



Bern, 19.11.2025

Betreuung von Menschen mit Demenz. Finanzierung verbessern

Bericht des Bundesrates
in Erfüllung des Postulates 22.3867 der
Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit des Nationalrates (SGK-NR)
vom 23. Juni 2022

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	4
Abkürzungsverzeichnis	5
Zusammenfassung.....	7
1 Ausgangslage	9
1.1 Auftrag	9
1.2 Aufbau des Berichts	10
1.3 Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten der Akteure	10
1.4 Aktivitäten im Bereich Demenz auf Bundesebene	11
1.4.1 Nationale Demenzstrategie 2014–2019	11
1.4.2 Nationale Plattform Demenz	12
2 Begriffsverständnis und thematische Eingrenzung	13
2.1 Demenz	13
2.1.1 Definition	13
2.1.2 (Un)heilbarkeit.....	13
2.1.3 Prävalenz und Inzidenz.....	14
2.2 Krankheits- und Behandlungsverläufe	14
2.2.1 Stadien einer Demenz	14
2.2.2 Lebenserwartung	15
2.2.3 Behandlungsverläufe	16
2.3 Betreuung, Pflege und Behandlung von Menschen mit Demenz	18
2.3.1 Abgrenzung von Betreuung und Pflege	19
2.3.2 Bedeutung von Betreuung für Menschen mit Demenz	20
2.3.3 Therapeutische Ansätze	21
2.4 Betreuende und pflegende Angehörige	22
2.5 Kostenfolgen	23
3 Finanzierung von Betreuungs- und Pflegeleistungen für Menschen mit Demenz.....	26
3.1 Betreuungs-, Pflege- und Behandlungssettings und Finanzierungsinstrumente	26
3.2 Hilflosenentschädigung der IV und AHV	27
3.2.1 Leistungssystem der Hilflosenentschädigung.....	27
3.2.2 Demenz und der Anspruch auf Hilflosenentschädigung.....	28
3.3 Assistenzbeitrag der IV	28
3.3.1 Leistungssystem des Assistenzbeitrags	28
3.3.2 Demenz und der Anspruch auf einen Assistenzbeitrag.....	29
3.4 Ergänzungsleistungen der IV und AHV	29
3.4.1 Leistungssystem der Ergänzungsleistungen	29
3.4.2 Demenz und der Anspruch auf Ergänzungsleistungen	30
3.4.3 Anerkennung des betreuten Wohnens in den Ergänzungsleistungen zur AHV und IV	30
3.5 Pflegeleistungen nach KVG	31
3.5.1 Vergütung und Finanzierung der Pflegeleistungen.....	31
3.5.2 Demenz und Pflegeleistungen	32
3.5.3 Koordination und Überentschädigung	33
3.6 Abbildung von Demenz in den stationären Tarifstrukturen	33

3.6.1	Stationäre Tarifstrukturen	33
3.6.2	Abbildung von Demenz	34
4	Psychopharmaka in der Demenzbehandlung	35
4.1	Bezug von Psychopharmaka durch Menschen ab 70 Jahren	35
4.2	Abgabe von Psychopharmaka an Menschen mit Demenz in Pflegeheimen	36
4.3	Reduktion des Einsatzes von Psychopharmaka	37
5	Schlussfolgerungen des Bundesrates	38
5.1	Grundsätzliche Feststellungen.....	38
5.2	Stellungnahme zu den Teilfragen	39
5.2.1	Teilfrage 1 – Stationäre und ambulante Langzeitpflege	39
5.2.2	Teilfrage 2 – Spitäler	40
5.2.3	Teilfrage 3 – Entlastung von betreuenden Angehörigen	40
5.2.4	Teilfrage 4 – Einsatz von Psychopharmaka	41
5.3	Ergänzende Überlegungen	41
	Literaturverzeichnis	43

Abbildungsverzeichnis

<i>Abb. 1: Nationale Demenzstrategie 2014–2019, Handlungsfelder und Ziele</i>	<i>11</i>
<i>Abb. 2: Demographische und diagnostische Merkmale bzw. Inanspruchnahme des Versorgungssystems durch Menschen mit Demenz – schematische Darstellung des Behandlungsverlaufs «DOM 2.2»</i>	<i>17</i>
<i>Abb. 3: Demographische und diagnostische Merkmale bzw. Inanspruchnahme des Versorgungssystems durch Menschen mit Demenz – schematische Darstellung des Behandlungsverlaufs «HEIM 1»</i>	<i>18</i>
<i>Abb. 4: Bedarf und Formen der Unterstützung im Alter</i>	<i>20</i>
<i>Abb. 5: Ausgabenanteile von Leistungsbereichen an Kosten der sieben NCDs und Adipositas als Krankheit, 2022</i>	<i>24</i>
<i>Abb. 6: Ausgabenanteile aggregierter Kostenträger nach den sieben NCDs und Adipositas als Krankheit, 2022</i>	<i>25</i>
<i>Abb. 7: Individuelle Betreuungs-, Pflege- und Behandlungsleistungen und Kostenträger</i>	<i>26</i>

Tabellenverzeichnis

<i>Tab. 1: Abbildung von Demenz in den stationären Tarifstrukturen, 2023</i>	<i>34</i>
<i>Tab. 2: Anteil der Pflegeheimbewohnenden ab 70 Jahren mit Antipsychotika-Verschreibungen (ohne Personen mit Schizophrenie), mit Benzodiazepinen/Z-Substanzen-Verschreibungen und mit Antidepressiva-Verschreibungen (ohne Personen mit affektiven Störungen), 2022</i>	<i>36</i>

Abkürzungsverzeichnis

AAT	Anti-Amyloid-Therapien
AB	Assistenzbeitrag
Abb.	Abbildung
ADL	<i>Activities of daily living</i> ; grundlegende (oder basale) Alltagsaktivitäten, alltägliche Lebensverrichtungen
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
ATSG	Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (SR 830.1)
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BASS	Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien
BFS	Bundesamt für Statistik
BPSD	<i>Behavioral and psychological symptoms of dementia</i> ; Verhaltensauffälligkeiten und psychische Symptome der Demenz
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (SR 101)
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
CURAVIVA	Nationaler Branchenverband der Dienstleister für Menschen im Alter
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EL	Ergänzungsleistungen
ELG	Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006 über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (RS 831.30)
ELGK	Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen
EmGv	Effizienz in der medizinischen Grundversorgung
EQK	Eidgenössische Qualitätskommission
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
Gesundheit2030	Gesundheitspolitischen Strategie 2020-2030 des Bundesrates
GFCH	Gesundheitsförderung Schweiz
GVP	Gesundheitliche Vorausplanung
HE	Hilflosenentschädigung
IADL	<i>Instrumental activities of daily living</i> ; instrumentelle Alltagsaktivitäten
ICD-10-GM	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision, German Modification</i> ; Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, deutsche Modifikation
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (SR 831.20)
IVV	Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (SR 831.201)

KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995 (SR 832.112.31)
KVG	Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (SR 832.10)
KSH	Kreisschreiben über Hilflosigkeit
MCI	<i>Mild cognitive impairment</i> ; leichte kognitive Beeinträchtigung
MC	<i>Memory clinic</i>
MRT	Magnetresonanztomographie, bildgebende Untersuchung
MV	Militärversicherung
NCDs	<i>Non-communicable diseases</i> ; nichtübertragbare Krankheiten
NCD-Strategie	Nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten
NFP	Nationales Forschungsprogramm
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
OOP	<i>Out-of-pocket</i> -Zahlungen; Ausgaben für medizinische Leistungen, die nicht über eine Versicherung oder staatliche Beiträge gedeckt sind
PET-Scan	Positronen-Emissions-Tomographie, bildgebende Untersuchung
PGV	Prävention in der Gesundheitsversorgung
pharmaSuisse	Schweizer Apothekerverband
RAI / RUG	<i>Resident assessment instrument</i> ; eines der in Pflegeheimen gängigen Pflegebedarfsmittlungsinstrumente
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SCI	<i>Subjective cognitive impairment</i> ; subjektive Gedächtnisstörung
SGK-N	Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats
SL	Spezialitätenliste
SR	Systematische Rechtssammlung (Bundesrecht)
ST Reha	Tarifstruktur für die stationäre Rehabilitation
SwissDRG	<i>Swiss Diagnosis Related Groups</i> ; Tarifstruktur für stationäre akutsomatische Spitalleistungen
Tab.	Tabelle
TARDOC	Neue Tarifstruktur für den ambulanten ärztlichen Bereich (ab 01.01.2026)
TARMED	Tarifstruktur den ambulanten ärztlichen Bereich (bis 31.12.2025)
TARPSY	Tarifstruktur für die stationäre Psychiatrie
UV	Unfallversicherung
ZGB	Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (SR 210)

Zusammenfassung

Mit dem Postulat 22.3867 «Betreuung von Menschen mit Demenz. Finanzierung verbessern» wurde der Bundesrat beauftragt, darzulegen, wie sich die Finanzierung der Betreuung von Menschen mit Demenz – unabhängig vom Ort der Leistungserbringung – verbessern lässt.

Demenz ist nicht heilbar, abgesehen von wenigen reversiblen Formen. Die Erkrankung verläuft progressiv in mehreren Stadien und geht mit einem zunehmenden Unterstützungsbedarf einher. Dieser reicht von punktueller Unterstützung im Alltag bis hin zur vollständigen Pflegebedürftigkeit. Entsprechend verändern sich auch die Versorgungssettings im Krankheitsverlauf. Deshalb geht der Bericht über den engen Fokus auf Betreuung hinaus und beleuchtet die bestehenden Instrumente der sozialen Sicherheit und deren Beitrag zur Leistungsfinanzierung umfassend:

- **Hilflosenentschädigung (HE):** Menschen, die bei alltäglichen Lebensverrichtungen oder aufgrund von Überwachungsbedarf auf die Hilfe anderer angewiesen sind, haben Anspruch auf eine HE der Invalidenversicherung (IV) oder der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV). Dieser besteht unabhängig von Alter und Diagnose; die Leistung ist einkommens- und vermögensunabhängig. Die Höhe richtet sich nach dem Grad der Hilflosigkeit. Die Mittel können nach eigenem Ermessen für Betreuungsleistungen eingesetzt werden.
- **Assistenzbeitrag (AB):** Menschen, die zu Hause leben und eine HE der IV erhalten, haben Anspruch auf einen AB. Damit können sie Personen anstellen, die sie insbesondere im Alltag, im Haushalt, in der Freizeit, am Arbeitsplatz oder in der Nacht unterstützen oder überwachen.
- **Ergänzungsleistungen (EL) zur AHV und IV:** Sie sind Teil der 1. Säule der Sozialversicherung und dienen als Auffangnetz für wirtschaftlich benachteiligte Personen, um deren Existenzminimum zu sichern. Die EL umfassen die jährliche EL, also eine periodische Geldleistung, die unabhängig vom Gesundheitszustand ausbezahlt wird, sowie die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten. Die Umsetzung ist Sache der Kantone, die namentlich die übernommenen Leistungen, die Voraussetzungen für den Bezug und die zulässigen Beträge genau festlegen.
- **Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP):** Sie übernimmt medizinische, pflegerische und therapeutische Leistungen von zugelassenen Leistungserbringern im Fall von Krankheit, Mutterschaft und Unfall. Allen Versicherten steht derselbe Leistungsumfang zu; Betreuungsleistungen sind nicht abgedeckt.

Der Bericht zeigt auf, dass die Finanzierung der Betreuungs- und Pflegeleistungen grundsätzlich geregelt ist. Da das Schweizer Versorgungs- und Finanzierungssystem jedoch fragmentiert ist, erfolgt die Finanzierung nicht aus einer Hand. Die Vielzahl der Leistungserbringer und Kostenträger erschwert es Betroffenen und ihren Angehörigen oft, ihre Ansprüche zu verstehen und geltend zu machen.

Insbesondere die einkommens- und vermögensunabhängige HE sowie die EL als Hilfe zur Sicherung des Existenzminimums sind für Menschen mit Demenz von zentraler Bedeutung. Dennoch sind sie häufig wenig bekannt und mit Zugangshürden verbunden. Der Bundesrat sieht hier einen möglichen Handlungsbedarf und regt an, eine Optimierung der Leistungen der HE und des AB mittel- bis langfristig zu prüfen. Dabei sollen auch neurodegenerative Erkrankungen wie Demenz besser in den Anspruchskriterien berücksichtigt werden.

Zu den im Postulat gestellten Fragen nimmt der Bundesrat wie folgt Stellung:

Teilfrage 1 – Stationäre und ambulante Langzeitpflege

Im Hinblick auf Pflegeleistungen gilt: Transparenz bei Kosten und Leistungsumfang ist eine zentrale Voraussetzung für eine sachgerechte Tarifierung und Vergütung. Um dies zu gewährleisten, ist insbesondere eine Weiterentwicklung der Pflegebedarfsermittlung in enger Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern, Versicherern und Kantonen erforderlich.

Betreuungsleistungen müssen von der betreuungsbedürftigen Person grundsätzlich selbst bezahlt werden. Je nach individueller Situation ist jedoch eine teilweise Finanzierung, etwa über die HE oder

die EL möglich. Letztere inkludieren ab 1. Januar 2026 landesweit ein Minimum an Leistungen, die das selbständige Wohnen von Menschen mit Beeinträchtigungen besser unterstützen (ELG, SR 831.30). Der AB der IV deckt zusätzlich effektiv ausgewiesene Assistenzleistungen.

Teilfrage 2 – Spitäler

Die Tarifstrukturen für stationäre Spitalbehandlungen bilden Demenz als Hauptdiagnose sachgerecht ab. In Fällen mit Demenz als Nebendiagnose zeigen die Analysen bei aufwendigen Fällen eine gewisse Unterdeckung. Diese ist unter anderem auf eine undifferenzierte Kodierung zurückzuführen. Der Bundesrat empfiehlt daher eine präzisere Erfassung der Demenzdiagnosen, um die tarifliche Abbildung weiter zu verbessern.

Teilfrage 3 – Entlastung von betreuenden Angehörigen

Betreuende Angehörige leisten einen zentralen Beitrag zur Sicherstellung und teilweisen Entlastung der Gesundheitsversorgung. Im Rahmen des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020» wurden bereits wichtige Erkenntnisse gewonnen. Sozialversicherungsleistungen wie die HE und die EL könnten zur Finanzierung entsprechender Angebote beitragen, sind jedoch oft wenig bekannt und mit hohen Zugangshürden verbunden. Der Bundesrat verweist diesbezüglich auf die Bedeutung von Betroffenenorganisationen und Organisationen der Altershilfe zur Verbesserung von Information und Beratung.

Teilfrage 4 – Einsatz von Psychopharmaka

Beim Einsatz von Psychopharmaka besteht Handlungsbedarf. Wie die vom BAG in Auftrag gegebene Obsan-Studie zeigt, werden Antipsychotika bei Pflegeheimbewohnenden mit Demenz vergleichsweise häufig verabreicht, obwohl ihre Nebenwirkungen und begrenzte Wirksamkeit bekannt sind. Zur Förderung einer bedarfs- und sachgerechten Verabreichung von Psychopharmaka wurden von Bund und weiteren Akteuren bereits verschiedene Massnahmen ergriffen.

Ausblick

Der Bundesrat ist der Ansicht, dass die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz sowie deren Angehörigen angemessen berücksichtigt werden müssen. Aufgrund der demografischen Alterung wird die Anzahl der Betroffenen in den kommenden Jahren deutlich steigen. Demenz wird daher in Zukunft eine noch zentralere Rolle in der Gesundheitsversorgung und in sozialpolitischen Belangen einnehmen.

Der Bundesrat zeigt mit dem vorliegenden Bericht auf, dass die bestehenden Finanzierungsinstrumente und Regulierungen im Zuständigkeitsbereich des Bundes ausreichen, um Menschen mit Demenz eine angemessene Betreuung und Pflege zu gewährleisten sowie die Finanzierung der entsprechenden Leistungen sicherzustellen. Der Handlungsbedarf liegt weniger in der rechtlichen Ausgestaltung als in der praktischen Umsetzung: Die bestehenden Regelungen müssen auf Menschen mit Demenz anwendbar und die Leistungen zugänglich sein – insbesondere durch gezielte, niederschwellige Information und Beratung.

Darüber hinaus liegt die Verantwortung für eine demenzgerechte Versorgung in allen Phasen der Erkrankung grundsätzlich bei allen Fachpersonen und Institutionen im Gesundheits- und Sozialwesen. Dies erfordert eine kontinuierliche Förderung fachlicher Kompetenzen, etwa durch gezielte Aus- und Weiterbildungen im Bereich Demenz. Auch die hausärztliche Versorgung in Langzeitinstitutionen spielt eine entscheidende Rolle – etwa bei der Demenzdiagnostik, der gesundheitlichen Vorausplanung (GVP) und der Vermeidung unangemessener Spitalaufenthalte. Besondere Aufmerksamkeit sollen Menschen mit Demenz erhalten, die zusätzliche Vulnerabilitätsmerkmale aufweisen, wie beispielsweise einen Migrationshintergrund oder eine (kognitive) Behinderung.

Der Bundesrat begrüsst die Arbeit der Nationalen Plattform Demenz, getragen von Bund und Kantonen. Sie lieferte bereits wertvolle Impulse zu vielen der genannten Aspekte und fördert insbesondere die Vernetzung der Akteure auf nationaler Ebene, die Erarbeitung und Verbreitung von Grundlagendokumenten und den stärkeren Einbezug von Demenz in die gesundheits- und sozialpolitische Gestaltung.

1 Ausgangslage

Dieser Bericht behandelt zentrale Fragen zur Finanzierung von Betreuungs- und Pflegeleistungen für Menschen mit Demenz sowie zur Abgabe von Psychopharmaka an Menschen mit Demenz. Damit werden die im Postulat 22.3867 der Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-N) «Betreuung von Menschen mit Demenz. Finanzierung verbessern» aufgeworfenen Fragen beantwortet.

1.1 Auftrag

22.3867 SGK-N

«Betreuung von Menschen mit Demenz. Finanzierung verbessern» vom 23.06.2022, überwiesen am 27.09.2022

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, einen Bericht zu erstellen, in dem er aufzeigt, mit welchen Massnahmen die Finanzierung der Betreuung von Menschen mit Demenz verbessert werden kann, unabhängig vom Ort, an dem diese Leistungen erbracht werden.

Begründung

Die Betreuung von Menschen mit Demenz ist zeitaufwendig und, wenn sie von professionell Pflegenden erbracht wird, personalintensiv und führt dementsprechend zu Kosten. Die Nationale Demenzstrategie 2014-2019 verfolgte das Ziel, die Finanzierung von bedarfsgerechten Leistungen sicherzustellen. Dies betrifft einerseits auf Seiten der Betroffenen die finanzielle Tragbarkeit von Entlastungsangeboten respektive der Versorgungskosten (Aufenthalt, Betreuung und Pflege) in Institutionen der Langzeitpflege und -betreuung. Andererseits ist eine aufwandgerechte finanzielle Abgeltung der erbrachten Leistungen sicherzustellen.

Die Demenzstrategie ist abgeschlossen, diese Fragen sind aber nicht beantwortet. Die Finanzierung, insbesondere der Betreuung, ist weiterhin nicht gesichert, da diese, anders als die Pflege, nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) gemäss der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) finanziert wird. Das benachteiligt finanzschwache Betroffene und ihre Angehörigen auf unethische und unsolidarische Weise. Zudem ist festzuhalten, dass sich auch die Pflege nach OKP durch eine Demenzerkrankung aufwendiger und zeitintensiver gestaltet, was nicht abgerechnet werden kann.

Der Bericht soll insbesondere folgende Fragen beantworten:

- 1. Stationäre und ambulante Langzeitpflege: Gemäss der Nationalen Plattform Demenz sollen "Analysen zur Finanzierung in laufende Evaluationen und Weiterentwicklungen bestehender Finanzierungssysteme" eingebracht werden. Der Bericht soll die Ergebnisse dieses Projekts aufzeigen, respektive den aktuellen Stand präsentieren.*
- 2. Spitäler: Sind die aktuellen DRG (diagnosebezogenen Fallgruppen) für die Betreuung von Menschen mit Demenz in Akutspitälern kostendeckend, wo es nicht erlaubt ist, Zusatzentgelt gemäss der Schweizerischen Operationsklassifikation CHOP 99.cx (Pflegekomplexbehandlung) zur Anwendung zu bringen?*
- 3. Entlastung von betreuenden Angehörigen: Wie kann die Finanzierung von Entlastungsangeboten (Tageskliniken u. ä.) verbessert werden, damit alle Angehörige von Menschen mit Demenz von solchen Angeboten profitieren können, unabhängig von ihrer finanziellen Situation?*
- 4. Einsatz von Psychopharmaka: Infolge mangelnder Betreuung werden sehr oft Psychopharmaka, insbesondere Neuroleptika verabreicht. Wie kann deren Einsatz vermindert werden?*

1.2 Aufbau des Berichts

Zunächst ruft der Bericht die Rollen und Verantwortlichkeiten der Akteure in Erinnerung (Kapitel 1.3) und fasst die bisherigen und aktuellen Aktivitäten des Bundes im Bereich Demenz knapp zusammen (Kapitel 1.4). Kapitel 2 liefert eine Begriffsklärung und thematische Eingrenzung. Dabei wird unter anderem auf die Teilfrage 3 aus der Begründung des Postulats betreffend betreuende Angehörige eingegangen (Kapitel 2.4). Kapitel 3 bietet einen umfassenden Überblick über die Finanzierung von Betreuungs- und Pflegeleistungen für Menschen mit Demenz. Es erläutert die einzelnen Finanzierungsinstrumente und geht auf die Teilfragen 1 (Kapitel 3.1 bis 3.5) und 2 des Postulats (Kapitel 3.6) ein. Teilfrage 4 des Postulats, die den Einsatz von Psychopharmaka bei Menschen mit Demenz thematisiert, wird in Kapitel 4 behandelt. Kapitel 5 legt die Schlussfolgerungen des Bundesrates dar.

1.3 Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten der Akteure

Bund, Kantone, Gemeinden, Leistungserbringer, Versicherer sowie weitere Akteure haben unterschiedliche Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten bei der Sicherstellung der Betreuung, Pflege und Behandlung von Menschen mit Demenz sowie bei der Finanzierung der dafür notwendigen Leistungen.

Die Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101) sieht in den Bereichen Gesundheit und soziale Sicherheit unter anderem folgende Zuständigkeiten des Bundes vor:

- Förderung der Eingliederung Invaliden mittels Geld- und Sachleistungen (Art. 112b Abs. 1 BV);
- Unterstützung gesamtschweizerischer Bestrebungen im Bereich der Betagten- und Behindertenhilfe (Art. 112c Abs. 2 BV);
- Bekämpfung stark verbreiteter und bösartiger Krankheiten (Art. 118 Abs. 1 Bst. b BV);
- Sozialversicherungen: Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (Art. 112 BV), Ergänzungsleistungen (gemeinsam mit den Kantonen; Art. 112a BV), Kranken- und Unfallversicherung (Art. 117 BV).

Alle Rechte, die die Bundesverfassung nicht dem Bund zuweist, verbleiben in der kantonalen Zuständigkeit (sogenanntes Prinzip der Enumeration der Bundeskompetenzen; Art. 3, 42 BV). Konkret bedeutet dies, dass in erster Linie die Kantone für die Sicherstellung der öffentlichen Gesundheitspflege bzw. der Gesundheitsversorgung zuständig sind. Im Rahmen ihrer Zuständigkeiten bestimmen die Kantone selbst, welche Aufgaben sie wahrnehmen (Art. 43 BV). Vorbehalten bleiben die ihnen durch das Bundesrecht übertragenen Pflichten. Insbesondere sorgen sie – nach Massgabe des kantonalen Rechts zusammen mit ihren Gemeinden – für die Hilfe und Pflege Betagter und Behinderter zu Hause (sogenannte Spitex-Leistungen; Art. 112c Abs. 1 BV). Zudem erteilen die Kantone die gesundheitspolizeiliche Zulassung für die Leistungserbringer (insbesondere Spitäler, Spitex-Organisationen, Pflegeheime; Art. 35 ff. KVG; SR 832.10). Diese ist insbesondere eine Voraussetzung für die Zulassung zur Leistungserbringung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Die Aufsicht über die Leistungserbringer obliegt den Kantonen ebenfalls im Rahmen ihrer gesundheitspolizeilichen Kompetenzen (Bundesrat, 2016).

Gemäss Art. 117a und 117b der Bundesverfassung sorgen Bund und Kantone zudem im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung und Pflege in hoher Qualität.

Für Menschen mit Demenz hängt das Angebot an Unterstützungsleistungen für ein selbstständiges Leben zu Hause also von den kantonalen Regelungen ab, beziehungsweise, soweit das kantonale Recht die Erbringung von Betreuungsleistungen nicht vorsieht, von der Verfügbarkeit privater Angebote.

1.4 Aktivitäten im Bereich Demenz auf Bundesebene

Kapitel 1.4.1 wirft einen kurzen Blick auf die Nationale Demenzstrategie 2014-2019. Kapitel 1.4.2 stellt mit der Nationalen Plattform Demenz deren Nachfolgegefäss vor und erläutert ihre grundlegende Ausrichtung. Dabei wird auch der Stellenwert von Finanzierungsfragen im Rahmen ihrer Arbeit erläutert.

1.4.1 Nationale Demenzstrategie 2014–2019

Im Jahr 2014 lancierte der Dialog Nationale Gesundheitspolitik, die gemeinsame Plattform von Bund und Kantonen, die Nationale Demenzstrategie (NDS). Damit wurden zwei Motionen umgesetzt, die das Parlament im März 2012 überwiesen hatte (Motion 09.3509 Steiert «Steuerbarkeit der Demenzpolitik I. Grundlagen», Motion 09.3510 Wehrli «Steuerbarkeit der Demenzpolitik II. Gemeinsame Strategie Bund und Kantone»). Die ursprünglich auf drei Jahre angelegte NDS wurde im November 2016 um weitere drei Jahre bis Ende 2019 verlängert (Bundesamt für Gesundheit [BAG] und Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK], 2016). Vier Handlungsfelder mit insgesamt neun Zielen bildeten den Kern der NDS 2014–2019 (siehe Abb. 1).¹

Abb. 1: Nationale Demenzstrategie 2014–2019, Handlungsfelder und Ziele



Quelle: <https://www.bag.admin.ch/de/entstehung-der-nationalen-demenzstrategie> > Vier Handlungsfelder

Eine Vielzahl von Akteuren wirkten massgeblich an den Arbeiten der Strategie mit.²

Die Evaluation der Strategie hat gezeigt, dass die befragten Stakeholder weiteren Handlungsbedarf im Bereich Demenz sehen und ein weiteres Engagement der Strategieträger (BAG und GDK) als angezeigt erachten (Frey et al., 2019).

¹ <https://www.bag.admin.ch/de/entstehung-der-nationalen-demenzstrategie>

² <https://www.bag.admin.ch/de/nationale-demenzstrategie-2014-2019> > PDF-File «Produkte der Nationalen Demenzstrategie»

1.4.2 Nationale Plattform Demenz

Auf Basis der Evaluation der Nationalen Demenzstrategie beschloss der Dialog Nationale Gesundheitspolitik im Oktober 2019, die Strategie in eine Plattform zu überführen. Die Nationale Plattform Demenz³, getragen von BAG und GDK, wurde im Jahr 2021 lanciert. Sie vereint rund 90 nationale, kantonale und kommunale Mitgliederorganisationen.⁴

Vision und Mission der Plattform

Die Plattform konzentriert sich auf versorgungsrelevante Fragen und arbeitet auf ein Gesundheitssystem hin, das allen Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen eine bedürfnisorientierte Betreuung, Pflege und Behandlung bietet (Vision).

Sie versteht sich als eine Antwort auf die steigende Zahl von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen sowie die damit verbundenen und grundlegenden Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung (Mission). Weitere Informationen zu den Aufgaben⁵ der Nationalen Plattform Demenz sind auf der Website zu finden.

Schwerpunkthemen und Aktivitäten

Die Plattform trägt dazu bei, den **Austausch** und die **Vernetzung** zwischen den relevanten Akteuren zu fördern, um Synergien in ihren Aktivitäten zu ermöglichen und gleichzeitig den Rahmen für die Arbeit an Schwerpunkthemen zu schaffen. Die inhaltliche Arbeit der Plattform fokussiert sich auf vier **Schwerpunkthemen**:⁶

- **Datengrundlagen:** Verbesserung der empirischen Basis für versorgungspolitische Fragen (insbesondere Versorgungsplanung).
- **Vulnerable Personen:** Chancengleichheit in der Betreuung, Pflege und Behandlung für alle Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen.
- **Ambulantes Betreuungssetting:** Eine bedürfnisgerechte und koordinierte Betreuung, Pflege und Behandlung von Menschen mit Demenz zu Hause sowie eine entsprechende Unterstützung ihrer Angehörigen.
- **Stationäre Langzeitpflege:** Eine bedürfnisgerechte Betreuung, Pflege und Behandlung von Menschen mit Demenz, die ihre Würde und die ihrer Angehörigen wahrt.

Der wissenschaftliche Nachweis zeigt, dass ein Zusammenhang zwischen der Prävention «klassischer» nichtübertragbarer Krankheiten (NCDs), wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes, und der Prävention vermeidbarer Risikofaktoren für Demenz besteht (Livingston et al., 2024). Obwohl sich die Nationale Plattform Demenz innerhalb des Kontinuums von Prävention bis Gesundheitsversorgung auf den Bereich der Gesundheitsversorgung fokussiert, berücksichtigt sie dennoch wichtige **Schnittstellen** zur Nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie). Die Erforschung und Bekanntmachung von Risiko- und Schutzfaktoren, die im Rahmen der NCD-Strategie erfolgen, tragen auch zur Prävention von Demenzerkrankungen bei. Darüber hinaus nutzt die Nationale Plattform Demenz Synergien mit weiteren nationalen Aktivitäten wie der Plattform Palliative Care und dem Projekt Gesundheitliche Vorausplanung. Diese Vernetzung stärkt die ganzheitliche Herangehensweise an Prävention und Versorgung im Bereich Demenz.

Neben den Schwerpunkthemen hat die Plattform **übergeordnete Themen/Rahmenbedingungen** identifiziert, die die Versorgung von Menschen mit Demenz massgeblich beeinflussen. Dazu gehört allen voran die Finanzierung, bei der aus Sicht der Leistungserbringer die sachgerechte Vergütung und aus Sicht der Betroffenen die finanzielle Tragbarkeit im Fokus steht. Bei diesen Themen/Rahmenbedingungen gelten vielfach ordentliche Prozesse, die nicht ausser Kraft treten, nur weil ein Anliegen im Rahmen einer nationalen Strategie oder Plattform vorgebracht wird. Der Handlungsspielraum der

³ <https://www.bag.admin.ch/de/nationale-plattform-demenz>

⁴ <https://www.bag.admin.ch/de/organisation-der-nationalen-plattform-demenz#Gremien-der-Plattform>

⁵ <https://www.bag.admin.ch/de/organisation-der-nationalen-plattform-demenz#Aufgaben-der-Plattform>

⁶ <https://www.bag.admin.ch/de/schwerpunkthemen-der-plattform-demenz>

Nationalen Plattform Demenz ist hier folglich begrenzt. Gleichwohl kann sie als Sounding Board fungieren und den Praxisbezug herstellen, indem sie zentrale Akteure bündelt.

2 Begriffsverständnis und thematische Eingrenzung

Um ein gemeinsames Verständnis der Sachlage zu schaffen, ist es wichtig, zentrale Begriffe zu klären und eine thematische Eingrenzung vorzunehmen. Kapitel 2.1 erörtert zunächst das Krankheitsbild Demenz, Kapitel 2.2 seinen Verlauf. Danach legt Kapitel 2.3 dar, was unter Betreuung und Pflege zu verstehen ist und wie sich beide voneinander abgrenzen lassen. Kapitel 2.4 thematisiert die Bedeutung von sowie die Unterscheidung zwischen betreuenden und pflegenden Angehörigen. Die Kostenfolgen von Demenz werden schliesslich in Kapitel 2.5 aufgezeigt.

2.1 Demenz

Einer Demenz können unterschiedliche Krankheiten zugrunde liegen (Kapitel 2.1.1). Bis heute ist Demenz weitgehend unheilbar (Kapitel 2.1.2). Das Alter ist und bleibt der wichtigste Risikofaktor. Die Zunahme von Menschen mit Demenz ist vor allem auf den demografischen Wandel zurückzuführen: Die Bevölkerung wird immer älter, während Demenzerkrankungen selbst nicht häufiger auftreten (Kapitel 2.1.3).

2.1.1 Definition

«Mit dem Begriff «Demenz» wird ein Syndrom umschrieben, dem verschiedene Krankheiten zugrunde liegen können. Gemeinsames Kennzeichen ist das Auftreten von einer oder mehreren kognitiven Störungen in verschiedenen Bereichen (Aufmerksamkeits- und Exekutivfunktionen, Lernen und Gedächtnis, Sprache, höhere perzeptive und motorische Funktionen, soziale Kognition), die vorher nicht vorhanden waren und auch ausserhalb eines Delirs anhalten. [...] Zu einem Demenzsyndrom führen neurodegenerative Krankheiten (z. B. Alzheimerkrankheit, Lewy-Body-Demenz/Parkinson-Demenz, frontotemporale Demenz), aber auch gewisse Gefässerkrankungen (vaskuläre Demenz), externe Schädigungen (z. B. chronischer Alkoholüberkonsum) und viele weitere. Per definitionem werden primäre psychiatrische Erkrankungen wie Depression oder Psychosen nicht zu den Demenzen gezählt, auch wenn diese in einzelnen Fällen (insbesondere im Langzeitverlauf) zu ähnlichen Symptomen führen können» (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW], 2017, S. 7).

2.1.2 (Un)heilbarkeit

Demenz kann in reversible und irreversible Formen unterteilt werden.

Eine **reversible Demenz**, die beispielsweise durch eine Stoffwechselkrankheit wie eine Schilddrüsenunterfunktion oder einen Vitamin-B12-Mangel verursacht wird, ist «durch eine geeignete Behandlung teilweise oder ganz heilbar» (Alzheimer Schweiz, 2025; Socialdesign, 2022). Nur 10 bis 15% der Demenzfälle gehören zu dieser Gruppe (Deutsche Alzheimer Gesellschaft – Landesverband Bayern, 2025).

Bei einer **irreversiblen Demenz** ist das Gehirn selbst erkrankt. Die häufigste und bekannteste irreversible Form ist die Alzheimer-Demenz. Zu dieser Gruppe gehören auch die vaskuläre Demenz, die frontotemporale Demenz, die Parkinson-Demenz und die Lewy-Körperchen-Demenz (Alzheimer Schweiz, 2025). Trotz jahrzehntelanger Forschung sind irreversible Demenzen bis heute nicht heilbar. Individuell angepasste Therapien können jedoch helfen, Symptome zu lindern und die Selbstständigkeit von Menschen mit Demenz möglichst lange zu erhalten.

2.1.3 Prävalenz und Inzidenz

Schätzungen von Alzheimer Schweiz zufolge leben 2025 rund 161 000 Menschen mit Demenz in der Schweiz; jährlich kommen etwa 34 800 Neuerkrankungen hinzu. Frauen stellten 66% der Betroffenen dar. Rund 5% der Menschen mit Demenz erkranken vor dem 65. Lebensjahr und gelten somit als Jungerkrankte (Alzheimer Schweiz, 2025). Die überwiegende Mehrheit der Betroffenen ist über 80 Jahre alt (Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien [BASS], 2021).

Demenz (9%) ist nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen (28%) und Krebserkrankungen (24%) die dritthäufigste Todesursache (Bundesamt für Statistik [BFS], 2024). Vertiefte Analysen der Todesursachenstatistik zeigen eine Zunahme der Todesfälle mit Demenz in absoluten Zahlen zwischen 2012 und 2021, allerdings blieben die standardisierten Raten pro 1000 Einwohner in diesem Zeitraum stabil (BASS, 2023; Dutoit L. et al., 2024).

Für das Jahr 2050 rechnet Alzheimer Schweiz mit rund 285 700 Menschen mit Demenz in der Schweiz. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass 1 bis 3 Angehörige mitbetroffen sind, werden in 25 Jahren rund 1 Million Menschen direkt oder indirekt mit Demenz leben (Alzheimer Schweiz, 2025).

2.2 Krankheits- und Behandlungsverläufe

Kapitel 2.2.1 erläutert die Stadien einer Demenz, Kapitel 2.2.2 geht auf die Lebenserwartung von Menschen mit Demenz ein. Typische Behandlungsverläufe werden in Kapitel 2.2.3 thematisiert. Sie geben insbesondere Einblick in die Inanspruchnahme von Betreuungs- und Pflegeleistungen durch Menschen mit Demenz.

2.2.1 Stadien einer Demenz

Demenz verläuft in mehreren Stadien, die fließend ineinander übergehen, und geht häufig mit Begleitsymptomen einher.

Der Verlauf wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst, wie dem allgemeinen Gesundheitszustand, vorbestehenden chronischen Erkrankungen und persönlichen Gegebenheiten. Die Entwicklung einer Demenzerkrankung verläuft meist schleichend und beginnt Jahre zuvor mit einer subjektiven Gedächtnisstörung (*Subjective Cognitive Decline*, SCD). Diese Phase geht in eine leichte Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten über, bekannt als *Mild Cognitive Impairment* (MCI⁷) (Bopp-Kistler, 2016).

Die Symptome und der Krankheitsverlauf sind individuell unterschiedlich und variieren je nach Art der Demenz. Dennoch lassen sich grundsätzlich drei Stadien unterscheiden.

Stadium 1: Leichte Demenz (Anfangsstadium)

In diesem Stadium zeigen sich erste Probleme mit dem Gedächtnis, wie das Erinnern von Namen oder Ereignissen, sowie Schwierigkeiten bei der Orientierung und komplexen Aufgaben. Die Betroffenen können weiterhin selbstständig leben, benötigen jedoch gelegentlich Unterstützung. Meist bleiben sie in ihrem Zuhause und sind in der Lage, ihren Alltag weitgehend eigenständig zu bewältigen (Alzheimer Schweiz, 2022).

Insbesondere zu Beginn der Erkrankung werden Frauen häufiger unter- oder fehldiagnostiziert als Männer. Einerseits schneiden sie bei den Diagnostikverfahren, die primär auf Männer ausgelegt sind, oft besser ab. Andererseits werden erste Demenzsymptome bei Frauen häufig anderen Krankheitsbildern wie Burnout, Depressionen oder Menopause-Beschwerden zugeordnet (spectra, 2025). Ähnlich verhält es sich bei Menschen, die jung an Demenz erkranken (d. h. Personen unter 65 Jahren): Auch bei ihnen werden (erste) Symptome häufig als Burnout oder Depression fehldiagnostiziert (Alzheimer Schweiz, 2017).

⁷ Siehe dazu auch: [https://demenzwiki.com/medizin/mild-cognitive-impairment/#:~:text=Mild%20Cognitive%20Impairment%20\(MCI\)%20ist,Denkverm%C3%B6gen%20oder%20die%20Aufmerksamkeit%20betreffen](https://demenzwiki.com/medizin/mild-cognitive-impairment/#:~:text=Mild%20Cognitive%20Impairment%20(MCI)%20ist,Denkverm%C3%B6gen%20oder%20die%20Aufmerksamkeit%20betreffen).

Der Verein Swiss Memory Clinics erkennt in seinen Ende 2024 publizierten Diagnostikempfehlungen einen entsprechenden Handlungsbedarf an. Dieser betrifft sowohl die Forschung (inklusive Validierung diagnostischer Verfahren), als auch konkrete Handlungsempfehlungen für den klinischen Alltag (Swiss Memory Clinics [SMC], 2024a).

Stadium 2: Mittelschwere Demenz (Mittleres Stadium)

Im mittleren Stadium treten deutliche Symptome wie der Verlust der zeitlichen und räumlichen Orientierung sowie Sprachstörungen auf. Die Betroffenen haben zunehmend Schwierigkeiten bei alltäglichen Tätigkeiten⁸, wie Waschen, Anziehen und Einnehmen von Mahlzeiten. Persönlichkeitsveränderungen wie Reizbarkeit oder Rückzug sind häufig. In dieser Phase benötigen die Betroffenen umfassende Unterstützung im Alltag.

Angehörige stehen dabei vor verschiedenen Herausforderungen: Einerseits soll ihre Hilfe die Würde des Menschen mit Demenz wahren, andererseits nimmt die Belastung durch die langanhaltende Betreuung stetig zu. Gleichzeitig wird es immer wichtiger, auch die eigene Gesundheit und das persönliche Wohlbefinden nicht aus den Augen zu verlieren. Aufgrund der fortschreitenden Erkrankung der betreuten Person und fehlender bzw. nicht in Anspruch genommener Entlastungsangebote wird dies jedoch immer schwieriger. Im Laufe dieses Stadiums stellt sich oft die Frage, ob ein Umzug in ein Pflegeheim oder eine spezialisierte Einrichtung erforderlich und sinnvoll ist.

Stadium 3: Fortgeschrittene Demenz (Schweres Stadium)

Dieses Stadium ist durch den vollständigen Verlust der Selbstständigkeit gekennzeichnet. Die Betroffenen ziehen sich häufig in ihre eigene Welt zurück und scheinen den Bezug zur Realität verloren zu haben. Sie sind vollständig auf Hilfe angewiesen und benötigen eine intensive Betreuung und Pflege, die meist in einem Pflegeheim erfolgt. Häufig treten zusätzlich körperliche Symptome wie Schluckstörungen oder Inkontinenz auf. Für die Angehörigen ist diese Phase emotional und körperlich besonders belastend.

Begleitsymptome

Demenzerkrankungen gehen häufig mit Begleitsymptomen wie Depressionen, Unruhe, Schlafstörungen, Halluzinationen, Ängsten oder auch Aggression einher. Diese können den Krankheitsverlauf beeinflussen und werden unter der Bezeichnung **«Verhaltensauffälligkeiten und psychische Symptome der Demenz» (BPSD)** zusammengefasst. BPSD sind für Menschen mit Demenz eine Art Ausdrucksform und sollten im jeweiligen individuellen Kontext betrachtet werden. Sie haben meist biologische, soziale oder psychologische Auslöser. So können beispielsweise Schmerzen Aggression hervorrufen. Expertinnen und Experten betonen, wie wichtig es ist, Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen bereits bei der Diagnosestellung darauf hinzuweisen, dass es im weiteren Krankheitsverlauf zu BPSD kommen kann und wie diese einzuordnen sind (Schlögl, 2025). Eine frühzeitige Aufklärung über den Verlauf kann dazu beitragen, ein besseres Verständnis für die Erkrankung zu schaffen und den Umgang mit herausforderndem Verhalten zu erleichtern.

2.2.2 Lebenserwartung

Da die Krankheit oft über Jahre hinweg unbemerkt bleibt, bevor erste Symptome im Alltag sichtbar werden, ist die Prognose der Lebenserwartung bei Demenz schwierig. Ab diesem Zeitpunkt wird die durchschnittliche Lebenserwartung auf etwa sieben bis zehn Jahre geschätzt (Socialdesign, 2022). Der fortschreitende Verlust der Gehirnfunktionen führt häufig zu Atemversagen oder Schluckstörungen, die im Endstadium eine Lungenentzündung verursachen können (Dutoit et al., 2024). Im Jahr 2023 betrug das durchschnittliche Alter von Männern, die infolge einer Demenzerkrankung verstorben sind, 85 Jahre. Bei Frauen lag das Durchschnittsalter bei 88 Jahren (BFS, 2024); siehe auch Kapitel 2.2.3.

⁸ In diesem Zusammenhang wird oftmals von «alltäglichen Lebensverrichtungen» gesprochen, auch bekannt als «Activities of daily living», kurz ADL.

2.2.3 Behandlungsverläufe

Die vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) im Auftrag der Nationalen Plattform Demenz durchgeführte Studie zu den Behandlungsverläufen von Demenzpatientinnen und -patienten (Dutoit et al., 2024) liefert wertvolle Informationen zur Inanspruchnahme von Betreuungs- und Pflegeleistungen durch Menschen mit Demenz.

Die Grundgesamtheit der Studie bilden Personen, die im Jahr 2021 verstarben und bei denen – entweder zum Todeszeitpunkt oder innerhalb der letzten vier Jahre vor ihrem Tod im Rahmen eines stationären Spitalaufenthaltes – eine Demenz diagnostiziert wurde. Die Behandlungsverläufe von 19 323 Personen konnten analysiert und zu typischen Verläufen gruppiert werden (Dutoit et al., 2024).

In der Studienpopulation verstarben Menschen mit Demenz durchschnittlich im Alter von 87.1 Jahren (Männer mit 85.2 Jahren und Frauen mit 88.3 Jahren), wobei 60% Frauen waren. Bei 31.3% der Grundgesamtheit war Demenz die Haupttodesursache, während 26.4% an einer Kreislauferkrankung, 9.1% an Neubildungen und 8.9% an Covid-19 verstarben. Die Haupttodesursachen des verbleibenden Viertels verteilen sich wie folgt: 4.2% Krankheiten des Atmungssystems, 3.5% Unfälle und 16.6% andere Ursachen. Im Durchschnitt waren die Personen während des vierjährigen Beobachtungszeitraums 3.4-mal in stationärer Spitalbehandlung und hatten 12 ambulante Konsultationen im Spital. 18.8% der Studienpopulation waren mindestens einmal für einen temporären Aufenthalt im Pflegeheim. Traten sie definitiv ins Pflegeheim ein, lebten sie dort im Durchschnitt für 2.9 Jahre (Dutoit et al., 2024).

Insgesamt wurden **acht typische Behandlungsverläufe** identifiziert, die sich in die zwei Gruppen unterteilen lassen, je nach Wohnort zum Todeszeitpunkt: im angestammten Zuhause («DOM»-Verläufe, denen 27.8% der Studienpopulation zugeordnet werden konnten) oder im Pflegeheim («HEIM»-Verläufe, die gesamthaft 73.2% ausmachen). Innerhalb dieser beiden Gruppen unterscheiden sich die Behandlungsverläufe jeweils nach der Häufigkeit der Hospitalisierungen von zuhause aus (keine, 1-2 oder 3+ Hospitalisierungen) und nach der Art der Hospitalisierung (somatische Akutpflege und/oder Rehabilitation vs. mindestens eine Hospitalisierung in der Psychiatrie) (Dutoit et al., 2024).

Es zeigen sich markante Unterschiede zwischen den acht typischen Behandlungsverläufen. Nachstehend werden exemplarisch die Charakteristika des häufigsten «DOM»-Verlaufs («DOM 2.2», dem 13.0% der gesamten Studienpopulation angehören) bzw. des häufigsten «HEIM»-Verlaufs («HEIM 1» mit einem Anteil von 27.9% an der Studienpopulation) aufgezeigt.

Unter den «DOM»-Verläufen ist jener am häufigsten, bei dem die Menschen mit Demenz in den vier Jahren vor ihrem Tod *drei oder mehr* Hospitalisierungen erfahren hatten (siehe Abb. 2). Die Anzahl der Hospitalisierungen liegt bei diesem typischen Verlauf mit durchschnittlich 6.4 deutlich höher als im Gesamtdurchschnitt, ebenso die Anzahl der ambulanten Spitalkonsultationen (20 Konsultationen) sowie der Anteil jener Personen, die mindestens einen temporären Aufenthalt in einem Pflegeheim in Anspruch nahmen (32.8%). Dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass andere Erkrankungen als die Demenz bei dieser Gruppe im Vordergrund stehen. Das Durchschnittsalter zum Todeszeitpunkt (84.8 Jahre) liegt bei diesem Verlauf unter dem Gesamtdurchschnitt, ebenso der Frauenanteil (43.3%) (siehe Abb. 2).

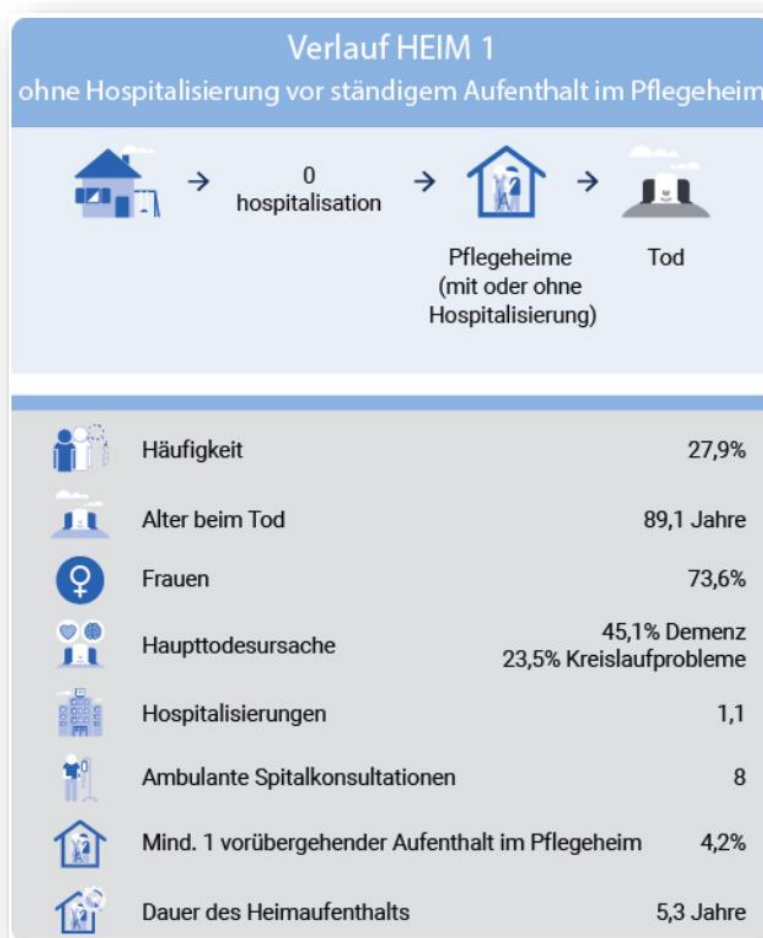
Abb. 2: Demographische und diagnostische Merkmale bzw. Inanspruchnahme des Versorgungssystems durch Menschen mit Demenz – schematische Darstellung des Behandlungsverlaufs «DOM 2.2»



Quelle: Dutoit et al., 2024, S. 55

Der häufigste Verlauf unter den «HEIM»-Verläufen ist jener, bei dem die Menschen mit Demenz vor dem ständigen Aufenthalt im Pflegeheim *keine* Hospitalisierung erfahren hatten (siehe Abb. 3). Sie lebten durchschnittlich 5.3 Jahre im Pflegeheim – deutlich länger als der Gesamtdurchschnitt der Studienpopulation und bis zu 5.9-mal länger als in den drei anderen «HEIM»-Verläufen. Gleichzeitig ist der Anteil der Personen mit einem temporären Aufenthalt in einem Pflegeheim mit nur 4.2% wesentlich geringer als im Gesamtdurchschnitt und als in allen anderen sieben typischen Behandlungsverläufen. Beim Verlauf «HEIM 1» scheint die Demenz im Vordergrund zu stehen. Frauen sind bei diesem Behandlungsverlauf mit 73.6% überdurchschnittlich vertreten und das Alter zum Todeszeitpunkt ist mit 89.1 Jahren höher als im Gesamtdurchschnitt.

Abb. 3: Demographische und diagnostische Merkmale bzw. Inanspruchnahme des Versorgungssystems durch Menschen mit Demenz – schematische Darstellung des Behandlungsverlaufs «HEIM 1»



Quelle: Dutoit et al., 2024, S. 56

2.3 Betreuung, Pflege und Behandlung von Menschen mit Demenz

Menschen mit Demenz sind während des gesamten Krankheitsverlaufs auf eine angemessene Betreuung, Pflege und Behandlung angewiesen. Die Erkrankung führt insbesondere bei komplexen alltäglichen Aktivitäten zu Beeinträchtigungen und (auch bedingt dadurch) zu Veränderungen in den sozialen Beziehungen. Zudem treten oft schwankende Gefühlszustände und Verhaltensstörungen auf. Im Verlauf der Krankheit steigt somit der Bedarf an Unterstützung durch betreuende Angehörige und professionelle Leistungserbringer (siehe Kapitel 2.2.1 und 2.2.3).

Im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells von Gesundheit und Krankheit können Betreuung, Pflege und Behandlung generell nicht unabhängig voneinander betrachtet werden und bei Menschen mit Demenz aufgrund des Krankheitsbildes noch umso weniger (Spector & Orrell, 2010; Podgorski et al., 2021). Gleichwohl macht es die bestehende Sozialversicherungsgesetzgebung notwendig, diese Aspekte der Versorgung voneinander abzugrenzen (Kapitel 2.3.1). Auf die Bedeutung von Betreuung für Menschen mit Demenz sowie auf therapeutische Ansätze wird in den Kapiteln 2.3.2 und 2.3.3 eingegangen.

2.3.1 Abgrenzung von Betreuung und Pflege

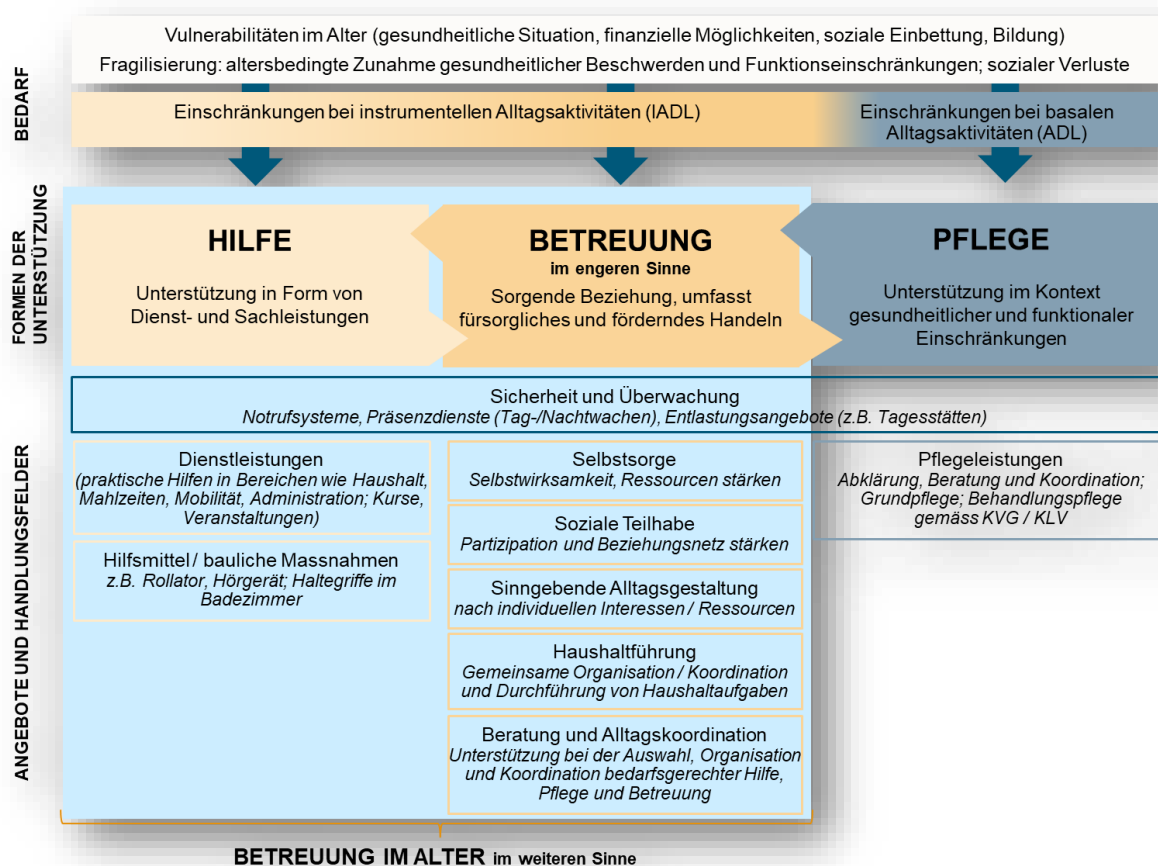
Menschen, die aufgrund von gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder ihres fortschreitenden Alters Mühe haben, Alltagstätigkeiten zu verrichten, sind mit einem Autonomieverlust konfrontiert. Damit sie weiterhin ein würdiges und sicheres Leben zu Hause oder in einer betreuten oder geschützten Wohnform führen können, benötigen sie Unterstützung. Diese Unterstützung für ein selbstbestimmtes Leben in Form von baulichen Massnahmen, praktischer Hilfe oder Begleitung unterscheidet sich von der Pflege, da sie nicht in den Bereich der Krankenversicherung fällt. Sie liegt hauptsächlich in der Zuständigkeit der Kantone, die für die Hilfe und Pflege von Betagten und Behinderten zu Hause sorgen müssen (Art. 112c Abs. 1 BV). Dies gilt für Personen mit Demenz ebenso wie für alle anderen.

Da in den politischen Grundlagen der Kantone und im Sprachgebrauch weder eine rechtliche Definition des Begriffs Betreuung noch eine einheitliche Bezeichnung verwendet wird (es wird auch von «Betreuung und Pflege», «Prävention, Beratung und Betreuung» sowie Hilfsmitteln gesprochen), muss man sich auf konzeptionelle Arbeiten stützen, um sich ein Gesamtbild von der Betreuung von Menschen mit Autonomieverlust zu verschaffen. In einer Studie (Stettler et al., 2023), die im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) durchgeführt wurde, wird eine Definition des Begriffs «Betreuung im Alter» vorgeschlagen, die auch für Personen mit Demenz, unabhängig von ihrem Alter, herangezogen werden kann. Die Definition, die verschiedene Quellen zusammenführt, umfasst folgende Elemente (s. Abb. 4):

- Betreuung im weiteren Sinne, bestehend aus:
 - Hilfe, die in Form von Dienstleistungen für die Person erbracht wird: beispielsweise Essenslieferung oder Fahrdienst; die Hilfe kann auch in Form von Hilfsmitteln oder baulichen Massnahmen erfolgen, um die Wohnumgebung sicherer zu gestalten und den Alltag zu erleichtern;
 - Betreuung im engeren Sinne, die durch eine sorgende Beziehung gekennzeichnet ist: Die Person wird begleitet, damit sie so weit wie möglich die verschiedenen Alltagstätigkeiten bewältigen oder bei deren Verrichtung mithelfen kann, z. B. gemeinsames Erledigen von Hausarbeiten, Austausch über Bedürfnisse und Möglichkeiten usw.;
- Unterstützung im Pflegekontext: die Pflege, einschliesslich der Grundpflege, ist in der Gesetzgebung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 25a KVG bzw. Art. 7 Abs. 2 KLV; SR 832.112.31) insofern definiert, als diese Bestimmungen festhalten, welche Pflegeleistungen von der OKP übernommen werden; die Betreuung gehört nicht dazu; in der Praxis umfassen Pflegeleistungen – so wie sie für Menschen mit eingeschränkter Autonomie erbracht werden – jedoch auch eine Beziehungs- und Unterstützungsdimension.

Der Betreuungsbedarf nimmt mit dem Alter zu. In den Anfangsphasen geht er in der Regel nicht mit einem Pflegebedarf einher. Bei der Bewältigung der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL, *instrumental activities of daily living*: z. B. Einkaufen, Kochen, Hausarbeit, Postbearbeitung) wird oft früher Unterstützung benötigt als bei den grundlegenden Alltagsaktivitäten für Hygiene und Gesundheit (ADL, *activities of daily living*: z. B. An- und Auskleiden, Aufstehen, Absitzen und -liegen, Essen, Körperpflege, Verrichten der Notdurft, Fortbewegung und Kontakt mit der Umwelt). Eine ständige Begleitung wird erst in fortgeschrittenen Stadien unerlässlich.

Abb. 4: Bedarf und Formen der Unterstützung im Alter



Quelle: eigene Darstellung BSV nach Stettler et al., 2023, S. 7

2.3.2 Bedeutung von Betreuung für Menschen mit Demenz

Das gilt oft auch für Personen mit Demenz. Je nach individuellem Krankheitsverlauf können jedoch manche Menschen mit Demenz einen erhöhten Bedarf an Sicherheit und Begleitung haben, obwohl ihre motorischen Funktionen und ihre Fähigkeit zur Verrichtung grundlegender Alltagsaktivitäten noch nicht unbedingt eingeschränkt sind.

Die in Abb. 4 dargestellten Elemente der Betreuung im Alter sind für Menschen mit Demenz von zentraler Bedeutung. In der Regel geht einer schweren Demenz mit einem hohen Pflegeaufwand eine lange Phase der leichten bis mittelschweren Demenz voraus, in der Betreuung zunehmend notwendig wird. Die einzelnen Aspekte der Betreuung helfen, die Autonomie der Betroffenen zu stärken bzw. möglichst lange zu erhalten. Dabei gilt es, jene Fähigkeiten und Fertigkeiten zu stärken, die die Person (noch) hat. Insbesondere Betreuungsleistungen, die von Dritten⁹ erbracht werden, helfen zudem die physische und psychische Gesundheit der betreuenden oder pflegenden Angehörigen zu schützen und langfristige wirtschaftliche und gesundheitliche Folgen ihrer – mitunter sehr intensiven und langfristigen – Betreuungsarbeit abzufedern (Kapitel 2.4).

Unabdingbar ist eine person-zentrierte Haltung gegenüber Menschen mit Demenz. Dabei handelt es sich um eine empathische Haltung und einen wertschätzenden Umgang von Fachpersonen (und Angehörigen) mit der betroffenen Person und deren Umfeld. Diese Haltung impliziert Anerkennung, Respekt und Vertrauen (Alzheimer Schweiz et al., 2020).

⁹ Wir sprechen von «Dritten», wenn weder die Person mit Demenz noch ihre unmittelbar mitbetroffenen Angehörigen gemeint sind.

2.3.3 Therapeutische Ansätze

Die therapeutische Begleitung von Menschen mit Demenz umfasst nicht-medikamentöse und medikamentöse Therapien. Die person-zentrierte Haltung (siehe Kapitel 2.3.2) sollte in alle therapeutischen Ansätze einfließen.

Nicht-medikamentöse Ansätze

Physio-, Ergo- und Aktivierungstherapie, Logopädie, Musiktherapie und andere kunsttherapeutische Ansätze sowie tiergestützte Therapie spielen eine zentrale Rolle in der therapeutischen Begleitung von Menschen mit Demenz. Die Bedeutung dieser nicht-medikamentösen Ansätze wird sowohl in den Therapieempfehlungen Demenz (Swiss Memory Clinics, 2024), den DemCare-Empfehlungen für Langzeitinstitutionen (Alzheimer Schweiz et al., 2020) als auch in den Empfehlungen zum Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Symptomen der Demenz (BPSD) (Savaskan et al., 2024) betont. Neben der Förderung der Kognition im Anfangs- und mittleren Stadium tragen nicht-medikamentöse Therapien auch zur Linderung verschiedener Begleitsymptome wie depressiver Verstimmungen bei. Idealerweise werden sie kontinuierlich angeboten, individuell auf die Betroffenen abgestimmt und den sich im Krankheitsverlauf verändernden Fähigkeiten angepasst (SMC, 2024). Entscheidend ist, dass der gewählte Ansatz Elemente anspricht oder aktiviert, die individuell bedeutsam die betroffene Person sind.

Medikamentöse Behandlung

Zur medikamentösen Behandlung von Demenzerkrankungen stehen sogenannte Antidementiva zur Verfügung. Diese werden eingesetzt, um die kognitiven Symptome einer Demenz und die Beeinträchtigungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens zu stabilisieren. Zudem sind sie wirksam bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Symptomen der Demenz (BPSD), die sehr häufig auftreten, beispielsweise Depressionen, Unruhe, Aggressivität, Schlafstörungen, Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Ängste und Apathie.

Ginkgo biloba ist laut einer von der Nationalen Plattform Demenz in Auftrag gegebenen Studie das in der Schweiz am häufigsten bezogene Medikament. Im Erhebungsjahr 2022 machte es 88.1% aller in der Schweiz bezogenen und von der OKP vergüteten Antidementiva aus¹⁰, während der Anteil der Cholinesterasehemmer bei 8.6% und der von Memantin bei 3.3% lag. Zudem wurde festgestellt, dass der Bezug von Ginkgo biloba zwischen 2016 und 2022 auch in standardisierten Raten¹¹ deutlich zugenommen hat, während der Bezug von Cholinesterasehemmern (-11.9%) und Memantin (-10.1%) rückläufig war (Schuler et al., 2024).

Neue Alzheimer-Medikamente und Herausforderungen für das Gesundheitswesen

Trotz jahrzehntelanger Forschung stehen weiterhin keine medikamentösen Therapien zur Verfügung, die Demenzerkrankungen heilen können. In den letzten Jahren wurden jedoch in einigen Ländern wie den USA, Grossbritannien und Japan sogenannte Anti-Amyloid-Therapien (AAT) zugelassen, darunter die beiden Wirkstoffe Lecanemab und Donanemab.

Für Lecanemab (Leqembi) hat die Herstellerfirma Eisai Pharma AG im Juni 2023 einen Zulassungsantrag beim Schweizerischen Heilmittelinstitut Swissmedic eingereicht. Ein Entscheid stand am 20. Oktober 2025 noch aus. Lecanemab wurde von der Europäischen Kommission am 15. April 2025 unter strengen Auflagen zugelassen. Für Donanemab (Kisunla) hat die Herstellerfirma Eli Lilly (Suisse) SA im August 2023 einen Zulassungsantrag bei Swissmedic eingereicht. Ein Entscheid stand am 20. Oktober 2025 ebenfalls noch aus. In der EU hat der Ausschuss für Humanarzneimittel (CHMP) der Europäischen Arzneimittel-Agentur EMA am 24. Juli 2025 im Rahmen einer erneuten Prüfung eine Zulassungsempfehlung für Donanemab ausgesprochen. Diese ist jedoch an strenge Regeln insbesondere

¹⁰ Es gilt zwei Einschränkungen zu bedenken: 1) Menschen mit Demenz können in den für diese Analysen genutzten Daten nicht unmittelbar identifiziert werden. Es erfolgt daher eine Annäherung über das Alter (70-jährige und ältere Personen). 2) Ginkgo biloba wird auch zur Behandlung anderer Krankheitsbilder eingesetzt wie z. B. Durchblutungsstörungen, Schwindel und Tinnitus. Es ist nicht möglich, die Ergebnisse auf die Anwendungen bei kognitiven Störungen einzuschränken (Schuler et al. 2024).

¹¹ Die Raten wurden nach Geschlecht und Alter standardisiert, so dass z. B. die Zunahme der älteren Bevölkerung in den beobachteten Jahren die Ergebnisse nicht beeinflusst.

für die Teilnahmeberechtigung und den Abbruch der Behandlung geknüpft. Die formelle Zulassung durch die Europäische Kommission erfolgte am 25. September 2025. Hinsichtlich der Aufnahme dieser Wirkstoffe in die Spezialitätenliste (SL) sind beim BAG bis zum 20. Oktober 2025 aufgrund des zweistufigen Verfahrens noch keine Gesuche eingegangen.

AAT wirken auf die Mechanismen der Alzheimer-Demenz ein und kommen somit ausschliesslich Personen mit einer Alzheimer-Demenz zugute. Sie müssen sehr früh im Krankheitsverlauf eingesetzt werden (MCI oder leichte Demenz), um eine Wirkung zu erzielen. Allerdings besteht das Risiko potenziell schwerwiegender Nebenwirkungen wie insbesondere Hirnschwellungen und Blutungen verschiedener Art im Gehirn. Diese müsse regelmässig mit bildgebenden Verfahren überwacht werden. Gemäss aktuellen Erkenntnissen können auch AAT eine Alzheimer-Demenz nicht heilen, sondern lediglich verzögern.

Bei einer Zulassung der neuen Alzheimer-Medikamente würde eine **frühzeitige, präzise Diagnose** weiter an Bedeutung gewinnen. Dennoch erschweren die Angst vor einer Diagnose, die oft fehlende Krankheitseinsicht (Anosognosie) sowie die aufwendigen Diagnoseverfahren¹² diesen Prozess häufig. Ein vielversprechender Fortschritt sind neue, weniger invasive und kostengünstigere Bluttests, die bestimmte Biomarker im Blut analysieren. Erste Studien zeigen, dass sie eine vergleichbare Genauigkeit wie bisherige Methoden aufweisen (Ashton et al., 2024; Frisoni et al., 2024). Es dürfte aber noch einige Jahre dauern, bis diese im klinischen Alltag eingesetzt werden können (Ritter, 2024).

Eine Analyse der Swiss Memory Clinics (Meyer et al., 2024) zeigt, dass eine Zulassung neuer AAT das Schweizer Gesundheitssystem vor **Herausforderungen** stellen würde. Die Zahl der Zuweisungen zur Frühdiagnostik würde deutlich steigen. Die aktuelle Kapazität der Memory Clinics (MC) liegt bei jährlich 18 000 Abklärungen, während künftig 20 000 bis 25 000 Abklärungen pro Jahr nötig wären. Durch effizientere Abläufe und einen Ausbau der Angebote könnten schweizweit bis zu 3000 zusätzliche Abklärungen pro Jahr ermöglicht werden. Allerdings könnten Ressourcenengpässe zunächst zu längeren Wartezeiten für Erstabklärungen führen.

Zudem würde eine Behandlung mit AAT den Bedarf an Infusionstherapien erheblich erhöhen. Die aktuelle Kapazität wird auf 360 bis 720 AAT-Patientinnen und -Patienten pro Jahr geschätzt, die Nachfrage läge jedoch bei 468 bis 995. Bestenfalls gäbe es also keine Versorgungslücken. Im schlimmsten Fall würden kurzfristig 635 Behandlungsplätze fehlen, die jedoch durch organisatorische Massnahmen und gezielte Kooperationen geschaffen werden könnten (Meyer et al., 2024). Dabei müsste auch berücksichtigt werden, dass gemäss Empfehlungen eines Konsortiums von Fachgesellschaften der Zugang zu einer Notaufnahme in unmittelbarer Nähe des Infusionszentrums gegeben sein sollte (Felbecker et al., 2025). Der Zugang zu apparativer und laborchemischer Zusatzdiagnostik zur Therapieüberwachung, darunter bildgebende Verfahren (z. B. MRT oder PET-Scans) sowie laborchemische Analysen (z. B. Biomarker-Tests aus Blut- oder Liquorproben), stellt in der Schweiz hingegen kein grosses Problem dar (Meyer et al., 2024).

2.4 Betreuende und pflegende Angehörige

Wie bereits in seiner Stellungnahme vom 31. August 2022 erwähnt, erachtet der Bundesrat die Teilfrage 3 der Begründung des Postulats (siehe Kapitel 1.1) als geklärt. Die Finanzierung von Entlastungsangeboten wurde im Rahmen des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017-2020»¹³ dargelegt. In diesem Abschnitt werden die wichtigsten Ergebnisse und laufenden Entwicklungen zusammengefasst.

Angehörige spielen eine zentrale Rolle bei der Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz (Kapitel 1.3.2). Studien aus dem Förderprogramm «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige

¹² Derzeit beruhen die präzisesten Diagnoseverfahren auf dem Nachweis von Beta-Amyloid und Tau-Proteinen in der Rückenmarksflüssigkeit (entnommen via Lumbalpunktion) oder durch kostenintensive bildgebende Verfahren (PET-Scans).

¹³ <https://www.bag.admin.ch/de/foerderprogramm-entlastungsangebote-fuer-betreuende-angehoerige-2017-2020>

2017–2020» zeigten, dass die Betreuung von Menschen mit Demenz mit besonders **hohen Belastungen** verbunden ist: Die betreuenden Angehörigen sind oft selbst im fortgeschrittenen Alter, haben wahrscheinlicher eigene Gesundheitsprobleme und betreuen mit hoher Intensität, über eine lange Zeitspanne und mit einem hohen zeitlichen Aufwand. Die demenzbedingten Persönlichkeitsveränderungen und Kommunikationsschwierigkeiten sorgen zudem oft für eine zusätzliche psychische Belastung. Oft nehmen die betreuenden Angehörigen von Menschen mit Demenz sehr spät **Entlastungsangebote** in Anspruch, was ihre Belastung weiter erhöht, und das Risiko sozialer Isolation verstärkt. Um langfristigen gesundheitlichen Folgen vorzubeugen, ist es besonders wichtig, betreuenden Angehörigen von Menschen mit Demenz regelmässige Entlastung von der kontinuierlichen Betreuung und Überwachung zu ermöglichen (BAG, 2020; Ecoplan, 2019a).

Tages- und Nachtstrukturen bieten ein grosses Entlastungspotenzial, insbesondere für Angehörige von Menschen mit Demenz (Neukomm et al., 2019). Die Finanzierung solcher Angebote wurde im Rahmen des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020» untersucht. Die Studie zeigt, dass die Inanspruchnahme von Tagesstrukturen je nach familiärer Situation eine finanzielle Belastung darstellen kann, weshalb das Angebot nicht genutzt wird (Stutz et al., 2019). Es zeigte sich auch, dass die Hilflosenentschädigung (HE) (siehe Kapitel 3.2) bei Betroffenen und Fachpersonen teilweise nicht bekannt ist und / oder die Zugangshürde zur HE der AHV oder der IV bei Demenz als hoch empfunden wird. Dies hängt einerseits damit zusammen, dass die Bemessung der Hilflosigkeit massgeblich davon abhängt, ob eine Person bei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig auf die Hilfe Angehöriger oder Dritter angewiesen ist. Andererseits bestehen Wartefristen von einem Jahr (IV) bzw. sechs Monaten (AHV). Die Reduktion der Wartefrist von zwölf auf sechs Monate für die HE der AHV seit dem 1. Januar 2024 dürfte die Problematik der Zugangshürden ein wenig entschärft haben.

Auch der Mechanismus der Ergänzungsleistungen (EL) (siehe Kapitel 3.4) ist für viele Betroffene oft unklar. Höhere Ausgaben für Entlastungsangebote können unter Umständen zu einem Anspruch auf EL führen – auch wenn zuvor kein Anspruch bestand (Ecoplan, 2019a).

Mit dem Postulat 23.4333 SKG-S «Definition der **Rechtsstellung betreuender Angehöriger** im Hinblick auf die Ausarbeitung einer Unterstützungsstrategie auf Bundesebene»¹⁴ wird der Bundesrat beauftragt, die Situation betreuender Angehöriger zu analysieren und zugleich zu prüfen, ob eine einheitliche Rechtsstellung für betreuende Angehörige auf Bundesebene möglich und sinnvoll wäre. Das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) hat im Hinblick auf die Beantwortung dieses Postulats im Juni 2025 eine Studie in Auftrag gegeben, deren Ergebnisse im Laufe des Jahres 2026 vorliegen werden. Gegenstand der Studie sind insbesondere Definitionsfragen, die Quantifizierung der Anzahl betroffener Personen, die Beschreibung ihrer sozio-ökonomischen Merkmale, eine Bestandsaufnahme in den Kantonen sowie ein internationaler Vergleich.

Die Situation **angestellter pflegender Angehöriger** erfordert eine spezifische Betrachtung. Dabei handelt es sich um Personen, die pflegebedürftige Angehörige zu Hause pflegen und für die Grundpflegeleistungen bei einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause angestellt sind (siehe Kapitel 3.5.1).

2.5 Kostenfolgen

Eine von Alzheimer Schweiz in Auftrag gegebene Demenzkostenstudie bezifferte die **direkten Kosten** für das Jahr 2017 mit 6.3 Milliarden Franken (Ecoplan, 2019). Eine vom BAG in Auftrag gegebene Studie zu den Kosten nichtübertragbarer Krankheiten (NCDs) kommt zu einem vergleichbaren Ergebnis (Stucki et al., 2025). Die Gesundheitskosten für Alzheimer und andere Demenzformen lagen im Jahr 2012 bei 5.6 Milliarden Franken, 2017 bei 6.4 Milliarden Franken und 2022 bei 6.7 Milliarden Franken. In allen drei Untersuchungsjahren verursachten Alzheimer und andere Demenzformen die höchsten Gesundheitskosten unter den einzelnen Krankheiten. Die 6.7 Milliarden Franken entspra-

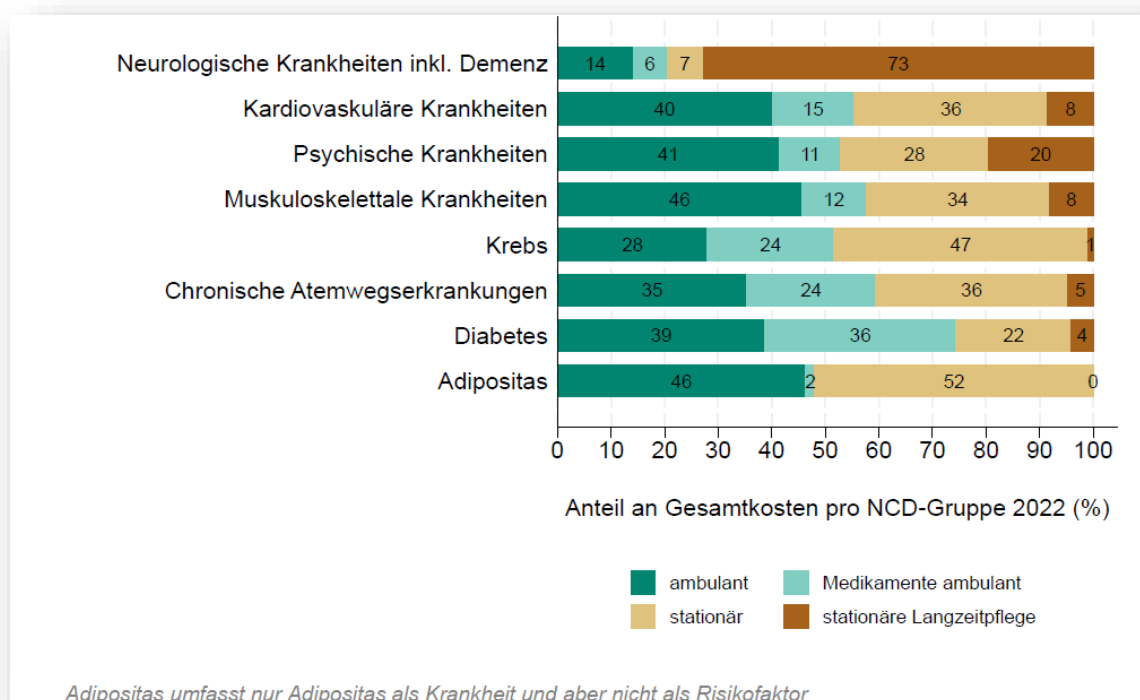
¹⁴ <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20234333>

chen 7.4% der gesamten Gesundheitskosten des Jahres 2022. Trotz des Anstiegs der Kosten für Alzheimer und andere Demenzformen in absoluten Zahlen sank der prozentuale Anteil über den Beobachtungszeitraum: 2012 lag er noch bei 8.5%, 2017 bei 8.1% (Stucki et al., 2025).

Die Alterung der Bevölkerung erweist sich als wichtigster **Kostentreiber** bei der Krankheitsgruppe der neurologischen Erkrankungen, zu der auch Alzheimer und andere Demenzen zählen. Zwischen 2012 und 2022 trug sie mit 12 Prozentpunkten¹⁵ zur Kostenveränderung bei. Gefolgt wird sie vom Bevölkerungswachstum (10 Prozentpunkte) und den Kosten pro prävalenten Fall (4 Prozentpunkte). Bei neurologischen Erkrankungen fällt der Kostentreiber «Alterung der Bevölkerung» wesentlich stärker ins Gewicht als im Durchschnitt: Über alle Krankheitsgruppen hinweg lassen sich nur 6 Prozentpunkte der Kostenveränderung auf die Alterung der Bevölkerung zurückführen (Stucki et al., 2025).

Analysen nach **Leistungsbereichen** zeigen, dass der Anstieg der Gesundheitskosten bei den meisten Krankheitsgruppen in erster Linie auf höhere Ausgaben für ambulante Leistungen zurückzuführen ist. Eine Ausnahme bilden neurologische Krankheiten: Hier lässt sich das Ausgabenwachstum vor allem anhand steigender Ausgaben für Pflegeheime erklären. Dies, obwohl 2012 78% der Ausgaben für neurologische Krankheiten einschliesslich Alzheimer und andere Demenzen im Leistungsbereich stationäre Langzeitpflege, sprich in Pflegeheimen, anfielen und dieser Anteil bis 2022 kontinuierlich abnahm (2017: 75%, 2022: 73%) (Stucki et al., 2025). Abb. 5 zeigt die Ausgabenanteile der vier Leistungsbereiche an den Kosten der sieben NCDs und Adipositas als Krankheit pro Krankheitsgruppe im Jahr 2022.

Abb. 5: Ausgabenanteile von Leistungsbereichen an Kosten der sieben NCDs und Adipositas als Krankheit, 2022



Quelle: Stucki et al., 2025, S. 64

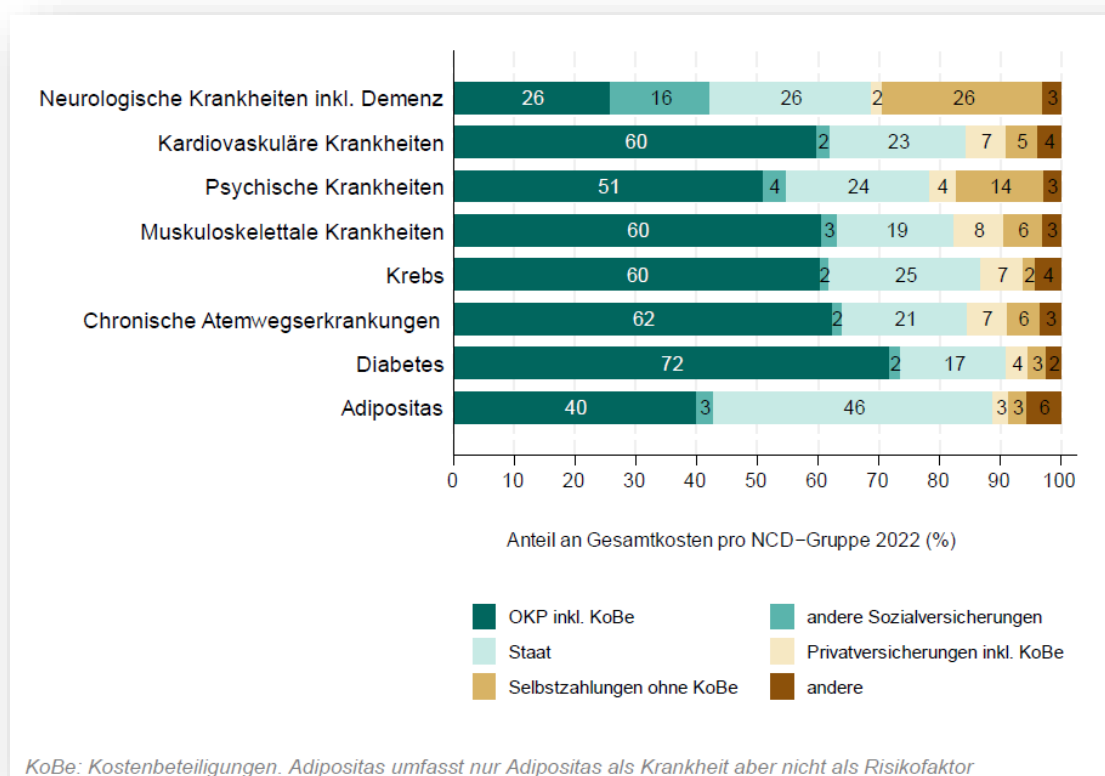
¹⁵ Prozentpunkte werden verwendet, um den absoluten Unterschied zwischen zwei Prozentwerten zu beschreiben. Insgesamt nahmen die Kosten für neurologische Erkrankungen zwischen 2012 und 2022 um 26% zu.

Im Kontext dieses Berichts sind die Ausgabenanteile **aggregierter Kostenträger** von besonderem Interesse. Die Studie unterscheidet derer sechs:

- OKP inkl. Kostenbeteiligungen über Franchise und Selbstbehalte
- andere Sozialversicherungen (AHV¹⁶, IV¹⁷, UV, MV, EL-AHV, EL-IV)
- Staat (Bund, Kantone, Gemeinden)
- Privatversicherungen inkl. Kostenbeteiligung
- Selbstzahlungen ohne Kostenbeteiligung
- andere

Die OKP (inklusive Kostenbeteiligung) kam 2022 durchschnittlich für 43% der gesamten Gesundheitskosten von NCDs auf. *Abb. 6* stellt die Ausgabenanteile der verschiedenen Kostenträger nach den sieben NCDs und Adipositas als Krankheit dar. Bei der Krankheitsgruppe der neurologischen Krankheiten war der OKP-Anteil mit 26% deutlich geringer als im Durchschnitt. Dies ist auf deutlich höhere Selbstzahlungen (ohne Kostenbeteiligung im Rahmen der OKP und von Privatversicherungen) von 26% sowie höhere Beiträge anderer Sozialversicherungen von 16% zurückzuführen (Stucki et al., 2025). Dieses Bild wird jedoch durch den hohen Kostenanteil für die stationäre Langzeitpflege und die Tatsache, dass Wohnkosten in den Berechnungen anderer Krankheitsgruppen per definitionem ausgeklammert sind, ein Stück weit verzerrt.

Abb. 6: Ausgabenanteile aggregierter Kostenträger nach den sieben NCDs und Adipositas als Krankheit, 2022



Quelle: Stucki et al., 2025, S. 65

¹⁶ Beinhaltet insbesondere HE, AB und Ausgaben für «Hilfsmittel» im Rahmen der AHV.

¹⁷ Beinhaltet insbesondere Ausgaben für sogenannte «medizinische Massnahmen», HE, AB und Ausgaben für «Hilfsmittel» im Rahmen der IV.

3 Finanzierung von Betreuungs- und Pflegeleistungen für Menschen mit Demenz

Kapitel 3 beginnt mit einer Darstellung des Zusammenhangs zwischen Betreuungs-, Pflege- und Behandlungssettings sowie Finanzierungsinstrumenten (Kapitel 3.1). Anschliessend werden die einzelnen Finanzierungsinstrumente erläutert, wobei jeweils ihre spezifische Rolle bei der Finanzierung von Betreuungs- und Pflegeleistungen für Menschen mit Demenz beleuchtet wird (Kapitel 3.2 bis 3.5). Damit werden die in der Begründung des Postulats 22.3867 SGK-N bzw. dessen Teilfrage 1 genannten Aspekte umfassend adressiert. Die Darstellung der Finanzierungsinstrumente folgt in Anlehnung an Kapitel 2.2.1 bzw. *Abb. 4*, dem Bedarf an Unterstützung: Zunächst steht für Menschen mit Demenz die Betreuung im Vordergrund, bevor sie im weiteren Verlauf der Krankheit auf Pflege angewiesen sind. Kapitel 3.6 schliesslich behandelt die Teilfrage 2 aus der Begründung des Postulats 22.3867 SGK-N, die sich mit der Kostendeckung stationärer Spitalaufenthalten von Menschen mit Demenz befasst.

3.1 Betreuungs-, Pflege- und Behandlungssettings und Finanzierungsinstrumente

Wie in Kapitel 2 ausgeführt, benötigen Menschen mit Demenz Betreuung, Pflege und Behandlung in verschiedenen Settings: im ambulanten Bereich, in Langzeitpflegeinstitutionen sowie im spitalstationären Bereich. *Abb. 7* zeigt die verschiedenen individuellen Betreuungs-, Pflege- und Behandlungsleistungen sowie die entsprechenden Kostenträger bzw. Finanzierungsinstrumente, die zum Tragen kommen. Diese Instrumente werden in den folgenden Kapiteln einzeln erläutert. Die Finanzierung ambulanter ärztlicher Leistungen wird in *Abb. 7* nur der Vollständigkeit halber erwähnt. Sie ist nicht Gegenstand des Postulats und wird im Bericht nicht weiter behandelt.

Abb. 7: Individuelle Betreuungs-, Pflege- und Behandlungsleistungen und Kostenträger

Leistung	Betreuung	Entlastung von Angehörigen (ambulant)	Pflege	Spitalstationäre Behandlung ¹	Ambulante ärztliche und therapeutische Leistungen ²
Kostenträger					
Hilflosenentschädigung (indirekt)	●	●	●		
Assistenzbeitrag für IV-Bezügerinnen und -bezüger	●	●	●		
Ergänzungsleistungen zur AHV oder zur IV	●		●	●	●
Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)			●	●	●
Kantone (Gemeinden) ³	●		●	●	
Out-of-pocket-Zahlungen	●	●	●	●	●

¹ Behandlung von akuten Erkrankungen oder Symptomen der Demenz in der Akutsomatik, Psychiatrie oder Rehabilitation.

² Ärztliche Leistungen von Hausärztinnen/Hausärzten, Heimärztinnen/Heimärzten, freipraktizierenden und spitalambulant tätigen Fachärztinnen/Fachärzten (inkl. Memory Clinics) bzw. ärztlich verordnete medizinisch-therapeutische Leistungen von Ergo- und Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Logopädinnen/Logopäden, Neuropsychologinnen/-psychologen, Ernährungsberaterinnen/-berater.

³ Einzelne Kantone und Gemeinden sehen Beiträge an die Betreuung (z. B. Betreuungsgutschriften) vor. Die Kosten für Pflege (Restkostenfinanzierung) werden je nach Kanton ausschliesslich vom Kanton, ausschliesslich von den Gemeinden oder von beiden getragen. Gemeinden tragen keinerlei Kosten einer spitalstationären Behandlung.

Quelle: eigene Darstellung BAG

3.2 Hilfslosenentschädigung der IV und AHV

Wie sämtliche Sozialversicherungsinstrumente, ist auch die Hilfslosenentschädigung (HE) nicht spezifisch für Menschen mit Demenz konzipiert. Sie ist vielmehr an allgemeinen Grundsätzen ausgerichtet (Kapitel 3.2.1). Inwiefern diese für Menschen mit Demenz anwendbar sind, wird in Kapitel 3.2.2 erläutert.

3.2.1 Leistungssystem der Hilfslosenentschädigung

Menschen, die bei alltäglichen Lebensverrichtungen oder aufgrund von Überwachungsbedarf auf die Hilfe anderer angewiesen sind, gelten gemäss Artikel 9 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) als «hilfslos» und können eine HE beantragen (Art. 42 ff. IVG; SR 831.20 bzw. Art. 43bis AHVG; SR 831.10).

Versicherte im IV-Alter¹⁸ können eine HE auch aufgrund des Bedarfs an «lebenspraktischer Begleitung» erhalten, wenn die betroffene Person ohne Unterstützung Angehöriger oder Dritter, etwa bei der Tagesstrukturierung, Haushaltsführung oder bei externen Aktivitäten wie Einkaufen und Arztbesuchen, nicht mehr selbstständig agieren kann.

Der Anspruch auf HE besteht unabhängig vom Alter und von der Diagnose und kann ab der Geburt bis zum Tod geltend gemacht werden. Abhängig vom Schweregrad der Hilfslosigkeit (leicht, mittel, schwer) und vom Setting (zu Hause oder im Heim) variiert die Höhe der Entschädigung. Im Jahr 2025 beträgt die monatliche HE im IV-Alter für Versicherte zu Hause 504 Franken bei leichter Hilfslosigkeit, 1260 Franken bei mittelschwerer Hilfslosigkeit und 2016 Franken bei schwerer Hilfslosigkeit. Im AHV-Alter sind die Beträge niedriger: die Entschädigung bei leichter Hilfslosigkeit beträgt pro Monat 252 Franken, bei mittelschwerer Hilfslosigkeit 630 Franken und bei schwerer Hilfslosigkeit 1008 Franken. Wohnt eine versicherte Person im IV-Alter im Heim erhält sie eine monatliche HE von 126 Franken bei leichter Hilfslosigkeit, 315 Franken bei mittelschwerer Hilfslosigkeit und 504 Franken bei schwerer Hilfslosigkeit. Für im Heim lebende Personen im AHV-Alter wird keine HE bei Hilfslosigkeit leichten Grades gewährt. Bei mittelschwerer oder schwerer Hilfslosigkeit werden dieselben monatlichen Beträge ausbezahlt wie für Personen im AHV-Alter, die zuhause leben (630 respektive 1008 Franken).

Die Leistungen werden zwölf Monate im IV-Alter und sechs Monate im AHV-Alter nach Eintritt der Hilfslosigkeit ausbezahlt. Sie sollen den Versicherten ermöglichen, Dienstleistungen von Angehörigen und Dritten im Zusammenhang mit alltäglichen Lebensverrichtungen entschädigen zu können. Die Versicherten können jedoch frei über die gewährte Geldleistung verfügen.

Im Jahr 2023 erhielten 38 369 Erwachsene eine **HE der IV** im Gesamtbetrag von 316 Millionen Franken. Bei den IV-Bezügerinnen und -Bezüglern hatten 51% Anspruch auf eine Entschädigung für eine leichte Hilfslosigkeit, 31% auf eine solche mittleren und 18% auf eine Hilfslosigkeit schweren Grades. Rund 70% der Bezügerinnen und Bezüglern einer HE der IV leben in einer eigenen Wohnung bzw. bei Angehörigen und beziehen gut 85% der ausgerichteten Leistungen. Dieser überproportional hohe Kostenanteil hängt damit zusammen, dass für die Pflege zu Hause viermal so hohe Entschädigungsansätze gelten wie für die Pflege im Heim.

Ebenfalls im Jahr 2023 erhielten rund 70 000 Personen eine **HE der AHV** im Gesamtbetrag von 543 Millionen Franken. Bei den AHV-Bezügerinnen und -Bezüglern hatten 30% Anspruch auf eine Entschädigung für eine leichte Hilfslosigkeit, 44% auf eine solche mittleren und 25% auf eine Hilfslosigkeit schweren Grades. Der Unterschied in der Verteilung der leichten Hilfslosigkeit zwischen HE der IV und jener der AHV hängt damit zusammen, dass im AHV-Alter keine «HE leicht» ausbezahlt wird, wenn die Bezügerinnen oder Bezüglern in einem (Pflege-)Heim wohnen.

¹⁸ Als IV-Alter gilt die Lebensspanne von der Geburt bis zum Erreichen des Referenzalters der AHV oder bis zum Vorbezug einer ganzen AHV-Rente.

3.2.2 Demenz und der Anspruch auf Hilfenentschädigung

Im frühen Stadium der Erkrankung (leichte Demenz) können Betroffene meist noch selbständig leben und benötigen nur punktuell Hilfe im Alltag (siehe Kapitel 2.2.1). Oft ist nur die Fortbewegung¹⁹ betroffen (z. B. Orientierungslosigkeit, Unterstützung bei der Terminplanung). In dieser Phase reicht häufig noch eine kleine indirekte Hilfe, wie Erinnerungen oder kurze Anleitungen, die im Rahmen der HE nicht berücksichtigt werden können. Eine intensive Überwachung ist noch nicht erforderlich. Entsprechend löst dies keinen Anspruch auf eine HE aus.

Überwachung allein ist selten der Hauptgrund für eine HE, da sie meist mit Hilfe bei mehreren Bereichen des täglichen Lebens einhergeht. Gerade bei leichter bis mittelschwerer Demenz können betroffene Personen oft noch für eine gewisse, relativ kurze Zeitspanne allein bleiben, z. B. während Angehörige einkaufen oder einer anderen Tätigkeit nachgehen. In dieser Phase kann die Betreuung oft noch zu Hause erfolgen, insbesondere mit Unterstützung von Angehörigen und der Spitex. Ein Heim-eintritt wird jedoch häufig notwendig, wenn der Betreuungsbedarf steigt und sehr intensiv wird (z. B. bei Weglauftendenz oder Selbstgefährdung) und/oder die Belastung für die Familie zu gross wird – etwa, weil Angehörige berufstätig sind oder das ambulante Betreuungsnetz nicht mehr ausreicht.

Im IV-Alter können die Kriterien für lebenspraktische Begleitung erfüllt werden, wenn die an Demenz erkrankte Person bei instrumentellen Alltagsaktivitäten (IADL) überfordert ist. Zu diesem Zeitpunkt erfolgt die Unterstützung vorwiegend indirekt, etwa bei der Strukturierung des Tagesablaufs. Im weiteren Verlauf der Erkrankung wächst der Unterstützungsbedarf. Ab einem gewissen Punkt, wenn die Unterstützung über die lebenspraktische Begleitung hinausgeht und eine eins-zu-eins-Betreuung erforderlich wird, können auch die alltäglichen Lebensverrichtungen (ADL) berücksichtigt werden.

Im AHV-Alter tritt Demenz oft zusammen mit anderen Diagnosen auf, und eine HE wird häufiger aufgrund intensiver Hilfe- oder Überwachungsbedarfe zugesprochen. Im AHV-Alter führt Demenz schneller zu einem Anspruch auf HE, da die Krankheit häufig bereits fortgeschritten ist und neben Überwachung auch Hilfe bei den alltäglichen Lebensverrichtungen erforderlich wird.

3.3 Assistenzbeitrag der IV

Assistenzbeiträge (AB) werden nach aktuellem Recht (Art. 43ter AHVG bzw. Art. 42quater ff. IVG) nur an Personen ausbezahlt, die eine HE der IV erhalten oder vor dem Rentenalter erhalten haben. Eine Ausweitung auf das AHV-Alter steht zur Diskussion (Kapitel 3.3.1). Für Menschen mit Demenz bestehen bei diesem Sozialversicherungsinstrument spezifische Herausforderungen (Kapitel 3.3.2).

3.3.1 Leistungssystem des Assistenzbeitrags

Menschen, die zu Hause leben und eine HE der IV erhalten, haben Anspruch auf einen AB. Mit dieser finanziellen Leistung können sie Personen anstellen, die im Alltag, Haushalt, in der Freizeit, am Arbeitsplatz oder bei der Kinderbetreuung Unterstützung leisten. Im Jahr 2023 bezogen 4556 Personen AB in Höhe von insgesamt 123 Millionen Franken.

Personen im AHV-Alter haben nur dann Anspruch auf einen AB, wenn sie diesen bereits im IV-Alter bezogen haben (Besitzstandsgarantie). Nach Erreichen des AHV-Alters ist eine Erhöhung des Beitrags ausgeschlossen. Im Jahr 2023 machten 856 Bezügerinnen und Bezüger im AHV-Alter AB in Höhe von 20 Millionen Franken geltend.

Das Postulat 22.4262 SGK-N «Ambulant vor stationär für Menschen mit Behinderung nach Erreichen des AHV-Alters durch Zugang zu Assistenzbeiträgen»²⁰ beauftragt den Bundesrat, zu prüfen, ob eine Ausweitung des Anspruchs auf AB im AHV-Alter die soziale Absicherung verbessern und Heimeintritte verzögern oder verhindern könnte. Das BSV hat diesbezüglich eine Studie in Auftrag gegeben, die insbesondere Datengrundlagen liefern soll, um diese Fragen beantworten zu können. Da AB an den

¹⁹ Diese Begrifflichkeit wurde von der Rechtsprechung definiert und anschliessend im Kreisschreiben über Hilflo-sigkeit (KSH; <https://sozialversicherungen.admin.ch/de/d/18480>) übernommen.

²⁰ <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20224262>

Bezug von HE geknüpft sind, wird der Bericht auch diese beleuchten. Es ist wahrscheinlich, dass anhand der im Rahmen der Studie erfolgten Datenanalysen Aussagen zum Nichtbezug von HE gemacht werden können, was in Bezug auf die Finanzierung der Betreuung von Menschen mit Demenz von besonderem Interesse sein könnte.

3.3.2 Demenz und der Anspruch auf einen Assistenzbeitrag

Der Assistenzbeitrag (AB) setzt voraus, dass die versicherte Person die Assistenzpersonen eigenständig anstellt und damit Arbeitgeberpflichten übernimmt. Für Menschen mit Demenz kann das Wahrnehmen dieser Rolle unmöglich sein bzw. werden, wenn sie mit Fortschreiten der Erkrankung in vielen Fällen nicht mehr über die in Bezug auf diese nicht alltägliche Handlung notwendige Urteilsfähigkeit (Art. 16 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches ZGB; SR 210) verfügen. In solchen Fällen sind sie auf die Unterstützung durch Angehörige bzw. eine rechtlichen Vertretungsperson (im Sinne von Art. 360 bzw. Art. 374 bis 376 ZGB) oder subsidiär entsprechende Erwachsenenschutzmassnahmen, z.B. die Unterstützung durch eine Beistandsperson (Art. 390 ff. ZGB), angewiesen, um den AB effektiv nutzen zu können.

3.4 Ergänzungsleistungen der IV und AHV

Die Ergänzungsleistungen (EL) zur IV und AHV garantieren Personen mit einer IV- oder AHV-Rente das Existenzminimum und gehören zur ersten Säule. Die rechtlichen Grundlagen und die Funktion der EL werden in Kapitel 3.4.1 dargestellt. Die Bedeutung der EL für Menschen mit Demenz wird in Kapitel 3.4.2 thematisiert. Kapitel 3.4.3 erläutert rechtliche Änderungen, die unter der Bezeichnung «Anerkennung des betreuten Wohnens» laufen und in Zukunft auch Menschen mit Demenz zugutekommen könnten.

3.4.1 Leistungssystem der Ergänzungsleistungen

Bund und Kantone richten EL an Personen aus, deren Existenzbedarf nicht durch die Leistungen der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung gedeckt ist. Jede bedürftige Person, welche die persönlichen und wirtschaftlichen Voraussetzungen erfüllt, hat somit Anspruch auf EL. Dazu gehören die jährliche EL, die eine periodische Geldleistung ist, sowie die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten. Das System der EL basiert auf dem Subsidiaritätsprinzip, wonach staatliche Unterstützung dann gewährt wird, wenn die eigenen Mittel und die anderen Sozialversicherungen nicht ausreichen.

Zur Regelung der EL verfügt der Bund über eine obligatorische und konkurrierende Rechtsetzungskompetenz (Art. 112a Abs. 2 BV), von der er mit der Verabschiedung des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG; SR 831.30) sowie der entsprechenden Ausführungsbestimmungen Gebrauch gemacht hat. Die Ergänzungsleistungen bestehen aus den jährlichen Ergänzungsleistungen und der Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten. Bei Letzteren legt das Bundesrecht lediglich einen Rahmen fest. Die Einzelheiten regeln die Kantone. Die Finanzierung obliegt ihnen allein.

Die Kantone verfügen infolge der Mindestvorschriften des Bundesrechts über einen gewissen Spielraum zur Regelung bestimmter Punkte (z. B. Festlegung der Tagestaxen der Heime und Spitäler sowie des Betrags für persönliche Auslagen (Art. 10 Abs. 2 ELG), Höhe des Vermögensverzehr, der bei einem Heimaufenthalt zu berücksichtigen ist (Art. 11 Abs. 2 ELG), Übernahme zusätzlicher Krankheits- und Behinderungskosten und/oder Anhebung der Mindestbeträge (Art. 2 Abs. 2, Art. 14 Abs. 2 und 3 ELG)). Der Anspruch auf EL ist hingegen im Bundesrecht umfassend geregelt. Die Organisation des Vollzugs ist Sache der Kantone, wobei die kantonalen Vollzugsbestimmungen vom Bund zu genehmigen sind (Art. 29 Abs. 1 ELG).

Zur Berechnung der jährlichen EL werden die anerkannten Ausgaben einer Person oder eines Ehepaares ermittelt, die die anrechenbaren Einnahmen übersteigen. Die Differenz wird in Form von EL ausbezahlt. Bei zu Hause lebenden Personen umfassen die anerkannten Ausgaben einen Betrag für

den allgemeinen Lebensbedarf, den Mietzins (bis zu einem Höchstbetrag), allfällige Gewinnungskosten, Gebäudeunterhaltskosten und Hypothekarzinsen, Beiträge an die Sozialversicherungen des Bundes, die Prämie der obligatorischen Krankenversicherung sowie geleistete familienrechtliche Unterhaltsbeiträge. Bei in Heimen oder Spitälern lebenden Personen werden anstelle des Betrags für den allgemeinen Lebensbedarf und des Mietzinses die Tagestaxe sowie ein vom Kanton zu bestimmender Betrag für persönliche Auslagen anerkannt.

Die Vergütung der Krankheits- und Behinderungskosten ist in den Artikeln 14–16 ELG sowie 19–19b ELV (SR 801.301) geregelt. Diese Bestimmungen präzisieren, dass Leistungen der Hilfe zu Hause, einschliesslich der Pflege und Betreuung, vergütet werden können, sofern sie notwendig und ordnungsgemäss ausgewiesen sind. Bei Personen mit Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung der IV erhöht sich der Mindestbetrag bei schwerer oder mittelschwerer Hilflosigkeit, soweit die Kosten für Pflege und Betreuung nicht durch die Hilflosenentschädigung und den Assistenzbeitrag gedeckt sind. Die Umsetzung ist Sache der Kantone, die namentlich die übernommenen Leistungen, die Voraussetzungen für den Bezug und die zulässigen Beträge genau festlegen.

3.4.2 Demenz und der Anspruch auf Ergänzungsleistungen

Die EL berücksichtigen keine krankheitsbedingten Situationen. Demenz wird also nicht auf besondere Weise behandelt. Bei der Kostenübernahme geht es um die Deckung des Existenzbedarfs, der Kosten für den Aufenthalt in einem Heim sowie der Leistungen der Betreuung zu Hause (in der Zuständigkeit der Kantone), dies ohne Differenzierung nach Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung.

Wie weiter oben ausgeführt, vergüten die EL Krankheits- und Behinderungskosten. Allerdings sind die Vergütungen von Kanton zu Kanton verschieden. Für Menschen mit Demenz, deren Betreuungs- und Pflegebedarf oft komplex ist und mit der Zeit zunimmt, bedeutet das, dass mit den EL der Existenzbedarf, die zusätzlichen Kosten für den Aufenthalt in einer Einrichtung sowie bestimmte Leistungen der Betreuung zu Hause je nach kantonalen Regelungen subsidiär gedeckt werden können. Die Unterbringungskosten können je nach Einkommen und Vermögen der betroffenen Person ganz oder teilweise gedeckt sein. Im Rahmen der Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten via die EL wird auch die Beteiligung der versicherten Person an den durch die OKP gedeckten Kosten, inkl. Selbstbehalt und Franchise, gemäss den Bestimmungen des Bundes übernommen. Im Rahmen der Pflegefinanzierung übernehmen die Kantone (und/oder Gemeinden) gemäss Artikel 25a Absatz 5 KVG die Restfinanzierung der Pflegeleistungen. Diese Finanzierung erfolgt unabhängig vom Anspruch auf Ergänzungsleistungen.

3.4.3 Anerkennung des betreuten Wohnens in den Ergänzungsleistungen zur AHV und IV

Die Leistungen der Betreuung zu Hause werden von den Kantonen im Rahmen der Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten übernommen. Die vom Bundesrat initiierte Vorlage zur Änderung des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV betreffend die Leistungen für Hilfe und Betreuung zu Hause (24.070) soll hauptsächlich diese Praktiken zwischen den Kantonen harmonisieren und die Anerkennung bestimmter Leistungen verbessern. Diese Reform sieht die Einführung neu zu vergütender Leistungen für Hilfe und Betreuung zu Hause sowie die Gewährung von Zuschlägen im Rahmen der EL vor. Dies soll die Autonomie von Betagten sowie von Bezügerinnen und Bezüglern von EL zur IV sowie ihren Verbleib zu Hause fördern.

Die Leistungen für Hilfe und Betreuung zu Hause werden auf Bezügerinnen und Bezüger von EL zur AHV und IV ausgeweitet, die zu Hause oder in einer betreuten Wohnform leben. Derzeit benötigt ein Drittel der in einem Alters- oder Pflegeheim lebenden Personen weniger als eine Stunde Pflege pro Tag. Für diese Personen wäre der Verbleib zu Hause oder betreutes Wohnen besser geeignet und könnte einen vorzeitigen Heimeintritt verhindern.

Eine Liste der Mindestleistungen wird gesetzlich festgelegt, was bedeutet, dass die Kantone darüberhinausgehende Leistungen vorsehen können. Zu diesen anerkannten Leistungen gehört die Finanzierung von Diensten wie Notrufsystemen, Haushaltshilfe, Begleit- und Fahrdienst, mit denen eine bessere Lebensqualität für die Begünstigten gewährleistet werden soll. Auch für Menschen mit Demenz,

die einen Anspruch auf EL haben, können diese Leistungen von grosser Bedeutung sein und einen längeren Verbleib zuhause ermöglichen.

Damit die Begünstigten diese Leistungen angesichts ihrer bescheidenen Verhältnisse und der in der Regel langen Leistungsdauer nicht vorfinanzieren müssen, werden sie in Form von Pauschalen vergütet. Die Vorlage sieht auch einen Zuschlag für die Miete einer bedarfsgerechten Wohnung sowie die Vergütung baulicher Anpassungen (Schwellen, Handläufe usw.) vor, wobei die Berechnung auf den effektiven Kosten basiert. Personen mit einem Assistenzbeitrag der IV erhalten Anspruch auf einen Zuschlag für die Miete eines zusätzlichen Zimmers für die Nachtassistenz. Der Zuschlag für die Miete einer rollstuhlgängigen Wohnung wird nur unter den Anspruchsberechtigten des Haushalts aufgeteilt, und auf höchstens zwei Zuschläge beschränkt.

Gemäss der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen fällt die Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten, konkret von Betreuungsleistungen und baulichen Anpassungen, in die Kompetenz der Kantone. Entsprechend kommen die damit erzielten Einsparungen bei den Heimaufenthalten auch nur den Kantonen zugute.

Der Änderungsentwurf wurde im Herbst 2024 an das Parlament überwiesen, und die entsprechenden Debatten wurden in der Sommersession 2025 abgeschlossen. National- und Ständerat unterstützten den Entwurf des Bundesrats insgesamt. Die Bestimmungen zu den Leistungen für Hilfe und Betreuung zu Hause sollen voraussichtlich im Jahr 2028 in Kraft treten. Dank dieser Zeitspanne haben die Kantone genügend Zeit, ihre Gesetze an die Vorlage anzupassen.

3.5 Pflegeleistungen nach KVG

In Kapitel 3.5.1 werden zunächst die Vergütung und Finanzierung der Pflegeleistungen nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) allgemein dargelegt. Die bestehenden Herausforderungen in Bezug auf Pflegeleistungen für Menschen mit Demenz und laufende Arbeiten werden in Kapitel 3.5.2 erläutert. In Kapitel 3.5.3 wird anschliessend kurz auf die Koordination zwischen den Finanzierungsinstrumenten sowie die Frage der Überentschädigung eingegangen.

3.5.1 Vergütung und Finanzierung der Pflegeleistungen

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) übernimmt nach Artikel 25 KVG die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen. Die Pflegeleistungen bei Krankheit nach Artikel 25a KVG sind in Artikel 7 Absatz 2 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV; SR 832.112.31) präzisiert. Dabei wird zwischen verschiedenen Leistungsarten unterschieden, die verschiedene Massnahmen umfassen: Massnahmen der Abklärung, Beratung und Koordination, Massnahmen der Untersuchung und Behandlung sowie Massnahmen der Grundpflege. Leistungsdefinition und -umfang sind schweizweit einheitlich, unabhängig davon, in welchem Bereich (ambulant, Pflegeheim, Tages- und Nachtstrukturen) die Leistung erbracht wird. Von den Pflegeleistungen nach KVG abzugrenzen sind weitere Leistungen wie die Betreuung, die nicht von der OKP übernommen werden.

Die **OKP** leistet einen **Beitrag** an die ambulant und im Pflegeheim erbrachte Pflegeleistungen. Der Bundesrat hat die Kompetenz, die Höhe des Beitrags festzulegen, an das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) delegiert. Im ambulanten Bereich sind für die Pflegeleistungen Beiträge vorgesehen, die – nach Leistungsart differenziert – vom Zeitaufwand abhängen. Pro Stunde vergütet die OKP momentan für Leistungen der Abklärung, Beratung und Koordination 76.90 Franken, für Leistungen der Behandlungspflege 63 Franken und für Leistungen der Grundpflege 52.60 Franken. Die Vergütung der Beiträge erfolgt in Zeiteinheiten von fünf Minuten (Art. 7a Abs. 2 KLV). Der Beitrag der OKP an Pflegeleistungen im Pflegeheim ist pauschaliert. Die Höhe des Beitrags hängt vom Pflegebedarf der pflegebedürftigen Person ab. Nach Artikel 7a Absatz 3 KLV werden zwölf Stufen unterschieden. Bei einem Pflegebedarf bis 20 Minuten pro Tag vergütet die OKP momentan 9.60 Franken an die Pflegeleistungen, der höchste Beitrag beträgt 115.20 Franken pro Tag bei einem Pflegebedarf von mehr als 220 Minuten.

Die Regelung der **Restfinanzierung** sieht eine Begrenzung der von den Sozialversicherungen nicht gedeckten Pflegekosten zulasten der Versicherten auf höchstens 20% des höchsten Pflegebeitrags der OKP vor. Die Finanzierung der darüber hinaus gehenden Restkosten der Pflegeleistungen wird von den Kantonen geregelt und durch diese selbst oder allenfalls von den Gemeinden übernommen. Die Finanzierung von weiteren Leistungen, insbesondere solchen mit gemeinwirtschaftlichem Charakter wie Aufnahme- und Versorgungspflicht, liegt im Ermessen der Kantone. Ab 1. Januar 2032 werden sämtliche Leistungen nach KVG, auch die Pflegeleistungen, nach einem einheitlichen Schlüssel finanziert. Die Versicherer übernehmen sodann höchstens 73.1% der Kosten, die Kantone mindestens 26.9%.²¹

Pflegeleistungen werden auch im Rahmen einer stationären Behandlung (Art. 25 KVG) erbracht. Sie werden in diesem Setting jedoch nicht separat vergütet, sondern sind in den Kosten der Leistungserbringung enthalten und werden über den jeweils massgebenden Tarif abgegolten (SwissDRG, TARPSY oder ST Reha, siehe Kapitel 3.6).

Darüber hinaus können Pflegeleistungen auch von **Angehörigen** erbracht werden. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung können auch Angehörige, die über keine fachliche Ausbildung in der Pflege verfügen, Grundpflegeleistungen zulasten der OKP erbringen, wenn sie bei einer Organisation der Krankenpflege und Hilfe zu Hause angestellt sind und Pflegefachpersonen sie adäquat begleiten und überwachen (siehe insbesondere Bundesgerichtsentscheid 145 V 161 vom 18.4.2019²²). Der Bundesrat hat am 15. Oktober 2025 einen Bericht zum Thema verabschiedet (Bundesrat, 2025).

3.5.2 Demenz und Pflegeleistungen

Eine im Auftrag von Spitex Schweiz durchgeführte Studie zur Leistungsintensität von Klientinnen und Klienten der Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause zeigt, dass der Bedarf an Grund- und Behandlungspflege bei Personen mit einer Demenzdiagnose im Vergleich zu Personen ohne Demenzdiagnose höher ist und vergleichsweise auch mehr Einsätze nötig sind (Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, 2024). Demenz dürfte somit grundsätzlich die **Komplexität** bei der Pflege erhöhen und sich auf die **Leistungsintensität** auswirken.

Bei der Finanzierung von Pflegeleistungen in komplexen Situationen (wie Demenz oder Palliative Care) besteht grundsätzlich ein Potenzial für die Weiterentwicklung und Verbesserung der Transparenz. Namentlich müssten sie sachgerechter abgebildet und gegenüber anderen, nicht von der OKP finanzierten Leistungen (wie Betreuung) besser abgegrenzt werden (BAG, 2024).

Eine sachgerechte Abbildung und klare Abgrenzung sind wesentliche Voraussetzungen für eine sachgerechte Vergütung. Denn nur so können die Gestehungskosten den einzelnen Kostenträgern zugeordnet werden, so dass in die Tarifiermittlung nur die Kosten für KVG-Leistungen einfließen.

Dies gilt insbesondere auch im Hinblick auf die mit der Einführung der einheitlichen Finanzierung ab 2032 vorgesehene Vergütung der Pflegeleistungen mittels Tarife. Diese werden von den Tarifpartnern (Leistungserbringer und Versicherer) vereinbart und das bisherige System ersetzen, bei dem die Pflegeleistungen mit Beiträgen der OKP, der Pflegebedürftigen sowie der Restfinanzierung durch Kantone (und/oder ihre Gemeinden) vergütet werden (siehe auch Kapitel 1.4.2 und 3.5.1). Die Pflegebedürftigen werden nach wie vor einen Beitrag an die Kosten der Pflegeleistungen leisten müssen. Die Akteure erarbeiten derzeit die dafür notwendigen Grundlagen (Überarbeitung von Tätigkeitslisten, Anpassungen bei den Pflegebedarfsermittlungsinstrumenten).

Ausserdem ist zurzeit ein Antrag auf **Anpassung der Krankenpflege-Leistungsverordnung** (KLV; SR 832.112.31) zwecks Kostenübernahme von demenzspezifischen Pflegeleistungen durch die OKP

²¹ Alle ambulanten und stationären Leistungen nach KVG – mit Ausnahme der Pflegeleistungen – werden bereits ab 1. Januar 2028 von der OKP und den Kantonen nach einem gleichem Verteilschlüssel finanziert. (Siehe dazu auch: <https://www.bag.admin.ch/de/volksabstimmung-zur-anderung-des-bundesgesetzes-ueber-die-krankenversicherung-kvg-einheitliche-finanzierung-der-leistungen>.)

²² Siehe: https://www.bger.ch/ext/eurospider/live/de/php/clir/http/index.php?highlight_docid=atf%3A%2F%2F145-V-161%3Ade&lang=de&type=show_document&zoom=

beim BAG in Bearbeitung. Im Anschluss berät die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK) den Antrag und gibt eine Empfehlung an das EDI ab. Das EDI entscheidet abschliessend über die Aufnahme einer neuen Leistung in die KLV.²³

3.5.3 Koordination und Überentschädigung

Im Herbst 2024 hat das Bundesgericht entschieden, dass bei einem Zusammentreffen von KVG-Pflegebeiträgen und einer Hilflosenentschädigung (HE) zur AHV oder IV keine Überentschädigung entstehen kann (Bundesgerichtsurteil 9C_480/2022 vom 29.08.2024²⁴). Die Krankenversicherer dürfen somit bei pflegebedürftigen Personen mit einem Anspruch auf HE den OKP-Beitrag an Pflegeleistungen nicht mit der HE verrechnen und entsprechend kürzen. Dies bedeutet für HE-berechtigte Menschen mit Demenz ebenso wie für alle anderen Personen, die Anspruch auf HE haben, dass ihnen diese Sozialversicherungsleistung weiterhin vollumfänglich zur freien Verfügung steht und insbesondere für Betreuungskosten eingesetzt werden kann. Beim Assistenzbeitrag (AB) wird hingegen der für die Grundpflege ausgerichtete Beitrag der OKP an Pflegeleistungen nach Artikel 25a KVG abgezogen (Art. 42^{sexies} Absatz 1 Bst c IVG).

3.6 Abbildung von Demenz in den stationären Tarifstrukturen

Für stationäre Spitalbehandlungen bestehen drei Tarifstrukturen: Swiss Diagnosis Related Groups (SwissDRG) für die Akutsomatik, TARPSY für die stationäre Psychiatrie und ST Reha für die stationäre Rehabilitation. Ihre grundsätzliche Funktionsweise wird in Kapitel 3.6.1 kurz in Erinnerung gerufen. Kapitel 3.6.2 geht der Frage der Kostendeckung von stationären Spitalaufenthalten von Menschen mit Demenz nach und beantwortet damit Teilfrage 2 aus der Begründung des Postulates 22.3867 SGK-N.

3.6.1 Stationäre Tarifstrukturen

Im Rahmen der Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung, die am 1. Januar 2009 in Kraft trat, wurden die rechtlichen Grundlagen gelegt, um die Vergütung von stationären Leistungen der Spitäler und Geburtshäuser neu nach leistungsbezogenen Pauschalen schweizweit einheitlich zu regeln. In einem solchen System wird jeder Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien wie Hauptdiagnose, Nebendiagnosen und weiteren Faktoren, einer Gruppe von Behandlungsfällen – sogenannten Fallgruppen (z. B. Blinddarmoperationen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, pulmonale Rehabilitation) – zugeordnet.

Die Definition der Fallgruppen und die Höhe der Kostengewichte sind schweizweit einheitlich und bilden zusammen die Tarifstruktur des Vergütungssystems. Das Kostengewicht (*cost weight*) einer Fallgruppe reflektiert den relativen – d. h. im Vergleich zu den anderen in der Tarifstruktur abgebildeten Fallgruppen –, durchschnittlichen Behandlungsaufwand. Die Kostengewichte werden auf der Grundlage der Fallkostendaten ausgewählter Spitäler ermittelt. Die Erarbeitung und jährliche Weiterentwicklung der gesamtschweizerischen Tarifstruktur ist eine der zentralen Aufgaben der SwissDRG AG, einer gemeinsamen Organisation der Leistungserbringer, Versicherer und Kantone. Die Tarifpartner müssen die Tarifstruktur dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreiten.

Für die Vergütung von stationären Behandlungen wurden drei nationale Tarifstrukturen entwickelt (SwissDRG, TARPSY, ST Reha):

- Für die Vergütung der stationären akutsomatischen Spitalbehandlungen kommt seit 1. Januar 2012 die **Tarifstruktur SwissDRG** (Swiss Diagnosis Related Groups) schweizweit zur Anwendung. Sie

²³ Siehe dazu auch: <https://www.bag.admin.ch/de/antragsprozesse-allgemeine-leistungen>

²⁴ Siehe: https://www.bger.ch/ext/eurospider/live/de/php/aza/http/index.php?highlight_docid=aza://29-08-2024-9C_480-2022&lang=de&zoom=&type=show_document

wird in Spitälern und Geburtshäusern angewendet. Die Vergütung (leistungsbezogene Pauschale) je Fallgruppe ergibt sich aus einem Kostengewicht multipliziert mit einem Basispreis²⁵.

- Die **Tarifstruktur TARPSY** wird seit dem 1. Januar 2018 für die Vergütung von stationären Leistungen in der Psychiatrie angewendet. Sie definiert relative Tageskosten, welche die Besonderheit aufweisen, dass die relativen Kosten zeitlich degressiv sind: je länger die Aufenthaltsdauer, desto niedriger die relativen Tageskosten. Um die Vergütung für einen Aufenthalt in der Psychiatrie zu bestimmen, müssen also die Kostengewichte mit der Aufenthaltsdauer und dem Basispreis multipliziert werden.
- Der Bereich der **stationären Rehabilitation** wird seit dem 1. Januar 2022 über die Tarifstruktur ST Reha vergütet. Diese sieht, ähnlich wie TARPSY, relative Kostengewichte pro Tag vor. Die Vergütung eines Rehabilitationsaufenthalts wird durch die Multiplikation der Kostengewichte mit der Aufenthaltsdauer und dem Basispreis ermittelt.

3.6.2 Abbildung von Demenz

Demenz wird in den stationären Tarifstrukturen entweder als Haupt- oder Nebendiagnose erfasst. Die Kodierung erfolgt anhand der entsprechenden ICD-10-GM-Kodes (F00–F03), welche die spezifische Art der Demenz sowie deren Ursache abbilden. Zur Analyse, ob gewisse Fallgruppen sachgerecht in den stationären Tarifstrukturen abgebildet werden, wird ein **Deckungsgrad** für diese Fallgruppen berechnet. Die Deckungsgrade werden hierzu anhand eines hypothetischen Basispreises ermittelt. Der hypothetische Basispreis bezeichnet den Basispreis, der erforderlich wäre, um sicherzustellen, dass schweizweit alle Fälle im Durchschnitt kostendeckend sind. Für eine perfekt sachgerechte Abbildung der Fallgruppen in den stationären Tarifstrukturen wird ein Deckungsgrad von 100% angestrebt. Ein Deckungsgrad, der deutlich über 100% liegt, deutet auf eine Überfinanzierung hin, während ein Deckungsgrad von deutlich unter 100% eine Unterfinanzierung signalisiert. Bei der Auswertung ist zu beachten, dass eine grössere Anzahl Fälle die Aussagerobustheit des Deckungsgrades steigert und dass die Berechnung der Deckungsgrade unabhängig von allfälligen Erlösen aus Zusatzentgelten ist. Für die Abbildung von Demenz in den stationären Tarifstrukturen im Jahr 2023 ergeben sich die Werte in Tab. 1.

Tab. 1: Abbildung von Demenz in den stationären Tarifstrukturen, 2023

Diagnosetyp	SwissDRG		TARPSY		ST Reha	
	Fallzahl	Deckungsgrad	Fallzahl	Deckungsgrad	Fallzahl	Deckungsgrad
Hauptdiagnose	1 161	104.09%	723	102.65%	94	110.33%
Nebendiagnose	27 914	93.29%	3 257	97.54%	4 127	97.49%

Quelle: SwissDRG AG, eigene Darstellung BAG

Die Deckungsgrade deuten für alle stationären Tarifstrukturen auf eine grundsätzlich sachgerechte Abbildung von Demenz als **Hauptdiagnose** hin. In der Abbildung der Fälle mit einer **Nebendiagnose** Demenz zeigt sich ein heterogenes Bild: Vertiefte Analysen zeigen, dass die vergleichsweise weniger komplexen Behandlungsfälle mit einer Nebendiagnose Demenz sachgerecht abgebildet sind. Aufwendige Fälle mit vielen Nebendiagnosen zeigen eine geringe Unterdeckung. Jedoch spielt bei diesen Fällen die Nebendiagnose Demenz eher eine untergeordnete Rolle im Ressourcenverbrauch. In mehr als 50% der Fälle wird eine unspezifische Demenzdiagnose kodiert.

²⁵ Der Basispreis (*Baserate*) ist eine Art Durchschnittswert für stationäre Behandlungen in einem bestimmten Spital. Die Basispreise können je nach Spital unterschiedlich sein. Der Basispreis wird durch die Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer) vereinbart und vom zuständigen Kanton genehmigt. Können sich die Tarifpartner nicht auf einen Basispreis einigen, so setzt der Kanton den Basispreis fest.

Wie oben erwähnt, ist die SwissDRG AG für die regelmässige Weiterentwicklung der stationären Tarifstrukturen verantwortlich. Sie überprüft dabei unter anderem, ob die jeweiligen Fallgruppen (z. B. auch jene betreffend Demenz) sachgerecht in den Tarifstrukturen abgebildet werden. Somit ist sichergestellt, dass Demenz als Hauptdiagnose auch in Zukunft in den stationären Tarifstrukturen sachgerecht abgebildet werden kann. Für die sachgerechtere Abbildung von Demenz als Nebendiagnose ist primär eine differenzierte Erfassung der Demenzdiagnosen notwendig. Diese bessere Datengrundlage ist die Voraussetzung dafür, dass im Rahmen der Weiterentwicklung der Tarifstruktur weitere Verbesserungen erzielt werden können. Sollte der Bundesrat trotz einer differenzierteren Erfassung der Demenzdiagnosen bei künftigen Genehmigungsverfahren für die stationären Tarifstrukturen weiterhin Handlungsbedarf für eine bessere Abbildung von Demenzerkrankungen als Nebendiagnose erkennen, hätte er z. B. die Möglichkeit, die SwissDRG AG bzw. die Tarifpartner aufzufordern, ein besonderes Augenmerk auf die Abbildung dieses Krankheitsbildes zu richten (wie dies beispielsweise bei der Kindermedizin geschehen ist).

4 Psychopharmaka in der Demenzbehandlung

Der Einsatz von Psychopharmaka zur Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Symptomen der Demenz (BPSD) ist sowohl in der breiten Öffentlichkeit als auch in der Fachwelt umstritten. Hauptgründe dafür sind die teils schwerwiegenden Nebenwirkungsrisiken und der mangelnde Wirksamkeitsnachweis (Savaskan et al., 2024). Insbesondere Benzodiazepine/Z-Substanzen (Beruhigungs- und Schlafmittel) und Antipsychotika stehen in der Kritik, da sie bei längerer Einnahme zu einer Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit, zu Störungen im Bewegungsablauf mit erhöhter Sturzgefahr, zu kardialen Symptomen und zu Abhängigkeitsproblemen führen können. Daher wird empfohlen, diese Medikamente nur sehr begrenzt und unter strenger Kontrolle zu verabreichen (Savaskan et al., 2024). Auch trizyklische Antidepressiva sollten gemäss Expertinnen und Experten vermieden werden, da sie bei älteren Menschen häufig starke Nebenwirkungen haben und die kognitive Leistungsfähigkeit beeinträchtigen können (Savaskan et al., 2024).

Kapitel 4.1 gibt zunächst einen Überblick über die Ergebnisse der Analysen des Bezugs von Psychopharmaka durch Personen ab 70 Jahren. Kapitel 4.2 widmet sich der Abgabe dieser Medikamente an Menschen mit Demenz in Pflegeheimen. Schliesslich wird in Kapitel 4.3 erläutert, wie der Einsatz von Psychopharmaka in der Behandlung von Menschen mit Demenz gemäss Expertinnen- und Expertenmeinung reduziert werden kann.

4.1 Bezug von Psychopharmaka durch Menschen ab 70 Jahren

Im Auftrag der Nationalen Plattform Demenz hat das Obsan im Jahr 2024 erstmals nationale Zahlen zum Bezug bzw. zur Abgabe von Psychopharmaka an Menschen mit Demenz aufbereitet. Da Personen mit Demenz in diesen aggregierten Versicherungsdaten nicht direkt identifiziert werden können (z. B. über Diagnosecodes), erfolgt eine Annäherung über das Alter (Schuler et al., 2024).

Die Analysen zeigen, dass Antipsychotika in der Allgemeinbevölkerung ab 70 Jahren im Jahr 2022 häufiger bezogen wurden als sechs Jahre zuvor (+9% zwischen 2016 und 2022). Demgegenüber ging der Einsatz von Benzodiazepinen/Z-Substanzen um 30% zurück, während die Abgabe von Antidepressiva weitgehend konstant blieb (-1%;). Ähnliche Entwicklungen zeigen sich in der Vergleichsgruppe der unter 70-Jährigen, allerdings in geringerem Ausmass: Der Anstieg bei den Antipsychotika war nur halb so stark und der Rückgang bei den Benzodiazepinen/Z-Substanzen weniger ausgeprägt. Dafür stieg der Anteil der bezogenen Antidepressiva in dieser Gruppe leicht an (Schuler et al., 2024).

Der deutlichere Rückgang des Bezugs von Benzodiazepinen/Z-Substanzen bei Menschen ab 70 Jahren im Vergleich zu den unter 70-Jährigen könnte laut den Studienautorinnen und -autoren darauf hindeuten, dass diese Medikamente bei Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Symptomen der Demenz (BPSD) inzwischen zurückhaltender eingesetzt werden. Gleichzeitig könnte der

vergleichsweise stärkere Anstieg des Antipsychotika-Bezugs bei Menschen ab 70 Jahren auf eine gewisse Verschiebung von Benzodiazepinen/Z-Substanzen hin zu sedierenden Antipsychotika hindeuten (Schuler et al., 2024).²⁶

4.2 Abgabe von Psychopharmaka an Menschen mit Demenz in Pflegeheimen

In derselben Studie (Schuler et al., 2024) wurde auch die Abgabe von Psychopharmaka an Personen in Pflegeheimen analysiert. Anders als in den oben verwendeten Versicherungsdaten (siehe Kapitel 4.1), erlauben die Daten der Pflegeheime eine direkte Identifikation von Bewohnenden mit Demenz oder Demenzverdacht. Erstmals wurden die Daten aus den Pflegebedarfserhebungsinstrumenten RAI/RUG (werden in Deutschschweizer Kantonen, im Kanton Freiburg und im Tessin verwendet) und PLAISIR (wird in der Mehrheit der Westschweizer Kantone genutzt) bezüglich Demenz gegenübergestellt. Aus Transparenzgründen werden die Ergebnisse getrennt dargestellt, wobei die PLAISIR-Daten in Klammern angegeben sind.

Im Jahr 2022 erhielten 37% (34%) aller Pflegeheimbewohnenden ab 70 Jahren (ohne Personen mit Schizophrenie) Antipsychotika. Antidepressiva wurden an 32% (47%) dieser Altersgruppe verabreicht (ohne Personen mit einer affektiven Störung). Etwa 2% der Bewohnenden erhielten Benzodiazepine/Z-Substanzen (Schuler et al., 2024).

Die Analyse zeigt zudem **deutliche Unterschiede** zwischen Bewohnenden mit einer diagnostizierten Demenz oder einem Demenzverdacht und solchen ohne entsprechende Diagnose oder Verdacht. Erstere erhalten deutlich häufiger Psychopharmaka als letztere, wobei Personen mit Schizophrenie oder affektiven Störungen in den Analysen jeweils ausgeschlossen wurden (siehe Tab. 2).

Die Ergebnisse zum Einsatz von Antipsychotika weisen in die gleiche Richtung wie jene einer Studie von Giger et al. (2022), die auf Daten aus den Jahren 2019 und 2020 basiert.

Benzodiazepine/Z-Substanzen werden insgesamt restriktiver eingesetzt. Dennoch werden sie bei Bewohnenden mit einer diagnostizierten Demenz oder mit Demenzverdacht häufiger verabreicht (3%) als bei Bewohnenden ohne Demenzdiagnose (2%) oder ohne Demenzverdacht (1%) (Schuler et al., 2024).

Tab. 2: Anteil der Pflegeheimbewohnenden ab 70 Jahren mit Antipsychotika-Verschreibungen (ohne Personen mit Schizophrenie), mit Benzodiazepinen/Z-Substanzen-Verschreibungen und mit Antidepressiva-Verschreibungen (ohne Personen mit affektiven Störungen), 2022

	Antipsychotika	Benzodiazepine/ Z-Substanzen	Antidepressiva
Mit Demenzdiagnose	50% (44%)	n.a. (3%)	35% (49%)
Ohne Demenzdiagnose	25% (32%)	n.a. (2%)	29% (46%)
Mit Demenzverdacht	49% (42%)	n.a. (3%)	35% (48%)
Ohne Demenzverdacht	20% (21%)	n.a. (1%)	28% (45%)

Quelle: Schuler et al., 2024, S. 6, eigene Darstellung BAG

Laut den Studienautorinnen und -autoren könnte dies nahelegen, dass die bestehenden Empfehlungen – insbesondere jene zum Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Symptomen der Demenz (BPSD) (Savaskan et al., 2014; Savaskan et al., 2024) und die DemCare-Empfehlungen (Alzheimer Schweiz & BAG, 2020) – in der Praxis noch nicht ausreichend beachtet werden und Antipsychotika tatsächlich aufgrund ihrer sedierenden Wirkung eingesetzt werden. Für eine fundierte Einschätzung der Situation wären jedoch Daten zu Behandlungsdauer und Dosierung nötig (Schuler et al.

²⁶ Einschränkung muss angemerkt werden, dass die Daten weder Aussagen zur Behandlungsdauer noch zur Intensität der Behandlung erlauben (Schuler et al., 2024).

2024). Die im Rahmen der Studie beigezogenen Fachexpertinnen und -experten werten die Ergebnisse als Hinweis darauf, dass im Umgang mit Menschen mit Demenz in Pflegeheimen weiterhin Verbesserungsbedarf besteht.

4.3 Reduktion des Einsatzes von Psychopharmaka

Um den Einsatz von Psychopharmaka – insbesondere von Antipsychotika – in der Behandlung von Menschen mit Demenz zu reduzieren, ist laut Fachexpertinnen und -experten eine **demenzgerechte Grundhaltung** im Umgang mit diesen Menschen erforderlich. Zahlreiche aktuelle Publikationen unterstreichen die Bedeutung dieser person-zentrierten Haltung (Savaskan et al., 2024; Schuler et al., 2024; SMC, 2024) (siehe Kapitel 2.3.2). Zudem gilt ein individuell abgestimmter Therapieplan als essenziell, um mögliche Nebenwirkungen zu überwachen und die Wirksamkeit der Behandlung zu prüfen (Savaskan et al., 2024).

Die DemCare-Empfehlungen für Langzeitinstitutionen (Alzheimer Schweiz & BAG, 2020) wurden im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie 2014-2019 erarbeitet. Sie basieren auf einem Konzept von Qualitätskriterien, das 2013 von den Pflegezentren der Stadt Zürich erarbeitet wurde, und bieten in sieben Kapiteln – von übergeordneten Grundsätzen über Interprofessionalität bis hin zur Ernährung – konkrete Handlungsansätze. Den Fachexpertinnen und -experten zufolge besteht in all diesen Bereichen Optimierungspotenzial, um die medikamentöse Behandlung – insbesondere von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Symptomen der Demenz (BPSD) – zu minimieren oder ganz zu vermeiden.

Bereits die teilweise **Umsetzung** dieser Empfehlungen kann sich **positiv** auf Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz auswirken. Nicht veröffentlichte Zahlen des Gesundheitszentrums für das Alter Bachwiesen (Stadt Zürich)²⁷ beispielsweise zeigen zwischen 2021 und 2023 – parallel zur Umsetzung der DemCare-Empfehlungen in der Institution – einen Rückgang des Einsatzes von Antipsychotika bei Bewohnenden mit Demenz von über 6.5% (von 18.8% auf 12.1%; RAI-Auswertung der Prävalenz der Antipsychotika-Einnahme). Gleichzeitig, so die Expertinnen- und Expertenmeinung, fühlt sich das (grossteils wenig qualifizierte) Betreuungs- und Pflegepersonal in Pflegeheimen befähigt, mit herausfordernden Situationen besser umzugehen. Dies erhöht nicht nur die Arbeitszufriedenheit, sondern trägt auch zum Verbleib im Beruf bei. So stellen die Gesundheitszentren für das Alter der Stadt Zürich fest, dass die Personalfuktuation auf spezialisierten Demenzabteilungen geringer ist als auf anderen Abteilungen (nicht publizierte Beobachtung).

Es gibt verschiedene Bestrebungen, die DemCare-Empfehlungen in der Praxis stärker zu verankern. So hat beispielsweise CURAVIVA, der nationale Branchenverband der Dienstleister für Menschen im Alter, im Auftrag der Nationalen Plattform Demenz eine Einschätzung von Praxisvertreterinnen und -vertretern aus Langzeitpflegeinstitutionen eingeholt. Das Ziel dabei war, fördernde und hindernde Faktoren für die Umsetzung der Empfehlungen in der Praxis besser zu identifizieren. Gemeinsam wurden Ansätze entwickelt, wie die Empfehlungen erfolgreich in den Institutionen etabliert und nachhaltig umgesetzt werden können (BAG, 2024a).

Dass der Medikation in Pflegeheimen **gebührende Aufmerksamkeit** geschenkt werden muss, wurde auch anderweitig erkannt und entsprechend aufgegriffen:

- Im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms (NFP) 74 wurde das **Forschungsprojekt** «Interprofessionelle Qualitätszirkel verbessern Medikation in Alters- und Pflegeheimen» finanziert. Die Forschenden schliessen aus den Ergebnissen, dass die Entwicklung und Implementierung mehrstufiger, interprofessioneller Verfahren zur Optimierung der Medikation in Pflegeheimen sinnvoll erscheint.²⁸

²⁷ <https://www.stadt-zuerich.ch/gesundheitszentren/de/standorte/spezialisierte-pflege/bachwiesen.html>

²⁸ <https://www.nfp74.ch/de/L3YeDk2hQvJYrE53/projekt/projekt-bugnon>

- CURAVIVA und der Schweizer Apothekerverband (pharmaSuisse) veröffentlichten Ende Mai 2025 einen überarbeiteten **Leitfaden** zum Thema «Medikamentenversorgung in Pflegeinstitutionen» (CURAVIVA & pharmaSuisse, 2025).
- Anfang 2025 schrieb die Eidgenössische Qualitätskommission (EQK) die Vergabe des Projekts «**Nationalen Aktionsplans** Medikationssicherheit in der Schweiz» öffentlich aus. Die Entwicklung des Aktionsplans umfasst auch die Ausarbeitung einer Roadmap zum weiteren Vorgehen zur Verbesserung der Medikationssicherheit.²⁹

Darüber hinaus wies der Bundesrat bereits in seiner Stellungnahme vom 24. Mai 2024 zur Motion 23.3384 Bircher (Herzog) «Überdosierungen bei Psychopharmaka-Abgaben verhindern und die Medikationssicherheit in Alters- und Pflegeheimen fördern!»³⁰ auf entscheidende, bereits bestehende Aspekte hin, die seiner Meinung nach die sichere Abgabe von Arzneimitteln gewährleisten können sollten: Die Aufgaben und Pflichten der Ärzteschaft (Beachtung der anerkannten Regeln der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaften), jene der Fachgesellschaften (insbesondere Entwicklung von Richtlinien und Leitfäden für die Ärzteschaft) und der kantonalen Behörden (Aufsicht über die universitären Medizinalpersonen). Zudem wies der Bundesrat darauf hin, dass im Rahmen der Umsetzung der Motion 18.3512 Stöckli «Recht auf einen Medikationsplan zur Stärkung der Patientensicherheit»³¹ das Anrecht auf einen elektronischen oder gedruckten Medikationsplan als weitere Massnahme zur Verbesserung der Medikationssicherheit geprüft wird.

5 Schlussfolgerungen des Bundesrates

In Kapitel 5.1 werden grundsätzliche Feststellungen des Bundesrates dargelegt. Kapitel 5.2 geht auf die einzelnen Teilfragen des Postulats 22.3867 SGK-N ein. Ergänzende Überlegungen hält der Bundesrat in Kapitel 5.3 fest.

5.1 Grundsätzliche Feststellungen

Aufgrund der **demografischen Entwicklung** wird es künftig mehr Menschen mit Demenz geben und damit auch mehr Angehörige, die die betroffenen Menschen oft über viele Jahre hinweg begleiten und betreuen. Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass auch die Zahl der alleinstehenden Menschen mit Demenz steigen wird. Es ist dem Bundesrat ein Anliegen, Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen die gebührende Aufmerksamkeit zu schenken. In seiner gesundheitspolitischen Strategie 2020 - 2030 (Gesundheit2030) hat er bereits zum Ausdruck gebracht, dass die heutigen Strukturen zu stark auf die Akutversorgung ausgerichtet sind.³² In diesem Sinne hält er es für unabdingbar, dass die Gesundheitsversorgung «demenzgerechter» wird.

Menschen mit Demenz benötigen umfassende Begleitung, Betreuung, Pflege und Behandlung – und dies im Laufe der Erkrankung zunehmend (siehe Kapitel 2). Wie der vorliegende Bericht aufzeigt, ist die Finanzierung der verschiedenen Betreuungs- und Pflegeleistungen grundsätzlich geregelt (Kapitel 3.2 bis 3.5). Allerdings erfolgt sie nicht aus einer Hand, da das **Versorgungs- und Finanzierungssystem fragmentiert** ist. Dies bringt Hürden mit sich.

Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen brauchen das Wissen darüber, «wo man was wie bekommt» – seien es Leistungen oder finanzielle Unterstützung. Sie benötigen Kompetenzen bzw. gegebenenfalls Hilfe, um die entsprechenden administrativen Schritte unternehmen zu können. Es ist offensichtlich, dass diese Voraussetzungen nicht für alle in gleichem Mass gegeben sind, sondern stark vom Lebenshintergrund (Ausbildung, Einkommen, Herkunft etc.) und vom familiären Umfeld der

²⁹ <https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2025/34/de>

³⁰ <https://www.parlament.ch/DE/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20233384>. Der Bundesrat beantragte die Ablehnung der Motion, der Nationalrat nahm sie am 11. September 2024 an.

³¹ <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20183512>

³² <https://www.bag.admin.ch/de/gesundheitspolitische-strategie-des-bundesrats-20202030>

betroffenen Personen (Haushaltsform, Präsenz, Bereitschaft und Fähigkeiten betreuender Angehöriger etc.) abhängen.

Zudem bedeutet die Fragmentierung, dass Betroffene mit zahlreichen verschiedenen Stellen in Kontakt sind (z. B. Organisationen der Hilfe und Pflege zuhause, Tagesstätten, Hausärzteschaft, Pflegeheime auf der Versorgungsseite; Vollzugsorganen der IV, AHV und EL, Krankenversicherern, etc. für Finanzierungsfragen). Es stellt sich also nicht nur die Frage des Zugangs zu Informationen und der ggf. nötigen Hilfe, sondern auch die Frage der Koordination: Wer behält wie den Überblick? Wer verfügt über eine umfassende und neutrale Gesamtschau der regional verfügbaren Versorgungsangebote? Wer kennt die einzelnen Finanzierungsinstrumente und deren Zusammenspiel?

Eine Folge mangelnder Information und Koordination kann sein, dass Sozialversicherungsleistungen (ebenso wie weitere Sozialleistungen) nicht bezogen werden, obwohl ein Anspruch gegeben wäre. In diesem Zusammenhang sind Betroffenenorganisationen bzw. Organisationen der Altershilfe wesentliche Akteure. Die Beratungsaktivitäten von Alzheimer Schweiz, ihren kantonalen Sektionen sowie Pro Senectute und deren kantonalen Organisationen sind essenziell und werden bereits durch Finanzhilfen des Bundes (AHV-Fonds) unterstützt. Ebenso bedeutungsvoll ist die Arbeit dieser Organisationen an der Destigmatisierung von Demenz, die ebenfalls ein hinderlicher Faktor für den Bezug von Sozialversicherungsleistungen sein kann.

5.2 Stellungnahme zu den Teilfragen

Im Folgenden nimmt der Bundesrat zu den einzelnen Teilfragen des Postulats 22.3867 SGK-N Stellung.

5.2.1 Teilfrage 1 – Stationäre und ambulante Langzeitpflege

Gemäss der Nationalen Plattform Demenz sollen «Analysen zur Finanzierung in laufende Evaluationen und Weiterentwicklungen bestehender Finanzierungssysteme» eingebracht werden. Der Bericht soll die Ergebnisse dieses Projekts aufzeigen, respektive den aktuellen Stand präsentieren.

Die Kapitel 3.1 bis 3.5 zeigen, dass die bestehenden Finanzierungsinstrumente auch Menschen mit Demenz zugutekommen. Insbesondere die Hilflosenentschädigung (HE), die es Betroffenen ermöglichen soll, Hilfe- und Betreuungsleistungen zu bezahlen, ist nicht einkommens- oder vermögensabhängig. Da sie jedoch nicht zweckgebunden ist, kann bei Bezügerinnen und -Bezüglern und deren Angehörigen der Eindruck entstehen, dass viele der in Anspruch genommenen Betreuungsleistungen «aus eigener Tasche» bezahlt werden müssen. Dies ist allerdings ein Trugschluss, da die HE eine staatliche Transferleistung ist.

Ergänzungsleistungen (EL) sind hingegen als Hilfe zur Sicherung des Existenzminimums gedacht. Sie springen auch bei Menschen mit Demenz dann ein, wenn diese gemäss Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) nicht über genügend finanzielle Ressourcen verfügen. Die Anerkennung des betreuten Wohnens in den EL zur IV und AHV kommt auch Menschen mit Demenz zugute.

Im Hinblick auf Pflegeleistungen stellt Transparenz über Kosten und Leistungen grundsätzlich eine unabdingbare Voraussetzung für eine sachgerechte Tarifierung und somit Vergütung dar. Deshalb ist auch bei Menschen mit Demenz die sachgerechte Abbildung der für sie erbrachten Pflegeleistungen von zentraler Bedeutung.

Bis zur Einführung der einheitlichen Finanzierung sind die Pflegeleistungen in erster Linie im Rahmen der Restfinanzierung durch die Kantone (oder subsidiär, gemäss entsprechenden kantonalen Regelungen die Gemeinden) sachgerecht zu vergüten. Gleichzeitig ist es Aufgabe der Tarifpartner, in den kommenden Jahren einen Tarif für die Vergütung der Pflegeleistungen zu entwickeln, die ab 2032 einheitlich finanziert werden. Da die einheitliche Finanzierung nur die Finanzierung der KVG-Leistungen, nicht aber den KVG-Leistungsumfang verändern wird, kann dieser Tarif nur das abbilden bzw. vergüten, was erfasst wird. Insofern ist die Weiterentwicklung der Instrumente der Pflegebedarfsermittlung

von entscheidender Bedeutung. Diese Instrumente sollten es ermöglichen, auch komplexe Pflegesituationen, wie sie bei Menschen mit Demenz auftreten, sowohl in Bezug auf den Zeitaufwand als auch die Leistungsintensität sachgerecht zu erfassen (siehe Kapitel 3.5).

In Bezug auf den KVG-Leistungsumfang ist zurzeit ein Antrag auf Anpassung der KLV (SR 832.112.31) zwecks Kostenübernahme von demenzspezifischen Pflegeleistungen durch die OKP beim BAG in Bearbeitung. Im Anschluss berät die Eidgenössische Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK) den Antrag und gibt eine Empfehlung an das EDI ab. Das EDI entscheidet abschliessend über die Aufnahme einer neuen Leistung in die KLV.

Lösungsansätze / Empfehlungen:

- **Bessere Berücksichtigung neurodegenerativer Erkrankungen wie Demenz in den Anspruchskriterien:** Im Hinblick auf eine künftige IV-Revision (jedoch nicht die vom Bundesrat am 20. Juni 2025 angekündigte) soll u.a. eine Optimierung der Leistungen der HE, des Assistenzbeitrags und des Intensivpflegezuschlags geprüft werden. Dabei sollen auch neurodegenerative Erkrankungen wie Demenz angemessen berücksichtigt werden.
- **Weiterentwicklung der Pflegebedarfsermittlung:** Der Bundesrat empfiehlt den Leistungserbringern, gemeinsam mit den Versicherern und den Kantonen die Weiterentwicklung der Pflegebedarfsermittlung fortzuführen, um so auch den Pflegebedarf von Menschen mit Demenz sachgerechter abbilden zu können. Die Kantone können dies unterstützen, indem sie eine systematische Erfassung der entsprechenden Leistungen und eine transparente Kostenrechnung verlangen. Auf dieser Grundlage können sie eine sachgerechte und nachvollziehbare Restfinanzierung festlegen.

5.2.2 Teilfrage 2 – Spitäler

Sind die aktuellen DRG (diagnosebezogenen Fallgruppen) für die Betreuung von Menschen mit Demenz in Akutspitälern kostendeckend, wo es nicht erlaubt ist, Zusatzentgelt gemäss der Schweizerischen Operationsklassifikation CHOP 99.cx (Pflegekomplexbehandlung) zur Anwendung zu bringen?

Alle drei Tarifstrukturen (SwissDRG, TARPSY und ST Reha) bilden Demenz als Hauptdiagnose sachgerecht ab – auch ohne die Anwendung von Zusatzentgelten. Bei Demenz als Nebendiagnose zeigt sich eine geringfügige Unterdeckung. Laut detaillierteren Analysen wird bei über 50% der Nebendiagnosen die Demenz nicht näher spezifiziert. Es besteht somit Handlungsbedarf hinsichtlich einer differenzierteren Diagnostik von Demenz im stationären Bereich. Nur so kann die erforderliche Datengrundlage geschaffen werden, um die Abbildung von Demenz über die Tarifpflege durch die SwissDRG AG weiter zu verbessern (siehe Kapitel 3.6.2).

Lösungsansatz / Empfehlung:

- **Differenzierte Erfassung der Demenzdiagnosen:** Der Bundesrat empfiehlt den Tarifpartnern und der SwissDRG AG, auf eine präzisere und differenzierte Erfassung von Demenzdiagnosen bei stationären Aufenthalten hinzuarbeiten.

5.2.3 Teilfrage 3 – Entlastung von betreuenden Angehörigen

Wie kann die Finanzierung von Entlastungsangeboten (Tageskliniken u. ä.) verbessert werden, damit alle Angehörige von Menschen mit Demenz von solchen Angeboten profitieren können, unabhängig von ihrer finanziellen Situation?

Angehörige leisten seit jeher einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Sie tragen dazu bei, die nötigen Betreuungs- und Pflegekapazitäten bereitzustellen.

len und dürften bis zu einem gewissen Grad auch zur Entlastung der angespannten Fachkräftesituation in Betreuung und Pflege beitragen. Betreuende Angehörige haben sowohl für die Gesellschaft als Ganzes als auch für die betreute Person im Einzelfall einen hohen Stellenwert.

Wie der Bundesrat schon in seiner Stellungnahme vom 31. August 2022 zum Postulat 22.3867 SGK- N erwähnte, wurde die Finanzierung von Entlastungsangeboten im Rahmen des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017-2020» bereits dargelegt. Es zeigte sich, dass Sozialversicherungsleistungen wie die HE oder EL, die zur Finanzierung beitragen könnten, wenig bekannt sind oder deren Bezug mit hohen Zugangshürden verbunden wird. Der Bundesrat verweist diesbezüglich auf die in Kapitel 5.1 formulierten Feststellungen.

5.2.4 Teilfrage 4 – Einsatz von Psychopharmaka

Infolge mangelnder Betreuung werden sehr oft Psychopharmaka, insbesondere Neuroleptika verabreicht. Wie kann deren Einsatz vermindert werden?

Die Betreuung, Pflege und Behandlung von Menschen mit Demenz erfordern weit mehr als medikamentöse Interventionen. Laut Expertinnen und Experten sollte insbesondere bei Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Symptomen der Demenz (BPSD) der Fokus auf nicht-medikamentöse Ansätze gelegt werden. Die häufige und/oder langfristige Verabreichung von Psychopharmaka kann erhebliche Nebenwirkungen verursachen und die Lebensqualität der Betroffenen stark beeinträchtigen (siehe Kapitel 2.3.3 und Kapitel 4).

Die in den Kapiteln 4.1 und 4.2 dargestellten Datenanalysen weisen auf einen klaren Handlungsbedarf bezüglich der Verabreichung von Psychopharmaka hin. Entsprechende Arbeiten sind bereits im Gange (siehe Kapitel 4.3). In diesem Zusammenhang kommt den Arbeiten der Nationalen Plattform Demenz eine zentrale Rolle zu. Sie unterstützt Fachgesellschaften und andere relevante Akteure bei der Erarbeitung und Verbreitung von Grundlagendokumenten. Der Bundesrat sieht keinen darüberhinausgehenden Handlungsbedarf in seiner Kompetenz.

5.3 Ergänzende Überlegungen

Die Verantwortung für eine demenzgerechte Betreuung, Pflege und Behandlung liegt grundsätzlich bei allen im Gesundheits- und Sozialwesen tätigen Fachpersonen und Institutionen.

Dazu müssen die Kompetenzen des Gesundheitspersonals kontinuierlich gefördert werden. Eine gezielte **Aus-, Weiter- und Fortbildung** im Bereich Demenz stärkt die Handlungssicherheit – zum Wohl der Menschen mit Demenz und der Fachkräfte selbst (siehe Kapitel 4.3). Erwartbare positive Auswirkungen sind insbesondere eine erhöhte Arbeitszufriedenheit, eine verbesserte Demenzdiagnostik, eine frühzeitige Erkennung von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Symptomen der Demenz (BPSD) sowie die Anwendung nicht-medikamentöser Behandlungsansätze, bevor auf Psychopharmaka zurückgegriffen wird.

Neben der Schulung des Gesundheitspersonals ist auch die **hausärztliche Versorgung in Langzeitinstitutionen** von entscheidender Bedeutung. Sie trägt wesentlich zu einer individualisierten, angemessenen und zugleich zurückhaltenden medikamentösen Behandlung bei. Darüber hinaus unterstützt sie die Demenzdiagnostik, die Vermeidung unangemessener Spitalaufenthalte und die gesundheitliche Vorausplanung (GVP), sofern diese nicht bereits im ambulanten Setting erfolgt ist.

Im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie wurde eine Bestandesaufnahme zur **demenzgerechten Versorgung in Spitälern und Kliniken** durchgeführt (Berger, 2017). Auch daraus geht klar hervor, welche zentrale Bedeutung dem Fachwissen über Demenz in allen Gesundheitsberufen zukommt. Wie Demenzpflege im Akutspital strukturell verankert werden kann, ist unter anderem Gegenstand einer Studie des Kompetenzzentrums Demenz der Ostschweizer Fachhochschule (Aldbrecht et al., 2024).

Dem Bundesrat ist es darüber hinaus ein Anliegen festzuhalten, dass nicht alle Verbesserungen in der Betreuung, Pflege und Behandlung von Menschen mit Demenz (ausschliesslich) von zusätzlicher (Regel-)Finanzierung abhängig sind. Vielmehr kann sich die Entwicklung **innovativer Versorgungsmodelle** als zielführend erweisen, um die Betreuung, Begleitung und Behandlung von Menschen mit Demenz nachhaltig zu verbessern.

Möglichkeiten zur Inspiration und Innovation bieten Austauschgefässe wie die vom BAG betriebene Plattform für Gesundheitsprojekte www.bag-blueprint.ch und Fördergefässe wie «Effizienz in der medizinischen Grundversorgung (EmGv)» des BAG oder «Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV)» von Gesundheitsförderung Schweiz. Im Rahmen des letztgenannten Förderprogramms laufen seit Januar 2025 drei Demenzprojekte über einen Zeitraum von vier Jahren. Eines davon ist das Projekt «PortoFaro – Ein Hafen für junge Menschen mit Demenz und ihre Familien» (Gesundheitsförderung Schweiz, 2024). Es richtet sich an Menschen mit Demenz, die aufgrund ihres vergleichsweise jungen Alters vor besonderen Herausforderungen stehen, da sie beispielsweise noch berufstätig sind bzw. es zum Zeitpunkt der Diagnose waren oder minderjährige Kinder haben.

Ein relativ junges Alter kann für Menschen mit Demenz einen zusätzlichen **Vulnerabilitätsfaktor** darstellen. Gleiches gilt für Menschen mit Migrationsgeschichte, mit intellektueller Beeinträchtigung, Personen, die der LGBTQIA+ Community angehören, für Frauen sowie sozioökonomisch benachteiligte Personen. Besonders herausfordernd wird es, wenn mehrere dieser Faktoren zusammentreffen – wie steht es in solchen Fällen um die Chancengleichheit im Sozial- und Gesundheitswesen?

In Bezug auf zahlreiche der genannten Aspekte hat die **Nationale Plattform Demenz** von Bund und Kantonen bereits wertvolle Impulse gesetzt. Der Bundesrat unterstützt auch weiterhin ihren Einsatz für die Vernetzung der Akteurinnen und Akteure auf nationaler Ebene, die Erarbeitung und Verbreitung von Grundlagendokumenten gemeinsam mit Fachpersonen aus dem Feld sowie ihr Engagement dafür, dass Demenz in möglichst alle relevanten Bereiche der Gesundheits- und Sozialpolitik einfließt. Damit leistet die Plattform einen wichtigen Beitrag dazu, innerhalb des fragmentierten Systems aktiv Brücken zu schlagen.

Literaturverzeichnis

- Adlbrecht, L., Zeller, H., & Helfenberger, N. (2024). *Praxisleitfaden Dementia Care im Akutspital. Empfehlungen für die Praxisentwicklung*. Ostschweizer Fachhochschule. https://www.ost.ch/fileadmin/dateiliste/3_forschung_dienstleistung/institute/ipw/koc_demenz/praxisleitfaden_dementia_care_im_akutspital.pdf
- Alzheimer Schweiz (2017). *Frontotemporale Demenz: Krankheitsbilder, Rechtsfragen und Hilfe für Angehörige*. <https://www.alzheimer-schweiz.ch/de/publikationen-produkte/produkt/detail/frontotemporale-demenz-krankheitsbilder-rechtsfragen-und-hilfe-fuer-angehoerige-1> (abgerufen am 2. August 2025)
- Alzheimer Schweiz (2022). *Häufige Ursachen der Demenz*. https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/Dokumente/Publikationen-Produkte/163-05D_2022_haeufige_ursachen_der_demenz.pdf
- Alzheimer Schweiz (2025). *Demenz in der Schweiz 2025. Zahlen und Fakten*. https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/Dokumente/Publikationen-Produkte/Factsheet_DemenzCH_2025_DE.pdf
- Alzheimer Schweiz (2025). *Was ist Demenz?* <https://www.alzheimer-schweiz.ch/de/ueber-demenz/beitrag/was-ist-demenz> (abgerufen am 2. August 2025)
- Alzheimer Schweiz & Bundesamt für Gesundheit (2020). *DemCare: Empfehlungen für Langzeitinstitutionen. Begleitung, Betreuung, Pflege und Behandlung von Personen mit Demenz*. <https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/67oPFUHHYxIE/empfehlungen-langzeitpflege.pdf>
- Ashton, N. J., Brum, W. S., Di Molfetta, G., Benedet, A. L., Arslan, B., Jonaitis, E., Langhough, R. E., Cody, K., Wilson, R., Carlsson, C. M., Vanmechelen, E., Montoliu-Gaya, L., Lantero-Rodriguez, J., Rahmouni, N., Tissot, C., Stevenson, J., Servaes, S., Therriault, J., Pascoal, T., ... Zetterberg, H. (2024). *Diagnostic accuracy of a plasma phosphorylated tau 217 immunoassay for Alzheimer disease pathology*. *JAMA Neurology*, 81(3), 255–263. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2023.5319>
- Berger, S. (2017). *Demenzgerechte Versorgung in den Spitälern und Kliniken: Bestandesaufnahme im Rahmen von Projekt 3.4 der Nationalen Demenzstrategie 2014-2019*. H+ Die Spitäler der Schweiz. 2017-09_Hplus_Bericht_NDS-3.4_Demenzgerechte_Versorgung.pdf
- Bopp-Kistler, I. (2016). *Demenz. Fakten Geschichten Perspektiven*. Rüffer & Rub.
- Bundesamt für Gesundheit (2020). *Förderprogramm «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020». Synthesebericht*. https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/XLx7hwm5a2/synthesebericht_fp_ba.pdf
- Bundesamt für Gesundheit (2024). *Umsetzungsstand der Neuordnung der Pflegefinanzierung. Bericht des Bundesamtes für Gesundheit an den Bundesrat*. <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/87373.pdf>
- Bundesamt für Gesundheit (2024a). *DemCare: Verbreitung der Empfehlungen für Langzeitinstitutionen*. <https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/qQaiFw8JfKzv/bericht-demcare-verbreitung-der-empfehlungen-fuer-langzeitinstitutionen.pdf>
- Bundesamt für Gesundheit & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2016). *Nationale Demenzstrategie 2014–2019. Erreichte Resultate 2014–2016 und Prioritäten 2017–2019*. <https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/NJ2ewdhmQ3pl/nds-2014-2019.pdf>
- Bundesamt für Statistik (2024). *Todesursachenstatistik 2023*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.gnpdetail.2024-0101.html> (abgerufen am 2. August 2025)
- Bundesrat (2016). *Bestandesaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege: Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Postulate 12.3604, 14.3912 und 14.4165*. <https://www.parlament.ch/en/eparl/curia/2012/20123604/Bericht%20BR%20D.pdf>

- Bundesrat (2025). *Pflegeleistungen von Angehörigen im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung*. Bericht des Bundesrates. <https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/TODPM1JGU4IH/Bericht%20BR%2020251015%20Pflegerende%20Angeh%C3%B6rige.pdf>
- Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (2021). *Indikatoren «Versorgungsmonitoring Demenz» Prävalenzschätzungen zu Demenzerkrankungen in der Schweiz*. Bundesamt für Gesundheit. https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/zy2kR7RPz2Sv/praevalenzschaetzung_demenz.pdf
- Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (2023). *Indikatoren «Versorgungsmonitoring Demenz» Sterbefälle mit registrierter Demenzerkrankung*. Bundesamt für Gesundheit. <https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/zKsoUqVdKRnw/FB1%20Sterbef%C3%A4lle%20mit%20Demenzerkrankung.pdf>
- CURAVIVA & pharmaSuisse (2025). *Leitfaden «Medikamentenversorgung in Pflegeinstitutionen»*. https://www.curaviva.ch/files/3MLSLNL/medikamentenversorgung_in_pflegeinstitutionen_leitfaden_curaviva_pharmasuisse_2025.pdf
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft – Landesverband Bayern e. V. (2025). *Ursachen einer Demenz*. <https://www.alzheimer-bayern.de/index.php/demenz/ursachen-einer-demenz> (abgerufen am 2. August 2025)
- Dutoit, L., Zufferey, J., & Pellegrini, S. (2024). *Behandlungsverläufe von Demenzpatientinnen und -patienten: Analyse der vorhandenen Daten* (Obsan Bericht 15/2024). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2025-02/obsan_15_2024_bericht.pdf
- Ecoplan (2019). *Alzheimer Schweiz Demenzkostenstudie 2019: Gesellschaftliche Perspektive*. Alzheimer Schweiz. <https://www.alzheimer-schweiz.ch/de/ueber-demenz/beitrag/alzheimer-schweiz-demenzkostenstudie-2019-gesellschaftliche-perspektive> (abgerufen am 2. August 2025)
- Ecoplan (2019a). *Betreuende Angehörige von Menschen mit Demenz. Schlussbericht im Rahmen des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige»*. Bundesamt für Gesundheit. <https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/qTig7Aq7owNM/betreuende-angehoerige-demenz.pdf>
- Felbecker, A., Rouaud, O., Lathuiliere, A., Allali, G., Sollberger, M., Meyer-Heim, T., Monsch, A.U., Lövlblad, K., Becker, S., Barro-Belaygues, N., Popp, J., Bürge, M., Lindheimer, K., Gietl, A., Jung, H.H., Georgescu, D., Meyer, R., Frisoni, G.B. (2025). *Anti-Amyloid Monoclonal Antibodies for the Treatment of Alzheimer Disease: Intersocietal Recommendations for their Appropriate Use in Switzerland*. *Neurodegenerative Diseases* 25, 114-125. <https://doi.org/10.1159/000545799>
- Frey, K., Frey, M., Schläpfer, B., & Suri, M. (2019). *Evaluation «Nationale Demenzstrategie 2014-2019»*. *Schlussbericht*. Bundesamt für Gesundheit. <https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/RCzfapCfdMcz/2019-evaluation-nationale-demenzstrategie-2014-2019-schlussbericht.pdf>
- Frisoni, G. B., Festari, C., Massa, F., Cotta Ramusino, M., Orini, S., Aarsland, D., Agosta, F., Babiloni, C., Borroni, B., Cappa, S. F., Frederiksen, K. S., Froelich, L., Garibotto, V., Haliassos, A., Jessen, F., Kamondi, A., Kessels, R. P. C., Morbelli, S. D., O'Brien, J. T., ... Nobili, F. (2024). *European intersocietal recommendations for the biomarker-based diagnosis of neurocognitive disorders*. *The Lancet Neurology*, 23(3), 302–312. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(23\)00447-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(23)00447-7)
- Gesundheitsförderung Schweiz (2024). *Projektförderung Prävention in der Gesundheitsversorgung. Projekt «PortoFaro – Ein Hafen für junge Menschen mit Demenz und ihre Familien»*. <https://gesundheitsfoerderung.ch/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/projektfoerderung/gefoerderte-projekte/portofaro> (abgerufen am 28. Oktober 2025)
- Giger, M., Anliker, M., & Bartelt, G. (2022). *Polymedikation und Neuroleptika in Schweizer Pflegeheimen in den Jahren 2019 und 2020*. *Praxis*, 111(11), 612–617. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a003909>
- Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbæk, G., Alladi, S., Ames, D., Banerjee, S., Burns, A., Brayne, C., Fox, N. C., Ferri, C. P., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Nakasujja, N., Rockwood, K., ... Mukadam, N. (2024). *Dementia prevention, intervention,*

and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *The Lancet*, 404(10452), 572–628. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0)

Meyer, R., Monsch, A., Allali, G., Barro-Belaygues, N., Becker, S., Bürge, M., Frisoni, G. B., Georgescu, D., Gietl, A., Jung, H. H., Lathuilière, A., Lindheimer, K., Lövblad, K. O., Meyer-Heim, T., Popp, J., Rouaud, O., Sollberger, M., ... Felbecker, A. (2024). *Alzheimer-Krankheit – Systembereitschaft im Kontext neuer Entwicklungen. Praxis*, 113(11–12), 293–296. <https://doi.org/10.23785/PRA-XIS.2024.11.002>

Neukomm, S., Götzö, M., Baumeister, B., Bock, S., Gisiger, J., Kaiser, N., Kehl, K., Gisler, F., & Strohmeier, R. (2019). *Tages- und Nachtstrukturen – Einflussfaktoren der Inanspruchnahme. Schlussbericht des Forschungsmandats G5 des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020»*. Bundesamt für Gesundheit. https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/7uQ7kzOFtpSA/Schlussbericht_Tages-Nachtstrukturen.pdf

Podgorski, C. A., Anderson, S. D., & Parmar, J. (2021). *A biopsychosocial-ecological framework for family-framed dementia care. Frontiers in Psychiatry*, 12, 744806. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.744806>

Ritter, A. (2024). *Ein simpler Test. Schweizerische Ärztezeitung*, 105(16), 18–20. <https://www.fmh.ch/files/pdf30/saez-bms-2024-16-de.pdf>

Savaskan, E., Bopp-Kistler, I., Buerge, M., Fischlin, R., Georgescu, D., Giardini, U., Hatzinger, M., Hemmeter, U., Justiniano, I., Kressig, R. W., Monsch, A., Mosimann, U. P., Mueri, R., Munk, A., Popp, J., Schmid, R., & Wollmer, M. A. (2014). *Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD). Praxis*, 103(3), 135–148. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a001547>

Savaskan, E., Georgescu, D., Becker, S., Benkert, B., Blessing, A., Bürge, M., Felbecker, A., Hatzinger, M., Hemmeter, U. M., Hirsbrunner, T., Klöppel, S., Latour Erlinger, G., Lornsen, F. J., Peter, J., Schlögl, M., Sollberger, M., Ngamsri, T., Verloo, H., Vögeli, S., ... Zúñiga, F. (2024). *Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie der Behavioralen und Psychischen Symptome der Demenz (BPSD). Praxis*, 113(2), 34–43. <https://doi.org/10.23785/PRA-XIS.2024.01.001>

Schlögl, M. (2025, 21. April). *Interview zum Umgang mit Aggression bei Menschen mit Demenz* [Podcast-Episode]. In *Chopfsach – Demenz-Podcasts* (Folge 16: Aggression – sind Menschen mit Demenz aggressiv?). Podcastschmiede AG, Stiftung Plattform Mäander. <https://www.podcast-schmiede.ch/podcasts/chopfsach> (abgerufen am 2. August 2025)

Schuler, D., Roth, S., & Pellegrini, S. (2024). *Psychopharmaka in der Demenzbehandlung* (Obsan Bulletin 01/2024). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2024-06/obsan_bulletin_2024_01_d.pdf

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2017). *Medizin-ethische Richtlinien. Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz*. https://www.samw.ch/dam/jcr:8859a70b-7c46-4796-98f6-3f50dced8a36/richtlinien_samw_demenz.pdf

Socialdesign (2022). *Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) im Bereich Demenz. Referenzdokument für Fachpersonen aus den Bereichen Demenz und PGV*. Bundesamt für Gesundheit. <https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/63BDFifkCRf3/referenzdokument-pgv-demenz.pdf>

Spector, A., & Orrell, M. (2010). *Using a biopsychosocial model of dementia as a tool to guide clinical practice. International Psychogeriatrics*, 22(6), 957–965. <https://doi.org/10.1017/S1041610210000840>

Spectra (2025). *Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Diagnose und Behandlung von Demenz beachten. spectra*, 143. Bundesamt für Gesundheit. <https://www.spectra-online.ch/de/spectra/artikel/geschlechtsspezifische-unterschiede-bei-der-diagnose-und-behandlung-von-demenz-beachten-1199-29.html> (abgerufen am 2. August 2025)

Stettler, P., Jäggi, J., Heusser, C., Gajta, P., & Stutz, H. (2023). *Betreuung im Alter – Bedarf, Angebote und integrative Betreuungsmodelle*. (Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht

07/2023). Bundesamt für Sozialversicherungen. https://www.bsv.admin.ch/dam/bsv/de/dokumente/fgg/studien/07-23D-eBericht_23112023.pdf.download.pdf/07-23D-eBericht_23112023.pdf

Stucki, M., Vinci, L., Vetsch-Tzogiou, C., Grobet, C., Cakir, L., Müller, B., Kohler, A., Marzetta, J., Schärer, X., Sharakin, M., Thommen, C., Zemlyanska, Y., Eichler, K., Kauer, L., Berger, F., Hughes-Brühlmann, S., Boes, S., Mattli, R., Lutz, N., & Wieser, S. (2025). *Kosten der übertragbaren und nicht-übertragbaren Krankheiten sowie Kosten der Risikofaktoren Übergewicht/Adipositas und Bewegungsmangel in der Schweiz*. Bundesamt für Gesundheit. <https://www.bag.admin.ch/de/forschungsberichte-nichtuebertragbare-krankheiten-ncd> (abgerufen am 13. November 2025)

Stutz, H., Liesch, R., Guggenbühl, T., Morger, M., Rudin, M. & Bannwart L. (2019). *Finanzielle Tragbarkeit der Kosten für Unterstützungs- und Entlastungsangebote. Schlussbericht des Forschungsmandats G03 des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020»*. Bundesamt für Gesundheit. https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/WKD06LYhG0xU/Schlussbericht_finanzielle_Trugbarkeit.pdf

Swiss Memory Clinics (2024). *Therapieempfehlungen Demenz. Die Empfehlungen der Swiss Memory Clinics für die Therapie der Demenzerkrankungen*. Swiss Memory Clinics & Bundesamt für Gesundheit. <https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/5vll-Ls37v9k/therapieempfehlungen-demenz.pdf>

Swiss Memory Clinics (2024a). *Diagnostikempfehlungen Demenz. Die Empfehlungen der Swiss Memory Clinics für die Diagnostik der Demenzerkrankungen – Update 2024*. Swiss Memory Clinics & Bundesamt für Gesundheit. <https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/85-JJvunZKA1/broschuere-diagnostikempfehlungen-demenz.pdf>

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (2024). *Leistungsintensität von Spitex-Klientinnen und -Klienten und ihre Abbildung im Vergütungssystem*. Spitex Schweiz. https://www.spitex.ch/files/QNSWAUO/spitex_schweiz_komplexitaet_sb_240206f.pdf