

# Factsheet Swiss Memory Clinics 2024

## Hintergrund

Es handelt sich hierbei um eine Zusammenfassung einer Umfrage des Vereins Swiss Memory Clinics (SMC) zwecks Erfassung struktureller und prozeduraler Merkmale der interdisziplinären Behandlung (Diagnostik und Therapie) demenzieller Erkrankungen und verwandter neurokognitiver Störungen. Diese ist ein wichtiger Bestandteil der Bemühungen um die Sicherstellung und Weiterentwicklung der qualitativ hochstehenden Versorgung im Einklang mit dem Vereinszweck gemäss Art. 2 der SMC-Statuten. Die Auswertung umfasst Daten für das Bezugsjahr 2023 von 37 der angeschriebenen 49 Memory Clinics, was einer Rücklaufquote von 75.5% entspricht. Ausbleibende Rückmeldungen werden hauptsächlich auf Ressourcenknappheit zurückgeführt.

Die letzte Umfrage dieser Art wurde 2019 im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie 2014-2019 durchgeführt für das Bezugsjahr 2018, was Aussagen über gewisse Entwicklungen ermöglicht. Die Strategie wurde vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) erarbeitet. Damals wurde eine Rücklaufquote von 60% erreicht. Die erste Bestandsaufnahme bei den Mitgliedern der SMC wurde 2010/2011 gemacht.

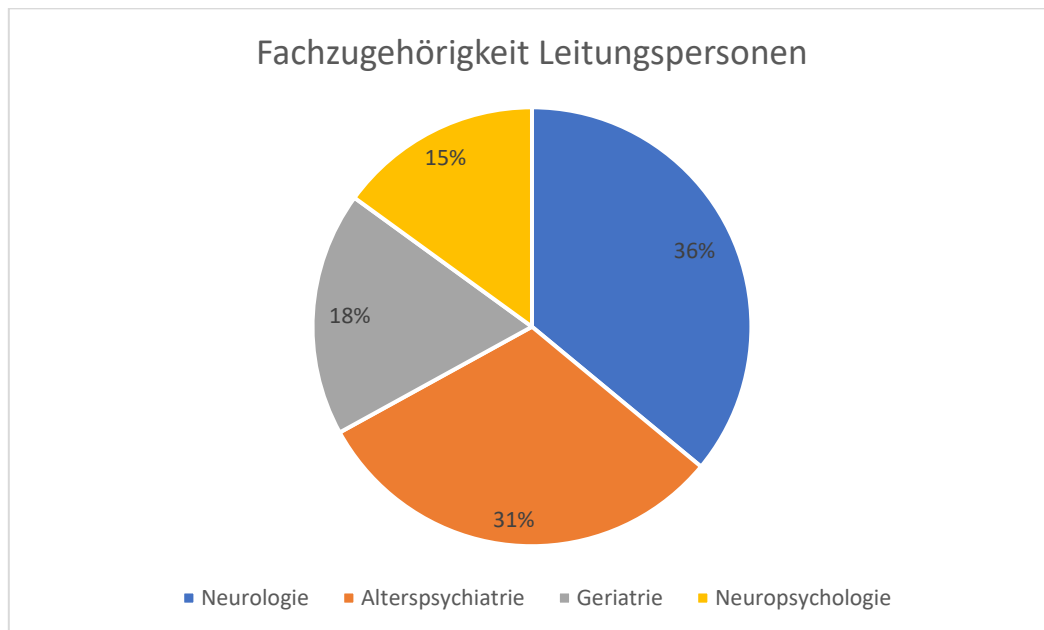
## Strukturelle Merkmale der Memory Clinics (MC)

Die grosse Mehrheit aller MC (85%) verfügen über ein mehr oder weniger ausführliches **Betriebskonzept**, wobei ungefähr die Hälfte der MC können ein umfassendes Betriebskonzept vorweisen. 78% der MC sind Teil einer grösseren **Spitalstruktur**, während 22% aller MC als rein **ambulante Versorgungseinheiten** betrieben werden. Ungefähr je ein Drittel der MC sind vollumfänglich, teilweise bzw. nicht als **eigenständige Organisationseinheit** mit eigenen Personalressourcen und eigenem Budget organisiert.

Die MC werden grossmehrheitlich in angenehmer, auf die Bedürfnisse der Betroffenen und Angehörigen eingehender, barrierefreier und von äusseren Störungseinflüssen weitgehend befreiter **Umgebung** betrieben.

Der Anteil an interdisziplinären bzw. dualen oder tripartiten **MC-Leitungen** bleibt mit 38% geringer aus gegenüber 2018 (ca. 60%). Die Verteilung der insgesamt 55 leitenden Fachpersonen über die Fachdisziplinen fällt folgendermassen aus:

- 36% Neurologie
- 31% Alterspsychiatrie und -psychotherapie
- 18% Geriatrie
- 15% Neuropsychologie



Der Anteil der Fachdisziplin Neurologie hat sich somit deutlich erhöht, derjenige der Alterspsychiatrie und -psychotherapie sowie der Geriatrie hat sich ein wenig reduziert (2018: 22%, 37%, 22%).

**Personalressourcen:** Durchschnittlich verfügen die MC über ca. 5.67 Vollzeitäquivalenzen bzw. 567 Stellenprozent, was gegenüber 2018 einer Zunahme von 46.1% entspricht (2018: 388%). Die Zusammensetzung fällt folgendermassen aus:

- Medizinischen Kerndisziplinen mit Facharzt-/Schwerpunkttitel (33%)
  - 16% Neurologie
  - 9% Alterspsychiatrie und -psychotherapie
  - 8% Geriatrie
- Neuropsychologinnen und Neuropsychologen mit Fachtitel (25.5%)
- Psychologinnen und Psychologen in Weiterbildung (30.5%)
- Assistenzärztinnen und Assistenzärzte 11%

Darüber hinaus sind in 70% aller MC **ergänzende Fachdisziplinen** involviert, mehrheitlich psychologische Psychotherapie, Pflegepersonal, Sozialarbeit und vereinzelte Angebote von Fachtherapien (Ergotherapie, Musiktherapie, Logopädie).

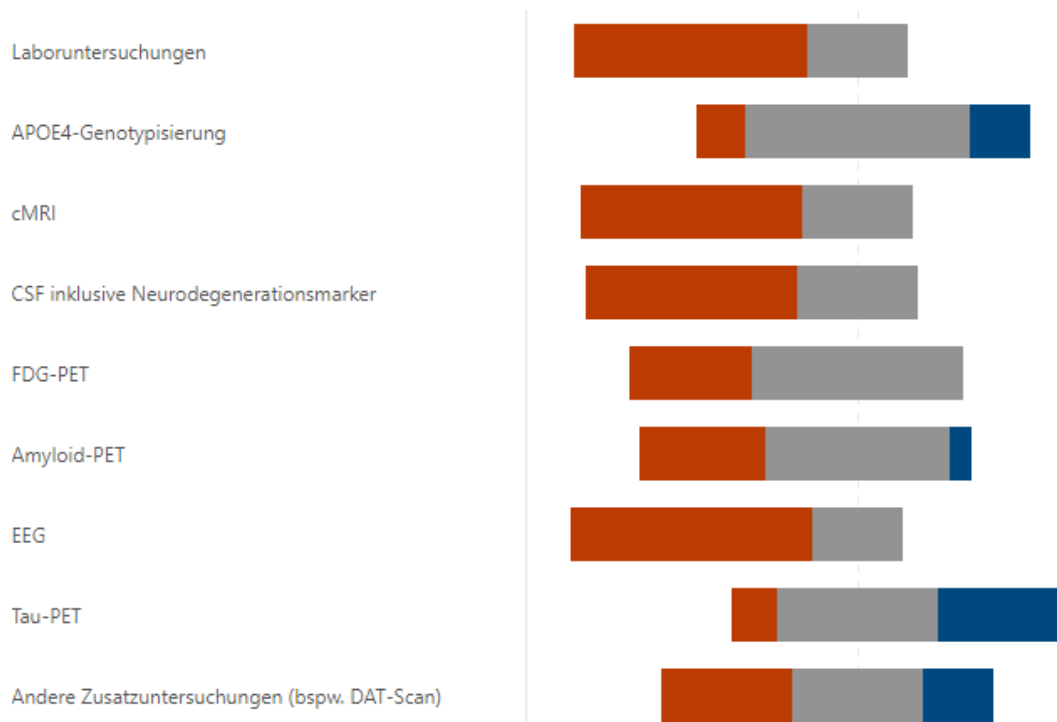
Alle MC ergänzen die eigenen Ressourcen systematisch durch **gezielte Kooperationen** insbesondere mit stationären neurologischen und alterspsychiatrischen Akteuren, aber auch mit der Grundversorgung, Spitex und ergänzenden Beratungs- und Begleitungsangeboten (Alzheimer Schweiz, Pro Senectute, Rotkreuz etc.). Auch Fachtherapie spielen im Kooperationsnetzwerk eine wichtige Rolle, hier werden am häufigsten (ca. 60%) Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie erwähnt.

Der **Zugang zu Biomarker-Diagnostik** gestaltet sich folgendermassen: 100% haben Zugang zu Laboruntersuchungen (70% intern, 30% extern), cMRI (65% intern, 35% extern), FDG-PET (38% intern, 62% extern), CSF-Diagnostik (65% intern, 35% extern) und EEG (68% intern, 32% extern) sowie 89% zu Amyloid-PET (32% intern, 57% extern).

Hingegen haben 24% keinen Zugang zur APOE4-Genotypisierung und 38% keinen Zugang zu Tau-PET.

Andere Zusatzuntersuchungen umfassen mehrheitlich DAT-Scans und weitere neurologische Zusatzdiagnostik, aber auch Schlafmedizin, Ganganalysen, Humangenetik etc.

■ intern ■ extern ■ kein Angebot



## Prozedurale Merkmale der Memory Clinics (MC)

Die klinische Tätigkeit richtet sich in 92% aller MC nach anerkannten nationalen (SMC) und internationalen **Empfehlungen/Guidelines/Leitlinien**, wobei vereinzelt Prozessbeschreibungen in Entwicklung sind.

Die **Anzahl der Diagnostik-Fälle** liegt im Durchschnitt bei 370 pro Jahr pro MC, was einer Zunahme von 59.5% gegenüber 2018 entspricht (2018: 232), wobei die Hälfte der Angaben auf Schätzungen und die Hälfte auf strukturierten Daten beruhen. Die Bandbreite reicht von 97 bis 1'416 Fällen pro Jahr pro MC.

Die Anzahl von Diagnostik-Fällen in den MC, welche Daten geliefert haben, hat sich insgesamt von 4630 (2018) auf 13'675 erhöht. Anhand einer konservativen Schätzung kann davon ausgegangen werden, dass in den 49 MC ca. 15'000 Fälle pro Jahr abgeklärt werden. Die Inzidenz von Demenzerkrankungen beträgt in der Schweiz gut 32'900 neue Fälle im Jahr. Demnach wird schätzungsweise etwas weniger als die Hälfte in einer MC behandelt.

Die durchschnittliche **Wartezeit für die Erstabklärung** liegt bei 7.73 Wochen und hat sich somit um 3.67 Wochen erhöht (2018: 4.16). 25% aller MC können Erstabklärungen innerhalb von einem Monat anbieten, 70% innerhalb von 2 Monaten, bei 30% kommt es zu Wartezeiten von drei bis neun Monaten. Als ursächlich für die langen Wartezeiten werden in 73% die ärztlichen Ressourcen angegeben, in 76% neuropsychologische Ressourcen (insbesondere Fachtitelträgerinnen und -träger).

Der **Abklärungsprozess** dauert in 73% der MC im Durchschnitt ca. 4 Wochen. In 19% der MC dauert der Prozess wenige Tage bis 3 Wochen. In 8% der MC kommt es zu Abklärungsprozessen von 8 bis 16 Wochen Dauer. In 65% der MC werden mangelnde Personalressourcen als ursächlich angegeben sowie in 46% Latenzen aufgrund der Zusatzuntersuchungen (CSF, MRI, PET).

Fast in allen MC klärt das Behandlungsteam die Art des **Einbezuges der An- und Zugehörigen** mit dem Einverständnis der Patientinnen und Patienten vollumfänglich ab.

Die Anzahl der **neuropsychologischen Untersuchungen** pro MC und pro Jahr beläuft sich durchschnittlich auf 308, was ca. 83% aller Diagnostik-Fälle entspricht, wobei zwei Drittel der Angaben auf Schätzungen und ein Drittel auf strukturierten Daten beruhen.

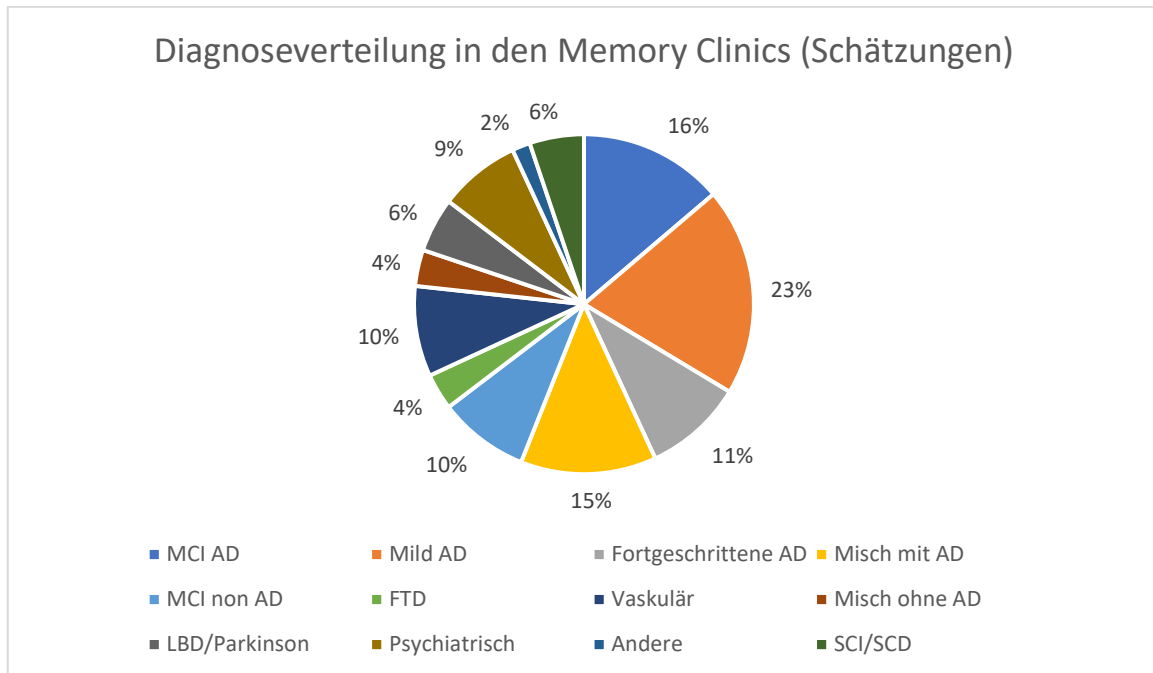
Die Angaben zu der Anzahl an **Zusatzdiagnostik pro Abklärungsfall** basieren mehrheitlich auf Schätzungen:

- **Laboruntersuchung:** ca. 90%
- **MRI:** 88% (50-100%)
- **CSF-Biomarker:** 21% (1-70%)
- **FDG-PET:** 8% (0-30%); (2018: 7.2%)
- **Amyloid-PET:** 3.5% (0-25%); (2018: 0.6%)
- **EEG:** 17% (0-90%)
- **Tau-PET:** 0.7% (0-10%)

Die diagnostische Zuordnung sowie die sich daraus ergebenden Therapieempfehlungen erfolgen grossmehrheitlich im Rahmen einer **interdisziplinären Diagnosekonferenz** (86% vollumfänglich, 14% teilweise). Als **Diagnosekriterien** werden in 62% aller MC DSM 5 verwendet, in 59% ICD-10, in 24% NIA-AA 2011 sowie in 8% IWG 2021. In der Hälfte aller MC kommen mehr als ein Diagnosekriterium zur Anwendung.

Im Jahr 2023 wurden folgende **Diagnosen** in den MC gestellt. Diese Angaben basieren zu 97% auf Schätzungen und müssen mit Vorsicht interpretiert werden. Die Prozentsumme von 120% ist Ausdruck dieser Ungenauigkeiten. Nur eine MC hat Angaben basierend auf strukturierten Daten eingegeben:

- SCI/SCD: 6% (0-20%)
- MCI non AD: 10% (0-30%)
- **MCI AD: 16% (0-45%)**
- **Leichte Demenz AD: 23% (8-60%)**
- Mittelgradige bis schwere Demenz AD: 11% (0-30%)
- FTD: 4% (0-20%)
- Vaskuläre Demenz: 10% (1-40%)
- Mischformen mit AD-Pathologie: 15% (2-40%)
- Mischformen ohne AD-Pathologie: 4% (0-30%)
- LBD/Parkinson: 6% (0-10%)
- Psychiatrisch: 9% (0.5-30%)
- Andere (MS, OSAS etc.): 2% (0-20%)



SCI/SCD macht nur einen kleinen Teil aus, wobei die Angaben zwischen 0 und 20% variieren bei Durchschnitt 6%.

Der Anteil mit der Diagnose MCI fällt mit 26% fast gleich aus wie 2018 (25%).

**MCI und leichte Demenz bei Alzheimerkrankheit** machen 39% aller Patientinnen und Patienten aus, wobei noch 15% Mischformen mit Alzheimer-Pathologie dazu kommen.

Der Anteil an vaskulärer Demenz ist ungefähr gleich geblieben gegenüber 2018.

Nicht organisch bedingte neurokognitive Störungen im Zusammenhang mit einer psychiatrischen Störung scheinen in ca. 9% aller Fälle ursächlich zu sein.

Im Jahr 2023 wurden in den MC in 42% bzw. 5'744 Fälle nach der Erstdiagnostik mittels **Verlaufskonsultationen** weiter behandelt, was durchschnittlich 155 Fällen pro MC und prozentual einer leichten Erhöhung gegenüber 2018 (36%) entspricht. Verlaufskonsultationen werden insbesondere bei MCI, leichter Demenz sowie zur Erhöhung der diagnostischen Sicherheit in unklaren Fällen oder bei BPSD angeboten, teilweise aber auch für alle Patientinnen und Patienten und teilweise gar nicht.

**Beratung und Begleitung** wird in ca. 65% aller MC intern und ergänzend extern angeboten und in ca. 40% extern. **Nicht-pharmakologische Therapieoptionen** (bspw. Psychoedukation, kognitives Training, Psychotherapie, Fachtherapien) werden überall je nach Bedarf und Ressourcenlokalisierung intern und/oder extern angeboten. **Pharmakologische Therapie** (bspw. Antidementiva und/oder Psychopharmaka bei BPSD) wird in ca. 20% per Empfehlungen extern delegiert, während ca. in 80% die Medikation intern angeordnet wird.

Der **Prozess des Fallabschlusses** ist mehrheitlich vollumfänglich geregelt. Dieser erfolgt durch eine Aufklärung der Patientinnen und Patienten sowie der involvierten Angehörigen und kann die Besprechung eines Notfallplans beinhalten.

Die MC pflegen einen **kontinuierlichen Verbesserungsprozess** (ca. 80% vollumfänglich, ca. 20% teilweise), wobei betriebsinterne Anregungen, kritische Zwischenfälle und aussergewöhnliche Ereignisse (Meldewesen) sowie Beschwerden (Beschwerdemanagement) regelmässig rapportiert und hinsichtlich betrieblicher Optimierung evaluiert werden.

## Prozesse betreffend Mitarbeitende

In ca. 80% aller MC werden die **neu eintretenden Mitarbeitenden** strukturiert eingeführt. Verantwortliche Personen sind bestimmt und die Mitarbeitenden werden in Bezug auf MC-Konzept, Prozessbeschriebe, interdisziplinäre Zusammenarbeit und relevante Fachliteratur geschult. In den übrigen 20% sind solche Prozesse teilweise in Entwicklung.

Alle MC fördern die **Weiter- und Fortbildung** ihrer Mitarbeitenden. Diese nehmen an fachspezifischen Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen teil, um das Fachwissen bezüglich der neuesten diagnostischen und therapeutischen Methoden zu aktualisieren.

## Etablierung neuer Anti-Amyloid-Therapien

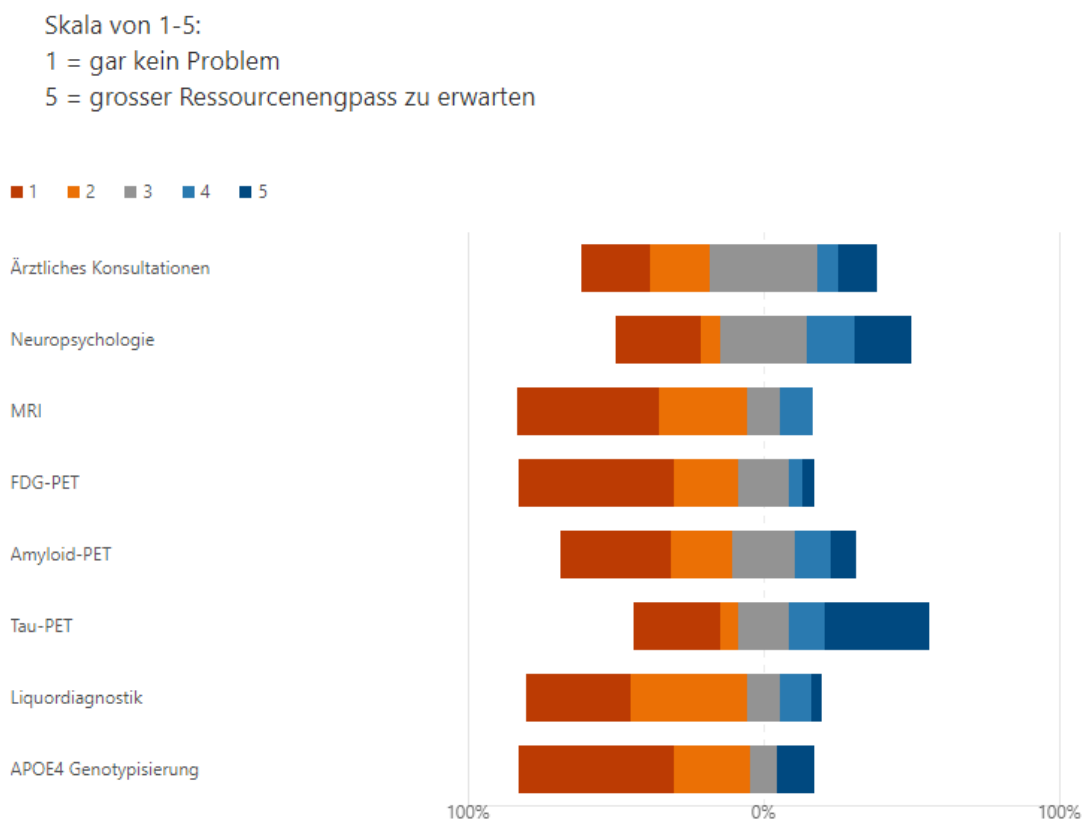
46% aller MC möchte **Infusionsbehandlungen** im Falle einer Zulassung selbst anbieten und 35% in Kooperation mit einer medizinisch-neurologischen Partnerinstitution.

**Erhöhung Nachfrage für Frühdiagnostik:** Im Falle zunehmender Zuweisungen in die MC im Kontext der neuen Therapiemöglichkeiten gehen 57% der MC davon aus, mit den gegebenen Ressourcen keine zusätzlichen Fälle behandeln zu können. 43% der MC geben an, durchschnittlich ca. 80 zusätzliche Fälle pro Jahr annehmen zu können, was ca. 1'040 Fällen entspricht, allerdings teilweise unter Vorbehalt bzgl. Personalrekrutierung.

Ungefähr 51% aller MC gehen davon aus, die Ressourcen ausbauen zu können, um durchschnittlich ca. 100 zusätzliche Fälle pro Jahr behandeln zu können, was ungefähr 1'900 Fällen entspricht, während diese Option in 46% der MC als unklar sowie in 3% als nicht realistisch angegeben wird.

Inwiefern die **Möglichkeit eines Ausbaus von Infusionsbehandlungen** in den MC-Netzwerken besteht, ist in 60% noch unklar. In 32% geht man von einer durchschnittlichen Erhöhung von ca. 15 Infusionsbehandlungen pro Woche aus, was ungefähr 380 Therapieplätzen für eine zweiwöchentliche Infusion entspricht. In fast 90% aller MC wird angegeben, dass **Expertise** im Umgang mit monoklonalen Antikörpern als Infusionstherapien im Kooperationsnetzwerk vorhanden ist.

Die Einschätzung der **Verfügbarkeit über MC-Ressourcen** fällt folgendermassen aus:



Abgesehen vom zum jetzigen Zeitpunkt in der klinischen Praxis nicht relevanten Tau-PET Zugang werden übereinstimmend mit den schwerwiegendsten zukünftigen Herausforderungen die klinischen ärztlichen (22%) und neuropsychologischen (30%) Ressourcen als grosses Problem (4/5) aufgeführt. Auch der Zugang zu Amyloid-PET wird in 20.8% als grosses Problem bewertet. Die Liquordiagnostik wird in 70% als nicht bis wenig problematisch angesehen. Etwas weniger problematisch wird der Zugang zu MRI, FDG-PET und APOE4-Genotypisierung beurteilt.

89% aller MC geben an, dass sie **Blut-Biomarker** für die Alzheimer-Diagnostik im Falle einer Zulassung in der klinischen Routine einsetzen würden.



## Ausblick

Im Hinblick auf die zukünftigen **Herausforderungen** werden mehrheitlich Fachkräftemangel und kostendeckende Tarifstrukturen erwähnt, aber auch der Umgang mit der zunehmenden Nachfrage einer zeitnahen Frühdiagnostik sowie der organisatorischen Anforderungen im Zuge der neuen Therapiemöglichkeiten, der Bedarf eines Registers sowie das Risiko Ressourcenallokation zu Ungunsten der Mehrheit der Patientinnen und Patienten, die nicht für neue Therapien in Frage kommen.