



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren

Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé

Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità

Hochspezialisierte Medizin

Haus der Kantone
Speichergasse 6, CH-3001 Bern

+41 31 356 20 20
office@gdk-cds.ch

www.gdk-cds.ch

Reevaluation Cochlea-Implantate

Erläuternder Bericht für die Zuordnung des Bereichs zur hochspezialisierten Medizin

SCHLUSSBERICHT

Bern, 23. Oktober 2025

Inhaltsverzeichnis

1.	Zusammenfassung.....	3
2.	Auftrag.....	4
3.	Vorgehen.....	4
4.	Beschreibung des HSM-Bereichs	5
5.	Kriterien für die Zuordnung zur hochspezialisierten Medizin	6
5.1	IVHSM-Kriterien in Bezug auf den Bereich der Cochlea-Implantate	6
6.	Resultate der Vernehmlassung.....	10
6.1	Stellungnahmen	10
6.2	Beurteilung des HSM-Fachorgans.....	11
6.3	Fazit aus der Vernehmlassung	11
7.	Ausblick	11
	Anhang	12
A1	Abbildung des HSM-Bereichs der Cochlea-Implantate gemäss der schweizerischen Operationsklassifikation CHOP Version 2025.....	12
A2	Literaturverzeichnis	13
A3	Abkürzungen.....	15

1. Zusammenfassung

Die Kantone sind beauftragt, für den Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung vorzunehmen (Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG). Im Rahmen der Umsetzung der Interkantonalen Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) wurde der Bereich der Cochlea-Implantate im Jahr 2010 erstmals verbindlich geregelt und die ersten Leistungszuteilungen vergeben. Der Entscheid vom Jahr 2010 wurde 2013 im Zuge einer ersten Reevaluation sowie zwischen 2019 und 2021 im Zuge einer zweiten Reevaluation einer Neu beurteilung unterzogen. Dabei wurden jeweils Leistungsaufträge an dieselben fünf Zentren vergeben. Die Leistungsaufträge – und somit die HSM-Spittalliste in diesem HSM-Bereich – sind bis zum 31. Mai 2027 befristet und werden nun im Rahmen einer dritten Reevaluation erneut überprüft.

Gemäss Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts ist bei der Planung der HSM ein formell getrenntes, zweistufiges Verfahren vorzunehmen, das zwischen **Zuordnung** (Definition des HSM-Bereichs) und **Zuteilung** (Erstellung der HSM-Spittalliste) unterscheidet. Gegenstand des Zuordnungsverfahrens ist die Prüfung, ob der Bereich der Cochlea-Implantate die Einschlusskriterien zur HSM gemäss IVHSM weiterhin erfüllt (Art. 1 und Art. 4. Abs. 4). Zu diesem Zweck prüften die IVHSM-Organe die Definition des HSM-Bereichs «Cochlea-Implantate» von 2019 auf die Notwendigkeit allfälliger Anpassungen. Die aktualisierte Definition des HSM-Bereichs wird im vorliegenden Schlussbericht dargelegt.

Die Cochlea-Implantation ist ein etablierter chirurgischer Eingriff, bei dem hochgradig schwerhörigen oder ertaubten Patientinnen und Patienten eine Hörprothese eingesetzt wird. Das Cochlea-Implantat (CI) ist ein teilimplantierbares elektronisches Gerät, das die Funktion ausgefallener innerer und äusserer Haarzellen des Innenohrs ersetzt. Durch die Operation werden im Innenohr Stimulations-elektroden zur elektrischen Reizung der Hörnerven implantiert. Der Hörnerv kann dadurch Reizmuster zum Gehirn weiterleiten, wo diese als Hör- und Klangempfindung wahrgenommen werden.

Der HSM-Bereich der CI wird im vorliegenden Bericht sowohl in medizinischer Terminologie umschrieben als auch anhand der Schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP) abgebildet. Die Definition des medizinischen Bereichs hat sich im Vergleich zur letzten Reevaluation nicht geändert. Weiterhin umfasst der vorliegende Bereich Implantation eines CI bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

In der Schweiz werden jährlich rund 350 Cochlea-Implantationen vorgenommen. Trotz des Anstiegs der gesamtschweizerischen Fallzahlen gegenüber der Zuordnung von 2019, bei der jährlich rund 250 Fälle gezählt wurden, handelt es sich weiterhin um einen medizinischen Leistungsbereich mit vergleichsweise kleinen Fallzahlen, welcher sich zudem durch ein komplexes multidisziplinäres Nachbehandlungsverfahren, einen damit verbundenen hohen personellen Aufwand sowie entsprechend hohen Kosten auszeichnet. In der Schweiz bestehen klare CI-Richtlinien [1], ausgearbeitet von der «Arbeitsgruppe Cochlea-Implantate der Schweizerischen ORL-Gesellschaft» (CICH). Diese wurden zuletzt im März 2018 aktualisiert und definieren sowohl die Anforderungen an die CI-Versorgung, -Nachbetreuung und -Folgetherapie als auch die Patientinnen- und Patientengruppen, bei denen CI in Frage kommen. Ferner besteht in der Schweiz ein zentrales CI-Register, das seit Januar 2013 in neuer und einheitlicher Form für alle CI-Operationen verwendet wird.

Aufgrund der komplexen multidisziplinären Behandlung und Folgetherapie mit einem hohen personellen und technischen Aufwand, der weiterhin tiefen Fallzahlen und der hohen Behandlungskosten sind nach Ansicht des HSM-Beschlussorgans die Anforderungen gemäss Artikel 1 und Artikel 4 der IVHSM für einen Einschluss der CI in die HSM nach wie vor erfüllt.

Die Definition des HSM-Bereichs wurde im April 2025 zur Vernehmlassung unterbreitet. Die überwiegende Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden befürwortet die erneute Zuordnung des Bereichs der Cochlea-Implantate zur HSM. Sowohl die medizinische Umschreibung des Bereichs in Worten als auch deren Abbildung gemäss der schweizerischen Operationsklassifikation CHOP werden ebenfalls deutlich befürwortet.

Zuordnungsbeschluss

Das HSM-Beschlussorgan beschliesst, die Zuordnung der Cochlea-Implantate zur HSM unter Berücksichtigung der Empfehlung des HSM-Fachorgans weiterzuführen.

2. Auftrag

Die Kantone sind beauftragt, für den Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) eine gemeinsame gesamtschweizerische Planung vorzunehmen (Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG¹). Für die Umsetzung dieses Gesetzesauftrages haben die Kantone die Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM)² unterzeichnet und sich damit im Interesse einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden und wirtschaftlich erbrachten medizinischen Versorgung zur gemeinsamen Planung und Zuteilung von hochspezialisierten Leistungen verpflichtet. Die IVHSM bildet die gesetzliche Grundlage für die Leistungszuteilung, legt die Entscheidungsprozesse fest und definiert die Kriterien, welche eine Leistung erfüllen muss, um als hochspezialisiert zu gelten (siehe dazu Kapitel «Kriterien für die Zuordnung zur hochspezialisierten Medizin»). Die im Rahmen der Umsetzung der IVHSM verfügbaren Leistungszuteilungen haben einen schweizweit rechtsverbindlichen Charakter und gehen gemäss Artikel 9 Absatz 2 der IVHSM den kantonalen Leistungszuteilungen vor. Mit der Vereinbarung haben die Kantone die Kompetenz, den Bereich der HSM zu definieren und zu planen, an das HSM-Beschlussorgan delegiert. Die IVHSM legt zudem verschiedene Grundsätze fest, welche bei der gesamtschweizerischen Planung zu beachten sind. Betroffen sind nur jene Leistungen, welche durch schweizerische Sozialversicherungen, insbesondere die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) mitfinanziert werden (Art. 7 Abs. 4 IVHSM). Zur Erzielung von Synergien sind die zu konzentrierenden medizinischen Leistungen einigen wenigen multidisziplinären Zentren zuzuteilen (Art. 7 Abs. 1 IVHSM). Für die Planung soll die Lehre und Forschung miteinbezogen und die Interdependenzen zwischen verschiedenen hochspezialisierten medizinischen Bereichen berücksichtigt werden (Art. 7 Abs. 2 und 3 IVHSM).

Die bedarfsgerechte Planung der HSM ist ein dynamischer Prozess, welcher sich nach den erforderlichen klinischen Kapazitäten richtet und stufenweise erfolgen kann. Änderungen der Versorgungslage sind bei der Erstellung der HSM-Spitalliste zu berücksichtigen, ebenso wichtige strukturelle und personelle Veränderungen. Die Leistungszuteilungen sind dementsprechend zeitlich befristet (Art. 3 Abs. 4 IVHSM) und werden im Rahmen einer Neubeurteilung (Reevaluation) periodisch überprüft.

3. Vorgehen

Im Rahmen der Umsetzung der IVHSM wurde der Bereich der Cochlea-Implantate im Jahr 2010 erstmals verbindlich geregelt und die ersten Leistungszuteilungen vergeben.³ Der Entscheid vom Jahr 2010 wurde 2013 im Zuge einer ersten Reevaluation⁴ sowie zwischen 2019 und 2021 im Zuge einer zweiten Reevaluation⁵ einer Neubeurteilung unterzogen. Dabei wurden jeweils Leistungsaufträge an die fünf selben Zentren vergeben. Die Leistungsaufträge – und somit die HSM-Spitalliste in diesem HSM-Bereich – sind bis zum 31. Mai 2027 befristet und werden im Rahmen einer dritten Reevaluation erneut überprüft. Gemäss Vorgaben des Bundesverwaltungsgerichts ist bei der Planung der HSM ein formell getrenntes, zweistufiges Verfahren vorzunehmen, das zwischen **Zuordnung** (Definition des HSM-Bereichs) und **Zuteilung** (Erstellung der HSM-Spitalliste) unterscheidet.

Gegenstand des Zuordnungsverfahrens ist die Prüfung, ob der Bereich der Cochlea-Implantate die Einschlusskriterien zur HSM gemäss IVHSM weiterhin erfüllt (Art. 1 und Art. 4 Abs. 4). Zu diesem Zweck prüfte das HSM-Fachorgan die Definition des HSM-Bereichs «Cochlea-Implantate» von 2019 auf die Notwendigkeit allfälliger Anpassungen. Die aktualisierte Definition des HSM-Bereichs erfolgt im vorliegenden Bericht sowohl in Worten als auch mittels der Schweizerischen Operationsklassifikation CHOP (vgl. Anhang A1).

Die Neubeurteilung, ob der Bereich der Cochlea-Implantate weiterhin der HSM zuzuordnen ist, basiert auf der Betrachtung der folgenden Kernelemente:

- kritische Überprüfung der Definition der hochspezialisierten Eingriffe, d.h. welche Operationen/Eingriffe als hochspezialisiert einzustufen sind;
- Untersuchung des Erfüllungsgrads der IVHSM-Kriterien gemäss Artikel 1 der IVHSM;

¹ Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung, KVG; SR 832.10.

² Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) vom 14. März 2008.

³ Die Leistungszuteilungen für den Bereich der Cochlea-Implantate wurden im Bundesblatt publiziert (BBl 2010 4193).

⁴ Die Leistungszuteilungen für den Bereich der Cochlea-Implantate wurden im Bundesblatt publiziert (BBl 2013 8868).

⁵ Die Leistungszuteilungen für den Bereich der Cochlea-Implantate wurden im Bundesblatt publiziert (BBl 2021 516) und sind auf der Homepage der Gesundheitsdirektorenkonferenz aufgeschaltet (<https://www.gdk-cds.ch/de/hochspezialisierte-medizin/spitalliste>).

- ergänzende Berücksichtigung des Erfüllungsgrads der IVHSM-Kriterien gemäss Artikel 4 Absatz 4.

Im Rahmen des Vernehmlassungsverfahrens wurde einem breiten Adressatenkreis die Möglichkeit gegeben, zur Auswahl und Definition des HSM-Bereichs Stellung zu nehmen. Die vorgebrachten Stellungnahmen wurden in einem **Ergebnisbericht**⁶ systematisch zusammengestellt und sind auf der Webseite der GDK öffentlich zugänglich (www.gdk-cds.ch). Der Zuordnungsbeschluss des HSM-Beschlussorgans wird im Bundesblatt publiziert. Nach erfolgter Leistungszuordnung wird die zweite Phase der Planung, die Leistungszuteilung, eingeleitet. Vor der Erteilung der Leistungsaufträge wird ein Bewerbungsverfahren durchgeführt, welches den interessierten Leistungserbringern die Gelegenheit bietet, sich für einen Leistungsauftrag zu bewerben.

4. Beschreibung des HSM-Bereichs

Das CI ist ein teilimplantierbares elektronisches Gerät, das die Funktion ausgefallener innerer und äusserer Haarzellen des Innenohrs ersetzt und damit auch tauben Patientinnen und Patienten eine Hörempfindung ermöglicht. Die heute gebräuchlichen Mehrkanalimplantate bestehen aus den externen Komponenten und den implantierten Komponenten. Die im Rahmen einer Operation implantierte Komponente umfasst die Stimulationselektroden zur elektrischen Reizung der Hörnerven. Die externe, hinter dem Ohr getragene Komponente umfasst einen digitalen Sprachprozessor, welcher Schallwellen in elektrische Impulse umwandelt und diese über eine Sendespule durch die Haut zum Implantat und zu den Hörnervfasern weitergibt. Der Hörnerv leitet dieses Reizmuster zum Gehirn weiter, wo es als Hör- und Klangempfindung wahrgenommen wird.⁷

Ein CI eignet sich für Patientinnen und Patienten mit einer neurosensorisch bedingten Taubheit oder Resthörigkeit, die sich mit herkömmlichen Hörgeräten nur ungenügend versorgen lässt. Dies betrifft taub geborene oder ertaubte Kinder sowie nach dem Spracherwerb hochgradig schwerhörig gewordene oder ertaubte Jugendliche und Erwachsene. Bei Kindern mit angeborener Gehörlosigkeit sollte die Implantation möglichst innerhalb der ersten 2 Lebensjahre erfolgen, da die zentrale Hörbahnreifeung und Sprachentwicklung hauptsächlich in dieser Phase stattfinden. Derzeit wird sogar eine Implantation unter 1-jährig angestrebt. Die bilaterale CI-Versorgung kann gleichzeitig, d.h. in einer Operation, oder sequentiell, d.h. in zwei zeitlich getrennten Operationen, durchgeführt werden. Nach der Operation bedarf es einer mehrwöchigen bis mehrmonatigen oder bei Kleinkindern gar mehrjährigen Hör- und Rehabilitationsphase zum Erlernen und Unterscheiden der künstlichen Hörsignale. Der postoperativen Basis- und Folgetherapie kommt bei der Cochlea-Implantation ein besonders hoher Stellenwert zu [1].

In den von der CICH ausgearbeiteten «Richtlinien für die Cochlea-Implantat-Versorgung und -Nachbetreuung» vom 7. März 2018 werden die Patientinnen- und Patientengruppen näher definiert, für die eine Cochlea-Implantation Vorteile aufweist. Eine ein- oder beidseitige CI-Versorgung wird sowohl bei Patientinnen und Patienten mit einer beidseitigen postlingual erworbenen oder progressiven Ertaubung als auch bei Kleinkindern mit angeborener oder erworbener beidseitiger Taubheit empfohlen. Ferner kann eine beidseitige CI-Versorgung bei Säuglingen und Kleinkindern mit angeborener oder erworbener (prelingualer) Schwerhörigkeit, bei Patientinnen und Patienten mit plötzlicher beidseitiger Ertaubung (z.B. nach Meningitis) oder bei progressiver Ertaubung mit vorbestehender Schwerhörigkeit indiziert sein. Die Implantation sichert in diesen Fällen die Entwicklung des Sprachvermögens der Behandelten. Des Weiteren kann gemäss CI-Richtlinien auch bei gewissen Fällen einseitiger Taubheit (SSD = Single Sided Deafness) eine CI-Versorgung indiziert sein [1].

Die CI-Versorgung kann sich sowohl bei ein- oder beidseitig Tauben als auch bei Schwerhörigen positiv auf die beruflich-soziale Integration der Behandelten auswirken [1]. 2023 beurteilten 77.5 % aller Patientinnen und Patienten, die an einem der fünf schweizerischen CI-Zentren behandelt wurden, gemäss subjektiver Evaluation den Nutzen von der CI-Versorgung als gut oder ausgezeichnet. Nur bei ca. 7.3 % der Implantationen konnte ein geringer (4.4 %) oder gar kein (2.9 %) subjektiver Gewinn durch die CI-Versorgung erreicht werden.⁸ Im internationalen Vergleich hat die Schweiz die höchste CI-Rate in Europa. Seit der ersten Zuordnung der CI zur HSM im Jahr 2010 sind die Fallzahlen um etwas mehr als 100 % gestiegen – von 165 (2010) auf 354 (2023) Implantationen.⁹ Aufgrund technologischer Weiterentwicklungen der Implantate mit steigender Anzahl von Reimplantationen ist längerfristig ein weiterer Anstieg der Fallzahlen

⁶ Vernehmlassung zur Zuordnung des HSM-Bereichs «Cochlea-Implantate» vom 29. April 2025, Ergebnisbericht vom 23. Oktober 2025.

⁷ Schweizerische ORL-Gesellschaft, *Cochlea-Implantate*, www.orl-hno.ch [Stand: 11.11.2019].

⁸ Bericht der Schweizerischen Cochlea-Implantat-Zentren (CICH) an die HSM für das Datenjahr 2023.

⁹ Bericht der Schweizerischen Cochlea-Implantat-Zentren (CICH) an die HSM für das Datenjahr 2023.

möglich. Wie im nachfolgenden Kapitel erläutert wird, ist die Seltenheit der entsprechenden Eingriffe trotz des Anstiegs der Fallzahlen weiterhin gegeben.

5. Kriterien für die Zuordnung zur hochspezialisierten Medizin

Die IVHSM legt die Kriterien fest, die ein medizinischer Leistungsbereich erfüllen muss, um unter den Geltungsbereich der IVHSM zu fallen. Gemäss Artikel 1 der IVHSM unterliegen diejenigen medizinischen Bereiche und Leistungen der interkantonalen Planung der HSM, die durch ihre Seltenheit, ihr markantes Innovationspotenzial, einen hohen personellen oder technischen Aufwand oder komplexe Behandlungsverfahren gekennzeichnet sind. Für die Zuordnung müssen mindestens drei der genannten Kriterien – darunter zwingend das Kriterium der Seltenheit – erfüllt sein.

Für die Aufnahme auf die Liste der HSM-Bereiche sind weitere Kriterien gemäss Artikel 4 Absatz 4 der IVHSM zu berücksichtigen, darunter die Wirksamkeit und der Nutzen, die technologisch-ökonomische Lebensdauer und die Kosten der medizinischen Leistung. Ferner ist die Relevanz für die Forschung und Lehre sowie für die internationale Konkurrenzfähigkeit zu betrachten. Nachfolgend wird die erneute Zuordnung des Bereichs der Cochlea-Implantate anhand der vorgenannten IVHSM-Kriterien beurteilt.

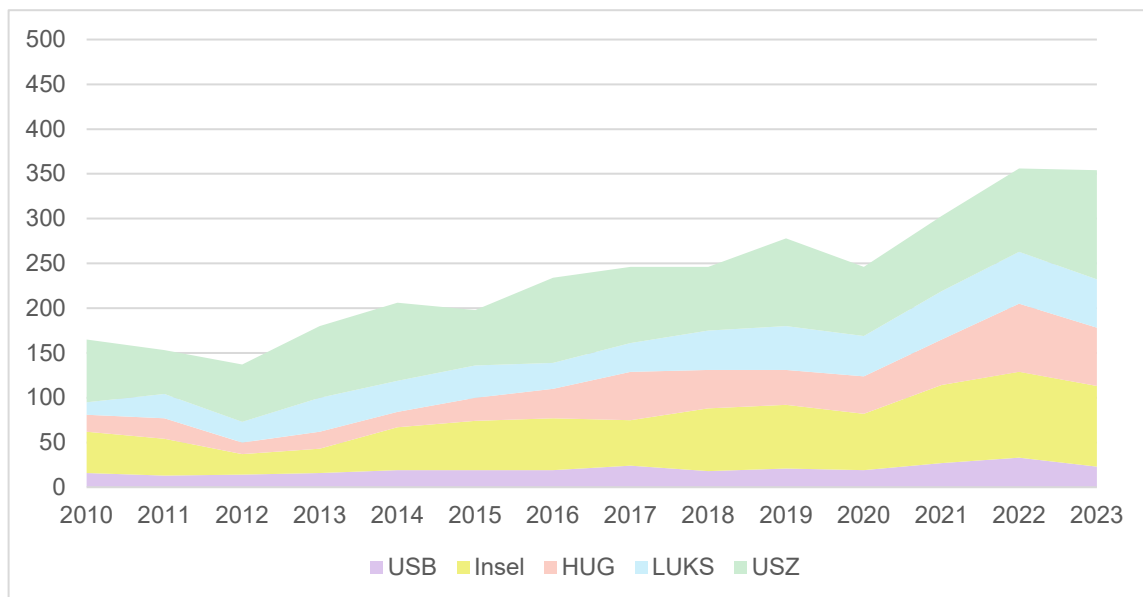
5.1 IVHSM-Kriterien in Bezug auf den Bereich der Cochlea-Implantate

Seltenheit

Gemäss Artikel 1 der IVHSM hat ein medizinischer Leistungsbereich zwingend das Kriterium der Seltenheit zu erfüllen, um unter den Geltungsbereich der IVHSM zu fallen. Die Seltenheit soll stets unter Berücksichtigung der weiteren IVHSM-Kriterien gemäss Artikel 1 IVHSM «Innovationspotenzial», «hoher personeller oder technischer Aufwand» und «komplexe Behandlungsverfahren» beurteilt werden. Es wird somit darauf verzichtet, eine absolute Maximalzahl von Fällen für die Definition der Seltenheit festzulegen.

In der Schweiz werden jährlich rund 350 Cochlea-Implantationen durchgeführt. Davon entfielen im Jahr 2023 43 % auf Implantationen bei Personen im Alter von 13 - 65 Jahren, 34 % auf Seniorinnen und Senioren über 65 Jahren und 23 % auf Implantationen bei Kindern unter 13 Jahren.¹⁰ Obschon die Tendenz der Fallzahlenentwicklung seit der ersten Evaluation im Jahr 2010, als sich die jährlichen Fallzahlen noch auf lediglich rund 160 Fälle pro Jahr beliefen, deutlich steigend ist (vgl. Abbildung 1), handelt es sich bei den CI weiterhin um seltene Eingriffe.

Abbildung 1: Cochlea-Implantationen pro CI-Zentrum pro Jahr 2010-2023



Quelle: Schweizerisches Cochlea-Implantat-Register; Berichterstattung der CICH an die IVHSM-Organen.

¹⁰ Bericht der Schweizerischen Cochlea-Implantat-Zentren (CICH) an die HSM für das Datenjahr 2023.

Innovationspotenzial

Das Innovationspotenzial einer medizinischen Leistung kann sowohl die wissenschaftliche Innovation beinhalten, die in der Regel auf multidisziplinärer klinischer oder translationaler Forschung («bench to bedside») beruht, als auch die Innovation im operativ-technischen Bereich, z.B. die Entwicklung neuer Operations- oder Behandlungsverfahren.

Die Forschung im Bereich der CI birgt einerseits im experimentell-technischen Bereich (Biomedical Engineering) ein hohes Innovationspotential [2-4]. Im Zentrum dieses Forschungszweigs stehen neue Technologien wie die Entwicklung neuer Geräte, Robotik und Interfaces [5-15]. Dabei nimmt die interdisziplinäre Kooperation mit den Ingenieurwissenschaften (ETH, EPFL) und der Industrie eine zentrale Rolle ein.¹¹ Neben der experimentell-technischen Forschung bestehen im Bereich der CI zudem diverse weitere Forschungsbereiche mit hohem innovativem Potential wie in den Neurowissenschaften [16, 17] und der biologischen Forschung [18-21] sowie dem Einsatz von Machine Learning oder anderen Anwendungsformen der künstlichen Intelligenz [22]. Drei der Schweizerischen CI-Zentren arbeiten am Aufbau einer prospektiven molekulargenetischen Abklärung angeborener oder erworbener Taubheit [23]. Ferner werden aktuell diverse klinische Studien mit Bezug zu CI durchgeführt, beispielsweise in den Bereichen der cochleovestibulären Implantate (Hörversorgung mit gleichzeitiger Versorgung des verlorenen Gleichgewichtsinns) [24-26].¹²

Hoher personeller und/oder technischer Aufwand

Die Beurteilung des personellen Aufwands beinhaltet sowohl die zeitliche Verfügbarkeit des zur Behandlung erforderlichen ärztlichen und pflegerischen Fachpersonals als auch die Bandbreite der in die Behandlung involvierten Fachdisziplinen. Die Beurteilung des technischen Aufwandes beruht auf der für die Betreuung und Behandlung erforderlichen Infrastruktur und technischen Einrichtungen.

Die CI-Versorgung fordert insbesondere aufgrund ihrer komplexen und multidisziplinären Folgetherapie eine intensive Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachspezialistinnen und Fachspezialisten. Nach den Richtlinien der CICH muss das CI-Team eine HNO-Fachärztin oder einen HNO-Facharzt sowie jeweils eine Fachperson der Ingenieurwissenschaft oder Physik mit audiologischer Erfahrung, der Audiometrie, der Pädaudiologie, der Logopädie und des Sekretariatswesens umfassen. Zudem muss der Zugang zu weiteren Fachpersonen gewährleistet sein, die konsiliarisch hinzugezogen werden können. Dies aus den Bereichen der Humangenetik, Audioagogik, Anästhesie, Neurologie, Ophthalmologie, Inneren Medizin, Pädiatrie, Radiologie, Neuroradiologie, Phoniatrie, Psychologie, Audiologie, Audiopädagogik sowie der Hörgeräteakustik [1].

Bei der Cochlea-Implantation ist insbesondere der technisch-apparative Anteil sowie die Vor- und Nachbetreuung der Patientinnen und Patienten anspruchsvoll. Der rein chirurgisch operative Teil ist verglichen mit anderen operativen Eingriffen im Bereich der HSM nicht übermässig komplex und entsprechend komplikationsarm. Allerdings wird für die Implantation eine aufwendige technische Ausstattung benötigt, wobei die technischen Anforderungen bei Einsatz eines Operationsroboters noch höher sind. Ferner kommt der komplexen postoperativen Basis- und Folgetherapie ein hoher Stellenwert zu. Der Erfolg und der Nutzen einer Cochlea-Implantation hängen wesentlich von einer professionell durchgeführten Therapie durch kompetentes Fachpersonal ab.

Komplexe Behandlungsverfahren

Die Beurteilung der Komplexität der Behandlungsverfahren beruht auf der Komplexität und Interdisziplinarität einer Behandlung. Bei den CI ergibt sich die Komplexität der Behandlung durch den Bedarf nach einer hochspezialisierten technischen Begleitung des operativen Eingriffes sowie durch die äusserst aufwändige multidisziplinäre Nachversorgung. Das Erreichen eines sehr guten bis hervorragenden Sprachverständnisses ist nur über umfangreiche und zeitintensive Rehabilitationsmassnahmen möglich. Die Anforderungen an den Inhalt der postoperativen Basis- und Folgetherapie sind in den Richtlinien zur CI-Versorgung und -Nachbetreuung festgelegt. Diese umfassen unter anderem die medizinische Nachbetreuung mit otologischer Nachkontrolle, die Einstellung des Sprachprozessors, die Ermittlung des Hörgewinns durch regelmässige Sprach- und Hörtests sowie das Hör- und Kommunikationstraining. Dies erfordert

¹¹ Bericht der Schweizerischen Cochlea-Implantat-Zentren (CICH) an die HSM für das Datenjahr 2017.

¹² Bericht der Schweizerischen Cochlea-Implantat-Zentren (CICH) an die HSM für das Datenjahr 2023.

hochspezialisiertes Personal, das interdisziplinär eng zusammenarbeitet und den jeweiligen CI-Zentren angegliedert ist.

Wirksamkeit und Nutzen

Das KVG nennt in Artikel 32 die Begriffe der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) als Voraussetzung für die Kostenübernahme der Leistungen durch die OKP. Diese sogenannten WZW-Kriterien sind für die Bestimmung und Überprüfung von Leistungen der Krankenversicherung (Art. 32 und 33 KVG) massgebend. Die Prüfung der WZW-Kriterien erfolgt durch die zuständige Bundesstelle (KLV¹³). Beim Bereich der Cochlea-Implantate handelt es sich um Leistungen, welche von der OKP übernommen werden. Infolgedessen kann davon ausgegangen werden, dass diese als wirksam und zweckmässig gelten.

Ferner konnte das bereits bestehende zentrale CI-Register im Rahmen der verstärkten Koordination der CI-Versorgung durch die HSM-Organen vereinheitlicht werden. Dies ermöglicht zentrumsübergreifende Vergleiche der Ergebnisqualität und dient einer erhöhten Qualitätskontrolle und -sicherung im Bereich der CI.

Technologisch-ökonomische Lebensdauer

Die rasche Weiterentwicklung der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, basierend auf erweiterten und verbesserten Erfahrungen sowie neuartigen Medizintechnologien, führen zu signifikanten Fortschritten in den Behandlungsergebnissen. Immer schneller gelangen Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung in klinische Erprobung und schliesslich in den stationären und ambulanten Alltag. Dies ist insbesondere an hochspezialisierten Kompetenzzentren möglich, wo die dafür erforderlichen personellen und strukturellen Voraussetzungen vorhanden sind.

Die technologisch-ökonomische Lebensdauer eines CI zur Behandlung von taub geborenen Kindern sowie ertaubter oder hochgradig schwerhöriger Kinder, Jugendlicher und Erwachsener wird als lang eingestuft [27]. Ein CI ist für eine Tragedauer von 20 bis 40 Jahren konzipiert. Allerdings kann der Austausch eines noch zumindest teilweise funktionierenden Implantats indiziert sein, z.B. bei deutlichem Abfall der Hörleistung, aufgrund eines technischen Defektes, bei der Gefährdung der Patientinnen und Patienten oder bei hoher Wahrscheinlichkeit eines deutlich besseren Ergebnisses mit einem moderneren Implantat. Die Bedingungen, welche für den Austausch eines noch funktionierenden, aber technisch veralteten Implantats («Upgrade») erfüllt sein müssen, sind in den CI-Richtlinien näher spezifiziert. Seit der Einführung des CI-Registers 1977 handelte es sich bei 6.3% aller erfassten Cochlea-Implantationen um Reimplantationen.¹⁴

Kosten der Leistung

Die Kosten einer Leistung können anhand der absolut verursachten durchschnittlichen Behandlungskosten beurteilt werden oder anhand der Kostengewichte, d.h. wieviel höher der Behandlungsaufwand im Vergleich zu den durchschnittlichen Kosten für im Spital behandelte Patientinnen und Patienten (mit einem relativen Normkostengewicht von 1,0) ausfällt.

Beim CI handelt es sich um einen Bereich mit hohen Behandlungskosten. Neben den Kosten des stationären Aufenthaltes, der Operation und des implantierten Geräts fallen Kosten der ambulanten Anpassung im ersten Jahr einschliesslich des Sprachprozessors sowie jährliche Kontrollkosten an. Alle sechs Jahre muss zudem mit einem Ersatz des Sprachprozessors gerechnet werden. Die Kosten eines einseitigen CI inklusive Nachbetreuung liegen somit bei 50'000-60'000 Fr.¹⁵ Es handelt sich bei der Cochlea-Implantation demzufolge um eine kostenintensive Leistung. Das Kostengewicht für ein CI beträgt 2,723 für eine unilaterale bzw. 4,56 für eine bilaterale Implantation [28]. Dies bedeutet, dass der finanzielle Aufwand für CI-Patientinnen und -Patienten mit einseitiger Versorgung mehr als zweieinhalb Mal bzw. mit beidseitiger Versorgung bis zu viereinhalb Mal so hoch ist wie die durchschnittlichen Kosten für im Spital behandelte Patientinnen und Patienten. Im Regelfall werden die Kosten durch die Krankenversicherung zusammen mit der IV oder der Unfallversicherung getragen. Vor dem 20. Lebensjahr ist die IV vollumfänglich zuständig (Art. 12 und 13 IVG). Danach werden die Kosten zwischen IV und Krankenkasse aufgeteilt.

¹³ Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV), SR 832.112.31

¹⁴ Bericht der Schweizerischen Cochlea-Implantat-Zentren (CICH) an die HSM für das Datenjahr 2023.

¹⁵ <https://www.pro-audito.ch/rund-um-den-hoerverlust/kostenbeteiligung-beim-ci/> [Stand: 6.1.2025].

Relevanz für Forschung, Lehre und internationale Konkurrenzfähigkeit

Die Beurteilung der Relevanz für Lehre und Weiterbildung erfolgt in Hinblick auf die Aktivitäten in Aus- und Weiterbildung der Ärzteschaft und insbesondere die Nachwuchsförderung. Die Berücksichtigung der internationalen Konkurrenzfähigkeit ist im Hinblick auf die Attraktivität des Forschungsplatzes und die wirtschaftliche Entwicklung des Standorts Schweiz hoch relevant. Die Beurteilung der Forschung erfolgt in Hinblick auf die Forschungsschwerpunkte und Fördermassnahmen sowie die Relevanz des HSM-Bereichs für die Weiterentwicklung des Fachbereichs.

Die Kenntnisse und Fertigkeiten von Ärztinnen, Ärzten und Pflegenden müssen zudem der Entwicklung und den Anforderungen der Gesellschaft an eine moderne Versorgung laufend angepasst werden. Daher ist auch die Ausbildung des wissenschaftlichen und ärztlichen Nachwuchses eine wesentliche Aufgabe der Forschung und Lehre, damit die nachhaltige Verfügbarkeit hochqualifizierten Personals in der Schweiz sichergestellt werden kann. Eine qualitativ hochstehende ärztliche und pflegerische Weiterbildung in den notwendigen Techniken kann am besten in genügend grossen Teams mit höheren Fallzahlen angeboten werden. Eine verstärkte Konzentration in diesem Bereich wird eine gute Weiterbildung sowie eine hochstehende Qualität der Versorgung unterstützen.

Die Cochlea-Implantation ist ein etabliertes chirurgisches Verfahren mit entsprechender aktiver Forschung. Diese ist in zwei Bereichen hoch relevant, zum einen in der klinischen und zum anderen in der experimentell-technischen Forschung. Die klinische Forschung ist in erster Linie auf die Ergebnisqualität (Lebensqualität allgemein, Integration der Patientinnen und Patienten in den Alltag, Integration von Kindern mit multikulturellem Hintergrund, Einschulung, Selbständigkeit, Rehabilitation, etc.) und die Prozessqualität (Entwicklung neuer Operationsmethoden, minimal invasive Chirurgie) ausgerichtet. Die Forschungsaktivitäten der Schweizerischen CI-Zentren in diesem Bereich sind in deren Publikationen gut belegt und tragen vielfach Pioniercharakter.¹⁶ Wie unter dem Punkt «Innovationspotential» bereits erwähnt, fokussiert die experimentelle technologisch ausgerichtete Forschung auf neue Technologien, wobei die interdisziplinäre Kooperation der CI-Zentren mit den Ingenieurwissenschaften (ETH, EPFL) und der Industrie sehr wichtig und bereits etabliert ist. Die Kooperation im Bereich der Forschung zwischen den fünf Zentren ist gewährleistet. Auch innerhalb der einzelnen Zentren bestehen interdisziplinäre Forschungskoperationen (z.B. ARTORG in Bern) und auch über die Landesgrenzen hinaus.

Die Lehre ist eng mit der Forschung verknüpft. Sie richtet sich an ärztliches und nichtärztliches Personal und ist interdisziplinär, interprofessionell ausgerichtet, in Netzwerken strukturiert unter Einbezug aller Stufen der Aus-, Weiter- und Fortbildung der verschiedenen Professionen. Aktivitäten richten sich auch auf die Nachwuchsförderung im In- und Ausland aus.

Sowohl in der Forschung als auch in der Lehre ist die Schweiz dank der guten Vernetzung innerhalb der Kliniken aber auch mit den Instituten des Biomedical Engineerings gut positioniert. Dies zeigt sich auch darin, dass in einigen Zentren ausländische Teams ausgebildet werden oder Schweizer Teams von Ärztinnen und Ärzten im Ausland ausbilden.

Fazit

Aufgrund der geringen Fallzahlen und der komplexen multidisziplinären Behandlungsverfahren, die mit einem hohen personellen und technischen Aufwand einhergehen, sind die Anforderungen gemäss Artikel 1 und Artikel 4 IVHSM für einen Einschluss der Cochlea-Implantate in die hochspezialisierte Medizin weiterhin erfüllt. Die Konzentration der Behandlung auf wenige Standorte ist zudem aufgrund der erheblichen Behandlungskosten sowie für die Sicherstellung der Aus- und Weiterbildung von Spezialistinnen und Spezialisten und zur Stärkung der Forschung und Förderung der Innovation in diesen Gebieten erforderlich.

¹⁶ Berichte der Schweizerischen Cochlea-Implantat-Zentren (CICH) an die HSM 2019-2023.

6. Resultate der Vernehmlassung

6.1 Stellungnahmen

Zur Teilnahme am Vernehmlassungsverfahren wurden die 26 Kantone, 84 Spitäler, fünf Versicherer (verbände), die Dekanate der medizinischen Fakultäten der fünf Universitäten mit Universitätsspital, sechs Fachgesellschaften sowie 18 andere Institutionen und Organisationen eingeladen.

Im Rahmen der Vernehmlassung sind insgesamt 27 Stellungnahmen beim HSM-Projektsekretariat eingetroffen. Von den 26 angeschriebenen Kantonen haben insgesamt 15 geantwortet, 11 haben sich nicht vernehmen lassen.

Von den angeschriebenen Spitälern liessen sich insgesamt 10 vernehmen. Von den fünf universitären medizinischen Fakultäten hat nur diejenige aus Zürich eine Stellungnahme eingereicht. Von Seiten der Fachverbände sind keine Stellungnahmen eingegangen. Ebenso nahmen keine Versicherer Stellung.

In diesem Kapitel sowie in den nachfolgenden Unterkapiteln werden die Ergebnisse der Vernehmlassung in zusammenfassender Form dargestellt. Auf Stellungnahmen, welche die Leistungszuteilung betreffen, wird ebenfalls kurz eingegangen. Diese sind jedoch in Bezug auf die Zuordnung als nebensächlich anzusehen.

Die deutliche Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden begrüsst die Zuordnung des Bereichs der Cochlea-Implantate zur HSM gemäss IVHSM vollumfänglich (Tabelle 1). Gegen eine Zuordnung sprach sich lediglich eine Stellungnehmende aus.

Tabelle 1: Antworten betr. Zuordnung des Bereichs «Cochlea-Implantate» zur HSM

	Erhaltene Antworten	Zustimmung	Ablehnung	Enthaltung
Kantone	15	15	0	0
Spitäler	10	9	1	0
Weitere	2	2	0	0
Total	27	26	1	0

Definition des HSM-Bereichs

Die Definition des HSM-Bereichs wird von der klaren Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden als zutreffend angesehen. In gewissen Stellungnahmen werden Präzisierungen der Formulierung der Beschreibung des HSM-Bereichs oder zusätzliche Referenzen hinsichtlich der Studien und Publikationen im Kapitel betreffend die Erfüllung der IVHSM-Kriterien vorgeschlagen, wobei die entsprechenden Vorschläge keine inhaltlichen Änderungen mit sich ziehen würden. Ferner weisen mehrere Stellungnehmende darauf hin, dass eine Kommission zusätzliche CHOP-Codes definieren sollte, da neue Methoden (z. B. der Einsatz eines Roboters zur Einführung der Elektroden) und demnächst auch neue Implantate auf den Markt kommen würden.

Argumente betreffend Zuteilung

Gewisse Stellungnahmen gehen auf Aspekte ein, welche die Zuteilung der HSM-Leistungsverträge betreffen. Obschon diese in Hinblick auf die Zuordnung als nebensächlich angesehen werden können, wird hier kurz darauf eingegangen.

In mehreren Stellungnahmen wird darauf hingewiesen, dass die etablierte Zusammenarbeit im Bereich der CI von Kinder- und Erwachsenenspitälern berücksichtigt werden sollte. Die einzige Stellungnahme, welche die Zuordnung gemäss Fragebogen ablehnt, tut dies mit der Begründung, dass einer Zuordnung nur dann zugestimmt würde, wenn bei der Zuteilung eine zweckmässige Lösung betreffend Kooperationen von Kinder- und Erwachsenenspitälern gefunden werde. Die Ablehnung wendet sich also nicht gegen die Zuordnung an sich, sondern adressiert allfällige Konsequenzen der Zuteilung.

6.2 Beurteilung des HSM-Fachorgans

Das HSM-Fachorgan begrüsst die Tatsache, dass die erneute Zuordnung der Cochlea-Implantate zur HSM von der deutlichen Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden unterstützt wird und empfiehlt daher weiterhin, die Zuordnung des vorliegenden Bereichs zur HSM fortzusetzen.

Die vorgeschlagenen Präzisierungen in der Beschreibung des HSM-Bereichs sowie zusätzliche Referenzen wurden in den Bericht integriert, wobei diese keine inhaltliche Änderung der Definition mit sich bringen. Die Forderung gewisser Stellungnehmender, dass neue CHOP-Codes zur Codierung neuer Methoden beantragt werden sollten, kann für die vorliegende Zuordnung nicht berücksichtigt werden, da sich die Definition des HSM-Bereichs stets auf die aktuellen Codes gemäss gültigem CHOP-Katalog abstützen muss. Ferner soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass dem HSM-Fachorgan bewusst ist, dass bestehende Kooperationen mit eigenständigen Kinderspitälern bei der Zuteilung der Leistungsaufträge berücksichtigt werden sollten. Dies betrifft jedoch den nächsten Schritt des zweistufigen HSM-Verfahrens, die Zuteilung, und soll dort behandelt werden.

6.3 Fazit aus der Vernehmlassung

Die erneute Zuordnung der Cochlea-Implantate zur HSM wird klar begrüsst. Die Definition des medizinischen Bereichs sowohl in Worten als auch im Klassifikationssystem CHOP wird von der überwiegenden Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden als zutreffend angesehen. Am entsprechenden Kapitel des Zuordnungsberichtes wurden nur wenige Präzisierungen in der Formulierung vorgenommen und zusätzliche Referenzen ergänzt, was jedoch keine inhaltlichen Änderungen mit sich zieht. Die Code-Liste bleibt entsprechend unverändert.

7. Ausblick

Nach dem ersten erfolgten Schritt – der **Zuordnung** (Definition des HSM-Bereichs) – wird die zweite Phase der Planung – die **Leistungszuteilung** (Erstellung der HSM-Spittalliste) – in Angriff genommen. Der Leistungszuteilung ist ein Bewerbungsverfahren vorgelagert, welches den interessierten Leistungserbringern die Möglichkeit bietet, sich für einen Leistungsauftrag zu bewerben. Die Möglichkeit, sich für einen Leistungsauftrag zu bewerben, steht grundsätzlich allen Spitalern offen. Die Verlängerung eines bestehenden HSM-Leistungsauftrags respektive die Zuteilung eines HSM-Leistungsauftrags an Neubewerbende sind an die Erfüllung der generellen sowie bereichsspezifischen Qualitätsanforderungen gebunden. Die entsprechenden Anforderungen werden in einem Anforderungskatalog für die Bewerbung definiert. Das Bewerbungsverfahren wird mit einer Publikation im Bundesblatt offiziell eröffnet. Zudem werden potentielle Leistungserbringer mit einem Schreiben über die Eröffnung und die angesetzten Fristen informiert.

Anhang

A1 Abbildung des HSM-Bereichs der Cochlea-Implantate gemäss der schweizerischen Operationsklassifikation CHOP Version 2025

Katalog	Code	Bezeichnung	Kombination
CHOP	Z20.9	Sonstige Operationen an Innen- und Mittelohr	
CHOP	Z20.96	Implantation oder Ersatz einer Kochleaprothese, n.n.bez.	
CHOP	Z20.97	Implantation oder Ersatz einer einkanaligen Kochleaprothese	
CHOP	Z20.98	Implantation oder Ersatz einer mehrkanaligen Kochleaprothese	

A2 Literaturverzeichnis

1. Senn, P., et al., *Richtlinien für Cochlea-Implantat-Versorgung und Nachbetreuung*. 07.03.2018.
2. Stieger, C., *Lumped Model Based Ear Impedances in Normal Human Temporal Bones*, in *3rd International conference on Biomedical Technology (ICBT)*. 2017: Hannover, Germany.
3. Hey, M., et al., *The Intra-Cochlear Impedance-Matrix (IIM) test for the Nucleus® cochlear implant*. *Biomedical Engineering / Biomedizinische Technik*, 2015. **60**(2): p. 123-133.
4. Stieger, C., et al., *Intracochlear Sound Pressure Measurements in Normal Human Temporal Bones During Bone Conduction Stimulation*. *Journal of the Association for Research in Otolaryngology*, 2018. **19**(5): p. 523-539.
5. Senn, P., et al., *NANOCl—Nanotechnology Based Cochlear Implant With Gapless Interface to Auditory Neurons*. *Otology & Neurotology*, 2017. **38**(8): p. e224-e231.
6. Ansó, J., et al., *Feasibility of using EMG for early detection of the facial nerve during robotic direct cochlear access*. *Otology & Neurotology*, 2014. **35**(3): p. 545-554.
7. Bell, B., et al., *An image-guided robot system for direct cochlear access*. *Cochlear Implants Int*, 2014. **15**(sup1): p. 11-13.
8. Dubach, P., et al., *Otoendoscopic Visualization of Tympanoscopic Landmarks for Middle Ear Interventions and Robot Assisted Direct Cochlear Access*. *Biomed Tech*, 2014. **59**(1): p. 486-489.
9. Gerber, N., et al., *Surgical planning tool for robotically assisted hearing aid implantation*. *Int J Comput Assist Radiol Surg.*, 2014. **9**(1): p. 11-20.
10. Ansó, J., et al., *Electrical Impedance to Assess Facial Nerve Proximity During Robotic Cochlear Implantation*. *IEEE Transactions on Biomedical Engineering*, 2019. **66**(1): p. 237-245.
11. Ansó, J., et al., *Neuromonitoring During Robotic Cochlear Implantation: Initial Clinical Experience*. *Ann Biomed Eng*, 2018. **46**(10): p. 1568-1581.
12. Rathgeb, C., et al., *The accuracy of image-based safety analysis for robotic cochlear implantation*. *International Journal of Computer Assisted Radiology and Surgery*, 2019. **14**(1): p. 83-92.
13. Lai, W.K., N. Dillier, and M. Killian, *A neural excitability based coding strategy for Cochlear implants*. *Journal of Biomedical Science and Engineering*, 2018. **11**(7): p. 159-181.
14. Caversaccio, M., et al., *Robotic Cochlear Implantation for Direct Cochlear Access*. *J Vis Exp*, 2022(184).
15. Auinger, A.B., et al., *Robotic Cochlear Implant Surgery: Imaging-Based Evaluation of Feasibility in Clinical Routine*. *Front Surg*, 2021. **8**: p. 742219.
16. Navntoft, C.A., J. Marozeau, and T.R. Barkat, *Cochlear Implant Surgery and Electrically-evoked Auditory Brainstem Response Recordings in C57BL/6 Mice*. *J. Vis. Exp.*, 2019. **143**: p. e58073.
17. Sekulic-Jablanovic, M., et al., *Combination of antioxidants and NFAT (nuclear factor of activated T cells) inhibitor protects auditory hair cells from ototoxic insult*. *J Neurochem*, 2020. **154**(5): p. 519-529.
18. Bodmer, D. and S. Levano-Huaman, *Sesn2/AMPK/mTOR signaling mediates balance between survival and apoptosis in sensory hair cells under stress*. *Cell Death & Disease*, 2017. **8**(10): p. e3068-e3068.
19. Studer, D., et al., *Spinal Surgery With Electrically Evoked Potential Monitoring and Monopolar Electrocautery: Is Prior Removal of a Cochlear Implant Necessary?* *Otology & Neurotology*, 2019. **40**(1): p. e7-e13.
20. Stieger, C., et al., *Balance Control during Stance and Gait after Cochlear Implant Surgery*. *Audiol Neurotol*, 2018. **23**(3): p. 165–172.
21. Van Heurck, R., et al., *Benefits of Exome Sequencing in Children with Suspected Isolated Hearing Loss*. *Genes (Basel)*, 2021. **12**(8).
22. Schuerch, K., et al., *Objectification of intracochlear electrocochleography using machine learning*. *Front Neurol*, 2022. **13**: p. 943816.
23. Roccio, M., et al., *Molecular characterization and prospective isolation of human fetal cochlear hair cell progenitors*. *Nat Commun*, 2018. **9**(1): p. 1-14.
24. Lanthaler, D., et al., *An investigation into possible interactions in the vestibular system and the cochlea during electrical stimulation*. *Front Neurosci*, 2025. **19**: p. 1612253.
25. Ten Hoor, M., et al., *Electrical stimulation of the vestibular nerve: evaluating effects and potential starting points for optimization in vestibular implants*. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*, 2024. **32**(5): p. 313-321.
26. Guyot, J.P. and A. Perez Fornos, *Milestones in the development of a vestibular implant*. *Curr Opin Neurol*, 2019. **32**(1): p. 145-153.

27. NICE. *Cochlear implants for children and adults with severe to profound deafness*. 2009 [cited 20.02.2019; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ta166>.
28. Swiss DRG AG. *Fallpauschalenkatalog Swiss DRG 14.0*. 2024; Available from: <https://www.swissdrg.org/de/akutsomatik/swissdrg-system-1402025/fallpauschalenkatalog>.

A3 Abkürzungen

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BVGer	Bundesverwaltungsgericht
CI	Cochlea-Implantat
CICH	Arbeitsgruppe Cochlea-Implantate der Schweizerischen ORL-Gesellschaft
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
HNO	Hals-Nasen-Ohren
HSM	Hochspezialisierte Medizin
IVG	Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (SR 831.20)
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin
KVG	Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (SR 832.10)
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
SSD	Einseitige Taubheit (Single Sided Deafness)
DRG	Diagnosis Related Groups
WZW	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit