

## Demenz und Depressionen – was kommt auf uns zu?

# Direkte und indirekte Kosten bei der Demenz: Welche Versorgungskonzepte sind tragfähig?

PROF. DR. VOLKER ULRICH, LEHRSTUHL FÜR VOLKSWIRTSCHAFTSLEHRE III, INSB. FINANZWISSENSCHAFT,  
UNIVERSITÄT BAYREUTH



**D**as Thema Demenz wird in unserer Gesellschaft zwar nicht mehr tabuisiert, löst aber in vielen Fällen nach wie vor Ratlosigkeit, Betroffenheit, Ängste und teilweise auch Stigmatisierung aus. Demenzen sind im Laufe der letzten Jahre und Jahrzehnte häufige Erkrankungen geworden und treten typischerweise im fortgeschrittenen Lebensalter auf. Da Deutschland einer demographischen Alterung unterliegt, ist davon auszugehen, dass die Zahl der demenziell Erkrankten auch bei unveränderten Inzidenzraten weiter steigt.

### Einleitung

Viele Menschen leben länger und gesünder und die Bevölkerung verzeichnet somit auch einen größeren Anteil älterer Personen. Der Weltzheimer-Bericht (ADI 2016) bestätigt, dass es viele Millionen Menschen gibt, die mit Alzheimer oder anderen Demenzkrankheiten leben. Dieser Bericht und alle früheren Studien zeigen, was zu erwarten ist, wenn die gegenwärtige Anzahl Menschen, die mit Demenz leben, weiter zunehmen wird. Die Zahl der Erkrankten steigt vor allem in Ländern mit niedrigem Durchschnittseinkommen. Dort lebt heute mit 58 Prozent bereits mehr als die Hälfte aller Demenzpatienten. 2050 könnten es 68 Prozent sein (Weltbank). Auch die Kosten für die Behandlung werden steigen: Heute werden jährlich 818 Mrd. US-Dollar aufgewendet, in drei Jahren könnten es bereits mehr als eine Billion sein. Wäre die weltweite Demenzbehandlung eine Nation, hätte sie die achtzehntgrößte Volkswirtschaft (ADI 2011, Gustavsson et al. 2010, Wimo et al. 2013).

Neuere Forschungsergebnisse lassen Hoffnung aufkommen, dass trotz hoher Prävalenzen die Inzidenz von Demenzerkrankungen in den entwickelten Ländern nicht weiter ansteigt. Das legen Studien in Schweden, England sowie in den USA nahe (Welt vom 24.11.2017). Hauptgründe für eine positive Entwicklung könnten eine bessere Lebensführung mit mehr Bewegung und gesunder Ernährung sowie insgesamt ein besserer Bildungsstand sein.

Aktuelle Zahlen für Deutschland spiegeln diese Entwicklung noch nicht wider (vgl. Bickel 2016):

- Zwei Drittel der geschätzten 1,6 Millionen Demenzkranken in Deutschland haben bereits das 80. Lebensjahr erreicht.

- Alzheimer-Demenz ist mit etwa 60 Prozent die häufigste Form einer demenziellen Erkrankung.
- Bei einer weiter steigenden Lebenserwartung ist zugleich von einer zunehmenden Prävalenz auszugehen.
- Bis zum Jahr 2050 werden in Deutschland 2,6 Millionen Demenzkranke prognostiziert. Gegenüber heute entspricht das einer Verdoppelung.

Diese Entwicklung stellt insbesondere die Gesellschaft aber auch die Volkswirtschaft vor große Herausforderungen mit Blick auf die Versorgung der erkrankten Menschen und die Finanzierung der anfallenden direkten und indirekten Kosten.

Der Beitrag analysiert die bestehenden Versorgungsansätze und fokussiert insbesondere auf Aspekte hinsichtlich der informellen Pflege zu Hause im Vergleich zur Heimpflege. Die Betreuung durch Angehörige wird zwar in den allermeisten Fällen als erstbeste Lösung angesehen, da die Versorgung in Heimen als zu unpersönlich, zu bürokratisch und zu teuer bewertet wird. Diese traditionelle Sichtweise muss aber überdacht werden vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung, welche den Möglichkeiten der informellen Pflege zu Hause zunehmend Grenzen setzt und auch vor dem Hintergrund, dass in einer ökonomischen Betrachtung die direkten und indirekten Kosten der pflegenden Angehörigen („informellen Pflegekosten“) bei einer Bewertung zu berücksichtigen sind. Neuere Studien zeigen, dass die informelle Pflege zu Hause mit höheren Kosten

einhergeht als die Heimpflege, wenn die Leistungen der pflegenden Angehörigen monetär bewertet werden, d.h. wenn das Opportunitätskostenprinzip Anwendung findet.

### Versorgungsbedarf Alzheimer-Demenz-Erkrankung

Die Behandlung und insbesondere die langfristige Pflege von Demenzpatienten stellen eine wachsende Herausforderung für die Gesellschaft, aber auch für die Volkswirtschaft dar. Zurzeit leben etwa 1,6 Millionen Demenzkranke im Alter über 65 Jahren in Deutschland, das sind 1,5 Prozent der Bevölkerung (vgl. Tabelle 1). Weltweit gehen die Schätzungen von 36 Millionen Demenzpatienten aus, wobei die Alzheimer Demenz mit 65 Prozent den größten Anteil an allen Demenzen ausmacht. Die höchsten Prävalenzen findet man nicht in den entwickelten Volkswirtschaften, sondern in den aufstrebenden Ländern Lateinamerikas, die wirtschaftlich aufholen, eine steigende Lebenserwartung aufweisen und dadurch auch steigende Zahlen an Demenzerkrankten verzeichnen. Das „Lebensrisiko Langlebigkeit“ zeigt sich somit nahezu weltweit in hohen und ansteigenden Zahlen pflegebedürftiger und demenzkranker Menschen.

Die Zahl der Demenz-Kranken nach Kontinenten und die prognostizierte Entwicklung bis 2050 zeigt Abbildung 1. Auch hier erkennt man einen starken Anstieg weltweit von über 200 Prozent zwischen den Jahren 2010 und 2050, der sich zwar auf allen Kontinenten zeigt, insbesondere

## „Lebensrisiko Langlebigkeit“: Fast weltweit steigt die Zahl pflegebedürftiger und demenzkranker Menschen

Kennzahlen	Ausprägung
Demenz-Kranke weltweit	46,8 Mio.
Anteil Alzheimer-Demenz an allen Demenzen	65%
Höchste Prävalenz bei über 60-Jährigen in Lateinamerika	8,5%
Demenzkranke in Deutschland: >65 Jahre	1,6 Mio.
Prognose des Anteils 2060 (Deutschland)	34%
Bevölkerungsanteil der Demenzkranken in Deutschland	1,5%
Pflegebedürftige Menschen weltweit	350 Mio.
Prognose der Zahl Demenzkranker 2050 (weltweit)	115 Mio.

Quelle: statista 2017, Alzheimer's Disease International 2016, Alzheimer's Association 2013.



Tabelle 1: Stilisierte Fakten zur Alzheimer-Demenz-Erkrankung.

## Demenz-Erkrankungen als globale Herausforderung

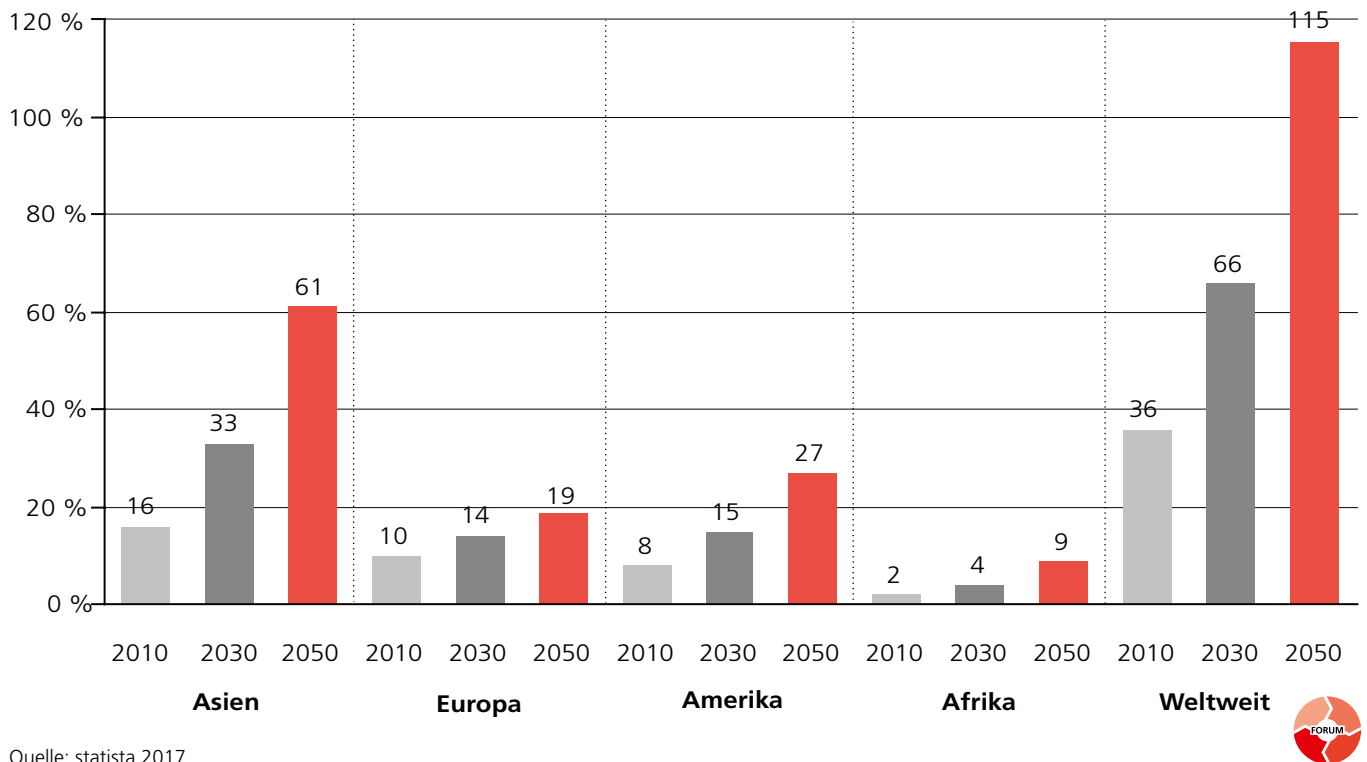


Abbildung 1: Die größten Steigerungsraten bei den Demenz-Erkrankten werden für Asien und Afrika prognostiziert.

aber in Afrika (350 Prozent) und Asien (300 Prozent) stattfinden wird. In einem gewissen Sinne kann man diese Entwicklung auch als ein Paradoxon bezeichnen, da erst die Verbesserung der Gesundheitsversorgung eine verbesserte Diagnostik ermöglicht und damit auch erst das gewaltige Ausmaß der Erkrankung erkennbar wird. Dies gilt insbesondere in den Ländern Lateinamerikas, hier werden große Anstrengungen unternommen, um das Bewusstsein für diese Krankheit zu erhöhen. Allerdings gibt es nach wie vor auch große Gegensätze in einzelnen Regionen, in denen die neuen Informationen und Erkenntnisse über das Krankheitsbild Alzheimer-Demenz noch nicht angekommen sind.

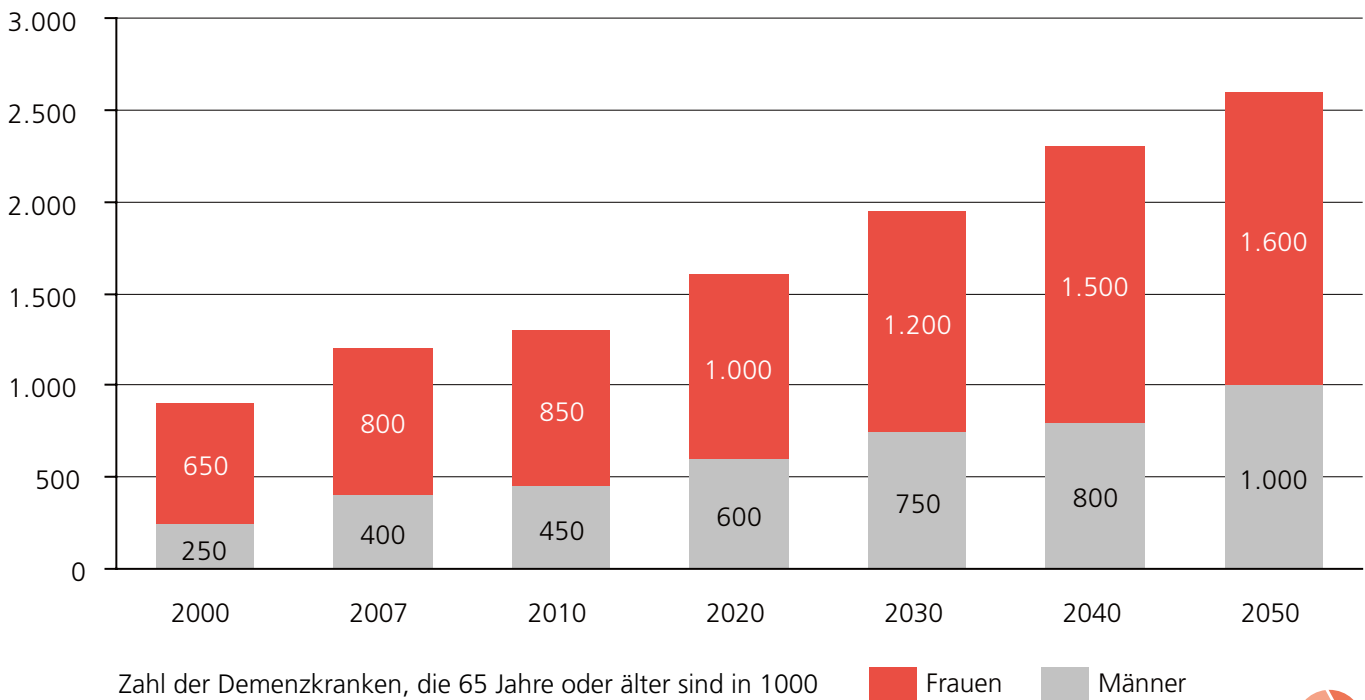
Mit Blick auf die Situation in Deutschland zeigt Abbildung 2, dass Demenz-Erkrankungen einen klaren Altersgradienten aufweisen, d.h. die Zahl der Erkrankten steigt mit dem Lebensalter (hier 65 Jahre und älter) bis zum Jahr 2050 deutlich an. Vom Jahr 2018 aus betrachtet, kommt es bis 2050 zu einer Verdopplung der Krankheitszahlen. Man erkennt auch, dass die Zahl der prognostizierten Demenz-Patienten bei den Frauen höher ausfällt als bei den Männern, was auch dem Umstand geschuldet ist, dass

Frauen eine höhere Lebenserwartung aufweisen. Weiterhin zeigen Studien, dass sich die Krankenziffer im Abstand von jeweils etwa fünf Altersjahren verdoppelt und von etwas mehr als ein Prozent in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen auf rund 40 Prozent unter den über 90-Jährigen zunimmt (ADI 2016).

Um die Herausforderungen zu bestehen, ist eine differenzierte Sicht auf die Erkrankung erforderlich, bei der verschiedene Faktoren zu beachten sind. Die in vielen Fällen gewünschte Versorgung in der Familie wird aufgrund demographischer und familiärer gesellschaftlicher Veränderungen schwieriger bzw. langfristig nicht mehr im bisherigen Ausmaß möglich sein. Der Bau und der Betrieb von Pflegeheimen ist zum einen teuer und zum anderen steht bereits heute zu wenig qualifiziertes Personal zur Verfügung.

Die Bundesregierung will den Mangel an Pflegekräften durch mehr Personal aus dem Ausland bekämpfen. Dazu muss die ausländische Qualifikation zum einen mit der deutschen gleichwertig sein und zum anderen muss die Anerkennung der Abschlüsse beschleunigt werden. Falls es sich hierbei aber um Fachkräfte handelt, die aus Län-

## Altersgradienten bei Demenzerkrankungen



Quelle: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2012.



Abbildung 2: Ausgehend vom Jahr 2018 kann es bis 2050 in Deutschland zu einer Verdoppelung der Zahl der Erkrankten kommen.

dem mit einer ähnlichen demographischen Entwicklung stammen, muss auch die Gefahr eines „Brain drain“ beachtet werden, d.h. der Abzug von Fachkräften in diesen Ländern in größerem Ausmaß trägt zu negativen Folgen und neuen Problemen in anderen Ländern bei.

Gesetzlich ist zunächst ein Tropfen auf dem heißen Stein vorgesehen, nämlich zusätzliche 8000 Pflegekräfte, die aber auch erst einmal gefunden und auch entsprechend (tariflich) bezahlt werden müssen. Derzeit gibt es rund 17.000 offene Stellen im Pflegebereich (vgl. FAZ 2018), hier können 8.000 neue Stellen nur einen Anfang darstellen. Die Bundesregierung will auch dafür werben, dass ausgebildete Pflegekräfte, die aus dem Beruf ausgeschieden sind, zurückkommen. Sicherlich ist es auch erforderlich, weitere Pflegekräfte in Deutschland auszubilden.

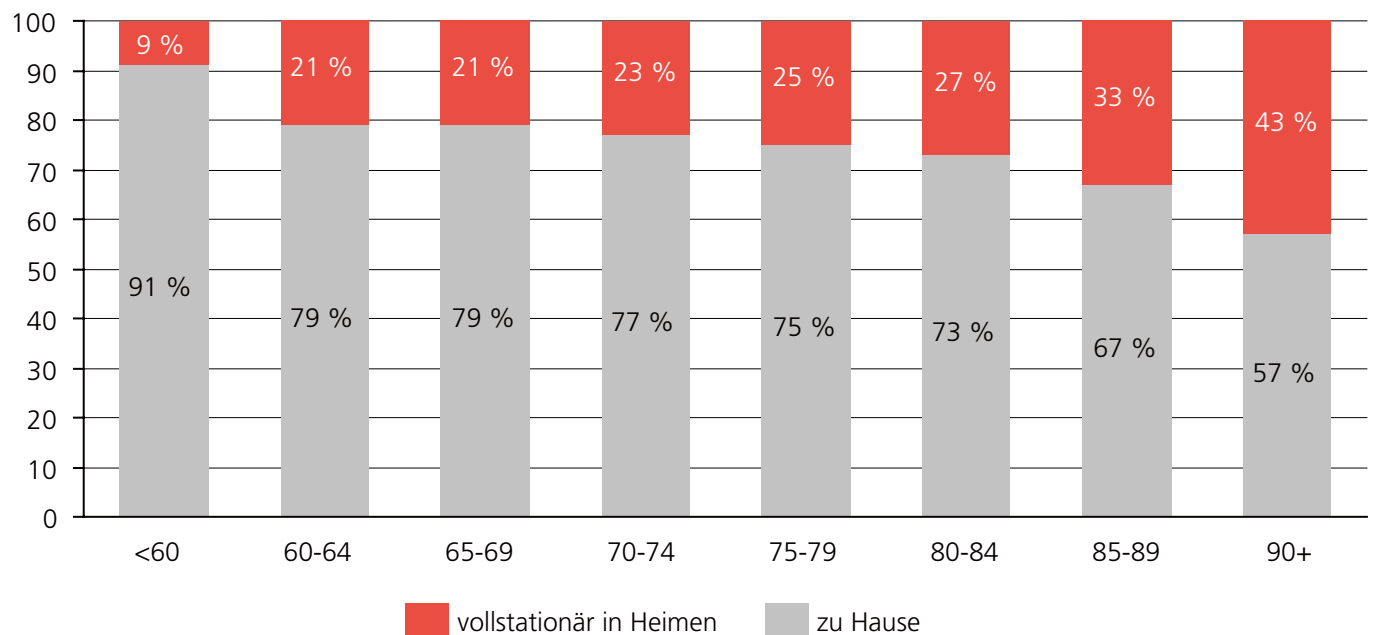
Ein weiterer Aspekt ist, dass gegenwärtig die Aufklärung über diese Erkrankung noch nicht optimal ist. Demenz wird künftig unausweichlich ein Teil des Alterns sein. Menschen mit Demenz können aber über einen längeren Zeitraum noch ein weitgehend selbstbestimmtes Leben führen, wenn ihre Umgebung darauf eingestellt ist. Es gibt viele

Ideen und Modelle, die Lebensqualität von Menschen mit Demenz in allen Stadien der Erkrankung zu fördern. Und es gibt viele Möglichkeiten, den pflegenden Angehörigen, die heute die Hauptlast tragen, etwas davon abzunehmen (vgl. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2011).

Die beiden nächsten Abbildungen informieren über die aktuelle Versorgung pflegebedürftiger Personen in Deutschland. Abbildung 3 zeigt, dass im Jahr 2015 etwa 90 Prozent der Pflegebedürftigen im Alter unter 60 Jahren zu Hause gepflegt wurden, lediglich zehn Prozent waren vollstationär in einem Pflegeheim untergebracht. Der Anteil der zu Hause Gepflegten sinkt auf 60 Prozent für Menschen, die 90 Jahre und älter sind. Andererseits bedeutet das auch, dass selbst in einem sehr hohen Alter immer noch 40 Prozent der Pflegebedürftigen zu Hause betreut werden.

Abbildung 4 zeigt die Art der Versorgung über alle Altersgruppen hinweg. 48 Prozent der pflegebedürftigen Personen werden alleine durch Angehörige zu Hause versorgt, 24 Prozent ebenfalls zu Hause, aber mit der Unterstützung ambulanter Pflegedienste und 27 Prozent sind vollstationär in Heimen versorgt.

## Pflegebedürftigkeit in Deutschland I



Quelle: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2017, demografie-portal.de.



Abbildung 3: Mit steigendem Lebensalter sinkt der Anteil derer, die zu Hause gepflegt werden.

### Gesundheitsökonomische Aspekte

Unter gesundheitsökonomischen Aspekten geht es nicht nur um eine medizinisch optimale Versorgung der Demenz-Patienten, sondern auch um die ökonomisch optimale Versorgung, welche Kosten- und Nutzen-Aspekte umfasst. Abbildung 5 zeigt die Einflusskanäle der Demenz auf die Ressourcen des Gesundheitswesens. In der Klassifikation des Robert Koch-Instituts manifestiert sich die Altersdemenz zunächst als psychische Beeinträchtigung und Verhaltensstörung, die eine Schnittstelle zum Gesundheitssystem besitzt. Diese Schnittstelle sind hier Gesundheitsprobleme bzw. Krankheiten, welche selbst wiederum einen Teil des Gesundheitssystemmodells bzw. allgemeiner der Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens bilden. Krankheiten beeinflussen nicht nur die gesundheitliche Lage, sondern führen auch zu einer Inanspruchnahme des Systems und verursachen direkte und indirekte Kosten.

Während die medizinisch optimale Versorgung üblicherweise dort liegt, wo der Arzt nicht weiter dem Patienten helfen kann (Grenznutzen einer medizinischen Leistung ist Null), orientiert sich die ökonomisch optimale Versorgung sowohl am Grenznutzen als auch an den Grenzkosten. Die ökonomisch optimale Versorgung liegt dabei im

Schnittpunkt von Grenznutzen und Grenzkosten und fällt üblicherweise geringer aus als die medizinisch optimale Versorgung (solange die Grenzkosten nicht Null sind). Der Blickwinkel sowohl auf die Grenznutzen als auch auf die Grenzkosten liefert auch Hinweise für die optimale Versorgungsstruktur. In Behandlungsbereichen, die bereits sehr ausgebaut wurden, ist ein weiterer Zusatznutzen nur sehr schwer zu erzielen, da die Grenznutzenkurve fallend verläuft. Je mehr Maßnahmen bereits durchgeführt wurden, desto schwieriger ist es, durch weitere Maßnahmen noch Nutzenzuwächse zu erzielen.

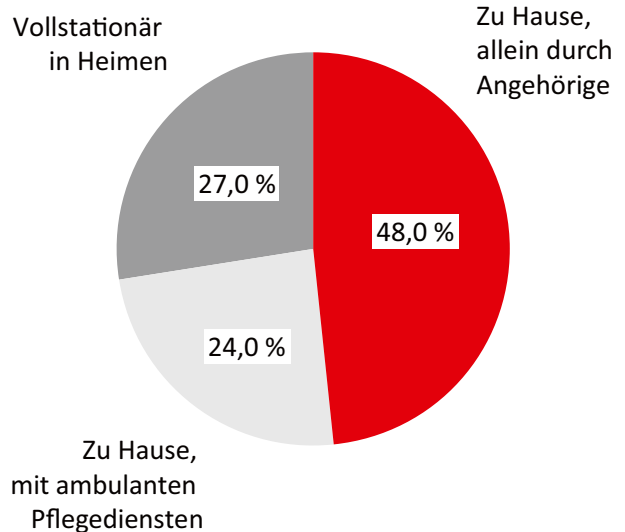
Genau umgekehrt verhält es sich bei Maßnahmen aus Behandlungsbereichen, die bislang eher wenig angewendet wurden, bspw. präventive Maßnahmen. Hier werden weitere Maßnahmen mit einem relativ hohen Grenznutzen einhergehen, so dass eine optimale Versorgungsstruktur dann in weniger Therapie und mehr Prävention bestehen würde.

Zu den gesundheitsökonomischen Fragen zählen auch Analysen zur optimalen Versorgungsstruktur. Die Indikationsqualität misst beispielsweise, ob ein Patient sich im Gesundheitssystem an der Stelle befindet, an der er medizinisch und ökonomisch optimal versorgt wird. In Deutschland werden über 90 Prozent der Demenz-Kranken von

ihrem Hausarzt (Allgemeinarzt, Internist) behandelt. Grundsätzlich sollten Hausärzte in der Lage sein, demenzielle Erkrankungen frühzeitig zu erkennen, da sie regelmäßig von der älteren Bevölkerung konsultiert werden und häufig seit Jahren mit ihren Patienten vertraut sind. Das Wissen vieler Hausärzte über gerontopsychiatrische Erkrankungen ist aber vielfach noch unzureichend (vgl. Robert Koch-Institut 2005).

Eine Reihe von Studien weckt Zweifel an der rechtzeitigen Entdeckung und Diagnose: bei 40 bis 60 Prozent der Demenz-Kranken wird die Erkrankung übersehen und nicht rechtzeitig entdeckt. Wie am Beispiel einer Studie in Mannheimer Hausarztpraxen gezeigt werden konnte, kann die Entdeckungsrate demenzieller Erkrankungen jedoch erheblich gesteigert werden (vgl. Robert Koch-Institut 2005). Mit Hilfe eines kurzen Leitfadens zur Einstufung unterschiedlicher Grade von kognitiver Beeinträchtigung konnten Hausärzte 92 Prozent aller demenziellen Syndrome bei ihren Patienten erkennen. Demenz-Kranke werden weiterhin relativ selten in psychiatrisch/neurologische Einrichtungen überwiesen. Während noch zwei Drittel derjenigen, die vor dem 75. Lebensjahr erkrankt waren, von einem

### Pflegebedürftigkeit in Deutschland II

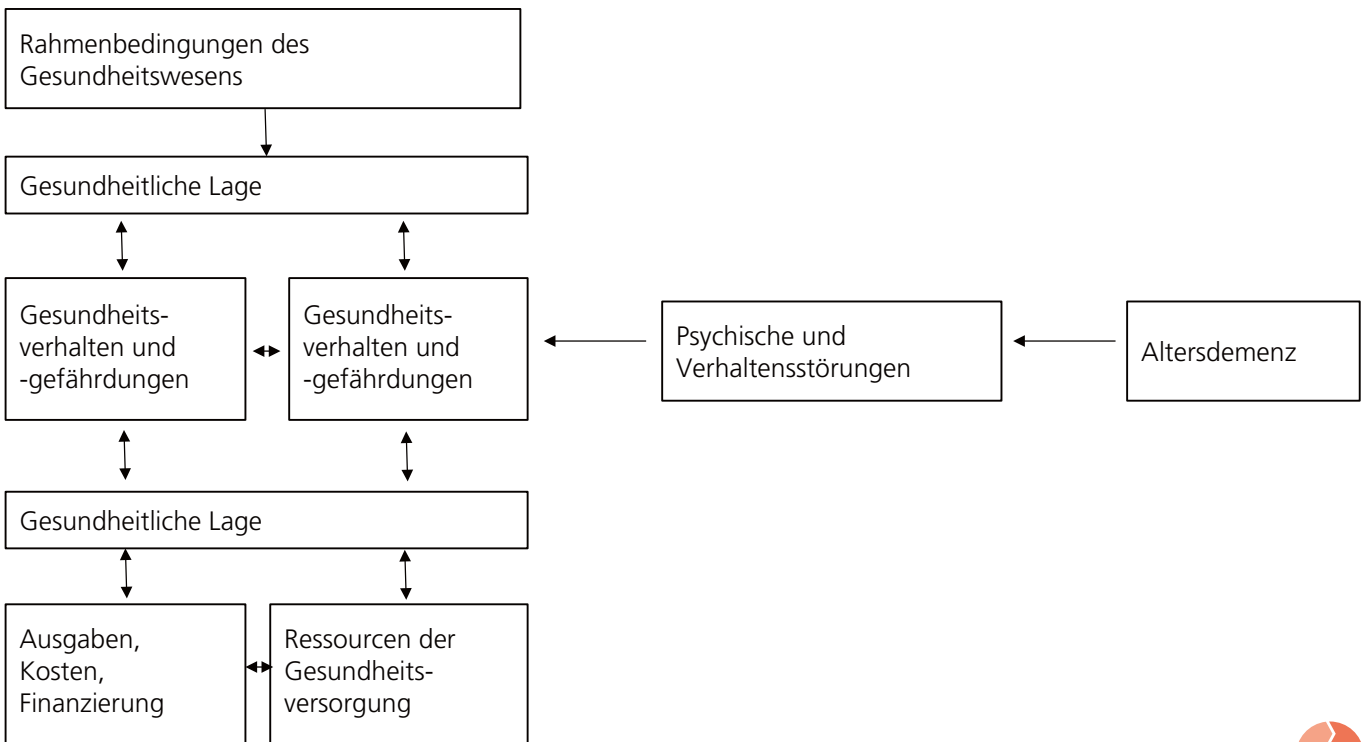


Quelle: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2017, demografie-portal.de.



Abbildung 4: Über alle Altersstufen hinweg ist rund ein Viertel (27 Prozent) der Pflegebedürftigen vollstationär untergebracht.

### Einflusskanäle der Demenz auf die Ressourcen des Gesundheitswesens

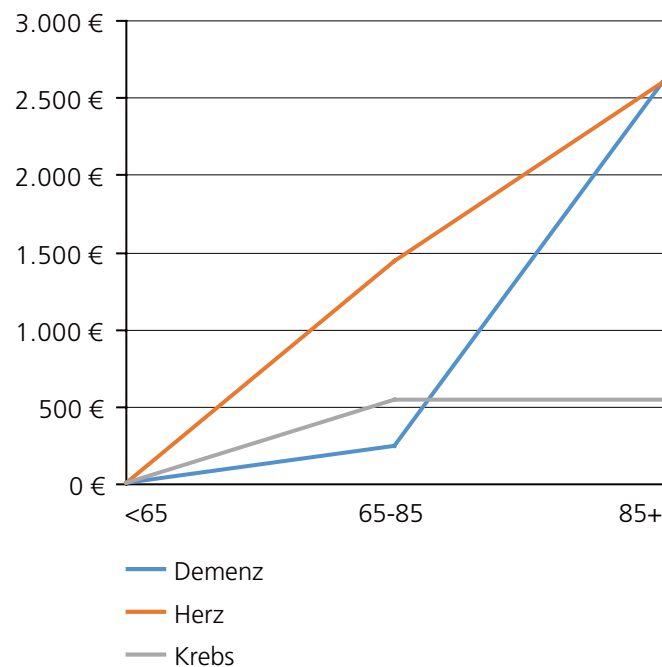


Quelle: Robert-Koch-Institut 2005.



Abbildung 5: Krankheiten beeinflussen nicht nur die gesundheitliche Lage, sondern verursachen auch direkte und indirekte Kosten.

## Kostenverläufe bei ausgewählten Krankheiten



Pro-Kopf-Kosten von Krankheiten nach Altersgruppen in Deutschland, 2008



Quelle: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2012.

**Abbildung 6: Kostenverläufe sind von der Art der Erkrankung und vom Lebensalter des Patienten abhängig.**

Psychiater untersucht worden waren, waren es bei denjenigen, die erst im Alter von mehr als 90 Jahren erkrankt waren, lediglich noch zehn Prozent. Eine bessere Nutzung der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten könnte den Krankheitsverlauf zumindest zeitlich verzögern sowie wichtige Informationen für die Lebensplanung Demenz-Kranker und ihrer Angehörigen liefern.

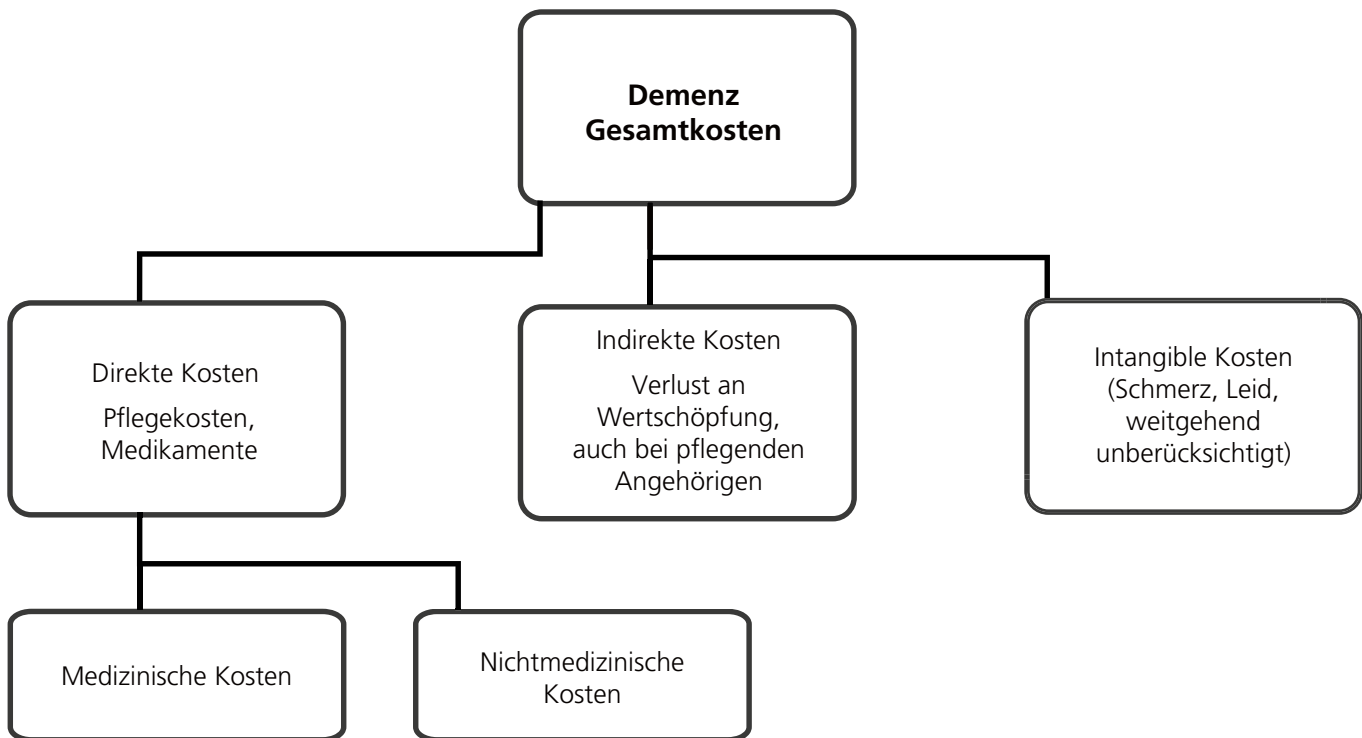
Abbildung 6 zeigt sehr unterschiedliche Kostenverläufe ausgewählter Krankheiten. Bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeigen sich linear mit dem Alter steigende Behandlungsausgaben. Krebserkrankungen sind dagegen überwiegend in den Jahren zwischen 65 und 85 teuer. Danach verlaufen die Behandlungsausgaben waagrecht, d.h. sie steigen nicht mehr an. Abbildung 6 enthält Pro-Kopf-Werte, das heißt, dass für an Krebs erkrankte Menschen im Alter zwischen 65 und 85 höhere Behandlungskosten anfallen im Vergleich zu Personen, die älter als 85 Jahre sind. Dahinter verbergen sich mehrere Effekte. Zum einen korrelieren Gesundheitsausgaben grundsätzlich mit dem Alter, d.h. ältere Menschen nehmen mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch.

Zum anderen ist bekannt, dass in den sehr hohen Altersklassen die Gesundheitsausgaben auch wieder zurückgehen, d.h. zur Lebenserhaltung einer 90-jährigen Person werden insgesamt weniger Gesundheitsleistungen eingesetzt als bei jüngeren Patienten.

Und drittens ist empirisch ebenfalls gut belegt, dass die Sterbekosten in Deutschland sehr hoch sind, d.h. dass insbesondere im letzten Lebensjahr hohe Gesundheitsausgaben anfallen, die aber auch mit dem Lebensalter sinken. Unter diesem Aspekt geht ein 65-jährig Versterbender mit höheren Leistungsausgaben einher als ein 85-Jähriger. Weiterhin zeigt der Linienvverlauf in Abbildung 6, dass erwartungsgemäß unterschiedliche Kostenverläufe zwischen chronischen und akuten Erkrankungen vorliegen.

Während chronische Erkrankungen üblicherweise einen steigenden Ausgabenverlauf aufweisen, da sie nicht direkt zum Tod führen und über einen längeren Zeitraum steigende Ausgabenprofile verzeichnen, verursachen akute Krankheiten Ausgaben, die sich insbesondere auf zeitlich begrenzte Zeitintervalle konzentrieren. Eine aus der gesund-

## Direkte und indirekte Kosten der Demenz



Quelle: Eigene Abbildung.



**Abbildung 7:** Als Erkrankung des höheren Lebensalters sind indirekte Kosten bei der Demenz vergleichsweise gering ausgeprägt.

heitsökonomischen Evaluation stammende Unterscheidung besteht im Ausweis direkter und indirekter Kosten von Krankheiten (vgl. Abbildung 7). Direkte Kosten umfassen alle Ausgaben, die für medizinische und nichtmedizinische Leistungen zur Behandlung von Krankheiten aufgewendet werden, darunter fallen ambulante und stationäre Behandlungskosten, Ausgaben für Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel sowie Medizintechnik, Ausgaben für die Rehabilitation und auch Ausgaben für sekundäre und tertiäre Präventionsmaßnahmen.<sup>1</sup>

Indirekte Kosten erfassen den durch eine Krankheit verursachten Verlust an Wertschöpfung, da die kranke Person nicht, nur eingeschränkt oder nur mit einer geringeren Produktivität arbeiten kann. Indirekte Kosten quantifizieren somit den gesamtwirtschaftlichen Produktivitätsverlust durch Krankheit oder Tod, zum Beispiel durch Arbeitsausfall oder durch Reduzierung der Arbeitsleistung. Als dritte Kategorie finden sich in der Literatur die so genannten intangiblen Kosten: sie beschreiben nichtmonetäre Kosten wie Schmerz, Leid oder den Verlust an Lebensqualität.

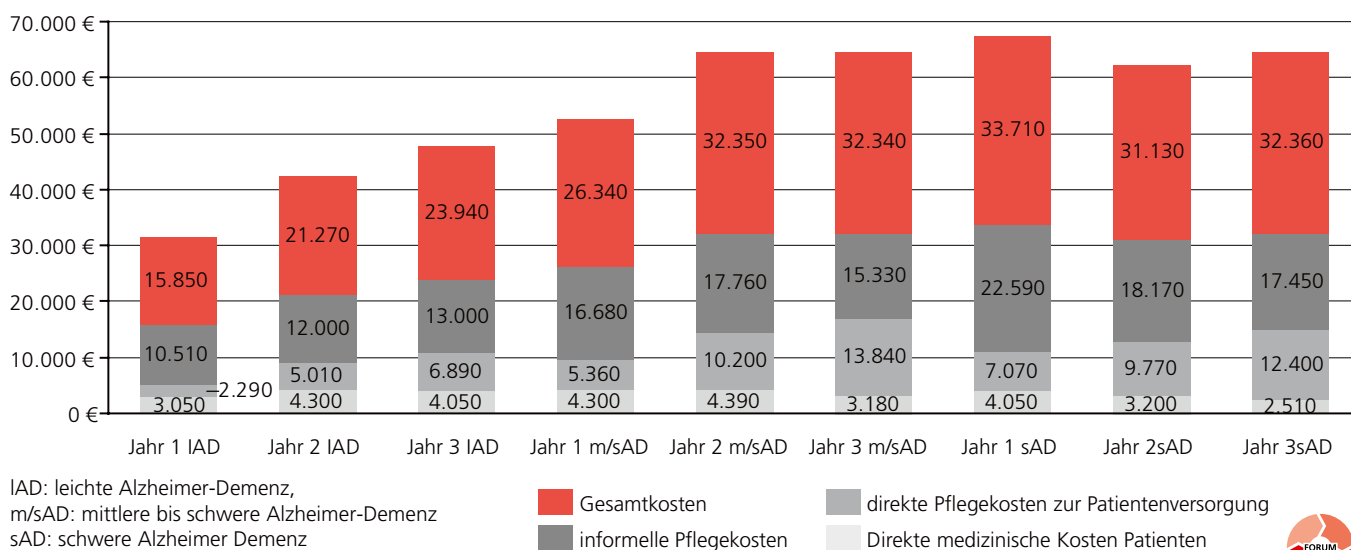
Da sie in aller Regel nicht quantifiziert werden können, werden sie häufig nur nachrichtlich erwähnt, nicht aber quantitativ oder qualitativ ausgewiesen. Studien konnten zeigen, dass bei vielen Krankheitsbildern die indirekten Kosten im Vergleich zu den direkten Kosten eine vergleichbare Größenordnung besitzen, in einigen Fällen diese sogar dominieren.

Da die Demenz verstärkt in den höheren Altersklassen nach Erreichen des Renteneintritts auftritt, spielen indirekte Kosten bei den Demenz-Patienten keine entscheidende Rolle. Eine wichtige Rolle spielt das Konzept der indirekten Kosten aber mit Blick auf die Alzheimer-Demenz für die pflegenden Angehörigen (informelle Pflegekosten), was in vielen Studien bislang nicht abgemessen berücksichtigt wurde.

Eine internationale Beobachtungsstudie mit Demenz-Patienten vom Alzheimer-Typ und ihren Pflegepersonen im Versorgungsalltag ist die so genannte GERAS-Studie (vgl. Wimo et al. 2013). Ein Zweig der Beobachtungsstudie erfasste für Deutschland über einen 18-Monats-Zeitraum



## Zur Bedeutung informeller Pflegekosten



Quelle: Jacobs et al. 2016.



**Abbildung 8: Bei einem schweren Krankheitsverlauf der Alzheimer-Demenz sind die Gesamtkosten nach dem ersten Jahr sogar rückläufig.**

(2010-2011) entsprechende Daten. Krankheitsverlauf, medizinische und psychosoziale Folgen als auch die Kostenentwicklung sowohl für Patienten als auch Pflegepersonen wurden mittels in der klinischen Versorgung üblichen Instrumente erfasst. Dabei zeigt sich, dass sich erwartungsgemäß die Kosten für Alzheimer-Patienten mit zunehmender Verschlechterung der Krankheit erhöhen. Interessanter im ökonomischen Kontext ist allerdings, dass sich die informellen Kosten der Pflegenden als der bestimmende Kostenfaktor erweisen.

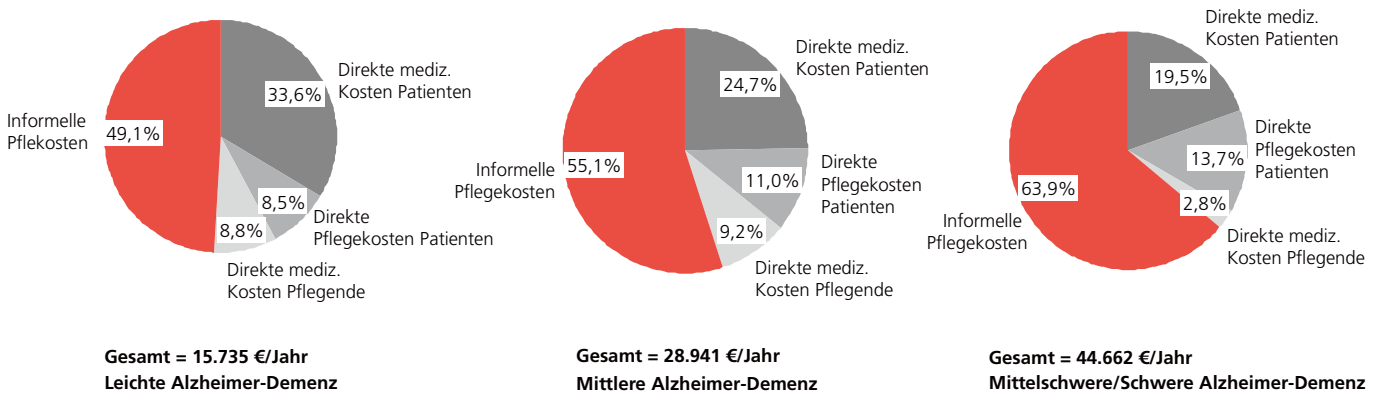
Die durchschnittlichen jährlichen Gesamtkosten unterscheiden sich über 36 Monate in Abhängigkeit vom Alzheimer-Demenz (AD)-Schweregrad in Abhängigkeit von der Erkrankungsdauer (vgl. Boess et al. 2016). Die durchschnittlichen Gesamtkosten für im häuslichen Umfeld versorgte Patienten mit Alzheimer-Demenz im beginnenden Krankheitsstadium (IAD: leichte Alzheimer-Demenz) betragen im ersten Jahr etwa 16.000 und erhöhen sich bis zum dritten Jahr auf 24.000 Euro (vgl. Abbildung 8). Im schweren Stadium (sAD: schwere Alzheimer-Demenz) steigen diese auf über 30.000 Euro, wobei der höchste Kostenanteil in allen Jahren und bei allen Krankheitsstadien (IAD, m/sAD, sAD: mittlere bis schwere Alzheimer-Demenz) auf die informellen Pflegekosten entfällt. Mit Blick auf die erfassten drei Jahre zeigt Abbildung 8, dass die Gesamtkosten in den Jahren 1, 2 und 3 bei einer leichten Alzheimer-Demenz

(IAD) stetig steigen, bei einer mittleren Krankheitsschwere zwischen den Jahren 2 und 3 stagnieren und bei einem schweren Krankheitsverlauf nach dem ersten Jahr sogar rückläufig sind.<sup>2</sup>

Dies liegt zum einen in rückläufigen direkten medizinischen Kosten für die Patienten, die bei einem mittleren und schweren Krankheitsverlauf ab dem 2. Jahr sinken, zum anderen an den ebenfalls rückläufigen informellen Pflegekosten ab dem 2. Jahr bei den mittleren und schweren Krankheitsverläufen. Zurückführen lässt sich diese Entwicklung darauf, dass bei schwereren Krankheitsverläufen die Patienten dann doch stärker vollstationär in Heimen und nicht länger zu Hause versorgt werden und zum anderen, dass auch die Sterblichkeit bei den schwereren Verläufen nach dem ersten Jahr höher ausfällt im Vergleich zu den leichteren Krankheitsfällen.

Diese Entwicklung spiegelt sich entsprechend in den Veränderungsdaten der Gesamtkosten zwischen den einzelnen Jahren wider. Die Veränderung der Gesamtkosten von Jahr 1 zu 2 steigt bei der IAD (+34,18 Prozent) und bei der m/sAD (+22,8 Prozent), sie sinkt aber bei der sAD (-7,65 Prozent). Der starke Anstieg der Gesamtkosten bei der IAD und m/sAD zwischen Jahr eins und zwei liegt insbesondere an den deutlichen höheren Ausgaben für die Pflege der AD-Patienten und den informellen Pflegekosten (vgl. Abbildung 8). Der Rückgang der Gesamtkosten

## Gesellschaftliche Gesamtkosten der Alzheimer-Erkrankung pro Patient und Jahr in Deutschland



Quelle: Boess, T.G. et al. (2016).



**Abbildung 9: Die informellen Pflegekosten sind entscheidend für die Gesamtkosten der Alzheimer-Erkrankung.**

bei den schweren Krankheitsfällen ab dem 2. Jahr hängt mit der erwähnten höheren Sterblichkeit der Patienten in dieser Gruppe und der Zunahme der Pflegehäufigkeit in Heimen zusammen (vgl. Boess et al. 2016, Jacobs et al. 2016).

Mit Blick auf die Entwicklung der direkten Pflegekosten bei Demenz-Patienten im ersten Jahr finden Nickel et al. (2017) Hinweise, dass körperliche Aktivierung sowie ergo- und psychotherapeutische Verfahren kostenwirksame Interventionen darstellen, die entsprechend häufig verordnet werden. Sicherlich trifft auch zu, dass aufgrund der gegenwärtig unzureichenden medikamentösen Therapieoptionen nicht-medikamentöse Verfahren bei den direkten Pflegekosten im Fokus stehen.

Abbildung 9 zeigt noch einmal, dass die informellen Pflegekosten entscheidend für die Gesamtkosten der Alzheimer-Demenz sind und etwa die Hälfte bis zwei Drittel der gesellschaftlichen Gesamtkosten in dieser Kategorie anfallen. Die hohen Kosten bereits zu Beginn scheinen auch damit zusammenzuhängen, dass die Organisation der informellen Familien- und Angehörigenpflege insbesondere im ersten Jahr schwierig umzusetzen ist und zu hohen Ausgaben führt, die sich danach in den Jahren zwei und drei nicht mehr wesentlich verändern, sondern bei den mittleren und schweren Fällen aus den genannten Gründen sogar zurückgehen.

Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die Zunahme des Schweregrads einer Alzheimer-Demenz-Erkrankung im zeitlichen Verlauf zu höheren Gesamtkosten führt, die aber im Zeitverlauf schwanken können. Falls es gelingen sollte, die leichtere Erkrankungsphase über einen längeren Zeitraum aufrecht zu erhalten, sollte sich dies auch auf die Kosteneffizienz positiv auswirken. Wie sich die Kosten für die Behandlung und Betreuung der Demenz-Patienten langfristig entwickeln werden, ist heute nur schwer und mit Unsicherheiten abzuschätzen. Eine Behandlung gegen Demenz, die den Verlauf der Krankheit hinausschiebt oder sogar heilt, gibt es noch nicht. Die Mehrzahl der klinischen Studien ist bis heute gescheitert. Allerdings gibt es durch die Entwicklung von Biomarkern auch Fortschritte, da die Medizin schon Jahre, bevor sich eine Demenz zeigt, erkennen kann, wer eine Alzheimer-Demenz bekommen könnte. In der Forschung fehlen bislang aber Quantensprünge, dennoch versteht man eine Demenz-Erkrankung heute besser als früher. Zudem werden Technologien zur Diagnostik oder Gentherapien entwickelt, die langfristig vielleicht sogar zu einer Heilung führen könnten.

Der amerikanische Verband der forschenden Pharmaunternehmen (PhRMA) hat nachgezählt, dass zwischen 1998 und 2014 insgesamt 123 klinische Programme zur Erforschung von Arzneimitteln eingestellt wurden. In der gleichen Zeit schafften es nur vier Kandidaten durch die

Zulassung, dies entspricht einer Quote des Scheiterns von 97 Prozent. Aktuell zählt PhRMA 77 Kandidaten in der Entwicklung, davon immerhin 21 in der klinischen Phase III. Alle bisher verfügbaren Medikamente behandeln zwar kognitive Symptome; sie helfen den Patienten eine Zeit lang mit den Folgen der Hirnerkrankung zurechtzukommen. Bei den Ursachen der Demenz greifen sie bisher allerdings nicht an. Abbildung 10 zeigt, dass die Ausgabenentwicklung bei Alzheimer-Medikamenten entscheidend davon abhängt, ob die Kompressions- oder die Medikalisierungsthese gilt (vgl. Abbildung 10).

Kostenkompression würde bedeuten, dass das Eintreten der Erkrankung im Lebenszyklus nach hinten verschoben und parallel dazu auch die Ausgabenkurve (in der Versicherungsbranche unschön „Kopfschäden“ genannt) abgeflacht werden kann. Damit blieben die künftigen Ausgaben kontrollierbar bzw. beherrschbar. Es würde nicht teurer, die gleichen, oder sogar geringere Ausgaben finden nur später im Lebenszyklus statt. Gilt dagegen die Medikalisierungsthese, wird es künftig teurer. Neue Wirkstoffe müssen in aufwändigen klinischen Studien entwickelt werden und gegenwärtig ist der Misserfolg fast noch garantiert (www.pharma-fakten.de). Wirtschaftlich nicht erfolgreiche pharmazeutische Hersteller entwickeln in einem solchen Umfeld eher keine Therapien gegen Alzheimer, zumal die

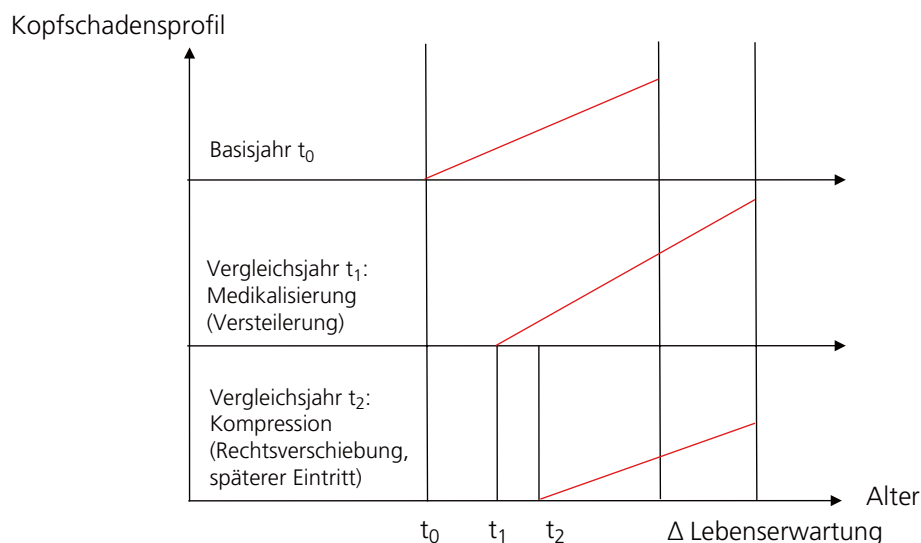
Forschungskosten ständig steigen und refinanziert werden müssen.

### Ausblick

Insgesamt zählt die Demenz zu den ausgabenintensiven Krankheitsgruppen im Alter, insbesondere bei einem schweren Verlauf. Die durchschnittlichen Kosten pro Patient und Jahr belaufen sich auf rund 40.000 Euro. Zwei Drittel der Kosten entfallen auf die informelle Pflege in der Familie, eine Kostenkategorie, die in vielen Studien bislang nicht angemessen berücksichtigt werden konnte und die bei entsprechender Erfassung die Kostenberechnung dominiert. Sie belaufen sich auf 50 bis 65 Prozent der Gesamtkosten der Betreuung demenziell erkrankter Menschen. Mit Blick auf den künftigen demographischen Wandel sollte stärker diskutiert werden, welche Versorgungskonzepte die informelle Pflege ergänzen könnten, wenn sich die Familienverbände stärker auflösen und sich eine informelle Pflege im heutigen Umfang vielleicht nicht mehr realisieren lässt.

Hier zeigt die ökonomische Analyse der Berücksichtigung indirekter Kosten, dass die Pflege zu Hause zwar die höchste Wertschätzung erfährt, aber nicht unbedingt auch stets eine kosteneffiziente Versorgung darstellt. Von daher

## Ausgabenentwicklung – trifft die Kompressions- oder die Medikalisierungsthese zu?



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Niehaus 2006, S.15.

Abbildung 10: Die Ausgabenentwicklung für Medikamente hängt davon ab, ob die Kompressions- oder die Medikalisierungsthese zutrifft.

macht die Suche nach alternativen Konzepten ökonomisch durchaus Sinn. Will man alternative Versorgungskonzepte ausbauen, sollte ein Schwerpunkt unbedingt auf die Qualitätssicherung gelegt werden, damit sich die Versorgung der Menschen mit Demenz langfristig nicht verschlechtert, sondern sich auch in alternativen Versorgungskonzepten hoffentlich sogar verbessern lässt.

Literatur beim Verfasser

E-Mail-Kontakt:  
Volker.Ulrich@uni-bayreuth.de

### Anmerkungen

1. Sekundäre Prävention besteht in der Früherkennung bzw. Verhinderung des Fortschreitens einer Krankheit. Sie dient dazu, eine Schädigung, Krankheit oder regelwidriges Verhalten frühzeitig zu erkennen bzw. dafür zu sorgen, dass der Verlauf einer Krankheit sich nicht verschlimmert bzw. chronifiziert wird. Bei der Tertiärprävention geht es um die Verhinderung des Fortschreitens oder des Eintritts von Komplikationen bei einer bereits manifesten Erkrankung. Die Primärprävention, welche die Gesamtheit aller Maßnahmen umfasst, die den Erhalt der Gesundheit zum Ziel haben, rechnet in den meisten Fällen nicht zu den direkten Kosten, da hier ein unmittelbarer Krankheitsbezug fehlt. Eine Ausnahme wären Präventionsmaßnahmen, die einen direkten Krankheitsbezug besitzen, etwa Maßnahmen zur Herz-Kreislauf-Prävention.,
2. Die Schweregrad-Gruppen wurden mittels Cochran-Mantel-Haenszel (CMH)-Test für kategoriale Daten sowie Varianzanalyse (ANOVA) mit unabhängigen Faktoren für kontinuierliche Daten verglichen und führten zur Einteilung in leichte (IAD), mittelschwere bis schwere (m/sAD) und schwere Alzheimer-Demenz (sAD).

.....  
**PROF. DR. RER. POL. VOLKER ULRICH**  
.....



*Ordinarius für Volkswirtschaftslehre, insb. Finanzwissenschaft an der Universität Bayreuth. Er ist Mitglied des Ausschusses für Gesundheitsökonomie der Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften – Verein für Socialpolitik –, Mitglied im wissenschaftlichen Beirat des Bundesversicherungsamts zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs und Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats des Bundesverbands Managed Care (BMC). Im akademischen Turnus 2010/11 war er Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ). Seit 2015 ist er Präsident der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG).*

