



SCHLUSSBERICHT – 08.10.2019

Alzheimer Schweiz Demenzkostenstudie 2019: Gesellschaftliche Perspektive

Impressum

Auftraggeber

Alzheimer Schweiz

Auftragnehmer

Ecoplan AG

Projektteam Ecoplan

Eliane Kraft (Projektleitung)
Simon Iseli

Steuergruppe Alzheimer Schweiz

Karine Begey, Leiterin Wissensmanagement, Mitglied der Geschäftsleitung (Projektleitung)
Maya Ackermann, Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Stefanie Becker, Geschäftsleiterin

Zitierweise

Autor: Ecoplan
Titel: Alzheimer Schweiz Demenzkostenstudie 2019: Gesellschaftliche Perspektive
Auftraggeber: Alzheimer Schweiz
Ort: Bern
Datum: 08.10.2019

Der Bericht gibt die Auffassung des Projektteams wieder, die nicht notwendigerweise mit derjenigen des Auftraggebers bzw. der Auftraggeberin oder der Begleitorgane übereinstimmen muss.

ECOPLAN AG

Forschung und Beratung
in Wirtschaft und Politik

www.ecoplan.ch

Monbijoustrasse 14
CH - 3011 Bern
Tel +41 31 356 61 61
bern@ecoplan.ch

Dätwylerstrasse 25
CH - 6460 Altdorf
Tel +41 41 870 90 60
altdorf@ecoplan.ch

Das Wichtigste auf einer Seite

Hintergrund: Aufgrund der steigenden Gesundheitskosten und der zunehmenden Anzahl Menschen mit Demenz ist die Frage der volkswirtschaftlichen Kosten der Demenz von immer grösserem Interesse. Vor diesem Hintergrund hat sich Alzheimer Schweiz entschlossen, eine Kostenstudie erstellen zu lassen.

Ziele: Die vorliegende Studie soll a) die Kosten der Demenz in der Schweiz abschätzen, b) die Durchschnittskosten einer demenzkranken Person zu Hause und im Heim vergleichen und c) analysieren, wie sich die Durchschnittskosten einer demenzkranken Person nach Schweregrad unterscheiden.

Methodik: In der prävalenzbasierten Krankheitskostenstudie werden für das Referenzjahr 2017 die direkten und indirekten Kosten der Demenz aus einer gesellschaftlichen Perspektive geschätzt. Bei den direkten Kosten werden konkret Spitalkosten, Heimkosten, Spitex-Kosten, Arztkosten, Kosten der interdisziplinären Diagnostik (in Memory Clinics) und Medikamentenkosten berücksichtigt, bei den indirekten Kosten die informelle Pflege und Betreuung durch Angehörige. Die Schätzung basiert auf einer Kombination von Top-down- und Bottom-up-Ansatz und beruht je nach verfügbaren Sekundärdaten auf nationalen Statistiken, stichprobenbasierten Erhebungen und teils auch auf Experteneinschätzungen oder Ergebnissen internationaler Studien.

Resultate: Die Gesamtkosten der Demenz betragen im Jahr 2017 11.8 Mrd. CHF. Davon entfallen 6.3 Mrd. CHF auf direkte Kosten und 5.5 Mrd. CHF auf die indirekten Kosten der informellen Pflege und Betreuung. Die Durchschnittskosten einer demenzkranken Person, die zu Hause betreut wird, betragen 70'121 CHF pro Jahr, während sich die Durchschnittskosten für Menschen mit Demenz im Heim auf 89'756 CHF pro Jahr belaufen. Die Kosten der Demenz nehmen mit dem Schweregrad der Krankheit beträchtlich zu: Bereits bei einer mittelschweren Demenz ist der Aufwand für die informelle Pflege und Betreuung so gross, dass eine Betreuung im Heim kostengünstiger ist.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse zeigen erwartungsgemäss, dass die Kosten der Demenz primär Betreuungs- und Pflegekosten sind, da aufwändige Operationen oder teure Medikamente mit Aussicht auf Kuration bei der Demenz fehlen. Die informelle Pflege und Betreuung der Angehörigen macht knapp die Hälfte der Demenzkosten (47%) aus, wenn diese so wie international gebräuchlich nach dem Marktkostenansatz bewertet wird. Die grosse Bedeutung der informellen Pflege ist konsistent mit internationalen Studien, in denen die Angehörigenpflege meist für die Hälfte oder mehr der Kosten verantwortlich ist. Mit dem Marktkostenansatz wird ausgedrückt, welche zusätzlichen Kosten das Gesundheitswesen finanzieren müsste, wenn die Angehörigen diese Betreuungs- und Pflegearbeit nicht mehr leisten würden. Das Gesundheitswesen hat also ein Interesse, die Angehörigen mit Beratung und Entlastungsangeboten zu unterstützen, damit diese auch weiterhin in der Lage sind, diese Aufgabe zu meistern.

Inhaltsverzeichnis

	Das Wichtigste auf einer Seite	3
	Inhaltsverzeichnis	4
1	Ausgangslage	6
2	Studiendesign und Datengrundlagen	6
2.1	Methodik.....	6
2.2	Berücksichtigte Kostenarten	7
2.3	Berechnungsgrundsatz und Datengrundlagen	9
2.4	Übergeordnete Angaben zum Mengengerüst.....	10
2.4.1	Prävalenzdaten	10
2.4.2	Inzidenzdaten.....	11
3	Berechnung der Kosten nach Kostenarten	11
3.1	Spitalkosten.....	11
3.1.1	Berechnungsmethode	11
3.1.2	Ergebnisse	14
3.2	Heimkosten	15
3.2.1	Berechnungsmethode	15
3.2.2	Ergebnisse	17
3.3	Spitex-Kosten.....	17
3.3.1	Berechnungsmethode	17
3.3.2	Ergebnisse	18
3.4	Arztkosten: Betreuung und Diagnostik durch den Hausarzt	20
3.4.1	Berechnungsmethode	20
3.4.2	Ergebnisse	21
3.5	Kosten der interdisziplinären Diagnostik (Memory Clinics).....	22
3.5.1	Berechnungsmethode	22
3.5.2	Ergebnisse	23
3.6	Medikamentenkosten (Antidementiva).....	23
3.7	Kosten der informellen Pflege und Betreuung	24
3.7.1	Berechnungsmethode	24
3.7.2	Ergebnisse	27
4	Ergebnisse	28
4.1	Gesamtkosten	28
4.2	Durchschnittskosten pro demenzkranke Person nach Betreuungsform.....	30
4.3	Durchschnittskosten pro demenzkranke Person nach Schweregrad	31
4.4	Diskussion der Ergebnisse.....	32

Anhang: Neuere Kostenstudien aus anderen Ländern..... 34

Literaturverzeichnis 37

1 Ausgangslage

Im Jahr 2010 hat Ecoplan im Auftrag von Alzheimer Schweiz erstmals eine Studie zu den volkswirtschaftlichen Kosten der Demenz in der Schweiz mit Daten aus dem Jahr 2007 erstellt.¹ Zu einem späteren Zeitpunkt sind die Berechnungen mit Daten aus dem Jahr 2009 repliziert worden.

Aufgrund der steigenden Gesundheitskosten und der zunehmenden Anzahl Menschen mit Demenz ist die Frage der volkswirtschaftlichen Kosten der Demenz von immer grösserem Interesse. Alzheimer Schweiz erreichen öfters Anfragen nach aktuelleren Zahlen. Zudem empfiehlt die im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie vom Büro BASS erstellte «Grundlagenstudie für ein Versorgungsmonitoring im Bereich der Demenzerkrankungen», das Vorgehen der Eco-plan-Studie aus dem Jahr 2010 in periodischen Abständen zu wiederholen bzw. ein Update vorzunehmen.

Vor diesem Hintergrund hat sich Alzheimer Schweiz entschlossen, die Kostenstudie aktualisieren zu lassen. Dabei sollen nicht nur neue Datengrundlagen berücksichtigt werden, sondern auch überprüft werden, ob die Berechnungsmethodik anzupassen ist. Die aktuelle Kostenstudie basiert auf Daten des Jahres 2017.

2 Studiendesign und Datengrundlagen

2.1 Methodik

Die in dieser Studie angewandte Methodik lässt sich wie folgt charakterisieren:

- Wir wenden die **Cost-of-Illness-Methode** an. Diese erfasst die durch eine Krankheit entstehenden *direkten Kosten*, die im Rahmen der Behandlung anfallen und direkte Zahlungen nach sich ziehen. Ebenfalls berücksichtigt werden die *indirekten Kosten*, die durch eine Krankheit verursacht werden, die aber nicht zu direkten Ausgaben führen. Dazu gehören die Kosten für die informelle Pflege und Betreuung durch Angehörige oder Produktivitätsverluste. Die *immateriellen Kosten*, welche die (monetär) bewerteten Einschränkungen der Lebensqualität darstellen, die mit einer Krankheit verbunden sind, werden hingegen mit der Cost-of-Illness-Methode nicht erfasst.
- Wir untersuchen die Krankheitskosten aus einer **gesellschaftlichen Perspektive**. Diese Perspektive ist umfassend und berücksichtigt alle Kosten, unabhängig davon wer sie trägt (im Unterschied zu Kostenstudien aus bspw. der Perspektive der Krankenversicherung). Die gesellschaftliche Perspektive entspricht somit den volkswirtschaftlichen Kosten.

¹ Ecoplan (2010), Kosten der Demenz in der Schweiz. Schlussbericht.

Kraft et al. (2010), Cost of Dementia in Switzerland. In: Swiss Medical Weekly 2010;140:w13093.

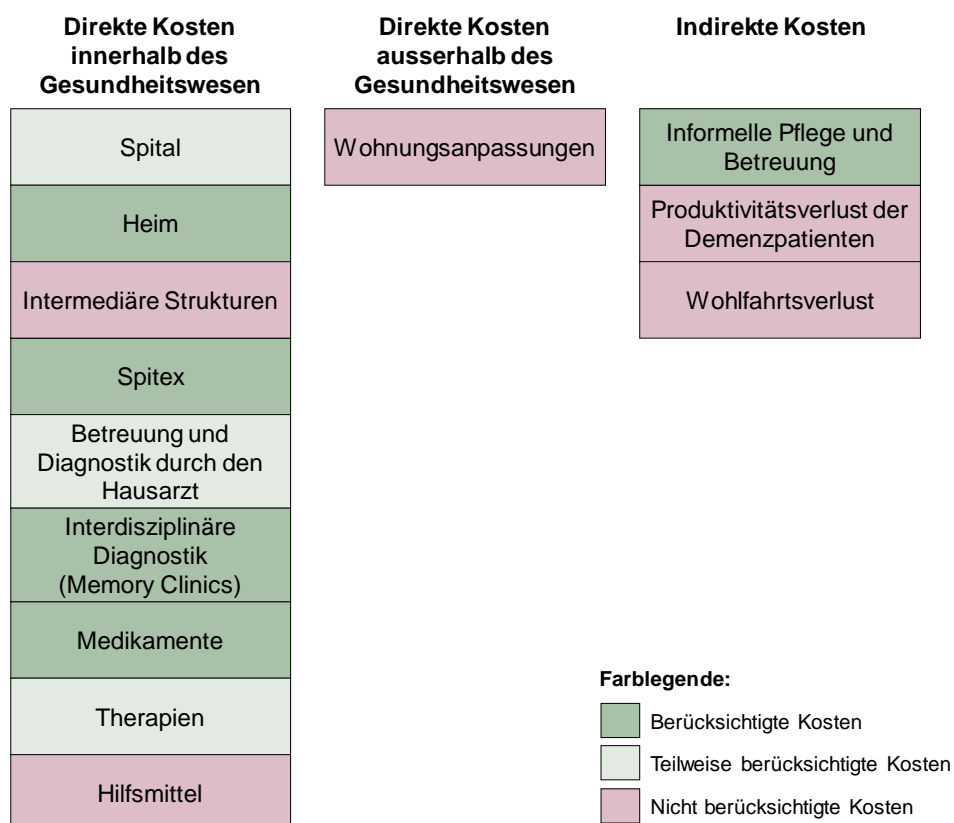
- Wir erfassen die Krankheitskosten nach dem **Prävalenzansatz**, d.h. wir berücksichtigen die Kosten aller während eines Jahres bestehenden (prävalenten) Krankheitsfälle. Im Unterschied dazu werden beim Inzidenzansatz nur die Kosten aller in einem Jahr neu auftretenden Fälle erfasst.
- Uns interessieren die **Nettokosten** der Demenz, das heisst jene Kosten, die ausschliesslich der Demenz (und nicht Komorbiditäten) anzulasten sind.
- Bei der Berechnung der direkten Kosten wenden wir eine Kombination von **Top-down- und Bottom-up-Ansatz** an, d.h. unsere Berechnungen gehen je nach Datenverfügbarkeit teils von nationalen Statistiken, teils von Annahmen auf Ebene eines Durchschnittspatienten aus.

Methodisch unterscheidet sich diese Studie somit nicht von der Vorgängerstudie aus dem Jahr 2010. Wir sind nach Durchführung einer Literaturanalyse zum Schluss gekommen, dass das methodische Vorgehen in der Vorgängerstudie mit der Methodik neuerer Krankheitskostenstudien zur Demenz aus anderen Ländern vergleichbar ist (vgl. hierzu Anhang 1).

2.2 Berücksichtigte Kostenarten

Abbildung 1 gibt einen Überblick über direkte und indirekte Kostenarten, die in Krankheitskostenstudien häufig einbezogen werden.

Abbildung 1: Kostenarten im Überblick



Die **grün** eingefärbten Kostenarten konnten in der vorliegenden Studie **berücksichtigt** werden.

Nur **teilweise berücksichtigt** sind aus Gründen der Datenverfügbarkeit die **hellgrün** eingefärbten Kostenarten:

- Spital:
 - Berücksichtigt sind die Spitalkosten von Patienten mit Hauptdiagnose Demenz.
 - Nicht berücksichtigt sind hingegen demenzbedingte Mehrkosten von Patienten mit Nebendiagnose Demenz, die bei der Behandlung anderer Krankheiten anfallen können, z.B. aufgrund von demenzassoziierten Komplikationen wie dem Delir, das bei demenzkranken Menschen vermehrt auftritt, oder auch aufgrund des Mehraufwands an Betreuung und Pflege, den die demenzbedingten kognitiven Einschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten während einer Hospitalisation bedingen. In Einzelfällen können diese Eigenschaften gar dazu führen, dass eine Hospitalisation auch bei Diagnosen erforderlich wird, die sonst ambulant behandelt werden können.
- Betreuung und Diagnostik durch den Hausarzt:
 - Berücksichtigt sind die Kosten der Arztkonsultationen, die explizit zur Behandlung der Demenz anfallen.
 - Nicht berücksichtigt sind hingegen Mehrkosten verlängerter Arztkonsultationen bei der Behandlung anderer Krankheiten, die aufgrund der demenzbedingten kognitiven Einschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten entstehen können.
- Therapien:
 - Berücksichtigt sind die Kosten von Therapien, die innerhalb von Institutionen des Gesundheitswesens bzw. im Rahmen von stationären Aufenthalten in Spitälern oder Heimen angeboten werden, also z.B. die Aktivierungstherapie im Heim. Diese Kosten sind in den entsprechenden Kostenarten, konkret in den Spital- bzw. Heimkosten, enthalten.
 - Nicht berücksichtigt sind hingegen Kosten von ambulanten Therapien, die ausserhalb dieser Institutionen erbracht und nachgefragt werden.

Keine Berücksichtigung finden die **rot** eingefärbten Kostenarten:

- Für die durch Demenz verursachten Kosten von intermediären Strukturen (Tages- und Nachtstätten), Hilfsmitteln und Wohnungsanpassungen² fehlen entsprechende statische Datengrundlagen in der Schweiz.
- Da Demenz hauptsächlich Menschen fortgeschritteneren Alters betrifft, die meist nicht mehr im Erwerbsleben stehen, werden Produktivitätsverluste der Demenzpatienten nicht berücksichtigt. (Produktivitätsverluste der betreuenden Angehörigen werden bei der Bewertung der Kosten für die informelle Pflege und Betreuung gemäss dem Opportunitätskostenansatz berücksichtigt.)

² Das Informationsblatt „Das Zuhause anpassen“ von Alzheimer Schweiz gibt diesbezüglich Hinweise.

- Den isolierten Effekt der Demenz auf einen Wohlfahrtsverlust infolge eines allenfalls höheren Steuerniveaus nachzuweisen, ist kaum möglich.³

Weitere Kosten, die im Zusammenhang mit der Demenz anfallen, die jedoch in Krankheitskostenstudien in der Regel nicht berücksichtigt werden, sind Folgende:

- Forschungskosten
- Weiterbildungskosten von Gesundheitsfachpersonen zur Thematik Demenz
- Erhöhte Krankheitskosten der pflegenden Angehörigen⁴

2.3 Berechnungsgrundsatz und Datengrundlagen

Die Berechnung der Demenzkosten erfolgt bei den einbezogenen Kostenarten in der Regel so, dass ein Mengengerüst (z.B. Anzahl Menschen mit Demenz im Heim) mit einem Kostengerüst (z.B. Durchschnittskosten pro Pflage tag) multipliziert wird.

Da die Kostendaten der nationalen Statistiken nicht diagnosebezogen sind, wird für die Schätzung der meisten Kostenarten – wie das obige Beispiel illustriert – ein nicht demenz-spezifisches Kostengerüst mit einem demenz-spezifischen Mengengerüst kombiniert. Dieses Mengengerüst basiert je nach verfügbaren Sekundärdaten teils auf nationalen Statistiken, teils auf stichprobenbasierten Erhebungen und teils auch auf Experteneinschätzungen oder Ergebnissen internationaler Studien. Abbildung 2 zeigt, welche Datengrundlagen für die einzelnen Kostenarten zur Verfügung stehen. Für alle Kostenarten kann auf Schweizer Daten zurückgegriffen werden.

Präzise Erläuterungen zur Berechnung und den Datengrundlagen der einzelnen Kostenarten finden sich in Kapitel 3.

Abbildung 2: Übersicht Datengrundlagen nach Kostenarten

Kostenarten	Nationale statistische Daten	Stichproben-basierte Erhebungen	Daten aus nationalen Befragungen	Experten-einschätzung	Internationale Daten
Spital	X				
Heim	X	X	X		
Spitex	X	X	X		
Arzt	X			X	
Interdisziplinäre Diagnostik			X	X	
Medikamente	X				
Informelle Pflege	X		X		X

³ Ein Wohlfahrtsverlust entsteht, wenn die Bevölkerung aufgrund einer durch die Demenz-Krankheit verursachten höheren Steuerbelastung (infolge des volkswirtschaftlichen Produktionsverlusts und den erhöhten Gesundheitskosten für den Staat) ihr Arbeitspensum reduziert.

⁴ Vgl. Wettstein/König/Schmid/Perren (2005), Belastung und Wohlbefinden bei Angehörigen von Menschen mit Demenz. Patschull-Furlan (2003), Betreuende Angehörige von Menschen mit Demenz. Höpfinger/Stuckelberger (1999), Alter - Anziani - Vieillesse.

2.4 Übergeordnete Angaben zum Mengengerüst

2.4.1 Prävalenzdaten

Es gibt bislang nur wenige Untersuchungen zu Prävalenzraten in der Schweiz.⁵ Alzheimer Schweiz verwendet daher für ihre Prävalenzschätzungen Prävalenzraten aus europäischen Untersuchungen:

- Für die 30 bis 59-Jährigen werden Prävalenzraten aus dem EuroDem-Forschungsprojekt verwendet.⁶
- Für die über 60-Jährigen kommen Prävalenzraten aus dem Forschungsprojekt EuroCode zur Anwendung.⁷

Die Plausibilität dieser Prävalenzraten ist europaweit anerkannt. Sie werden deshalb als Basiswerte für diese Studie verwendet.

Werden die genannten Prävalenzraten auf die ständige Wohnbevölkerung der Schweiz im Jahr 2017 angewendet, resultiert eine Anzahl von 151'079 demenzkranken Menschen:

Abbildung 3: Prävalenzdaten 2017

Alter	Prävalenzraten		Ständige Wohnbevölkerung		Menschen mit Demenz		
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Total
30-59	0.2%	0.1%	1'856'142	1'824'230	2'970	1'642	4'612
60-64	0.2%	0.9%	244'430	246'943	489	2'222	2'711
65-69	1.8%	1.4%	207'401	222'091	3'733	3'109	6'842
70-74	3.2%	3.8%	186'071	206'290	5'954	7'839	13'793
75-79	7.0%	7.6%	132'535	161'641	9'277	12'285	21'562
80-84	14.5%	16.4%	90'418	126'779	13'111	20'792	33'902
85-89	20.9%	28.5%	50'799	89'098	10'617	25'393	36'010
90-94	29.2%	44.4%	18'089	43'198	5'282	19'180	24'462
>95	32.4%	48.8%	3'673	12'282	1'190	5'994	7'184
Total			2'789'558	2'932'552	52'623	98'456	151'079

Quelle: Hofman et al. (1991) für 30-59; NN (2006) für 60+; BFS, Ständige Wohnbevölkerung nach Alter und Geschlecht 2017

⁵ Gostynski et al. (2002), Prävalenz der Demenz in der Stadt Zürich. Herrmann et al. (1997), Demenz, Depression, Handicap und Erhaltung kognitiver Fähigkeiten im Alter: eine epidemiologische Untersuchung.

⁶ Hofman et al. (1991), The Prevalence of Dementia in Europe.

⁷ NN (2006), EUROCODE: Report of Workpackage 7 2006, Prevalence of Dementia in Europe.

2.4.2 Inzidenzdaten

Während die Prävalenz angibt, welcher Anteil der Bevölkerung an einer Krankheit erkrankt ist, ist die Inzidenz eine Kennzahl für die Anzahl Neuerkrankungen in der Bevölkerung im Verlaufe eines Jahres. Für die unter 65-Jährigen existieren keine Daten zur Inzidenz. Bei den betagten Personen steigt das Neuerkrankungsrisiko von 0.4% bei den 65-69-Jährigen bis auf über 10% bei den über 90-Jährigen.⁸ Im Jahr 2017 sind 28'766 Personen neu an Demenz erkrankt.

Abbildung 4: Inzidenzdaten

Alter	Inzidenzraten	Ständige Wohnbevölkerung			Anzahl Neuerkrankungen
		insgesamt	davon bereits erkrankt	Risikopersonen	
30-64	k. A.	4'171'745	7'323	4'164'422	k. A.
65-69	0.4%	429'492	6'842	422'650	1'775
70-74	0.9%	392'361	13'793	378'568	3'331
75-79	1.9%	294'176	21'562	272'614	5'043
80-84	3.9%	217'197	33'902	183'295	7'112
85-89	6.5%	139'897	36'010	103'887	6'753
90+	10.4%	77'242	31'646	45'596	4'751
Total		5'722'110	151'079	5'571'031	28'766

Quelle: Bickel (2002); BFS, Ständige Wohnbevölkerung nach Alter und Geschlecht 2017. Die Anzahl der bereits demenzkranken Personen basiert auf den obgenannten Prävalenzraten.

3 Berechnung der Kosten nach Kostenarten

3.1 Spitalkosten

3.1.1 Berechnungsmethode

Die Spitalkosten umfassen die Kosten stationärer Aufenthalte von Menschen mit Demenz in den verschiedenen Typen von Spitälern: also nicht nur in den somatischen Akutspitälern, sondern bspw. auch in Psychiatrischen Kliniken oder Rehabilitationskliniken. Bislang existieren jedoch lediglich für die akutsomatischen Spitäler diagnosebezogene Fallkosten (vgl. hierzu den untenstehenden Exkurs).

Die Krankenhausstatistik 2017 und die Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2017 des Bundesamtes für Statistik (BFS) ermöglichen es aber, die Kosten für die Hospitalisation von Patienten mit der Hauptdiagnose Demenz über die Anzahl Pflgetage grob abzuschätzen.

⁸ Bickel (2002), Stand der Epidemiologie.

Exkurs: Statistik diagnosebezogener Fallkosten

Die Statistik diagnosebezogener Fallkosten (kurz: Fallkostenstatistik) zeigt die Fallkosten (in Form von Vollkosten) für die stationären Patienten in einer Auswahl von partizipierenden akutsomatischen Spitälern der Schweiz. Im Jahr 2014 (aktuellstes Jahr mit verfügbaren Daten) wurden in der Fallkostenstatistik 1'438 Fälle ausgewiesen, die den beiden folgenden Fallgruppen mit Bezug zu Demenz zugeteilt sind:

- Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion mit äusserst schweren Komplikationen und Komorbiditäten (Fallgruppe B63A)
- Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion ohne äusserst schwere Komplikationen und Komorbiditäten (Fallgruppe B63B)

Die Einteilung der Fälle in eine Fallgruppe im DRG- System hängt von Patientenmerkmalen wie Alter Geschlecht, Aufenthaltsdauer und medizinischen Kriterien (Hauptdiagnosen, Nebendiagnosen und Behandlungen) ab. Pro Fall können bis zu 50 Nebendiagnosen und 100 Behandlungen codiert werden. Das Ziel der Gruppierung besteht darin, möglichst (kosten)-homogene Fälle in einer Fallgruppe zusammenzufassen (Bildung von «Clustern»). In der Praxis erfolgt die Einteilung der Fälle in Fallgruppen computergestützt anhand eines sogenannten Groupers.

Ein Vergleich mit der Anzahl Fälle mit Hauptdiagnose Demenz in den akutsomatischen Spitälern gemäss der Medizinischen Statistik (vgl. hierzu Abbildung 5) zeigt, dass offensichtlich viele Patienten mit Hauptdiagnose Demenz letztlich nicht in eine dieser Fallgruppen codiert werden (1'438 Fälle gemäss der Fallkostenstatistik stehen 3'443 Fällen mit Hauptdiagnose Demenz in Spitälern der Zentrums- und Grundversorgung gegenüber). Die Gründe für diese grosse Diskrepanz von 2'005 Fällen konnte im Rahmen der vorliegenden Studie nicht abschliessend geklärt werden:

- Ein Grund dürfte sein, dass die Fallkostenstatistik keine Vollerhebung ist. Die genannten Fallzahlen basieren auf Angaben von 114 Akutspitälern. Gemäss Krankenhausstatik 2017 gibt es insgesamt 102 Spitäler der Zentrums- und Grundversorgung und 77 Spezialkliniken. Die fehlende Vollerhebung kann also nicht der einzige Grund für die grosse Differenz der Fallzahlen sein.
- Es ist davon auszugehen, dass die Patienten mit Hauptdiagnose Demenz nicht ausschliesslich den beiden oben genannten Fallgruppen zugewiesen werden. Aufgrund der Clusterbildung im DRG-System erscheint dies plausibel, weil die Hauptdiagnose lediglich ein Parameter für die Zuweisung in einer Fallgruppe ist.

Mehr Klarheit kann erst ein Einblick in die Fallkostenstatistik bringen. Beim BFS bestellt sind die Individualdaten zu allen Fällen mit Hauptdiagnose Demenz. Der Lieferzeitpunkt ist jedoch ungewiss.

a) Mengengerüst

In der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser sind die Anzahl Fälle der stationären Patienten mit **Hauptdiagnose Demenz**⁹ differenziert nach Krankenhausstyp erfasst. Zu diesen Fällen sind auch die Anzahl Pflgetage und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer (DAD) bekannt. Weil die Kostangaben pro Pflgetag vorliegen (vgl. den untenstehenden Abschnitt b) Kostengerüst), werden für die Kostenschätzung die Angaben zur Anzahl Pflgetage mit Hauptdiagnose Demenz verwendet.

Die Patienten mit Hauptdiagnose Demenz sind eine vergleichsweise kleine Gruppe: Werden die Anzahl Pflgetage mit Hauptdiagnose Demenz ins Verhältnis gesetzt zum Total der Pflgetage aller stationären Patienten (aus der Krankenhausstatistik), beträgt der Anteil der Demenzpatienten im Durchschnitt über alle Krankenhäuser gerade mal 1.1%. Am grössten ist der Anteil in den psychiatrischen Kliniken.

Abbildung 5: Anzahl Pflgetage der Fälle mit Hauptdiagnose Demenz und Total Pflgetage 2017

Spitaltyp	Hauptdiagnose Demenz			Total Pflgetage	Anteil Demenz (gerundet)
	Anzahl Fälle	Pflgetage	DAD		
Zentrumsversorgung	2'366	45'139	19.1	6'115'246	0.7%
Grundversorgung	588	8'125	13.8	1'291'092	0.6%
Psychiatrische Kliniken	1'919	71'096	37.0	2'114'693	3.4%
Rehabilitationskliniken	35	1'135	32.4	1'366'856	0.1%
Andere Spezialkliniken	489	7'588	15.5	734'804	1.0%
Total Krankenhäuser	5'397	133'083	24.7	11'622'691	1.1%

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Krankenhausstatistik und der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser 2017, Legende: DAD: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer

Erläuterung: Der Anteil Demenz je Spitaltyp ergibt sich aus der Division der Pflgetage der Patienten mit Hauptdiagnose Demenz und der Pflgetage aller Patienten. Die Spitaltypen entsprechen der Krankenhausstypologie des BFS (vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.169879.html>)

⁹ Für die Medizinische Statistik der Krankenhäuser des BFS werden für jeden hospitalisierten Fall eine Hauptdiagnose und bis zu 8 Nebendiagnosen erfasst. Für die Auswertung der Hauptdiagnose Demenz wurden folgende ICD-10-Codes berücksichtigt: F000, F001, F002, F009, F010, F011, F012, F013, F018, F019, F020, F022, F023, F028, F03, G300, G301, G308, G309. ICD-10 ist ein internationales Klassifikationssystem für Krankheiten. Die genannten Codes definieren verschiedene Arten von Demenz (z.B. F010 = Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn).

In Abbildung 6 sind Angaben aus der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser zu den stationären Patienten mit **Nebendiagnose Demenz** zu finden. Die Auswertung zeigt, dass die Nebendiagnose Demenz deutlich häufiger auftritt als die Hauptdiagnose Demenz. In die Schätzung der Spitalkosten fliessen jedoch nur die Fälle mit Hauptdiagnose Demenz ein.

Abbildung 6: Anzahl Pfl egetage der Fälle mit Nebendiagnose Demenz und Total Pfl egetage 2017

Spitaltyp	Nebendiagnose Demenz			Total Pfl egetage	Anteil Demenz (gerundet)
	Anzahl Fälle	Pfl egetage	DAD		
Zentrumsversorgung	29'329	359'701	12.3	6'115'246	5.9%
Grundversorgung	6'480	67'178	10.4	1'291'092	5.2%
Psychiatrische Kliniken	2'189	89'935	41.1	2'114'693	4.3%
Rehabilitationskliniken	640	15'641	24.4	1'366'856	1.1%
Andere Spezialkliniken	2'693	42'785	15.9	734'804	5.8%
Total Krankenhäuser	41'331	575'240	13.9	11'622'691	4.9%

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Krankenhausstatistik und der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser 2017, Legende: DAD: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer

b) Kostengerüst

Unter der Berücksichtigung von Daten zum Betriebsaufwand der Spitäler und den Angaben zur Anzahl Pfl egetage aus der Krankenhausstatistik können die **durchschnittlichen Kosten pro Pfl egetag** differenziert nach Krankenhaustyp berechnet werden (vgl. Abbildung 7).

3.1.2 Ergebnisse

Für die Abschätzung der Spitalkosten der Demenz werden die Durchschnittskosten pro Pfl egetag für die verschiedenen Krankenhaustypen mit der Anzahl Pfl egetage der Patienten mit Hauptdiagnose Demenz in den entsprechenden Krankenhaustypen multipliziert. Dabei resultieren für das Jahr 2017 Spitalkosten der Demenz von total **276.0 Mio. CHF**.

Diese Berechnung der demenzbedingten Spitalkosten ist selbstverständlich eine grobe Annäherung, weil die unterschiedliche Fallschwere der verschiedenen Krankheiten nicht berücksichtigt wird. Gleichwohl dürfte diese Schätzung konservativ sein, weil die Kosten der demenzassoziierten Komplikationen (resp. der Fälle mit Nebendiagnose Demenz, die deutlich häufiger sind als jene mit Hauptdiagnose Demenz) nicht berücksichtigt werden.

Abbildung 7: Spitalkosten der Demenz 2017

Spitaltyp	Betriebsaufwand [Mio. CHF]	Total Pflegetage	Kosten pro Pflegetag [CHF]	Pflegetage mit Hauptdiagnose Demenz	Spitalkosten Demenz [Mio. CHF]
Zentrumsversorgung	19'982	6'115'246	3'268	45'139	147.5
Grundversorgung	3'993	1'291'092	3'093	8'125	25.1
Psychiatrische Kliniken	2'276	2'114'693	1'076	71'096	76.5
Rehabilitationskliniken	1'292	1'366'856	946	1'135	1.1
Andere Spezialkliniken	2'495	734'804	3'396	7'588	25.8
Total Krankenhäuser	30'038	11'622'691	11'778	133'083	276.0

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Krankenhausstatistik und der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser 2017

Erläuterung: Die Kosten pro Pflegetag je Spitaltyp ergeben sich aus der Division des Betriebsaufwands und des Totals der Pflegetage. Dieser durchschnittliche Kostensatz wird dann mit den Pflegetage der Demenzpatienten multipliziert. Daraus resultieren die Spitalkosten der Demenz.

3.2 Heimkosten

3.2.1 Berechnungsmethode

a) Mengengerüst

Zur Ermittlung der Menschen mit Demenz im Heim stützen wir uns auf eine Auswertung von RAI-Daten aus 386 Heimen in 14 Kantonen der Deutschschweiz sowie dem Tessin, die im Jahr 2012 im Auftrag von Alzheimer Schweiz erstellt wurde.¹⁰ RAI (Resident Assessment Instrument) ist ein Assessment-Instrument zur Abklärung des Pflegebedarfs.

Gemäss den Ergebnissen dieser Studie haben 47.6% der Heimbewohner/innen eine diagnostizierte Demenz. Bei weiteren 16.9% ist aufgrund ihrer Einstufung auf der Skala der kognitiven Leistungsfähigkeit (CPS) ein Demenzverdacht begründet. Insgesamt liegt bei **64.5%** der Heimbewohner/innen entweder eine Demenzdiagnose oder ein Demenzverdacht vor.

Auswertungen von PLAISIR-Daten¹¹ aus dem Jahr 2012, welche ebenfalls im Auftrag von Alzheimer Schweiz durchgeführt wurden, deuten darauf hin, dass der Anteil der Heimbewohner/innen mit Demenz in der Westschweiz tendenziell höher ist (im Schnitt um die 80%).¹² Im Sinne eines konservativen Ansatzes verwenden wir jedoch für die gesamte Schweiz den Wert von 64.5%

¹⁰ Bartelt (2012), Auswertung von RAI-Daten im Auftrag der Schweizerischen Alzheimervereinigung. Technischer Bericht.

¹¹ Das Assessment-Instrument PLAISIR wird in den Kantonen Genf, Jura, Neuchâtel und Waadt verwendet.

¹² Curt et al. (2012), Analyse de démences de type Alzheimer – Dans la base de données PLAISIR de mai 2012, Rapport à l'intention de l'association Alzheimer Suisse.

Der Somed-Statistik lässt sich entnehmen, dass Ende Dezember 2017 95'027 Klientinnen und Klienten in Alters- und Pflegeheimen gelebt haben (vgl. Abbildung 8). Auf dieser Basis lässt sich abschätzen, dass 2017 **61'292 Menschen mit Demenz** im Heim wohnhaft waren.

b) Kostengerüst

In der Somed-Statistik sind ebenfalls die Betriebskosten und die Anzahl der Beherbergungsplätze erfasst. Unter der Berücksichtigung der Betriebskosten und der Anzahl Menschen mit Demenz im Heim lassen sich die **durchschnittlichen Kosten pro Klient** berechnen.

Die Auslastung am 31.12.2017 entspricht rund 97.5% wie ein Vergleich der Anzahl Klienten per 31.12. mit der Anzahl Beherbergungsplätze zeigt. Aufgrund von Bewohnerwechseln ist eine Auslastung von 97.2% auch im Jahresdurchschnitt plausibel. Deshalb werden die jährlichen Durchschnittskosten pro Klient über die Anzahl Bewohner am 31.12.2017 ermittelt. Diese betragen **106'095 CHF/Jahr**.

Abbildung 8: Berechnung der Durchschnittskosten pro Klient 2017

Institution	Betriebskosten [Tsd. CHF]	Anzahl Klienten per 31.12.17	Anzahl Beherbergungsplätze (zum Vergleich)	Durchschnittskosten pro Klient [CHF]
Altersheime	20'657	330	362	62'596
Pflegeheime	10'061'214	94'697	97'122	106'246
Summe/Durchschnitt	10'081'871	95'027	97'484	106'095

Quelle: BFS, Somed-Statistik 2017

Erläuterung: Bei den Durchschnittskosten pro Klient handelt es sich um einen gewichteten Durchschnitt. Es werden die aufsummierten Betriebskosten durch die aufsummierten Anzahl Klienten per 31.12.17 geteilt.

Von diesen Kosten werden die Lebensunterhalts- sowie die Wohnkosten, die auch ausserhalb des Heims anfallen würden, in Abzug gebracht. Für eine Person in einem 2-Personen-Haushalt beträgt der monatliche Grundbedarf für den Lebensunterhalt gemäss SKOS-Richtlinien 2017 755 CHF.¹³ Als Wohnkosten werden pro Monat 635 CHF in Abzug gebracht.¹⁴ Der vorgenommene Abzug für die Lebensunterhalts- und Wohnkosten beträgt somit insgesamt 16'680 CHF pro Klient und Jahr. Pro Heimbewohner/in mit Demenz resultieren damit jährliche (Netto-)Kosten von **89'415 CHF**.

¹³ Vgl. SKOS-Richtlinien (überarbeitete Version 12/16), B. 2-4.

¹⁴ Im Jahr 2017 betragen die durchschnittlichen Mietkosten in der Schweiz für eine 3-Zimmer-Wohnung CHF 1'270, vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bau-wohnungswesen/wohnungen/mietwohnungen.html>

3.2.2 Ergebnisse

Unter Berücksichtigung der bereinigten Kosten pro Klient im Heim und der Anzahl Heimbewohner/innen mit Demenz ergeben sich Heimkosten der Demenz von **5'480.4 Mio. CHF**.

Abbildung 9: Heimkosten der Demenz 2017

Anrechenbare Kosten pro Klient im Heim [CHF]	Anzahl Heimbewohner/innen mit Demenz	Total Heimkosten der Demenz [Mio. CHF]
89'415	61'292	5'480.4

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Somed-Statistik 2017, SKOS-Richtlinien und Bartelt (2012)

3.3 Spitex-Kosten

3.3.1 Berechnungsmethode

a) Mengengerüst

Für die Berechnung des Mengengerüsts beziehen wir uns auf das Total der Spitex-Klientinnen und -Klienten gemäss der Spitex-Statistik 2017 des Bundesamtes für Statistik sowie auf Berechnungen des Büro BASS zum Anteil der Spitex-Klient/innen mit Demenzverdacht:

- Gemäss der Spitex-Statistik haben 2017 insgesamt 350'218 Klient/innen eine Spitex-Dienstleistung (Pflege- und/oder hauswirtschaftliche Leistung) bezogen.
- Gemäss den Berechnungen von Büro BASS liegt 2017 bei 9% der Spitex-Klient/innen mit Pflegeleistungen ein Demenzverdacht vor.¹⁵ Diese Berechnungen basieren auf dem Datenpool HomeCareData von Spitex Schweiz, der die RAI-HC-Assessment-Daten von rund 70 NPO-Spitex-Organisationen enthält. Da sich darunter grosse Organisationen befinden, ist die Fallzahl hoch (n=20'619 Fälle > 64 Jahre). Als Person mit Demenzverdacht gilt, wer auf der Skala der kognitiven Leistungsfähigkeit (CPS) als «mässig» (CPS 3) bis «sehr schwer» (CPS 6) kognitiv beeinträchtigt eingestuft wird.

Für unsere Berechnungen nehmen wir an, dass der Anteil mit Demenzverdacht bei allen Spitex-Klient/innen bei 9% liegt, also sowohl bei den Klienten mit Pflegeleistungen wie auch bei den Klienten mit hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen. Da Menschen mit Demenz insbesondere viel Betreuung benötigen, erscheint es uns plausibel anzunehmen,

¹⁵ Büro BASS (2018), Schätzungen zur Anzahl Demenzbetroffener in der Spitex. Indikatoren «Versorgungsmonitoring Demenz».

dass der Anteil Personen mit Demenzverdacht bei den Klienten mit hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen ähnlich hoch ist wie bei den Klienten mit Pflegeleistungen.¹⁶

Wird der Anteil von 9% also auf das Total an Spitex-Klient/innen im Jahr 2017 angewendet, ergibt sich eine geschätzte Anzahl von 31'520 Spitex-Klientinnen mit Demenzverdacht.

Diese Anzahl kann auf Basis der Prozentwerte für **verschiedene Abhängigkeitsgrade** gemäss Alzheimer Schweiz/gfs (2004) weiter differenziert werden, die 53% für fast tägliche Hilfe und 45% für punktuelle Unterstützung betragen. Für 2% fehlt eine Angabe. Unter der Berücksichtigung der genannten Prozentwerte brauchen 14'814 Menschen der durch die Spitex betreuten Personen mit Demenz nur punktuelle Unterstützung und 16'705 fast täglich Hilfe (vgl. Abbildung 10).¹⁷

b) Kostengerüst

Aus der Spitex-Statistik 2017 des BFS können die folgenden Angaben entnommen werden:

- Gesamtkosten pro Klient/in: 7'011 CHF (gerundet)
- Gesamtkosten 2017: 2.5 Mrd CHF (gerundet)
- Verrechnete Stunden:
 - Pflegeleistungen: 15.9 Mio. Stunden (gerundet)
 - Hauswirtschaftliche Leitungen: 6.3 Mio. Stunden (gerundet)

In den Gesamtkosten sind die Kosten sämtlicher Spitex-Klienten enthalten, die durch die Tätigkeiten der Spitex anfallen, d.h. die Kosten für pflegerische und hauswirtschaftliche bzw. sozialbetreuerische Leistungen wie auch für die Administration und Leitung der Spitex-Organisationen.

Während sich die **Gesamtkosten pro Klient/in** 2017 von **7'011 CHF** direkt aus den Tabellen des BFS herauslesen lassen, können die **Gesamtkosten pro Stunde** mit den genannten Angaben berechnet werden. Diese betragen 2017 **110 CHF** (gerundet).

3.3.2 Ergebnisse

Für eine erste grobe Abschätzung der **Spitex-Kosten der Demenz** können die Gesamtkosten pro Klient mit der Anzahl durch die Spitex betreuter Menschen mit Demenz multipliziert werden (Variante 1, vgl. Abbildung 10). Die Spitex-Kosten der Demenz betragen in der **Variante 1**, welche die durchschnittlichen Gesamtkosten pro Klient berücksichtigt, **221.0 Mio. CHF**.

¹⁶ Als Erläuterung: Die Auswertungen des Büro BASS wurden nur für die Spitex-Klient/innen mit Pflegeleistungen erstellt, weil nur bei diesen Klient/innen in jedem Fall ein RAI-HC-Assessment durchgeführt wird. Deshalb sind die Klient/innen, die ausschliesslich hauswirtschaftliche Leistungen beziehen nicht im Datenpool HomeCareData erfasst.

¹⁷ Für die 2%, wo eine Angabe fehlt, wird für die Berechnung angenommen, dass sie nur punktuelle Unterstützung brauchen.

Eine differenziertere Berechnung (**Variante 2**) berücksichtigt den Abhängigkeitsgrad der Demenzpatienten in der Spitex. Gemäss der Spitex-Statistik wurden 2017 pro Fall im Durchschnitt 53 Stunden aufgewendet. Das entspricht pro Tag knapp 9 Minuten. Dieser Wert macht für Klienten Sinn, die nur punktuelle Unterstützung brauchen. Für Klienten mit (fast) täglicher Hilfe ist er jedoch viel zu tief. Für diese Klienten wird angenommen, dass sie an 2/3 aller Tage pro Jahr (243 Tage) 45 Minuten Spitex-Leistungen beanspruchen.¹⁸ Dieser Wert entspricht noch immer einer konservativen Annahme, denn die Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz ist besonders aufwändig: Sie sind aufgrund des zunehmend fehlenden Verständnisses weniger kooperativ als andere Klient/innen und im fortgeschrittenen Stadium muss auch die Medikamenteneinnahme kontrolliert werden. Der errechnete Zeitwert für die Betreuung der Demenzpatienten in der Spitex kann mit den Gesamtkosten pro Stunde multipliziert werden. In der differenzierteren Variante 2 resultieren **423.5 Mio. CHF** (vgl. Abbildung 10).

Die Ergebnisse lassen darauf schliessen, dass Variante 1 die Kosten der Demenz mit grosser Wahrscheinlichkeit massiv unterschätzt. Deshalb wird in Kapitel 4.1 für die Berechnung der Gesamtkosten der Demenz die Variante 2 berücksichtigt.

Abbildung 10: Spitex-Kosten der Demenz 2017

Berechnungs- variante	Gesamtkosten pro Jahr [CHF]	Anzahl Spitex-Klient/innen mit Demenz	Stunden pro Jahr	Total Spitex-Kosten der Demenz [Mio. CHF]
Variante 1	pro Klient: 7'011	31'520		221.0
Variante 2				
Punktuelle Unterstützung	pro Stunde: 110	14'814	53.0	86.7
Tägliche Hilfe	pro Stunde: 110	16'705	182.5	336.8
Total				423.5

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von BFS, Spitex-Statistik 2017, Büro BASS (2018), ALZ/gfs (2004)

¹⁸ Mit der Annahme von 2/3 aller Tage wird berücksichtigt, dass am Wochenende und an Feiertagen häufig keine Spitex kommt. Die Annahme von 45 Minuten basiert auf einem effektiven Minutenwert der Spitex Bern von 47 Min, welcher in einer früheren Erhebung ermittelt wurde (vgl. Ecoplan (2010)).

3.4 Arztkosten: Betreuung und Diagnostik durch den Hausarzt

3.4.1 Berechnungsmethode

a) Mengengerüst

Gestützt auf Alzheimer Schweiz/gfs. (2004) wird angenommen, dass je ein Drittel der Menschen mit Demenz mit Diagnose erfasst, mit Verdacht erfasst oder nicht erfasst ist. D.h. bei 2/3 der insgesamt 151'079 Menschen mit Demenz liegt entweder eine Diagnose oder ein Demenzverdacht vor. Die Anzahl der **erfassten Menschen mit Demenz** beträgt somit **100'719**. Bei diesen Personen kann angenommen werden, dass sie sich infolge der Demenz in ärztlicher Behandlung befinden.

Die Datengrundlage für diese Annahme ist ziemlich alt (eine neuere liegt jedoch leider nicht vor). Aufgrund der zwischenzeitlich sicherlich höheren Sensibilisierung in der Bevölkerung und bei der Ärzteschaft ist anzunehmen, dass der Anteil erfasster Menschen mit Demenz mittlerweile höher liegen dürfte. Insofern ist die vorliegende Schätzung als konservativ einzustufen.

b) Kostengerüst

Für die Berechnung im Rahmen dieser Kostenstudie wird gestützt auf Angaben von Ärztinnen und Ärzten angenommen, dass alle erfassten Menschen mit Demenz im Schnitt alle 3 Monate einen halbstündigen Arztbesuch beanspruchen, der über die TARMED-Position „Konsultation“ abgerechnet wird.

Die befragten Ärztinnen und Ärzte haben angegeben, ihre Demenzpatienten, die zu Hause leben, je nach Allgemeinzustand, Pflegeabhängigkeit und Befindlichkeit der Angehörigen alle 1-3 Monate zu kontrollieren. Heimpatienten werden tendenziell etwas seltener gesehen, rund alle 2-6 Monate. Für eine Differenzierung zwischen zu Hause und im Heim lebenden Patienten ist die empirische Fundierung jedoch nicht ausreichend. Die Konsultationen von Demenzpatienten dienen primär der Beratung (von Angehörigen) sowie der Durchführung von Screeningtests wie Mini-Mental State Examination (MMSE) und Uhrentest genutzt. Das MMSE-Testergebnis ist für die Krankenkassenabrechnung der Medikamente notwendig.¹⁹

Die resultierenden TARMED-Taxpunkte (vgl. Abbildung 11) werden dann mit dem gesamtschweizerischen durchschnittlichen Taxpunktwert 2017 von 0.88 CHF monetarisiert.²⁰ Die **bewerteten Taxpunkte** für eine halbstündige Konsultation beträgt rund **86 CHF**.

In dieser Kalkulation ist nicht berücksichtigt, dass Konsultationen aus nicht demenzspezifischen Gründen, die bei Demenzpatienten ebenfalls anfallen, viel länger dauern als bei anderen Patienten, weil die Kommunikation erschwert ist.

¹⁹ Diese Informationen basieren auf Expertenmeinungen, die im Rahmen der Studie «Kosten der Demenz» im Jahr 2010 eingeholt wurden.

²⁰ Dieser Durchschnittswert wurde auf Grundlagen von tarifsuisse berechnet.

Abbildung 11: Kosten einer halbstündigen Arzt-Konsultation 2017

Tarmed-Position	Taxpunkte	Einheiten davon	Total Taxpunkte	Bewertet mit Taxpunktwert [CHF]
00.0010 Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation)	17.76	1	17.76	
00.0020 Konsultation, jede weiteren 5 Min. (Konsultationszuschlag)	17.76	4	71.04	
00.0030 Konsultation, letzte 5 Min. (Konsultationszuschlag)	8.88	1	8.88	
Total			97.68	85.96

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis TARMED Tarifbrowser 1.08 und Taxpunktwerte Ärzte 2017 von tarifsuisse

Exkurs: Auswirkungen der Anpassung der Tarifstruktur TARMED per 1. Januar 2018

Am 1. Januar 2018 hat der Bundesrat in die TARMED-Tarifstruktur eingegriffen und die entsprechende Verordnung angepasst. Mit Blick auf unsere Berechnung der Arztkosten der Demenz zeigt sich, dass der neue TARMED verglichen mit dem alten TARMED, der in der vorliegenden Studie verwendet wird, zu einer Erhöhung führt, weil die Leistung «Konsultation» höher (d.h. mit mehr Taxpunkten) bewertet ist (aufgrund des neu einheitlichen Dignitätsfaktor für alle ärztlichen Leistungen).

Die Einschränkungen bei der Verrechnung von Leistungen «in Abwesenheit des Patienten», die mit der Verordnungsänderung vorgenommen wurden, sind für unsere Berechnung nicht relevant, weil wir keine Beanspruchung dieser Leistung kalkuliert haben.

3.4.2 Ergebnisse

Unter Berücksichtigung, dass ein Demenzpatient pro Jahr vier Konsultationen hat und die Anzahl der erfassten Demenzpatienten 100'719 beträgt, ergibt sich ein total der geschätzten Arztkosten der Demenz von gut **34.6 Mio. CHF**.

Abbildung 12: Arztkosten der Demenz 2017

Kosten für 4 Arzt- konsultationen pro Jahr [CHF]	Anzahl mit Diagnose/Verdacht erfasste Menschen mit Demenz	Total Arztkosten der Demenz [Mio. CHF]
343.83	100'719	34.6

Quelle: Eigene Berechnung auf Basis TARMED Tarifbrowser 1.08, Taxpunktwerte Ärzte 2017 von tarifsuisse, ALZ/gfs (2004) und Prävalenzzahlen Alzheimer Schweiz 2017

3.5 Kosten der interdisziplinären Diagnostik (Memory Clinics)

Unter Diagnostikkosten werden in dieser Studie die Kosten der interdisziplinären Demenzabklärungen an einer Memory Clinic verstanden. Die hausärztliche Diagnostik (Screeningtests) ist Bestandteil der Arztkosten (vgl. Kap. 0). Diese Arztkosten fallen auch bei allen Patienten an, die in die Memory Clinic kommen, da die Memory Clinics nur zugewiesene Patienten abklären. Die Memory Clinic ersetzt nicht die Betreuung durch den Hausarzt.

In der Schweiz gibt es zurzeit 43 Memory Clinics, die im Verein „Swiss Memory Clinics“ organisiert sind. Die Diagnosestellung an einer Memory Clinic wird von einem interdisziplinären Team bestehend aus Geriatern, Neurologen, Neuropsychologen und teilweise Psychiatern vorgenommen. Eine Abklärung an einer Memory Clinic wird empfohlen bei

- atypischer Symptomatik
- atypischem Verlauf
- polymorbiden Patienten mit kognitiven Störungen
- Diskrepanzen zwischen Angaben des Patienten oder seinen Angehörigen und Befunden
- Überforderungssituationen (Patient, Arzt, Angehörige)²¹

Wie schnell und ob überhaupt ein Hausarzt eine Überweisung vornimmt, hängt auch vom Alter des Patienten, von der persönlichen Erfahrung und von den Angehörigen ab.

3.5.1 Berechnungsmethode

a) Mengengerüst

Für eine Abschätzung der Kosten der interdisziplinären Diagnostik stützen wir uns auf die Ergebnisse einer 2019 durchgeführten Umfrage des Vereins Swiss Memory Clinics.²²

Von den 43 Memory-Clinics, die dem Verein Swiss Memory Clinics angeschlossen sind, haben 20 Kliniken an der Umfrage teilgenommen. Im Jahr 2018 wurden von diesen 20 Memory Clinics 4'630 Erstabklärungen (Median: 196) und 2'038 Verlaufsuntersuchungen (Median: 41.5) rapportiert. Die Hochrechnung auf die 43 Kliniken anhand des jeweiligen Medians ergibt 8'428 Erstabklärungen und 1'785 Verlaufsuntersuchungen.²³ Wir rechnen für die Kostenschätzung vorsichtigerweise mit **8'400 Erstabklärungen** und **1'700 Verlaufsuntersuchungen** im Jahr 2017.

Ein Vergleich der Anzahl Erstabklärungen mit der Inzidenz (vgl. Berechnung in Abbildung 4) zeigt, dass bei knapp 30% der neuerkrankten Personen eine interdisziplinäre

²¹ Monsch et al. (2008), Konsensus zur Diagnostik und Betreuung von Demenzkranken in der Schweiz.

²² Die Ergebnisse sind bisher nicht publiziert. Sie wurden Ecoplan vom Verein Swiss Memory Clinics auf Anfrage jedoch zur Verfügung gestellt.

²³ Eine Hochrechnung anhand des Medians ergibt stabilere Ergebnisse als bei Verwendung des Mittelwerts, da keine Normalverteilung vorliegt.

Demenzabklärung durchgeführt wird: Im Jahr 2017 sind 28'766 Personen neu an Demenz erkrankt. Es wurden jedoch nur rund 8'400 Erstabklärungen durchgeführt.

b) Kostengerüst

Gemäss Auskunft des Vereins Swiss Memory Clinics betragen die Kosten einer Erstabklärung zwischen 1'400 und 2'200 CHF ohne MRI und Labor. Diese Angaben wurden im Rahmen einer ad hoc-Umfrage im Vorstand der Swiss Memory Clinics erhoben. Wir gehen für unsere Schätzung von Kosten von 1'800 CHF pro Abklärung aus (entspricht der Mitte des genannten Ranges) und addieren dazu noch 800 CHF für MRI und Labor. Die **Kosten einer Standard-Untersuchung** (inkl. MRI und Labor) beziffern wir somit auf durchschnittlich **2'600 CHF**. Dieser Wert wurde vom Verein Swiss Memory Clinics als plausibel eingestuft.

Wir verwenden diesen Wert sowohl für die Kosten einer Erstabklärung wie auch für die Kosten einer Verlaufsuntersuchung. Denn gemäss Auskunft des Vereins Swiss Memory Clinics werden bei Verlaufsuntersuchungen tendenziell zwar kein MRI und kein Labor mehr durchgeführt, dafür jedoch andere ähnlich teure Untersuchungen wie Liquordiagnostik oder FDG-PET.

3.5.2 Ergebnisse

Mit jährlich 8'400 Erstabklärungen und 1'700 Verlaufsuntersuchungen à je 2'600 CHF resultieren Kosten der interdisziplinären Diagnostik von **26.3 Mio. CHF**.

Abbildung 13: Diagnostikkosten der Demenz 2017

Art der Abklärung	Anzahl	Kosten pro Abklärung [CHF]	Total Kosten der Demenz [Mio. CHF]
Erstabklärung	8'400	2'600	21.8
Verlaufsuntersuchung	1'700	2'600	4.4
Total			26.3

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von Angaben des Vereins Swiss Memory Clinics

3.6 Medikamentenkosten (Antidementiva)

Gemäss Auskunft von Interpharma wurden im Jahr 2017 von den Pharmaunternehmen Antidementiva im Wert von **16.9 Mio. CHF** verkauft. In diesem Betrag sind die folgenden Medikamente enthalten: Donepezil, Galantamin, Rivastigamin, Aricept, Exelon, Reminyl, Memantin, Axura und Ebixa.

3.7 Kosten der informellen Pflege und Betreuung

3.7.1 Berechnungsmethode

Für die Bewertung der informellen Pflege und Betreuung werden sowohl der Marktkosten- wie auch der Opportunitätskostenansatz verwendet. Beide Methoden kommen auch in neueren Krankheitskostenstudien zur Demenz aus anderen Ländern zur Anwendung (vgl. hierzu Anhang 1):

- Beim **Marktkostenansatz** (auch Replacement-Methode genannt) wird der Arbeitsaufwand für die informelle Pflege und Betreuung mit dem Lohn einer entsprechenden Ersatzkraft aus dem Arbeitsmarkt bewertet. Die Bewertung hängt davon ab, wie der Lohnansatz bemessen wird (z. B. ausgebildete Pflegefachperson oder Pflegeassistentin).
- Beim **Opportunitätskostenansatz** wird der entgangene Verdienst bewertet, der infolge Verrichtung der unbezahlten Arbeit in Kauf genommen werden muss («Wie viel würden die Angehörigen in dieser Zeit sonst verdienen?»). Das Ergebnis ist stark abhängig vom verwendeten Lohnansatz sowie von der Annahme über den effektiven Erwerbsausfall («Wie viel der Zeit, welche für Betreuung und Pflege aufgewendet wird, würde tatsächlich für Erwerbsarbeit eingesetzt?»).

a) Marktkostenansatz

Typischerweise gibt es für die unbezahlte Haus- und Familienarbeit, zu der auch die informelle Pflege und Betreuung gehört, kein exaktes entsprechendes Marktsubstitut.

Im Rahmen der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung bewertet das Bundesamt für Statistik (BFS) die unbezahlte Arbeit differenziert nach verschiedenen Tätigkeiten (darunter auch Pflege von Erwachsenen) mit den Arbeitskosten vergleichbarer Berufsgruppen. Die Arbeitskosten umfassen sämtliche Ausgaben aus Arbeitgebersicht. Dazu gehören neben den Lohnkosten auch die Sozialbeiträge zulasten des Arbeitgebers und weitere, insbesondere mit der beruflichen Bildung und Personalrekrutierung verbundene Kosten. Das BFS wählt diesen umfassenden Arbeitskostenansatz, damit ein Vergleich der Haushaltsproduktion mit der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung möglich ist.

In der vorliegenden Studie bewerten wir die Marktkosten der informellen Pflege im Sinne einer konservativen Schätzung (und in Analogie zur Vorgängerstudie) mit dem sogenannten **Brutto-Brutto-Lohnansatz**. Dieser berücksichtigt neben den Lohnkosten auch die Sozialversicherungsbeiträge von Arbeitnehmer und Arbeitgeber, hingegen keine weiteren Kosten. Diesen Ansatz hat das BFS früher auch zur Bewertung der unbezahlten Arbeit verwendet.

Der vom BFS letztmals für das Jahr 2010 publizierte Brutto-Brutto-Spezialistenlohnansatz²⁴ für die Betreuung pflegebedürftiger Haushaltsmitglieder beträgt 37.40 CHF pro Stunde.²⁵ Diesen Ansatz haben wir mit dem Schweizer Nominallohnindex für 2017 hochgerechnet.²⁶ Der indexierte **Spezialistenlohnansatz** Brutto-Brutto beträgt für das Jahr 2017 **39.20 CHF pro Stunde**.

Abbildung 14: Stundenlohnansätze zur Bewertung der informellen Pflege und Betreuung nach dem Marktkostenansatz

Lohnansatz	Referenzjahr	Betrag [CHF pro Stunde]
Spezialistenlohnansatz für die Betreuung pflegebedürftiger Haushaltsmitglieder	2010	37.40
Indexierter Spezialistenlohnansatz für die Betreuung pflegebedürftiger Haushaltsmitglieder	2017	39.20
Zum Vergleich: (der vom BFS verwendete) Arbeitskostenansatz für die Pflege von Erwachsenen	2016	45.50

Quelle: BFS, T 03.06.03.03: Geschätzte Arbeitskosten nach vergleichbaren Berufsgruppen ISCO-08 sowie BFS, T3.1 Äquivalenzlöhne. Grundlage für die Bestimmung beider Ansätze ist die Lohnstrukturerhebung.

Angaben zum **Betreuungsaufwand** in Stunden, der von den Angehörigen geleistet wird, werden aus einem Artikel von Wimo et al. (2013) entnommen, welchem eine Synthese aus 30 internationalen Studien zugrunde liegt.²⁷ Der Betreuungsaufwand wird folgendermassen quantifiziert:

- a) Unterstützung bei persönlichen Aktivitäten des täglichen Lebens (z. B. Anziehen): 2.0 h/Tag (Mittelwert auf der Basis von 25 Ländern)
- b) Unterstützung bei instrumentellen Tätigkeiten des täglichen Lebens (z. B. Waschen, Kochen, Einkaufen): 3.6 h/Tag (Mittelwert auf der Basis von 30 Ländern)
- c) Betreuung und Aufsicht: 2.6 h/Tag (Mittelwert auf der Basis von 25 Ländern)

Die entsprechenden Werte aus einem älteren Wimo-Artikel aus dem Jahr 2007 betragen 1.6 h/Tag (a), 2.1 h/Tag (b) und 3.7/Tag (c).²⁸ Der Vergleich zeigt, dass neuere Studien den Betreuungsaufwand, der von Angehörigen geleistet wird, höher einschätzen. In der vorliegenden Kostenstudie verwenden wir die aktuelleren Zahlen.

²⁴ Unter diesem Begriff wird im Fall der Pflegeleistungen an Haushaltsmitgliedern ein Durchschnittslohn verstanden, der über alle Lohnniveaus und Berufsgruppen der Lohnstrukturerhebung LSE gebildet wird, die medizinische, pflegerische und soziale Tätigkeiten ausüben.

²⁵ BFS, Tabelle T3.1 Äquivalenzlöhne.

²⁶ Der Nominallohnindex des BFS betrug 2010 2'285 und 2017 2'395 Punkte (Basis: 1939 = 100).

²⁷ Wimo/Winblad/Jönsson (2013), The worldwide economic impact of dementia 2010.

²⁸ Wimo/Winblad/Jönsson (2007), An estimate on the total worldwide societal costs of dementia in 2005.

In Anlehnung an eine Studie der University of Michigan²⁹ wird angenommen, dass sich der Aufwand für die informelle Pflege und Betreuung bei unterschiedlichem Abhängigkeitsgrad der Demenzpatienten bzw. unterschiedlichem Schweregrad der Demenz folgendermassen bemisst:³⁰

- Punktuelle Unterstützung (leichte Demenz): 2.0 h/Tag (a, vgl. vorhergehender Absatz)
- Tägliche Hilfe (mittelschwere Demenz): 5.6 h/Tag (a+b)
- Tag- und Nachtpflege (schwere Demenz): 8.2 h/Tag (a+b+c)

Unter Berücksichtigung der Gesamtzahl der Menschen mit Demenz zu Hause, Annahmen zu ihrem Abhängigkeitsgrad gemäss Alzheimer Schweiz (2003) und den genannten Betreuungsaufwänden schätzen wir den totalen Aufwand für die informelle Pflege und Betreuung auf **141.3 Mio. Stunden** pro Jahr (vgl. Abbildung 15).

Die Anzahl Menschen mit Demenz zu Hause ergibt sich aus der Differenz aller Menschen mit Demenz (vgl. Abbildung 3) und der Anzahl Menschen mit Demenz im Heim (vgl. Abbildung 9). Insgesamt leben 89'786 Menschen mit Demenz zu Hause. Gemäss dieser Berechnungsart leben knapp 60% aller Menschen mit Demenz zu Hause.

Abbildung 15: Betreuungsaufwand für die informelle Pflege und Betreuung 2017

Abhängigkeitsgrad der Menschen mit Demenz zu Hause	Anteil	Betroffene Personen	Betreuungsaufwand	
			[h/Tag]	[Mio. h/Jahr]
Punktuelle Unterstützung (Leichte Demenz)	43%	38'608	2.0	28.2
Tägliche Unterstützung (Mittelschwere Demenz)	47%	42'200	5.6	86.3
Pflege Tag und Nacht (Schwere Demenz)	10%	8'979	8.2	26.9
Total		89'786		141.3

Quelle: Alzheimer Schweiz (2003), Wimo/Winblad/Jönsson (2013)

b) Opportunitätskostenansatz

Mit der Anwendung des Opportunitätskostenansatzes soll die Frage beantwortet werden, wie gross die Einkommenseinbusse ist, die für die Angehörigen aufgrund der informellen Pflege resultiert.

Die einzige Studie aus der Schweiz, die konkret die Reduktion des Arbeitspensums infolge Betreuungsleistungen für Menschen mit Demenz erhoben hat, ist Volz et al. (2000). Im Rahmen dieser Studie wurden Angehörige von 120 zu Hause lebenden Menschen mit Demenz befragt. Ein Grossteil der befragten Angehörigen war bereits im Pensionsalter und nicht mehr erwerbstätig. Demzufolge beträgt der durchschnittliche **Arbeitsausfall** infolge informeller

²⁹ Langa et al. (2001), National Estimates of the Quantity and Cost of Informal Caregiving for the Elderly with Dementia.

³⁰ Die Studie von Volz et al. (2002) hat einen durchschnittlichen Aufwand von 5.67 h/Tag eruiert.

Pflege pro Demenzpatient gemäss dieser Studie lediglich **1.8 Stunden pro Woche**.³¹ Dies entspricht bei 89'786 Demenzpatienten, die zu Hause leben, einem Total von 8.4 Mio. Stunden pro Jahr.

Diese Schätzung ist in zweifacher Hinsicht konservativ:

- Aus der Angehörigenbefragung, die Alzheimer Schweiz 2012 durchgeführt hat, sowie auch aus neueren Untersuchungen im Rahmen des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige» des Bundesamtes für Gesundheit ist bekannt, dass v.a. auch 50- bis 65-jährige Personen Betreuungsleistungen erbringen und durchaus negative Auswirkungen auf ihre Arbeitssituation feststellen. Insbesondere bei alleinstehenden Elternteilen oder bei Eltern im hohen Alter leisten oft auch die noch im Erwerbsleben stehenden Söhne, Töchter und Schwiegertöchter einen beträchtlichen Betreuungsaufwand.
- Es werden nur die erwerbsbezogenen Opportunitätskosten berücksichtigt, die Opportunitätskosten für Einschränkungen der Freizeit werden nicht bewertet.

Im Gegensatz zum Marktkostenansatz wird beim Opportunitätskostenansatz mit Netto-Lohnansätzen gerechnet, weil hier die Perspektive der Angehörigen eingenommen wird. D.h. die Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitgeber fallen weg. Da die effektiven Löhne der Angehörigen nicht bekannt sind und auch die Datengrundlage für die Schätzung einer Lohnfunktion fehlt (dazu müssten Angaben zu Merkmalen wie Alter, Ausbildung oder Berufserfahrung der pflegenden Angehörigen vorhanden sein), wird zur Schätzung der **Netto-Stundenlohn** gemäss dem **Generalistenlohnansatz** (Durchschnittslohn aller Beschäftigten) des BFS angewendet.³² Dieser beträgt für das Jahr 2017 hochgerechnet **32.40 CHF pro Stunde**.

3.7.2 Ergebnisse

Mit dem Marktkostenansatz werden die gesamten erbrachten Betreuungsstunden bewertet. Dabei resultieren Kosten von insgesamt knapp 6.2 Mrd. CHF. Viel geringer ist jedoch der mit den Opportunitätskosten bewertete Verdienstaufschlag: er beträgt lediglich 272.2 Mio. CHF. Die Differenz fällt deshalb so gross aus, weil bei der Opportunitätskostenberechnung eine sehr geringe Reduktion der Erwerbstätigkeit der Angehörigen von Menschen mit Demenz angenommen wird.

Abbildung 16: Kosten der informellen Pflege und Betreuung 2007

Bewertungsansatz	Betreuungsaufwand [Mio. h/Jahr]	Lohnsatz [CHF/h]	Total Kosten der informellen Pflege [Mio. CHF]
Marktkostenansatz	141.3	39.2	5'539.5
Opportunitätskostenansatz	8.4	32.4	272.2

Quelle: Wimo/Winblad/Jönsson (2013); Volz et al. (2000); eigene Berechnungen

³¹ Volz et al. (2000), Was kostete die Schweiz die Alzheimer-Krankheit 1998?

³² BFS, Tabelle T3.1 Äquivalenzlöhne.

4 Ergebnisse

4.1 Gesamtkosten

Abbildung 17 zeigt die untersuchten **Kosten der Demenz für das Jahr 2017**, welche insgesamt knapp **11.8 Mrd. CHF** betragen. Berücksichtigt wurden direkte und indirekte Kosten der Demenz, nicht aber immaterielle Kosten.

- Die **direkten Kosten** des Gesundheitswesens der Demenz betragen knapp **6.3 Mrd. CHF**. Das entspricht einem Anteil von 7.6% an den Gesamtkosten des Gesundheitswesens in der Schweiz, welche im Jahr 2017 82.5 Mrd. CHF betragen haben.³³ Die Kosten des Gesundheitswesens werden von Staat, Versicherungen und privaten Haushalten gemeinsam finanziert. Insbesondere die Heimkosten, welche den grössten Teil der direkten Kosten der Demenz ausmachen, werden zu einem beträchtlichen Anteil von den Betroffenen selbst finanziert.
- Die **indirekten Kosten** für die informelle Pflege und Betreuung belaufen sich bei einer Bewertung nach dem Marktkostenansatz auf **5.5 Mrd. CHF**.³⁴ Diese indirekten Kosten tragen Familienangehörige, Nachbarn und Bekannte, sie müssen nicht finanziert werden. Mit anderen Worten: Wenn die Angehörigen und Bekannten der Menschen mit Demenz nicht mehr bereit sind, unbezahlt Betreuungs- und Pflegeleistungen in beträchtlichem Ausmass zu übernehmen, wäre mit zusätzlichen Gesundheitskosten in der Höhe von 5.5 Mrd. CHF zu rechnen.

Abbildung 17: **Kosten der Demenz in Mio. CHF, 2017**

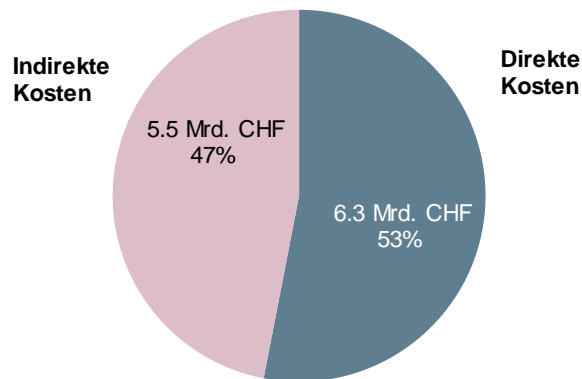
Kostenart	in Mio. CHF	in %
Direkte Kosten	6'257.7	
Spitalkosten	276.0	2.3%
Heimkosten	5'480.4	46.5%
Spitexkosten	423.5	3.6%
Arztkosten	34.6	0.3%
Medikamentenkosten	16.9	0.1%
Kosten der interdisziplinären Diagnostik	26.3	0.2%
Indirekte Kosten	5'539.5	
Informelle Pflege und Betreuung	5'539.5	47.0%
Gesamtkosten	11'797.2	100.0%

³³ BFS (2017), Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens.

³⁴ Bei Verwendung des Opportunitätskostenansatzes resultieren bedeutend tiefere Kosten (vgl. Kap. 3.7.1b)).

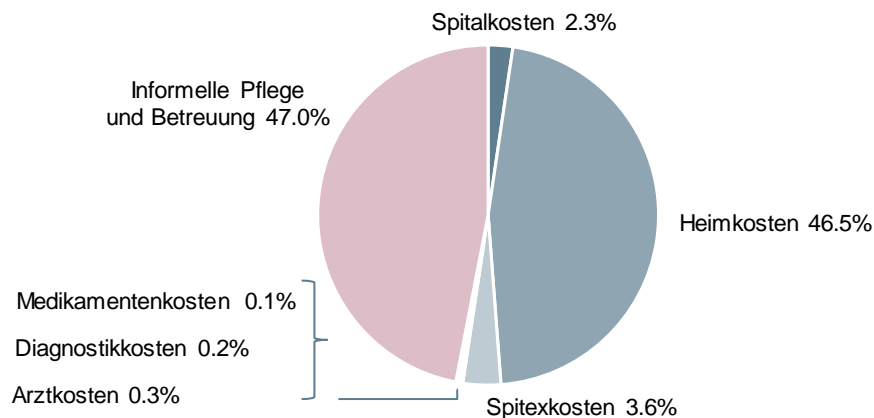
Die indirekten Kosten der informellen Pflege und Betreuung betragen 47% der gesamten Demenzkosten, die direkten Kosten betragen 53%.

Abbildung 18: Kosten der Demenz, Zusammensetzung in Mrd. CHF und %



Die Kosten der Demenz in der Schweiz sind primär Betreuungs- und Pflegekosten: rund 97% der Demenzkosten entfallen auf die Heimkosten, die Spitexkosten und die Kosten für die informelle Pflege und Betreuung der Angehörigen. Auf die übrigen Kostenarten (Spital-, Arzt-, Medikamenten- und Diagnostikkosten) entfallen rund 3%.

Abbildung 19: Kosten der Demenz, Kostenarten in %



4.2 Durchschnittskosten pro demenzkranke Person nach Betreuungsform

Für die Berechnung der Durchschnittskosten nach Betreuungsform werden die Heimkosten nur den 61'292 Heimpatienten angelastet, während die Spitalkosten, die Spitex-Kosten, die Kosten der interdisziplinären Diagnostik und die Kosten der informellen Pflege nur den 89'786 Personen zu Hause angerechnet werden.³⁵ Bei den Kosten der hausärztlichen Konsultationen (Arztkosten) und den Medikamentenkosten wird angenommen, dass sie beide Patientengruppen gleichermaßen betreffen.

Das Ergebnis in Abbildung 20 zeigt, dass die Durchschnittskosten von demenzkranken Menschen, die zu Hause betreut werden, tiefer sind als die Durchschnittskosten von im Heim betreuten Menschen. Während die Kosten für im Heim lebende Menschen mit Demenz durchschnittlich 89'756 CHF betragen, beträgt der entsprechende Wert für zu Hause lebende Demenzpatienten 70'121 CHF. Dieses Ergebnis erlaubt aber noch keine Beurteilung der Kosteneffizienz der beiden Betreuungsformen zu. Dazu muss berücksichtigt werden, in welchem Krankheitsstadium sich die betreuten Demenzpatienten befinden.

Abbildung 20: Durchschnittskosten 2017 pro demenzkranke Person in CHF, nach Betreuungsform

Kostenart	Im Heim [CHF pro Person]	Zu Hause [CHF pro Person]
Direkte Kosten		
Spitalkosten	-	3'074
Heimkosten	89'415	-
Spitexkosten	-	4'717
Arztkosten	229	229
Medikamentenkosten	112	112
Kosten der interdisziplinären Diagnostik	-	292
Indirekte Kosten		
Informelle Pflege und Betreuung	-	61'697
Total	89'756	70'121

³⁵ Heimbewohner/innen werden bereits stationär betreut und werden deshalb nur in sehr seltenen Fällen aufgrund der Hauptdiagnose Demenz hospitalisiert. Nach dem Eintritt ins Heim werden Menschen mit Demenz auch nur noch selten in eine Memory Clinic überwiesen, sie werden dann eher vor Ort im Heim konsiliarpsychiatrisch versorgt.

4.3 Durchschnittskosten pro demenzkranke Person nach Schweregrad

Eine Differenzierung der Kosten nach dem Schweregrad der Demenz kann nur sehr beschränkt vorgenommen werden, weil dazu die Datengrundlagen bei den meisten Kostenarten nicht vorhanden sind. Für die Menschen mit Demenz im Heim wird keine Unterscheidung vorgenommen. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass Heimbewohner/innen im mittleren bis schweren Stadium der Demenz sind.

Bei den Spitex-Kosten und bei der informellen Pflege und Betreuung wurde nach verschiedenen Abhängigkeitsgraden der Patienten unterschieden. Das Verhältnis von Abhängigkeitsgrad der Patienten und dem Schweregrad der Demenz verhält sich gemäss unserer Annahme folgendermassen: Bei leichter Demenz ist punktuelle Unterstützung (38'608 Personen), bei mittelschwerer Demenz tägliche Hilfe (42'200 Personen) und bei schwerer Demenz Tag- und Nachtpflege (8'979 Personen) erforderlich.³⁶

Die Spitalkosten werden auf die Menschen mit mittelschwerer und schwerer Demenz verteilt, weil eine Hospitalisierung aufgrund der Hauptdiagnose Demenz bei leichter Demenz unwahrscheinlich ist. Die Kosten für die interdisziplinäre Diagnostik werden den Patienten mit leichter und mittelschwerer Demenz angelastet. Diese Abklärungen werden in der Regel nicht erst im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit vorgenommen.

Das Resultat in Abbildung 21 zeigt, dass die Kosten der Demenz mit dem Schweregrad der Krankheit beträchtlich zunehmen. Bereits bei einer mittelschweren Demenz ist der Aufwand für die informelle Pflege und Betreuung so gross, dass eine Betreuung im Heim kostengünstiger ist.

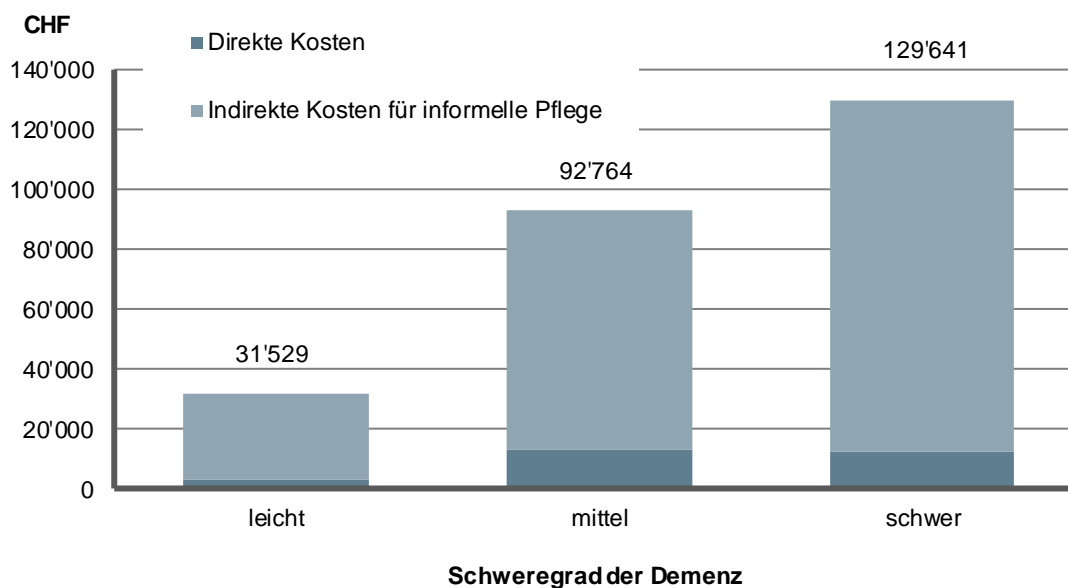
Abbildung 21: Durchschnittskosten pro Person in CHF, nach Schweregrad der Demenz

Kostenart	Betreuungsform		Zu Hause		
	Im Heim	Schweregrad	leicht	mittelschwer	schwer
	[CHF pro Person]		[CHF pro Person]	[CHF pro Person]	[CHF pro Person]
Direkte Kosten					
Spitalkosten	-			5'393	5'393
Heimkosten	89'415		-	-	-
Spitexkosten	-		2'246	6'580	6'580
Arztkosten	229		229	229	229
Medikamentenkosten	112		112	112	112
Kosten der interdisziplinären Diagnostik			325	325	-
Indirekte Kosten					
Informelle Pflege und Betreuung	-		28'616	80'126	117'327
Total	89'756		31'529	92'764	129'641

³⁶ Vgl. Alzheimer Schweiz (2003), Wegweiser für die Zukunft, S.7-8.

Abbildung 22 zeigt, dass mit dem Fortschreiten der Krankheit bei den demenzkranken Menschen, die zu Hause betreut werden, vor allem die indirekten Kosten – also der Aufwand für die informelle Pflege und Betreuung – zunehmen, während die direkten Kosten nur marginal steigen.

Abbildung 22: Durchschnittskosten pro zu Hause lebende Person in CHF, nach Schweregrad der Demenz



4.4 Diskussion der Ergebnisse

Die vorliegende Studie hat unter Verwendung verschiedener Quellen die Kosten für Spital, Heim, Spitex, Hausarzt, Medikamente, interdisziplinäre Diagnostik (Memory Clinics) und die informelle Pflege und Betreuung von demenzkranken Menschen in der Schweiz geschätzt und zu den Kosten der Demenz in der Schweiz aggregiert. Die notwendigen Annahmen wurden nach dem Grundsatz «so realistisch wie möglich, im Zweifelsfall jedoch konservativ» getroffen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass verschiedene Kostenarten gar nicht monetär erfasst werden konnten. Die wichtigste Limitierung der Studie besteht darin, dass aufgrund fehlender Datengrundlagen eine Abschätzung der im klinischen sowie im Heim- und Hausarztalltag als bedeutend wahrgenommenen demenzbedingten Zusatzkosten infolge Verhaltensauffälligkeiten und Komplikationen fehlt.

Die Ergebnisse zeigen erwartungsgemäss, dass die Kosten der Demenz primär Betreuungs- und Pflegekosten sind. Denn aufwändige Operationen oder teure Medikamente mit Aussicht auf Kuration gibt es bei der Demenz nicht.

Die informelle Pflege und Betreuung der Angehörigen macht als grösste Kostenkomponente knapp die Hälfte der Demenzkosten aus, wenn diese so wie international gebräuchlich nach

dem Marktkostenansatz bewertet wird. Die grosse Bedeutung der informellen Pflege ist konsistent mit internationalen Studien, in denen die Angehörigenpflege meist für die Hälfte oder mehr der Kosten verantwortlich ist. Mit dem Marktkostenansatz wird ausgedrückt, welche zusätzlichen Kosten das Gesundheitswesen finanzieren müsste, wenn die Angehörigen diese Betreuung- und Pflegearbeit nicht mehr leisten würden. Das Gesundheitswesen hat also ein Interesse, die Angehörigen mit Beratung und Entlastungsangeboten zu unterstützen, damit diese auch weiterhin in der Lage sind, diese Aufgabe zu meistern. Die familiäre Unterstützung dürfte aufgrund der demographischen Alterung künftig noch stärker gefordert sein: Die erwartete Zunahme der über 80-Jährigen wird aufgrund der hohen Demenz-Prävalenzraten in dieser Altersgruppe die Anzahl Menschen mit Demenz weiter wachsen lassen. Damit werden auch die Kosten der Demenz unweigerlich weiter steigen.

Die Gegenüberstellung der Durchschnittskosten pro Demenzpatient für unterschiedliche Betreuungsformen bzw. nach Schweregrad zeigt weiter, dass beide Versorgungsformen auch aus Kostensicht ihre Berechtigung haben. So ist eine Heimplatzierung bereits bei einer mittelschweren Demenz kosteneffizienter als die Betreuung zu Hause. Die Resultate weisen darauf hin, dass es aus einer gesellschaftlichen Perspektive von Vorteil ist, wenn Menschen mit einer leichten Demenz Hause betreut werden und die Betreuung im Heim erst bei fortgeschrittener Krankheit beansprucht wird. Die Schweizer Ergebnisse decken sich in dieser Frage mit den internationalen Befunden. Erfreulicherweise entspricht auch die heutige Praxis in der Schweiz weitgehend dem aus Ressourcensicht optimalen Verhalten.

Anhang: Neuere Kostenstudien aus anderen Ländern

Studie	Ansatz	Perspektive und berücksichtigte Kosten	Verwendete Daten	Informelle Pflege: Bewertung	Informelle Pflege: Betreuungsaufwand
Coduras, A. et al., 2010: Prospective One-year Cost-of-illness Study in a Cohort of Patients with Dementia of Alzheimer's Disease Type in Spain: The ECO Study	– Eher Bottom-up	– Gesellschaftlich – Berechnung direkter und indirekter Kosten	– Klinische Daten – Befragung (RUD) für informelle Pflege	– Opportunitätskostenansatz	– Keine Zahlen ausgewiesen
Ersek et al., 2010: Costs of dementia in Hungary	– Top-down und Bottom-up	– Gesellschaftlich – Berechnung direkter und indirekter Kosten	– Prävalenzdaten: EuroCoDe – Befragung – Nationale Statistiken	– Marktkosten- und Opportunitätskostenansatz	– Keine Zahlen ausgewiesen
Holmerova et al., 2017: Costs of dementia in the Czech Republic	– Top-down und Bottom-up	– Gesellschaftlich – Berechnung direkter und indirekter Kosten	– Befragung (RUD-Fragebogen) – Klinische Daten – Nationale Statistiken	– Marktkosten- und Opportunitätskostenansatz	– Leicht: 5h / Tag – Mittel: 9.3h / Tag – Schwer: 11.3h / Tag
Hurd et al., 2014 : Monetary Costs of dementia in the US	– Eher Bottom-up	– Gesellschaftlich – Berechnung direkter und indirekter Kosten	– Befragung – Klinische Daten	– Marktkosten- und Opportunitätskostenansatz	– Keine Zahlen ausgewiesen
Hojman et al., 2017: The cost of dementia in an unequal country: The case of Chile	– Bottom-up	– Gesellschaftlich – Berechnung direkter und indirekter Kosten	– Befragung bei den Patienten und Betreuern – Interviews – Haushaltssurvey aus Chile	– Marktkosten- und Opportunitätskostenansatz	– Zeitangaben nur für den gesamten Betreuungsaufwand und abgestuft nach sozioökonomischen Status vorhanden
Jutkowitz et al., 2017 : Societal and Family Lifetime Cost of dementia: Implications for Policy	– Top-down und Bottom-up	– Gesellschaftlich Berechnung direkter und indirekter Kosten	– Nationale Statistiken – Publierte Studien	– Informellen Pflege auf Basis einer Regressions-schätzung ermittelt	– 11.7h / Tag als Durchschnittswert

Studie	Ansatz	Perspektive und berücksichtigte Kosten	Verwendete Daten	Informelle Pflege: Bewertung	Informelle Pflege: Betreuungsaufwand
Kraft et al., 2010: Costs of dementia in Switzerland	– Top-down and- Bottom-up	– Gesellschaftlich – Berechnung direkter und indirekter Kosten	– Nationale Statistiken – Umfragen – Internationale Literatur (für informelle Pflege) Expertengespräche	– Opportunitätskosten- und Marktkostenansatz	– Leicht: 1.6h / Tag – Mittel: 3.7h / Tag – Schwer: 7.4h / Tag – Synthese aus 27 Ländern
Ku et al. 2016 : Economic Impact of Dementia by Disease Severity : Exploring the Relationship between Stage of Dementia and Cost of Care in Taiwan	– Top-down und Bottom-up	– Gesellschaftlich – Berechnung direkter und indirekter Kosten	– Klinische Daten – Befragungen bei Betreuern (RUD) – Interviews – Nationale Statistiken	– Opportunitätskosten- und Marktkostenansatz	– ADL: 0.91h / Tag – IADL: 2.14h / Tag – Supervision: 3.89h / Tag
Lei et al., 2018 : Attributable Cost of Dementia : Demonstrating Pitfalls of Ignoring Multiple Health Care System Utilisation	– Bottom-up	– Fokus : Direkte Kosten und Vergleich zwischen Datenquellen	– Veterans Health Administration (VHA) data – Medicare Data	– Keine explizite Analyse der informellen Pflege – Kosten mit Regressions- schätzung ermittelt	
Luengo R. et al., 2011 : Cost of Dementia in the Pre-Enlargement Countries of the European union	– Top-down und Bottom-up	– Gesellschaftlich – Berechnung direkter und indirekter Kosten – Fokus: Ländervergleich	– Diverse Sekundär- datenquellen – Publierte Studien	– Nicht explizit erwähnt, ob Opportunitätskosten- oder Marktkostenansatz angewendet wurde	– Länderspezifische Zahlen enthalten, jedoch nicht differenziert nach Abhängigkeitsgrad
Sado et al., 2018: The estimated cost of dementia in Japan, the most aged society in the world	– Top-down und Bottom-up	– Gesellschaftlich – Berechnung direkter und indirekter Kosten	– Nationale Statistiken – Surveys (für informelle Pflege)	– Opportunitätskosten- und Marktkostenansatz	– Geleisteter Betreuungsaufwands der informellen Pflege mit Regressionsmodell geschätzt
Trepel, 2011: Informal Cost of Dementia Care – A Proxy-Good-Valuation in Ireland	– Bottom-up	– Fokus: Indirekte Kosten der informellen Pflege	– Surveydaten von 270 Betreuern	– Informelle Pflege auf Basis eines Regressionsmodells ermittelt	– Keine Zahlen ausgewiesen

Studie	Ansatz	Perspektive und berücksichtigte Kosten	Verwendete Daten	Informelle Pflege: Bewertung	Informelle Pflege: Betreuungsaufwand
Wimo et al., 2010 : The worldwide societal costs of dementia: Estimates for 2009	– Top-down und Bottom-up	– Gesellschaftlich – Berechnung direkter und indirekter Kosten – Ländervergleich	– Dementia Worldwide Cost Database	– Nicht explizit erwähnt, ob Opportunitätskosten- oder Marktkostenansatz angewendet wurde	– Basic ADL: 1.6 h / Tag – Basic and Instrumental ADL: 3.7 h/Tag
Wimo et al., 2013 : The worldwide economic impact of dementia	– Topdown und Bottom-up	– Gesellschaftlich – Berechnung direkter und indirekter Kosten	– Vorwiegend bestehende Studien	– Opportunitätskosten- und Marktkostenansatz	– ADL: 2.0h/Tag – IADL: 3.6h/Tag – Supervision:2.6h/Tag
Yang et al, 2011 : A longitudinal Analysis of the Lifetime Cost of Dementia	– Bottom up	– Fokus : Direkte Krankheitskosten	– Surveydaten 1997-2005	– «Lifetime»-Kosten werden auf Basis einer Regression geschätzt, nicht explizit in Hinblick auf informelle Pflege	

Literaturverzeichnis

Alzheimer Schweiz (2003)

Wegweiser für die Zukunft. Alzheimer und andere Demenzerkrankungen – eine Herausforderung für die ambulante und teilstationäre Versorgung.

Alzheimer Schweiz/gfs.bern (2004)

Erhebliche Unterversorgung. Verbreitung und Versorgung Demenzkranker in der Schweiz. Studie im Auftrag von Alzheimer Schweiz. Bern.

Bartelt (2012)

Auswertung von RAI-Daten im Auftrag der Schweizerischen Alzheimervereinigung. Technischer Bericht.

Bickel Horst (2002)

Stand der Epidemiologie. In: Hallauer Johannes F., Kurz Alexander (Hrsg.): Weissbuch Demenz. Stuttgart, S. 10-15.

Büro BASS (2018)

Schätzungen zur Anzahl Demenzbetroffener in der Spitex. Indikatoren «Versorgungsmonitoring Demenz».

Curt et al. (2012)

Analyse de démences de type Alzheimer – Dans la base de données PLAISIR de mai 2012, Rapport à l'intention de l'association Alzheimer Suisse.

Ecoplan (2010)

Kosten der Demenz in der Schweiz. Schlussbericht.

Gostynski Michael et al. (2002)

Prävalenz der Demenz in der Stadt Zürich. In: Sozial- und Präventivmedizin, Vol. 47, Nr. 5. Basel.

Herrmann François et al. (1997)

Demenz, Depression, Handicap und Erhaltung kognitiver Fähigkeiten im Alter: eine epidemiologische Untersuchung. Studie im Rahmen des NFP 32. Genf.

Hofman et al. (1991)

The Prevalence of Dementia in Europe: A Collaborative Study of 1980–1990 Findings. In: International Journal of Epidemiology, Vol. 20., No. 3, S. 736-748.

Kraft et al. (2010)

Cost of Dementia in Switzerland. In: Swiss Medical Weekly 2010;140: w13093.

Langa K.M., Chernew M.E., Kabeto M.U., Herzog A.R. et al (2001)

National Estimates of the Quantity and Cost of Informal Caregiving for the Elderly with Dementia. In: Journal of General Internal Medicine, 16(11), S. 770-778. Online im Internet: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1495283> (19.02.2009).

Monsch et al. (2008)

Konsensus zur Diagnostik und Betreuung von Demenzkranken in der Schweiz. In: Schweiz Med Forum, Vol. 8, Nr. 8, S. 144-149. Basel.

NN (2006)

EUROCODE: Report of Workpackage 7 2006, Prevalence of Dementia in Europe.

Volz A., Monsch A.U., Zahno A., Wettstein A. et al (2000)

Was kostete die Schweiz die Alzheimer-Krankheit 1998? Eine Präliminäre Analyse. In: PRAXIS, Schweizerische Rundschau für Medizin, Nr. 19, S. 803-811.

Wettstein Albert, König Markus, Schmid Regula, Perren Sonja (2005)

Belastung und Wohlbefinden bei Angehörigen von Menschen mit Demenz. Zürich.

Wimo et. al (2013)

The worldwide economic impact of dementia 2010. In: Alzheimer's & Dementia 9, S. 1-11.

Wimo Anders, Winblad Bengt, Jönsson Linus (2007)

An estimate of the total worldwide societal costs of dementia in 2005. In: Alzheimer's & Dementia, Nr. 3, S. 81-91.