PS B. Auffällig sind die einseitigen Kinderversorgungen im PS B (PS B K-1), deren Gesamtkosten relativ gesehen zu den einseitigen Versorgungen der anderen Systeme (TS K-1 und PS A K-1) sehr niedrig sind. Sie können auch den – bei leicht gestiegenem Median – gesunkenen Mittelwert erklären (vgl. Tab. 14), da sie den Mittelwert nach unten ziehen.

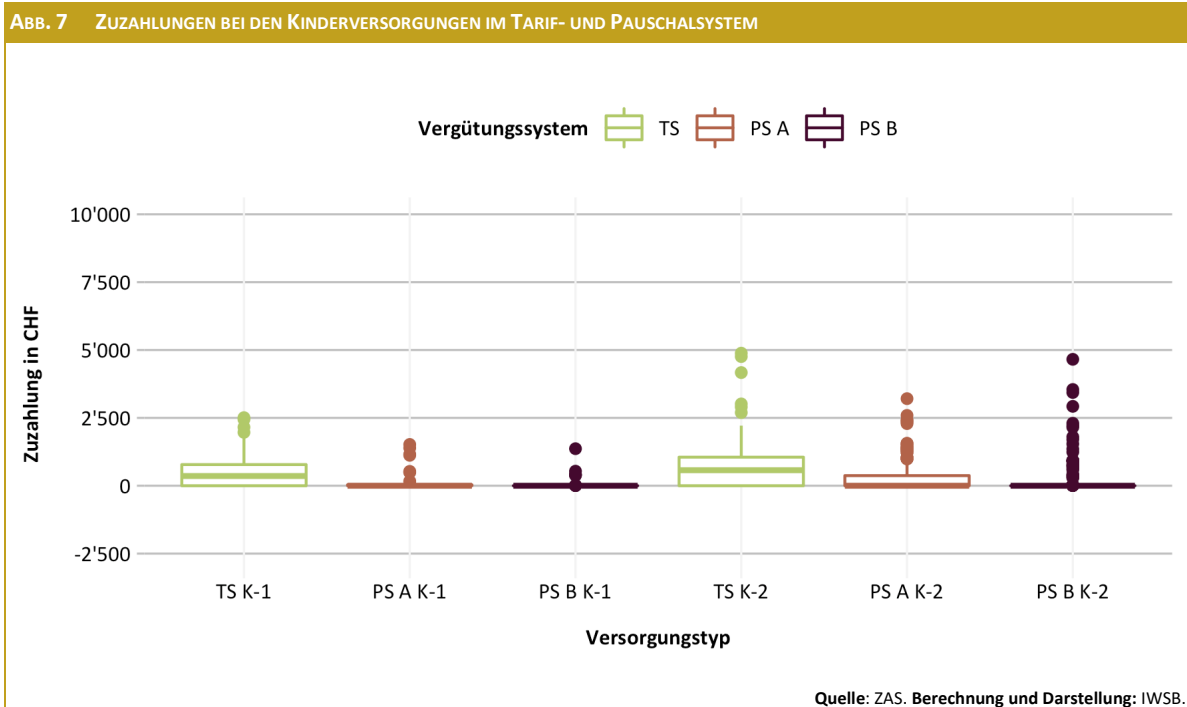
Die Mediane der Versorgungen im PS A und PS B entsprechen sich auch bei zwei Hörgeräten mit 3'861 Franken. Gegenüber dem Median der Gesamtkosten im TS mit 3'945 Franken sind sie leicht gesunken. Während die Spannweite der Gesamtkosten vom Median nach oben im PS B am grössten ist, ist sie gegen unten im TS am grössten. Die gesamte Spannweite der Kosten für Kinderversorgungen mit zwei Hörgeräten ist im TS mit 5'961 Franken am grössten. Im PS A ist die Spannweite bedeutend kleiner, sie beträgt hier 3'796 Franken. Im PS B steigt sie wieder, nämlich auf 5'009 Franken.

Dieses Muster im PS ist auch in den Zuzahlungen erkennbar (siehe Abb. 7), da die IV bei den Kinderversorgungen die effektiven Kosten bis zu einem Maximalbetrag übernimmt. Alle Versorgungskosten über diesem Beitrag müssen von den Versicherten als Zuzahlungen selber getragen werden.

Im Gegensatz zu den AHV- und IV-Versorgungen sind die Zuzahlungen bei den Kindern aufgrund höherer Versicherungsbeiträge im Pauschalsystem gesunken. Der Median liegt, aufgrund der Handhabung der Versiche-

³¹ Der Maximalbetrag ist fixiert auf 2'830 Franken inkl. MWST. Die Kosten und Beiträge sind im Datensatz jedoch exkl. MWST angegeben, welche abhängig vom Leistungsdatum der Versorgungen berechnet und abgezogen wurde; siehe [externer methodischer Anhang](#), Kap. 2.2.6.

rungsbeiträge der Kinderversorgungen, bei null. Die Spannweite der Zuzahlungen ist bei der monauralen Versorgung mit einem Maximalbeitrag von 2'830 Franken bedeutend kleiner als bei der binauralen Versorgung mit einem verhältnismässig niedrigen maximalen Versicherungsbeitrag von 4'170 Franken.



3.2.6 HÄRTEFALL-VERSORGUNGEN

Durch die Möglichkeit, einen Härtefall (HF) geltend zu machen, soll die berufliche Integration von Erwachsenen mit Hörbeeinträchtigungen im Erwerbsalter sichergestellt werden. Ein Härtefall kann nur geltend gemacht werden, wenn vordefinierte Kriterien³² erfüllt sind. Wird der Antrag anerkannt, zahlt die IV die über die Standardpauschalen hinausgehenden Mehrkosten einer einfachen und zweckmässigen Versorgung. Darüber hinausgehende Kosten, insbesondere für Dienstleistungsangebote, werden nicht vergütet. Werden solche Angebote von den Versicherten in Anspruch genommen, müssen sie selber finanziert werden. In diesen Fällen ergeben sich auch bei Versicherten mit Härtefall-Versorgungen positive Zuzahlungen. Dieser Umstand erklärt auch, dass die mittleren Versorgungskosten der Härtefall-Versorgungen nicht genau deren mittleren Versicherungsbeiträgen entsprechen. Insbesondere bei der binauralen Versorgung im PS B weichen diese beiden Werte mit einer Differenz von 978 Franken merklich voneinander ab.

Da zur Überprüfung von Hypothese 5 (vgl. Kap. 1.3), der Anteil an Härtefall-Versorgungen über den gesamten Verlauf eines Jahres entscheidend ist, wird dafür auf die Jahreszahlen der ZAS zurückgegriffen. Im Unterschied zu Tab. 4, wird deshalb in Tab. 25 nicht die Grundgesamtheit der vorhandenen Stichprobendaten³³ verwendet,

³² Erwerbstätige, die mindestens 4'667 Franken pro Jahr verdienen, in Ausbildung sind oder einer anderen Tätigkeit, wie Kinderbetreuung, nachgehen müssen und bereits eine IV-Kostengutsprache erhalten haben, können einen Härtefall beantragen. Zusätzlich müssen audilogische Kriterien erfüllt sein, und die Versorgungskosten müssen die Kosten einer durchschnittlichen Hörgeräteversorgung in unzumutbarer Weise übersteigen.

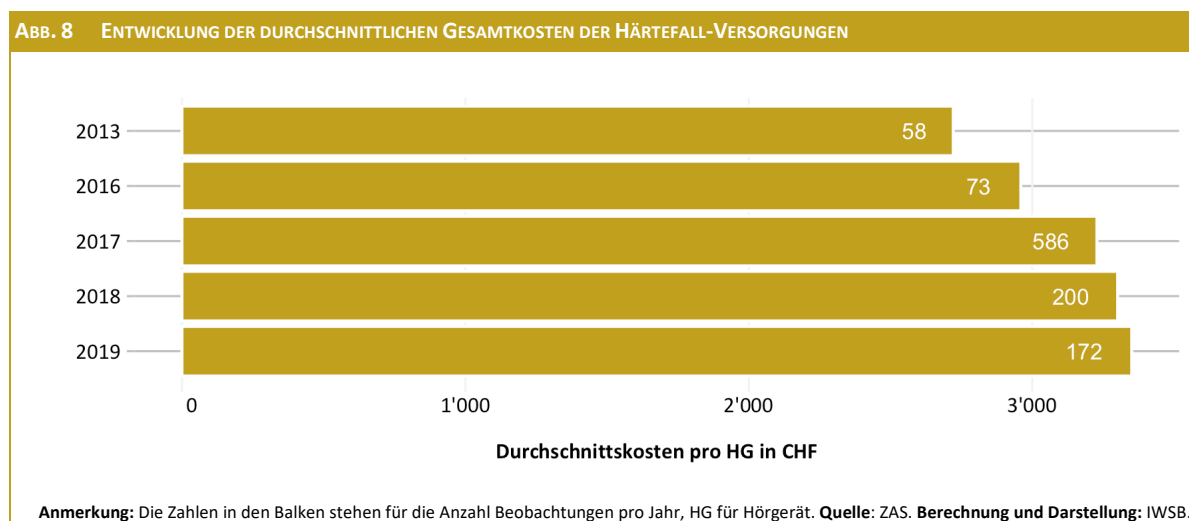
³³ Die zur Verfügung stehenden Rechnungsdaten im Pauschalsystem sind von Juli 2011 bis Dezember 2013 (PS A), sowie von April 2017 bis März 2018 und Januar 2019 bis Juni 2019 (PS B).

sondern die gesamten, zur Verfügung stehenden Daten über alle Jahre hinweg, seit Einführung des Pauschal-systems dargestellt. Die Zahlen für das Jahr 2018 sind aufgrund Fehlerfassungen nicht verfügbar und werden deshalb in der Tabelle nicht aufgeführt. Die Auflistung zeigt, dass der Anteil an Härtefall-Versorgungen seit deren Einführung laufend gestiegen ist und mit 6.7 Prozent im 2019 über den Erwartungen der Hypothese 5 von 3 – 5% liegt.

TAB. 24 ANTEIL DER HÄRTEFALL-VERSORGUNGEN PRO JAHR SEIT EINFÜHRUNG							
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2019
IV	6'229	10'062	11'847	13'512	15'068	16'264	16'221
davon HF	6	99	295	549	863	1025	1081
Anteil HF	0.1 %	1.0 %	2.5 %	4.1 %	5.7 %	6.3 %	6.7 %

Anmerkung: HF steht für Härtefälle. Für das Jahr 2018 sind keine Daten vorhanden. **Quelle:** ZAS. **Berechnung:** IWSB.

In der untersuchten Stichprobe ist die Anzahl der Härtefälle im PS B mit anteilmässig 12.97 Prozent gegenüber dem PS A (0.44 Prozent) bedeuten höher, da für die Stichprobenziehung eine Überrepräsentation der Härtefälle vorgenommen wurde; mehr dazu in Kapitel 2.2.1. Auch die durchschnittlichen Versorgungskosten einer Härtefallversorgung sind vom PS A zum PS B von 4'812 auf 5'924 Franken gestiegen. Abb. 8 veranschaulicht den Anstieg der durchschnittlichen Gesamtversorgungskosten der Härtefall-Versorgungen in der vorhandenen Stichprobe. Die Anzahl der Härtefall-Versorgungen die für das jeweilige Jahr in der Stichprobe zur Verfügung stehen, wird in den Balken ausgewiesen.



Tab. 25 weist die durchschnittlichen Versorgungskosten für Versorgungen mit einem Hörgerät und zwei Hörgeräten aus. Die monauralen Härtefall-Versorgungen, bei denen zwei Hörgeräte gekauft wurden, sind BiCROS- oder CROS-Versorgungen.³⁴ Die Versorgungen für die Jahre vor 2012 werden von den Auswertungen ausgeschlossen, da die Fallzahlen zu niedrig sind.

³⁴ CROS- (Contralateral Routing of Signal) und BiCROS-Versorgungen ermöglichen Menschen mit einseitiger Taubheit räumliches Hören. Dabei wird der Schall, der auf das taube Ohr trifft, an das andere Ohr gesendet. Bei einer CROS-Versorgung empfängt das bessere Ohr nur den Schall des tauben Ohrs, bei der BiCROS-Versorgung leidet das bessere Ohr auch unter Hörverlust. Deshalb werden über ein zweites Mikrofon auch auf der besseren Seite Signale empfangen und verstärkt. Nachprüfungen zeigten, dass bei den binauralen Härtefallversorgungen auch CROS- und BiCROS-Versorgungen vorkommen.

TAB. 25 ENTWICKLUNG DER DURCHSCHNITTLICHEN GESAMTKOSTEN DER HÄRTEFALL-VERSORGUNGEN IN CHF						
Anz. HG	Versorgungstyp	2012	2016	2017	2018	2019
1	HF monaural	3'446	3'465	3'825	3'971	3'929
2	HF monaural	3'680	4'616	4'926	4'559	4'678
	HF binaural	5'283	5'847	6'297	6'391	6'542

Quelle: ZAS. Berechnung: IWSB.

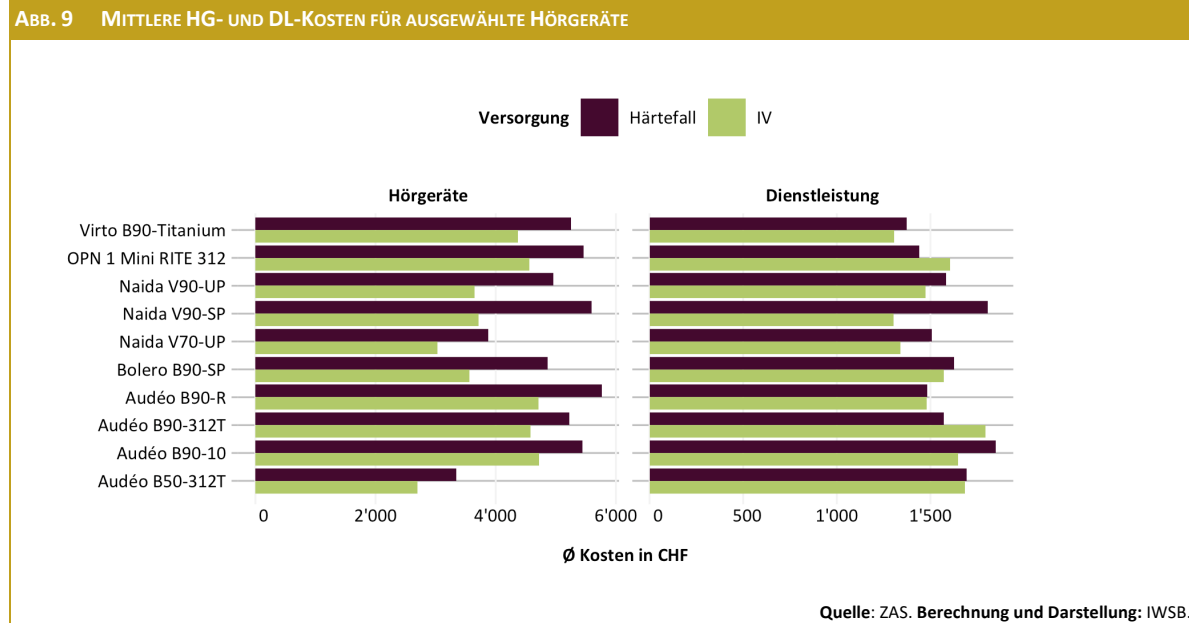
Da Härtefallregelungen nur für erwerbstätige IV-Versicherte in Frage kommen, werden sie im Folgenden mit Standard-Versorgungen der IV verglichen. Um die gewünschten Vergleiche der Hörgeräte- und Dienstleistungskosten trotz Einschränkungen in den vorhandenen Daten zu bewerkstelligen, werden nur Versorgungen mit ausgewiesenen Dienstleistungskosten einbezogen. Davon ausgenommen sind Hörgeräteversorgungen, die bei Apotheken oder Drogerien erworben wurden, da diese auch ohne Dienstleistungen verkauft werden. Weiter werden alle CROS- oder BiCROS-Versorgungen ausgeschlossen, da bei ihnen Hörgerätekosten teilweise in den Dienstleistungs- oder Zubehörcosten enthalten sind und diese Versorgungen somit die Kostengruppen verzerren würden. Von den gesamthaft 1'126 Härtefall-Versorgungen bleiben noch 828 für die weiteren Analysen übrig. Bei den IV-Standard-Versorgungen sind es 11'568 von 14'610 Versorgungen im Pauschalssystem.

Die mittleren Hörgerätekosten der Härtefall-Versorgungen weichen signifikant stärker von denen der Standardversorgungen ab als die mittleren Dienstleistungskosten. Bei den Hörgerätekosten sind es 678 Franken für ein Hörgerät und 1'324 Franken für zwei Hörgeräte (siehe Tab. 26). Die Dienstleistungskosten weichen im Mittel um 130 bzw. 216 Franken ab.

TAB. 26 MITTLERE KOSTEN DER HÄRTEFALL-VERSORGUNGEN IM VERGLEICH ZU STANDARD-IV-VERSORGUNGEN				
Anz. HG	Versorgungstyp	Mittlere Kosten in CHF		
		Anzahl	Dienstleistung	Hörgerät
1	IV	3'169	1'012	1'644
	Härtefall	135	1'142	2'322
2	IV	8'399	1'401	3'188
	Härtefall	693	1'617	4'512

Quelle: ZAS. Berechnung: IWSB.

In Abb. 9 werden die durchschnittlichen Hörgeräte- und Dienstleistungskosten für die 10 Geräte ausgewiesen, die bei Härtefall-Versorgungen am häufigsten verkauft wurden. Durch die farblich untermauerte, separat ausgewiesenen Durchschnittskosten wird gut ersichtlich, dass Versicherte mit einer Härtefall-Versorgung für das gleiche Hörgerät im Mittel mehr zahlen als Versicherte mit einer Standard-IV-Versorgung. Diese Auswertung berücksichtigt keine weiteren Faktoren, die einen Einfluss auf den Preis der Geräte haben könnte, wie das Alter der Hörgeräte. Gemäss Aussagen von Expertinnen und Experten nutzen Abgabestellen die flexiblen Preisgestaltungsmöglichkeiten bei Härtefall-Versorgungen, indem sie nicht vergütbare Dienstleistungsaufwände auf die Preise der Hörgeräte schlagen. Abb. 9 gibt zumindest einen Hinweis dazu, dass den Expertenaussagen Beachtung geschenkt werden sollte.



Ein näherer Blick auf die verkauften Hörgeräte zeigt, dass Phonak bei den Fabrikaten den grössten Anteil an Hörgeräten der Härtefall-Versorgungen ausmacht: 56 Prozent bei einem Hörgerät und 51 Prozent bei zwei Hörgeräten, mehr als die Hälfte und ein deutlich höherer Anteil als bei den Standard-IV-Versorgungen mit 43 und 38 Prozent. Neben Phonak werden auch GN ReSound und Signia anteilmässig häufiger bei den Härtefall-Versorgungen eingesetzt als bei den Standardversorgungen. Tab. 27 zeigt die Fabrikate in absteigender Reihenfolge nach Anteilen bei den Härtefall-Versorgungen und ihren prozentualen Anteilen sowohl an den Härtefall-Versorgungen als auch an den Standardversorgungen. Fabrikate, die nicht oder nur selten bei Härtefall-Versorgungen eingesetzt werden, sind in der Tabelle nicht ausgewiesen.

TAB. 27 ANTEIL AUSGEWÄHLTER FABRIKATE AN HÄRTEFALL- UND IV-STANDARD-VERSORGUNGEN

Fabrikat	IV-1 HG	Härtefall-1 HG	IV-2 HG	Härtefall-2 HG
Phonak	43 %	56 %	38 %	51 %
GN ReSound	8 %	16 %	9 %	13 %
Oticon	18 %	13 %	19 %	18 %
Widex	12 %	6 %	15 %	7 %
Signia	3 %	4 %	1 %	7 %
Bernafon	4 %	1 %	4 %	2 %
KIND	3 %	1 %	4 %	2 %
Siemens	4 %	1 %	5 %	1 %
Anzahl Versorgungen	3'635	143	8'410	715

Anmerkung: HG steht für Hörgerät. Quelle: ZAS. Berechnung: IWSB.

Für Härtefall-Versorgungen werden überwiegend Hörgeräte des technischen Niveaus 4 eingesetzt, 66 Prozent für Versorgungen mit einem Hörgerät und 72 Prozent für Versorgungen mit zwei Hörgeräten (vgl. Tab. 28). Ferner sind die durchschnittlichen Hörgerätekosten nach technischem Niveau berechnet, bei Härtefall-Versorgungen höher. Bei einer Versorgung mit zwei Hörgeräten belaufen sich die mittleren Hörgerätekosten für Niveau 4 bei den Härtefall-Versorgungen auf 5'301 Franken, bei der Standard-IV-Versorgung auf 4'105 Franken.

Bei Niveau 2 ist die Differenz grösser: für Härtefall-Versorgungen 4'800 Franken, für IV-Versorgungen 2'315 Franken.

TAB. 28 ANTEIL TECHNISCHES NIVEAU HÄRTEFALL UND STANDARDVERSORGUNG						
Versorgungstyp	Technisches Niveau					Unbekannt
	0	1	2	3	4	
IV-1	0 %	3 %	9 %	36 %	49 %	3 %
Härtefall-1		1 %	1 %	30 %	66 %	2 %
IV-2	0 %	3 %	8 %	36 %	49 %	3 %
Härtefall-2		0 %	3 %	23 %	72 %	1 %

Quelle: ZAS. Berechnung: IWSB.

Die Häufigkeit der Modelle kann aufgrund der hohen Anzahl an unterschiedlichen Modellen nicht vollständig abgebildet werden. Die Modelle der Härtefall-Versorgungen mit den höchsten Fallzahlen sind das OPN 1 Mini RITE 321 mit einem Anteil von 8.5 Prozent (N = 73) sowie das Audéo B90³⁵ (2.1 Prozent, N = 18). Beide sind Hörgeräte der Premiumklasse.³⁶

Bei den IV-Versorgungen sind die Modelle Audéo S SMART III, SMART V und SMART IX mit Fallzahlen von 313, 265 und 192 und Anteilen von 2.6, 2.2 und 1.6 Prozent am häufigsten vertreten. Die römische Ziffer beschreibt, gemäss Phonak, die Technologiestufen: IX steht für Premium, V für Advanced, III für Standard und I für Essential. Gemäss einem oberflächlichen Vergleich der Funktionen der beiden Hörgeräte Audéo B90 und Audéo S SMART scheint, dass das Audéo B90 über mehr Hörprogramme verfügt, dazu zählen auch verschiedene Streaming-Programme, wie Bluetooth Anbindungen.³⁷

Eine mögliche Schlussfolgerung aus diesen Analysen ist, dass Härtefall-Versorgungen zur hindernisfreien Integration in den Berufsalltag technisch ausgeklügelte Geräte notwendig machen. Gemäss den Expertengesprächen handelt es sich bei Härtefällen zum einen um Personen mit weit fortgeschrittenen Hörverlusten oder um Personen, die aufgrund der beruflichen Situation höhere technische Anforderungen an die Hörgeräte haben, oft verbunden mit grösserem Aufwand bei den Anpassungen. Gemäss den Auswertungen aus Kap. 4.2.2 leiden 70 Prozent der Versicherten mit einer Härtefallversorgung unter einem hochgradigen Hörverlust, bei den Versicherten mit Standard-IV-Versorgungen sind es gerade mal 25 Prozent. Auch zeigt die Auswertung der Anzahl Anpassungssitzung pro Versorgungstyp in Kap. 3.4.1 des [externen Anhangs der Qualitätsstudie](#), dass Härtefall-Versorgungen einen vergleichsweise höheren Anpassungsaufwand bedürfen: 37 Prozent hatten mehr als 5 Anpassungssitzungen, bei Standard-IV-Versicherten sind es dagegen nur 17 Prozent.

Die geringeren Unterschiede in den Dienstleistungskosten könnten darauf zurückzuführen sein, dass bei Einreichung der Rechnung zur Beantragung der Vergütung gewisse Leistungen noch nicht in Anspruch genommen wurden³⁸, dass Dienstleistungspakete trotz höherem Aufwand zu den gleichen Preisen verkauft werden, wie bei anderen Kundinnen und Kunden oder dass zumindest teilweise Dienstleistungsaufwände über Hörgerätepreise abgerechnet werden, damit diese von den Versicherungen übernommen werden.

³⁵ Umfasst die beiden Produkte Audéo B90-312T und Audéo B90-R, wobei letzteres einen wiederaufladbaren Akku hat.

³⁶ [Oticon OPN 1](#).

³⁷ [Phonak Audéo S](#) und [Phonak Audéo B](#).

³⁸ Die verarbeiteten Rohdaten bestehen aus den Rechnungskopien und dem Antragsformular, das bei der IV eingereicht wird. Arbeitsaufwand, der nach Einreichung des Formulars plus Rechnung anfällt, kann in unseren Daten nicht abgebildet werden.

3.2.7 VERSORGUNGSKOSTEN IM AUSLAND

Ab dem Jahr 2011 und ab der Einführung des Pauschalsystems wurden in der vorhandenen Stichprobe Hörgeräteversorgungen in ausländischer Währung bezahlt. Der Anteil an Versorgungsungen, die in Euro bezahlt wurden, ist von 2011 bis 2018 kontinuierlich gestiegen und 2019 leicht zurückgegangen (siehe Tab. 29). Das Gleiche gilt für die anderen Fremdwährungen. Die Versorgungsungen in Euro haben sich zwischen 2011 und 2019 anteilmässig vervierfacht. Die Jahre 2014, 2015 und 2016 wurden aus der Auswertung in Tab. 29 ausgeschlossen, da die niedrige Anzahl an Beobachtungen zu einem verzerrten Bild führen könnte.

Währung	2010	2011	2012	2013	2017	2018	2019
CHF	100.00 %	99.38 %	98.28 %	98.24 %	96.93 %	96.77 %	97.26 %
EUR		0.58 %	1.70 %	1.73 %	2.93 %	2.95 %	2.63 %
andere		0.03 %	0.02 %	0.03 %	0.14 %	0.28 %	0.11 %

Quelle: ZAS. Berechnung: IWSB.

Wie Tab. 30 weiter beschreibt, haben die IV-Versorgungsungen prozentual den grössten Anteil an Versorgungsungen in Euro, die Kinderversorgungsungen den kleinsten Anteil. Letzteres liegt darin begründet, dass Kinder von Pädagoginnen und Pädagogen versorgt werden müssen, die vom Bundesamt für Sozialversicherungen anerkannt wurden, um eine Finanzierung durch die IV zu erhalten.

Währung	IV-Versorgung	AHV-Versorgung	Kinderversorgung	Härtefallversorgung
CHF	97.42 %	98.95 %	99.87 %	99.11 %
EUR	2.49 %	1.01 %	0.13 %	0.80 %
andere	0.08 %	0.04 %		0.09 %

Quelle: ZAS. Berechnung: IWSB.

Tab. 31 enthält die mittlere Abweichung der Euro-Versorgungsungen vom Mittelwert pro Jahr in Franken. Dazu wurde für jede Versorgung in Euro die Abweichung vom Mittelwert des gleichen Hörgerätes in Franken berechnet und von diesen Abweichungen der Durchschnitt pro Jahr ausgewiesen. Die Abweichungen haben sich im Mittel erhöht. Demzufolge zahlten Versicherte, die ihre Hörgeräteversorgung im Euroraum erworben haben, im Verlauf der Zeit im Mittel weniger für ihre Versorgung als Versicherte, die ihre Versorgung im Inland kauften. Die Mobilitätskosten sind dabei nicht in die Versorgungskosten eingerechnet, sie müssen von den Versicherten selber getragen werden. Gerade bei häufigen Konsultationen, bei vielen Anpass- oder Nachbetreuungssitzungen können diese an Bedeutung gewinnen. Jedoch enthalten nur 12 Prozent der Versorgungsungen in Euro Nachbetreuungen in den Versorgungskosten (siehe Tab. 32). Reduzierte Dienstleistungsaufwände könnten auch einen Grund für die niedrigeren Versorgungskosten sein, der Anteil der Versorgungsungen ohne Nachbetreuungsdienstleistung hat sich aber über die Jahre nicht verändert.

TAB. 31 ANTEILE UND MITTLERE ABWEICHUNG DER EURO-VERSORGUNGEN PRO JAHR				
Jahr	Anzahl Total	Anzahl Euro	Anteil Euro	Abweichung in CHF
2011	3'079	18	0.58 %	-468.75
2012	10'202	173	1.70 %	-627.58
2013	7'266	126	1.73 %	-624.43
2017	4'198	123	2.93 %	-785.70
2018	1'795	53	2.95 %	-879.00
2019	1'823	48	2.63 %	-933.14

Quelle: ZAS. Berechnung: IWSB.

TAB. 32 ANTEIL AN BEOBACHTUNGEN MIT NACHBETREUUNG			
Währung	Mit Nachbetreuung	Ohne Nachbetreuung	Nachbetreuung unbekannt
CHF	52 %	36 %	12 %
EUR	12 %	88 %	-
Andere	35 %	65 %	-

Quelle: ZAS. Berechnung: IWSB.

3.2.8 DIENSTLEISTUNGSKOSTEN

Die vorhandenen Daten liefern für gewisse Versorgungen im Pauschalssystem Informationen darüber, welche Dienstleistungen im Zuge des Erwerbs der Hörgeräte abgeschlossen wurden. Dazu gehören die Informationen zu Nachbetreuungen, Anpassungen und Dienstleistungspaketen für grosse Abgabestellen. Aufgrund der in Kap. 2.2.6 im [externen methodischen Anhang](#) und Kap. 3.1 beschriebenen Herausforderungen in der Heterogenität der Rechnungsstellung sind die Informationen nicht für alle Versorgungen verfügbar.

Die mittleren Dienstleistungskosten über alle Versorgungstypen und -eigenschaften haben vom PS A zum PS B ohne Berücksichtigung von Kompositionseffekten signifikant abgenommen, nämlich um rund 31 Franken. Da die Dienstleistungen von einer hohen Variabilität in Umfang, Qualität und Erfassung gekennzeichnet sind, wird im Folgenden versucht, möglichst homogene Gruppen zu bilden, die sinnvoll miteinander verglichen werden können. Im Pauschalssystem wurden Dienstleistungspakete für grössere Abgabestellen separat erfasst. Gemäss den Rechnungspositionen hat sich der Umfang dieser Dienstleistungen nicht verändert. Deshalb werden diese in der folgenden Tabelle dargestellt. Es wurden nur Dienstleistungspakete von Abgabestellen ausgewiesen, von denen im PS A und im PS B Fallzahlen vorhanden sind. Amplifon beispielsweise hat seit der letzten Datenerhebung zwei weitere Pakete ins Sortiment aufgenommen und verzeichnet trotz tieferem Mittelwert im PS B beim Standardpaket, eine signifikante Zunahme in den durchschnittlichen Dienstleistungskosten über alle drei Paketarten zwischen PS A und PS B.

Daneben ist einzig die Veränderung im Mittelwert der Abgabestelle Fielmann signifikant. Das heisst, dass die weiteren Veränderungen mit grosser Wahrscheinlichkeit in der Grundgesamtheit nicht beobachtet werden können. Die beiden signifikanten Veränderungen zeigen eine Zunahme der Dienstleistungskosten – dies steht im Gegensatz zu der zu Beginn formulierten Aussage, dass die Dienstleistungskosten abgenommen haben. In Kap. 3.5 werden mittels Regression die Effekte des Systemwechsels auf Dienstleistungs- und Hörgerätekosten sowie Gesamtversorgungskosten isoliert betrachtet.

DL-Paket	Mittlere DL-Kosten in CHF		Median der DL-Kosten in CHF		Differenz in CHF
	PS A	PS B	PS A	PS B	ø PS B – ø PS A
A-Plus Standard	978	888	836	836	- 90
A-Plus Standard Plus	1'476	1'451	1'505	1'481	- 25
Amplifon Ampliservice	1'488	1'443	1'491	1'491	
Amplifon Ampliservice silber		1'494		1'491	+ 72 *
Amplifon Ampliservice gold		1'722		1'714	
Fielmann Premium	912	992	1'003	1'164	+ 81 *
Neuroth Basic Plus	1'318	960	1'612	539	- 358
Neuroth Comfort	1'588	2'279	1'869	1'972	+ 691
Neuroth Premium	2'141	1'825	2'383	1'529	- 316
Pro Surdis	1'548	1'682	1'389	1'578	+ 134

Anmerkung: * Statistisch signifikant mit $p < 0.05$. **Quelle:** ZAS. **Berechnung:** IWSB.

Gemäss den Expertinnen und Experten ist einer der aufwendigsten und kostenintensivsten Aspekte der Betreuung neben der Anpassung die Nachbetreuung der Hörgeräteträgerinnen und -träger. Akustikfachgeschäfte bieten im Normalfall die Möglichkeit an, eine Dienstleistungspauschale zu beziehen, mit der diverse Anpassungen und Nachbetreuungsaufwände für die nächsten Jahre gedeckt sind. Das bedeutet, dass die Kundinnen und Kunden neben der jährlichen Kontrolle auch aus anderen Gründen die Betreuung der Spezialistinnen und Spezialisten in Anspruch nehmen können, welche nicht nach Aufwand abgerechnet werden. Tab. 34 zeigt, dass der Anteil an Versorgung mit Nachbetreuung zugenommen hat. Darüber hinaus weichen die Dienstleistungskosten für Versorgung mit Nachbetreuung und Versorgung ohne Nachbetreuung im Mittel stärker voneinander ab: um rund 240 Franken in den Jahren des Systemwechsels und danach sowie rund 450 Franken im Jahr 2019.³⁹

	Nachbetreuung	2011	2012	2013	2017	2018	2019
Anteil	ohne	47 %	37 %	33 %	27 %	22 %	27 %
Mittlere DL-Kosten in CHF	ohne	1'176	1'172	1'154	1'132	1'002	1'011
Anteil	mit	53 %	63 %	67 %	73 %	78 %	73 %
Mittlere DL-Kosten in CHF	mit	1'415	1'414	1'409	1'463	1'505	1'463

Quelle: ZAS. **Berechnung:** IWSB.

Die Heterogenität der Dienstleistungserbringungen und -erfassungen zeigt sich auch bei der Anpassung der Hörgeräte. Die Anteile der unterschiedlichen Anpassungen werden in der folgenden Tabelle (Tab. 35) nicht ausgewiesen, da sie relativ stabil waren. Unbegrenzte Anpassungen schwanken vom PS A zum PS B zwischen 42 und 55 Prozent, weitere 30 bis 50 Prozent der Rechnungen haben den Aufwand nicht definiert oder keine Anpassung ausgewiesen. Nur wenige Rechnungen haben eine zeitliche Begrenzung im Aufwand definiert; de-

³⁹ Hier muss nochmals erwähnt werden, dass die Zusammensetzung der Stichprobe einen starken Einfluss auf die Durchschnittswerte haben kann. Die Auswertungen der Dienstleistungspakete hat gezeigt, dass die Unterschiede der Dienstleistungskosten je nach Abgabestelle relativ gross ausfallen können. Demzufolge können die Mittelwerte in Abhängigkeit von der Anzahl der Beobachtungen pro Abgabestelle pro Jahr stark variieren. Ein hoher Anteil an Versorgung von einer Abgabestelle mit hohen DL-Preisen würde den Mittelwert stark erhöhen.

ren durchschnittliche Dienstleistungskosten werden stark von einzelnen Fällen beeinflusst und sind nicht aussagekräftig. Beispielsweise hat der Mittelwert der Dienstleistungskosten mit der Ausprägung «bis 6 Sitzungen» im Jahr 2018 einen Anteil von 0.18 Prozent, jener mit der Ausprägung «bis 6 Stunden» einen Anteil zwischen 0.4 und 0.8 Prozent in den Jahren 2017 bis 2019.

Die mittleren Dienstleistungskosten bei Versorgung mit unbegrenzten Anpassungen sind mit um die 1'400 Franken über die Jahre relativ stabil geblieben. Die Kosten beziehen sich nicht nur auf die Anpassungen, sondern die gesamten Dienstleistungen, da Einzelpositionen nicht ausgewiesen werden können. Sie unterscheiden sich nicht merklich von den Versorgung, deren Anpassungen nicht auf den Rechnungen ausgewiesen wurden. Gemäss den Experteninterviews kann davon ausgegangen werden, dass alle Hörgeräteversorgungen bei Akustikerinnen und Akustikern Anpassungen erhalten haben und Rechnungen ohne Anpassungsaufwand eher unplausibel sind. Nachprüfungen einzelner Originalrechnungen zeigen, dass Erfassungen ohne Anpassungen in der Regel auf Fehlerfassungen zurückzuführen sind. Wie bereits erwähnt müssen die Auswertungen der Dienstleistungspositionen aufgrund der beschriebenen Heterogenität mit Bedacht genossen werden.

Die mittleren Dienstleistungskosten nach Anpassungsaufwand zeigen, dass Dienstleistungspauschalen nicht im Rahmen einer einfachen und zweckmässigen Versorgung gemäss BSV liegt, da die Dienstleistungskosten die vergüteten Pauschalen (für 1 HG) bereits übersteigen.

TAB. 35 DURCHSCHNITTLICHE DIENSTLEISTUNGSKOSTEN IN CHF NACH ART DER ANPASSUNG						
	2011	2012	2013	2017	2018	2019
Keine Anpassung auf Rechnung ausgewiesen	1'380	1'407	1'337	1'418	1'432	1'377
Aufwand nicht definiert	1'229	1'314	1'350	1'265	1'243	1'243
Bis 3 h	894	621	556	341	453	314
Bis 4 Sitzungen	732	582	579	660	947	674
Bis 6 h	1'204	1'255	1'089	876	822	710
Bis 6 Sitzungen	1'744	1'224	1'070	1'280	620	1'047
Unbegrenzt	1'415	1'421	1'400	1'434	1'470	1'422

Quelle: ZAS. Berechnung: IWSB.

Der Anteil an Versorgung mit vergleichenden Anpassungen⁴⁰ hat gemäss Tab. 36 im Zeitverlauf zugenommen. Dies stimmt mit der Aussage in Kapitel 4 überein, wonach der Anteil an Personen, die die Möglichkeit zum Testen mehrerer Hörgeräte erhalten oder nutzen, im Pauschalssystem gestiegen ist.

TAB. 36 ANTEIL AN BEOBACHTUNGEN MIT VERGLEICHENDER ANPASSUNG UND DURCHSCHNITTLICHE DL-KOSTEN							
Vergleichende Anpassung	Einheit	2011	2012	2013	2017	2018	2019
ohne	Anteil	58 %	54 %	48 %	39 %	36 %	36 %
ohne	Mittlere DL-Kosten in CHF	1'228	1'264	1'274	1'202	1'112	1'104
mit	Anteil	42 %	46 %	52 %	61 %	64 %	64 %
mit	Mittlere DL-Kosten in CHF	1'407	1'396	1'372	1'486	1'549	1'477

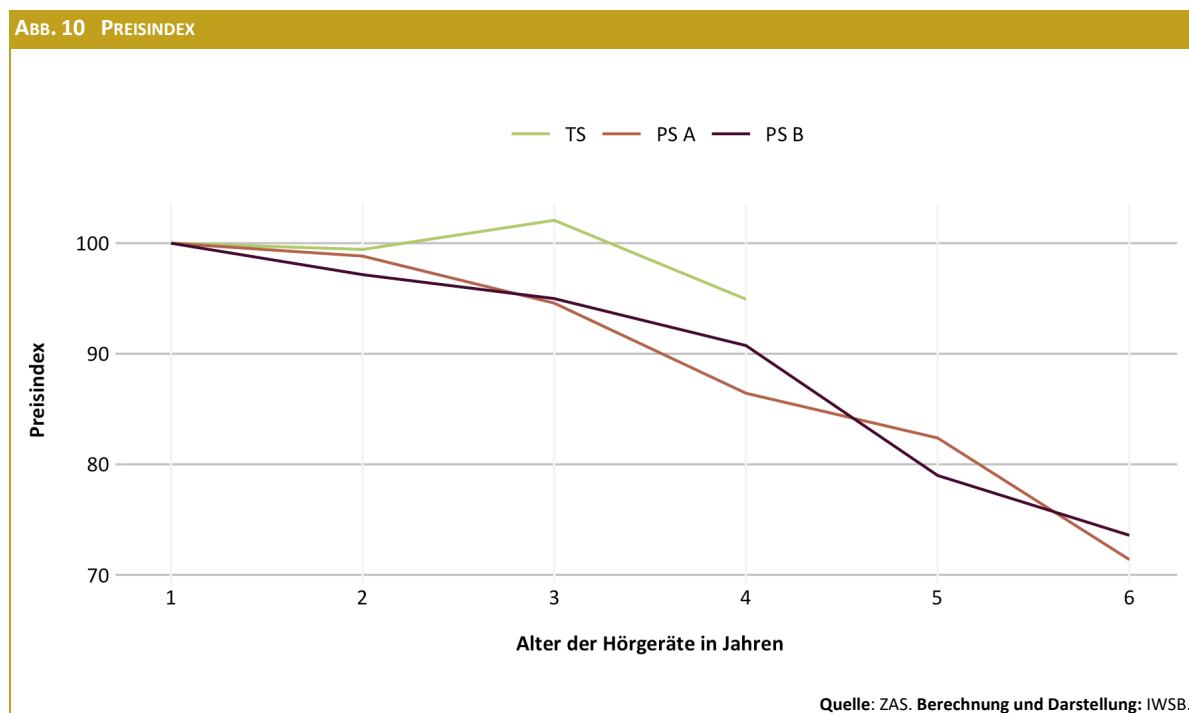
Quelle: ZAS. Berechnung: IWSB.

⁴⁰ Erhalt verschiedener Hörsysteme eines Herstellers oder mehrerer Hersteller zum Ausprobieren und Vergleichen.

3.2.9 PREISINDEX

In der vorangegangenen Studie wurde zur Analyse der Preisentwicklung ein verketteter Laspeyres-Preisindex gebildet. Dabei wird ausgehend von einem Warenkorb zum Zeitpunkt 0 die Veränderung des Preises für einen durch den Zeitpunkt 0 fixierten Warenkorb berechnet. Bei dem verketteten Laspeyres-Index werden aufgrund eines sich ändernden Warenkorbes jeweils pro Berechnungsschritt diejenigen Produkte berücksichtigt, die in beiden Perioden vorhanden sind.

Die neue Datenlage macht es wegen der Beobachtungslücke von rund drei Jahren unmöglich, einen solchen Preisindex zu berechnen. Stattdessen wurde ein von den Verkaufs- bzw. Rechnungsdaten losgelöster Preisindex gebildet, der das Alter der Hörgeräte berücksichtigt. Das Alter der Hörgeräte wurde auf Basis der METAS-Liste berechnet, mit dem Datum der Homologation als Zeitpunkt 0. Damit soll der Preiszerfall, der mit dem Alter der Hörgeräte einhergeht, abgebildet werden. Mit der gleichen Methodik wie in der Vorgängerstudie, einem verketteten Laspeyres-Preisindex, wird für die vorliegende Studie ein Preisindex aufgrund des Alters der Hörgeräte berechnet. Das Alter der Hörgeräte wird als Differenz zum Homologationsdatum berechnet und in Jahren angegeben.⁴¹ Für die Berechnung des Preisindexes werden ausser den Kinderversorgungen alle Versorgungsleistungen in Schweizer Franken berücksichtigt. Der Warenkorb besteht jeweils aus den Hörgeräten und den dazugehörigen Dienstleistungen, also dem Preis der Gesamtversorgung, heruntergebrochen auf die Anzahl der Hörgeräte. Die Beobachtungen wurden berücksichtigt, solange die Fallzahlen grösser oder gleich 20 waren.



Der Preisindex lässt sich für das Tariffsystem bis zum Alter 4 berechnen, da über diese Altersstufe hinaus nicht mehr genügend Hörgeräte mit gleicher METAS in den beiden Vergleichsperioden vorhanden sind. Im Pauschal-system wird mit dem Alter der Hörgeräte von sechs Jahren diese kritische Stufe überschritten.

⁴¹ Das Alter der Hörgeräte wurde nach den üblichen Rundungsregeln auf Jahre gerundet.

Gemäss den Indizes der drei Systeme sind Versorgungungen mit identischen Hörgerätemodellen, die ein Jahr älter sind als die Referenzversorgungungen zum Zeitpunkt 1, nur geringfügig preiswerter, mit 0.57 Prozent Rückgang im Tarifsysteem, 1.17 Prozent Rückgang im PS A und 2.85 Prozent im PS B. Im weiteren Verlauf nehmen die Versorgungspreise im Pauschalsystem konstant ab, bis zur letzten ausgewiesenen Altersstufe 6, bei der die Versorgungskosten im PS A noch rund 71 Prozent der ursprünglichen Versorgungskosten ausmachen, im PS B rund 74 Prozent. Veranschaulicht an einem fiktiven Beispiel könnte der Verlauf wie folgt aussehen: Eine Versorgung mit einem Hörgerät, das gerade frisch auf den Markt gekommen ist wird für 7'000 Franken verkauft. 6 Jahre später, wird eine Versorgung mit dem gleichen Hörgerät im Pauschalsystem B für 5'180 Franken erworben, im PS A für rund 4'970 Franken.

Im Tarifsysteem werden die Versorgungungen mit älteren Hörgeräten gemäss Index maximal 5.07 Prozent günstiger angeboten. Bei Versorgungungen mit Hörgeräten, die seit 3 Jahren auf der METAS-Liste sind, wird sogar ein Preisanstieg um 2.07 Prozent verzeichnet. Kompositionseffekte spielen auch in diese Berechnungen mit ein, da die grosse Anzahl an unterschiedlichen Hörgerätemodellen insbesondere im Tarifsysteem zu tiefen Fallzahlen pro Vergleichsperiode führt und deshalb einzelne Beobachtungen mit unterschiedlichen Dienstleistungsangeboten mehr Gewicht erhalten könnten als idealerweise erwünscht.

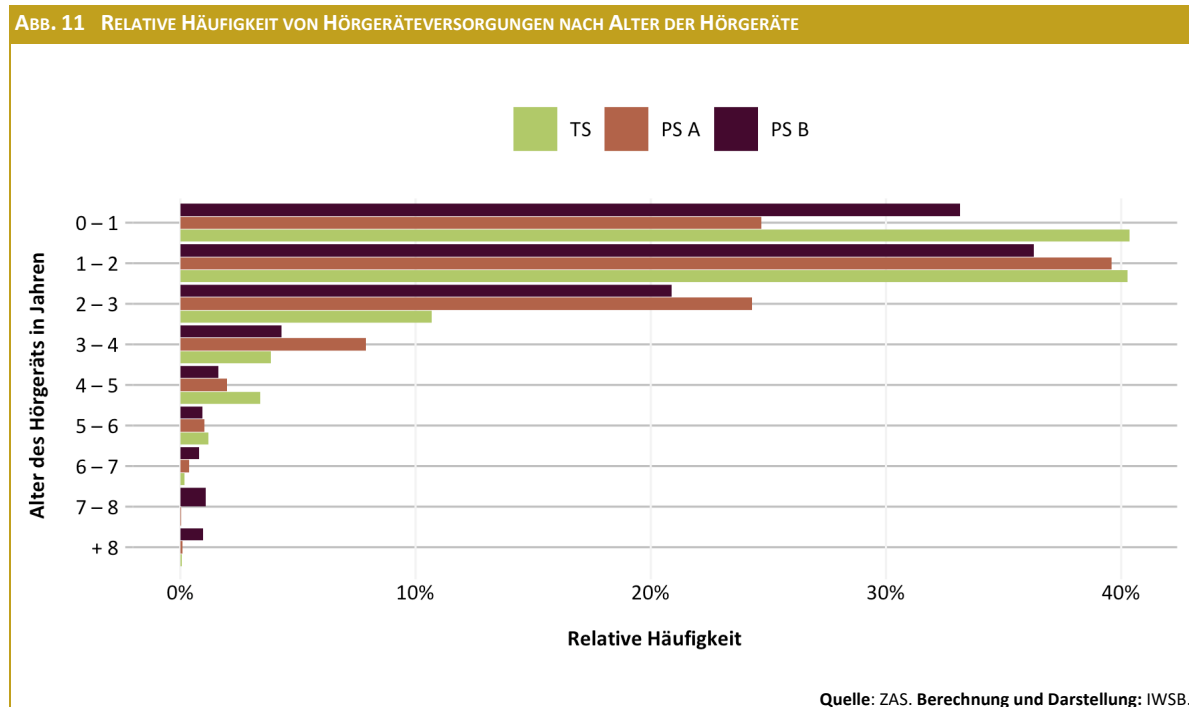
TAB. 37 PREISINDEX			
Alter der Hörgeräte	TS	PS A	PS B
1	100.00	100.00	100.00
2	99.43	98.83	97.15
3	102.07	94.57	97.00
4	94.93	86.42	90.74
5		82.38	79.00
6		71.38	73.58

Quelle: ZAS. Berechnung: IWSB.

Der Preisindex würde darauf schliessen lassen, dass Hörgeräte im Pauschalsystem länger verkauft werden und ein stärkerer Preiszerfall stattfindet. Dafür wurde in den Expertengesprächen nach Rabattierungsstrategien und Preisnachlassen für ältere Geräte gefragt. Mehrheitlich wurde postuliert, dass nur aktuelle Geräte verkauft werden – wenn ältere Modelle in Frage kommen würden, dann ohne Rabatte. Vorjahresmodelle würden eher umklassiert werden, beispielsweise vom Hochpreis- in das Mittelpreissegment. Dies macht in Anbetracht der Definition der technischen Niveaus Sinn, da die Hörgeräte mit höchstem technischem Niveau, technologisch auf dem neusten Stand sind. Bei Kundinnen und Kunden, die aufgrund finanzieller Bedenken die neusten Hörgeräte nicht in Betracht ziehen könnten, würden in Einzelfällen ältere Modelle zu tieferen Preisen angeboten. Eine Veränderung in diesen Aspekten, ausgelöst durch den Systemwechsel, habe es nicht gegeben. Dies kann anhand der vorhandenen Daten nicht abschliessend beurteilt werden;⁴² sie geben aber zumindest einen Hinweis darauf, dass im Tarifsysteem weniger Geräte mit höherem Alter verkauft wurden als im Pauschalsystem.

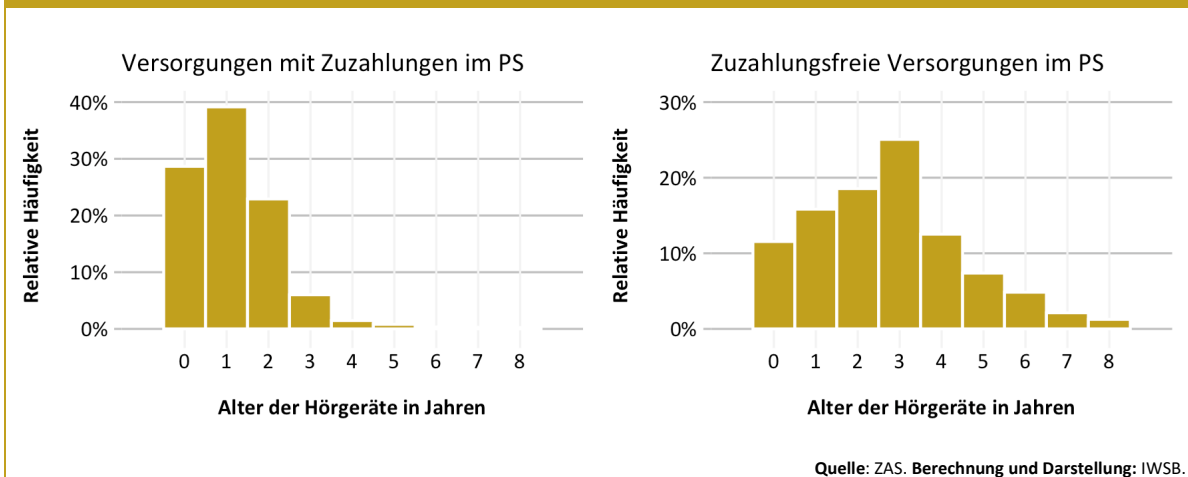
⁴² Aufgrund der hohen Produktdiversität und der kurzen Innovationszyklen bleiben die Hörgerätemodelle, wie gezeigt, nicht sehr lange im Markt. Die Fallzahlen mit Hörgeräten, die in zwei aufeinanderfolgenden Perioden beobachtet wurden, sind nicht ideal. Einfachere Produkte zur Berechnung solcher Preisindizes sind Produkte, die sich kaum – und wenn, dann nur marginal – verändern, wie zum Beispiel Zigaretten.

Abb. 11 weist die relativen Anteile der Hörgeräteversorgungen pro Alterskategorie aufgeteilt nach System aus. Mit 80 Prozent wurde im Tarifsystem ein deutlich höherer Anteil an Hörgeräten verkauft, bei denen zum Zeitpunkt der Abgabe die Homologation erst maximal zwei Jahre zurücklag. Im PS A und PS B sind diese Anteile mit 64 Prozent und 69 Prozent bedeutend niedriger. Die Abnahme der Anteile verläuft in TS und PS A steiler; im PS B werden höhere Anteile an älteren Geräten beobachtet.



Darüber hinaus kann über die nachfolgenden Verteilungsgrafiken (Abb. 12) des Alters der Hörgeräte bei zuzahlungsfreien Versorgungsungen im Vergleich zu Versorgungsungen mit Zuzahlungen gezeigt werden, dass bei zuzahlungsfreien Versorgungsungen ältere Hörgeräte eingesetzt werden. Bei rund 70 Prozent der Versorgungsungen mit Zuzahlungen wurden Hörgeräte gekauft, die im gleichen Jahr oder im Jahr davor homologiert wurden. Bei den zuzahlungsfreien Versorgungsungen wurden am häufigsten Hörgeräte gekauft, die seit drei Jahren auf der METAS-Liste sind.

Abb. 12 VERTEILUNG DES ALTERS DER HÖRGERÄTE BEI VERSORGUNGEN IM PAUSCHALSYSTEM



In Anbetracht des Versorgungsauftrags des BSV und der Bereitstellung einer einfachen und zweckmässigen Versorgung, ist es ziemlich sicher zweckmässig, ältere Geräte einzusetzen die technologisch nicht auf dem allerneuesten Stand sind.

3.2.10 ZWISCHENFAZIT DER DESKRIPTIVEN ANALYSE

Zusammenfassend werden im Folgenden die wichtigsten Erkenntnisse aus den deskriptiven Auswertungen aufgeführt. Die Spannweiten der Gesamtversorgungskosten haben bei IV- und AHV-Versorgungen mit dem Übergang vom Tarif- zum Pauschalssystem zugenommen und blieben im Pauschalssystem stabil hoch. **Im Pauschalssystem werden günstigere sowie auch teurere Versorgungen beobachtet als im Tarifsysteem.** Expertinnen und Experten erwähnen, dass es im Pauschalssystem Angebote im Tiefpreissegment gibt, die in dieser Form im Tarifsysteem noch nicht vorhanden waren.

Infolge der starken Reduktion der Versicherungsbeiträge der IV und der AHV weisen die zugehörigen Versorgungen einen Anstieg in den durchschnittlichen Zuzahlungen aus. Die in der Vorgängerstudie festgestellte Reduktion der Gesamtversorgungskosten konnte mit der neuen Stichprobenziehung nicht bei allen Versorgungstypen bestätigt werden. Ein signifikanter Rückgang konnte bei den monauralen AHV-Versorgungen beobachtet werden. Da die durchschnittlichen Reduktionen der Versicherungsbeiträge jedoch weit höher sind, nahmen auch bei den AHV-Versorgungen die durchschnittlichen Zuzahlungen substantiell zu. **Trotz der starken Reduktion der Versicherungsbeiträge ist durch die Ausweitung der Angebote im Tiefpreissegment aber auch der Anteil an Versorgungen mit negativen Zuzahlungen im Pauschalssystem gegenüber dem Tarifsysteem gestiegen.** Innerhalb des Pauschalsystems zeigte sich über die Jahre jedoch eine rückläufige Tendenz in den Anteilen an Versorgungen mit negativen Zuzahlungen.

Bei den Kinderversorgungen sind die Versicherungsbeiträge im Pauschalssystem gegenüber dem Tarifsysteem gestiegen und die Zuzahlungen gesunken. Darüber hinaus kann eine **zunehmende Konzentration der Gesamtkosten um den maximalen Versicherungsbeitrag** beobachtet werden.

Der Anteil an Versorgungen mit einer Härtefallregelung übertrifft seit dem Jahr 2016 die Erwartungen des BSV und ist in der Tendenz weiterhin steigend. Diese Versorgungen sind im Vergleich zu den Standardversorgungen der IV mit hohen Gesamtkosten und folglich auch hohen Versicherungsbeiträgen verbunden. **Die Aussagen der Expertinnen und Experten, dass der hohe Aufwand bei den Härtefällen durch den höheren Dienstleis-**

tungsaufwand gerechtfertigt ist, kann durch die Analysen der Rechnungsdaten nicht bestätigt werden. Grössere Unterschiede zeigen sich in den Kosten für die Hörgeräte, die zum Teil dadurch erklärt werden können, dass Härtefälle mit Hörgeräten auf einem technisch höheren Niveau versorgt werden.

Der Preisindex gibt, trotz der gegenläufigen Aussagen der Expertinnen und Experten, zumindest einen Hinweis dazu, dass **im Pauschalsystem im Gegensatz zum Tarifsysteem ein höherer Anteil an Hörgeräten verkauft wird, deren Homologation bereits über zwei Jahre zurückliegt.** Da ältere Geräte, wie Expertinnen und Experten postulierten, aufgrund der schnellen Innovationszyklen bezüglich ihrer technischen Eigenschaften nicht mehr auf dem neusten Stand sind, werden sie «umklassiert» und zu tieferen Preisen angeboten. Dies könnte mitunter ein Grund für einen Rückgang der Versorgungskosten sein und falls diese Handhabung zwischen den Abgabestellen variieren allenfalls auch eine Erklärung dafür sein, dass einige Abgabestellen zuzahlungsfreie Versorgungen bereitstellen können und andere nicht.

Die **Versorgungen im Euroraum haben sich von 2011 zu 2019 mehr als verdoppelt**, sind seit 2017 leicht rückläufig und weiterhin auf einem tiefen Niveau mit 2.6 Prozent im Jahr 2019. Im Mittel wurden die Versorgungen in Euro günstiger und weichen stärker von denen in Franken ab, als noch im Jahr 2011.

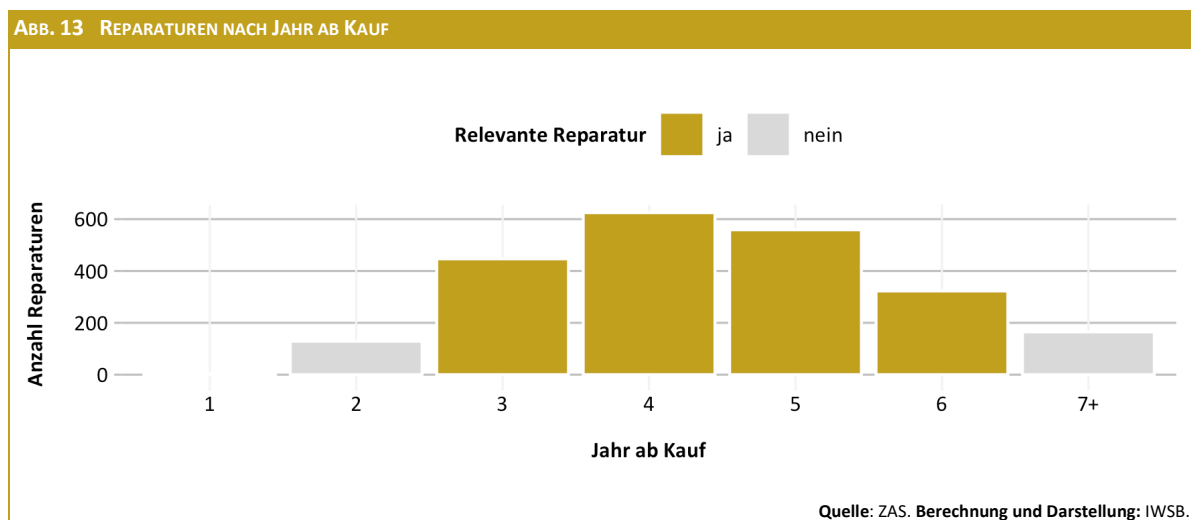
Neben einem leicht rückläufigen Effekt in den Dienstleistungskosten weisen die Dienstleistungspakete grosser Anbieter eine grosse Variabilität in den Kosten auf, wobei der Umfang der vergleichbaren Positionen relativ homogen ist. Mit den vorhandenen Rechnungsdaten kann jedoch keine Aussage über Qualität und Umfang innerhalb der aufgeführten Positionen getroffen werden, diese Aspekte werden im Rahmen der Befragungsauswertungen von Hörgeräteträgerinnen und Hörgeräteträger (Kap. 4.4) thematisiert.

3.3 REPARATUREN

3.3.1 REPARATURWAHRSCHEINLICHKEIT

Bei rund jedem fünften Gerät (19.6 Prozent) musste die Elektronik nach der Gewährleistung innerhalb von sechs Jahren repariert werden. Bei denjenigen Geräten, die eine Reparatur brauchten, war dies nach durchschnittlich 3.94 Jahren der Fall und jedes zehnte dieser reparierten Geräte (10.4 Prozent) wurde ein zweites Mal zum Reparaturfall, 1.1 Prozent gar mehr als zweimal.

Abb. 13 bildet die reparierten Geräte nach Jahr ab Kauf ab. Im Jahr 4 nach dem Kauf kommt eine Reparatur am häufigsten vor, gefolgt vom Jahr 5.



Das Sample wurde anschliessend um diejenigen Reparaturen bereinigt, die vor dem Ende der Gewährleistung durchgeführt wurden (130 Beobachtungen) oder nach den sechs Jahren, nach denen eine neue Versorgung übernommen wird (165 Beobachtungen). Das bereinigte Sample enthält 9'971 Beobachtungen, davon hatten 1'955 mindestens eine Reparatur.

Ein Vergleich der Hörgeräte, die repariert wurden mit denjenigen, die keine Reparatur benötigten, zeigt signifikante Unterschiede in den Kosten der Hörgeräte und dem technischen Niveau. Die reparierten Hörgeräte haben ein geringfügig höheres durchschnittliches technisches Niveau (3.30 vs. 3.24) und sind durchschnittlich etwas mehr als 200 Franken teurer (2'532 vs. 2'304). Dies könnte mit der Bauform und dem damit verbundenen höheren Reparaturrisiko zusammenhängen. In einem nächsten Schritt wird deshalb der Einfluss von Bauform und Fabrikat auf die Reparaturwahrscheinlichkeit mittels Regressionsanalyse geprüft.

Das Logit-Modell beschreibt die Wahrscheinlichkeit, dass ein Gerät zu einem Reparaturfall wird, in Abhängigkeit des Fabrikats, der Bauform⁴³ und personenbezogenen Variablen (z.B. Alter, Geschlecht, Sprache). Dazu zählt auch die Anzahl Hörgeräte – wenn eine Person zwei Hörgeräte hat, sollte die Wahrscheinlichkeit eines Reparaturfalls doppelt so hoch sein. Das Modell wird wie in Kapitel 2.3.1 beschrieben geschätzt.

⁴³ Die im Datensatz vorhandenen Bauformen wurden gemäss Kategorisierung des IGES den Kategorien HdO, mini HdO, IdO, CIC und RIE zugeordnet.

In Tab. 38 werden die Resultate der logistischen Regression dargestellt. Dabei werden einerseits die Koeffizienten des Modells, sowie die Standardfehler in Klammern und das Signifikanzniveau dargestellt. Da die Koeffizienten nicht direkt interpretierbar sind, werden zusätzlich die durchschnittlichen marginalen Effekte ausgewiesen. Der durchschnittliche marginale Effekt gibt an, wie stark sich die Wahrscheinlichkeit eines Reparaturfalles im Durchschnitt verändert, wenn die Person das entsprechende Attribut hätte, bzw. ein Gerät mit dem entsprechenden Attribut hätte.⁴⁴ Die Wahrscheinlichkeiten beziehen sich dabei immer auf das jeweilige Referenzattribut in der Kategorie.

Die Resultate zeigen einen grossen Einfluss von personenbezogenen Faktoren auf die Reparaturwahrscheinlichkeit. Kinder und Personen über 65 Jahren haben verglichen mit der Altersgruppe 20-64 (Referenzgruppe) eine grössere Wahrscheinlichkeit, ihr Hörgerät reparieren lassen zu müssen. Die Wahrscheinlichkeit einer Reparatur bei Personen unter 20 Jahren ist 8.3 Prozentpunkte höher als bei der Altersgruppe 20-64. Bei der Gruppe der über 65-jährigen ist die Wahrscheinlichkeit eines Reparaturfalles 2.4 Prozentpunkte höher als bei der Referenzgruppe. Insbesondere bei Kindern könnte dieses Resultat den Umgang mit dem Hörgerät abbilden. Die Tragedauer, welche potenziell das Risiko eines Defekts erhöhen könnte, ist generell bei Personen im Erwerbsalter höher (Stunden pro Tag wie auch Tage pro Woche). Demnach scheint die Tragedauer nicht der treibende Faktor für die unterschiedlichen Reparaturwahrscheinlichkeiten zu sein.

⁴⁴ In einem nichtlinearen Modell wie hier, hängen alle Attribute voneinander ab. Darum wird zur Berechnung der Effekte für ein Attribut innerhalb einer Kategorie der Effekt im Verhältnis zu allen anderen Attributen berechnet und daraus der Durchschnitt genommen.

TAB. 38 LOGISTISCHE REGRESSIONSANALYSE REPARATURWAHRSCHEINLICHKEIT

	Koeffizient	Standardfehler	Signifikanz	Durchschnittliche marginale Effekte
Konstante	-2.226	(0.142)	***	
Alter: (Referenz: 20-64)				
0-19	0.496	(0.144)	***	0.083
65 +	0.154	(0.055)	**	0.024
Sprache: (Referenz: Deutsch)				
Französisch	-0.305	(0.067)	***	-0.044
Italienisch	-0.615	(0.189)	**	-0.082
Geschlecht: (Referenz: Mann)				
Frau	-0.289	(0.054)	***	-0.043
Anzahl Hörgeräte: (Referenz: eins)				
zwei	0.583	(0.071)	***	0.089
Bauform Kategorie: (Referenz: HdO)				
mini HdO	0.349	(0.194)		0.056
IdO	0.347	(0.103)	***	0.056
CIC	0.618	(0.093)	***	0.106
RIE	-0.678	(0.369)		-0.080
Fabrikat: (Referenz: Phonak) ¹				
Bernafon	-0.788	(0.198)	***	-0.109
GN ReSound	-0.633	(0.133)	***	-0.091
Hansaton	-0.425	(0.320)		-0.065
KIND	-0.150	(0.119)		-0.025
NovaSense	-2.177	(0.722)	**	-0.196
Oticon	-0.231	(0.073)	**	-0.037
Siemens	-0.938	(0.136)	***	-0.123
sona hearing	-0.271	(0.315)		-0.043
Sonetik	-2.664	(0.508)	***	-0.208
Starkey	0.407	(0.307)		0.077
Widex	-0.0004	(0.077)		0.000
Beobachtungen			9'958	
Log Likelihood			-4'729.119	
AIC			9'518.238	

¹ Die Resultate der Fabrikate, welche im Datensatz weniger als 50 Beobachtungen aufweisen, werden nicht angezeigt. Die vollständige Tabelle ist im Anhang zu finden. **Anmerkung:** *p < 0.05; **p < 0.01; ***p < 0.001; Standardfehler in Klammern. **Quelle:** ZAS Reparaturrechnungen. **Berechnung:** IWSB.

Für Personen in der französischsprachigen und italienischsprachigen Schweiz ist die Reparaturwahrscheinlichkeit kleiner als für Personen in der Deutschschweiz. Ebenso haben Frauen verglichen mit Männern eine um 4.3 Prozentpunkte geringere Wahrscheinlichkeit ihr Hörgerät reparieren zu lassen. Dies kann ebenfalls auf Unterschiede im Umgang mit dem Hörgerät hindeuten. Wenn eine Person zwei Hörgeräte hat, ist die Wahrscheinlichkeit grösser, dass eines zum Reparaturfall wird, was grundsätzlich zu erwarten ist. Die Wahrscheinlichkeit einer Reparatur ist 8.9 Prozentpunkte höher, wenn eine Person zwei anstelle von einem Hörgerät hat.

Weiter kann ein Effekt der Bauform festgestellt werden – im Vergleich zu der häufigsten Kategorie der Bauformen, den Hinter-dem-Ohr-Geräten (HdO), haben In-Ohr-Geräte (IdO) und Completely-in-the-canal Geräte

(CIC) eine höhere Reparaturwahrscheinlichkeit. Dabei ist der Effekt grösser bei CIC-Hörgeräten – ihre Reparaturwahrscheinlichkeit ist 10.6 Prozentpunkte höher verglichen mit den HdO-Geräten. Bei den IdO-Geräten ist die Reparaturwahrscheinlichkeit 5.6 Prozentpunkte höher als bei den HdO-Geräten. Bei den Kategorien mini-HdO und Receiver-in-Ear (RIE) ist kein signifikanter Effekt sichtbar.

Bei den Fabrikaten werden die Effekte der verschiedenen Fabrikate im Vergleich zum häufigsten Fabrikat im Datensatz (Phonak) betrachtet⁴⁵. Im Vergleich zu Phonak Fabrikaten haben Fabrikate von Bernafon, GN ReSound, NovaSense, Oticon, Siemens und Sonetik eine geringere Wahrscheinlichkeit innerhalb ihrer zugewiesenen Lebensdauer zu einem Reparaturfall zu werden. Die grössten Effekte werden dabei bei Sonetik, NovaSense und Siemens festgestellt – die Reparaturwahrscheinlichkeit ist um 20.8, 19.6 respektive 12.3 Prozentpunkte geringer als bei Phonak Fabrikaten. Die Fabrikate Hansaton, KIND, sona hearing, Starkey und Widex weisen im Vergleich zu Phonak Fabrikaten keine unterschiedliche Reparaturwahrscheinlichkeit auf. Die Effekte verändern sich nicht, wenn zusätzlich noch für das technische Niveau der Hörgeräte kontrolliert wird.

Die Auswertung der Reparaturwahrscheinlichkeit zeigt, dass personenbezogene Faktoren eine substantielle Rolle spielen und die Hörgeräteträgerinnen und -träger einen Einfluss darauf haben, ob ihr Gerät zum Reparaturfall wird. Ebenso können die Versicherten mit ihrer Wahl der Bauform die Reparaturwahrscheinlichkeit beeinflussen. Dass die Bauform und dadurch die Komplexität des Gerätes sowie die äusseren Einflüsse (Feuchtigkeit, Wärme, etc.) einen Effekt auf die Auftretswahrscheinlichkeit von Defekten an der Elektronik haben erscheint plausibel. Die Auswirkung des Fabrikates auf die Reparaturwahrscheinlichkeit hingegen wurde in diesem Umfang nicht erwartet. Im Vergleich zum häufigsten Fabrikat (Phonak) weisen alle anderen Fabrikate entweder keine unterschiedliche oder eine tiefere Reparaturwahrscheinlichkeit auf (zwischen 3.7 und 20.8 Prozentpunkte). Es ist möglich, dass sich hinter diesen Effekten unbeobachtete Unterschiede zwischen den Personen, die Phonak-Geräte tragen und jenen, die ein anderes Fabrikat haben, verbergen. Beispielsweise kann nicht für weitere personenspezifische Merkmale wie Einkommen (und dadurch z.B. Preissensitivität) kontrolliert werden. Ein weiterer Faktor könnten Unterschiede in der Technik der Fabrikate sein, die nicht durch die Bauform oder das technische Niveau erfasst werden.

3.3.2 REPARATURKOSTEN

Die durchschnittlichen Reparaturkosten im bereinigten Sample der 430 Reparaturrechnungen betragen 214 Franken pro Gerät. Um die Kostenaufteilung zu analysieren, wurden diejenigen Reparaturen, bei welchen nicht nach Preis differenziert wurde, ausgeschlossen. Dies betrifft 14 Reparaturen (ca. 3.3 Prozent des bereinigten Samples). Diese sind im Durchschnitt zwar günstiger als jene, bei welchen eine Aufteilung der Kosten möglich ist (195 Franken gegenüber 214 Franken), aber der Unterschied ist nicht signifikant. Es zeigt sich, dass fast die Hälfte dieser Fälle (6) der Reparaturannahmestelle «Andere» und 5 Fälle dem Acousti Centre zugeordnet werden.

Durchschnittlich entfällt 26 Prozent der Reparaturkosten auf die Reparaturannahmestelle, 71 Prozent auf den Hersteller und 3 Prozent sind Versandkosten. Auf Basis der Expertengespräche wird als Preismechanismus ein System von Pauschalpreisen der Reparaturannahmestelle und Herstellerpauschale, zzgl. Versandkosten ver-

⁴⁵ Die Resultate derjenigen Fabrikate, welche Beobachtungszahlen unter 50 aufweisen, sind nicht in Tab. 38 aufgeführt, sondern im Anhang zu finden. Dies trifft auf Audifon, BHM-TECH, Bruckhoff, INTERTON, Rion, trend LINE, Unitron und Viennatone zu. Bei all diesen Fabrikaten wird kein statistisch signifikanter Effekt beobachtet.

mutet. Eine erste Betrachtung der Häufigkeiten von Reparaturkosten nach Reparaturannahmestellen und Fabrikaten zeigt, dass die Reparaturannahmestellen in den meisten Fällen einen Pauschalpreis kennen, diese aber zwischen den Mitbewerbern stark variieren:

Während Fielmann grundsätzlich keine Pauschale verrechnet, ist der häufigste Wert bei Acousti Centre 93 Franken. Dieser kommt in 62 Prozent der Fälle zur Anwendung. Bei KIND beläuft sich die häufigste Preispauschale auf 89 Franken, welche in 60 Prozent der Fälle angewendet wird. Audika verrechnet am häufigsten 74 Franken, gefolgt von einigen Beobachtungen um 65 Franken – zusammen machen diese Fälle 47 Prozent der Fälle aus. Audika entstand während des Beobachtungszeitraums aus mehreren kleinen Akustikern, es fällt denn auch auf, dass bei älteren Rechnungen nach Aufwand verrechnet wurde, und bei Rechnungen aus den Jahren 2017 und 2018 am häufigsten eine Preispauschale von 80 Franken inkl. Mehrwertsteuer zur Anwendung kam. Aus diesem Grund scheint die Normpauschale von 74 Franken (exkl. MWST) gerechtfertigt. Neuroth verrechnet in 92 Prozent der Fälle 51 Franken und Amplifon in 57 Prozent der Fälle 42 Franken. Für andere Reparaturannahmestellen mit wenigen Beobachtungen lassen sich keine Aussagen treffen, diese werden deshalb nicht dargestellt.

Bei den Fabrikaten zeigt sich, dass die meisten Hersteller eine oder zwei Preise für Reparaturen zu kennen scheinen. Diese variieren nicht nach technischem Niveau oder Bauform des Geräts. Bei KIND wird in 46 Prozent der Fälle ein Pauschalpreis von 170 Franken verrechnet. Eine andere Preispauschale ist in der Stichprobe nicht erkennbar. Widex scheint drei unterschiedliche Preispauschalen zu kennen. Der häufigste Betrag ist 172 Franken, oft wurden auch 132 Franken oder 112 Franken verrechnet. Ein Blick in die Herstellerrechnungen zeigt, dass diese drei Beträge den Pauschalen für unterschiedliche, elektronische Reparaturen entsprechen – es werden kleine, mittlere und grosse elektronische Reparaturen verrechnet. Zusammen decken diese drei Reparaturen 73 Prozent der Fälle ab.

TAB. 39 BEISPIEL PAUSCHALPREISE WIDEX

Hersteller	Reparaturart	Pauschalpreis (in CHF)
Widex	Kleine elektronische Reparatur	112
Widex	Mittlere elektronische Reparatur	132
Widex	Grosse elektronische Reparatur	172

Quelle: ZAS Reparaturrechnungen. Darstellung: IWSB.

Bei Oticon wiederum scheint ein Pauschalpreis vorzuherrschen: 170 Franken wird in 70 Prozent der Reparaturen verrechnet. Dies ist die Pauschale «Elektronikreparatur gross». Phonak ist das häufigste Fabrikat in der Stichprobe und in 53 Prozent aller Fälle wurde eine Pauschale von 149 Franken verrechnet. Eine Pauschale von 164 Franken kam in 16 Prozent der Fälle zur Anwendung und in sechs Prozent der Fälle wurde 189 Franken verrechnet. Anhand der Reparaturrechnungen kann keine Unterscheidung in kleine/grosse Reparatur gemacht werden – es fällt aber auf, dass der Pauschalpreis von 164 Franken nur bei der Reparaturannahmestelle Neuroth zur Anwendung kommt.

Hörgeräte von Bernafon zu reparieren kostet in 64 Prozent der Beobachtungen 136 Franken. Bei Siemens-Fabrikaten kommt die Reparaturrechnung am häufigsten auf 120 Franken zu stehen – dies allerdings nur in 15 Prozent der Fälle. Die übrigen Reparaturrechnungen verteilen sich zwischen 50 und 205 Franken – hier scheinen Pauschalpreise nur punktuell Anwendung zu finden. Für GN ReSound Geräte kosten Reparaturen am häufigsten 55 Franken, fast ähnlich oft kommen Reparaturen zu 61 oder 111 Franken vor. Zusammen machen

diese drei Beträge 52 Prozent der Fälle aus. Aus den Reparaturrechnungen werden für GN ReSound drei Arten von Reparaturen identifiziert (siehe Tab. 40), diejenige bei Geräten über 5 Jahren kommt am seltensten vor.

Zur Prüfung, ob die Reparaturpauschale angemessen ist, werden die identifizierten Normpauschalen der Reparaturannahmestellen zu den Pauschalen der Hersteller addiert. Die Median-Portokosten pro Abgabestelle werden addiert und die Mehrwertsteuer wird mit dem aktuellen Satz dem Total hinzugerechnet. Die verschiedenen Arten von Reparaturen, bzw. die Namen der Hersteller-Reparaturpauschalen wurden soweit möglich den Herstellerrechnungen entnommen. Tab. 40 bildet die Fabrikat-Reparaturannahmestelle Kombinationen ab, hervorgehoben sind diejenigen Kombinationen, bei welchen eine Reparatur innerhalb der Pauschale von 200 Franken möglich ist.

TAB. 40 NORMPAUSCHALEN INKL. 7.7 % MWST FÜR ALLE FABRIKAT – REPARATURANNAHMESTELLE KOMBINATIONEN								
	Typ Reparaturpauschale	Betrag	Acousti Centre	Amplifon ³	Audika	Fielmann	KIND	Neuroth
	Normpauschale Reparaturannahmestelle		100	45	80	0	96	55
	Versand ¹		9	9	9	0	13	9
	Total Reparaturannahmestelle		109	54	89	0	109	64
Bernafon	Gross	146	255	200	235	136	255	-
GN ReSound	Standard Amplifon ²	59	-	113	-	-	-	-
	«Ausser Garantie»	119	228	173	208	111	228	183
	über 5 Jahre	296	405	350	384	275	405	360
KIND	Gross	183	-	-	-	-	292	-
Oticon	Gross	183	292	237	271	183	292	247
Phonak	«Standard»	160	269	214	249	160	269	-
	«Neuroth»	177	-	-	-	-	-	240
Siemens	Repair Flat	129	238	183	218	129	238	193
sona hearing	«Standard»	160	269	214	249	160	269	224
Widex	Klein	121	230	175	210	121	230	185
	Mittel	142	251	196	231	142	251	206
	Gross	185	294	239	274	185	294	249

Anmerkung: ¹ Für die Versandkosten wurde der Median der Versandkosten pro Reparaturannahmestelle verwendet. ² In der Stichprobe kommen zwei Pauschalen «Standard Amplifon» vor: eine in der Höhe von 61 Franken in den Jahren 2015 und 2016, und eine in der Höhe von 55 Franken in den Jahren 2017 und 2018. Um möglichst aktuelle Pauschalen darzustellen wird letztere verwendet. ³ Amplifon **Quelle:** ZAS Reparaturrechnungen. **Berechnung:** IWSB.

Bei Fielmann kann man mit Ausnahme der Reparatur für ältere Geräte von GN ReSound alle Reparaturen für unter 200 Franken durchführen lassen. Bei Amplifon sowie Neuroth ist es bei Siemens, Widex und GN ReSound möglich unterhalb der Pauschale zu bleiben. Die Kombination Amplifon-Bernafon kommt zudem genau auf den Wert der Pauschale.

3.4 WETTBEWERBSEFFEKT DES SYSTEMWECHSELS

Wie in der Vorgängerstudie soll mit den folgenden Auswertungen auf Veränderungen in der Marktstruktur, insbesondere der Anzahl und Marktanteile der Hersteller und der Produktvielfalt, hingewiesen werden. In

Kapitel 3.4.1 werden die Unterschiede zwischen den Systemen in Bezug auf die Marktanteile der Hersteller und Hörgerätemodelle ausgewertet. Zusätzlich wird die Konzentration der Hörgerätehersteller über die Zeit betrachtet. In einem zweiten Teil werden ausgewählte Abgabestellen genauer betrachtet (Kap. 3.4.2) und abschliessend die Entwicklung der Versorgungskosten nach Preissegmenten untersucht (Kap. 3.4.3).

3.4.1 MARKTANTEILE VON HÖRGERÄTEHERSTELLERN UND -MODELLEN

Der Herfindahl-Hirschman-Index (HHI) wird, analog der Vorgängerstudie, als Indikator für die Atomisierung des Hörgerätemarktes herangezogen. Er betrachtet neben der Verteilung der Marktanteile auf die verschiedenen Anbieter auch die Anzahl der Anbieter im Markt und berechnet sich als die Summe aller quadrierten Anteile.⁴⁶ Ein HHI von 100 entspricht dabei einem komplett monopolistischen Markt, während ein HHI nahe an 0 für einen perfekten Wettbewerbsmarkt spricht. Im Gegensatz zur Vorgängerstudie lassen sich die Zahlen nun über die gesamte Beobachtungszeit analysieren, was die Möglichkeit eröffnet, die zeitliche Dynamik des Wettbewerbs deutlicher visualisieren zu können.

Anstelle der Fabrikate werden die Hersteller betrachtet, da die Fabrikate eher Marken entsprechen, die teilweise von den gleichen Herstellern bzw. Konzernen stammen. Die Konsolidierungen unter den Herstellern wurde bereits in Kapitel 3.2.1 beschrieben und werden hier nicht nochmal aufgeführt.

Der HHI der Hersteller im Hörgerätemarkt pro System, ausgewiesen in Tab. 41, macht deutlich, dass die Wettbewerbsintensität beim Wechsel vom TS zum PS gestiegen, vom PS A zum PS B jedoch wieder leicht gesunken ist. Durch die Berechnung des HHI pro Jahr (siehe Tab. 42) kann die Entwicklung im PS besser dargestellt werden,⁴⁷ auch sind die Kategorien (Jahre) von den Beobachtungszahlen her ausgeglichener. Nach einem sinkenden HHI ab dem TS bis ins Jahr 2013 ist er im 2017 wieder höher und erreicht 2019 nach einem leichten Rückgang 2018 ein erneutes Hoch. Da die Fallzahlen der Jahre 2014 bis 2016 für eine aussagekräftige Auswertung nicht reichen, kann der Anstieg dazwischen nicht direkt zurückverfolgt werden.

TAB. 41 HHI PRO SYSTEM		
System	HHI Hersteller	HHI Modell
TS	30.98	0.87
PS A	23.37	0.65
PS B	27.48	0.67

Quelle: ZAS. Berechnung: IWSB.

TAB. 42 HHI PRO JAHR							
HHI	2010	2011	2012	2013	2017	2018	2019
Hersteller	31.06	26.76	23.96	23.15	28.06	27.00	28.84
Modell	0.93	0.78	0.87	0.62	0.84	0.85	1.13

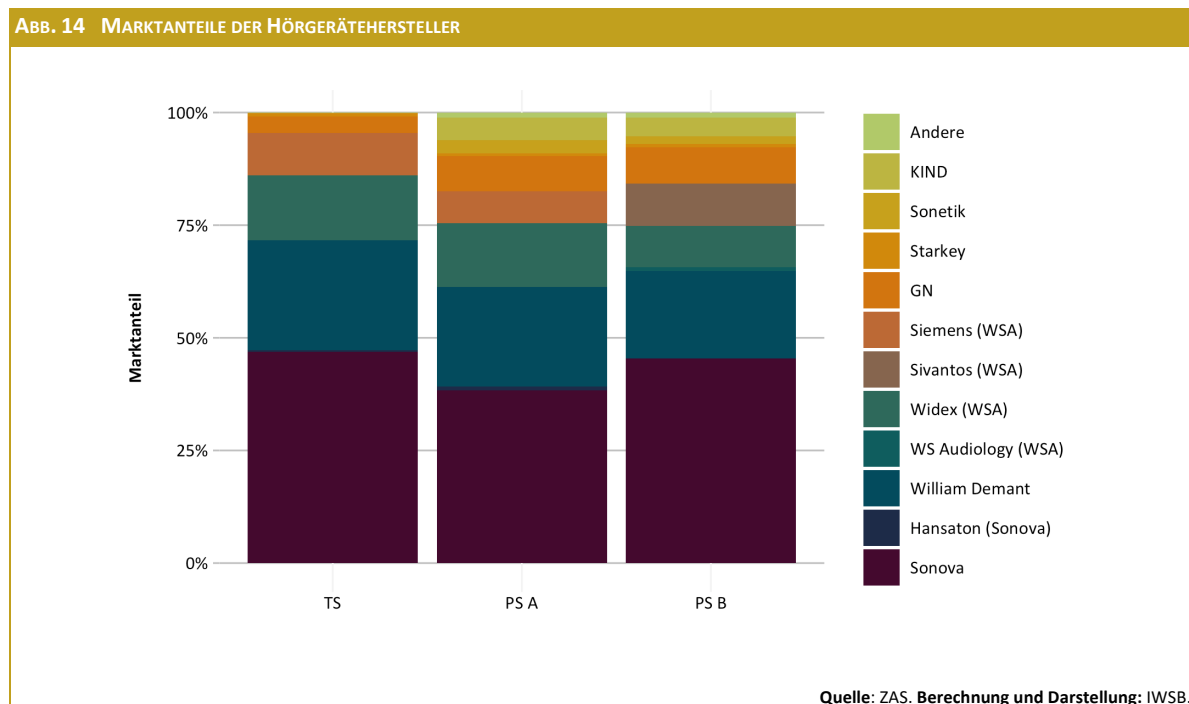
Quelle: ZAS. Berechnung: IWSB.

⁴⁶ In einem Markt mit zwei Hersteller, die beide die Hälfte des Marktes bedienen, wäre der HHI: $0.5^2 + 0.5^2 = 0.5$. Der Wert liegt also zwischen $1/N$ und 1, mit N = Anzahl Hersteller. Die Anteile wurden für die Darstellung mit 100 multipliziert.

⁴⁷ Die Jahre 2014, 2015 und 2016 wurden aufgrund der wenigen Fallzahlen von der Auswertung ausgeschlossen.

Gemäss HHI der Modelle hat sich die Produktvielfalt und -verteilung im Hörgerätemarkt vom Tarif- zum Pauschalsystem (Tab. 41) erhöht, bzw. ausgeglichen. Bei der Berechnung des HHI der Modelle pro Jahr (Tab. 42) ist er dagegen im 2019 über alle Beobachtungsjahre am höchsten. Eine Betrachtung der Fallzahlen zeigt, dass sich zwischen dem TS und dem PS die Anzahl verschiedener Modelle (METAS) erhöht hat, was sich in einem niedrigeren HHI niederschlägt. Im Verlauf der Jahre hat sich die Anzahl verschiedener Modelle wieder reduziert, in Kombination mit einer ungleichmässigeren Verteilung führte dies zu einem höheren HHI, da bspw. der Marktanteil für einzelne Modelle relativ gesehen besonders hoch ist. Zur Veranschaulichung: Im Jahr 2010 enthält die Stichprobe 312 verschiedene Modelle und das häufigste Modell hat einen Anteil von 3.15. Im 2019 wurden im Sample 398 verschiedene Modelle verkauft, das häufigste Modell hat einen Anteil von 5.10.

Zur Ergänzung werden in Abb. 14 die prozentualen Marktanteile der Hersteller dargestellt. Der Markt ist relativ konzentriert und die international operierende Sonova Holding AG mit Sitz in der Schweiz, wozu auch das Fabrikat Phonak gehört, hat mit Abstand den grössten Marktanteil, konnte gegenüber dem PS A im PS B sogar wieder an Marktanteilen gewinnen. Weitere grosse Player im Schweizer Markt sind die 2019 neu fusionierte WS Audiology (WSA), welche durch die Fusion von Widex und Sivantos (vorher Siemens) entstanden ist, die William Demant Holding und GN; alles Unternehmen mit Sitz in Dänemark, die international agieren. Die aufgeführten 4 Unternehmen machen bereits 91 Prozent des Marktanteils im PS B aus. Sonetik und KIND haben in der vorhandenen Stichprobe gegenüber dem PS B an Marktanteilen verloren.



3.4.2 MARKTANTEILE UND PRODUKT DiversITÄT WICHTIGER ABGABESTELLEN

Der HHI für Abgabestellen wird nicht ausgewiesen, da aufgrund heterogener Erfassungen zu den unterschiedlichen Erhebungszeiten der Anteil der Abgabestellen, die unter der Kategorie «Andere» erfasst wurden, nicht übereinstimmt. Zudem haben sich die Marktanteile der «Anderen» verändert, die genaue Erfassung der Marktkonzentration ist deshalb nicht möglich.

Die Marktanteile für wichtige bzw. grosse Anbieter können dennoch ausgewertet werden. Einzelne Abgabestellen haben ihren Marktanteil in der untersuchten Stichprobe stark erhöht: dazu gehören Neuroth und Fielmann mit je 6.8 Prozentpunkten. Audika ist das Resultat einer Fusion mehrerer unabhängiger Abgabestellen Mitte 2016 und gehört zum Hörgerätehersteller William Demant. Sie haben über die Zeit, trotz Zusammenschluss, leicht an Marktanteil verloren. Auch Amplifon hat an Marktanteil verloren. Diese Abgabestelle hatte im Jahr 2010 mit 22 Prozent den höchsten Anteil. Gemäss Expertenaussagen hat sich die Wettbewerbsintensität zwischen den Abgabestellen und gegenüber den grossen Herstellern beim Wechsel vom Tarif- zum Pauschalsystem stark erhöht. Dabei kommt es vermehrt zu Konsolidierungen unter den Abgabestellen mit einer Tendenz zu grösseren Ketten, wobei sich die Hersteller auch vermehrt der vertikalen Integration bedient haben. Hersteller von Hörgeräten kaufen dabei Abgabestellen auf, um den Absatz der eigenen Hörgeräte bei den Endkundinnen und -kunden zu erhöhen. Sie werden dadurch zu eigenen Abnehmern, wodurch das Vertriebsnetz effizienter gestaltet werden kann und die Margen erhöht werden können.

TAB. 43 MARKANTEILE AUSGEWÄHLTER ABGABESTELLEN

Abgabestelle	2010	2011	2012	2013	2017	2018	2019
Acustix	1.5 %	1.1 %	1.4 %	1.4 %	1.2 %	1.2 %	0.9 %
Acousti Centre		1.2 %	4.2 %	3.5 %	2.7 %	2.1 %	1.8 %
Amplifon	22.1 %	13.6 %	14.3 %	16.4 %	16.0 %	18.6 %	14.3 %
Audika ⁴⁸	15.7 %	14.2 %	17.9 %	18.1 %	13.0 %	9.8 %	12.3 %
Fielmann	1.1 %	2.9 %	4.5 %	4.9 %	5.2 %	6.0 %	7.9 %
Hörberatung Basel	0.7 %	2.0 %	1.0 %	1.2 %	1.5 %	0.6 %	1.4 %
Hörservice	0.7 %	2.1 %	1.5 %	1.0 %	0.4 %	0.3 %	0.1 %
Hörzentrum Schweiz	0.4 %	0.7 %	1.3 %	1.3 %	1.2 %	1.3 %	1.8 %
KIND	0.1 %	4.5 %	5.5 %	4.6 %	4.7 %	4.3 %	3.2 %
Neuroth	4.8 %	9.4 %	13.6 %	13.1 %	12.1 %	12.4 %	11.6 %
Andere	53.0 %	48.3 %	34.9 %	34.4 %	41.9 %	43.4 %	44.7 %

Quelle: ZAS. Berechnung: IWSB.

Der HHI innerhalb ausgewählter Abgabestellen zeigt die Marken- und Produktdiversität der jeweiligen Abgabestelle (Tab. 44). Aufgrund der Experteninterviews ist anzunehmen, dass Abgabestellen von besseren Einkaufskonditionen profitieren, wenn alle angebotenen Fabrikate von einem Hersteller bezogen werden. Ein Hersteller pflegt üblicherweise den Vertrieb mehrerer Fabrikate bzw. Marken in unterschiedlichen Preissegmenten. Deshalb wird neben dem HHI der Fabrikate auch jener der Hersteller ausgewiesen.

Die Abgabestelle KIND sticht mit einem HHI für Fabrikate von 81.25 hervor, da sie neben einigen Ausnahmen primär ihr eigenes Fabrikat mit dem Namen KIND vertreibt. Neben KIND-Hörgeräten produziert sie ein weiteres Fabrikat mit dem Namen Audifon, deshalb ist der HHI für den Hersteller mit 81.98 noch ein wenig höher. Neben Spezialisierungen auf Fabrikate bzw. Hersteller verfolgen Unternehmen auch Strategien der Diversifikation. Dazu gehört Fielmann mit einem HHI von 15.46 bei Fabrikaten und 22.01 bei den Herstellern. Dies weist auf eine breite Angebotspalette der verkauften Hörgeräte hin.

⁴⁸ Fusion aus mehreren zuvor unabhängigen Abgabestellen. Dazu gehören Audilab, Audito, Beltone/Bürgin. Um der Einfachheit und Übersichtlichkeit willen werden sie über alle Jahre hinweg als eine Abgabestelle dargestellt.

Abgabestelle	HHI Fabrikat	HHI Hersteller	HHI Modell
KIND	81.25	81.98	2.37
Hörzentrum Schweiz	46.05	55.45	0.94
Acustix	45.51	43.43	1.38
Amplifon	38.04	37.97	0.60
Neuroth	36.20	36.14	0.94
Hörberatung Basel	35.42	36.91	1.19
Acousti Centre	34.89	35.11	1.14
Hörservice	32.21	35.13	1.32
Audika	26.38	29.68	0.62
Fielmann	15.46	22.01	1.00

Quelle: ZAS. Berechnung: IWSB.

Die folgenden Tabellen sollen Aufschluss über die Anteile der Hörgerätefabrikate bei wichtigen Abgabestellen und die Preisklassen der Hörgerätefabrikate geben. Fielmann, mit dem für Akustik-Fachgeschäfte hohen Anteil an zuzahlungsfreien Versorgung, hat beispielsweise einen hohen Anteil am Fabrikat Bernafon (Tab. 45), welches eines der günstigeren Fabrikate ist. Im Gegensatz zu allen anderen Abgabestellen ausser KIND, haben Fielmann und Acustix den weitaus niedrigsten Anteil an Hörgeräten der Marke Phonak, mit rund 19 Prozent. Sogar Audika, die wie oben beschrieben zu William Demant gehören, verkauften bei 25 Prozent der Versorgung Phonak Hörgeräte. Worauf sich der hohe Anteil an Hörgeräten der Marke Phonak zurückführen lässt, lässt sich aufgrund der vorhandenen Daten nicht feststellen. Nach der Aussage der Expertinnen und Experten werden Hörgeräte der Marke Phonak von Versicherten explizit nachgefragt. Genannte Gründe dafür sind neben dem hohen Bekanntheitsgrad auch die inländische Produktion.

Abgabestelle	Bernafon	GN ReSound	Hansaton	Oticon	Phonak	Siemens	Signia	Widex	KIND	Sonetik	Unitron
Acousti Centre	0.55 %	0.78 %	0.11 %	27.05 %	49.22 %	3.10 %	0.11 %	17.52 %			
Acustix	4.16 %	4.16 %	5.19 %	1.04 %	19.48 %	1.56 %		63.90 %			
Amplifon / Microelectric	0.04 %	19.78 %		0.47 %	55.89 %	10.53 %	0.11 %	12.92 %			
Audika	3.95 %	3.09 %	0.13 %	41.41 %	25.26 %	10.91 %		11.14 %	0.02 %		
Fielmann	21.95 %	20.03 %	3.77 %	10.56 %	19.48 %	6.86 %	6.65 %	3.43 %			2.88 %
Hörberatung Basel	0.84 %	5.31 %		24.02 %	53.07 %	4.75 %	2.51 %	6.98 %			1.12 %
Hörservice	3.10 %	3.72 %	1.24 %	39.32 %	39.63 %	3.72 %	0.62 %	8.05 %			0.62 %
Hörzentrum Schweiz	3.90 %	4.18 %	0.56 %	4.46 %	66.02 %	0.56 %	0.56 %	13.09 %			3.34 %
KIND	5.27 %	0.37 %		1.90 %	1.90 %	0.07 %		0.15 %	89.74 %		
Neuroth		0.28 %		28.09 %	49.42 %	0.53 %	2.38 %	18.83 %	0.08 %		
Andere	4.15 %	6.18 %	0.75 %	14.30 %	44.54 %	4.25 %	3.88 %	12.86 %	0.06 %	5.19 %	0.86 %

Quelle: ZAS. Berechnung: IWSB.

TAB. 46 DURCHSCHNITTLICHE GESAMTVERSORGUNGSKOSTEN FÜR AUSGEWÄHLTE FABRIKATE					
	1 HG		2 HG		
Fabrikat	Durchschn. Versorgungskosten	Anzahl Versorgungen	Durchschn. Versorgungskosten	Anzahl Versorgungen	
Signia	2'838	212	5'580	374	
Phonak	2'910	3'738	5'351	6'841	
NovaSense	2'876	47	5'307	128	
Oticon	2'652	1'727	5'096	3'102	
Widex	2'734	1'259	5'065	2'286	
GN ReSound	2'834	680	5'006	1'408	
Siemens	2'529	574	4'526	893	
KIND	2'281	385	4'305	826	
Hansaton	2'417	48	3'754	101	
Unitron	2'209	33	3'617	113	
Bernafon	2'089	395	3'522	624	
Sonetik	616	108	995	524	

Quelle: ZAS. Berechnung: IWSB.

3.4.3 VERSORGUNGSKOSTEN NACH PREISSEGMENTEN

Analog der Vorgängerstudie werden in den folgenden Auswertungen die Gesamtkosten pro Versorgungstyp (IV und AHV) der Höhe nach sortiert und als Perzentile ausgewiesen um zu zeigen, inwiefern das veränderte System zu einer Differenzierung bei den nachgefragten Produkten geführt hat. So hat bereits die Vorgängerstudie Evidenz dafür gefunden, dass einerseits das untere Preissegment, gleichzeitig aber auch die hochpreisigen Geräte an Bedeutung gewonnen haben.

Auch im mittleren Preissegment sind die Kosten im Pauschalsystem gegenüber dem Tarifsysteem angestiegen, ausgenommen davon sind die AHV-Versorgungen mit einem Hörgerät. Diese Entwicklung konnte mit den neuen Daten (PS B) bestätigt werden, die Steigerung der Kosten der IV-Versorgungen im mittleren Preissegment hat sich sogar noch verstärkt. Da jedoch gleichzeitig das Tiefpreissegment im Pauschalsystem stark ausgebaut wurde kann mit dieser Betrachtung noch nicht abschliessend gesagt werden wie sich diese Veränderungen auf die durchschnittlichen Versorgungskosten auswirken.

Durch die Experteninterviews konnte verifiziert werden, dass Angebote im Niedrigpreissegment zugenommen haben und durch den technologischen Fortschritt die Qualität dieser Angebote deutlich höher ist als noch vor zehn Jahren. Zu den teilweise bedeutend teureren Versorgungen im Hochpreissegment konnten oder wollten die Expertinnen und Experten keine Erklärung liefern. Vielmehr wurde postuliert, dass die Preise der Hörgeräte trotz Innovationen stabil geblieben seien und dass für den gleichen Preis ein bedeutend hochwertigeres Produkt gekauft werden könne als noch vor zehn Jahren.

Diese Differenzierungen könnten ein Hinweis dazu sein, dass sich die Versicherten ihr Hörgerätesystem inkl. Serviceleistungen stärker nach den individuellen Ansprüchen auswählen können. Die Zahlungsbereitschaft der Schweizer Hörgeräteträgerinnen und Hörgeräteträger kann mit den vorhandenen Daten nicht überprüft werden, wird durch Expertinnen und Experten jedoch als vergleichsweise hoch eingeschätzt.

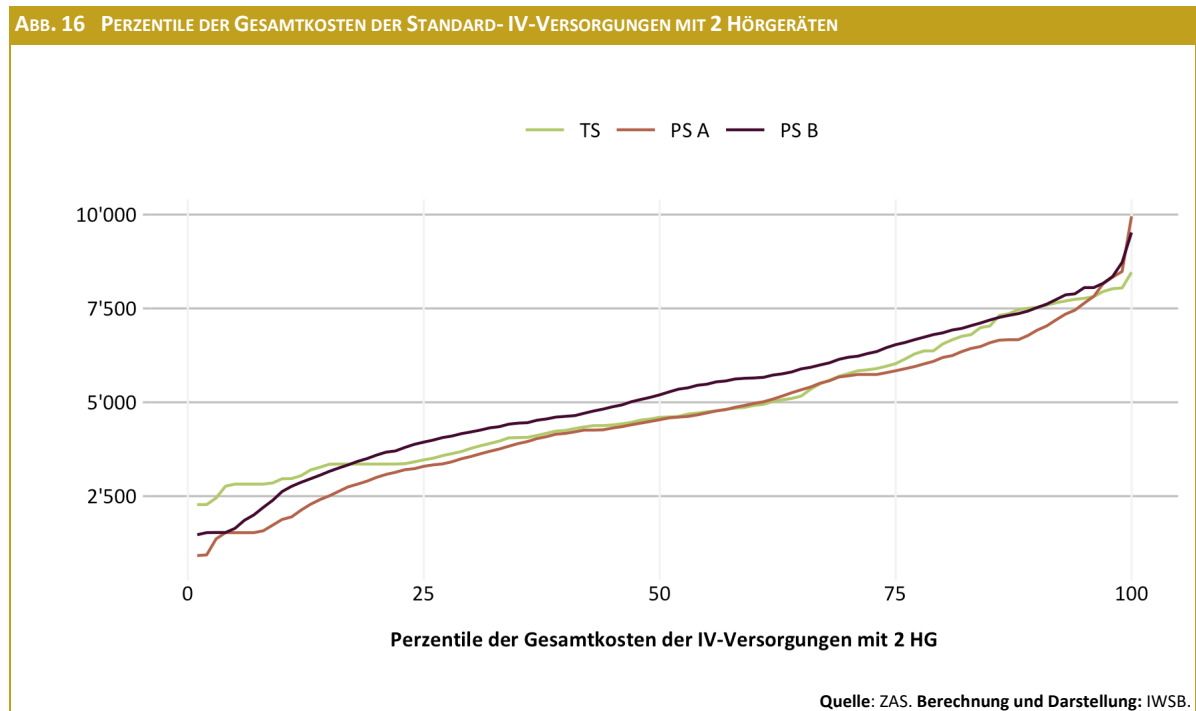
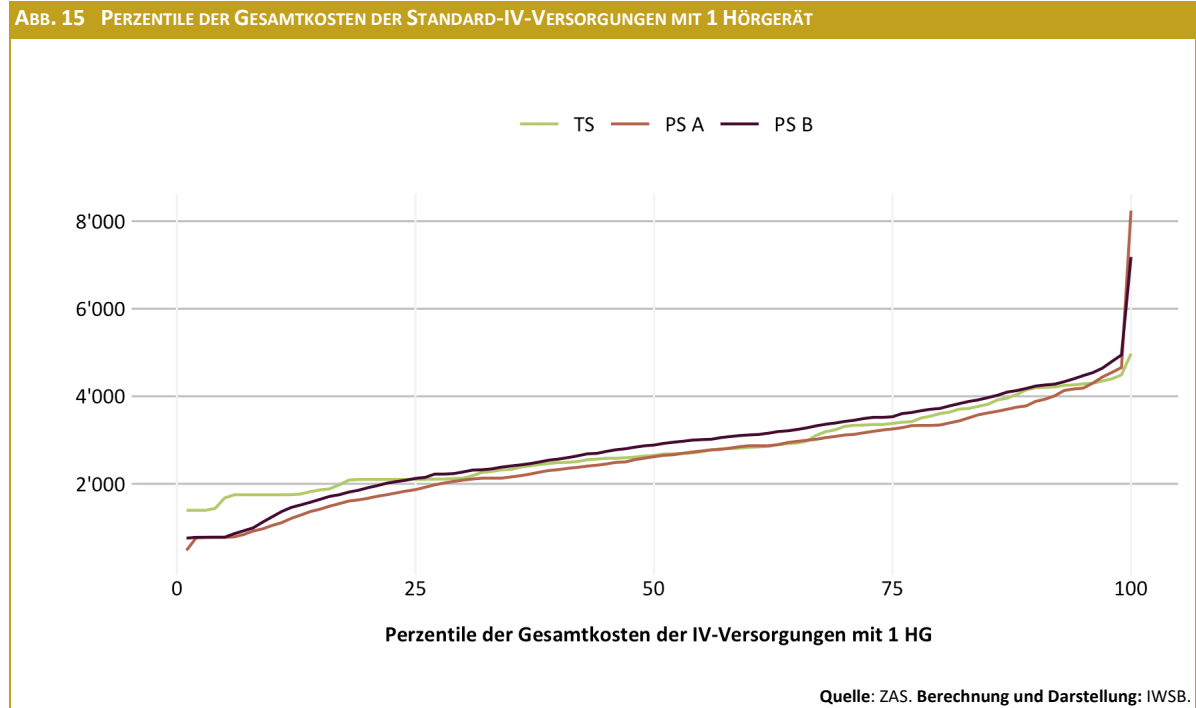


ABB. 17 PERZENTILE DER GESAMTKOSTEN DER AHV-VERSORGUNGEN MIT 1 HÖRGERÄT

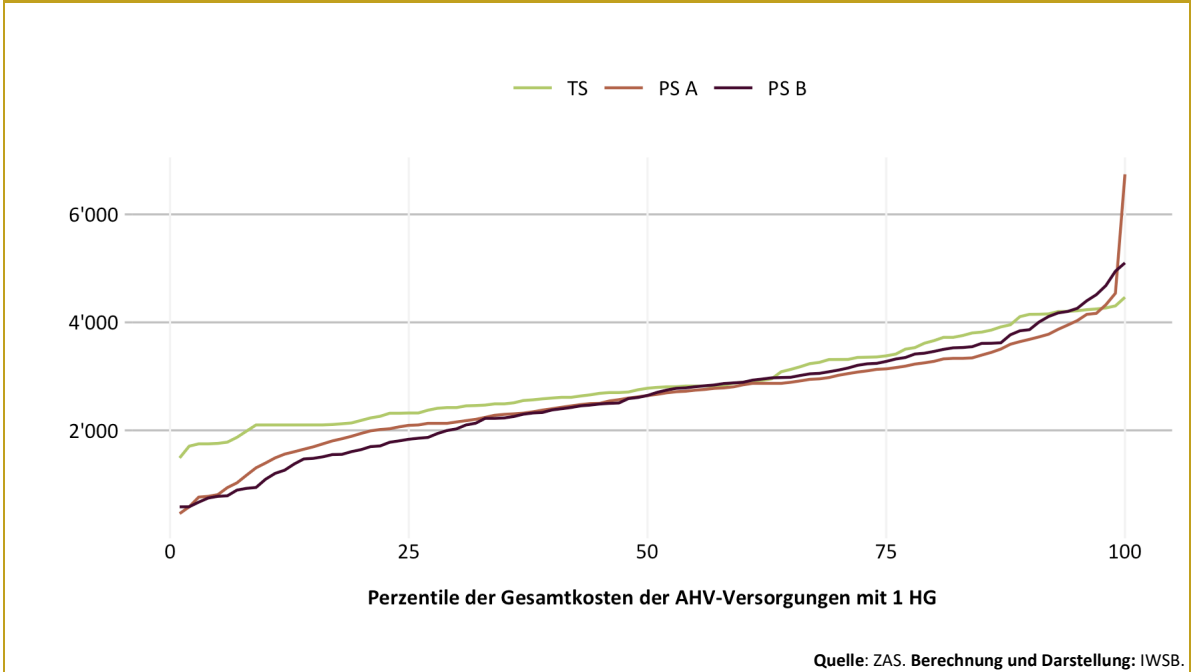
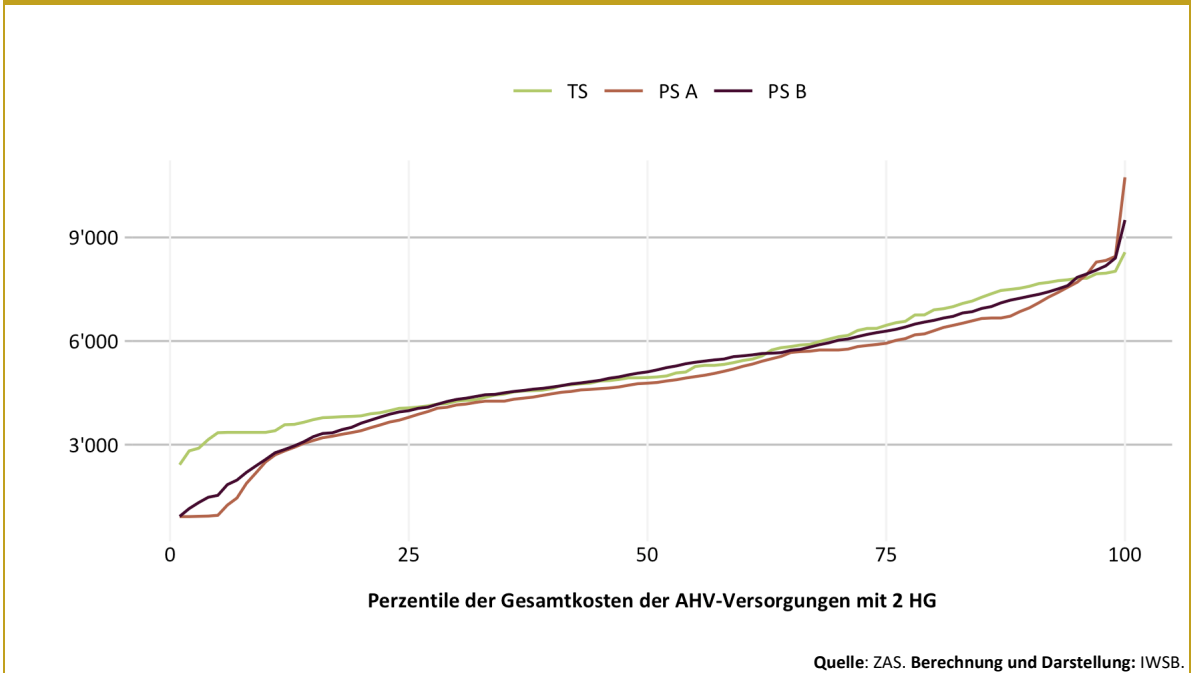


ABB. 18 PERZENTILE DER GESAMTKOSTEN DER AHV-VERSORGUNGEN MIT 2 HÖRGERÄTEN



3.4.4 ZWISCHENFAZIT WETTBEWERBSEFFEKT

Wie sich auch in den Experteninterviews herauskristallisierte, machte sich durch den Wechsel vom Tarif- zum Pauschalsystem ein stärkerer Wettbewerb in der Hörgerätebranche bemerkbar. Die Konzentration im Markt hat in Bezug auf die Hersteller und Modelle abgenommen, im zeitlichen Verlauf des Pauschalsystems konnte jedoch wieder ein Anstieg verzeichnet werden. Gemäss den Expertinnen und Experten unterliegen die Abgabestellen, insbesondere die Akustik-Fachgeschäfte, einem Preisdruck, der nicht oder nur in begrenztem Masse an die Hersteller weitergegeben werden kann. Konsolidierungen finden bei den Herstellern sowie bei den Abgabestellen statt, mit einem wachsenden Trend zur vertikalen Integration. Trotzdem haben kleinere Hersteller gegenüber dem Tarifsysteem und der ersten Datenverarbeitung im Pauschalsystem an Marktanteilen gewonnen. Diese Marktentwicklungen deuten auf einen stärkeren Wettbewerb hin. Die häufigen Produktewechsel und die Komplexität der Hörgeräte, die Vergleiche für Laien schwierig macht, verursachen jedoch gleichzeitig Informationsasymmetrie und geringe Markttransparenz, die den Wettbewerb hemmen.

10 bis 25 Prozent der Versicherten versorgen sich im Pauschalsystem mit günstigeren Gesamtversorgungen als noch im Tarifsysteem; gleichzeitig versorgen sich immer noch rund 10 Prozent der Versicherten mit bedeutend teureren Hörgerätesystemen (inkl. Dienstleistungen). Expertinnen und Experten verweisen in diesem Aspekt auf die hohe Zahlungsbereitschaft der Schweizer Konsumentinnen und Konsumenten. Diese Entwicklung könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Versicherten ihre Versorgung besser ihren Bedürfnissen entsprechend auswählen und ihrem persönlichen Preis-Leistungs-Verhältnis entsprechend optimieren können. Beleg für diese Vermutung gibt die Auswertung zur Zufriedenheit nach Höhe der Zuzahlung im [externen Anhang zur Qualitätsanalyse](#): die Personen mit den höchsten Zuzahlungen weisen die höchste Zufriedenheit mit den Service- und Anpassungsleistungen auf.

3.5 PREIS- UND KOSTENEFFEKT DES SYSTEMWECHSELS

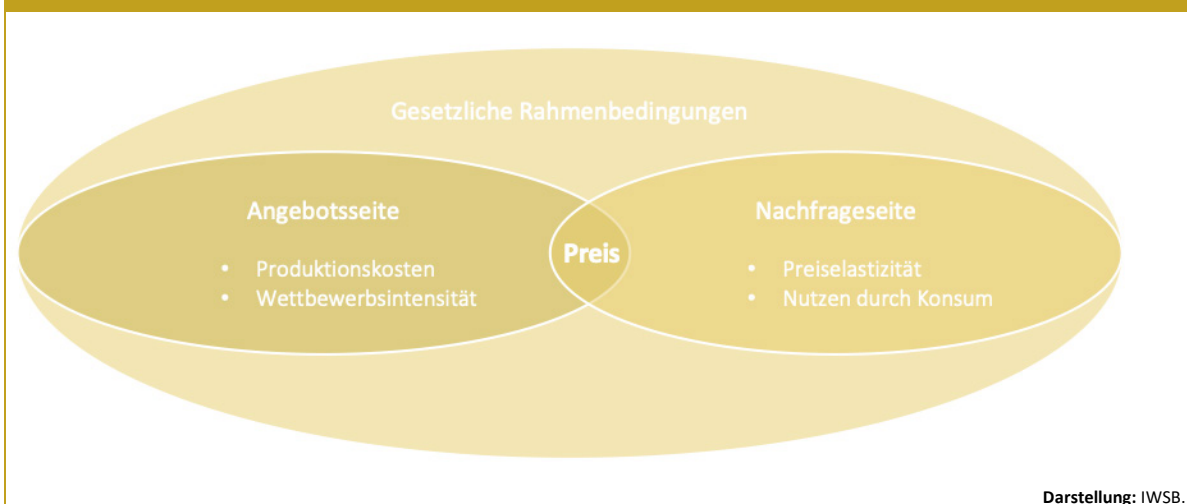
Nach der deskriptiven Analyse der Hörgeräteversorgung werden im folgenden Kapitel die Auswirkungen des Systemwechsels auf die Kosten analysiert. Zunächst werden die unterschiedlichen Kostenfaktoren der Hörgeräteversorgung diskutiert, danach wird mittels Regression der Kosteneffekt des Systemwechsels geschätzt.

3.5.1 PREISFAKTOREN DER HÖRGERÄTEVERSORGUNG

Die Kosten der Hörgeräteversorgung ergeben sich aus einer Funktion der Menge und Preise. Die Menge der Hörgeräte kann relativ gut beobachtet werden – es ist bekannt, wie viele Hörgeräte verkauft wurden und ob es sich um eine bin- oder monaurale Versorgung handelt. Daraus abgeleitet ergibt sich auch die Menge der verkauften Dienstleistungen (auf oberster Ebene) – wobei die Dienstleistungen nicht einfach mit der Anzahl der Hörgeräte multipliziert werden können, da nur ein Teil dieser Kosten 1:1 proportional zur Anzahl Hörgeräte ist. Bei der Menge sind die dynamischen Kompositionseffekte von Interesse. Auch wenn die Preise gleichbleiben würden, könnten sich die Gesamtkosten bei einem Systemwechsel aufgrund unterschiedlicher Anreize und Präferenzen verändern. Kaufen Versicherte aufgrund tieferer Versicherungsbeiträge günstigere Hörgeräte, ist dieser Effekt nicht auf dem Preis feststellbar, sondern nur bei den Kosten. Aus diesem Grund werden beide Aspekte in der folgenden Analyse berücksichtigt.

Die Preisfindung ist in einem freien Markt ein konstanter Prozess, welcher durch Einflussfaktoren auf der Angebots- und Nachfrageseite beeinflusst wird (vgl. Abb. 19). Staatliche Vorschriften und Eingriffe können zudem einen indirekten (z. B. infolge von Sicherheitsvorschriften) oder direkten Effekt (z. B. durch die Umsatzsteuer) auf den Preis haben.

Abb. 19 RELEVANTE FAKTOREN DER PREISFINDUNG



Grundsätzlich kann zwischen angebots- und nachfrageseitigen Einflussfaktoren unterschieden werden. Auf der Angebotsseite zählen hierzu die Produktionskosten (diese beinhalten die Kosten der Produktionsfaktoren und die Rohmaterialkosten) und die Wettbewerbsintensität. Die Wettbewerbsintensität hängt nicht nur von angebotsseitigen Faktoren ab, sondern auch von der Anzahl und Marktmacht der Konsumenten.

Auf der Nachfrageseite ist vor allem die Preiselastizität relevant, welche von der Art des Produktes (Luxusgüter vs. lebensnotwendige Güter), der verfügbaren Zeit für mögliche Anpassungen, den vorhanden Substituten und

dem Einkommen abhängt. Des Weiteren spielt der Nutzen, welcher durch den Konsum des Produktes entsteht, ebenfalls eine wichtige Rolle auf der Nachfrageseite.

Um die einzelnen Effekte auf die Preissetzung im Hörgerätemarkt bestmöglich zu identifizieren, werden Variablen benötigt, welche den oben genannten Einflussfaktoren auf der Angebots- und Nachfrageseite möglichst genau entsprechen. Viele der Einflussfaktoren sind jedoch nicht beobachtbar bzw. nur indirekt messbar – wie z. B. der Nutzen durch den Konsum oder die Wettbewerbsintensität –, und für einige wichtige Variablen stehen keine Daten zur Verfügung, etwa das Einkommen bzw. das Vermögen der Hörgeräteträgerinnen und -träger. Um zu verstehen, inwiefern die verfügbaren Variablen den Hörgerätemarkt abbilden können, werden die verfügbaren Datenreihen in den folgenden Abschnitten den oben genannten Einflussfaktoren zugeordnet.

PRODUKTIONSKOSTEN DER HÖRGERÄTE:

Die Faktorkosten der Hörgeräte setzen sich weitestgehend aus Rohmaterial- und Entwicklungskosten zusammen. Einen verfügbaren Indikator für die importierten Hörgeräte bildet der Importpreisindex des BFS. Hörgeräte sind darin in der Reihe «Medizinische und zahnmedizinische Apparate und Materialien usw.» enthalten.

Als wichtigster Indikator kann die nicht beobachtbare Beschaffenheit der Hörgeräte auf der Stufe der METAS-Nummern mittels fixer Effekte (zeitunabhängige individuelle Effekte) gelten. Die Bedingung der Zeitunabhängigkeit bezieht sich hierbei auf die Verkaufsdauer, welche in der Regel bei einem einzelnen Hörgerät fünf bis zehn Jahre dauert. Werden die Hörgeräte mittels dieser fixen Effekte in das Modell integriert, können jedoch andere zeitunabhängige Hörgeräteeigenschaften nicht mehr berücksichtigt werden, wie z. B. das technische Niveau, die Bauform oder das Fabrikat (die Marke), da diese Eigenschaften bereits über die fixen Effekte im Modell vorhanden sind.

WETTBEWERBSINTENSITÄT

Die Wettbewerbsintensität ist ein zentraler Faktor bei der vorliegenden Untersuchung (vgl. auch Kap. 3.4). Die Einführung des Pauschalsystems hatte unter anderem zum Ziel, den Wettbewerb im Markt anzuregen. Bei den Hörgeräteherstellern, welche gemäss Experteneinschätzung vor allem auf den amerikanischen und internationalen Hörgerätemarkt ausgerichtet sind, dürfte es schwierig sein, einen Effekt nachzuweisen. Der Markt ist relativ konzentriert und wird von wenigen grossen Herstellern dominiert.

Der Wettbewerb im Markt der unabhängigen Abgabestellen wird stark in ihrem Verhältnis zu den Hörgeräteherstellern beeinflusst. Gemäss der Einschätzung der Experten befeuerte der Systemwechsel den Wettbewerb in den Dienstleistungen sehr stark. Zum einen war es nun möglich, unterschiedliche Produkte anzubieten, und zum anderen holten die Kunden und Kundinnen nun vermehrt Gegenofferten ein.

Viele Akustiker bieten zwei Varianten der Dienstleistungsverrechnung an: Die häufigste ist der Pauschalpreis mittels Dienstleistungspaket; diese Variante orientiert sich in Umfang und Inhalt stark an den definierten Leistungen aus dem Tarifsysteem. Daneben kann jedoch im Pauschalssystem auch nach Stunden abgerechnet werden. Dies bedeutet zum Beispiel, dass ein Kunde mit einer Folgeversorgung eventuell nicht mehr die gesamte Einführung benötigt und auf diese Dienstleistungen verzichten kann. Grundsätzlich muss ein Verzicht auf einen Teil der Dienstleistungen nicht mit Qualitätseinbussen einhergehen, es kann sich auch einfach um eine bedarfsgerechtere Versorgung handeln. Dies spiegelt sich auch in der Befragung der Hörgeräteträgerinnen und -träger zu den Dienstleistungen (vgl. Kap. 4.4) – hier wurde festgestellt, dass trotz des geringeren Dienstleistungsumfangs die Zufriedenheit mit den Dienstleistungen nach wie vor sehr hoch ist.

Im Beobachtungszeitraum kam es zu mehreren Fusionen; hier sticht besonders Audika hervor. Das 2016 gegründete Unternehmen gehört zum Hörgerätehersteller Demant und vereinte unter anderem Beltone, Audito, Audilab und HZ Hörmittelzentralen unter einem Dach. Eine Marktkonzentrationsvariable wäre grundsätzlich interessant, eine genaue Messung ist bei den Abgabestellen jedoch nicht möglich, da rund ein Drittel unter «Andere» erfasst wurden.

PRODUKTIONSKOSTEN DER DIENSTLEISTUNGEN:

Die Produktionskosten der Dienstleistungen fallen bei den Abgabestellen an und werden hauptsächlich durch die Höhe der Saläre und den Zeitaufwand für die jeweilige Dienstleistung determiniert. Die Veränderung der Löhne im Zeitverlauf wird durch den Lohnpreisindex abgebildet. Dieser liegt nur auf Branchenebene vor, was bedeutet, dass der Lohnpreisindex auf der Ebene des gesamten Detailhandels für die Akustiker und Apotheken verwendet werden muss. Dies kann bedeuten, dass die Akustiker und Apotheken durch die übrigen Detailhandelslöhne sozusagen überdeckt werden und der gesamtschweizerische Lohnpreisindex die Salärenentwicklung der Apotheken und Akustiker besser abbildet.

Hinsichtlich des Aufwands für die einzelne Dienstleistung stehen leider nur partielle Informationen zur Verfügung. Denn die Auflistung der einzelnen Dienstleistungen auf den Rechnungen ist sehr heterogen. Einige Akustiker verrechnen alle Dienstleistungen im Preis des jeweiligen Hörgerätes, andere wiederum verkaufen Dienstleistungspakete, welche sich meistens an den Leistungen aus dem Tarifsysteem orientieren, und wieder andere führen spezifische Dienstleistungen einzeln auf der Rechnung auf. Darüber hinaus besteht natürlich auch die Möglichkeit, dass eine Mischung dieser Verrechnungspraktiken vorkommt. Bei der Erfassung der Rechnungen wurden, zumindest bei den grösseren Abgabestellen, die einzelnen Servicepakete in Dienstleistungen aufgeteilt, und da grundsätzlich jede Rechnungsposition erfasst wurde, sind zumindest alle einzeln erfassten Dienstleistungen im Datensatz verfügbar. Werden daher alle Rechnungen ausgeschlossen, welche die Dienstleistungen auf den Hörgeräten verrechnet haben, ist zumindest näherungsweise ein guter Vergleich der Dienstleistungen möglich.

Im Quervergleich ist davon auszugehen, dass einige Abgabestellen teurere Lokalitäten unterhalten; diese Effekte können durch zeitunabhängige Dummy-Variablen identifiziert werden.

PREISELASTIZITÄT

Auf der Nachfrageseite kommt der Preiselastizität eine zentrale Rolle zu. Hierbei dürften vor allem die Substitutionelastizität und das Einkommen determinierende Faktoren sein. Bei der Auswahl der Hörgeräte kommen grundsätzlich Vorjahresmodelle als preisgünstige Substitute in Frage. Das Alter des jeweils verkauften Hörgerätes kann relativ gut mittels Rechnungsdatum und Datum der Listenaufnahme gemäss METAS berechnet werden.

Für die verfügbaren finanziellen Mittel stehen im Rahmen dieser Untersuchung keine direkten Variablen zur Verfügung. Den einzigen Indikator hierfür stellt das Alter der Hörgeräteträger und Hörgeräteträgerinnen dar. Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sind im Normalfall noch stark vom Einkommen der Eltern abhängig. Rentner und Rentnerinnen haben ebenfalls ein erheblich niedrigeres Einkommen als vor der Pension, verfügen dafür aber über ein wesentlich grösseres Vermögen. Das Alter der Patienten und Patientinnen kann somit grob stellvertretend für die verfügbaren finanziellen Mittel verwendet werden. Da jedoch der Versorgungstyp (AHV, IV und Kinder) direkt vom Alter abhängig ist, korrelieren diese Variablen stark miteinander. Wenn die Effekte

des Versorgungstyps interpretiert werden sollen, dann können nicht beide Variablen gleichzeitig verwendet werden, weil eine Unterscheidung nicht mehr möglich ist. Deshalb wird auf die Variable Alter verzichtet.⁴⁹

NUTZEN DURCH KONSUM

Die Preisvorstellung der Hörgerätekonsumenten und -konsumentinnen wird ganz entscheidend vom individuellen Nutzen, den die Hörgeräteversorgung stiftet, geprägt. Gemäss den Experteninterviews hängt aufseiten der Konsumenten der Nutzen grundsätzlich von der Art der Hörschädigung, deren Schweregrad, der Lebenssituation der Träger und Trägerinnen, den physischen Möglichkeiten sowie der Motivation, das Gerät zu tragen und das Hörverstehen zu trainieren, ab. Des Weiteren stiftet der Funktionsumfang der Geräte jeweils einen unterschiedlichen Nutzen – so haben die neuen Konnektivitätsmöglichkeiten mittels Bluetooth gemäss den Experten zu einem erheblichen Nutzenzuwachs geführt.

Bei den Hörgeräten kann mittels der fixen Effekte auf der Ebene der Hörgeräte (METAS-Nummern) und dem Alter der Hörgeräte zum Zeitpunkt des Kaufes der Nutzen relativ gut berücksichtigt werden.

3.5.2 PREISEFFEKT DES SYSTEMWECHSELS

In Tab. 47 sind die Ergebnisse der Regression abgebildet. In der ersten Spalte (1) sind die zentralen Ergebnisse der Gesamtkostenregression aufgeführt. Die Gesamtkosten können in Dienstleistungskosten, welche durchschnittlich 35 Prozent der Gesamtkosten ausmachen, und Hörgerätekosten (65 Prozent) aufgeteilt werden. Damit besser verstanden werden kann, wie die Gesamtkosten zustande kommen, wurde die Regression in der zweiten und dritten Spalte der Ergebnisse für die Dienstleistungskosten (2) und die Hörgerätekosten (3) getrennt durchgeführt. Alle nominalen Kosten wurden mit dem Schweizerischen Konsumentenpreisindex (LIK) als Deflator in reale Werte umgerechnet.

Da es sich um ein Log-log-Modell mit Indikatorvariablen (Dummy-Variablen) handelt, können die Ergebnisse bei kleinen Koeffizienten näherungsweise⁵⁰ direkt als Anteil der Kosten (Y-Variable) interpretiert werden. Ein Koeffizient von -0.1 entspricht somit annähernd einer Kostenreduktion von 10 Prozent. Bei grösseren Koeffizienten stimmt das nicht mehr: so entspricht ein Koeffizient von -0.5 einer Kostenreduktion von 40 Prozent. In der Beschreibung der Ergebnisse wird jeweils der Prozentsatz angegeben und der entsprechende Koeffizient in Klammern. Eine Beschreibung der verwendeten Regressionsmodelle findet sich in Kap. 2.3 sowie im [externen methodischen Anhang](#).

Der bereinigte Datensatz (vgl. Kap. 2.2.6 im [externen methodischen Anhang](#)) wurde für die Regression nochmals spezifisch aufbereitet. Hierzu wurden zuerst Beobachtungen mit fehlenden Werten und solche, bei denen nicht CHF oder EUR als Währungen verwendet wurden, aus dem Datensatz entfernt (892 Beobachtungen). Danach wurden Hörgerätetypen (nach METAS-Nummer), die nur einmal verkauft wurden oder Abgabestellen mit nur einem verkauften Hörgerät ausgeschlossen (334 Beobachtungen). Insgesamt wurde der Datensatz somit um 558 Beobachtungen reduziert.

⁴⁹ Die Variablen Versorgungstyp und Altersklassen wurden als Alternative zueinander und gemeinsam getestet. Hierbei stellte sich heraus, dass die Ergänzung des Versorgungstyps mit den Altersklassen keinen Mehrwert zur Erklärung der Effekte bringt; das Bestimmtheitsmass blieb unverändert.

⁵⁰ Für kleine Werte gilt: $e^\beta - 1 \approx \beta$.

TAB. 47 REGRESSIONSRESULTATE PREISEFFEKT HÖRGERÄTEVERSORGUNG (REAL)			
	log(Totalkosten) (1)	log(DL-Kosten) (2)	log(HG-Kosten) (3)
System: (Referenz: Tarifsystem)			
Pauschalsystem	-0.097*** (0.011)	-0.216*** (0.020)	-0.059*** (0.017)
Versorgungstyp: (Referenz: AHV)			
IV	-0.042*** (0.004)	-0.037*** (0.011)	-0.016*** (0.005)
Kinder	0.015 (0.012)	0.265*** (0.023)	-0.167*** (0.019)
Härtefall: (Referenz: nein)			
ja	0.056*** (0.008)	0.048* (0.020)	0.039*** (0.009)
Versorgungsart: (Referenz: erstmalig)			
Folgeversorgung	-0.016*** (0.003)	-0.008 (0.008)	0.006 (0.003)
keine Angabe	-0.017*** (0.004)	-0.016 (0.010)	0.004 (0.005)
Sprache: (Referenz: Deutsch)			
Französisch	-0.019** (0.006)	-0.006 (0.010)	-0.033*** (0.009)
Italienisch	-0.004 (0.010)	-0.025 (0.021)	0.004 (0.015)
Auris: (Referenz: monaural)			
binaural	0.018*** (0.004)	0.019 (0.012)	-0.010 (0.005)
Anzahl Hörgeräte: (Referenz: eins)			
zwei	0.542*** (0.004)	0.350*** (0.011)	0.678*** (0.005)
Währung: (Referenz: CHF)			
EUR	-0.480*** (0.013)	-1.290*** (0.121)	-0.273*** (0.042)
Dummys Geschlecht & Abgabestellen	ja	ja	ja
Dummys Alter Hörgeräte	ja	-	ja
Dummys Dienstleistungen	-	ja	-
Lohnindex Detailhandel	ja	ja	-
Importpreisindex	ja	-	ja
Fixed Effects METAS	ja	ja	ja
Beobachtungen	29'029	24'371	24'371
Adjusted R2 (within)	0.682	0.375	0.687

Anmerkung: *p < 0.05; **p < 0.01; ***p < 0.001; clusterrobuste Standardfehler in Klammern.⁵¹ **Berechnung:** IWSB.

Gerade bei grossen Datensätzen aus Primärerhebungen ist eine Postregressionsbereinigung notwendig, um sehr einflussreiche Ausreisser zu identifizieren, die mittels deskriptiver Methoden nicht gefunden werden konnten. Das Standardverfahren hierzu ist die Untersuchung der Residuen und die Durchführung einer Einflussanalyse (influence measures). Diese Postregressionsbereinigung wurde eher konservativ durchgeführt,

wodurch nur 47 weitere Beobachtungen gelöscht wurden. Weitere Details zur Postregressionsanalyse sind im [externen methodischen Anhang](#) zu finden.

Für die Modelle (2) und (3) wurden zudem Beobachtungen ausgeschlossen, welche Dienstleistungs- oder Hörgerätekosten nicht einzeln erfasst haben; hierbei wurden 4'658 Beobachtungen für diesen Subdatensatz entfernt. Dies war notwendig, damit die beiden Produkte getrennt analysiert werden können. Da Rechnungen und Abrechnungspraktiken sehr heterogen sind, ist zwar auch bei diesem bereinigten Datensatz noch mit einzelnen Unschärfen zu rechnen, die grössten Abweichungen sollten jedoch ausgeschlossen sein (vgl. Kap. 4.4 hinsichtlich der Dienstleistungen).

Die Ergebnisse der Totalkosten von Modell (1) weisen eine Reduktion der Gesamtkosten um 9.2 Prozent (-0.097) aufgrund des Systemwechsels auf. Der Systemeffekt kann anhand der Modelle (2) und (3) noch in Dienstleistungs- und Hörgerätekosten zerlegt werden. Wie sich zeigt, sanken die Dienstleistungskosten nach dem Systemwechsel um 19.4 Prozent (-0.216), bei den Hörgerätekosten kann nur eine Reduktion von 5.7 Prozent (-0.059) geschätzt werden. Diese Aufteilung erscheint gemäss der Erläuterung der Experten plausibel, denn mehrere Experten empfanden nach dem Systemwechsel primär einen verstärkten Wettbewerb bei den Dienstleistungen. Obwohl versucht wurde, neue oder angepasste Dienstleistungen bestmöglich zu berücksichtigen, erscheint der Preisnachlass von rund 20 Prozent auf den Dienstleistungen relativ hoch. Dies legt die Vermutung nahe, dass nicht korrekt zwischen weggelassenen Dienstleistungen und tieferen Preisen für Dienstleistungen unterschieden werden konnte.

Bei den Hörgeräten ergab die Schätzung eine Reduktion der Preise um 5.7 Prozent (-0.059). Eine Preisreduktion bei den Hörgeräten konnte kein Experte feststellen, dafür wurde von einer qualitativen Verbesserung der Hörgeräte in tieferen Preissegmenten berichtet. Eine weitere Plausibilisierung ist möglich, indem die Effekte der Dienstleistungs- und Hörgerätekosten mit den durchschnittlichen Kosten nach diesen Kategorien gewichtet werden (Dienstleistungen machten durchschnittlich 35 Prozent und die Geräte 65 Prozent der Kosten aus). In diesem Fall erhält man einen approximativen Gesamteffekt von rund 10.5 Prozent, was sehr nahe am Effekt von Modell (1) liegt.

Es zeigte sich, dass IV-Versicherte rund 4.1 Prozent (-0.042) weniger bezahlen als AHV-Versicherte. Diese Einsparung geht vor allem auf die Dienstleistungen zurück – was bedeuten könnte, dass die Versorgung von IV-Versicherte im Durchschnitt mit weniger Aufwand verbunden ist und IV-Versicherte somit trotz der höheren Versicherungsbeiträge die leicht tieferen Totalkosten haben als AHV-Versicherte. Kinder unterscheiden sich in der Gesamtversorgung nicht signifikant von den AHV-Versicherten. Betrachtet man aber die Dienstleistungskosten von Modell (2) und die Hörgerätekosten von Modell (3), zeigt sich, dass bei den Kindern die Dienstleistungskosten rund 30.3 Prozent (0.265) höher sind als bei der AHV-Versorgung. Gleichzeitig sind die gekauften Geräte für Kinder 15.4 Prozent (-0.167) günstiger. Dies konnte auch in den Experteninterviews plausibilisiert werden, denn allgemein gilt, dass der Anpassungsaufwand bei Kindern um einiges höher ist. Härtefälle sind eine Kategorie innerhalb der IV-Versicherten. Ein Härtefall ist 5.8 Prozent (0.056) teurer als ein IV-Versicherter, der kein Härtefall ist bei gleichem Hörgerät. Dieser Effekt ist in etwa ähnlichem Ausmass auf die Dienstleistungskosten (4.9 Prozent; 0.048) und die Gerätekosten (4 Prozent; 0.039) verteilt.

⁵¹ Nicht ausgewiesen wurden Koeffizienten, die entweder nicht signifikant waren (Geschlecht) oder keine sinnvolle Interpretation erlaubten (übrige Kontrollvariablen). Eine Tabelle mit den ausgeblendeten Koeffizienten ist im Anhang zu finden (vgl. Anhang A.2).

Folgeversorgungen sind 1.6 Prozent (-0.016) günstiger als Erstversorgungen. Bei vielen erfassten Rechnungen wurde jedoch nicht angegeben, ob es sich um eine Folge- oder Erstversorgung handelt. Wie sich zeigt, liegt der Effekt der Ausprägung «keine Angabe» ebenfalls bei 1.7 Prozent (-0.017), daher wird es sich hierbei in den meisten Fällen um Folgeversorgungen handeln. Würden die Ausprägungen «Folgeversorgung» und «keine Angabe» gleichgesetzt, wären auch die Koeffizienten bei den Dienstleistungen (2) und Hörgeräten (3) signifikant. Es scheint sehr plausibel, dass die Einsparung bei Folgeversorgungen bei den Dienstleistungen stattfindet.

Interessant erscheint der Einfluss der Sprache bzw. der Sprachregionen. In der französischsprachigen Schweiz ist die Gesamtversorgung 1.9 Prozent (-0.019) günstiger. Diese Einsparung ist gemäss Modell (3) hauptsächlich auf die 3.2 Prozent (-0.033) niedrigeren Hörgerätekosten zurückzuführen. Der Effekt ist signifikant und konnte bereits in der Vorgängerstudie in ähnlicher Höhe festgestellt werden.

Die Variable *Auris* identifiziert, ob es sich um eine mon- oder binaurale Versorgung handelt; die Höhe des Versicherungsbeitrages ist direkt von dieser Variable abhängig. Binaurale Versorgungen erhalten gegenüber monauralen Versorgungen knapp den doppelten Pauschalbetrag. Die Variable muss zusammen mit der Variable *Anzahl Hörgeräte* interpretiert werden. Ein zweites Hörgerät erhöht demnach die Totalkosten um rund 71.9 Prozent (0.542). Erhält eine Person dafür eine Pauschale für eine binaurale Versorgung, so erhöhen sich die Gesamtkosten nochmals um 1.8 Prozent (0.018). Plausibel scheint auch der Kostenzuwachs von 41.9 Prozent bei den Dienstleistungen in Modell (2), da nicht alle Dienstleistungen doppelt erbracht werden müssen. Die Hörgerätekosten in Modell (3) erhöhen sich um 97 Prozent (0.678), was knapp einer Verdoppelung entspricht.

Zu guter Letzt zeigt sich bei der Variable *Währung*, dass in Versorgung im Ausland rund 38.1 Prozent (-0.480) günstiger kommt. Wobei die Einsparung auf den Dienstleistungen ganze 72.5 Prozent (-1.290) beträgt. Dies ist gut möglich, da die Stundensätze im europäischen Ausland sicherlich tiefer sind. Es ist aber auch denkbar, dass bei den Versorgungen im Ausland keine Nachbetreuung enthalten ist und diese nicht spezifisch ausgewiesen wurde auf den Rechnungen. Die gleichen Hörgeräte sind im Ausland knapp ein Viertel (23.9 Prozent; -0.273) tiefer.

3.5.3 KOSTENEFFEKT DES SYSTEMWECHSELS

Für die Regression der Kosteneffekte des Systemwechsels wurden keine METAS-Dummys verwendet. Es gibt also Kompositionseffekte auf Ebene der Hörgeräte, sprich wenn die Versicherten im Pauschalssystem tendenziell mehr Premium-Modelle kaufen, dann schlägt sich das im Systemeffekt Pauschalssystem nieder. Um diese Kompositionseffekte zu minimieren wurde das Technische Niveau und das Fabrikat der Hörgeräte berücksichtigt. Natürlich gibt es auch innerhalb des Fabrikats und des technischen Niveaus noch Produktdifferenzierungen, die sich in Kompositionseffekten niederschlagen können.

Aufgrund der unterschiedlichen Versicherungsbeiträge können sich die Kosteneffekte des Systemwechsels auf jede Versorgungsart unterschiedlich auswirken. Aus diesem Grund wurden die Resultate der Kostenregression (vgl. Tab. 48) für jede Versorgungsart getrennt berechnet.⁵² Innerhalb der Versorgungsart IV wurden der Systemeffekt im Rahmen einer separaten Regression, ohne die Variable *Härtefälle*, berechnet. Denn eine Berücksichtigung der Härtefälle führt zu einer Überschätzung der Kostenersparnis im Pauschalssystem. In der ersten

⁵² Es wäre auch möglich ein einziges Modell mit Interaktionstermen zu verwenden. Aufgrund der besseren Übersicht wurden die Regression getrennt je Versorgungsart verwendet.

Spalte befinden sich die Resultate der AHV-Versicherten, in der zweiten Spalte die Resultate der IV-Versicherten und in der dritten Spalte sind die Koeffizienten der Versorgungsart Kinder aufgeführt.

TAB. 48 REGRESSIONSRESULTATE KOSTENEFFEKTE HÖRGERÄTEVERSORGUNG (REAL)			
	log(Totalkosten) (AHV)	log(Totalkosten) (IV)	log(Totalkosten) (Kinder)
System: (Referenz: Tarifsystem)			
Pauschalsystem A	-0.069*** (0.010)	-0.062*** (0.006)	-0.003 (0.021)
Pauschalsystem B	-0.079*** (0.014)	0.006** (0.011)	-0.050* (0.023)
Härtefall: (Referenz: nein)			
Ja		0.126*** (0.010)	
Versorgungsart: (Referenz: erstmalig)			
Folgeversorgung	0.000 (0.007)	-0.016* (0.007)	-0.008 (0.015)
keine Angabe	-0.007 (0.010)	-0.030* (0.011)	0.002 (0.029)
Sprache: (Referenz: Deutsch)			
Französisch	0.044*** (0.012)	-0.023*** (0.008)	0.029* (0.013)
Italienisch	0.038 (0.021)	-0.035* (0.017)	0.094* (0.045)
Auris: (Referenz: monaural)			
binaural	0.036 (0.020)	0.045** (0.015)	
Anzahl Hörgeräte: (Referenz: eins)			
zwei	0.614*** (0.009)	0.558*** (0.016)	0.416*** (0.019)
Währung: (Referenz: CHF)			
EUR	-0.236*** (0.038)	-0.410*** (0.018)	
Konstante	7.795*** (0.048)	7.824*** (0.023)	7.891*** (0.034)
Dummys Geschlecht & Abgabestellen	ja	ja	ja
Lohn- & Importpreisindex	nein	nein	nein
Dummys technisches Niveau & Fabrikat	ja	ja	ja
Fixed Effects METAS	nein	nein	nein
Beobachtungen	11'224	17'093	712
Adjusted R2	0.688	0.536	0.609
<p>Anmerkung: *p < 0.05; **p < 0.01; ***p < 0.001; robuste Standardfehler in Klammern. Es handelt sich um eine gewichtete Regression, um für das «Over-sampling» der Härtefälle zu korrigieren. Die Koeffizienten der Systemvariable (kursiv) der IV-Versorgung stammen aus einer separaten Regression, ohne Härtefälle, um eine Verzerrung zugunsten des Pauschal-systems zu vermeiden. Die Hörgerätebauf orm wurde nicht berücksichtigt, weil sie mit der Systemvariable korreliert.</p> <p style="text-align: right;">Berechnung: IWSB.</p>			

Bei der Versorgungsart AHV ergibt sich in beiden Phasen eine durchschnittliche Kostenersparnis von 7 bis 8 Prozent gegenüber dem Tarifsysteem.

Die Versorgungsart IV konnte durch den Systemwechsel in der ersten Phase (PS A) rund 6 Prozent der Kosten einsparen. In der zweiten Phase des Pauschalsystems (PS B) ist jedoch kein Unterschied mehr erkennbar zu den Kosten im Tarifsysteem. Leider ist nicht ganz klar worauf dies zurückzuführen ist - bei den Versicherten der Versorgungsart AHV blieb die Ersparnis erhalten.

Bei den Kindern konnte der umgekehrte Fall festgestellt werden, in der ersten Phase konnte noch keine Veränderung gegenüber dem Tarifsysteem festgestellt werden, dies änderte sich im PS B als die durchschnittlichen Kosten der Kinderversorgung um rund 5 Prozent (-0.50) zurück gingen. Auch hier ist nicht ganz klar was zu dieser Veränderung führte.

Die Härtefälle wiesen im Durchschnitt 13.4 Prozent höhere Kosten als die anderen IV-Fälle aus. Ausgehend von der Preisregression, in der Härtefälle für die Versorgung mit demselben Hörgerät 5.8 Prozent mehr bezahlen, würden Härtefälle somit Hörgeräte kaufen, die überschlagsmässig 7.6 Prozent teurer sind als die Hörgeräte der standardmässigen IV-Versorgung (das ist der Kompositionseffekt der Hörgeräte).

Bei der Variable Folgeversorgung lässt sich nur bei den IV-Versicherten eine Kostenrückgang von 1.6 Prozent feststellen. Dieser Rückgang stimmt mit dem Preisrückgang gemäss der Preisregression in Tab. 47 überein. Die IV-Versicherten erhalten somit einen kleinen Rabatt oder benötigen weniger Dienstleistungen bei einer Folgeversorgung.

Die Variable Sprache wirkt sich ebenfalls wieder signifikant auf die Kosten aus. Aus der Preisregression (vgl. Tab. 38) ist bekannt, dass die Hörgeräte in der französischsprachigen Schweiz offenbar leicht günstiger sind. Dies ist bei den Kosten ebenfalls der Fall, ausser bei den Kindern.

Hinsichtlich der bin- oder monauralen Versorgungsungen, zeigt sich bei den IV-Versicherten, dass binaurale Versorgungsungen 4.6 Prozent (0.045) teurer sind als monaurale Versorgungsungen und dies unabhängig von der Anzahl Hörgeräte. Es kommt vor, dass sich IV-Versicherte nur für eine monaurale Versorgung qualifizieren aber trotzdem zwei Hörgeräte gekauft werden. Diese Versorgungsungen sind leicht günstiger als binaurale Versorgungsungen. Es gibt aber auch den Fall, dass eine binaurale Versorgung gesprochen wird und nur ein Hörgerät gekauft wird. Diese Versorgungsungen sind in der Regel teurer als monaurale Versorgungsungen mit einem Hörgerät. Dies könnte daran liegen, dass die Person anstatt zwei Hörgeräte nur eins wählt, dafür aber ein besseres.

Die beiden Variablen Anzahl Hörgeräte und Währung haben ähnliche Koeffizienten wie bereits in der Preisregression, was plausibel scheint, da bei diesen Variablen nicht unbedingt Kompositionseffekte zu erwarten sind.

3.5.4 ZWISCHENFAZIT SYSTEMWECHSEL

Gemäss den Ergebnissen der Regressionsanalyse sanken nach dem Systemwechsel die Versorgungspreise um 9.2 Prozent. Diese Preissenkung ist unabhängig von Kompositionseffekten aufgrund von Versorgungstyp, Versorgungsart, Sprache, bin- oder monauraler Versorgung und dem Alter der Hörgeräte.

Die Aufteilung der Gesamtkosten in Dienstleistungs- und Gerätekosten legt die Vermutung nahe, dass die Kostensenkung auf den Dienstleistungen (-19.4 Prozent) für die niedrigeren Gesamtkosten sorgte. Die Experteninterviews mit Akustikern bestätigten diese Einschätzung ebenfalls. Gleichzeitig wurde auch in der Qualitätsbefragung eine Abnahme des Dienstleistungsumfangs im Pauschalsystem festgestellt. Welchen Anteil tat-

sächliche Preissenkungen und welchen Anteil ein Abbau der Leistungen an der Kostensenkung der Dienstleistungen haben, kann nicht im Detail analysiert werden, da diese Variablen nicht in ausreichender Qualität vorliegen. Der Leistungsabbau bei den Dienstleistungen muss jedoch nicht unbedingt als negativ bewertet werden – da im Tarifsystem theoretisch alle Personen dieselben Dienstleistungen erhielten, führt eine bedarfsgerechte Dienstleistungsversorgung zwangsläufig zu einem Abbau der Leistungen in bestimmten Fällen.

Auch die Hörgerätekosten sind mit der Einführung des Pauschalsystems gesunken. Mit einer Kostensenkung von 5.7 Prozent fällt die Einsparung anteilmässig geringer aus als bei den Dienstleistungen. Dafür spricht zum einen die Marktstruktur, denn im Hörgerätemarkt stehen relativ wenige Hörgerätehersteller, einer Vielzahl von Abgabestellen gegenüber, wodurch Erstere weitaus mehr Verhandlungsmacht besitzen.

Bei der Regression der Kosteneffekte des Systemwechsel werden auch die Auswirkungen der Mengenänderungen (Kompositionseffekte) sichtbar. Die Einführung des Pauschalystems bewirkte bei der Versorgungsart AHV einen Rückgang der Kosten um rund sieben bis acht Prozent. **Bei den IV-Versicherten verschwand der Effekt, nachdem die Kosten kurz nach dem Systemwechsel um rund sechs Prozent sanken. Bei den Kinder- versorgungen konnte in der aktuellen Erhebung ein Kostenrückgang von rund fünf Prozent festgestellt werden.**

4 QUALITÄT DER VERSORGUNG

Internationale Studien beschreiben für die Schweiz vergleichsweise sehr gute Ergebnisse in Bezug auf die Qualitätskriterien der Zufriedenheit und der Tragerate. Neben der korrekten Einstellung der Hörgeräte hat sich die Tragerate insbesondere auch bei Kindern als erfolgskritisch für eine geringe Einschränkung der Lebensqualität bei Hörverlust erwiesen. Die folgenden Ausführungen in diesem Kapitel zur Qualität der Versorgung beziehen sich auf Befragungen der Hörgeräteträgerinnen und -träger (siehe Kap.2.4.2).

Eine detaillierte Auswertung der gesamten Befragung, inklusive der Literaturübersicht sind im [externen Anhang zur Qualität der Versorgung](#) zu finden.

4.1 CHARAKTERISTIKA DER HÖRGERÄTETRÄGERINNEN – UND TRÄGER

4.1.1 VERTEILUNG NACH ALTER UND GESCHLECHT

Rund 54 Prozent der im Jahr 2019 befragten Hörgeräteträgerinnen und -träger waren männlich. Damit lag der Anteil der Männer, die sich an der Befragung beteiligt haben, leicht höher als in der Grundgesamtheit (50.3 Prozent). Die Geschlechterverteilung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Jahr 2019 unterschied sich nicht signifikant von der Verteilung aus den Jahren 2012 und 2013.

Unter den Befragten der AHV-Versorgten, der Härtefälle und der Kinder waren je etwa 50 Prozent der Teilnehmenden männlich oder weiblich. Der Anteil der männlichen Hörgeräteträger der IV lag mit 56 Prozent geringfügig höher.

Die Altersverteilung ist für die Gruppen von Hörgeräteträgerinnen und -trägern erwartungsgemäss unterschiedlich. Bei der Hörgeräteversorgung durch die AHV gehören 99 Prozent der Befragten zur Altersgruppe der über 65-Jährigen, 1 Prozent der Befragten sind zwischen 60 und 64 Jahre alt. Bei den Hörgeräteträgerinnen und -trägern, die durch die IV versorgt werden, gehört der grösste Anteil der Befragten zur Altersgruppe 50 bis 59 Jahre (34 Prozent). Jeweils rund ein Viertel ist zwischen 40 bis 49 Jahre (27 Prozent) bzw. über 65 Jahre alt (25 Prozent). Die Altersgruppen der unter 40-Jährigen stellen zusammen nur einen Anteil von rund 14 Prozent. Bei den Befragten, die eine Hörgeräteversorgung als Härtefälle erhalten, bildet die Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen mit rund 39 Prozent die grösste Gruppe. Da für die Anerkennung als Härtefall eine Erwerbstätigkeit vorliegen muss, gehört nur ein geringer Anteil den über 65-Jährigen und den unter 20-Jährigen an. Die Altersstruktur der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der Befragung resultiert dabei einerseits aus der Verteilung der Hörgeräteträgerinnen und -träger in der Bevölkerung; andererseits sind die erwerbstätigen Hörgeräteträgerinnen und -träger in der Stichprobe überrepräsentiert, damit auch für diese Gruppe belastbare Befragungsergebnisse erzielt werden können (siehe Kap. 2.2.2).

Mehr als die Hälfte der Kinder fiel in die Alterskategorie sechs bis zwölf Jahre. Rund 30 Prozent der Kinder gehörten der Altersgruppe 13 bis 17 Jahre an, während nahezu jedes fünfte Kind nicht älter als fünf Jahre war.

4.1.2 VERTEILUNG NACH GRAD DER HÖRMINDERUNG

Die Anzahl der Hörgeräteträgerinnen und -träger in der Befragung verteilte sich im Jahr 2019 ähnlich auf die Grade der Hörminderung wie in den Jahren 2012 und 2013. Der grösste Anteil der Befragten gab einen mittleren Hörverlust an; im Vergleich zu den Jahren 2012 und 2013 (55 bzw. 56 Prozent) war der Anteil im Jahr 2019

mit 50.5 Prozent jedoch geringer. Sowohl in der Befragung von 2012 als auch von 2019 betrug der Anteil der Befragten mit hochgradigem Hörverlust rund 29 Prozent. Niedriger fiel der entsprechende Anteilswert für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung aus dem Jahre 2013 aus (rund 23 Prozent). Im Tarifsysteem gaben 16 Prozent der befragten Hörgeräteträgerinnen und -träger an, von einem leichten Hörverlust betroffen zu sein. Im Vergleich dazu ordnete sich ungefähr jeder fünfte Befragte im Pauschalsystem dieser Kategorie zu (2013: 21 Prozent; 2019: 20 Prozent).

Der höhere Anteil an Personen in der untersten Kategorie im Pauschalsystem könnte mit dem Wegfall der sozial-emotionalen und beruflichen Kriterien bei der Einstufung zusammenhängen. Die Einbeziehung dieser zusätzlichen Kriterien erhöhte im Tarifsysteem tendenziell den festgestellten Grad der Hörminderung.

Die Versicherten mit Härtefall-Versorgungen waren wesentlich häufiger (zu 70 Prozent) von einem hochgradigen Hörverlust betroffen als die anderen befragten Gruppen. Etwa ein Drittel der Befragten der IV-Versorgten und Kinder litten unter einem hochgradigen Hörverlust, während lediglich jeder vierte AHV-Versorgte diesen Grad der Hörminderung angab. Lediglich rund 5 Prozent der Versicherten mit Härtefall-Versorgungen gaben einen leichten Hörverlust an (im Vergleich zu rund 24 Prozent bei den IV-Versicherten).

4.1.3 VERTEILUNG NACH ART DER VERSORGUNG

ERST- VERSUS FOLGEVERSORGUNGEN

Im Jahr 2019 gaben knapp 55 Prozent der Befragten an, dass es sich bei ihrem letzten Kauf eines Hörgerätes um eine Erstversorgung handelte. Damit war dieser Anteil ungefähr mit dem Anteil der Erstversorgungen bei der Befragung im Tarifsysteem im Jahr 2012 vergleichbar (knapp 54 Prozent). Im Jahr 2013 – bei der Befragung kurz nach Einführung des Pauschalsystems – lag der Anteil der erstversorgten Hörgeräteträgerinnen und -träger mit rund 67 Prozent deutlich höher. Dies stützt die These, die in der ersten Studie aufgestellt wurde, dass Personen, die schon im Tarifsysteem ein Hörgerät erhalten hatten, zu einem höheren Anteil Hörgeräteversorgungen kurz vor dem Systemwechsel in Anspruch genommen haben.

Gemäss den Befragungsergebnissen handelte es sich im Fall von ungefähr der Hälfte der IV-Leistungsbezieher und rund 56 Prozent der Kinder bei dem letzten Hörgerätekauf um eine Erstversorgung. Bei den AHV-Versicherten lag der Anteil der Erstversorgten mit knapp zwei Dritteln höher. Dagegen wurde lediglich jeder vierte Härtefall erstversorgt.

Bei etwa einem Drittel der IV-Versicherten, der Hälfte der Kinder sowie rund zwei Dritteln der AHV-Versorgten mit Folgeversorgung lag die Erstversorgung zwischen zwei und zehn Jahren zurück (d. h. die Erstversorgung erfolgte im Zeitraum zwischen 2010 und 2018). Bei den Versicherten mit Härtefall-Versorgungen lag die Erstversorgung tendenziell länger zurück als bei den anderen Gruppen: Hier wurden nur knapp 20 Prozent in den letzten zehn Jahren erstversorgt, rund 57 Prozent wurden dagegen vor mehr als 15 Jahren erstversorgt.

EINOHRRIGE VERSUS BEIDOHRRIGE VERSORGUNGEN

In allen drei Befragungen kaufte knapp ein Drittel der Hörgeräteträgerinnen und -träger nur ein Hörgerät für ein Ohr; etwas mehr als zwei Drittel der Hörgeräteträgerinnen und -träger wurden dementsprechend binaural versorgt.

Ein Grossteil der Versicherten mit Härtefall-Versorgungen (87 Prozent) und Kinder (84 Prozent) wurde binaural versorgt. Auch drei Viertel der IV-Versicherten kauften Hörgeräte für beide Ohren. Nur bei den AHV-Versorgten lag der Anteil derer, die zwei Hörgeräte kauften, mit rund 54 Prozent deutlich niedriger.

4.1.4 VERTEILUNG NACH BILDUNG UND BESCHÄFTIGUNG

Jeweils knapp die Hälfte der Befragten gab in allen drei Befragungsjahren an, eine Lehre oder einen Berufsschulabschluss als höchsten Bildungsabschluss erreicht zu haben. Der Anteil der Befragten, die einen Universitätsabschluss angaben, stieg mit 17 Prozent gegenüber 9 Prozent im Jahr 2013 sowie 9 Prozent im Jahr 2012 stark an.

Bei den Bildungsstufen Matura, Anlehre, weniger als sechs Jahre Volksschule und Sonderschule ist der Anteil der Befragten im Jahr 2019 im Vergleich zu den Jahren 2012 und 2013 zurückgegangen und beträgt zusammen noch 8 Prozent (2012: 12 Prozent; 2013: 12 Prozent).

Rund 52 Prozent der Versicherten mit Härtefall-Versorgungen haben eine Lehre abgeschlossen oder einen Berufsschulabschluss als höchsten Bildungsabschluss erreicht. Der entsprechende Anteilswert lag bei den IV- und AHV-Versorgten geringfügig niedriger (47 Prozent bzw. 48 Prozent). Die IV-Versicherten (39 Prozent) und Versicherten mit Härtefall-Versorgungen (33 Prozent) gaben häufiger als die AHV-Leistungsbezieher (25 Prozent) einen Abschluss an einer höheren Berufsschule oder Universität an. Dagegen war der Anteil der Befragten, die sechs Jahre und mehr Volksschule als höchsten Bildungsabschluss angaben, bei den AHV-Versorgten (16 Prozent) grösser als bei den IV-Versicherten (8 Prozent) und den Versicherten mit Härtefall-Versorgungen (7 Prozent).

Bei den Kindern, die Hörgeräte tragen, wurde im Jahr 2019 der Schultypus abgefragt. Knapp zwei Drittel von ihnen besuchten eine Regelschule, weitere 3 Prozent eine Sonderklasse, die in eine Regelschule integriert war. Mehr als jedes sechste Kind ging auf eine Sonderschule. Rund 7 Prozent der Kinder besuchten (noch) keine Schule.

Im Jahr 2019 waren rund 61 Prozent der befragten Hörgeräteträgerinnen und -träger in Alters- oder Frührente. In der Befragung von 2013 war dieser Anteil mit 58 Prozent geringer als in den Erhebungen von 2012 (61 Prozent) und 2019 (61 Prozent).

Im Vergleich zu 2012 (37 Prozent) und 2013 (39 Prozent) nahm der Anteil der Erwerbstätigen im Jahr 2019 leicht ab (35 Prozent). Während der Anteil der in Vollzeit Erwerbstätigen im Vergleich zu den früheren Befragungen sank (2012: 21 Prozent; 2013: 25 Prozent; 2019: 19 Prozent), blieb der Anteil der teilzeitlich Erwerbstätigen auf dem Niveau des Tarifsystems (2012: 16 Prozent; 2013: 15 Prozent; 2019: 16. Prozent).

Die Verteilung der Befragten nach Beschäftigungszustand unterscheidet sich kaum zwischen den Befragungszeitpunkten. Der Anteil der Befragten, die Hausfrau oder Hausmann als Beschäftigungsstatus angaben, ist im Jahr 2019 im Vergleich zu 2012 (17 Prozent) und 2013 (15 Prozent) zurückgegangen und liegt bei 13 Prozent. Im Jahr 2019 gaben zudem rund 3 Prozent der Befragten an, aus anderen Gründen nicht erwerbstätig zu sein.

Rund 95 Prozent aller AHV-Versorgten sind im Jahr 2019 in Rente oder Frührente, während 45 Prozent der IV-Versorgten und 13 Prozent der Versicherten mit Härtefall-Versorgungen diese Leistung beziehen.

Knapp die Hälfte der Versicherten mit Härtefall-Versorgungen war in Vollzeit erwerbstätig. In dieser Kategorie fanden sich lediglich 28 Prozent der IV-Versorgten. Eine ähnliche Tendenz lässt sich bei den Befragten erkennen, die in Teilzeit erwerbstätig waren: Während 34 Prozent der Versicherten mit Härtefall-Versorgungen in

Teilzeit arbeiteten, betrug dieser Anteil der IV-Versicherten nur 23 Prozent. Knapp jeder siebte Befragte aus den Gruppen war als Hausfrau oder Hausmann tätig. Nur wenige Befragte waren arbeitssuchend, in Ausbildung, Fort- oder Weiterbildung, in Mutterschutz bzw. Elternzeit oder aus anderen Gründen nicht erwerbstätig.

Die Verteilung der befragten Hörgeräteträgerinnen und -träger nach Kantonen aus dem Jahr 2019 ähnelt sehr der Verteilung aus der Befragung der Jahre 2012 und 2013, da die Stichprobe in den jeweiligen Jahren nach Kantonen entsprechend der Verteilung in der Grundgesamtheit geschichtet wurde.

In allen drei Befragungsjahren entsprach die Verteilung der Befragten aufgrund der geschichteten Stichprobenziehung ungefähr der Verteilung in der Grundgesamtheit bezüglich

- dem Verhältnis zwischen IV und AHV-Versorgten,
- der regionalen Verteilung.

Aufgrund der Übergewichtung der Personen im erwerbsfähigen Alter war diese Personengruppe im Vergleich zur Grundgesamtheit in allen drei Befragungswellen überrepräsentiert.

In allen drei Befragungswellen beteiligten sich etwas mehr Männer als Frauen an der Befragung (2019: rund 54 Prozent Männer).

Bei etwas mehr als der Hälfte der Befragten im Jahr 2012 und im Jahr 2019 handelte es sich um eine Erstversorgung. Im Jahr 2013 lag der Anteil der Erstversorgten, vermutlich aufgrund der Systemumstellung, bei mehr als zwei Dritteln.

Die Verteilung der Befragten nach dem höchsten Bildungsabschluss war in allen drei Befragungsjahren recht ähnlich – mit Ausnahme des Anteils der Personen mit einem Universitätsabschluss. Dieser Anteil lag im Jahr 2019 bei rund 17 Prozent und hat sich damit im Vergleich zum Jahr 2012 nahezu verdoppelt.

Der Beschäftigungsstatus der Befragten war in allen drei Jahren ähnlich: Ungefähr 60 Prozent der Befragten waren in Rente.

4.2 BESCHREIBUNG DER HÖRGERÄTE

Von den Rechnungsdaten wurde die METAS-Nummer des gekauften Hörgerätes bzw. der gekauften Hörgeräte der Befragten erfasst. Dadurch lassen sich die Hörgeräte nach ihrer Bauform sowie ihrem technischen Niveau kategorisieren.

4.2.1 BAUFORM/GERÄTEART

Bei den Bauformen der Hörsysteme wird zwischen geschlossener und offener Versorgung unterschieden. In der offenen Versorgung können Schallwellen auf natürlichem Weg zum Trommelfell gelangen. Die offene Versorgung findet man bei «Hinter-dem-Ohr»-Modellen (HdO). Hierbei erfolgt die akustische Ankopplung über einen Schallschlauch, und eine nach Mass angefertigte Otoplastik (Ohrpastsstück) wird im äusseren Gehörgang fixiert. HdO-Geräte sind die am weitesten verbreiteten Hörgeräte, da sie in der Lage sind, eine grosse Vielfalt von unterschiedlichen Hörschäden zu versorgen. Unterschiedliche technische Optionen können dabei eingesetzt und hohe Verstärkungsleistungen realisiert werden, weil mehr Platz für Elektronik zur Verfügung steht.

Die «Receiver-in-Ear»-(RIE-)Modelle sind eine Weiterentwicklung der HdO-Geräte und werden auch als Hybridsysteme bezeichnet.⁵³ Im Gegensatz zu den HdO-Geräten wird der Lautsprecher nicht hinter dem Ohr, sondern direkt im Gehörgang platziert und durch einen dünnen Schlauch mit dem Hörsystem verbunden.

Der äussere Gehörgang ist dahingegen bei der geschlossenen Versorgung durch ein «Im-Ohr»-Modell weitgehend verschlossen. Im-Ohr-Geräte werden komplett im Ohr getragen. Diese Geräte verwenden die Ohrmuschel zum Richtungshören.⁵⁴ Darüber hinaus besitzen sie gute akustische Übertragungseigenschaften, besonders für Träger mit geringer Hörminderung. Eine Unterkategorie der Im-Ohr-Geräte ist das «Complete-in-Canal»-(CIC-)Modell, bei dem das Gehäuse innerhalb des Gehörgangs endet und dadurch von aussen kaum zu sehen ist.

TAB. 49 BAUFORMEN DER HÖRGERÄTE

	Bauformen	Abkürzungen
1	«Hinter-dem-Ohr»-Modell («Behind-the-ear»-Modell, Contours d'oreille)	BTE, HdO, CdO, Super Power HdO, HP HdO, Power HdO, RIC
2	Mini- bzw. Midi-«Behind-the-ear»-Modell	Mini-HdO, Mini-HdO ext. Hörer, Midi-HdO
3	«Im-Ohr»-Modell («In-the-ear»-Modell)	ITE, IdO, ITC, MIH
4	«Completely-in-the-canal»-Modell	CIC, IIC
5	«Receiver-in-ear»-Modell	RIE, Mini RIE

Quelle: IGES

Im Pauschalsystem der zweiten Welle (71.3 Prozent, n = 1'112) haben deutlich weniger Befragte ein HdO/BTE-Hörgerät erworben als noch in den vorherigen Befragungen (2012: 87.8 Prozent, n = 1'005; 2013: 85.5 Prozent, n = 1'044). Dagegen wurden im Jahr 2019 (8.6 Prozent) häufiger Mini-HdO-Geräte gekauft als noch 2012 (1.3 Prozent) und 2013 (4.2 Prozent). Der Trend zu kleineren Geräten wurde auch von den befragten Expertinnen und Experten bestätigt. Während im Tarifsysteem (0.4 Prozent) und im Pauschalsystem der ersten Welle (0.2 Prozent) kaum RIE-Modelle verwendet wurden, waren diese Hörgeräte im Jahr 2019 wesentlich häufiger vertreten. Hinsichtlich der «Im-Ohr»-Modelle und der «Completely-in-the-canal»-Geräte gab es zwischen den Befragungen keine erheblichen Unterschiede; der Anteil lag in allen Erhebungsjahren jeweils unter 7 Prozent.

Für den Grossteil der Kinder (90 Prozent) wurde im Jahr 2019 ein «Hinter dem Ohr»- bzw. «Behind-the-ear»-Hörgerät gekauft. Auch mehr als drei Viertel der Versicherten mit Härtefall-Versorgungen und AHV-Leistungsbezieher erwarben Hörgeräte mit dieser Bauform. Bei den IV-Versorgten betrug der entsprechende Anteilswert 68 Prozent. Unter den betrachteten Gruppen legte sich weniger als jeder Zehnte ein Mini- bzw. Midi-«Behind-the-ear»-Modell zu. Ebenfalls weniger als 10 Prozent der Befragten erwarben «Completely-in-the-canal»- oder «Receiver-in-ear»-Modelle. Verglichen mit den anderen Bauformen wurden die «Im-Ohr»-Modelle am seltensten gekauft.

Die Hörgeräte, die in der Schweiz zugelassen sind, wurden anhand ihrer technischen Eigenschaften in fünf Kategorien (0 bis 4) unterteilt. Während die Hörgeräte der Kategorie 0 die geringste technische Ausstattung aufweisen, wurden die Hörgeräte der Kategorie 4 der höchsten technischen Ausstattung zugeordnet. Jede der

⁵³ <http://www.audivego.de/hoergeraetetypen/>.

⁵⁴ <https://d-nb.info/1072577496/34>.

vier Kategorien besteht aus vier Unterkategorien, je nachdem, ob eine Telefonspule und/oder ein Audioeingang vorhanden sind (siehe Kap. 2.2.5 im [externen methodischen Anhang](#)).

Im Jahr 2019 kauften knapp zwei Drittel (65 Prozent) der Hörgeräteträgerinnen und -träger ein Hörgerät, das sich der Kategorie 4, dem höchsten technischen Niveau, zuordnen liess. Der Anteil der Hörgeräte der höchsten technischen Kategorie lag damit im Vergleich zu den Erhebungen im Jahr 2012 und 2013 deutlich höher (2012: 51 Prozent; 2013: 45 Prozent). Im Jahr 2019 war ein deutlich geringerer Anteil der Befragten (4 Prozent) als noch 2012 (13 Prozent) und 2013 (10 Prozent) mit einem Hörgerät der Kategorie 2 ausgestattet. Die gleiche Tendenz ist auch für Hörgeräte der Kategorie 1 und 0 zu erkennen: Während Hörgeräte der Kategorie 0 und 1 sowohl im Tarif- als auch im Pauschalsystem der ersten Welle von rund 6 Prozent der Hörgeräteträgerinnen und -träger gekauft wurden, trugen im Jahr 2019 lediglich vereinzelte Befragungsteilnehmer Hörgeräte der Kategorie 1. Im Pauschalsystem trug keine bzw. keiner der Befragten ein Hörgerät mit der geringsten technischen Ausstattung.

Bei der Analyse des technischen Niveaus und der Bauformen zeigte sich, dass fast jedes fünfte Hörgerät, welches der Kategorie 1 zugeordnet wurde, ein Im-Ohr-Modell ist. Knapp jedes vierte Hörgerät der Kategorie 2 ist ein «Complete-in-Canal»-Gerät. In der Kategorie 3 und 4 lag der Anteil der Im-Ohr-Modelle lediglich bei 8 Prozent bzw. 5 Prozent, und der Anteil der «Complete-in-Canal»-Geräte bei 3 Prozent bzw. 1 Prozent.

Knapp drei Viertel der Versicherten mit Härtefall-Versorgungen nutzten ein Hörgerät mit der höchsten technischen Ausstattung, während dieser Anteil bei den IV- und AHV-Versicherten um etwa acht bzw. zehn Prozentpunkte niedriger war. Im Vergleich dazu waren deutlich weniger Kinder (20 Prozent) mit Hörgeräten mit dem höchsten technischen Niveau ausgestattet. Dafür besass ein grosser Anteil der Kinder (79 Prozent) ein Hörgerät der Kategorie 3. Ungefähr jeder dritte IV- und AHV- Leistungsbezieherinnen und -bezieher trug ein solches Hörgerät. Bei den Versicherten mit Härtefall-Versorgungen betrug der entsprechende Anteilswert rund 24 Prozent. Die Unterschiede zwischen den Gruppen waren hinsichtlich der Nutzung von Hörgeräten der Kategorie 1 und 2 gering; diese Geräte wurden nur von einem geringen Anteil der Befragten gekauft.

Jeweils mehr als 40 Prozent der Befragten, die ein Hörgerät der Kategorie 3 oder 4 trugen, waren von einer hochgradigen Hörminderung betroffen, jeweils rund 15 Prozent litten unter einem leichten Hörverlust. Bei Personen mit Hörgeräten der zweiten Kategorie ist der Anteil der Befragten mit hochgradiger Hörminderung dagegen geringer (32 Prozent), derjenige der Befragten mit mittlerem (20 Prozent) und leichtem Hörverlust (48 Prozent) dementsprechend höher.

Während in den Jahren 2012 und 2013 ungefähr die Hälfte der Hörgeräteträgerinnen und -trägern ein Hörgerät sowohl mit einer Telefonspule als auch einem Audioeingang nutzte, betrug der entsprechende Anteil im Jahr 2019 nur noch 27 Prozent. Insbesondere der Anteil der Hörgeräte mit Audioeingang ging im Zeitverlauf zurück: Im Jahr 2013 hatten noch rund 60 Prozent der Hörgeräte der Befragten einen Audioeingang, im Jahr 2019 nur noch rund 28 Prozent. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass der Audioeingang zunehmend an Bedeutung verliert, da immer mehr Hörgeräte stattdessen die Möglichkeit einer Bluetooth-Verbindung besitzen. Der Anteil der Hörgeräte mit Telefonspule sank 2019 im Vergleich zu 2013 um rund zehn Prozentpunkte. Als mögliche Begründung wurde von den Expertinnen und Experten diesbezüglich der Trend zu kleineren Hörgeräten genannt, die aufgrund ihrer Grösse nicht mit einer Telefonspule ausgestattet sein können.

4.2.2 ZWISCHENFAZIT HÖRGERÄTE

Der Anteil der gekauften HdO-Geräten ist im Zeitverlauf zurückgegangen, der Anteil der Mini-HdO-Geräte dagegen angestiegen. Zudem ist der Anteil der Hörgeräte in der höchsten technischen Kategorie im Vergleich zu den Erhebungen im Jahr 2012 und 2013 deutlich gestiegen. Eine Telefonspule und ein Audioeingang waren dagegen in der aktuellen Befragung weniger verbreitet als in den vorherigen Befragungen – insbesondere der Anteil der Hörgeräteträgerinnen und -träger, deren Hörgerät über einen Audioeingang verfügt, sank von rund 60 Prozent auf rund 28 Prozent.

4.3 INFORMATIONEN ZUM HÖRGERÄTEKAUF

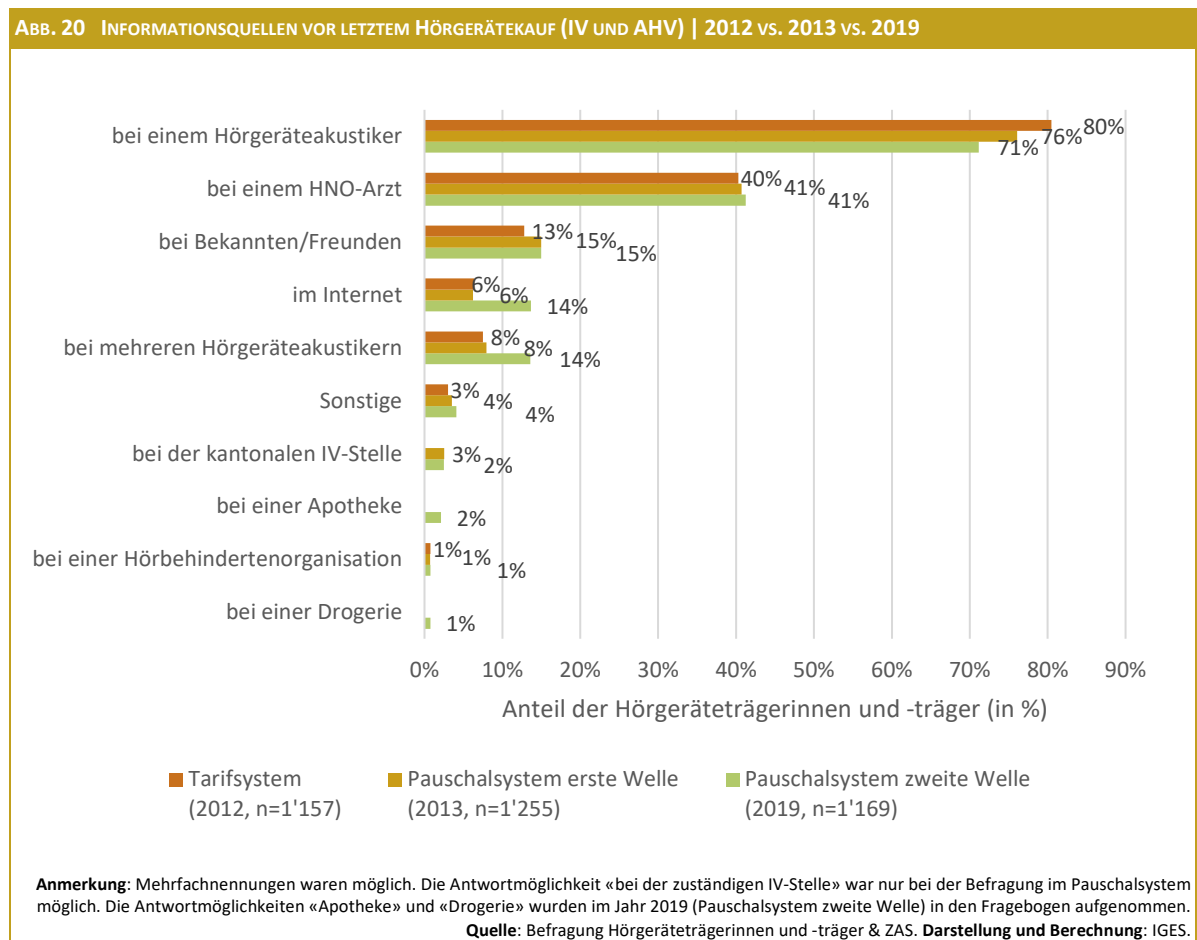
4.3.1 INFORMATIONSSQUELLEN

Rund 71 Prozent der befragten Hörgeräteträgerinnen und -träger informierte sich im Jahr 2019 vor dem letzten Hörgerätekauf bei einem Hörgeräteakustiker (siehe Abb. 20). Im Vergleich zum Jahr 2012 (80 Prozent) und 2013 (76 Prozent) ist der Anteil um 9 bzw. 5 Prozentpunkte gesunken. Dafür hat sich der Anteil derer, die sich vor dem Kauf bei mehreren Hörgeräteakustikern informierten, im Jahr 2019 im Vergleich zum Tarifsystem (2012) und zur ersten Welle im Pauschalsystem (2013) deutlich erhöht, nämlich von 8 Prozent im Tarifsystem auf 14 Prozent in der zweiten Welle im Pauschalsystem.

Die HNO-Ärztinnen und -Ärzte waren – mit einem konstanten Anteil von rund 40 Prozent – in allen Befragungsjahren die zweitwichtigste Informationsquelle für die Hörgeräteträgerinnen und -träger.

Das Internet hat als Informationsquelle für die Hörgeräteträgerinnen und -träger an Bedeutung gewonnen: Der Anteil der Befragten, die sich im Internet informierten, hat sich im Jahr 2019 im Vergleich zu den beiden vorherigen Befragungen mehr als verdoppelt (2019: 14 Prozent, 2012: 6 Prozent). Keine Veränderung gab es dagegen bei dem Anteil der Hörgeräteträgerinnen und -träger, die sich bei Bekannten bzw. Freunden, einer kantonalen IV-Stelle oder eine Hörbehindertenorganisation informierten. Apotheke und Drogerie wurden neu als Antwortoption für die Informationsquelle in den Fragebogen aufgenommen, diese Möglichkeiten wurden jedoch nur von einem sehr geringen Anteil der Hörgeräteträgerinnen und -träger genutzt.

Die zunehmende Bedeutung des Internets als Informationsquelle wurde auch von den Expertinnen und Experten erwähnt. Dies hänge damit zusammen, dass die Kunden generell internetaffiner würden und insbesondere die «Silver Ager» online sehr aktiv seien.



Am häufigsten informierten sich Versicherte mit Härtefall-Versorgungen (83 Prozent) und Kinder bzw. deren Eltern (80 Prozent) vor dem letzten Kauf bei einem Hörgeräteakustiker. Im Vergleich dazu war der Anteil der IV-Leistungsbezieher (75 Prozent) und AHV-Versorgten (64 Prozent), die sich vor dem letzten Kauf bei einem Hörgeräteakustiker informierten, deutlich geringer. Rund 14 Prozent der IV-Versicherten bzw. 13 Prozent der AHV-Versorgten sowie ungefähr jeder zehnte Härtefall suchte mehrere Hörgeräteakustiker auf, um sich über Hörgeräte zu informieren. Bei Kinderversorgungen (1 Prozent) wurde diese Möglichkeit kaum genutzt.

Während etwa 40 Prozent der IV- und AHV-Versorgten und Kinder bzw. deren Eltern einen HNO-Arzt bzw. eine HNO-Ärztin als Informationsquelle heranzogen, nutzten diese Option nur rund 31 Prozent der Versicherten mit Härtefall-Versorgungen. Knapp jeder fünfte IV-Versicherte und Versicherte mit Härtefall-Versorgungen informierte sich im Internet. Bei den Kindern (9 Prozent) und AHV-Versicherten (5 Prozent) wurde diese Informationsquelle eher selten in Anspruch genommen.

14 Prozent der IV-Versicherten und 17 Prozent der AHV-Versorgten erkundigten sich bei Freunden bzw. Bekannten vor dem letzten Kauf. Im Vergleich dazu wurde diese Möglichkeit von Versicherten mit Härtefall-Versorgungen (10 Prozent) und Kindern bzw. deren Eltern (6 Prozent) seltener genutzt.

Dagegen nahm ein geringer Anteil von Kindern bzw. deren Eltern (6 Prozent) und Versicherten mit Härtefall-Versorgungen (3 Prozent) das Beratungsangebot von Hörbehindertenorganisationen in Anspruch, während diese Option lediglich vereinzelt von IV- oder AHV-Leistungsbeziehern wahrgenommen wurde.

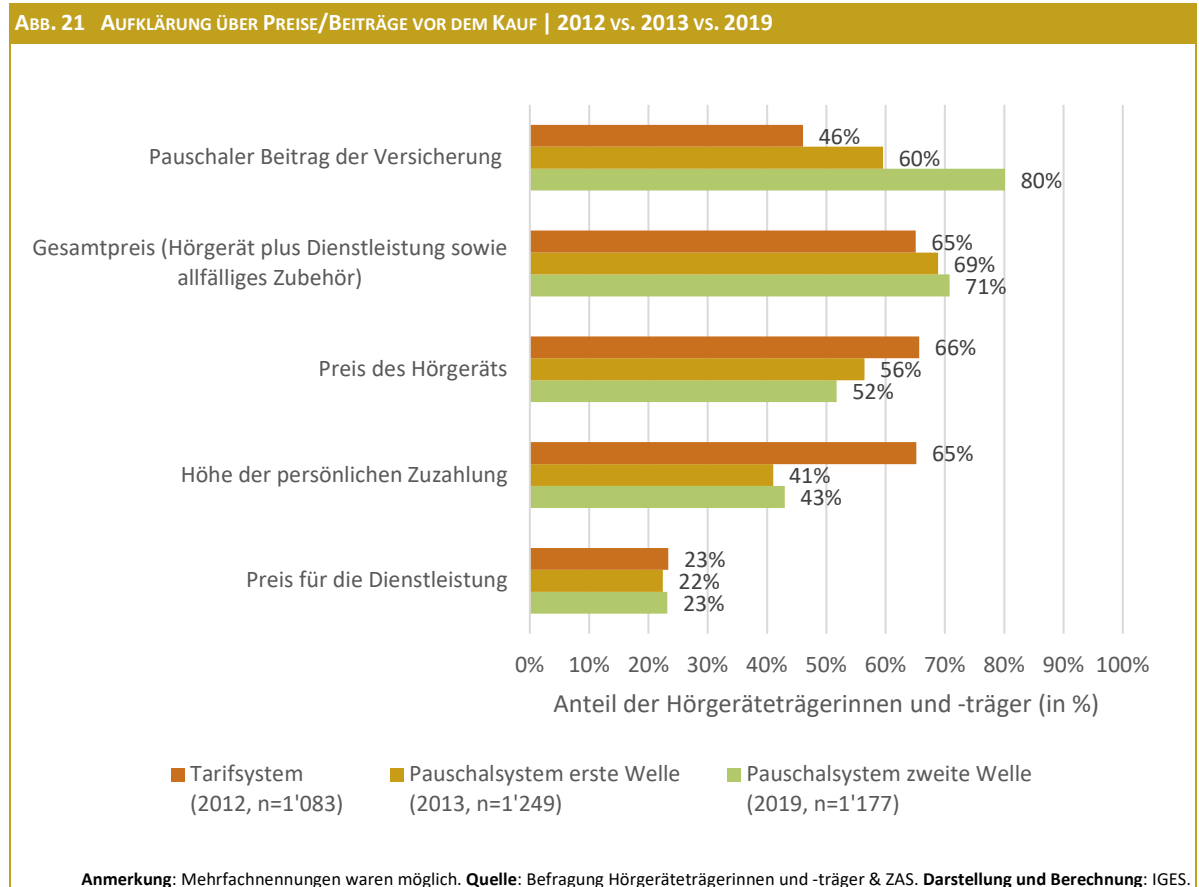
Von den AHV-Versicherten wurden Apotheken und Drogerien deutlich häufiger als Informationsquelle angegeben als von den anderen Gruppen – mit rund 3 Prozent bzw. 1 Prozent aber auf einem insgesamt niedrigen Niveau.

Bei allen betrachteten Gruppen (IV, AHV, Kinder, Härtefälle) war der Anteil der Hörgeräteträgerinnen und -träger mit einer Erstversorgung, die sich vor dem letzten Hörgerätekauf bei einem Hörgeräteakustiker informierten, deutlich geringer als bei Befragten mit einer Folgeversorgung. Vor allem nutzten die Härtefälle in einer Folgeversorgung (88 Prozent) die Informationsmöglichkeit durch einen Hörgeräteakustiker, während der entsprechende Anteilswert der AHV-Versorgten deutlich geringer war (73 Prozent).

Alle Gruppen mit einer Erstversorgung erkundigten sich häufiger als Folgeversorgte bei mehreren Hörgeräteakustikern sowie bei HNO-Ärzten. Öfter als bei den Folgeversorgten wurden diesbezüglich auch das Internet sowie Bekannte und Freunde herangezogen. Jedoch nutzten vor dem letzten Hörgerätekauf nur wenige AHV-Versorgte sowohl in der Erstversorgung (6 Prozent) als auch in der Folgeversorgung (5 Prozent) das Internet als Informationsquelle.

4.3.2 ART DER INFORMATIONEN

Die Befragten sollten Angaben über die Preise bzw. Beiträge machen, über die sie vor der Kaufentscheidung informiert wurden. Im Pauschalsystem der zweiten Welle wurden Befragte wesentlich häufiger über den pauschalen Beitrag der Versicherung informiert als noch in den Jahren 2012 (46 Prozent) und 2013 (60 Prozent) (siehe Abb. 21). Dahingegen wurde im Tarifsysteem (65 Prozent) im Vergleich zu den folgenden Befragungen (2013: 41 Prozent; 2019: 43 Prozent) öfter über die Höhe der persönlichen Zuzahlung aufgeklärt.



Grundsätzlich fällt auf, dass bei den Kindern im Vergleich zu den IV- und AHV-Versorgten und den Härtefällen diesbezüglich seltener Aufklärungsarbeit geleistet wurde. Lediglich 44 Prozent der Kinder bzw. deren Eltern erhielten Informationen über den Gesamtpreis. Bei den IV-Versicherten und den Härtefällen lag der entsprechende Anteilswert um etwa 30 Prozentpunkte höher, während rund zwei Drittel der AHV-Versorgten diesbezüglich aufgeklärt wurden. Über den Beitrag der Versicherung (im Fall der Kinder ein Höchstvergütungsbetrag) wurden zwar mehr als zwei Drittel der Eltern informiert, aber dieser Wert war um etwa 13 Prozentpunkte niedriger als bei den Härtefällen und den IV- und AHV-Versorgten. Die geringste Aufklärungsarbeit wurde beim Preis für Dienstleistungen erbracht: Lediglich jeder vierte IV-Versicherte und Versicherte mit einer Härtefall-Versorgung, jeder fünfte AHV-Versorgte sowie jede zehnte Kontaktperson bei Kinderversorgungen wurde darüber informiert.

Ungefähr 90 Prozent der Befragten wurden in den Jahren 2013 und 2019 zu Nachbetreuungsleistungen aufgeklärt, weshalb zwischen beiden Befragungen diesbezüglich keine erheblichen Unterschiede zu erkennen sind. Rund drei Viertel der Kinder wurden im Jahr 2019 darüber aufgeklärt, während der entsprechende Anteilswert bei den IV-Versicherten (93 Prozent) und AHV-Versorgten (88 Prozent) sowie den Versicherten mit Härtefall-Versorgungen (89 Prozent) deutlich höher war.

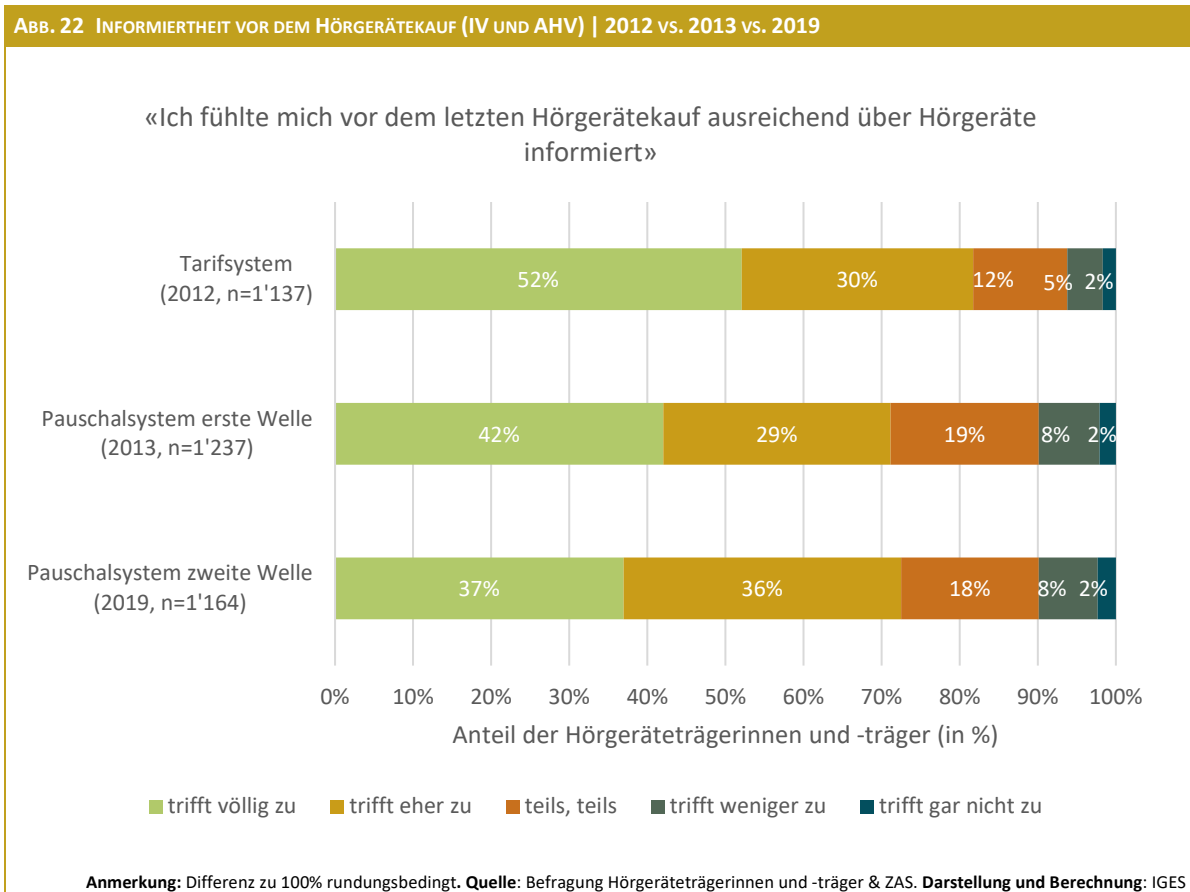
Ein wesentlicher Anteil der Befragten kannte die Beratungsangebote von Hörbehindertenorganisationen (pro audito schweiz / Neutrale Hörberatung, forom écoute) nicht: Mehr als 90 Prozent der IV- und AHV-Versicherten war keines dieser Angebote bekannt.⁵⁵ Immerhin kannte im Jahr 2019 ungefähr jeder fünfte Versicherte

⁵⁵ Im Jahr 2012 und 2013 gaben rund 43 Prozent der Hörgeräteträgerinnen und -träger im Tarifsystem und rund 47 Prozent im Pauschal-system an, die Verbände pro audito, sonos und forom écoute nicht zu kennen. Diese Werte sind allerdings in ihrer Vergleichbarkeit

mit einer Härtefall-Versorgung und jedes fünfte Kind, bzw. dessen Eltern die Beratungsangebote der pro audio Schweiz bzw. der Neutralen Hörberatung. Dagegen war das Beratungsangebot der forum écoute unter den Befragten weitestgehend unbekannt.

Im Vergleich zu den anderen betrachteten Gruppen war der Anteil der Versicherten mit Härtefall-Versorgungen (68 Prozent), der darüber informiert wurde, ob das Hörgerät eine Telefon- bzw. Induktionsspule (T-Spule) besitzt, am grössten. Ungefähr die Hälfte der IV-Leistungsbezieher und etwa 30 Prozent der AHV-Versorgten sowie Kinder bzw. deren Eltern wurden diesbezüglich aufgeklärt.

Der Aussage «Ich fühlte mich vor dem Hörgerätekauf ausreichend über Hörgeräte informiert» stimmte im Jahr 2012 etwas mehr als die Hälfte (52 Prozent) der Befragten völlig zu (siehe Abb. 22). In der ersten Welle des Pauschalystems 2013 waren dies 42 Prozent und in der zweiten Welle (2019) nur noch 37 Prozent. Uninformiert (geringe bzw. keine Zustimmung zu dieser Aussage) fühlten sich im Jahr 2019 rund 10 Prozent der Befragten, was dem Anteil im Jahr 2013 entspricht, der höher lag als im Jahr 2012 (6.3 Prozent). Der Unterschied zwischen dem Tarif- und dem Pauschalssystem der zweiten Welle hinsichtlich der subjektiven Informiertheit ist signifikant ($\chi(df = 4) = 57.4; p = 0.00$), jedoch nicht zwischen 2013 und 2019 ($\chi(df = 4) = 12.5; p = 0.14$).



Rund 45 Prozent der Versicherten mit Härtefall-Versorgungen fühlten sich vor dem letzten Hörgerätekauf ausreichend über Hörgeräte informiert, während nur ein Drittel der AHV-Versorgten und Kinder bzw. deren Eltern

eingeschränkt, da die Frage in den Jahren 2012 und 2013 darauf abzielte zu erfahren, wie informiert sich die Befragten über die Verbände fühlen, im Jahr 2019 wurde nach der Kenntnis des Beratungsangebots der Organisationen gefragt.

sowie rund 39 Prozent der IV-Leistungsbezieher dieser Aussage völlig zustimmten. Nahezu jedes fünfte Kind stimmte der Aussage «Ich fühle mich vor dem letzten Hörgerätekauf ausreichend über Hörgeräte informiert» wenig oder gar nicht zu. Dagegen fühlte sich nur jeder zehnte IV-Versicherte uninformiert. Bei den AHV-Versicherten (9 Prozent) und Härtefällen (8 Prozent) war dieser Anteil noch geringer.

Rund 48 Prozent der Befragten, bei denen es sich um eine Erstversorgung mit einem Hörgerät handelte, fühlten sich im Jahr 2012 völlig informiert. Während im Jahr 2013 der entsprechende Anteilswert rund 40 Prozent betrug, sank dieser Wert bis zum Jahr 2019 weiter, auf lediglich 32 Prozent. Der Anteil informierter Folgeversorgter lag im Jahr 2019 zwar um elf Prozentpunkte höher als bei den Erstversorgten, jedoch ebenfalls deutlich niedriger als im Jahr 2012. Bereits 2013 war auch der Anteil der mit der Information zufriedenen Folgeversorgten deutlich gesunken.

Von den Befragungsteilnehmern der Gruppen (IV, AHV, Kinder, Härtefälle) äussern sich die Eltern der Kinder am häufigsten dahingehend, nicht ausreichend über Hörgeräte informiert zu sein, insbesondere in der Erstversorgung. Härtefälle und IV-Versicherte fühlen sich dagegen am häufigsten ausreichend informiert.

4.3.3 ART DES ANBIETERS UND DES FACHPERSONALS

Nahezu alle Befragten haben ihr Hörgerät bei einem Hörgeräteakustiker erworben. Während zwei Teilnehmer im Jahr 2013 ihr Hörgerät im Versandhandel bzw. im Internet erwarben – im Jahr 2012 war das bei keinem der Befragten der Fall –, taten dies im Jahr 2019 1 Prozent. Im Tarifsysteem kaufte eine der Befragten ihr Hörgerät in einer Apotheke. Sowohl im Pauschalsystem der ersten als auch der zweiten Welle betrug der Anteil an Versorgungungen, die in einer Apotheke oder Drogerie gekauft wurden immerhin 2 Prozent.

Im Fall von rund 6 Prozent der Kinder, bzw. deren Eltern wurde das Hörgerät im Jahr 2019 bei einem sonstigen Anbieter gekauft.⁵⁶ Während nahezu alle IV-Versicherten (98 Prozent) und Versicherten mit Härtefall-Versorgungungen (99 Prozent) ihre Hörgeräte bei einem Hörgeräteakustiker kauften, erwarben rund 6 Prozent der AHV-Versorgten ihr Hörgerät nicht bei einem Hörgeräteakustiker (davon Apotheke: 2 Prozent, Drogerie: 1 Prozent)

Nach Auffassung der befragten Expertinnen und Experten aus den Hörakustik-Fachgeschäften stellen die Apotheken und Drogerien keine starke Konkurrenz zu den Hörgeräteakustikern dar, da dort das notwendige Fachwissen fehle. Darüber hinaus vermuten die Expertinnen und Experten aus den Hörakustik-Fachgeschäften, dass Hörgeräträgerinnen und -träger, die schon einmal durch einen Hörgeräteakustiker versorgt wurden, für die nächste Versorgung eher nicht in eine Apotheke oder Drogerie gehen. Allenfalls Erstversorgte würden in wenigen Fällen eine Apotheke oder Drogerie aufsuchen. Von den befragten Hörgeräträgerinnen und -träger erwarben 2 Prozent der Erstversorgten im Jahr 2019 ihr Hörgerät in einer Apotheke oder Drogerie im Vergleich zu 1 Prozent der Folgeversorgten.

Fast alle Befragten erwarben ihr Hörgerät in der Schweiz. Insgesamt kauften 5 Prozent der IV- und AHV-Versicherten im Jahr 2019 ihr Hörgerät im Ausland⁵⁷; 3 Prozent in Deutschland und 2 Prozent in Frankreich. Damit hat sich der Anteil der Auslandskäufe im Vergleich zur ersten Welle des Pauschalsystems allerdings mehr als verdoppelt: Im Jahr 2013 kauften nur 2 Prozent der befragten Hörgeräträgerinnen und -träger das Hörgerät nicht in der Schweiz.

⁵⁶ Da die IV nur Leistungen bezahlt, wenn das Hörgerät für Kinder von einem Pädakustiker angepasst wurde, handelt es sich bei diesem «sonstigen Anbieter» vermutlich um eine ORL-Klinik.

⁵⁷ Gemäss der gesamten Stichprobe waren 2.9 Prozent der Rechnungen in Euro, da es sich bei der Umfrage um eine Submenge handelt, können die Angaben voneinander abweichen.

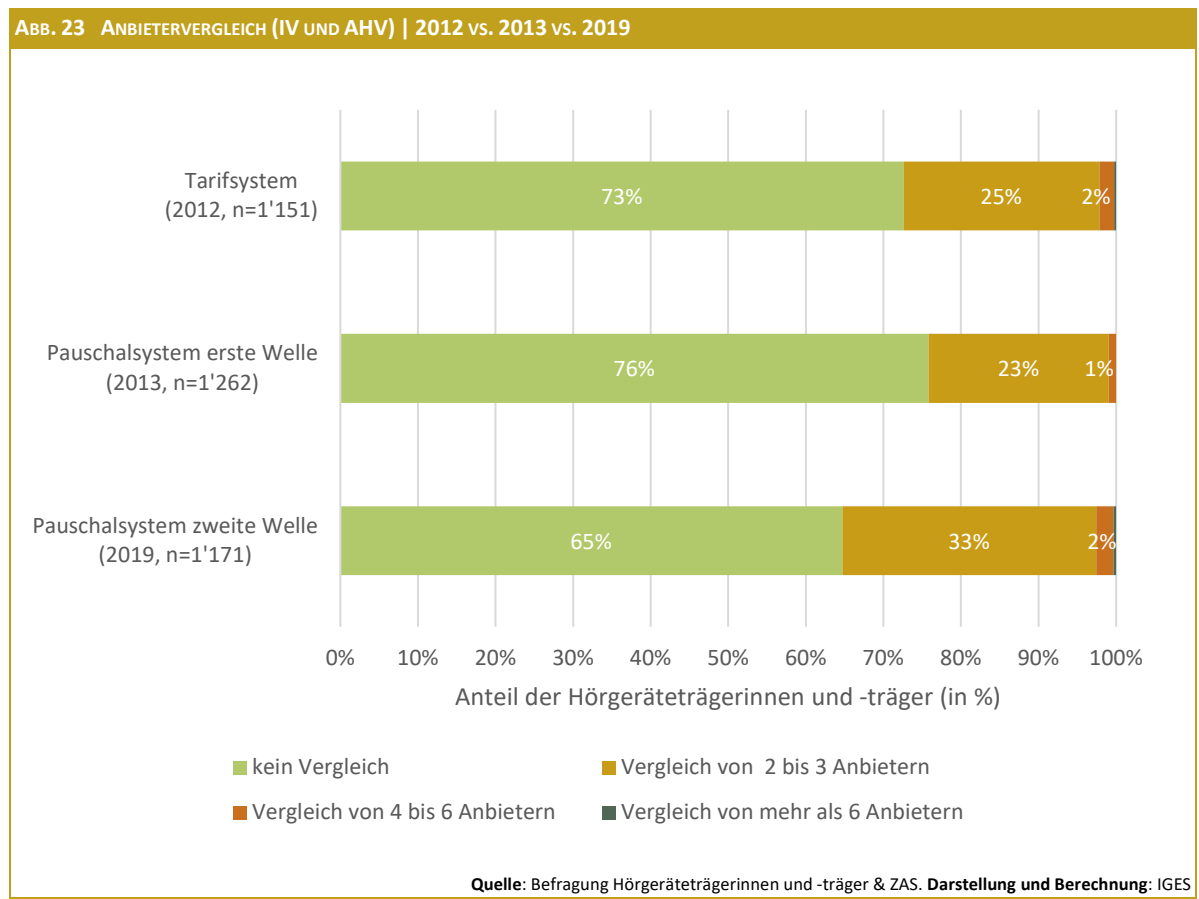
Gemäss den Expertinnen und Experten ist die Nachbetreuung bei einem Hörgerätekauf im Ausland mit Schwierigkeiten verbunden. Schweizer Hörgeräteakustiker würden in der Regel kein Hörgerät anpassen, das nicht bei ihnen gekauft wurde. Wenn man für eine Nacheinstellung einen weiten Weg zurücklegen muss, sei die Wahrscheinlichkeit höher, nicht mehr hinzugehen.

4.3.4 VERGLEICH DER ANBIETER

Im Jahr 2019 verglichen rund 35 Prozent der befragten Hörgeräteträgerinnen und -träger mehrere Anbieter miteinander (siehe Abb. 23). Im Vergleich zu den Jahren 2013 und 2012 hat der Anbietervergleich damit deutlich zugenommen: um rund elf bzw. acht Prozentpunkte.

Rund ein Drittel der befragten Hörgeräteträgerinnen und -träger (33 Prozent) hat zwei bis drei Anbieter verglichen. Das entspricht einem Anstieg des Anteils von nahezu zehn Prozentpunkten im Vergleich zu 2013 (23 Prozent) und 2012 (25 Prozent). Beim Anbietervergleich gab es signifikante Unterschiede zwischen dem Tarifsystem und den folgenden Befragungen in den Jahren 2013 und 2019 (Fisher's exact Test, zweiseitig; $p = 0.000$). Bei allen drei Befragungen fanden Vergleiche von vier oder mehr Anbietern nur selten statt.

Dieses Ergebnis wurde tendenziell von den befragten Expertinnen und Experten bestätigt. Für die Mehrheit der Hörgeräteträgerinnen und -träger sei das Hörgerät nach wie vor ein Vertrauensgut. Zunehmend würden jedoch unterschiedliche Offerten eingeholt und Angebote verglichen.



Bei den Kinderversorgungen fand grösstenteils kein Anbietervergleich statt (93 Prozent). Ein Vergleich von zwei oder mehreren Anbietern wurde im Fall der Kinder von lediglich 8 Prozent vorgenommen. Dagegen verglich etwa ein Drittel der Versicherten mit Härtefall-Versorgungen und IV-Versicherten zwei bis drei Anbieter miteinander, gefolgt von den AHV-Versorgten mit 28 Prozent.

In Bezug auf den Anbietervergleich zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede: Bei den AHV-Versicherten nahmen rund 81 Prozent der Frauen keinen Vergleich der Anbieter vor. Bei den Männern war dieser Anteil mit rund 60 Prozent deutlich niedriger. Dementsprechend verglichen Männer mit 38 Prozent häufiger zwei oder mehr Anbieter miteinander als Frauen (19 Prozent). Der Anteil der weiblichen Befragten, die keinen Vergleich der Anbieter vornahmen, war bei den IV-Leistungsbeziehern und Versicherten mit Härtefall-Versorgungen um etwa acht Prozentpunkte höher als bei den Männern. Bei den Kinderversorgungen wurden keine erheblichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern festgestellt.

Auch die meisten Expertinnen und Experten waren der Auffassung, dass die Hörgeräteträgerinnen und -träger in einem zunehmenden Masse Anbietervergleiche durchführen. Allerdings seien dabei auch grosse individuelle Unterschiede zwischen den Hörgeräteträgerinnen und -trägern feststellbar, da es Kompetenzen und Zeit erfordere, Anbietervergleiche durchzuführen.

4.3.5 ZUZAHLUNGEN

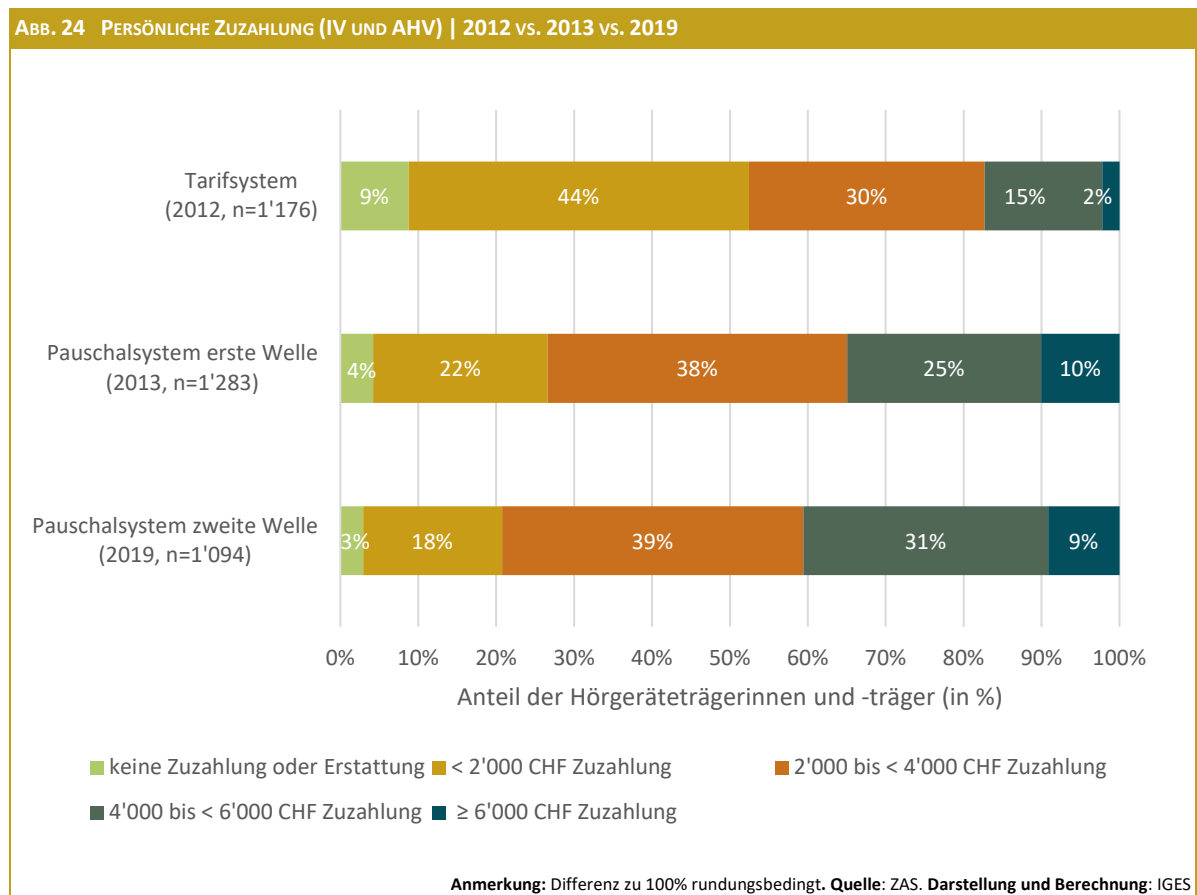
Lediglich 25 Prozent der IV-Versorgten und 8 Prozent der AHV-Versorgten wurde beim Kauf ihres Hörgerätes ein zuzahlungsfreies Modell angeboten. Deutlich häufiger war dies bei Kindern (45 Prozent) und Härtefällen

(45 Prozent) der Fall; jedoch überwog sowohl bei den Kindern (55 Prozent) als auch bei den Härtefällen (55 Prozent) der Anteil, der kein Angebot für diese Modellvariante erhielt.

Etwa 77 Prozent der IV- und 63 Prozent der AHV-Versorgten leistete gemäss eigener Aussage eine Zuzahlung zu ihrem Hörgerät. Im Vergleich dazu hatte mehr als die Hälfte der Versicherten mit einer Härtefall-Versorgung (52 Prozent) eine Zuzahlung getätigt. Wesentlich seltener wurde bei den Kindern (23 Prozent) eine Zuzahlung geleistet.

Gemäss den Auswertungen der Rechnungsdaten leisteten im Tarifsysteem noch 9 Prozent der Befragten keine Zuzahlung, während der entsprechende Anteilswert im Pauschalsystem der ersten und zweiten Welle bei lediglich 4.1 Prozent bzw. 2.3 Prozent lag (siehe Abb. 24). Auch war der Anteil der Befragten im Tarifsysteem mit Zuzahlungen bis zu 2'000 CHF (44 Prozent) wesentlich grösser als in den folgenden Befragungen (2013: 22 Prozent; 2019: 18 Prozent). Ungefähr jeder zehnte Befragte zahlte bereits im Jahr 2013 und auch im Jahr 2019 einen Zuzahlungsbeitrag in Höhe von 6'000 CHF oder mehr. Dieser Anteil lag im Tarifsysteem mit 2 Prozent deutlich niedriger.

Im Tarifsysteem betragen die durchschnittlichen Zuzahlungen rund 2'209 CHF bzw. rund 1'892 CHF im Median. Die Zuzahlungen sind im Pauschalsystem in den Jahren 2013 und 2019 signifikant gestiegen: Im Durchschnitt betrug die Zuzahlung im Pauschalsystem der ersten Welle rund 3'345 CHF und im Median rund 3'070. Im Pauschalsystem der zweiten Welle im Jahr 2019 lag die Zuzahlung sowohl im Mittel mit rund 3'558 CHF als auch im Median mit rund 3'549 CHF noch einmal höher als in den Jahren zuvor.



Auf der Grundlage der Rechnungsdaten wurde zudem ermittelt, dass im Fall der Kinder am häufigsten keine Zuzahlung getätigt wurde (77 Prozent), gefolgt von den Versicherten mit einer Härtefall-Versorgung (46 Prozent) – in beiden Fällen werden Zuzahlungen nicht über Pauschalen erstattet. Nahezu alle IV- und AHV-Versorgten leisteten gemäss Rechnungsdaten eine Zuzahlung (129 IV-Versicherte und 128 AHV-Versicherte hatten entgegen den Angaben auf den Rechnungen angegeben, keine Zuzahlung geleistet zu haben). Im Jahr 2012 hatten insbesondere die IV-Versicherten noch deutlich häufiger keinen Zuzahlungsbetrag geleistet (11 Prozent), im Jahr 2013 bereits nur noch 5 Prozent (AHV: 2 Prozent 2013, 1 Prozent 2012).

Ungefähr jeder fünfte IV-Versicherte sowie jedes fünfte Kind, bzw. dessen Eltern leisteten im Jahr 2019 eine geringere Zuzahlung als 2'000 CHF, während dies nur auf rund 15 Prozent der AHV-Versicherten, aber verstärkt auf Härtefälle (29.3 Prozent) zutraf. Die IV-Versicherten (42 Prozent) tätigten im Vergleich zu den AHV-Versorgten (33 Prozent), Kindern (2 Prozent) und Härtefällen (23 Prozent) deutlich häufiger eine Zuzahlung zwischen 2'000 und 4'000 CHF. Am seltensten waren Zuzahlungen von mehr als 6000 CHF; Zuzahlungen in dieser Höhe tätigten dennoch 11 Prozent der AHV- und 8 Prozent der IV-Versorgten. Versicherte mit einer Härtefall-Versorgung leisteten nur in 0.4 Prozent und Kinder, bzw. deren Eltern gar keine Zuzahlungen in dieser Höhe. In Bezug auf den Median der Zuzahlungen lagen im Tarifsystem die Zuzahlungen im Jahr 2012 für die IV- (1'790 CHF) und die AHV-Versicherten (2'244 CHF) auf einem deutlich niedrigen Niveau als in den Jahren 2013 (IV: 2'972 CHF, AHV: 3'690 CHF) und 2019 (IV: 3'194 CHF; AHV: 4'026 CHF).

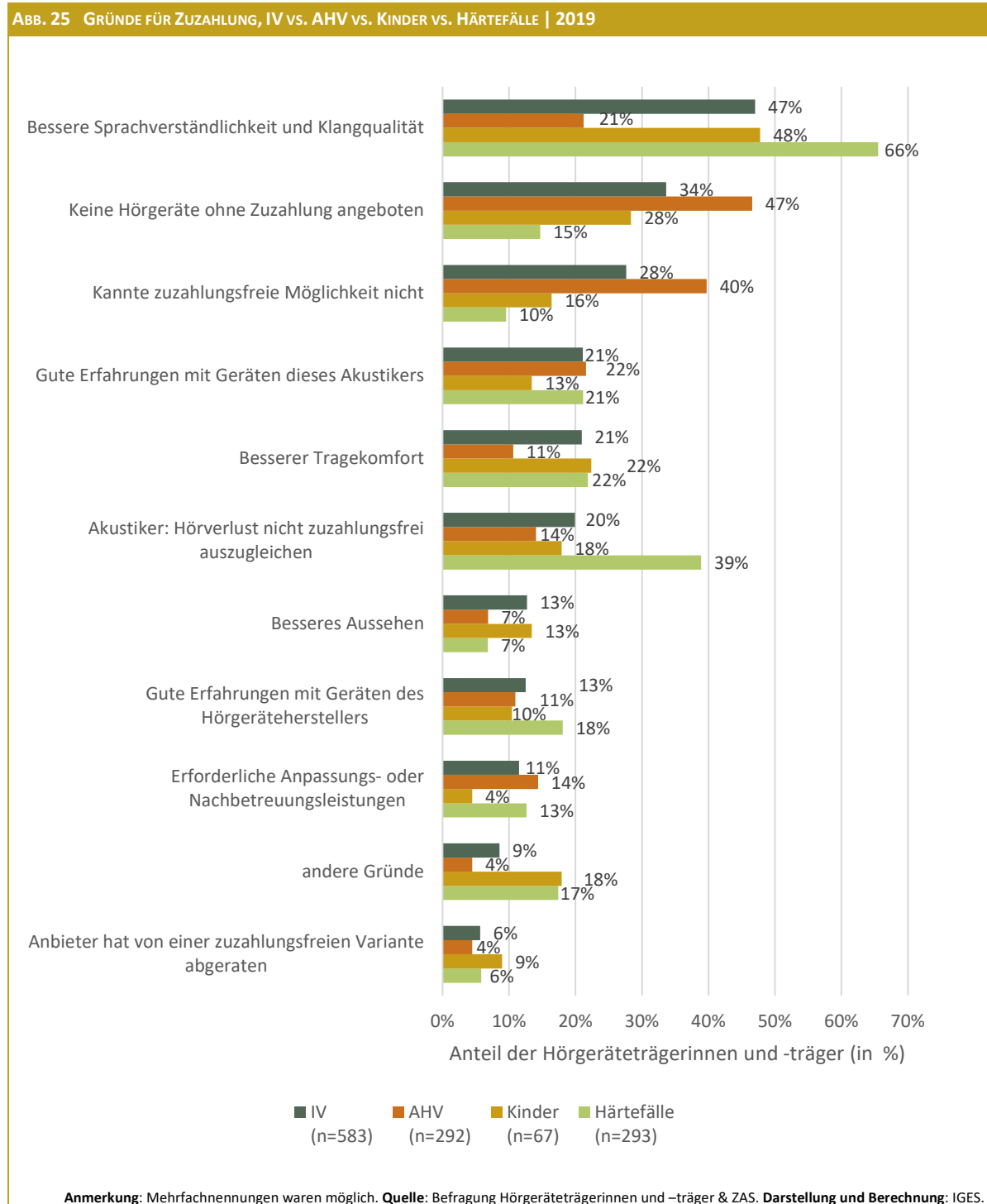
Lediglich 44 Prozent der Befragten, die gemäss den Rechnungsdaten eine Zuzahlung geleistet haben, wurden vor der Kaufentscheidung eines Hörgerätes über die Höhe der Zuzahlung informiert.

Im Jahr 2019 war die Höhe der geleisteten Zuzahlungen für die Härtefälle je nach Kanton sehr unterschiedlich. Im Kanton Basel-Landschaft hatte der grösste Anteil der Härtefälle (95 Prozent) keine Zuzahlung getätigt, gefolgt von Solothurn (92 Prozent) und Basel-Stadt (89 Prozent). Dagegen war der entsprechende Anteilswert in den Kantonen Schaffhausen und Thurgau (22 Prozent), Freiburg (17 Prozent) und Bern (7 Prozent) deutlich niedriger. Am häufigsten leisteten auch die Härtefälle in den Kantonen Freiburg (58 Prozent) und Bern (45 Prozent) eine Zuzahlung in Höhe von zwischen 2'000 und 4'000 CHF. Ein geringer Prozentanteil der Härtefälle in den Kantonen Luzern (3 Prozent) und Wallis (4 Prozent) zahlte sogar einen Zuzahlungsbeitrag von 6'000 CHF oder mehr. Zum Teil ist die Anzahl der Stichproben in den Kantonen sehr gering, sodass lediglich Tendenzangaben gemacht werden können.

GRÜNDE FÜR DIE ZUZAHLUNG

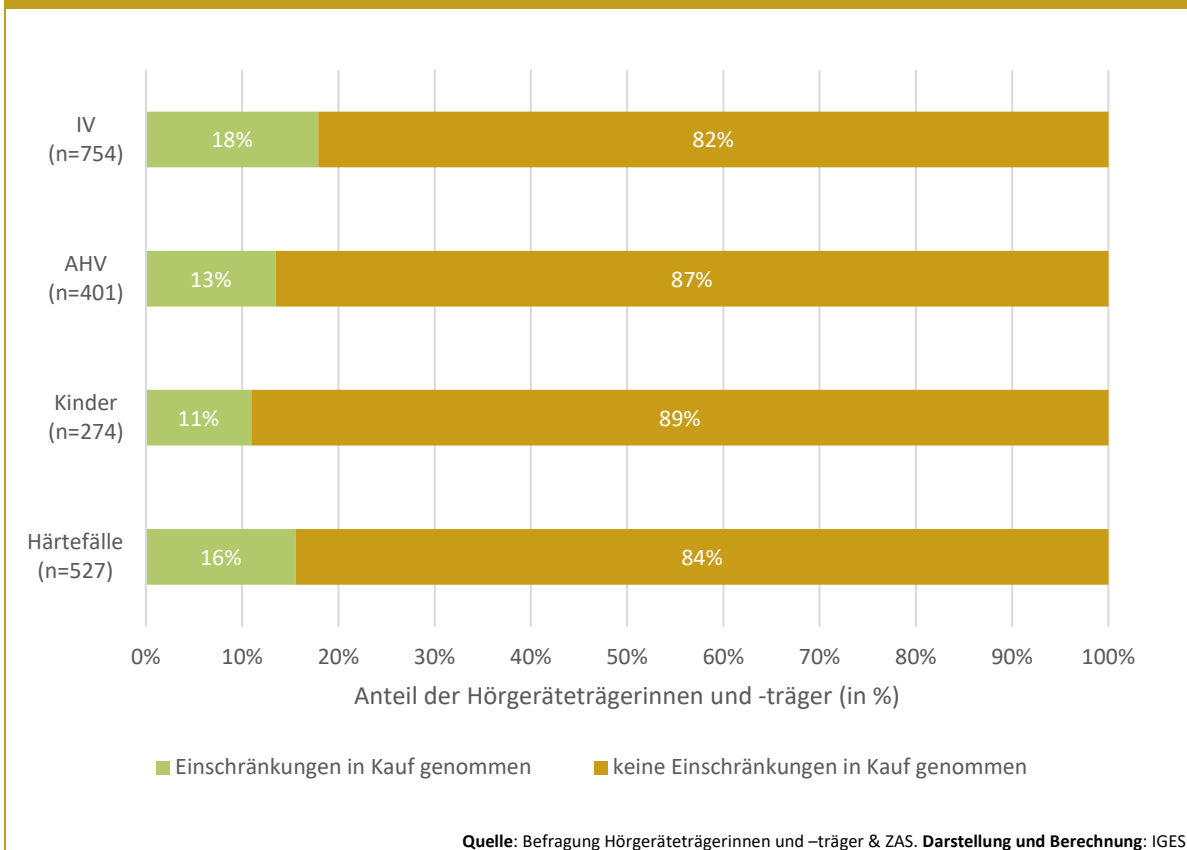
Als Hauptgrund für die Zuzahlung wurde bei den Härtefällen (66 Prozent), den Kindern (48 Prozent) und den IV-Versicherten (47 Prozent) eine bessere Sprachverständlichkeit und Klangqualität angegeben (siehe Abb. 25). Die AHV-Versicherten gaben dagegen am häufigsten an, dass ihnen keine zuzahlungsfreie Variante angeboten wurde (47 Prozent).

Im Gegensatz zu den Kindern (18 Prozent), den IV- (20 Prozent) und den AHV-Versicherten (14 Prozent) wurde den Härtefällen (39 Prozent) deutlich öfter von Akustikern mitgeteilt, dass der Hörverlust nicht durch ein zuzahlungsfreies Modell ausgeglichen werden kann. Den IV-Versicherten (28 Prozent) und den AHV-Versorgten (40 Prozent) war die Möglichkeit einer zuzahlungsfreien Variante seltener bekannt als den anderen beiden Gruppen, oder ihnen wurde kein zuzahlungsfreies Angebot unterbreitet (IV: 34 Prozent; AHV: 47 Prozent). Die IV- und AHV-Versorgten und die Härtefälle (jeweils rund 21 Prozent) hatten häufiger bereits gute Erfahrungen mit den Geräten des Akustikers gemacht als die Kinder (13 Prozent) und sie deshalb gewählt.



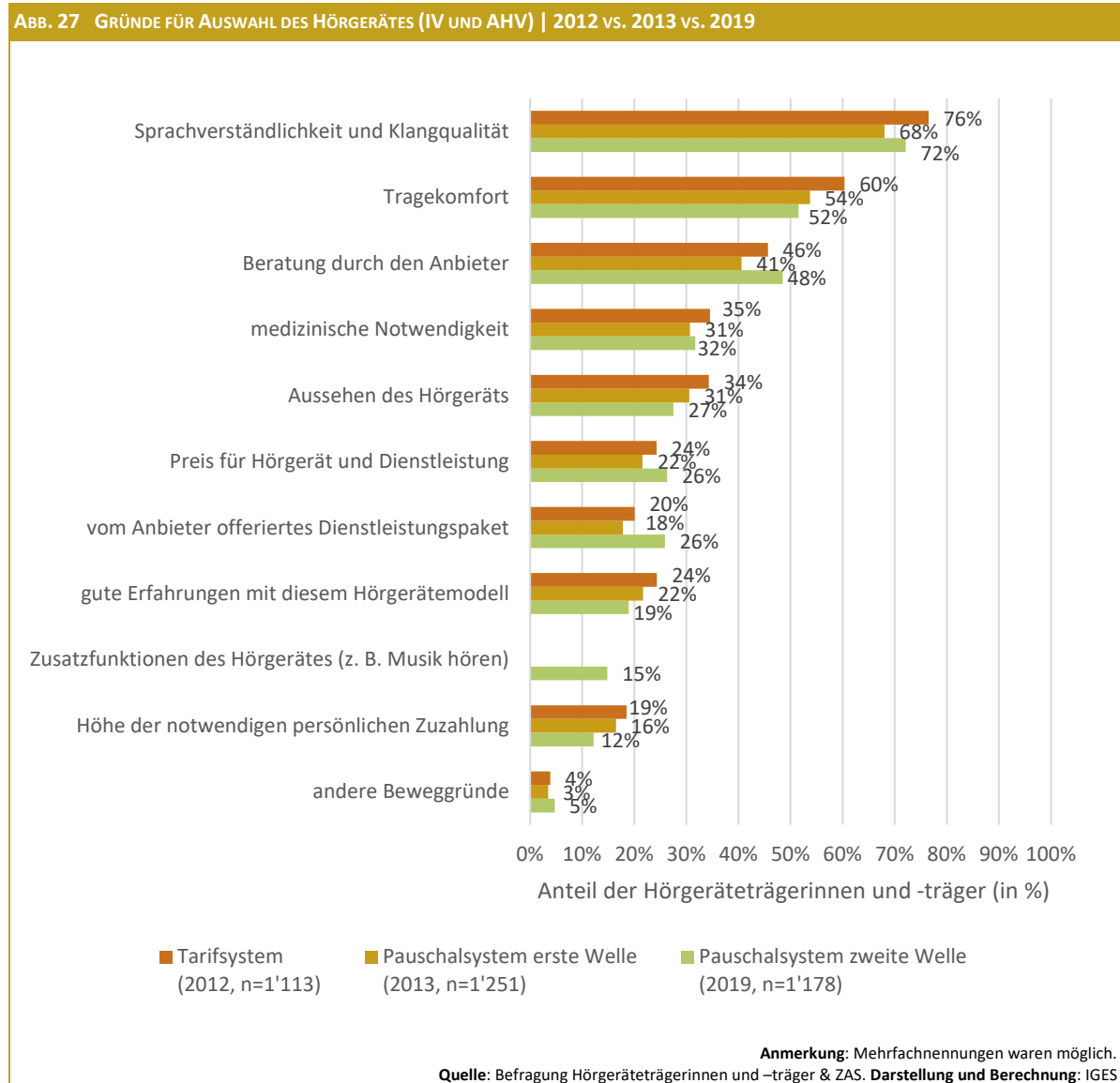
Etwa jeder sechste IV-Versicherte und Härtefall sowie jeder siebte AHV-Versicherte nahm Einschränkungen der Qualität seines Hörgerätes aus finanziellen Gründen in Kauf (siehe Abb. 26). Mit rund 11 Prozent war der entsprechende Anteilswert bei den Kindern geringer.

Abb. 26 QUALITÄTSEINSCHRÄNKUNGEN AUS FINANZIELLEN GRÜNDEN, IV vs. AHV vs. KINDER vs. HÄRTEFÄLLE | 2019



Je höher die Zuzahlung, desto weniger haben die IV- und AHV-Leistungsbezieher aus finanziellen Gründen Einschränkungen der Qualität in Kauf genommen. So haben nur 4 Prozent der Trägerinnen und Träger eines Hörgerätes eine Zuzahlung in der Höhe von mindestens 6'000 CHF leisteten, Einschränkungen in Kauf genommen. Bei 2'000 CHF bis 6'000 CHF liegt die Toleranz für Qualitätseinschränkungen aus monetären Gründen bei 13 Prozent, bei Zuzahlungen bis 2'000 CHF schon bei knapp einem Viertel. Rund 39 Prozent der Personen, die keine Zuzahlung geleistet haben, nahmen Qualitätseinbussen aus finanziellen Gründen in Kauf. Dennoch war die Qualität der Hörgeräteversorgung in Bezug auf die Zufriedenheit und die Tragerate sehr hoch (siehe Kap. 4.5).

Die grosse Mehrheit der im Jahr 2019 befragten Hörgeräteträgerinnen und -träger (72 Prozent) gab Sprachverständlichkeit und Klangqualität als wichtigste Auswahlkriterien an (siehe Abb. 27). Im Vergleich zu 2013 (68 Prozent) und 2012 (77 Prozent) hat sich der Anteil der Befragten, für die diese Kriterien von Bedeutung sind, nur geringfügig geändert. Für rund 52 Prozent der Befragten war der Tragekomfort ein wichtiges Kriterium bei der Anschaffung, was im Vergleich zu 2013 (54 Prozent) ebenfalls keine wesentliche Veränderung darstellt – jedoch liegt der Wert um etwa acht Prozentpunkte niedriger als 2012.



Die Beratung durch den Anbieter (48 Prozent) und die medizinische Notwendigkeit (32 Prozent) sind weitere Gründe für die Wahl des Hörgerätes, die von einem grossen Teil der Befragten angegeben worden sind. Im Vergleich zu 2012 und 2013 führte wieder ein grösserer Anteil der Befragten die Beratung durch den Anbieter als Grund an (2012: 46 Prozent; 2013: 41 Prozent;), während im Zeitverlauf kein Trend bei der medizinischen Notwendigkeit (2012: 34.5 Prozent; 2013: 31 Prozent) als Grund für die Wahl eines Hörgerätes zu erkennen war.

Das Aussehen des Hörgerätes wird von ungefähr einem Viertel (27 Prozent) als ein Auswahlkriterium angegeben, im Vergleich zu 2013 (31 Prozent) und 2012 (34.3 Prozent) geht der Anteil damit zurück. Der Preis für Hörgerät und Dienstleistung (26 Prozent) ist ebenfalls nur für einen Teil der Befragten ein Grund für die Auswahl des Hörgerätes; dies ist ein nur geringfügiger Anstieg im Vergleich zu 2013 und 2012. Die Höhe der persönlich zu leistenden Zuzahlung liegt mit 12 Prozent im untersten Bereich der Gründe. Im Vergleich zu 2013 (16 Prozent) und 2012 (19 Prozent) ist der Anteil der befragten Hörgeräteträgerinnen und -träger, für die die Höhe der Zuzahlung einen wichtigen Grund darstellte, sogar gesunken.

Vom Anbieter offerierte Dienstleistungspakete wurden im Jahr 2019 häufiger genannt als in den früheren Befragungswellen (26 Prozent vs. 18 Prozent vs. 20.0 Prozent). Weitere Auswahlgründe sind gute Erfahrungen mit dem Modell des Hörgerätes (19 Prozent) und Zusatzfunktionen des Hörgerätes (15 Prozent, erstmals erfragt in 2019).

Etwa die Hälfte der Befragungsteilnehmer, die 4'000 bis 6'000 CHF oder mehr als 6'000 CHF als Zuzahlung geleistet haben, gaben die Beratung durch den Anbieter als einen Grund für die Wahl des Hörgerätes an. Dagegen betrug dieser Anteil bei den Befragten, die keine Zuzahlung tätigten, lediglich rund 38 Prozent. Für die Befragungsteilnehmer, die mehr als 6'000 CHF Zuzahlung geleistet haben, spielte auch die Zusatzfunktionen des Hörgerätes (26 Prozent), das offerierte Dienstleistungspaket (32 Prozent) und die Sprachverständlichkeit und Klangqualität (82 Prozent) für die Wahl des Hörgerätes häufiger eine Rolle als für die Teilnehmer, die keinen oder einen geringeren Betrag selbst bezahlten. Die medizinische Notwendigkeit war für die Personen, die keine Zuzahlung leisteten, öfter ein Entscheidungskriterium für die Wahl des Hörgerätes (47 Prozent) als für die Befragten, die einen Zuzahlungsbetrag bezahlten.

4.3.6 ZWISCHENFAZIT HÖRGERÄTEKAUF

Aus den Befragungsergebnissen direkt nach dem Systemwechsel ergaben sich keine Hinweise darauf, dass ein «Empowerment» der Hörgeräteträgerinnen und -träger erreicht wurde, wie es von der Umstellung auf das Pauschalsystem erwartet wurde. In der zweiten Welle der Befragung deuten einige Ergebnisse auf ein zunehmendes Empowerment hin: So hat sich der Anteil derer, die sich vor dem Hörgerätekauf bei mehreren Hörgeräteakustikern informierten, mehr als verdoppelt und liegt nun bei rund 14 Prozent. Auch der Anteil der Hörgeräteträgerinnen und -träger, die vor dem Kauf mehrere Geräte miteinander verglichen, hat sich auf rund 35 Prozent und damit signifikant erhöht: um elf Prozentpunkte im Vergleich zu der Basisbefragung im Tarifsysteem und um acht Prozentpunkte im Vergleich zu der ersten Befragung im Pauschalsystem. Das Internet hat als Informationsquelle wesentlich an Bedeutung gewonnen. Auch die meisten Expertinnen und Experten gaben an, dass Anbietervergleiche und Preisdiskussionen zugenommen haben. Allerdings verwiesen die Expertinnen und Experten auch häufig auf die «Schweizer Mentalität», nach der Preisvergleiche nicht üblich seien. Dies zeigt sich auch in den Antworten zur Bekanntheit von Gesamtpreisen und Zuzahlungshöhen.

Die Beurteilung der eigenen Informiertheit über Hörgeräte vor dem Hörgerätekauf hat im Zeitvergleich abgenommen: Während im Jahr 2012 noch mehr als die Hälfte der Befragten der Aussage «Ich fühlte mich vor dem Hörgerätekauf ausreichend über Hörgeräte informiert» zustimmten, war der Anteil im Jahr 2019 mit rund 37 Prozent geringer. Dieses Ergebnis passt zu der Einschätzung der meisten Expertinnen und Experten, dass es für die Hörgeräteträgerinnen und -träger nicht leicht sei, das Preis-Leistungs-Verhältnis bei einem Hörgerätekauf tatsächlich beurteilen zu können. Insbesondere ein Vergleich der Service- und Anpassungsleistungen und der Nachbetreuungsleistungen sei sehr schwierig.

Ein Anstieg, wenn auch auf sehr geringem Niveau, ist bei den Hörgeräten, die im Internet oder ausserhalb der Schweiz gekauft werden, zu verzeichnen: Im Jahr 2013 kauften 2 Prozent der Befragten das Gerät im Ausland, im Jahr 2019 hat sich der Anteil mehr als verdoppelt (5 Prozent). Im Internet wurden im Jahr 2019 2 Prozent der Hörgeräte gekauft, was in den früheren Jahren noch quasi gar nicht zu beobachten war.

Die Zuzahlungen sind im Vergleich zum Tarifsysteem und im Vergleich zur ersten Welle des Pauschalsystems beträchtlich gestiegen. Während im Jahr 2012 die durchschnittlichen Zuzahlungen jeweils rund 1'892 CHF (Median) betragen, lagen sie im Pauschalsystem mit 3'345 CHF in 2013 deutlich höher und sind in der zweiten Welle mit 3'558 CHF noch einmal gestiegen. Auch der Anteil derer, die eine Zuzahlung leisten mussten, stieg

von 92 Prozent auf 98 Prozent. Nur rund einem Viertel der IV-Versicherten und rund 8 Prozent der AHV-Versorgten wurde beim Kauf ihres Hörgerätes ein zuzahlungsfreies Modell angeboten. Etwa jeder sechste IV-Versicherte und Härtefall sowie jeder siebte AHV-Versicherte nahm Einschränkungen der Qualität seines Hörgerätes aus finanziellen Gründen in Kauf.

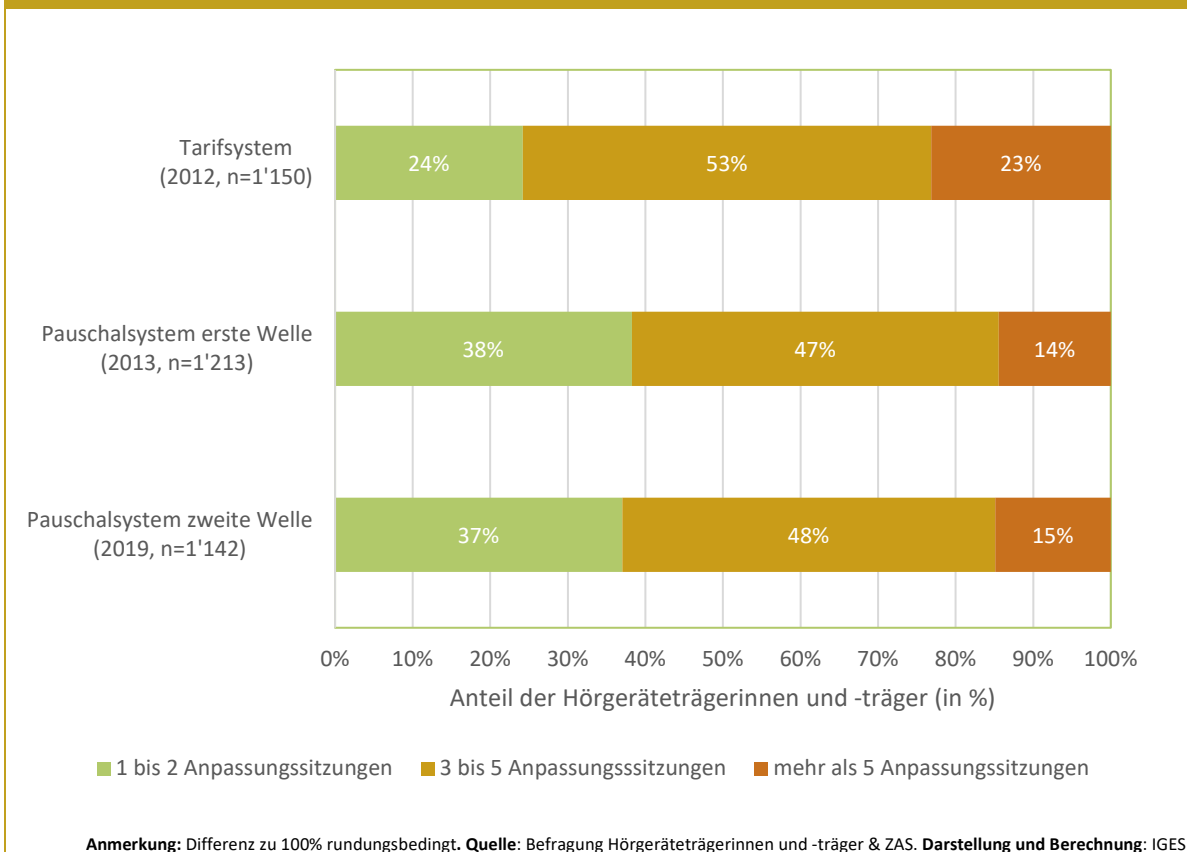
4.4 INFORMATIONEN ZU DIENSTLEISTUNGEN

4.4.1 ANZAHL DER ANPASSUNGSSITZUNGEN

Während im Tarifsysteem noch bei rund drei Viertel der befragten Hörgeräteträgerinnen und -träger mehr als zwei Anpassungssitzungen durchgeführt wurden, lag der entsprechende Anteil sowohl bei der ersten als auch bei der zweiten Welle im Pauschalsystem mit 62 Prozent und 63 Prozent deutlich darunter (siehe Abb. 28). Dementsprechend stieg im Pauschalsystem der Anteil derer, die laut eigenen Angaben nur eine bis zwei Anpassungssitzungen hatten, von knapp einem Viertel im Tarifsysteem auf 38 Prozent (erste Welle) bzw. 37 Prozent (zweite Welle) im Pauschalsystem. Ungefähr jeder siebte Befragte im Pauschalsystem bekam mehr als fünf Anpassungssitzungen – im Tarifsysteem war es noch rund jeder Vierte. Der Unterschied zwischen den Befragungen im Jahr 2012 und 2019 hinsichtlich der Anzahl der Anpassungssitzungen ist signifikant ($\chi(df = 3) = 55.6$; $p = 0.00$), jedoch nicht zwischen dem Pauschalsystem der ersten und zweiten Welle ($\chi(df = 3) = 3.9$; $p = 0.273$).

Der Rückgang der Anpassungssitzungen wurde von den Expertinnen und Experten unterschiedlich bewertet. Zum einen wurde angeführt, dass die Hörgeräte technisch immer besser würden und eine für den Kunden zufriedenstellende Einstellung auf der Grundlage eines ausführlichen Audiogrammes daher schneller möglich sei. Der Rückgang der Anpassungssitzungen habe damit keine Auswirkungen auf die Qualität. Zum anderen wurde angeführt, dass der Rückgang auch damit zusammenhängen könnte, dass der Hörgeräteakustiker aus unternehmerischen Gründen keinen Anreiz mehr habe, Anpassungssitzungen durchzuführen – zumindest, wenn die Erstakzeptanz beim Kunden gegeben sei.

Abb. 28 ANPASSUNGSSITZUNGEN (NUR IV UND AHV) | 2012 vs. 2013 vs. 2019



Bei knapp der Hälfte der Kinder genühten ein bis zwei Anpassungssitzungen, während dies nur auf einen geringeren Anteil der AHV-Leistungsbezieher (41 Prozent) und IV-Versorgten (35 Prozent) zutraf. Dagegen war bei jeder fünften Versicherten, jedem fünften Versicherten mit einer Härtefall-Versorgung diese Anzahl an Anpassungssitzungen notwendig. Rund 48 Prozent der IV-Versicherten und AHV-Versorgten sowie etwa 43 Prozent der Kinder und Härtefälle benötigten drei bis fünf Anpassungssitzungen. Mehr als ein Drittel der Versicherten mit Härtefall-Versorgung benötigte vor dem Kauf des derzeitigen Hörgerätes mehr als fünf Anpassungssitzungen, aber nur etwa jedes zehnte Kind. Bei den IV-Versicherten (17 Prozent) und AHV-Versorgten (11 Prozent) war dieser Anteil im Vergleich ebenfalls deutlich niedriger als bei den Härtefällen. Auch zwischen den Gruppen waren die Unterschiede signifikant ($\chi(df = 9) = 283.4; p = 0.00$).

Rund 47 Prozent der Kinder mit einer Erstversorgung benötigten eine bis zwei Anpassungssitzungen. Der entsprechende Anteilswert lag bei den anderen Gruppen (IV: 32 Prozent; AHV: 38 Prozent) deutlich niedriger, besonders bei den Versicherten mit Härtefall-Versorgungen (16 Prozent). In allen Gruppen mit einer Folgeversorgung wurden häufiger eine bis zwei Anpassungssitzungen in Anspruch genommen als bei den Hörgeräteträgerinnen und -trägern mit einer Erstversorgung.

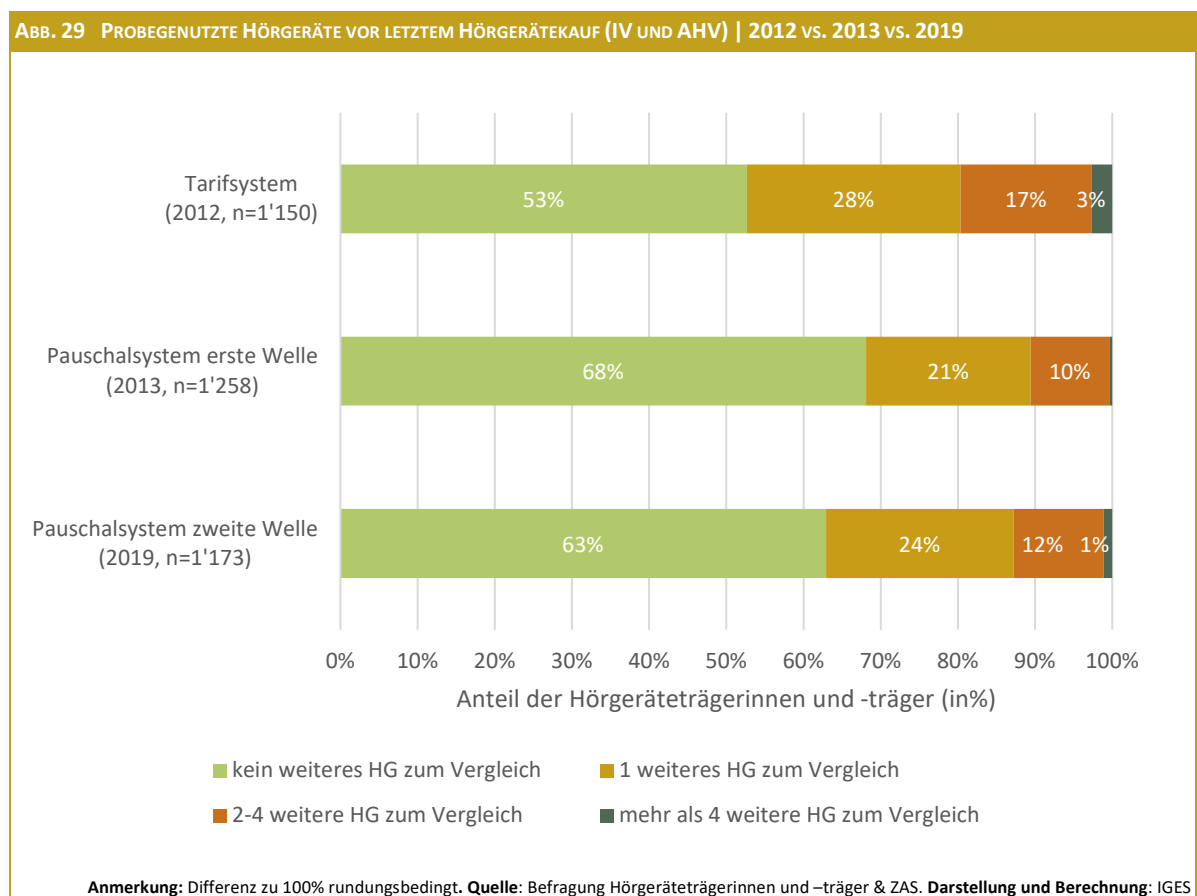
Personen mit einer leichten Hörminderung (11 Prozent) benötigten seltener mehr als fünf Anpassungssitzungen als Befragte mit einem mittleren (16 Prozent) oder einem hochgradigen Hörverlust (27 Prozent). Darüber hinaus reichten für 40 Prozent der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer mit leichtem Hörverlust und 36 Prozent mit einer mittleren Hörminderung eine bis zwei Anpassungssitzungen aus. Der entsprechende Anteilswert für Personen mit hochgradigem Hörverlust (27 Prozent) lag deutlich darunter. Zwischen den verschiedenen Graden der Hörminderung waren signifikante Unterschiede feststellbar ($\chi(df = 12) = 63.2; p = 0.00$).

Bei der Betrachtung der IV-Versicherten, die mehr als fünf Anpassungssitzungen hatten, lassen sich keine erheblichen Unterschiede feststellen, was den Grad der Hörminderung betrifft. Dagegen benötigten AHV-Versorgte mit einem hochgradigen Hörverlust (18 Prozent) wesentlich häufiger mehr als fünf Anpassungssitzungen als AHV-Versicherte mit einem leichten Hörverlust (3 Prozent).

4.4.2 ANZAHL PROBEGENUTZTER HÖRGERÄTE UND DAUER DER ERPROBUNG

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Befragung sollten angeben, ob sie vor dem letzten Hörgerätekauf auch andere Hörgeräte testweise über einen längeren Zeitraum getragen haben. Ungefähr die Hälfte der Befragten im Tarifsysteem trug kein weiteres Hörgerät zum Vergleich (siehe Abb. 29). Dieser Anteil stieg bei der Umstellung auf das Pauschalsystem deutlich an (2013: 68 Prozent) und ging dann in der Befragung von 2019 leicht zurück auf 63 Prozent, lag aber immer noch rund zehn Prozentpunkte höher als im Tarifsysteem.

Im Gegensatz zum Tarifsysteem trugen die Befragten im Pauschalsystem der zweiten Welle geringfügig seltener nur ein Hörgerät (2012: 28 Prozent; 2019: 24 Prozent), zwei bis vier Hörgeräte (2012: 17 Prozent; 2019: 12 Prozent) oder auch mehr als vier weitere Hörgeräte zum Vergleich (2012: 3 Prozent; 2019: 1 Prozent). Die Unterschiede zwischen den Befragungen waren signifikant ($\chi(df = 6) = 81.2; p = 0.00$).



Kinder haben in rund 12 Prozent der Fälle mindestens ein weiteres Hörgerät zum Vergleich getragen, bei AHV-Versorgten war der Anteil mit rund 24 Prozent doppelt so hoch. Bei den IV-Versicherten trugen 44 Prozent mindestens ein Hörgerät testweise und bei den Versicherten mit Härtefall-Versorgungen sogar ungefähr zwei Drittel.

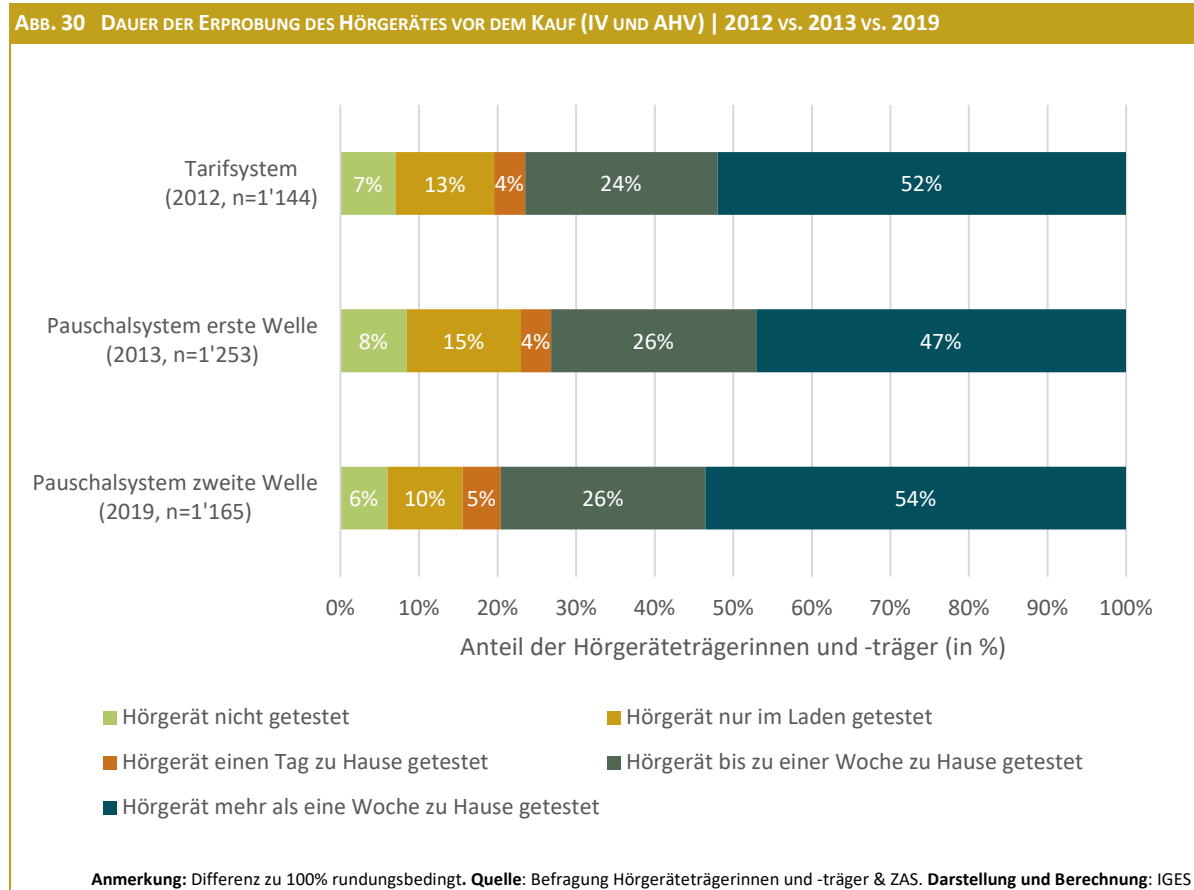
Rund 30 Prozent der Versicherten mit Härtefall-Versorgungen trugen zwei bis vier Hörgeräte zum Vergleich – dieser Anteil war beträchtlich höher als bei den IV-Versicherten (rund 15 Prozent), den AHV-Versicherten (6 Prozent) und den Kindern (rund 4 Prozent). Auch zwischen diesen Gruppen waren die Unterschiede signifikant ($\chi(df = 9) = 328.179$; $p = 0.00$).

Im Vergleich zur Erstversorgung lagen in der Folgeversorgung die Anteile in allen Gruppen, die kein weiteres Hörgerät testeten, deutlich niedriger.

Rund 52 Prozent der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer mit einer hochgradigen Hörminderung probierten kein weiteres Hörgerät zum Vergleich aus. Dieser Anteil lag bei den Personen mit leichtem Hörverlust und mit mittlerer Hörminderung um etwa fünf bzw. zwölf Prozentpunkte höher. Dementsprechend testete die Gruppe der hochgradig hörgeminderten Personen am häufigsten (21 Prozent) zwei oder mehr Hörgeräte, dicht gefolgt von Befragten mit leichter (17 Prozent) und mittlerer Hörminderung (15 Prozent). Diese Unterschiede sind signifikant (Fisher's exact Test, zweiseitig; $p = 0.000$).

DAUER DER ERPROBUNG DES HÖRGERÄTES

Im Jahr 2012 testeten etwa 76 Prozent der Hörgeräteträgerinnen und -träger ihr Gerät bis zu einer Woche oder länger zu Hause (siehe Abb. 30). In der ersten Befragungswelle im Pauschalsystem im Jahr 2013 waren es lediglich 73 Prozent, im Jahr 2019 stieg der Anteil wieder auf rund 80 Prozent. In allen drei Befragungen testeten weniger als zehn Prozent der Befragten vor dem Kauf ihr Hörgerät gar nicht. Im Vergleich zum Tarifsystem (13 Prozent) und zum Pauschalsystem der ersten Welle (15 Prozent) kam es im Jahr 2019 seltener vor, dass das Hörgerät nur im Laden ausprobiert wurde (10 Prozent). Lediglich die Unterschiede zwischen erster und zweiter Welle waren statistisch signifikant ($\chi(df = 4) = 24.133$; $p = 0.00$), d. h. es gibt aktuell keine Unterschiede mehr bezüglich der Dauer der Erprobung des Hörgerätes im Vergleich zum Tarifsystem.

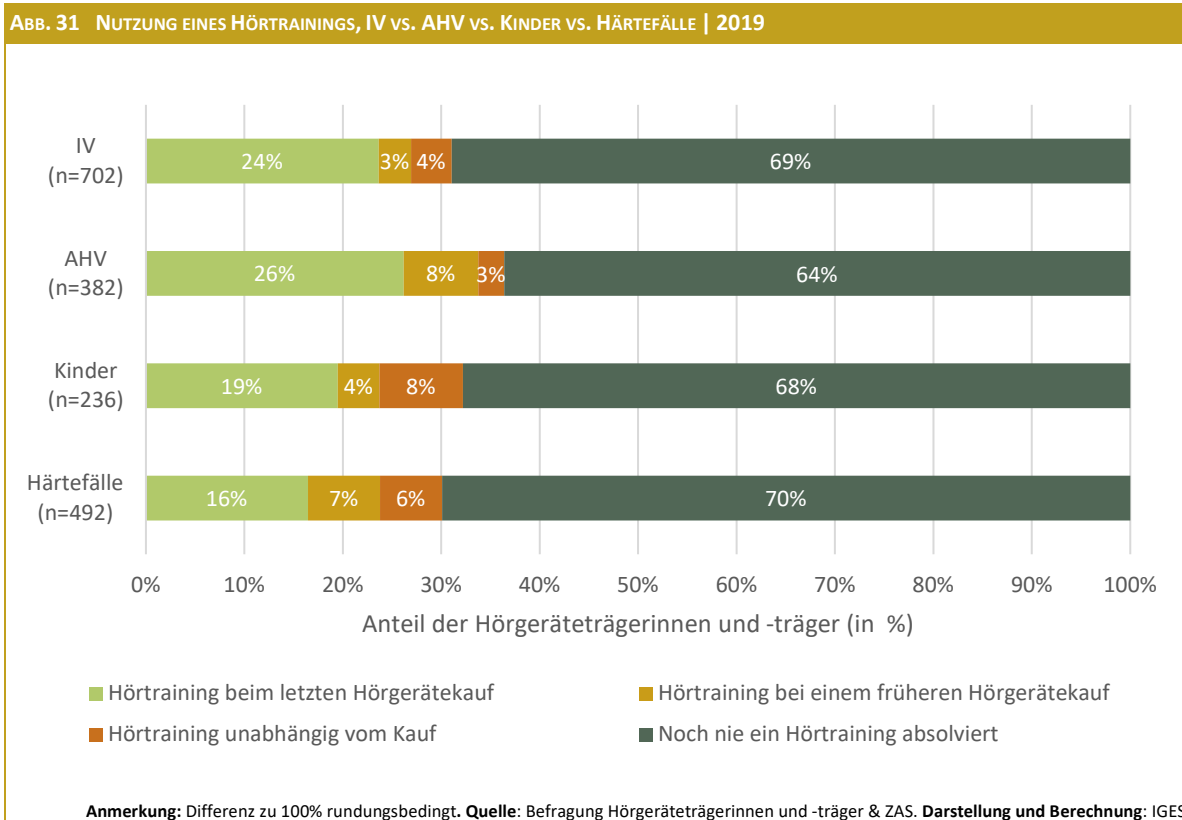


Die befragten Härtefälle, IV- und AHV-Versicherten haben ihr derzeitiges Hörgerät vor dem Kauf häufiger getestet als Kinder. Nur sehr wenige Versicherte mit Härtefall-Versorgungen (6.4 Prozent), IV-Versorgte (4.7 Prozent) und AHV-Versorgte (8.4 Prozent) testeten das Hörgerät vor dem Kauf nicht. Bei den Kindern lag dieser Anteil mit 39.1 Prozent wesentlich höher. Rund zwei Drittel der Härtefälle haben ihr derzeitiges Hörgerät mehr als eine Woche zu Hause ausprobiert, während der entsprechende Anteilswert bei den IV-Versicherten 59.2 Prozent betrug. Bei den AHV-Versorgten (43 Prozent) und Kindern (31.9 Prozent) lag dieser Anteil deutlich niedriger.

Zwischen der Erst- und Folgeversorgung konnten im Testverhalten der Hörgeräte keine erheblichen Unterschiede festgestellt werden. Im Vergleich zur Erstversorgung wurde das Gerät von den IV-Versicherten in der Folgeversorgung seltener bis zu einer Woche oder länger zu Hause getestet (89 Prozent gegenüber 82 Prozent). Kinder in der Erstversorgung probierten das Hörgerät häufiger nur im Laden (17 Prozent zu 10 Prozent) aus als Kinder in der Folgeversorgung.

HÖRTRAINING

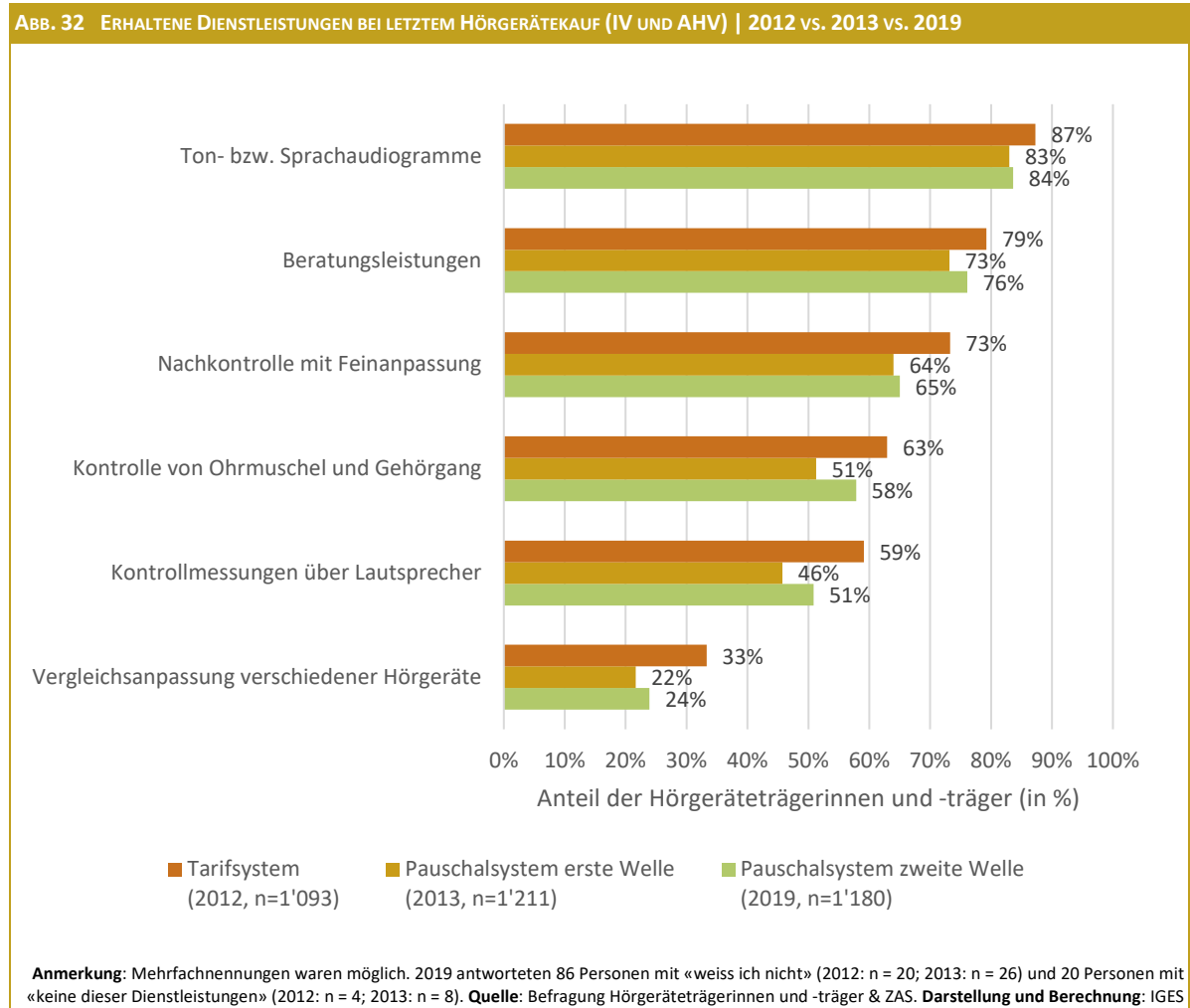
Knapp 70 Prozent der befragten IV-Versicherten und Versicherten mit Härtefall-Versorgungen sowie rund 64 Prozent der AHV-Versorgten haben bisher noch kein Hörtraining absolviert (siehe Abb. 31). Bei den Kindern betrug dieser Anteil rund 68 Prozent.



Am häufigsten haben die IV- (24 Prozent) und AHV-Versicherten (26 Prozent) im Rahmen ihres letzten Hörgerätekaufs dort, wo sie das Hörgerät gekauft haben, ein Hörtraining absolviert; bei den Kindern waren es 19 Prozent, bei den Versicherten mit Härtefall-Versorgungen 16.5 Prozent. Weniger als jeder zehnte Befragte hat ein Hörtraining unabhängig vom Kauf oder bei einem früheren Hörgerätekauf absolviert.

4.4.3 ART DER ERHALTENEN DIENSTLEISTUNGEN

Zwischen den unterschiedlichen Befragungen lassen sich keine grossen Unterschiede hinsichtlich der erhaltenen Dienstleistungen in Bezug auf Ton- bzw. Sprachaudiogramme und Beratungsleistungen beim Kauf des derzeitigen Hörgerätes feststellen (siehe Abb. 32). Jedoch ist im Vergleich zum Tarifsystem bei der Nachkontrolle mit Feinanpassung und bei den Kontrollmessungen über Lautsprecher im Jahr 2019 ein Rückgang um rund acht Prozentpunkte zu erkennen. Der Rückgang gegenüber 2012 bei der Vergleichsanpassung verschiedener Hörgeräte beträgt 2019 nahezu zehn Prozentpunkte.



Die Härtefälle (39 Prozent) erhielten beim Kauf ihres letzten Hörgerätes wesentlich häufiger Vergleichsanpassungen verschiedener Hörgeräte als die anderen betrachteten Gruppen (IV: 25 Prozent; AHV: 12 Prozent; Kinder: 9 Prozent). Darüber hinaus wurden bei den Härtefällen (60 Prozent) und Kindern (59 Prozent) häufiger Kontrollmessungen über Lautsprecher durchgeführt als bei den IV-Versorgten (49 Prozent) und AHV- Leistungsbezieherinnen und -beziehern (37 Prozent). Im Vergleich zu den Versicherten mit Härtefall-Versorgungen wurden bei den AHV-Versicherten auch seltener Nachkontrollen mit Feinanpassungen (74 Prozent gegenüber 50 Prozent) und Kontrollen von Ohrmuschel und Gehörgang (63 Prozent gegenüber 55 Prozent) durchgeführt. Auch bei den Kindern war die Kontrolle von Ohrmuschel und Gehörgang häufiger (69 Prozent) als bei den anderen drei Gruppen.

Gemäss den Expertinnen und Experten ist der Rückgang der Dienstleistungen – vor allem auch im Hinblick auf die Qualität der Versorgung – je nach Dienstleistung unterschiedlich zu bewerten. So waren einige der Expertinnen und Experten der Meinung, dass eine Vergleichsanpassung verschiedener Hörgeräte «old fashioned» und mit den neuen Hörgeräten nicht mehr notwendig sei, da ein Hörgerät schon viele mögliche Anpassungsparameter besitze. Auf der Grundlage einer umfassenden Anamnese könne von Anfang an das passende Hörgerät ausgewählt werden. Andere Expertinnen und Experten dagegen argumentierten, dass ein Vergleich von Hörgeräten verschiedener Hersteller nach wie vor sinnvoll sei, da sich die Hörgeräte der Hersteller beispielsweise im Hinblick auf den Klang unterscheiden. Da die Hörgeräteakustiker zunehmend nur noch Hörgeräte

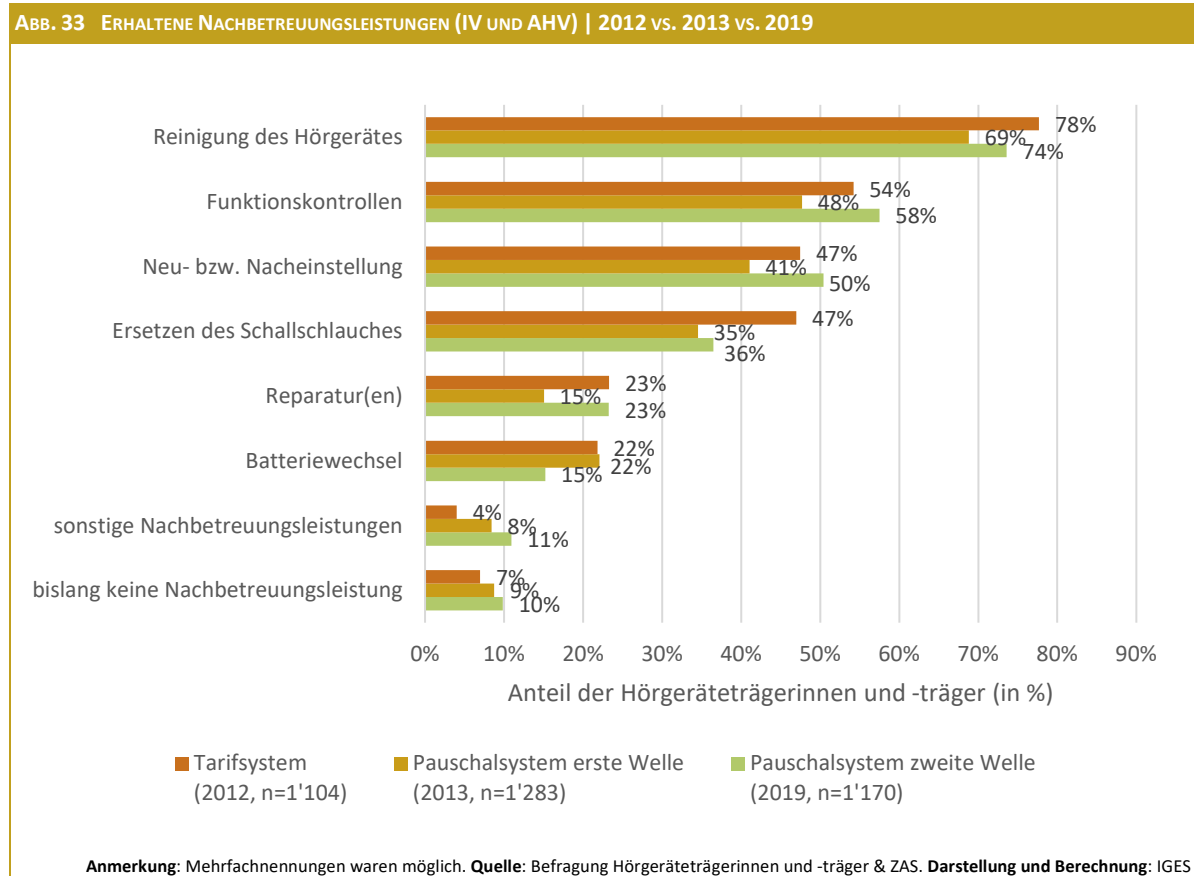
eines einzigen Herstellers im Sortiment haben, werde dann keine vergleichende Anpassung mehr durchgeführt. Dagegen wurde argumentiert, dass eine vergleichende Anpassung von Hörgeräten des gleichen Herstellers auch sinnvoll sein könne, wenn sich die beiden vergleichenden Hörgeräte in unterschiedlichen Preissegmenten befinden. Des Weiteren wurde von den Expertinnen und Experten häufig das Argument angeführt, dass aufgrund der technischen Entwicklung der Hörgeräte die Erstakzeptanz schon hoch sei und bei Zufriedenheit des Kunden dann keine vergleichende Anpassung durchgeführt werde.

Der Rückgang der Nachkontrolle mit Feinanpassung wurde von den Expertinnen und Experten tendenziell eher negativ bewertet, da dies negative Auswirkungen auf die Qualität haben könne.

Grundsätzlich wurde der Rückgang der Dienstleistungen als «natürliche Entwicklung, wenn Pauschalen verkauft werden» bezeichnet. Der Hörgeräteakustiker habe dann keinen Anreiz, den Kunden einzubestellen. Die Kundenzufriedenheit sei dennoch hoch, da der Kunde wisse, dass er jederzeit vorbeikommen könne. Zudem seien die Hörgeräteträgerinnen und -träger tendenziell «froh, wenn es schnell geht».

4.4.4 NACHBETREUUNGSLEISTUNGEN

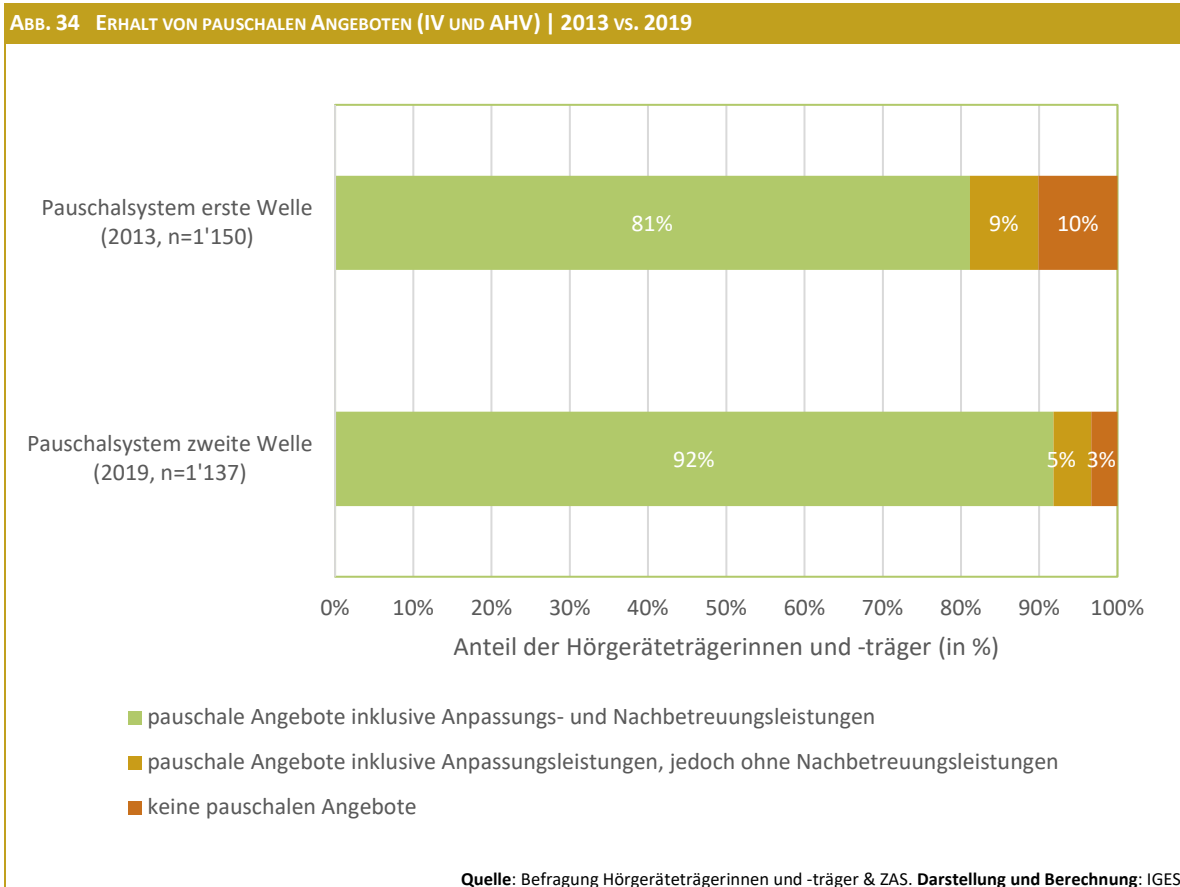
Im Vergleich zu 2019 erhielten Befragte im Tarifsysteem häufiger eine Reinigung ihres Hörgerätes (74 Prozent gegenüber 78 Prozent), den Austausch ihres Schallschlauches (36 Prozent gegenüber 47 Prozent) und einen Batteriewechsel (22 Prozent gegenüber 15 Prozent) als Nachbetreuungsleistung (siehe Abb. 33). Im Pauschal-system der zweiten Welle bekamen die Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer in einem geringfügigen Umfang öfter Funktionskontrollen als im Tarifsysteem (58 Prozent gegenüber 54 Prozent) und Neu- bzw. Nach-einstellungen (50 Prozent gegenüber 47 Prozent). Jeder zehnte im Jahr 2019 Befragte bekam bislang keine Nachbetreuungsleistung.



Besonders im Vergleich zu den AHV-Versicherten wurden bei den Kindern häufiger Nachbetreuungsleistungen wie Reparaturen (16 Prozent gegenüber 53 Prozent), das Ersetzen des Schallschlauches (29 Prozent gegenüber 62 Prozent), die Neu- bzw. Nacheinstellung des Hörgerätes (44 Prozent gegenüber 63 Prozent) sowie ein Batteriewechsel (14 Prozent gegenüber 24 Prozent) durchgeführt. Zwischen den einzelnen Gruppen gab es hinsichtlich der Reinigung der Hörgeräte, Funktionskontrollen und sonstigen Nachbetreuungsleistungen keine erheblichen Unterschiede.

4.4.5 PAUSCHALE DIENSTLEISTUNGSANGEBOTE

Bei der aktuellen Befragung wurden den Befragungsteilnehmern zu einem grösseren Anteil (92 Prozent) pauschale Angebote inklusive Anpassungs- und/oder Nachbetreuungsleistungen offeriert als noch im Jahr 2013 (81 Prozent) (siehe Abb. 34). Während im Jahr 2013 jeder zehnte Befragte keine pauschalen Angebote erhielt, sank der Anteil 2019 auf 3 Prozent. Der Unterschied zwischen den beiden Befragungen ist signifikant ($\chi^2(df = 3) = 93.246; p = 0.00$).



Während 13 Prozent der Kinder kein pauschales Angebot erhielten, betrug dieser Anteil bei den Befragten der anderen Gruppen etwa 3 Prozent.

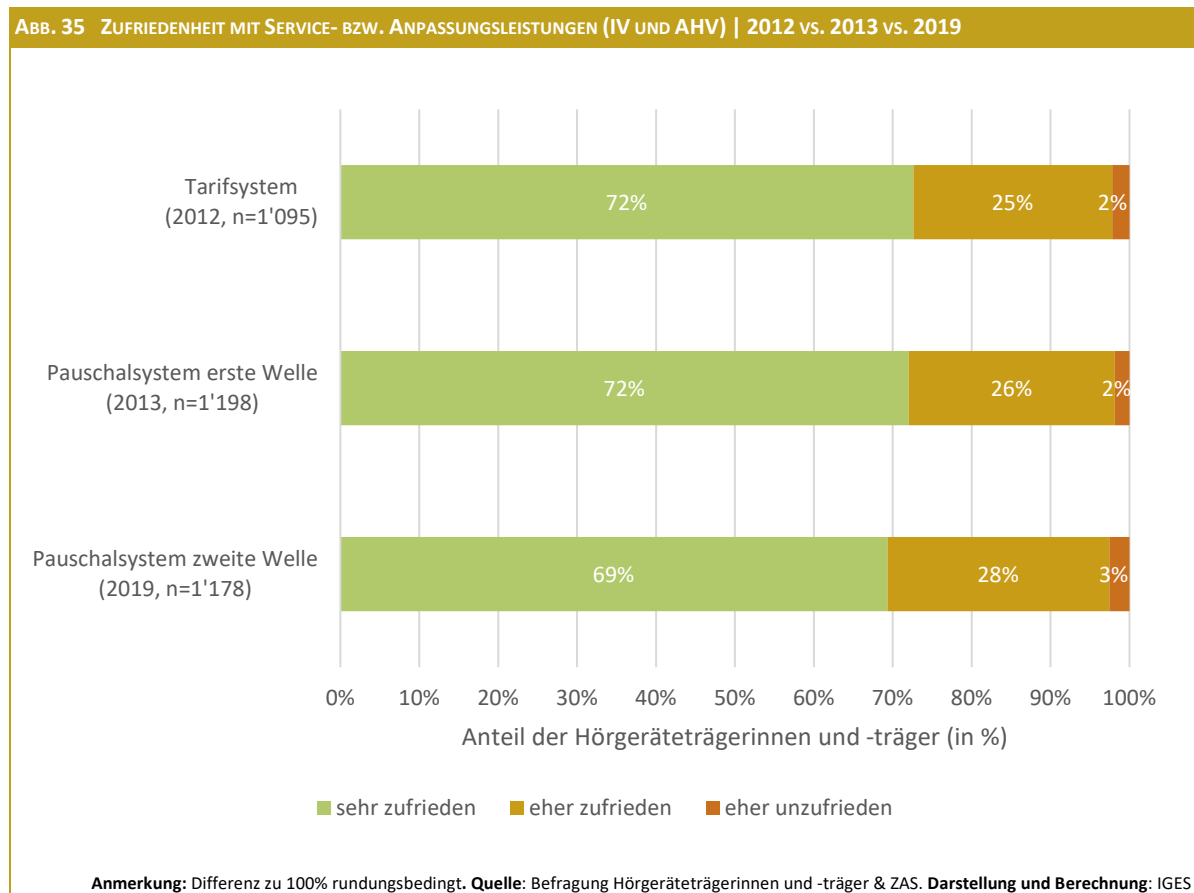
Von den Expertinnen und Experten wurden die Dienstleistungspakete kontrovers beurteilt. Eine grosse Schwierigkeit sei die Transparenz der Dienstleistungspakete. So würden manche Anbieter die Dienstleistungen nicht aufschlüsseln – in manchen Fällen werde sogar der Preis der Geräte und der Dienstleistung nicht aufgeschlüsselt, obwohl dies eine Vorgabe sei. Andere Expertinnen und Experten waren dagegen der Auffassung, dass die Akustiker sich in der Regel um Transparenz bemühen und die Komplexität als Intransparenz ausgelegt werde. Auch verlange der Kunde Transparenz, da er dafür bezahle.

Generell urteilte die Mehrheit der Expertinnen und Experten, dass es wegen der Vielzahl an unterschiedlichen Paketen für die Konsumenten sehr schwierig bis unmöglich sei, das Preis-Leistungs-Verhältnis zu bewerten. Die pauschalen Dienstleistungspakete unterscheiden sich beispielsweise in den inkludierten Nachbetreuungsleistungen, Gratisbatterien oder Garantieverlängerungen. Ein positiver Aspekt der Vielzahl an Dienstleistungspaketen sei, dass der Hörgeräteträger bzw. die Hörgeräteträgerin prinzipiell das für ihn am besten passende Angebot auswählen könne; ein negativer Aspekt sei dagegen, dass diese Vielzahl an Angeboten die Hörgeräteträgerinnen und -träger in vielen Fällen überfordern könne.

4.4.6 ZUFRIEDENHEIT MIT DEN DIENSTLEISTUNGEN

Bei allen drei Befragungen waren die Befragungsteilnehmer hinsichtlich der Service- bzw. Anpassungsleistungen grösstenteils sehr oder eher zufrieden (siehe Abb. 35). Weniger als 3 Prozent drückten bezüglich dieser

Dienstleistungen ihre Unzufriedenheit aus. Die Unterschiede zwischen den Befragungen waren nicht signifikant (Fisher's exact Test, zweiseitig; $p = 0.614$).

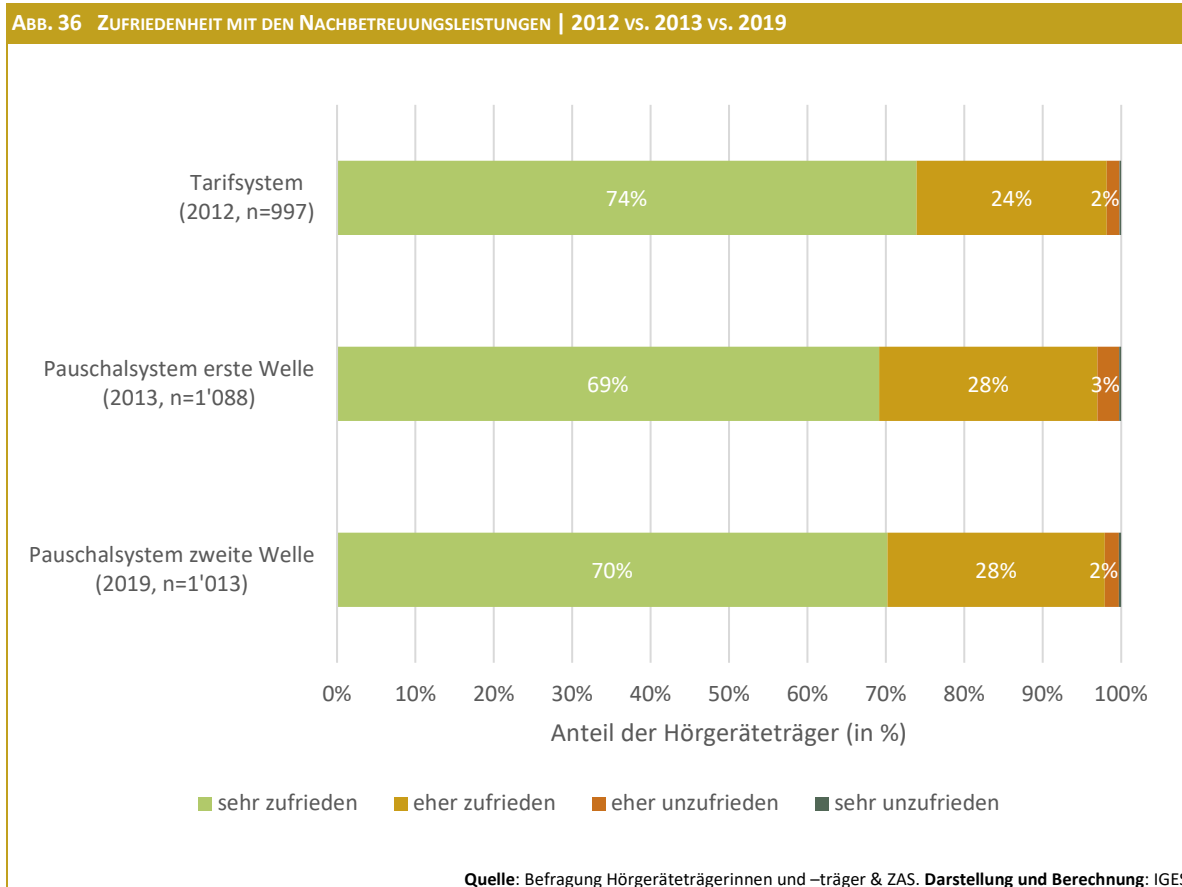


Zwischen den IV- und AHV-Versorgten, den Kindern und den Versicherten mit Härtefall-Versorgungen gab es ebenfalls keine grösseren Unterschiede bezüglich der Service- bzw. Anpassungsleistungen. Nahezu alle Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer waren mit den Service- bzw. Anpassungsleistungen sehr oder eher zufrieden.

Unter den Hörgeräteträgerinnen und -trägern, die einen Zuzahlungsbetrag in Höhe von über 6'000 CHF geleistet haben, war der Anteil derjenigen, die angaben, mit den Service- bzw. Anpassungsleistungen sehr zufrieden zu sein, etwas höher (77 Prozent) als bei den Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmern, die weniger zugezahlt haben (66 Prozent bis 74 Prozent).

ZUFRIEDENHEIT MIT DEN NACHBETREUUNGSLEISTUNGEN

Auf einem ähnlichen Niveau wie die Zufriedenheit mit den Dienstleistungen bewegte sich auch die Zufriedenheit mit den Nachbetreuungsleistungen: mit diesen waren die Hörgeräteträgerinnen und -träger bei allen drei Befragungen grösstenteils eher oder sehr zufrieden (siehe Abb. 36). Auch hier waren die Unterschiede zwischen den Befragungen nicht statistisch signifikant ($\chi(df = 3) = 8.8$; $p = 0.178$).



Ebenso konnten keine grösseren Differenzen zwischen den betrachteten Gruppen (IV/AHV-Versicherte, Kinder, Versicherte mit Härtefall-Versorgungen) festgestellt werden. Über 97 Prozent der Befragten gaben an, sehr oder eher zufrieden zu sein.

4.4.7 ZWISCHENFAZIT DIENSTLEISTUNGEN

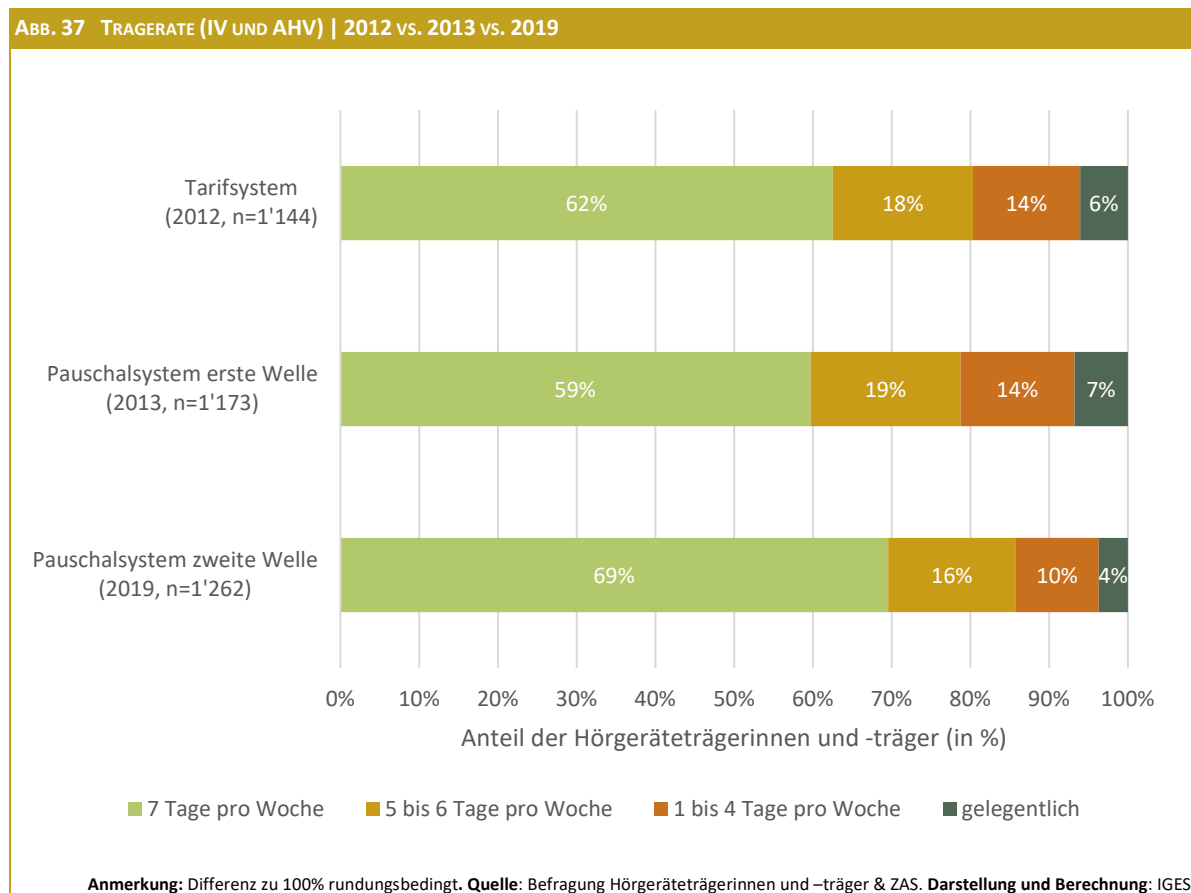
Generell ist im Pauschalsystem gegenüber dem Tarifsystem ein Rückgang des Niveaus der Dienstleistungen zu verzeichnen. Insbesondere ging die Anzahl der Anpassungssitzungen, der vergleichenden Anpassungen, der Nachkontrolle mit Feinanpassung sowie der probetragenearbeiteten Hörgeräte jeweils signifikant zurück. Dies wird von Expertinnen und Experten auch als Folge des technischen Fortschritts gewertet. Die Zufriedenheit mit den Service- und Anpassungsleistungen sowie den Nachbetreuungsleistungen blieb dagegen unverändert auf sehr hohem Niveau.

4.5 HÖRGERÄTENUTZUNG UND ZUFRIEDENHEIT

4.5.1 TRAGERATE

Die grosse Mehrheit der befragten Hörgeräteträgerinnen und -träger (69 Prozent) trug das Hörgerät im Jahr 2019 nach eigenen Angaben täglich (siehe Abb. 37). Damit ist ein deutlicher Anstieg der täglichen Nutzung im Vergleich zu 2013 (59 Prozent) und 2012 (62 Prozent) zu beobachten. Lediglich 4 Prozent der Befragten gaben an, ihr Hörgerät nur gelegentlich zu nutzen, was im Vergleich zu 2013 (7 Prozent) und 2012 (6 Prozent) einen

ebenfalls deutlich geringeren Anteil darstellt. Mit 85 Prozent liegt der Anteil der befragten Hörgeräteträgerinnen und -träger, die ihr Hörgerät regelmässig (täglich oder fünf bis sechs Tage pro Woche) nutzen, über dem Wert von 2013 (78 Prozent) und 2012 (80 Prozent). Während die Unterschiede zwischen 2012 und 2013 nicht signifikant waren, konnten signifikante Unterschiede zwischen dem Pauschalsystem der zweiten Welle sowie den vorherigen Befragungen in den Jahren 2012 (Fisher's exact Test, zweiseitig; $p = 0.002$) und 2013 (Fisher's exact Test, zweiseitig; $p = 0.00$) festgestellt werden.



Deutlich über zwei Drittel der IV- und AHV-Versorgten, Kinder, bzw. deren Eltern und der Versicherten mit Härtefall-Versorgungen gaben an, ihr Hörgerät täglich zu tragen. Ein wesentlich grösserer Anteil der Versicherten mit Härtefall-Versorgungen (85 Prozent) trug im Vergleich zu den anderen betrachteten Gruppen (IV: 70 Prozent; AHV: 68 Prozent; Kinder: 72 Prozent) das Hörgerät sieben Tage die Woche. Dahingegen verwendeten 17 Prozent der AHV-Leistungsbezieherinnen und -bezieher ihr Hörgerät ein bis vier Tage die Woche oder nur wenige Tage im Monat. Bei den Kindern (9 Prozent) und Härtefällen (5 Prozent) war dieser Anteil deutlich niedriger. Vereinzelt wurden die Hörgeräte in den Gruppen nie getragen. Auch die Unterschiede zwischen diesen Gruppen (IV, AHV, Kinder, Härtefälle) sind signifikant (Fisher's exact Test, zweiseitig; $p = 0.00$).

Zwischen den Geschlechtern waren keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Tragerate festzustellen.

Als Begründung für die steigende Tragerate vermuten die Expertinnen und Experten u. a. einen Einfluss der steigenden persönlichen Zuzahlung. «Hörgeräte für die Schublade» schaffe man sich bei der Höhe der Eigen-

beteiligung nicht mehr an. Zudem wurden als Einflussfaktoren eine steigende gesellschaftliche Akzeptanz sowie ein zunehmend modischeres Design der Hörgeräte genannt. Auch spiele vermutlich die steigende Zahl an offenen Versorgungsformen, die – soweit möglich – das natürliche Hören unterstütze, eine Rolle.

Zudem hat es einen grossen Einfluss auf die Tragerate, ob eine Erst- oder Folgeversorgung vorliegt. Bei einer Folgeversorgung trägt ein wesentlicher Anteil der Befragten das Hörgerät sieben Tage die Woche, bei einer Erstversorgung liegt dieser Anteil deutlich niedriger. Der Anteil der Versicherten mit Härtefall-Versorgung und Folgeversorgung, die ihr Hörgerät täglich tragen, ist im Vergleich besonders hoch (93 Prozent). Dagegen nutzen nur 58 Prozent der Versicherten mit Härtefall-Versorgung und Erstversorgung das Hörgerät täglich.

Ein weiterer Einflussfaktor ist der Grad der Hörminderung. Rund 86 Prozent der Personen mit einer hochgradigen Hörminderung nutzten ihr Hörgerät sieben Tage in der Woche. Bei den Teilnehmern mit mittlerem (73 Prozent) und leichtem Hörverlust (58 Prozent) lag dieser Anteil wesentlich niedriger. Mehr als jeder sechste Befragte mit einer leichten Hörminderung verwendete sein Hörgerät einen bis vier Tage pro Woche oder nur wenige Tage im Monat. Zwischen den verschiedenen Graden der Hörminderung waren die Unterschiede signifikant (Fisher's exact Test, zweiseitig; $p = 0.00$).

Um den Einfluss mehrerer Faktoren auf die Tragerate gleichzeitig prüfen zu können, wurde für die Tragerate, zusätzlich zu der bisherigen deskriptiven Darstellung von Einflussfaktoren, ein logistisches Regressionsmodell berechnet. Dafür wurde als abhängige Variable die Tragerate gewählt. Für die folgenden unabhängigen Einflussfaktoren wird berechnet, welchen Einfluss sie auf die Tragerate ausüben (Wahrscheinlichkeit, das Hörgerät «gelegentlich oder nie» vs. «1–7 Tage» zu tragen): einbezogen wurden das technische Niveau des Hörgerätes, der Grad des Hörverlustes, das Geschlecht, Erst- versus Folgeversorgungen, IV- versus AHV, Erwerbstätige versus Nichterwerbstätige, monaurale versus binaurale Versorgungsformen sowie die Höhe der Zuzahlungen. Darüber hinaus sind die Befragungswellen als weitere unabhängige Variable in das Modell integriert, die angibt, ob es sich um eine Versorgung nach dem Tarifsystem oder nach dem Pauschalsystem der ersten oder zweiten Welle handelt.

Die Regressionsresultate (vgl. Tab. 50) bestätigen, dass es – bezogen auf die Befragungszeiträume – zunächst keine signifikanten Unterschiede der Tragerate zwischen dem Tarif- und dem Pauschalsystem der ersten Welle gibt. Jedoch liessen sich signifikante Unterschiede zwischen dem Tarif- und dem Pauschalsystem der zweiten Welle feststellen. Darüber hinaus hat die Erst- versus Folgeversorgung einen signifikanten Einfluss auf die Tragerate. Dabei ist die Wahrscheinlichkeit, dass Erstversorgte das Hörgerät nur gelegentlich oder nie tragen, höher.

Auch das Geschlecht hat einen signifikanten Einfluss auf die Tragerate: Die Wahrscheinlichkeit, dass Frauen ihr Hörgerät mindestens einmal pro Woche tragen, ist grösser. Ausserdem erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit, dass das Hörgerät häufiger getragen wird, mit dem Grad der Hörminderung.⁵⁸ Auch die Erwerbstätigen tragen ihr Hörgerät mit einer höheren Wahrscheinlichkeit regelmässig als Nichterwerbstätige. Die anderen Einflussvariablen waren nicht signifikant. Der Effekt der Befragungswelle muss dabei nicht ausschliesslich oder überwiegend auf die Systemumstellung zurückgeführt werden, sondern lässt sich auch mit der zeitlichen Entwicklung von 2012 bis 2019 erklären, die mit technischem Fortschritt und gesellschaftlicher Entwicklung verbunden ist. Der Hörverlust sowie die Veränderungen zwischen 2012 und 2019 sind die beiden Faktoren mit dem grössten Einfluss auf eine Tragerate von mindestens einmal pro Woche.

⁵⁸ Eine Ausnahme bilden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einem Hörverlust über 80 Prozent (Resthörigkeit), wobei nur wenige Hörgeräteträgerinnen und -träger in diese Kategorie fallen.

TAB. 50 LOGISTISCHES REGRESSIONSMODELL – EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE TRAGERATE

Variable	Odds Ratio	Signifikanz (p-Wert)*
Pauschalsystem erste Welle	1.113	0.579
Pauschalsystem zweite Welle	2.041	0.003
Mann	0.703	0.035
Erstversorgung	0.362	0.000
AHV	1.037	0.860
Binaurale Versorgung	0.998	0.991
Hörverlust 20–40 %	1.002	0.997
Hörverlust 40–60 %	1.723	0.163
Hörverlust 60–80 %	3.343	0.009
Techn. Kategorie 1	2.746	0.332
Techn. Kategorie 2	1.408	0.491
Techn. Kategorie 3	1.005	0.986
Techn. Kategorie 4	1.244	0.239
Erwerbstätigkeit	1.889	0.003
Höhe der Zuzahlung	1.000	0.570
Konstante	13.271	0.000

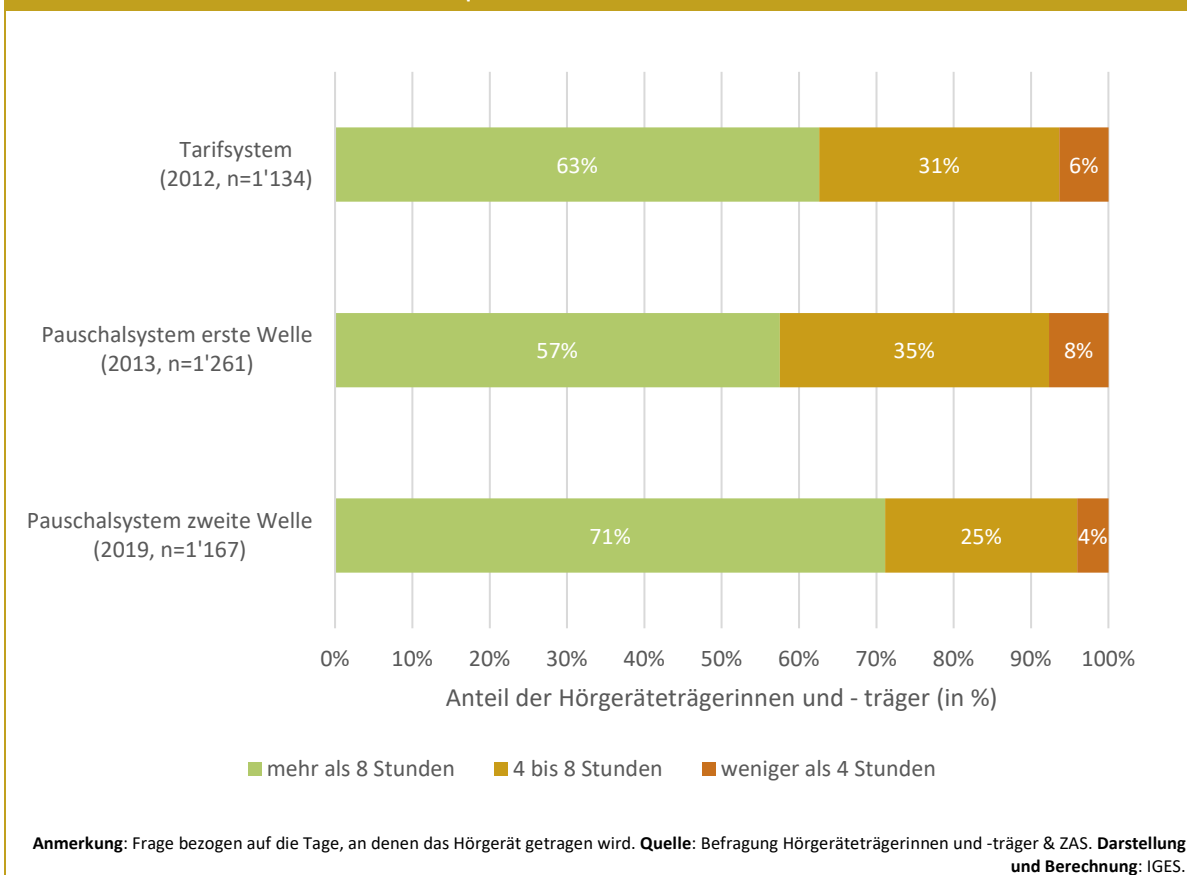
Anmerkung: Abhängige Variable: 0: gelegentlich, nie; 1: 1–7 Tage pro Woche; Ergebnisse mit einem p-Wert geringer oder gleich 0.05 sind statistisch signifikant (Signifikanzniveau 5 %).

Quelle: Befragung Hörgeräteträgerinnen und -träger & ZAS. **Berechnung:** IGES

4.5.2 DURCHSCHNITTLICHE TRAGEDAUER IN STUNDEN

Die grosse Mehrheit der im Jahr 2019 befragten Hörgeräteträgerinnen und -träger (71 Prozent) trug das Hörgerät durchschnittlich mehr als acht Stunden am Tag (siehe Abb. 38). Damit lässt sich ein starker Anstieg gegenüber den Befragungen von 2012 (63 Prozent) und 2013 (57 Prozent) feststellen. Rund ein Viertel der Befragten (25 Prozent) gab an, das Hörgerät zwischen vier und acht Stunden täglich zu nutzen; in den Jahren 2012 und 2013 hatte deren Anteil noch um sechs bzw. zehn Prozentpunkte höher gelegen. Nur ein geringer Teil der Befragten (4 Prozent) hat das Hörgerät im Jahr 2019 weniger als vier Stunden am Tag genutzt. Auch dieser Anteil ist geringer als 2012 (6 Prozent) und 2013 (8 Prozent). Die Unterschiede zwischen den einzelnen Befragungen sind signifikant ($\chi(df = 4) = 51.69$; $p = 0.00$).

Abb. 38 DURCHSCHNITTLICHE TÄGLICHE TRAGEDAUER | 2012 vs. 2013 vs. 2019



Rund 88 Prozent der Versicherten mit einer Härtefall-Versorgung trugen ihr Hörgerät im Schnitt länger als acht Stunden am Tag. Während die Anteile der IV-Versicherten (78 Prozent) und der Kinder (77 Prozent) etwa zehn Prozentpunkte darunter lagen, war der entsprechende Anteilswert der AHV-Leistungsbezieher (58 Prozent) deutlich niedriger. Darüber hinaus trugen 7 Prozent der AHV-Leistungsbezieher ihr Hörgerät durchschnittlich weniger als vier Stunden pro Tag; bei den Kindern waren es noch 5 Prozent. Kaum ein Härtefall (1 Prozent) oder ein IV-Versicherter (2 Prozent) trug sein Hörgerät weniger als vier Stunden am Tag. Insgesamt waren die Unterschiede zwischen den betrachteten Gruppen signifikant ($\chi(df = 6) = 121.9; p = 0.00$).

Der Grossteil der Versicherten mit einer Härtefall- und einer Folgeversorgung (93 Prozent) trug das Hörgerät durchschnittlich mehr als acht Stunden pro Tag. Die entsprechenden Anteilswerte waren für die IV- (83 Prozent) und AHV-Versicherten (75 Prozent) sowie für die Kinder (86 Prozent) deutlich niedriger. Im Vergleich zur Folgeversorgung nutzten alle Gruppen mit einer Erstversorgung ihr Hörgerät wesentlich seltener mehr als acht Stunden am Tag.

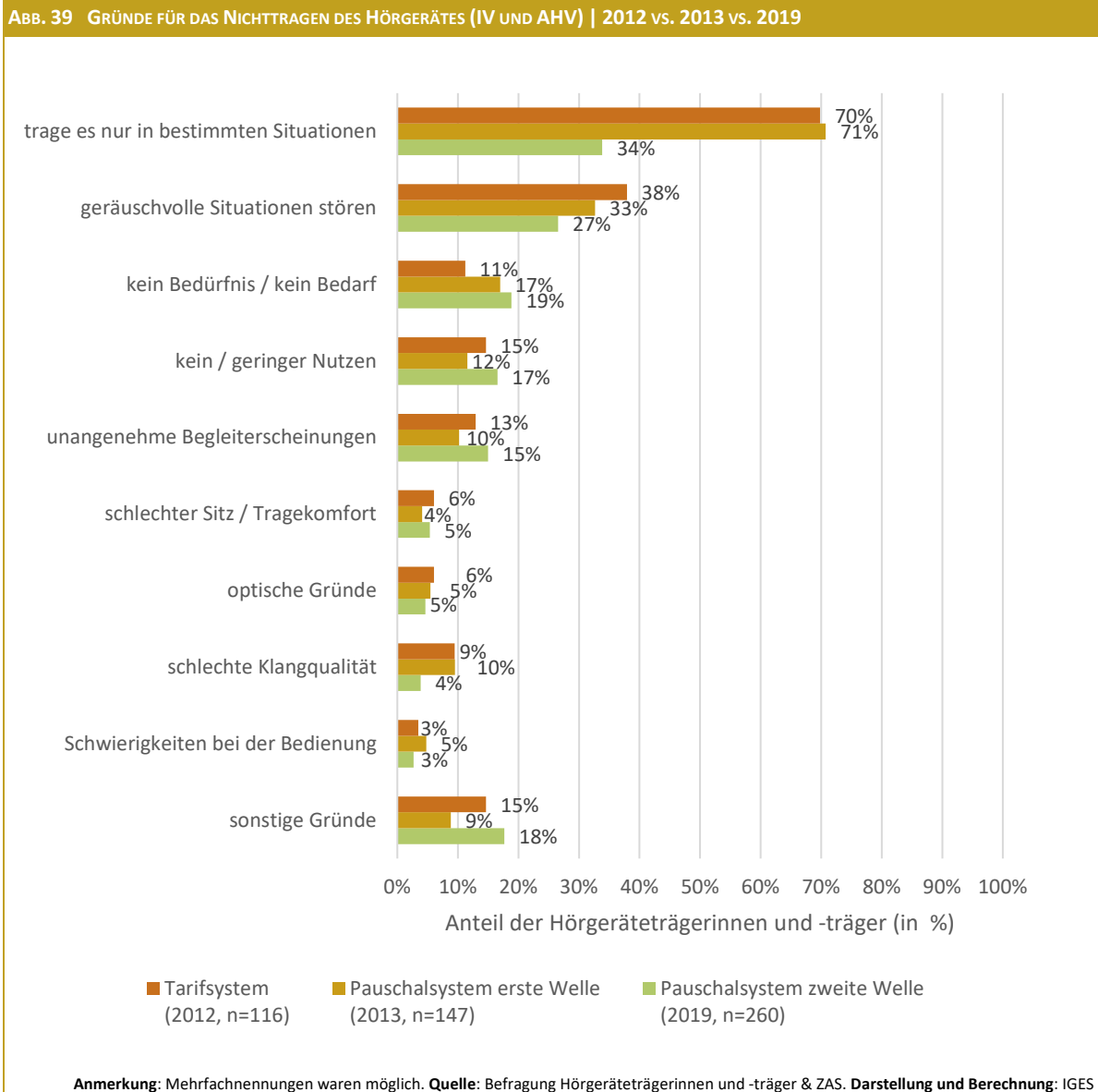
Bei der Betrachtung der durchschnittlichen täglichen Tragedauer im Hinblick auf den Grad der Hörminderung lässt sich eine ähnliche Verteilung wie bei der Tragerate feststellen: Bei einem Grossteil der Befragten mit einer hochgradigen Hörminderung betrug die durchschnittliche tägliche Tragedauer mehr als acht Stunden (86 Prozent). Auch hier liegen die entsprechenden Anteilswerte bei den Teilnehmern mit mittlerem (74 Prozent) und leichtem Hörverlust (69 Prozent) deutlich niedriger. Auch bezüglich der verschiedenen Grade der Hörminderung sind die Unterschiede statistisch signifikant ($\chi(df = 8) = 71.1; p = 0.00$).

4.5.3 GRÜNDE FÜR DAS NICHTTRAGEN DES HÖRGERÄTES

Die Befragten, die ihr Hörgerät nur selten oder überhaupt nicht (gelegentlich, nie oder nur weniger als vier Stunden am Tag) trugen, wurden gebeten, die Gründe hierfür anzuführen.

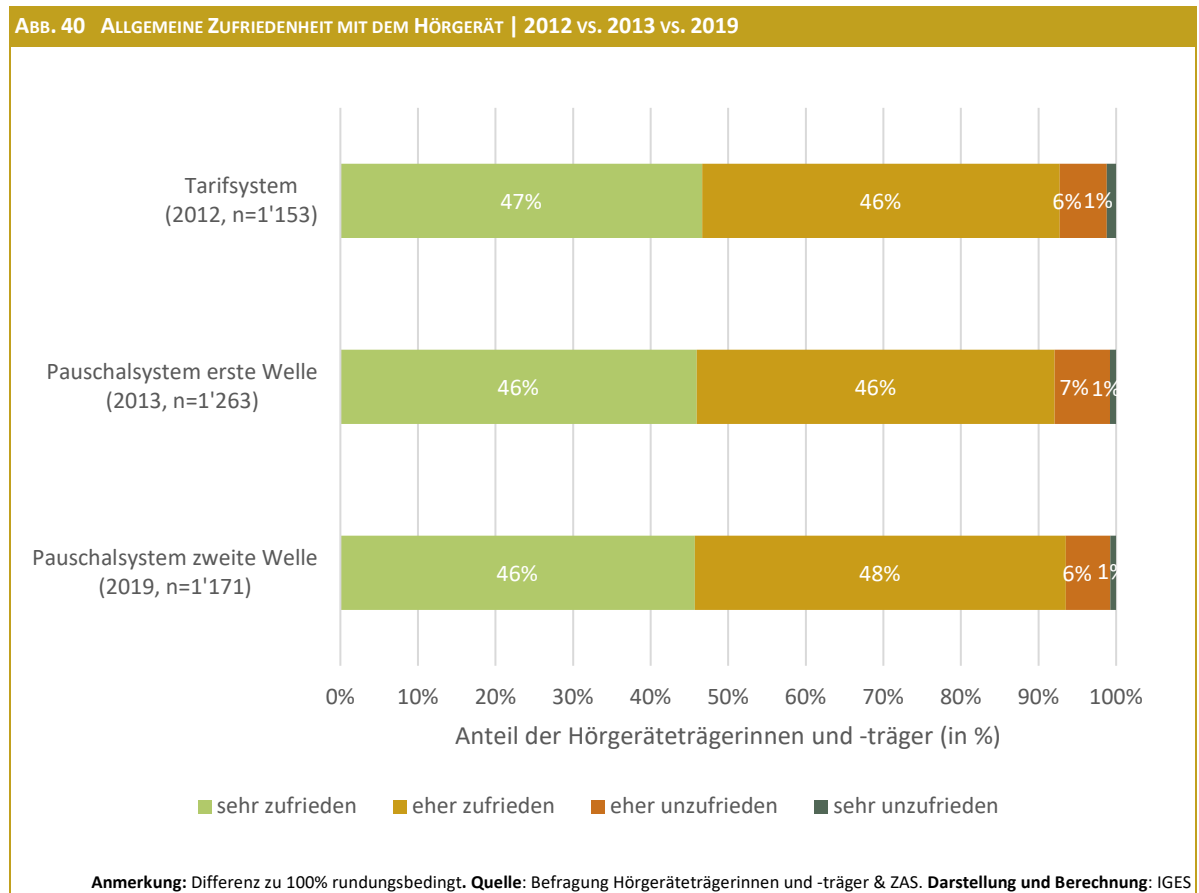
In den vorherigen Befragungen wurde deutlich häufiger noch der Grund angegeben, dass geräuschvolle Situationen stören (2012: 38 Prozent; 2013: 33 Prozent); im Jahr 2019 nannten diesen Grund nur 27 Prozent (siehe Abb. 39). Auch die schlechte Klangqualität wurde 2019 seltener bemängelt (4 Prozent) und lag im Vergleich mit den vorherigen Erhebungen um etwa sechs Prozentpunkte niedriger. Weitere Gründe, die 2019 nur selten genannt wurden, sind schlechter Sitz/Tragekomfort (5 Prozent), optische Gründe (5 Prozent) und Schwierigkeiten bei der Bedienung (3 Prozent).

Der von den befragten Hörgeräteträgerinnen und -trägern am häufigsten genannte Grund für das Nichttragen des Hörgerätes im Jahr 2015 ist, dass das Gerät nur in bestimmten Situationen getragen wurde. Rund 34 Prozent derjenigen, die das (gelegentliche oder häufigere) Nichttragen begründen, führten dies als Grund an. Im Jahr 2012 und 2013 waren es noch etwa 70 Prozent gewesen, was einen sehr starken Rückgang für das Jahr 2019 bedeutet. Zudem wurde im Pauschalsystem der zweiten Welle häufiger (19 Prozent) kein Bedarf für die Nutzung des Hörgerätes gesehen als noch 2012 (11 Prozent). Dieser Effekt zeigte sich bereits 2013 (17 Prozent). Die Jahresvergleiche betrachten jeweils nur IV- und AV-Versicherte.



4.5.4 ALLGEMEINE ZUFRIEDENHEIT

Zwischen den Erhebungswellen waren keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der allgemeinen Zufriedenheit der Befragungsteilnehmer zu erkennen ($\chi^2(df = 6) = 4,3; p = 0.636$) (siehe Abb. 40). Mehr als 92 Prozent der Befragten waren in allen drei Befragungen im Allgemeinen sehr oder eher zufrieden mit ihrem Hörgerät.



Die Zufriedenheit war 2019 bei der Gruppe der Kinder am höchsten. Rund 62 Prozent der Kinder gaben an, sehr zufrieden mit dem Hörgerät zu sein; 35 Prozent gaben an, eher zufrieden zu sein – die Unzufriedenheitsrate war mit nur rund 4 Prozent also gering. In der Gruppe der Härtefälle war über die Hälfte der befragten Hörgeräteträgerinnen und -träger sehr zufrieden; auch hier war der Anteil der Unzufriedenen mit rund 5 Prozent gering.

In der Regelversorgung ist der Anteil der IV- und AHV-Versicherten, die sehr zufrieden mit ihrem Hörgerät waren, mit jeweils 51 Prozent und 36 Prozent zum Teil deutlich geringer als in den anderen Gruppen. Auch der Anteil der Befragten, die unzufrieden oder sehr unzufrieden waren, liegt geringfügig (zwei bzw. drei Prozentpunkte) über den Werten der anderen beiden Gruppen. Die Unterschiede zwischen den betrachteten Gruppen sind statistisch signifikant (Fisher's exact Test, zweiseitig; $p = 0.00$).

Die Zufriedenheit als Summe der Kategorien «sehr zufrieden» und «eher zufrieden» war jedoch mit Werten zwischen 96 Prozent bei den Kindern und rund 93 Prozent in der Regelversorgung insgesamt sehr hoch und stellt auch im internationalen Vergleich dieser Skala einen sehr hohen Wert dar.

Auch bei den unterschiedlichen technischen Niveaus waren keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der allgemeinen Zufriedenheit vorhanden: Ungefähr die Hälfte der Befragten war – unabhängig vom technischen Grad des Hörgerätes – im Allgemeinen mit ihrem Hörgerät sehr zufrieden.

Die Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer im Pauschalsystem der zweiten Welle, die ein Hörgerät der Kategorie 2 nutzten, waren wesentlich häufiger (50 Prozent) mit ihrem Hörgerät im Allgemeinen sehr zufrieden als Personen aus den vorherigen Befragungen mit Hörgeräten desselben technischen Niveaus (2012: 12 Pro-

zent; 9 Prozent). Die Differenz der Anteile zwischen den Erhebungen bezüglich der sehr zufriedenen Teilnehmer mit Hörgeräten der dritten Kategorie war deutlich geringer: Dennoch waren auch Befragte mit Hörgeräten der Kategorie 3 im Jahr 2019 (42 Prozent) zufriedener als noch 2012 (31 Prozent) oder 2013 (39 Prozent).

Ungefähr 56 Prozent der Befragungsteilnehmer, die keine Zuzahlung oder mehr als 6'000 CHF als Zuzahlung geleistet haben, waren im Allgemeinen mit ihrem Hörgerät sehr zufrieden. Bei den Befragten, die weniger als 2'000 CHF (47 Prozent), unter 4'000 (50 Prozent) und bis 6'000 CHF (46 Prozent) Zuzahlung geleistet haben, waren die entsprechenden Anteilswerte geringer.

Im Vergleich zur Befragung von 2013 erkennt man, dass die Befragungsteilnehmer, die mehr als 6'000 CHF zugezahlt haben, im Jahr 2019 häufiger mit ihrem Hörgerät insgesamt sehr zufrieden waren (57 Prozent vs. 47 Prozent).

Hinsichtlich der Anbieterkategorie (grosse Ketten, kleine Ketten, Einzelfachgeschäfte) zeigen sich nur sehr geringe Unterschiede in der Zufriedenheit. Während ungefähr die Hälfte der Befragten im Allgemeinen sehr zufrieden mit ihrem Hörgerät aus einem Einzelfachgeschäft oder einer grossen Kette war, war dieser Anteil bei den kleinen Ketten geringfügig niedriger (45 Prozent). Gemäss einer detaillierten Auswertung der Anbieter, bei denen die befragten Hörgeräteträgerinnen und -träger am häufigsten ein Hörgerät kauften, waren mehr als die Hälfte der Befragten sehr zufrieden mit der Hörberatung Basel, Fielmann, Amplifon, Neuroth und Kind. Bei Kind war allerdings der Anteil der eher Unzufriedenen mit rund 11 % vergleichsweise hoch. Höher war die Unzufriedenheit lediglich noch bei Acusti Centre.

Darüber hinaus gibt es keine signifikanten Unterschiede in der allgemeinen Zufriedenheit mit dem Hörgerät, wenn das Gerät bei einer Apotheke oder Drogerie gekauft wurde, im Vergleich zum Kauf beim Akustiker (Fisher's exact Test, zweiseitig; $p = 0.479$).

Am häufigsten waren die Befragten mit einem Hörgerät des Herstellers GN ReSound sehr zufrieden (54 Prozent). Dagegen waren zwar lediglich rund 41 Prozent der Teilnehmer, die ein Hörgerät von Bernafon kauften, mit ihrem Hörgerät im Allgemeinen sehr zufrieden, aber keiner der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer war mit einem Hörgerät von diesem Hersteller unzufrieden. Im Vergleich zu den anderen Herstellern war ein größerer Anteil der befragten Hörgeräteträgerinnen und -träger mit den Hörgeräten von KIND und Widex unzufrieden.

Rund 66 Prozent der Kinder, deren Hörgerät mit einer Telefonspule ausgestattet war, gaben an, dass sie im Allgemeinen mit ihrem Hörgerät sehr zufrieden waren. Dieser Anteil betrug bei den Härtefällen rund 59 Prozent, bei den IV-Versicherten 46 Prozent und bei den AHV-Versicherten 34 Prozent. Bei den IV- (55 Prozent) und AHV-Leistungsbeziehern (39 Prozent), die ein Hörgerät ohne Telefonspule besaßen, war der Anteil der sehr zufriedenen Hörgeräteträgerinnen und -träger höher als derjenigen mit Hörgeräten mit einer Telefonspule.

Die Zufriedenheit der Hörgeräteträgerinnen und -träger wurde von der Anzahl der Anpassungssitzungen kaum beeinflusst.

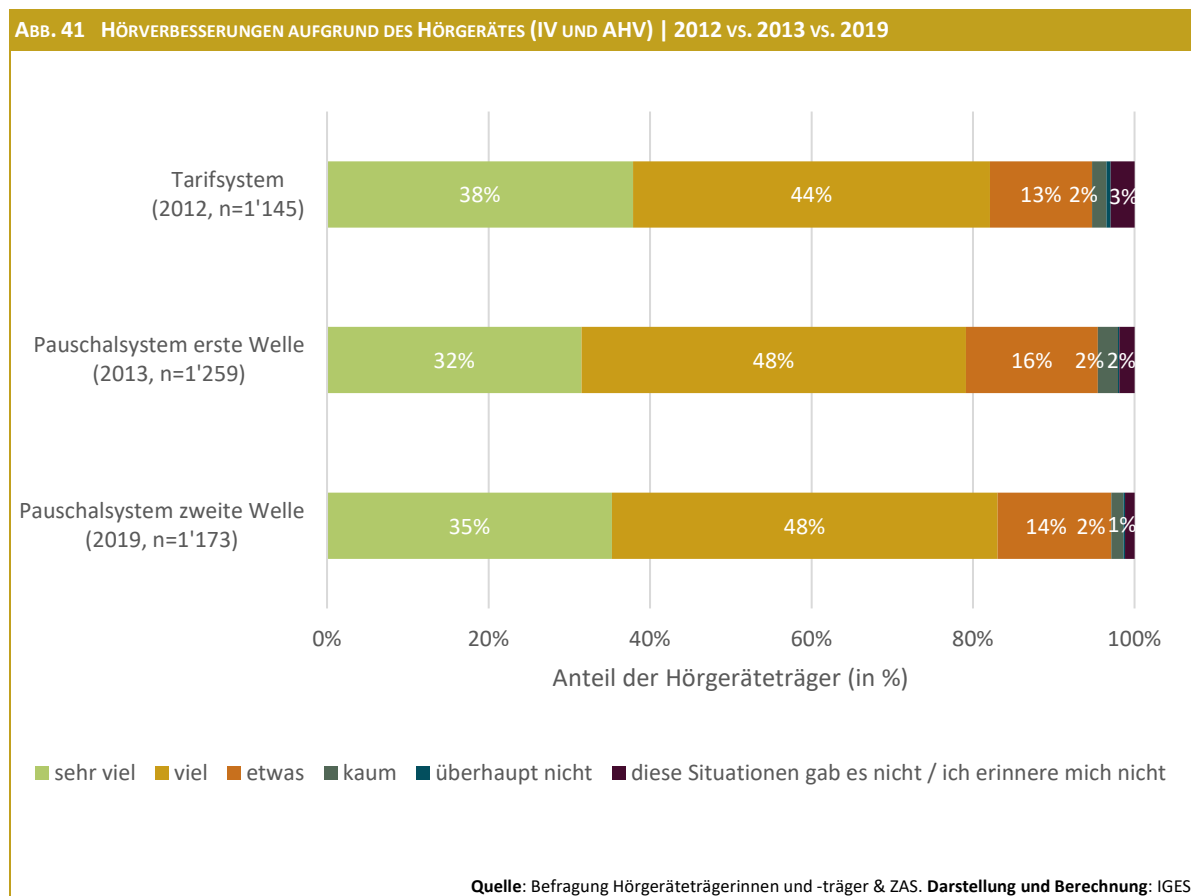
Für die Zufriedenheit mit dem Hörgerät wurde, ebenso wie für die Tragerate, ein Regressionsmodell berechnet.⁵⁹ Die «Systemvariable», mit der unterschieden wurde, ob es sich um eine Versorgung im Tarif- oder im Pauschalsystem der ersten oder zweiten Welle bzw. um die Jahre 2012, 2013 und 2019 handelt, ist hier nicht signifikant. Das bedeutet, dass sich die Zufriedenheit über den betrachteten Zeitraum nicht verändert hat. Ob

⁵⁹ Die Einflussfaktoren wurden dabei analog dem Modell in Kapitel 4.5.1 gewählt.

jemand «eher zufrieden oder sehr zufrieden», ist dagegen signifikant wahrscheinlicher, wenn es sich um einen IV-Versicherten handelt und/oder eine hohe Zuzahlung geleistet wurde.

4.5.5 SUBJEKTIVE EINSCHÄTZUNG DER HÖRVERBESSERUNG

Die Verteilung der Teilnehmer hinsichtlich der subjektiven Einschätzung der Hörverbesserung im Jahr 2019 ähnelt den Befragungsergebnissen im Tarifsystem (siehe Abb. 41). In beiden Befragungen trat bei über 80 Prozent der Teilnehmer eine erhebliche Hörverbesserung ein. 2013 (32 Prozent) gaben etwas weniger Personen als 2012 (38 Prozent) und 2019 (35 Prozent) an, dass ihnen das Hörgerät im Vergleich zu der vorigen Situation, als sie noch kein Hörgerät hatten, sehr helfe.

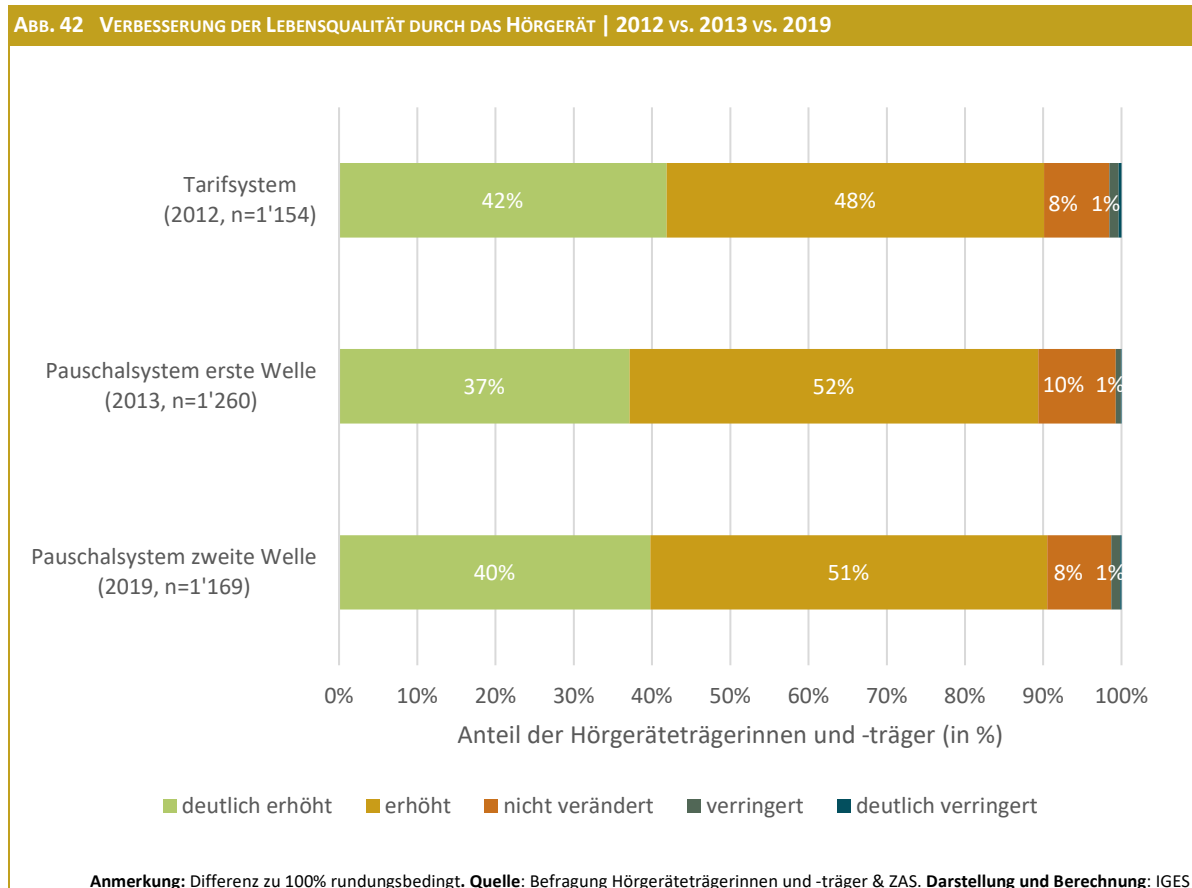


Besonders bei den Versicherten mit einer Härtefall-Versorgung (86 Prozent) und den IV-Versicherten (86 Prozent) gab die grosse Mehrheit der Befragten an, eine deutliche Hörverbesserung (sehr viel oder viel) durch das Hörgerät zu empfinden. Der Anteil der AHV-Versicherten, die eine deutliche Hörverbesserung wahrnahmen, lag bei 78 Prozent, während der entsprechende Anteilswert bei der Gruppe der Kinder mit 70 Prozent deutlich niedriger war. Dabei sind die Unterschiede zwischen den Gruppen signifikant (Fisher's exact Test, zweiseitig; p = 0.000).

Mit zunehmenden Gesamtkosten für das Hörgerät stieg auch der Eindruck einer Hörverbesserung unter den Befragten. Ungefähr 88 Prozent der Hörgeräteträgerinnen und -träger, deren Hörgeräte mit Gesamtkosten von

über 6'000 CHF verbunden waren, empfanden eine deutliche Hörverbesserung (sehr viel oder viel). Der entsprechende Anteilwert von Befragten mit Hörgeräten, deren Gesamtkosten 4'000 CHF nicht überstiegen, lag um ungefähr 11 Prozentpunkte niedriger.

In allen drei Befragungen gaben etwa rund 90 Prozent der Befragten an, dass sich ihre Lebensqualität durch das Hörgerät erhöht oder sogar deutlich erhöht habe (siehe Abb. 42).



Bei den IV-Versicherten, Versicherten mit Härtefall-Versorgung und Kindern gaben mehr als 90 Prozent der Befragten eine Verbesserung der Lebensqualität an. Jedoch ist bei den IV-Versorgten (44 Prozent) und AHV-Versicherten (32 Prozent) der Anteil derer, die eine deutliche Erhöhung der Lebensqualität empfinden, erheblich geringer als bei den Kindern (55 Prozent) und den Versicherten mit Härtefall-Versorgung (57 Prozent). Der Anteil der befragten Hörgeräteträgerinnen und -träger, der angab, dass die Lebensqualität durch das Hörgerät deutlich verschlechtert worden sei, ist in allen Gruppen sehr gering und liegt zwischen 1.2 Prozent (IV) und 0.6 Prozent (Härtefälle). Die Unterschiede dieser Gruppen sind statistisch signifikant (Fisher's exact Test, zweiseitig; $p = 0.00$).

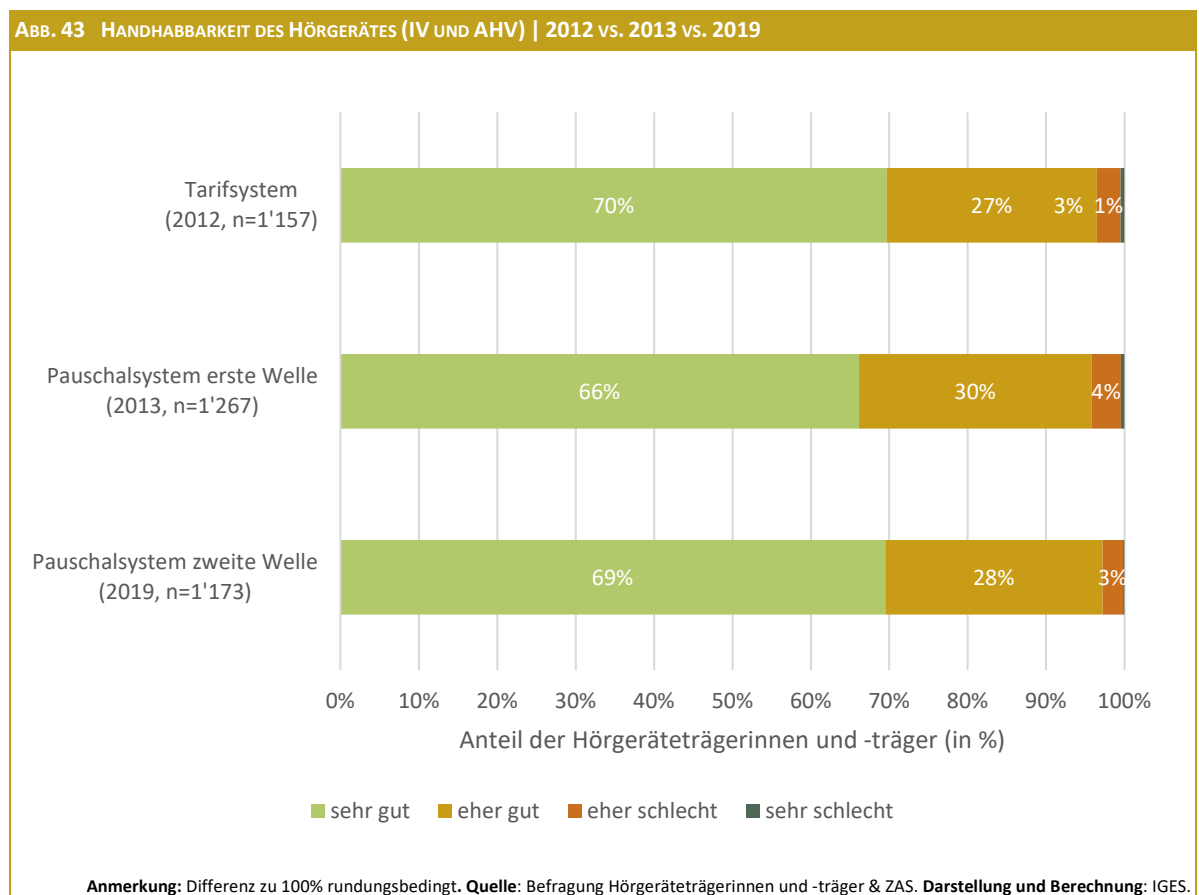
Befragungsteilnehmer mit einem hochgradigen Hörverlust (54 Prozent) erlebten häufiger eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität als Personen mit einer leichten (46 Prozent) oder mittleren Hörminderung (44 Prozent). Insgesamt lag jedoch die wahrgenommene Verbesserung der Lebensqualität (deutlich erhöht bzw. erhöht) bei allen Befragten – unabhängig vom Schweregrad der Hörminderung – über 90 Prozent.

Die Befragten, die ihr Hörgerät von einer kleinen Kette erworben haben, spürten häufiger eine deutliche bessere Lebensqualität durch das Hörgerät (50.7 Prozent) als die Personen, deren Hörgeräte von einem Einzelgeschäft (46 Prozent) oder einer grossen Kette (46.4 Prozent) stammen (Unterschied nicht signifikant).

Je höher die Gesamtkosten für das Hörgerät waren, desto häufiger nahmen die Befragten eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität durch das Hörgerät wahr – dies war der Fall bei zwei Dritteln der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, deren Hörgeräte mit Gesamtkosten von über 8'000 CHF verbunden waren. Bei den Befragten mit Hörgeräten, deren Gesamtkosten 2'000 CHF nicht überstiegen, lag der entsprechende Anteilswert bei 35 Prozent.

4.5.6 HANDHABBARKEIT DES HÖRGERÄTES

Die Handhabbarkeit des Hörgerätes (z. B. Bedienbarkeit) wurde von fast allen befragten Hörgeräteträgerinnen und -trägern als gut oder sehr gut bewertet (siehe Abb. 43). Dabei waren die Unterschiede zwischen den Erhebungswellen nicht signifikant ($\chi(df = 6) = 7.754; p = 0.26$).



Die Handhabbarkeit des Hörgerätes wurde von nahezu der Gesamtheit der Befragten als gut oder sehr gut bewertet (z. B. Bedienbarkeit). Der Anteil, der mit der Handhabung des Hörgerätes gut oder sehr gut zurechtkommt, liegt zwischen 100 Prozent in der Gruppe der Versicherten mit Härtefall-Versorgung und 94 Prozent der Gruppe der Regelversorgung nach AHV (IV: 99 Prozent; Kinder: 99 Prozent).

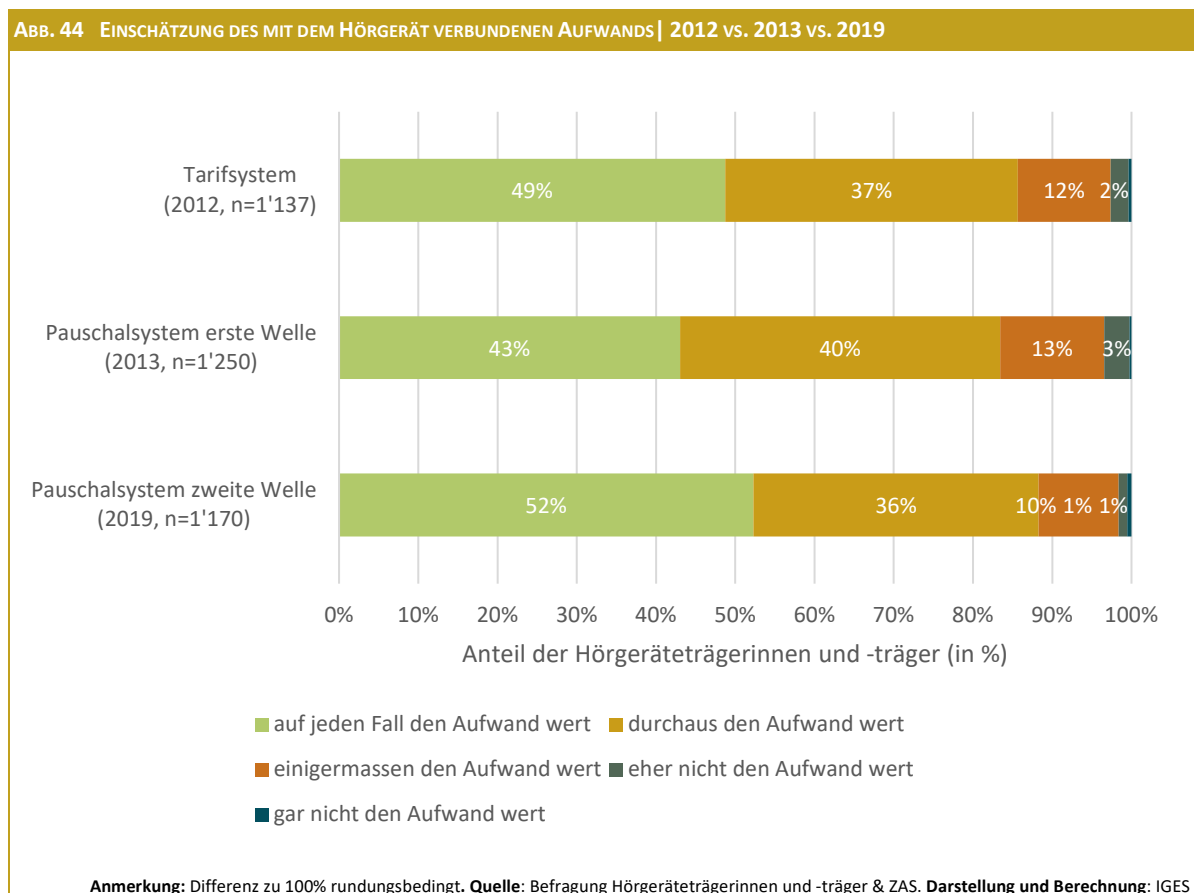
Bei den Versicherten mit Härtefall-Versorgung (78 Prozent), Kindern (77 Prozent) und IV-Versicherten (76 Prozent) gaben mehr als drei Viertel (79 Prozent) an, dass das Hörgerät sehr gut handhabbar sei. In der Gruppe

der AHV-Versorgten liegt der Anteil der Befragten, die die Handhabbarkeit mit sehr gut bewerteten, mit 57 Prozent deutlich niedriger.

Während bei den Versicherten mit Härtefall-Versorgungen, den Kindern und den IV-Leistungsbeziehern kaum eine eher oder sehr schlechte Handhabbarkeit des Hörgerätes beklagt wurde, betrug dieser Anteil bei den AHV-Versicherten 5 Prozent.

Bei der Frage nach der Handhabbarkeit zeigen sich Unterschiede nach Erwerbstätigkeit. Ungefähr vier Fünftel der erwerbstätigen IV-Versicherten sowie Versicherte mit Härtefall-Versorgungen stuften die Handhabbarkeit des Hörgerätes als sehr gut ein. Die entsprechenden Anteilswerte lagen bei den nicht erwerbstätigen IV-Leistungsbeziehern mit 75 Prozent und bei den Versicherten mit Härtefall-Versorgungen mit 71 Prozent etwas niedriger.

Die Einschätzung, dass ihr jetziges Hörgerät den damit verbundenen Aufwand (Handhabung, Pflege etc.) «auf jeden Fall» wert ist, teilte im Vergleich zur Befragung von 2012 (49 Prozent) und 2013 (43 Prozent) ein grösserer Anteil der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer aus dem Jahr 2019 (52 Prozent) (siehe Abb. 44). Jedoch sind fast alle im Jahr 2019 befragten Hörgeräteträgerinnen und -träger – wie in den vorherigen Befragungen auch – der Meinung, dass ihr jetziges Hörgerät zumindest «einigermassen» den Aufwand wert ist. Die Unterschiede zwischen den Erhebungen von 2013 und 2019 sind dabei signifikant (Fisher’s exact Test, zweiseitig; $p = 0.00$).



Während 72 Prozent der Versicherten mit Härtefall-Versorgungen zu der Einschätzung gelangten, dass ihr jetziges Hörgerät den damit verbundenen Aufwand auf jeden Fall wert sei, war der Anteil der AHV-Versicherten,

die diese Einschätzung äusserten, deutlich geringer (40 Prozent). Immerhin 45 Prozent der AHV-Versorgten waren der Meinung, ihr jetziges Hörgerät sei durchaus den Aufwand wert. Die Unterschiede zwischen den betrachteten Gruppen sind statistisch signifikant (Fisher's exact Test, zweiseitig; $p = 0.00$).

Je höher die Gesamtkosten für das Hörgerät waren, desto häufiger waren die Befragten mit der Handhabbarkeit ihres Hörgerätes zufrieden. Rund 81 Prozent der Befragten mit Hörgeräten, deren Gesamtkosten insgesamt 8'000 CHF überstiegen, meinten, das Hörgerät sei den damit verbundenen Aufwand «auf jeden Fall wert». Im Gegensatz dazu machten diese Angabe nur 39 Prozent der Befragten, deren Hörgeräte insgesamt nicht mehr als 2'000 CHF kosteten.

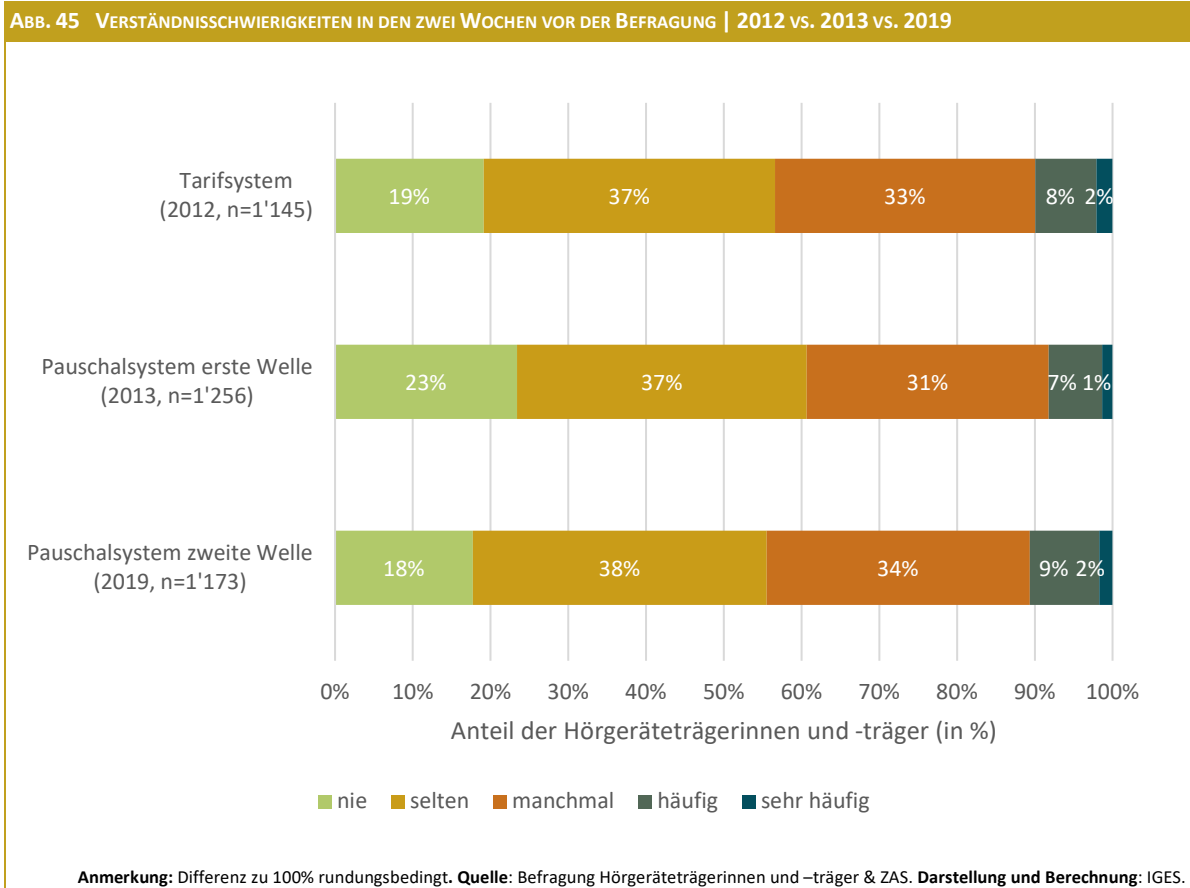
4.6 INTEGRATION

4.6.1 SOZIALE INTEGRATION

Für die Beurteilung der sozialen Integration wurden die Hörgeräteträgerinnen und -träger zunächst über die Häufigkeit von Hörproblemen befragt. Keine signifikanten Unterschiede fanden sich zwischen den drei Befragungen in Bezug auf die Häufigkeit von Hörproblemen. Die Anteile der Befragten in 2012 (58 Prozent) und 2013 (59 Prozent), die nie oder selten Hörprobleme hatten, waren geringfügig höher als noch 2019 (56 Prozent).

Ein grösserer Anteil der Härtefall-Versorgungen hatte im Vergleich zu den IV- und AHV-Versorgten und den Kindern in den zwei Wochen vor der Befragung trotz ihres Hörgerätes noch Hörprobleme, die ihren Alltag beeinträchtigten: Rund 16 Prozent der Härtefall-Versorgungen berichteten in der abgefragten Zeitspanne von häufigen oder sehr häufigen Hörproblemen. Der entsprechende Anteilswert war bei den Kindern und IV-Versorgten mit ungefähr 10 Prozent sowie bei den AHV-Versicherten mit 9 Prozent geringer. Während bei 61 Prozent der Kinder in den zwei Wochen vor der Befragung nie oder selten trotz ihres Hörgerätes noch Hörprobleme auftraten, traf dies auf 57 Prozent der IV- und 55 der AHV-Versorgten, aber lediglich 47 Prozent der Härtefall-Versorgungen zu. Insgesamt sind diese Unterschiede nicht statistisch signifikant (Fisher's exact Test, zweiseitig; $p = 0.3$).

Gemäss den Befragungsergebnissen der Erhebungen aus den Jahren 2012 und 2019 hatten rund 57 Prozent der Befragten nach eigenen Angaben nie bzw. selten Probleme, die sie im Alltag beeinträchtigten, bzw. Schwierigkeiten, sich mit anderen Menschen zu verständigen (siehe Abb. 45). Im Jahr 2013 war dieser Anteil geringfügig höher (60 Prozent). Zwischen den Erhebungswellen sind die Unterschiede dabei nicht statistisch signifikant ($\chi(df = 8) = 10.1$; $p = 0.257$).



Im Vergleich zu den IV- und AHV-Versorgten und Kindern hatte ein grösserer Anteil der Härtefall-Versorgungen in den zwei Wochen vor der Befragung trotz des Hörgerätes Verständigungsschwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen. Lediglich 43 Prozent der Versicherten mit Härtefall-Versorgungen hatten in diesem Zeitraum nie oder selten Verständigungsschwierigkeiten. Bei den anderen betrachteten Gruppen war dieser Anteil deutlich höher (IV: 56 Prozent; AHV: 54 Prozent; Kinder: 55 Prozent).

Deutlich mehr als die Hälfte der IV-Versicherten (64 Prozent), der AHV-Versorgten (57 Prozent) sowie der Kinder (59 Prozent) mit einer Erstversorgung hatten in den zwei Wochen vor der Befragung trotz ihres Hörgerätes nie oder selten Verständigungsschwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen. Dies traf auf 55 Prozent der Versicherten mit Härtefall-Versorgungen zu. In allen Gruppen mit einer Folgeversorgung ging dieser Anteil deutlich zurück (IV: 50 Prozent; AHV: 49 Prozent; Kinder: 49 Prozent; Härtefall-Versorgungen: 39 Prozent).

Je schwerer der Hörverlust bei den Befragten war, desto mehr Hörprobleme traten bei der Kommunikation mit anderen Menschen auf. Während rund 66 Prozent der Befragten mit einer leichten Hörminderung nie oder selten Verständigungsschwierigkeiten hatten, lag dieser Anteil bei den Teilnehmern mit hochgradigem Hörverlust deutlich niedriger (41 Prozent). Mehr als jeder fünfte Befragte mit einer hochgradigen Hörminderung berichtete von häufigen oder sehr häufigen Hörproblemen bei der Kommunikation mit anderen Menschen. Bei den Hörgeräteträgerinnen und -trägern mit leichtem Hörverlust war dieser Anteil mit 3 Prozent deutlich geringer.

4.6.2 INTEGRATION IN SCHULE & ERWERBSLEBEN

SCHULE

Rund 72 Prozent der Eltern, deren Kinder Hörgeräte tragen, konnten der Aussage «Das Hörgerät ermöglicht es meinem Kind, seiner schulischen Tätigkeit ohne Schwierigkeiten nachzugehen» (eher) zustimmen. Dennoch traf für rund 12 Prozent der Eltern diese Aussage wenig oder gar nicht zu.

Der Aussage «Ohne sein Hörgerät könnte mein Kind seine derzeitige Schule nicht besuchen» konnten rund 59 Prozent der Eltern, deren Kinder Hörgeräte tragen, völlig oder eher zustimmen. Für rund 22 Prozent der Eltern traf diese Aussage wenig oder gar nicht zu.

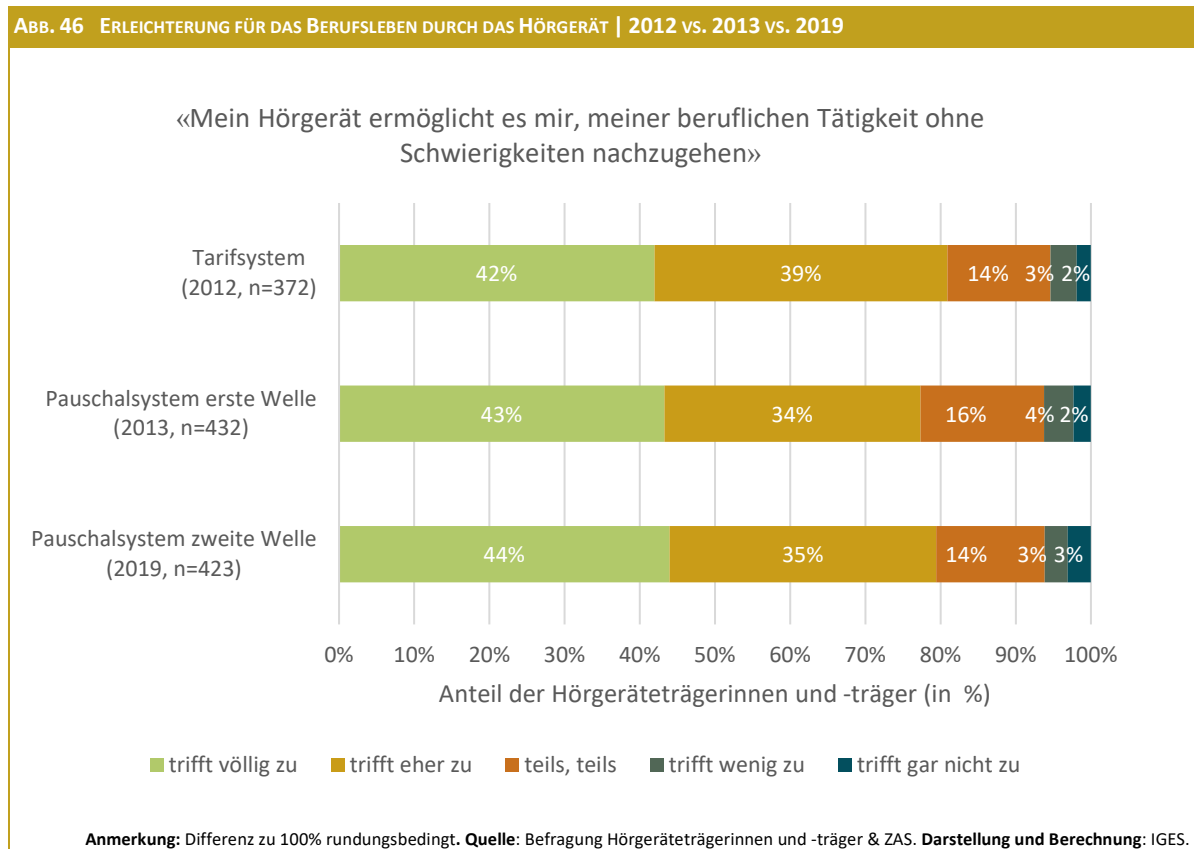
Rund 67 Prozent der Eltern (n = 204) waren der Ansicht, dass die Hörprobleme, die ihr Kind in den zwei Wochen vor der Befragung trotz seines Hörgerätes hatte, seine schulische Leistungsfähigkeit nie oder selten beeinträchtigten. Rund 8 Prozent der Kinder sahen diesbezüglich eine häufige oder sehr häufige Beeinträchtigung.

ERWERBSLEBEN

In allen drei Befragungen entsprach für über 80 Prozent der Befragten ihre derzeitige Tätigkeit völlig oder zumindest weitgehend ihrer beruflichen Qualifikation. Die Unterschiede im Jahresvergleich sind dabei nicht signifikant ($\chi(df = 3) = 9.3; p = 0.319$).

Ungefähr 82 Prozent der IV- und AHV-Versicherten und der Versicherten mit Härtefall-Versorgungen stimmten der Aussage «Meine derzeitige Tätigkeit entspricht meiner beruflichen Qualifikation» eher oder völlig zu. Nur bei etwa 3 Prozent traf dies nach eigener Einschätzung gar nicht zu.

Im Tariffsystem stimmten rund 81 Prozent der Befragten der Aussage, dass ihr Hörgerät es ihnen ermöglicht, ihrer beruflichen Tätigkeit ohne Schwierigkeiten nachzugehen, völlig oder eher zu. 2013 (77 Prozent) und 2019 (79 Prozent) waren die entsprechenden Anteilswerte geringfügig niedriger (siehe Abb. 46). Diese geringfügigen Unterschiede zwischen den Erhebungen sind statistisch nicht signifikant ($\chi(df = 8) = 4.361$; $p = 0.823$).



Der Aussage «Mein Hörgerät ermöglicht es mir, meiner beruflichen Tätigkeit ohne Schwierigkeiten nachzugehen» stimmten rund 81 Prozent der IV-Versicherten und 79 Prozent der Versicherten mit Härtefall-Versorgungen zu. Bei den AHV-Versicherten lag dieser Anteil mit 61 Prozent deutlich niedriger. Weniger als jeder fünfzehnte IV-Versicherte und Härtefall stimmte dieser Aussage wenig oder gar nicht zu. Gemäss den Befragungsergebnissen konnte ein wesentlich grösserer Anteil der AHV-Versicherten (18 Prozent) nur mit Schwierigkeiten der derzeitigen beruflichen Tätigkeit nachgehen.

Im Vergleich zur Befragung von 2013 (35 Prozent) empfand ein grösserer Anteil der Befragten aus dem Jahr 2019 (44 Prozent), dass sie ohne ihr Hörgerät ihre derzeitige berufliche Tätigkeit nicht ausüben könnten. Bei der Befragung in 2012 lag dieser Anteil wesentlich höher (54 Prozent). Dabei waren lediglich die Unterschiede zwischen 2012 und 2013 signifikant ($\chi(df = 4) = 33.8$; $p = 0.00$).

Knapp 80 Prozent der Versicherten mit Härtefall-Versorgungen stimmte der Aussage «ohne mein Hörgerät könnte ich meine derzeitige berufliche Tätigkeit nicht ausüben» völlig oder eher zu. Dieser Anteil war bei den IV-Leistungsbeziehern (45 Prozent) und AHV-Versorgten (29 Prozent) deutlich niedriger.

In den Befragungen von 2012 und 2019 waren rund 71 Prozent der Befragten der Meinung, dass Hörprobleme, die sie in den zwei Wochen vor der Befragung trotz Ihres Hörgerätes hatten, ihre berufliche Leistungsfähigkeit nie oder selten beeinträchtigten. Im Jahr 2013 war dieser Anteil mit rund 79 Prozent um acht Prozentpunkte

höher. Dennoch spürte ein geringfügig grösserer Anteil der Befragten 2019 häufig oder sehr häufig (6 Prozent) Beeinträchtigungen in der betrachteten Zeitspanne als noch im Jahr 2013 (4 Prozent) und 2012 (6 Prozent). Die Unterschiede zwischen den Befragungen waren statistisch nicht signifikant ($\chi(df = 8) = 9; 276, p = 0.319$).

Rund 83 Prozent der AHV-Versicherten empfanden, dass die Hörprobleme, die sie in den zwei Wochen vor der Befragung trotz Ihres Hörgerätes hatten, ihre berufliche Leistungsfähigkeit nie oder selten beeinträchtigten. Während dies noch bei rund 70 Prozent der IV-Versicherten zutraf, lag der Anteil für die Versicherten mit Härtefall-Versorgungen bei 60 Prozent. Bei weniger als sieben Prozent der Befragten in diesen drei Gruppen beeinträchtigten Hörprobleme in den zwei Wochen vor der Befragung häufig oder sehr häufig die berufliche Leistungsfähigkeit.

4.7 ERGEBNISSE DER EXPERTENINTERVIEWS

BEURTEILUNG DER QUALITÄT DER HÖRGERÄTEVERSORGUNG

Die Qualität der Hörgeräteversorgung in der Schweiz wurde von den Expertinnen und Experten grundsätzlich als sehr hoch eingestuft, auch im internationalen Vergleich. Allenfalls bei AHV Versicherten gebe es ggf. teilweise eine Überversorgung, da oftmals eher nicht das Hören, sondern eine mangelnde Gedächtnisleistung das Problem sei (z. B. bei Demenzerkrankten). Die hohe Qualität der Versorgung hänge mit dem hohen Qualitätsanspruch («Hörgeräteträger wollen in den meisten Fällen das Beste») und der Bereitschaft, Zuzahlungen zu leisten, zusammen. Insbesondere für Menschen, die sich keine Zuzahlung leisten können, sei eine qualitativ hochwertige Versorgung schwierig, da angesichts der Höhe der Pauschale allenfalls eine zweckmässige Versorgung mit einem einfachen Hörgerät mit einfacher Vorprogrammierung möglich sei. Als weitere – sehr kleine – Personengruppe, bei denen die qualitative Versorgung als nicht optimal eingeschätzt wurde, wurden behinderte nicht erwerbstätige Personen im Erwachsenenalter genannt: Diese können derzeit aufgrund der Nichterwerbstätigkeit nicht als Härtefall eingestuft werden. Dies sei «eine Lücke im System».

Zur Qualität der Hörgeräteversorgung trägt nach der Einschätzung der Expertinnen und Experten auch das hohe Fachwissen der Hörgeräteakustiker bei. Obwohl in der Schweiz – nach den Regelungen im Pauschalsystem – «prinzipiell jeder ein Hörgerät anpassen darf», werden Hörgeräte nach wie vor (fast) ausschliesslich von ausgebildeten Fachakustikern angepasst.

Die Befürchtungen von Qualitätseinbussen aufgrund des Systemwechsels haben sich den Expertinnen und Experten zufolge nicht bewahrheitet, sondern der Systemwechsel habe sich im Gegenteil eher positiv auf die Qualität der Versorgung ausgewirkt. Aufgrund der Wettbewerbssituation bestehe für Hörgeräteakustiker der Anreiz, möglichst umfassende Service- und Anpassungsleistungen zu bieten. Allerdings sei es schwierig, bei Unzufriedenheit den Hörgerätekustiker tatsächlich zu wechseln, da die meisten Akustiker kein Gerät anpassen, welches nicht bei ihnen gekauft wurde. Eine «Abstimmung mit den Füßen» sei daher nur in begrenztem Masse möglich und in erster Linie beim Kauf eines neuen Hörgerätes (Folgeversorgung). In diesem Zusammenhang wurde auch geäussert, dass Hörgeräteträgerinnen und -träger sich zunehmend austauschen – im Zuge der vermehrten Nutzung des Internets auch über Foren o. Ä.

Einige Expertinnen und Experten waren auch der Ansicht, dass für den teilweise sehr hohen Preis, der für eine Hörgeräteversorgung bezahlt wird, eine noch bessere Qualität möglich sei. Aus den Geräten werde «nicht immer alles herausgeholt». Die Hörgeräteträgerinnen und -träger seien trotzdem oftmals zufrieden, da sich die Hörsituation verbessert hat und sie nicht wissen, was ggf. noch möglich wäre. In diesem Zusammenhang wurde

auch der Wegfall der Schlussexpertise von einigen Expertinnen und Experten kritisiert, da dadurch keine Qualitätskontrolle mehr stattfindet.

BEURTEILUNG DER AUSWIRKUNGEN DES SYSTEMWECHSELS AUF DIE ANBIETER

Die meisten Expertinnen und Experten beurteilten den Wechsel vom Tarifsystem auf das Pauschalsystem als einen «Riesenschritt» für die Akustiker. Durch den Wegfall des Tarifvertrages sei ein freier Markt mit Wettbewerb entstanden, und die Hörgeräteakustiker seien «von delegierten Staatsangestellten zu Unternehmern» geworden. Den Anbietern würden neue kommunikative Fähigkeiten abverlangt: Angebote müssen angepriesen werden; Werbung und Marketing werden zu neuen bedeutenden Themen für die Akustiker. Da jeder frei wählen darf, was er anbieten möchte, wurde die Angebotspalette im Dienstleistungsbereich ausgebaut. Die Tatsache, dass es einen Wettbewerb gibt, wurde somit tendenziell positiv beurteilt, da dieser die Akustiker dazu zwingt, qualitativ gut zu arbeiten.

BEURTEILUNG DER AUSWIRKUNGEN DES SYSTEMWECHSELS AUF DIE HÖRGERÄTETRÄGERINNEN UND -TRÄGER

Als wichtigste Folge des Systemwechsels für die Hörgeräteträgerinnen und -träger wurde die Erhöhung der Zuzahlungen genannt. Sowohl der Anteil derjenigen, die eine Zuzahlung leisten, als auch die Höhe der Zuzahlungen seien gestiegen. Der Anstieg der Zuzahlungen hat nach Einschätzung der Expertinnen und Experten diverse Folgen: So verlängere sich der Zeitraum bis zum Kauf eines neuen Hörgerätes. Im Tarifsystem wurde in der Regel alle fünf bis sechs Jahre ein neues Hörgerät angeschafft. Nun möchten viele Hörgeräteträgerinnen und -träger laut Aussagen der Expertinnen und Experten länger warten, da die Zuzahlungen so hoch sind. Durch die Zuzahlungen steige zudem auch der Qualitätsanspruch der Hörgeräteträgerinnen und -träger. Diesbezüglich wurde von einigen Expertinnen und Experten geäußert, dass das erhoffte «Empowerment» eingetreten sei – die Hörgeräteträgerinnen und -träger würden in zunehmender Masse Angebote vergleichen.

Auch wenn das Einholen von Vergleichsofferten zugenommen hat, so sei die Hörgeräteversorgung weiterhin ein «Vertrauenskauf», und die Mehrheit der Hörgeräteträgerinnen und -träger lasse sich nach wie vor ausschliesslich von einem Hörgeräteakustiker beraten. In diesem Zusammenhang wurde auch betont, dass es sehr viel Zeit und Kompetenzen erfordere, sich im «Dschungel» der Angebote zurechtzufinden, die nicht alle Hörgeräteträgerinnen und -träger gleichermaßen aufzubringen in der Lage sind.

ZUKÜNFTIGE ENTWICKLUNG

Die Expertinnen und Experten erwarten tiefgreifende Veränderungen, insbesondere im Dienstleistungsbereich (z. B. durch Möglichkeiten der Fernwartung, Leasing von Geräten). Bezüglich der Hörgeräte sei die Technik bereits sehr gut und vermutlich am Limit. Veränderungen seien insbesondere bezüglich der Ausweitung der Konnektivität und des Übergangs zu akkubetriebenen Hörgeräten zu erwarten.

KRITIKPUNKTE UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Von nahezu allen Expertinnen und Experten wurde kritisch angemerkt, dass die Sonetik-Geräte nicht nachgestellt werden können. Dadurch sei es in vielen Fällen wahrscheinlich, dass das Gerät nicht über einen Zeitraum von fünf bis sechs Jahren genutzt werden kann. Der Hörgeräteträger bzw. die Hörgeräteträgerin, der bzw. die ein Sonetik-Gerät kaufe, müsse dann nach wenigen Jahren ein anderes Hörgerät komplett selbst bezahlen, da noch kein neuer Anspruch auf eine Pauschale bestehe. In diesem Zusammenhang wurde auch grundsätzlich

kritisiert, dass Pauschalen für Versorgungen, die von Apotheken und Drogerien bzw. von keinem Fachpersonal bereitgestellt werden, gezahlt werden. Gemäss Aussagen von Abgabestellen, die Sonetik Geräte verkaufen, kann durch die Anpassung der Lautstärke bereits eine gewisse Nacheinstellung vorgenommen werden. Auch sei die Lebensdauer der Geräte bei sorgfältigem Gebrauch um die 5 Jahre.

Aufgrund der hohen geleisteten Zuzahlungen der Hörgeräteträgerinnen und -träger wurde empfohlen, dass jede Abgabestelle zwingend ein zuzahlungsfreies Hörgerät im Laden haben sollte.

Von einigen Expertinnen und Experten wurde – wie schon erwähnt – der Wegfall der Schlussexpertise kritisiert. Zwar wird eine flächendeckende Qualitätskontrolle wie im Tarifsystem nicht für notwendig erachtet, aber es sollte stichprobenartige verpflichtende Kontrollen im Rahmen einer Schlussexpertise geben. Zusätzlich wurde angeregt, dass auch eine freiwillige Qualitätskontrolle durch eine HNO-Ärztin, einen HNO-Arzt möglich sein solle, wenn der Hörgeräteträger bzw. die Hörgeräteträgerin dies wünsche.

Im Hinblick auf Verbesserungspotenzial in der Hörgeräteversorgung wurden noch vereinzelt die folgenden Punkte angesprochen:

- Aufgrund einer grossen Informationslücke bezüglich der T-Spule sollte zukünftig sichergestellt werden, dass die Hörgeräteakustiker darüber informieren.
- Bei den Gründen für die vorzeitige Wiederversorgung gebe es eine Lücke im Hinblick auf medizinische Gründe für die vorzeitige Wiederversorgung. Beispielsweise komme es vor, dass eine Operation am Ohr ein anderes Hörgerät notwendig mache, da sich der Gehörgang durch die Operation verändert habe. In diesem Fall seien aber momentan die Voraussetzungen für eine vorzeitige Wiederversorgung nicht gegeben.
- Bisläng fehle es an einer Lösung für Hörgeräte, die während der Anpassung verloren gehen.
- Bei den Versicherten mit Härtefall-Versorgungen gebe es immer mehr sehr teure Versorgungen: Hier sei es «insgesamt noch zu einfach, viel Geld abzuholen», und es gebe ein Einsparpotenzial ohne grossen Qualitätsverlust.
- Vor Cochlea-Implantationen wird ein Hörgerätestest für einen Zeitraum von sechs Monaten verlangt. Hier sei noch unklar, wer für die Kosten aufkommt.
- Im Hinblick auf Cochlea-Implantationen wurde auch erwähnt, dass der Übergang von der Hörgeräteversorgung zum Cochlea-Implantat schwierig sei; Hörgeräteakustiker möchten ihre Kunden nicht verlieren und verzögern daher den Übergang.

5 SCHLUSSBETRACHTUNG

5.1 ÜBERPRÜFUNG DER HYPOTHESEN

Vor dem Hintergrund der in der Einleitung der Studie postulierten Erwartungen an den Systemwechsel und des Versorgungsauftrags des BSV werden im folgenden Abschnitt die zu Beginn formulierten Hypothesen anhand der Ergebnisse in Bezug auf die Qualität und Preise der Hörgeräteversorgungen summarisch überprüft und diskutiert.

HYPOTHESE 1: «MIT DEN IV-PAUSCHALBEITRÄGEN SIND EINFACHE UND ZWECKMÄSSIGE HÖRGERÄTE-VERSORGUNGEN FINANZIERBAR»

Die für die Anpassung des Vergütungssystems berechneten Versicherungsbeiträge wurden so angesetzt, dass sie die Finanzierung einer einfachen und zweckmässigen Hörgeräte-Versorgungen erlauben sollten.⁶⁰ Die Adäquatheit dieser Berechnung sollte durch die Analyse der vorhandenen Rechnungsdaten validiert werden.

Der Anteil an zuzahlungsfreien Versorgung⁶¹ hat sich aufgrund der starken Reduktion der IV-Versicherungsbeiträge nach dem Systemwechsel halbiert. Bei den IV-Versorgungen waren im Tarifsystem 15.4 Prozent der Versorgung⁶¹ zuzahlungsfrei, direkt nach dem Wechsel zum Pauschalsystem waren es noch 7.7 Prozent. Danach haben sich die Anteile der zuzahlungsfreien Versorgung⁶¹ reduziert, so dass der Anteil der zuzahlungsfreien Versorgung⁶¹ in der aktuellen Stichprobe bei 5.2 Prozent liegt. Gemäss den zur Verfügung stehenden Daten ist diese Veränderung auf Kompositionseffekten zurückzuführen: ein Grossteil der Versicherten entscheidet sich für Versorgung⁶¹ mit Zuzahlungen.

Rund 11 Prozent (77 von 688 Hörgerätemodellen) aller verkaufter Hörgeräte-Modelle der IV-Versorgung⁶¹ konnten in der aktuellen Stichprobe bei mindestens einer Abgabestelle zuzahlungsfrei bezogen werden. Die Auswertung zu den zehn Hörgerätemodellen (Tab. 22), die in der aktuellen Erhebung für Standard-IV-Versorgung⁶¹ am häufigsten zuzahlungsfrei verkauft worden sind, zeigt,

- dass sie alle vom technischen Niveau 3 und 4 sind (mit Ausnahme von Sonetik GOhear-in mit dem technischen Niveau 2),
- dass sie alle auf die Marken Bernafon, GN ReSound, KIND, Sonetik und Widex zurückzuführen sind,
- dass sie jeweils zu einem hohen Anteil zuzahlungsfrei verkauft wurden (ausgenommen davon GN ReSound),
- dass jedoch das gleiche Gerät teilweise von einer Abgabestelle zuzahlungsfrei und von anderen Abgabestellen mit Zuzahlungen verkauft wurde (Gesamtversorgungskosten inkl. Dienstleistungen),
- dass ihre absolute Häufigkeit eher gering ist und
- dass sie oft nur von einer Abgabestelle verkauft wurden und demzufolge nicht sehr verbreitet sind.

Daraus lässt sich schliessen, dass die Höhe der Versorgungskosten und somit auch die Höhe der Zuzahlungen stark von den gewählten Abgabestellen abhängen und dass die Zahlungsbereitschaft der Versicherten hoch ist (vgl. Kap. 4.3.5, Abb. 26). Solange die Versicherten bereit sind, hohe Zuzahlungen zu leisten, wird sich der Preisdruck nicht verschärfen. Dies betrifft somit nicht nur das Hörgerät, das beim Preisvergleich berücksichtigt

⁶⁰ Leistungen und technische Ausstattungen, die über eine einfache Versorgung hinausgehen, müssen, wenn gewünscht, von den Versicherten selber getragen werden.

⁶¹ Versorgung⁶¹ mit Zuzahlungen, die kleiner als CHF 50 sind, werden als zuzahlungsfrei gezählt.

werden muss, sondern auch die Abgabestelle, welche unterschiedliche Servicepakete anbietet, die sich ebenfalls auf die Kosten auswirken.

Die Auswertungen zeigen, dass sich die grosse Mehrheit der Versicherten für Versorgungen mit (beträchtlichen) Zuzahlungen entscheidet. Gleichwohl sind zuzahlungsfreie Versorgungen möglich und demzufolge die Pauschalen in angemessener Höhe angesetzt.

Falls aus politischer Sicht der Anteil an zuzahlungsfreien Versorgungen zu niedrig ist, kann mit nachfolgender Tabelle nachvollzogen werden, um wie viel die Anteile an zuzahlungsfreien IV- und AHV-Versorgungen historisch betrachtet höher ausfielen, wenn die Pauschale höher angesetzt würde. Natürlich ist eine solche Betrachtung nur theoretisch, da die Anreize durch die Erhöhung der Vergütungspauschalen verändert werden und somit ziemlich sicher zu einem anderen Ergebnis führen würden. Die Auswertung veranschaulicht, dass auch bei einer Erhöhung der Pauschale um 1'000 Schweizer Franken lediglich 12.4 Prozent der IV-Versorgungen und 8.1 Prozent der AHV-Versorgungen zuzahlungsfrei gewesen wären.

Die **Hypothese**, dass mit den IV-Pauschalbeiträgen einfache und zweckmässige Hörgeräte-Versorgungen finanzierbar sind, konnte somit **nicht widerlegt** werden.

TAB. 51 HYPOTHETISCHER ANTEIL ZUZAHLUNGSFREIER IV- UND AHV-VERSORGUNGEN NACH HÖHE DER PAUSCHALE		
Höhe der Pauschale	Anteil zuzahlungsfreier Versorgungen	
	IV	AHV
Status quo	4.7%	1.5%
+ CHF 250.00	6.7%	2.7%
+ CHF 500.00	8.5%	4.9%
+ CHF 750.00	10.2%	6.0%
+ CHF 1'000.00	12.4%	8.1%

Anmerkung: Es werden nur Beobachtungen in CHF berücksichtigt. Härtefall-Versorgungen sind nicht berücksichtigt. **Quelle:** ZAS. **Berechnung:** IWSB

HYPOTHESE 2: «DER SYSTEMWECHSEL FÜHRT ZU EMPOWERMENT DER VERSICHERTEN UND ZU VERSTÄRKTEM PREISWETTBEWERB»

Durch die Änderung des Vergütungssystems der Hörgeräteversorgung der IV und der AHV im Juli 2011 sollte sich der Schweizer Hörgerätemarkt einem freien Markt annähern, indem den Akteuren auf der Nachfrage- und der Angebotsseite mehr Freiraum eingeräumt wurde. Die Pauschale kommt einem sogenannten Indemnitäts-tarif gleich. Das heisst, dass der Beitrag der Sozialversicherung unabhängig vom Preis der Hörgeräteversorgung ausbezahlt wird. Damit entsteht, im Gegensatz zum alten System, ein Anreiz, das Produkt mit dem individuell besten Kosten-Nutzen-Verhältnis zu kaufen.

Die Prognose, dass der von der Hörgerätebranche vorausgesagte Wettbewerb «einen enormen Druck» auf die Preise ausüben werde, kann nicht in erwartetem Umfang bestätigt werden. Die Regressionsanalyse förderte stattdessen zutage, dass die Versorgungspreise nur um 9.2 Prozent sanken.

Es scheint, als würde sich der Preiswettbewerb bisher vor allem unter den Abgabestellen von Hörgeräten abspielen. Dazu geben auch die Ergebnisse der nach Hörgerätekosten und Dienstleistungskosten getrennten Regressionen Hinweise: Während die Preise für Dienstleistungen um rund 19.4 Prozent sanken, betrug der Preis-

nachlass auf Hörgeräte nur 5.7 Prozent. Es muss jedoch daran erinnert werden, dass die Trennung von Dienstleistungs- und Hörgerätepreisen nicht einwandfrei möglich ist und der Leistungsumfang der Dienstleistungen reduziert werden konnte. Den Abgabestellen steht es frei, auf welches Produkt sie ihre Margen erheben.

Der Markt der Hörgerätehersteller weist eine relativ starke Konzentration auf. Es kam in den vergangenen Jahren wiederholt zu Fusionen und Übernahmen, wobei sich die Hersteller auch vermehrt der vertikalen Integration bedient haben. Die Hersteller untereinander kämpfen um Marktanteile, indem sie Abgabestellen aufkaufen und auf diese Weise zu ihrem eigenen Abnehmer werden. Dies versetzt sie in die Lage, ihre Produkte direkt an die Endkundinnen und -kunden zu vertreiben, wodurch der Vertriebsprozess effizienter gestaltet werden kann und die Margen erhöht werden können.

Gemäss den untersuchten Rechnungsdaten in der aktuellen Stichprobe gehen 45 Prozent der verkauften Hörgeräte auf eine Marke der Sonova Holding AG zurück (z. B. Phonak und Hansaton). 20 Prozent der Hörgeräte kommen von der William Demant Gruppe (z. B. Oticon und Bernafon), 9 Prozent von Widex und 8 Prozent von Signia, wobei sich Widex und Signia 2019 zu WS Audiology zusammengeschlossen haben. Die GN-Gruppe verfügt ebenfalls über rund 8 Prozent Marktanteil (z. B. ReSound, Interton), KIND verkaufte rund 4 Prozent und Sonetik rund 2 Prozent aller Hörgeräte im Sample. Diese sechs Hersteller teilen sich 98 Prozent des Marktes, wobei Sonova in der Schweiz unbestrittener Marktführer ist. Viele dieser Herstellergruppen verfügen zudem auch über eigene Abgabestellen bzw. haben diese aufgekauft. Das mag zum Teil erklären, wieso die Preissenkungen überwiegend im Bereich der Dienstleistungen stattfanden.

Eine wichtige Voraussetzung für eine ideale Abwägung zwischen Alternativen ist eine gute Markttransparenz, also verfügbare Informationen zu Preis- und Leistungsbestandteilen verschiedener Versorgungsformen. Von den Versicherten, die als Käuferinnen und Käufer von Hörgeräten auf dem Markt agieren, ist zu erwarten, dass sie aufgrund des grösseren Entscheidungsspielraums ihren Nutzen gemäss ihren individuellen Präferenzen optimieren. Konsumentensouveränität bedingt Informiertheit. Hier stellt sich die ordnungspolitische Frage, wessen Aufgabe es ist, innerhalb eines Marktes für Transparenz zu sorgen. Zum einen müssen Informationen bereitgestellt werden, zum anderen müssen die Versicherten die bereitgestellten Informationsquellen auch nutzen. Hier leisten gerade Konsumentenschutz- und Hörbehindertenorganisationen einen sehr grossen Beitrag, indem sie Informationen frei verfügbar machen und Qualitäts- sowie Preisvergleiche durchführen.

Den Experteninterviews und Befragungen von Hörgeräteträgerinnen und -träger zufolge kommen Personen auf unterschiedlichen Wegen an Informationen über Hörgeräte und Versicherungsbeiträge heran. Gegenüber der Vorgängerstudie informieren sich Personen verstärkt im Internet sowie bei mehreren Akustikfachgeschäften. Trotzdem bleibt die primäre Bezugsquelle für Informationen weiterhin das Akustikfachgeschäft, an zweiter Stelle rangiert die HNO-Ärztin bzw. der HNO-Arzt. Von vollständigem «Empowerment» kann in diesem Zusammenhang noch nicht die Rede sein, doch mit der Zunahme von Vergleichen und der Einbeziehung zusätzlicher Informationsquellen wie des Internets kann zumindest von einem Trend hin zu mehr «Empowerment» gesprochen werden, welcher in der Vorgängerstudie noch nicht zu beobachten war.

Zudem muss die Möglichkeit akzeptiert werden, dass sich informierte Konsumentinnen und Konsumenten nicht für eine preisgünstige Versorgung oder ein «Discounter»-Fachgeschäft entscheiden, sondern für ein Fachgeschäft, das möglicherweise in unmittelbarer Nähe liegt, bestimmte Serviceleistungen anbietet und sich besonders viel Zeit für Betreuung, Auswahl und Nachkontrollen nimmt. Bevorzugt wird überdies ein Hörgerät, das über eine sehr gute Reputation oder technologische Innovationen verfügt. Für lediglich 26 Prozent der Befragten stellt der Preis der Gesamtversorgung ein wichtiges Auswahlkriterium dar (vgl. Kap. 4.3.5, Abb. 27). Die wichtigsten Kriterien sind Sprachverständlichkeit bzw. Klangqualität (72 Prozent) und Tragekomfort (54

Prozent). Die Befragungsergebnisse legen den Schluss nahe, dass die Versicherten nicht besonders preissensitiv sind und spiegeln die von Expertinnen und Experten postulierte hohe Zahlungsbereitschaft für Qualität und Komfort wider.

Die Akzentuierung im Tief- und Hochpreissegment, die anhand der Rechnungsdaten seit der Einführung des Pauschalystems beobachtet werden konnte (vgl. Kap. 3.4.3), lässt vermuten, dass dennoch eine relevante Kundengruppe existiert, die Versorgung zu niedrigen Preisen fordert, gleichzeitig aber auch ein umfassendes Kundensegment mit hoher Zahlungsbereitschaft. Diesen Anforderungen wird im Markt Rechnung getragen, indem das Tief- und das Hochpreissegment ausgebaut werden.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass ein verstärkter Preiswettbewerb mit dem Systemwechsel tatsächlich einsetzte. Offenbar ereignete sich der Wettbewerb stärker auf der Ebene der Abgabestellen. Mehr Wettbewerb wirkt sich jedoch nicht nur auf die Preise aus. Gerade dann, wenn die Zahlungsbereitschaft hoch ist, führt mehr Wettbewerb zu qualitativ besseren Produkten oder zu zusätzlichen Produktdifferenzierungen. Die hohe Zahlungsbereitschaft kann unterschiedliche Gründe haben, einer davon betrifft die Erwartung der Kundinnen und Kunden an die Qualität: So sind nur rund 15 Prozent der Versicherten bereit, Qualitätseinschränkungen aufgrund von finanziellen Gründen in Kauf zu nehmen (vgl. Kap. 4.3.5, Abb. 26). Dies wurde auch in den Expertengespräche hervorgehoben. Ein funktionierender Wettbewerb kann daher auch bessere Qualität zu gleichen oder gar höheren Preisen hervorbringen.

Die **Hypothese**, dass der Systemwechsel zu Empowerment der Versicherten und zu verstärktem Preiswettbewerb führt, konnte somit **nicht widerlegt** werden.

HYPOTHESE 3: «DER SYSTEMWECHSEL FÜHRT ZU TIEFEREN DURCHSCHNITTSKOSTEN IN DER VERSORGUNG»

Die Einführung des Pauschalystems bewirkte bei der Versorgungsart AHV einen Rückgang der durchschnittlichen Kosten um rund sieben bis acht Prozent. Bei den IV-Versicherten verschwand der Effekt in der aktuellen Stichprobe, nachdem die Kosten kurz nach dem Systemwechsel um rund sechs Prozent sanken. Bei den Kinderversorgungen konnte in der aktuellen Erhebung ein Kostenrückgang von rund fünf Prozent festgestellt werden.

Die Durchschnittskosten müssen sich nicht unbedingt proportional zur Preissenkung bewegen, denn auch wenn die Preise sinken (vgl. Hypothese 2), können sich die Versicherten vermehrt für hochpreisige Modelle entscheiden. Dieser Umstand wird als Kompositionseffekte bezeichnet. Die Befragung der Versicherten zeigte, dass sich die IV-Versicherten, insbesondere aufgrund besserer Sprachverständlichkeit und Klangqualität, für hohe Zuzahlungen entscheiden. Diese Motivation ist vonseiten des BSV insofern unbedenklich, als dass durch die Versicherungsbeiträge nicht die bestmögliche Versorgung ermöglicht werden soll, sondern eine einfache und zweckmässige.

Die **Hypothese**, dass der Systemwechsel zu tieferen Durchschnittskosten in der Versorgung führt, konnte somit **nicht widerlegt** werden.

HYPOTHESE 4: «DIE SENKUNG DER VERSICHERUNGSBEITRÄGE WIRKT SICH NICHT NEGATIV AUF DIE VERSORGUNGSQUALITÄT AUS»

Die Qualitätsanalyse zeigt, dass die Zufriedenheit mit den Hörgeräteversorgungen in der Schweiz stabil auf hohem Niveau bleibt. Rund 97 Prozent der befragten Hörgeräteträgerinnen und -träger sind zufrieden oder

sehr zufrieden mit den Service- und Anpassungsleistungen, dieser Wert veränderte sich in allen Befragungswellen kaum. Dasselbe gilt für die Zufriedenheit mit den Nachbetreuungsleistungen, wo der Anteil der zufriedenen oder sehr zufriedenen Personen auf rund 97 Prozent verharret. Auch die Zufriedenheit mit dem Hörgerät an sich lag seit der ersten Befragungswelle stabil bei rund 92 Prozent.

Zu einem ähnlichen Befund kommt die Analyse der Tragerate. Über 70 Prozent der Befragten trugen ihr Hörgerät gemäss der aktuellen Befragung mindestens acht Stunden pro Tag. Im Tarifsystem lag dieser Wert noch bei rund 63 Prozent. Gemäss den Expertengesprächen wird vor allem der technische Fortschritt der Hörgeräte für diese Verbesserung verantwortlich gemacht.

In summa veränderte sich die Zufriedenheit mit der Hörgeräteversorgung nach Einführung des Pauschalensystems nicht und liegt nach wie vor auf sehr hohem Niveau. Die **Hypothese**, dass sich die Senkung der Versicherungsbeiträge nicht negativ auf die Versorgungsqualität auswirkte, konnte somit **nicht widerlegt** werden.

HYPOTHESE 5: «DIE HÄRTEFALLREGELUNG WIRD IN 3 BIS 5 PROZENT DER ERWACHSENEN IV-FÄLLE ANGEWENDET»

Da die Pauschalen nicht genügen, um komplexe Hörversorgungen von Personen im Erwerbsleben zu decken, führte das BSV eine Härtefallregelung ein, welche die notwendigen Zusatzkosten dieser Hörversorgungen deckt. Das BSV erwartete, dass rund 3 bis 5 Prozent aller erwachsenen IV-Versorgungen als Härtefälle einzustufen sind.

Gemäss den Daten der ZAS, zur totalen Anzahl an Standard-IV- und Härtefall-Versorgungen pro Jahr, überschreitet der Anteil an Härtefall-Versorgungen 2016 mit 5.7 Prozent erstmals die Erwartungen des BSV, mit steigender Tendenz in den darauffolgenden Jahren. 2019 belief sich der Anteil an Härtefall-Versorgungen auf 6.7 Prozent.

In der Preisregression zeigte sich zudem, dass Härtefälle für eine Versorgung mit demselben Hörgerät knapp 6 Prozent mehr bezahlen als normale IV-Versicherte. Auffällig ist hierbei, dass diese Mehrkosten sich auch in rund 4 Prozent höheren Gerätekosten (für dasselbe Geräte) niederschlagen.

Auf der Kostenseite zeigt sich, dass die Härtefälle mit den zusätzlichen finanziellen Mitteln vor allem bessere bzw. teurere Hörgeräte kaufen. Gemäss den Regressionen sind die Hörgeräte von Härtefällen im Durchschnitt 7.6 Prozent teurer. Werden alle Kosten der Versorgung berücksichtigt, weisen die Härtefälle rund 13 Prozent höhere Kosten als die anderen IV-Fälle auf. Die bessere Versorgung der Härtefälle schlägt sich auch in der Zufriedenheit nieder, Versicherte mit einer Härtefallversorgung signalisieren die höchste Zufriedenheit.

In diesem Sinne wurden die Erwartungen des BSV bezüglich des Härtefallanteils nicht erfüllt und die **Hypothese** konnte **widerlegt** werden. Zudem bestehen Hinweise für Fehlanreize bei der Abrechnung.

HYPOTHESE 6: «DIE KINDERVERSORGUNG IST BESSER MIT EINEM HÖCHSTVERGÜTUNGSBETRAG GEREGLT ALS MIT EINER PAUSCHALE»

Für Kinder bis 18 Jahre wurde bei der Systemumstellung eine spezielle Vergütungsregelung eingeführt, um dem erwartet höheren individuellen Betreuungs- und Anpassungsaufwand gerecht zu werden und um die Sprachentwicklung von Kindern zu garantieren. Aus diesem Grund wird bei Kinderversorgungen keine Pauschale an die Versicherten bezahlt, sondern bis zu einem Maximalbetrag der effektive Aufwand direkt an die Pädakustikerinnen und Pädakustiker vergütet. Bei Versorgungskosten über dem Maximalbetrag müssen die Versicherten bzw. deren Eltern diese Mehrkosten selber tragen.

In Bezug auf die Gewährleistung der Sprachentwicklung bei Kindern soll unbedingt ausgeschlossen werden, dass sich Bezugspersonen zulasten der Kinder für eine günstigere Versorgung entscheiden als im jeweiligen Optimalfall. Da Pauschalvergütungen grundsätzlich einen Anreiz zu günstigeren Versorgung geben, ist die spezielle Handhabung bei den Kinderversorgungen unseres Erachtens eine sinnvolle Lösung. Mithilfe der Rechnungsdaten können jedoch Hinweise über die Angemessenheit der Höhe des maximalen Vergütungsbetrags zusammengetragen werden.

Bereits in der Vorgängerstudie fiel auf, dass die Gesamtkosten der Kinderversorgungen mehrheitlich dem Höchstvergütungsbeitrag entsprechen. Kurz nach dem Systemwechsel lagen rund 60 Prozent der Versorgungskosten auf der Höhe des maximalen Versicherungsbetrags, jetzt in der aktuellen Stichprobe sind es bereits 77 Prozent. Die restlichen Anteile verteilen sich mehrheitlich auf Versorgung mit Zuzahlungen (35 Prozent kurz nach Systemwechsel und 20 Prozent in der aktuellen Stichprobe). Das heisst, nur bei 5 Prozent der Versorgung kurz nach dem Systemwechsel und bei 3 Prozent in der aktuellen Stichprobe lagen die Gesamtversorgungskosten im Pauschalssystem unter dem Höchstvergütungsbeitrag.

Die Befragungsergebnisse zeigen darüber hinaus, dass Kinderversorgungen verhältnismässig weniger Anpassungssitzungen brauchen als alle anderen Versorgung. Bei rund 50 Prozent der Versorgung reichen ein bis zwei Sitzungen und lediglich 10 Prozent der Kinder brauchen mehr als fünf Sitzungen. Im Vergleich dazu benötigen 18 Prozent der IV-Versicherten mehr als fünf Sitzungen, bei den AHV-Versicherten sind es 12 Prozent, bei den Härtefällen sogar 34 Prozent der Erstversorgung und 37 Prozent der Folgeversorgung.

Die Handhabung bei den Kinderversorgung erinnert an die Regelung im Tarifsysteem. Die Pädakustikerinnen und Pädakustiker haben keinen Anreiz, Kinderversorgung mit Kosten unter dem Höchstvergütungsbeitrag anzubieten. Da die Versicherten selber die Kosten nicht tragen, bedürfen sie auch keiner Rechtfertigung. Die Aufschlüsselung der Rechnungspositionen ist daher bei Kinderversorgung oftmals weniger detailliert als bei den Versorgung der Erwachsenen. Passend dazu, ergab die Befragung, dass lediglich jede zehnte Kontaktperson bei Kinderversorgung (also 10 Prozent) über den Preis der getätigten oder verrechneten Dienstleistungen informiert wurde. Die Informiertheit der Eltern beim Kauf einer Versorgung ist auffallend tief im Verhältnis zu den anderen Versicherten. Teilweise könnte dafür verantwortlich sein, dass Kinder auch in Spitälern versorgt werden und es in medizinischen Einrichtungen, die nach festen Tarifen abrechnen, nicht üblich ist, über den Preis zu diskutieren.

Gegenüber dem Tarifsysteem sanken die Kosten der Kinderversorgung um rund 5 Prozent, es ist jedoch nicht klar, wieso diese Kosteneinsparung erst in der aktuellen Stichprobe feststellbar ist. Die Preise der Gesamtversorgung bei den Kindern sind auf ähnlichem Niveau wie die der AHV-Versorgung.

Die **Hypothese**, dass die Kinderversorgung besser mit einem Höchstvergütungsbetrag geregelt ist als mit einer Pauschale, konnte somit **nicht widerlegt** werden.

5.1.1 ERKENNTNISSE

Zusammengefasst konnten folgende Erkenntnisse gewonnen werden:

- Die Qualität der Hörgeräteversorgung verbleibt unverändert auf sehr hohem Niveau.
- Die Tragedauer hat zugenommen.
- Die Zufriedenheit der Hörgeräteträger ist hoch.
- Die Einsparungen lassen sich mitunter dank bedarfsgerechterer Dienstleistungen erzielen, was sich nicht negativ auf die Zufriedenheit auswirkt.

- Der Wettbewerb spielt stärker, da die Hörgeräteträgerinnen und -träger vermehrt Gegenofferten einholten (erhöhtes «Empowerment»).
- Die Marktkonzentration nahm in Bezug auf Hörgerätemodelle und Hersteller nach einer Abnahme direkt nach dem Systemwechsel wieder zu.
- Die Preise der Hörgeräteversorgung nach dem Systemwechsel sanken um 9.2 Prozent.
- Die durchschnittlichen Kosten einer AHV-Versorgung sind seit dem Systemwechsel um rund 7 Prozent gesunken, in der aktuellen Stichprobe verstärkte sich die Kosteneinsparung sogar noch leicht.
- Die Durchschnittskosten der IV-Versorgung sind wieder auf dem Niveau des Tarifsystems, nachdem sie in einer ersten Phase um rund 6 Prozent gesunken waren.
- Die Durchschnittskosten der Kinderversorgungen sind zwischen 2016 und 2019 um rund 5 Prozent gesunken im Vergleich zum Tarifsystem, dieser Effekt konnte zu Beginn des Systemwechsels noch nicht festgestellt werden.
- Die Häufigkeit der Härtefall-Versorgungen entsprechen seit 2016 nicht mehr den Erwartungen des BSV (3 - 5 Prozent aller IV-Versorgungen).
- Die Preise für Härtefälle sind 5.6 Prozent höher und die Durchschnittskosten der Härtefälle übersteigen die Standard-IV-Fälle um rund 13 Prozent. Gleichzeitig weisen Versicherte mit einer Härtefallversorgung die höchste Zufriedenheit auf.
- Viele Hörgeräteträgerinnen und -träger sind bereit, erhebliche Zuzahlungen zu leisten.
- Die Motivation für Zuzahlungen sind bei IV-Versorgungen primär die bessere Sprachverständlichkeit und Klangqualität, bei den AHV-Versorgungen ist hingegen der Mangel an zuzahlungsfreien Angeboten der wichtigste Beweggrund.
- Die Gesamtkosten der Kinderversorgung konzentrieren sich seit dem Systemwechsel um den maximalen Versicherungsbeitrag, wobei sich die Situation seit der Vorgängerstudie noch verschärft hat.
- Die Höhe der Versorgungspauschale sollte für eine einfache und zweckmässige Hörgeräte-Versorgung ausreichend sein.
- Die Höhe der Reparaturpauschale ist für Elektronik hoch genug angesetzt, denn eine zuzahlungsfreie Reparatur ist bei gewissen Abgabestellen unabhängig vom Hersteller möglich.

Insgesamt ist somit aufgrund des Systemwechsels und des technischen Fortschritts eine qualitativ gleichwertige Versorgung heute günstiger möglich als noch vor zehn Jahren.

5.1.2 EMPFEHLUNGEN

Die momentane Lösung mit der finanziellen Unterstützung der Versicherten über Pauschalen, die ihnen eine möglichst grosse Freiheit bei der Wahl des Hörgerätes und der Dienstleistungen ermöglichen und ihnen durch die Funktionsweise der Konsumentenouveränität einen Einfluss auf die Ausgestaltung des Marktangebots geben, ist u.E. ein sinnvollerer Modell als ein Tarifsystem, da es für die Versicherung zu Einsparungen führt, die Qualität der Versorgung nicht beeinträchtigt und einen gewissen Preiseffekt zeitigt. Ob der Trend zu Premiumprodukten einem genuinen Bedürfnis entspricht, lässt sich nicht restlos klären, da die Gesamtzufriedenheit unabhängig von der Zuzahlungshöhe ist aber die subjektive Hörverbesserung von den Totalkosten abhängt.

Damit sie ihre Kaufentscheidung optimal an ihren individuellen Präferenzen bezüglich Kosten-Nutzen ausrichten können, wären Bestrebungen, welche die Informationsasymmetrie reduzieren und die Markttransparenz erhöhen, allerdings zu begrüssen. Diese zwei Aspekte hemmen den Wettbewerb, indem sie die Anbietenden gegenüber den Nachfragenden bevorteilen.

Informationsasymmetrien, also einseitige Unkenntnis oder auch unterschiedlicher Zugang zu relevantem Wissen, besteht zu einem gewissen Grad auf jedem Markt. Problematisch werden die ungleichverteilten Informationen erst, wenn sich die besser informierte Marktseite opportunistisch verhält und den Wissensvorsprung auf Kosten der anderen Seite drastisch und regelmässig ausnutzt.

Bei Hörgeräten handelt es sich um Erfahrungsgüter, deren Qualität erst durch die Nutzung eingeschätzt werden kann. Aus diesem Grund dürfen Käuferinnen und Käufer von Hörgeräten mehrere der Geräte jeweils kostenlos probetragen. Diese Massnahme wirkt bereits der Informationsasymmetrie entgegen. Auch lassen sich zwei klassische Marktprozesse zur Reduktion von substantieller Informationsasymmetrie auch im Hörgerätemarkt beobachten: Erstens, durch «Signaling» in Form von Werbung und dem Aufbau von Markennamen werden Informationen zur Qualität von Produkten und Dienstleistungen von der Partei mit Wissensvorsprung (Hersteller und Abgabestellen) preisgegeben, ihre Reputation erhöht oder die Positionierung im Markt kommuniziert. Zweitens wird ein «Screening» von der uninformierten Partei ausgeführt, d.h. die Käuferinnen und Käufer holen Offerten bei unterschiedlichen Abgabestellen ein, fordern das Probetragen von verschiedenen Hörgeräten und beziehen frei verfügbare Informationen im Internet, bei Ärztinnen und Ärzten, über die Merkblätter der IV- und AHV-Versicherung sowie bei Hörbehindertenorganisationen. Diese Massnahmen können von den Versicherten ergriffen werden, um ihren Informationsstand zu verbessern.

Weitere Möglichkeiten zur Relativierung der Informationsasymmetrie können und werden im Hörgerätemarkt bereits durch staatliche Massnahmen verfolgt. Dazu gehören staatlich anerkannte Qualitäts- und Sicherheitsstandards. Das eidgenössische Institut für Metrologie (METAS) führt eine Liste mit allen homologierten Hörgeräten, deren Konformität überprüft wird um internationale Standards zu erfüllen. Ferner müssen Abgabestellen, die Kinder mit Hörgeräten versorgen, durch das BSV anerkannt und zugelassen werden. Weitere mögliche staatliche Eingriffe, die auf die Reduktion von Informationsasymmetrie abzielen würden, wären staatlich vorgeschriebene Informationspflichten. In anderen Märkten sind das bspw. die Mindesthaltbarkeitsdaten. Im Hörgerätemarkt könnte sich eine solche Offenlegungspflicht darauf beziehen, dass Abgabestellen aufzeigen müssten, was das BSV unter einfachen und zweckmässigen Versorgungsmöglichkeiten versteht (gemäss vorheriger Definition, inkl. Dienstleistungen) und – in einem weitreichenderen Markteingriff – dass zugelassene Akustikerinnen und Akustiker mindestens eine solche Versorgung anbieten müssten.

Die weiteren Reduzierungen dieser Wettbewerbshürden bzw. die Erarbeitung von relevanten sowie frei und einfach zugänglichen Informationen und/oder Informationsplattformen sind nach unserer Ansicht vor allem Themen, die von entsprechenden Konsumentenschutz- und Hörbehindertenorganisationen bearbeitet werden sollten. Dazu zeigte die Befragung, dass die Bekanntheit von Hörbehindertenorganisationen unter den Versicherten grosses Potenzial zur Steigerung hat.

Die Höhe der Standard-IV- und AHV-Pauschalen ist unseres Erachtens nach ausreichend. Aus betriebswirtschaftlichen Gründen kann es natürlich sein, dass Akustikfachgeschäfte keine Gesamtversorgungen (inklusive Dienstleistungspauschalen mit Nachbetreuung) für den Preis der Pauschalen anbieten können oder wollen, was zum Teil auch der strategischen Ausrichtung (Differenzierung des Angebots) geschuldet ist. Mit den festgelegten Pauschalen in dieser Höhe entstehen Anreize bzw. Vorteile für sehr effiziente Angebote, die grosse Geschäfte bzw. Ketten mit hoher Frequentierung und der Nutzung von Skaleneffekten besser bedienen können.

Bei den Härtefall-Versorgungen gilt es das System anzupassen, da vermutet wird, dass die Abgabestellen Dienstleistungen, die sie nicht abrechnen können, offenbar auf die Preise der Hörgeräte schlagen. Für diese Vermutung konnten auch in der Preisregression Hinweise gefunden werden, da sich zeigte, dass dieselben

Hörgeräte für Härtefälle teurer sind als für standardmässige IV-Versorgungen. Das System gilt es diesbezüglich anzupassen, da es zu falschen Abrechnungen verleitet.

Die spezielle Handhabung der Kinderversorgungen ist unserer Meinung nach sinnvoll, da bei Kindern eine optimale Versorgung zur Sicherstellung korrekter Sprachentwicklung gegeben sein muss. Deshalb sollten Anreize zu Einsparungen nur in begrenztem Masse gesetzt werden. Die Auswertungen in der vorliegenden und in der erstmaligen Studie führen jedoch vor Augen, dass sich die Gesamtversorgungskosten um die Höchstvergütungsbeiträge konzentrieren. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Pädakustikerinnen und Pädakustiker keinen Anreiz haben, Versorgungen mit Kosten unter diesem Höchstbeitrag anzubieten, bzw. die Versicherten keinen Anreiz haben, günstigere Versorgungen einzufordern, ob dies zutrifft wäre in der Praxis nachzuprüfen.

Zuletzt soll auch noch der Zeitpunkt der Auszahlung der Pauschale diskutiert werden. Denn dieser könnte einen Einfluss auf die Hörgeräteträgerinnen und -träger haben. In der Verhaltensökonomie sind verschiedene Phänomene bekannt, bei denen der Zeitpunkt einer Zahlung relevant für das Ergebnis ist. Wenn Hörgeräteträgerinnen und -träger die Pauschalbeiträge nicht als Teil ihres Vermögens ansehen, sondern als die Gewährung eines Preisnachlasses auf das Hörgerät, haben sie weniger Veranlassung, das günstigere Angebot auszuhandeln. So ist beispielsweise bekannt, dass monetäre Anreize am besten wirken, wenn sie unmittelbar ausbezahlt bzw. präsentiert werden («Hyperbolic Discounting»). Auch das Gegenteil im Fall von Steuern konnte nachgewiesen werden: Steuern, die direkt auf die Preise statt später an der Kasse aufgeschlagen werden, ziehen eine stärkere Verhaltensänderung nach sich («Saliency»). Aus diesem Grund würde die Auszahlung des Pauschalbeitrags vor dem Betreten der Abgabestelle durch die Versicherten eine Möglichkeit darstellen, das «Empowerment» durch einen besseren Anreiz zu stärken. Rechtlich ist diese Abänderung momentan nicht zulässig.

Abschliessend kann festgehalten werden, dass die Erwartungen der Branche bezüglich des Preisdrucks und der Preissenkung nicht in dem Masse eingetreten sind, wie es zu Beginn erwartet wurde (Preiseffekt von -9.2 Prozent auf der Gesamtversorgung). Trotzdem sanken die Durchschnittsversorgungskosten bei der AHV zwischen 2017 und 2019 um 7.6 Prozent gegenüber dem Tarifsysteem. Bei der IV sind die Kosten aus der aktuellen Stichprobe aufgrund eines Trends zu mehr Premiumprodukten wieder auf dem Niveau des Tarifsystems angelangt, während sich bei den Kinderversorgungen in der aktuellen Stichprobe ein Kosteneffekt von 5 Prozent zeigte.

LITERATURVERZEICHNIS

Bundesamt für Sozialversicherung (2018a). *Pauschalen der IV für die Versorgung mit Hörgeräten*. BSV.

Bundesamt für Sozialversicherung (2018b). *Pauschalen der AHV für die Versorgung mit Hörgeräten*. BSV.

Bundesrat (2010). *Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (6. IV- Revision, erstes Massnahmenpaket)*. Bern.

IGES (2014). *Evaluation der Qualität der Hörgeräteversorgung*. im Auftrag des Bundesamts für Sozialversicherungen BSV, Bern.

IWSB (2013). *Analyse der Preise in der Hörgeräteversorgung*. Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV).

Sonetik (o.D.). *Sonetik Verkaufsstellen*.

Wasmer, M. (2020). *Hörgeräte. Analyse des Schweizer Markts und Auslandpreisvergleich*. Preisüberwachung PUE, Bern.

A ANHANG: PREISVERGLEICH

A.1 VARIABLENLISTEN

TAB. 52 VARIABLENLISTE REGRESSION PREISEFFEKT		
Variable	Variablentyp	Kurzbeschreibung
Abgabestellen	kategorial	Die häufigsten Abgabestellen – kleinere wurden in «Andere» gruppiert
Abgabestellentyp	kategorial	Akustiker oder andere
Altersgruppen	kategorial	Altersgruppe der versicherten Person zum Zeitpunkt der Versorgung
Anzahl Hörgeräte	kategorial	Gekaufte Anzahl Hörgeräte (1 oder 2 Hörgeräte)
Auris	kategorial	Wurde ein Beitrag für eine binaurale Versorgung gesprochen
DL-*	Kategorial	Verschiedene Dienstleistungskategorien
Geschlecht	kategorial	Geschlecht der versicherten Person
Härtefall	kategorial	Spezialkategorie in IV-Versorgung
HG technisches Niveau	kategorial	Einschätzung durch Experten (0–4)
HG-Alter	kategorial	Alter des Hörgerätes zum Rechnungszeitpunkt
HG-Bauform	kategorial	Art des Hörgerätes (HdO, IdO etc.)
HG-Fabrikat	kategorial	Vertriebsmarke
HG-METAS	Kategorial	METAS-Nummer der Hörgeräte
HG-Modell	kategorial	Name der Bauart
Sprache	kategorial	Sprache (deutsch, französisch oder italienisch)
System	kategorial	Herrschendes Verfügungssystem (Tarif- oder Pauschalsystem)
Totalkosten	kontinuierlich	Totalkosten der Versorgung (Hörgerät plus Dienstleistungen plus Zubehör abzgl. Rabatte und exkl. MWST)
Versorgungstyp	kategorial	AHV, IV oder Kinder
Währung	kategorial	Rechnungswährung (CHF, EUR)

Darstellung: IWSB.

A.2 PREISREGRESSION VOLLSTÄNDIG

TAB. 53 REGRESSIONSRESULTATE PREISEFFEKTE			
	log(Totalkosten)	log(DL-Kosten)	log(HG-Kosten)
System: (Referenz: Tarifsystem)			
Pauschalsystem	-0.097*** (0.011)	-0.216*** (0.020)	-0.059*** (0.017)
Versorgungstyp: (Referenz: AHV)			
IV	-0.042*** (0.004)	-0.037*** (0.011)	-0.016*** (0.005)
Kinder	0.015 (0.012)	0.265*** (0.023)	-0.167*** (0.019)
Härtefall: (Referenz: nein)			
ja	0.056*** (0.008)	0.048* (0.020)	0.039*** (0.009)
Versorgungsart: (Referenz: erstmalig)			
Folgeversorgung	-0.016*** (0.003)	-0.008 (0.008)	0.006 (0.003)
kein Angabe	-0.017*** (0.004)	-0.016 (0.010)	0.004 (0.005)
Sprache: (Referenz: Deutsch)			
Französisch	-0.019** (0.006)	-0.006 (0.010)	-0.033*** (0.009)
Italienisch	-0.004 (0.010)	-0.025 (0.021)	0.004 (0.015)
Geschlecht: (Referenz: Männlich)			
Weiblich	0.002 (0.002)	0.009 (0.006)	-0.0004 (0.003)
Auris: (Referenz: monaural)			
binaural	0.018*** (0.004)	0.019 (0.012)	-0.010 (0.005)
Anzahl Hörgeräte: (Referenz: eins)			
zwei	0.542*** (0.004)	0.350*** (0.011)	0.678*** (0.005)
Währung: (Referenz: CHF)			
EUR	-0.480*** (0.013)	-1.290*** (0.121)	-0.273*** (0.042)

Abgabestelle: (Referenz Andere)			
A-plus	-0.033* (0.015)	-0.062* (0.030)	-0.027* (0.012)
Acousti centre	-0.042** (0.013)	0.137*** (0.026)	-0.041* (0.020)
Acuitis	-0.087*** (0.018)	-0.367 (0.191)	-0.012 (0.054)
Acustix	0.027* (0.011)	0.143*** (0.031)	0.112*** (0.014)
Albers hoerinstitut	0.042 (0.028)	0.267*** (0.053)	-0.110*** (0.026)
Amplifon	-0.023* (0.009)	-0.129*** (0.015)	0.00001 (0.013)
Audika	0.063*** (0.013)	-0.332*** (0.066)	0.108*** (0.023)
Audilab	-0.004 (0.013)	0.022 (0.016)	-0.062** (0.023)
Audison s.a.r.l.	-0.024 (0.020)	-0.107*** (0.029)	0.017 (0.035)
Audito suisse ag	-0.251*** (0.011)	-0.544*** (0.024)	-0.036*** (0.010)
Beltone/buergin hoerberatung	0.093*** (0.011)	-0.494*** (0.027)	0.425*** (0.023)
Centrale d appareillage	0.020 (0.011)	-0.123*** (0.017)	0.090*** (0.016)
Chesterbaum ag	0.038** (0.015)	-0.090*** (0.021)	0.106*** (0.024)
Correctton	0.056 (0.053)	0.081 (0.094)	-0.024 (0.049)
Doris ayer hoerakustik	0.009 (0.018)	-0.014 (0.031)	0.027 (0.016)
Escher hoersysteme	0.101*** (0.027)		
Estoppey ph.	-0.031 (0.018)	-0.229*** (0.053)	0.106*** (0.026)
Eielmann ag	-0.182*** (0.013)	-0.489*** (0.021)	-0.106*** (0.029)
Frauenknecht ag	0.017 (0.014)	-0.084*** (0.017)	0.085*** (0.020)
Haldemann hoercenter	0.012 (0.021)	-0.078* (0.032)	0.024 (0.025)
Hoerberatung basel	0.002 (0.011)	-0.060* (0.026)	-0.001 (0.013)
Hoerberatung born	-0.080*** (0.015)	0.263*** (0.045)	-0.191*** (0.030)
Hoerberatung nathalie farner ag	0.045 (0.024)	0.140* (0.062)	0.144** (0.053)

Hoerhilfe borner	-0.037** (0.014)	0.049* (0.021)	-0.093*** (0.025)
Hoerhuus	0.011 (0.025)	-0.187*** (0.044)	0.138*** (0.022)
Hoerinstitut jakits	-0.048** (0.018)	0.015 (0.042)	-0.056** (0.018)
Hoermittelzentrale	-0.025** (0.009)	-0.118*** (0.018)	0.015 (0.012)
Hoermittelzentrale biel	0.046 (0.036)	-0.190** (0.063)	-0.009 (0.084)
Hoermittelzentrale nordwestschweiz	0.018* (0.009)	0.172*** (0.026)	0.025* (0.010)
Hoerpunkt gmbh	0.055 (0.043)	-0.056 (0.109)	0.013 (0.027)
Hoerservice ag	0.052*** (0.012)	-0.030 (0.032)	0.099*** (0.018)
Hoerteam schluchter ag	-0.007 (0.022)	0.081 (0.042)	-0.049 (0.033)
Hoerzentrum gygli	-0.020 (0.013)	-0.279*** (0.029)	0.082*** (0.019)
Hoerzentrum schweiz	0.049*** (0.011)	-0.262*** (0.026)	0.204*** (0.020)
Jaeggi optik und hoerberatung	0.012 (0.013)	-0.078* (0.032)	0.042** (0.013)
Kind	-0.005 (0.023)	-0.793*** (0.158)	0.104** (0.035)
Kohler akustik ag	-0.028 (0.017)	-0.077* (0.034)	-0.063*** (0.015)
Kuehnis hoerwelt ag	-0.022 (0.013)	-0.831*** (0.081)	0.234*** (0.027)
Micro-electric r.wuethrich ag	0.015 (0.011)	-0.078** (0.026)	0.049* (0.020)
Neuroth	0.057*** (0.009)	-0.037* (0.017)	0.068*** (0.011)
Ohrlabor gmbh	0.005 (0.020)	0.051 (0.038)	0.018 (0.019)
Otoacustica paganini sa	-0.348*** (0.079)	-0.227*** (0.039)	-0.526*** (0.126)
Pro surdis	0.027 (0.014)	0.023 (0.026)	0.017 (0.015)
Schneider optik akustik	-0.046* (0.022)	-0.219*** (0.058)	0.004 (0.016)
Sonix	-0.094*** (0.022)	0.142* (0.064)	-0.035 (0.025)
Surdite dardy sa	-0.025 (0.016)	-0.206*** (0.029)	0.031 (0.049)
Tobler optik	-0.062* (0.026)	-0.162** (0.059)	-0.017 (0.113)

Alter Hörgeräte: (Referenz: 0 Jahre)		
1 Jahr	0.011* (0.005)	0.011 (0.007)
2 Jahre	0.003 (0.007)	0.003 (0.010)
3 Jahre	-0.035*** (0.010)	-0.041** (0.015)
4 Jahre	-0.076*** (0.017)	-0.098*** (0.027)
5 Jahre	-0.187*** (0.029)	-0.192*** (0.049)
6 Jahre	-0.251*** (0.039)	-0.282*** (0.084)
7 Jahre	-0.167** (0.056)	-0.298** (0.110)
8 Jahre	-0.161** (0.062)	-0.604** (0.209)
9 Jahre	-0.011 (0.061)	-0.266 (0.140)
10 Jahre	0.016 (0.051)	-0.626** (0.211)
Lohnindex Detailhandel	-1.779*** (0.409)	-1.865 (1.067)
Importpreisindex	-0.712** (0.271)	-0.991** (0.366)
DL Nachbetreuung: (Referenz: ja)		
nein		-0.196*** (0.014)
DL Anpassung: (Referenz: nein)		
bis 3 h		-0.713*** (0.056)
bis 4 Sitzungen		-0.369*** (0.029)
bis 6 h		-0.083** (0.030)
bis 6 Sitzungen		-0.010 (0.055)
unbegrenzt		0.098*** (0.020)
DL Audiometrie: (Referenz: nein)		
ja		0.046*** (0.012)
DL Ersatz: (Referenz: nein)		
ja		0.413*** (0.060)

DL Garantie: (Referenz: nein)			
ja		0.053*** (0.010)	
DL Vergl. Anpassung (Referenz: nein)			
ja		0.075*** (0.013)	
Fixed Effects Metas	ja	ja	ja
Observations	29,029	24,371	24,371
Adjusted R ²	0.682	0.375	0.687

Anmerkung: *p < 0.05; **p < 0.01; ***p < 0.001; clusterrobuste Standardfehler in Klammern. **Berechnung:** IWSB.

A.3 REGRESSION REPARATURWAHRSCHEINLICHKEIT VOLLSTÄNDIG

TAB. 54 LOGISTISCHE REGRESSIONSANALYSE REPARATURWAHRSCHEINLICHKEIT				
	Koeffizient	Standardfehler	Signifikanz	Durchschnittliche marginale Effekte
Konstante	-2.226	(0.142)	***	
Alter: (Referenz: 20-64)				
0-19	0.496	(0.144)	***	0.083
65 +	0.154	(0.055)	**	0.024
Sprache: (Referenz: Deutsch)				
Französisch	-0.305	(0.067)	***	-0.044
Italienisch	-0.615	(0.189)	**	-0.082
Geschlecht: (Referenz: Mann)				
Frau	-0.289	(0.054)	***	-0.043
Anzahl Hörgeräte: (Referenz: eins)				
zwei	0.583	(0.071)	***	0.089
Bauform Kategorie: (Referenz: HdO)				
mini HdO	0.349	(0.194)		0.056
IdO	0.347	(0.103)	***	0.056
CIC	0.618	(0.093)	***	0.106
RIE	-0.678	(0.369)		-0.080
Fabrikat: (Referenz: Phonak)				
Audifon	-12.388	(305.928)		-0.229
Bernafon	-0.788	(0.198)	***	-0.109
BHM-TECH	-12.507	(535.411)		-0.229
Bruckhoff	0.196	(1.172)		0.036
GN ReSound	-0.633	(0.133)	***	-0.091
Hansaton	-0.425	(0.320)		-0.065
INTERTON	-11.484	(535.411)		-0.229
KIND	-0.150	(0.119)		-0.025
NovaSense	-2.177	(0.722)	**	-0.196
Oticon	-0.231	(0.073)	**	-0.037
Rion	-12.480	(262.760)		-0.229
Siemens	-0.938	(0.136)	***	-0.123
sona hearing	-0.271	(0.315)		-0.043
Sonetik	-2.664	(0.508)	***	-0.208
Starkey	0.407	(0.307)		0.077
trend LINE	-1.064	(1.093)		-0.135
Unitron	-0.361	(0.492)		-0.056
Viennatone	-11.619	(535.411)		-0.229
Widex	-0.0004	(0.077)		0.000
Beobachtungen			9,958	
Log Likelihood			-4'729.119	
Akaike Inf. Crit.			9'518.238	

Anmerkung: *p < 0.05; **p < 0.01; ***p < 0.001; Standardfehler in Klammern. Berechnung: IWSB.

**Weitere Forschungs- und Expertenberichte aus der Reihe
«Beiträge zur Sozialen Sicherheit»**

**Autres rapports de recherche et expertises de la série
«Aspects de la sécurité sociale»**

**Altri rapporti di ricerca e perizie della collana «Aspetti
della sicurezza sociale»**

**Further research reports and expertises in the series
«Beiträge zur Sozialen Sicherheit»**