Dipl.-Psych. Melanie Luppa
Prof. Dr. med. Hans Helmut König, MPH
Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, MPH

Kostenfaktor Depression

Die Kosten depressiver Störungen und Implikationen für die Versorgung

Abstract

Depressionen sind aufgrund ihrer weiten Verbreitung und der hohen Krankheitslast in den Fokus gesundheitsökonomischer Forschung gerückt. Laut Statistischem Bundesamt wurde für die Behandlung von Depressionen im Jahre 2004 4,2 Milliarden Euro ausgegeben. Die Versorgungskosten werden pro depressivem behandeltem Patienten auf 1.300 bis 2.000 Euro pro Jahr geschätzt. Die Kosten für Produktionsausfälle durch Arbeits- und Erwerbsfähigkeit können international pro Jahr auf 1.900 bis 3.315 Euro pro depressivem Patienten beziffert werden. Rund 147.000 Erwerbstätigkeitsjahre gingen in Deutschland im Jahre 2004 durch depressive Erkrankungen verloren. Produktionsausfälle durch vorzeitige Sterblichkeit werden international auf 140 bis 285 Euro pro depressivem Patienten geschätzt. Rund 60 % aller Suizide können auf Depressionen zurückgeführt werden. Die frühzeitige Erkennung und umfassende Behandlung von Depressionen unter Einsatz wissenschaftlich anerkannter und klinisch wirksamer Verfahren kann eine Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen und eine Verringerung der Krankheitslast von depressiven Störungen sicherstellen.

Schlüsselbegriffe

Depression
Gesundheitsökonomie
Versorgung

>> Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter. Die Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation gehen davon aus, dass depressive Störungen bis zum Jahr 2020 neben den koronaren Herzkrankheiten weltweit die führende Ursache für vorzeitigen Tod und durch Behinderung eingeschränkte Lebensjahre sein werden (Murray und Lopez 1996). Die 12-Monats-Prävalenz depressiver Störungen bei über 18-jährigen Personen in der deutschen Allgemeinbevölkerung beträgt nach den Ergebnissen des Bundesgesundheitssurveys 10,9 % (Jacobi et al. 2004). Das bedeutet, in Deutschland sind ca. 5-6 Millionen Bundesbürger pro Jahr von einer Depression betroffen. Eine besondere Risikogruppe stellen alte Menschen dar, denn Depressionen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen im Alter (Riedel-Heller et al. 2006). Depressive Erkrankungen sind jedoch nicht nur häufig, sondern auch mit einer Reihe schwerwiegender Folgen assoziiert. Sie führen unter anderem zu einer verringerten Leistungsfähigkeit (Alexopoulos et al. 1996), einem Verlust an gesundheitsbezogener Lebensqualität (Unützer et al. 2000) und einer erhöhten Mortalität (Schulz et al. 2002), vor allem aufgrund von Suiziden. So versterben 15 % der Patienten mit schweren depressiven Erkrankungen durch Suizid (Angst et al. 1999), und ca. 60 % aller Suizide sind auf Depressionen zurückzuführen. Darüber hinaus gehen depressive Erkrankungen mit einer hohen Wiedererkrankungsrate und einem hohen Risiko zur Chronifizierung einher.

Direkte Kosten Depressionen im Erwachsenenalter

Die direkten Kosten entstehen durch die Inanspruchnahme eines breiten Spektrums von medizinischen und nicht-medizinischen Leistungen. Laut Statistischem Bundesamt wurden im Jahr 2004 für die Behandlung von Depressionen (ICD-10-Diagnosen: F32-F34) in Deutschland 4,2 Milliarden Euro ausgegeben (zum Vergleich 2002: 3,9 Milliarden Euro, Statistisches Bundesamt 2007). Das entspricht 1,9 % aller direkten Kosten der Gesundheitsversorgung in Deutschland und Kosten von etwa 1.700 Euro pro behandeltem Patienten. Davon entfielen 37 % auf die stationäre Behandlung, 13 % auf die ambulante Versorgung und 19 % auf Medikamente. In einer Studie von Friemel et al. (2005) wurde eine repräsentative Stichprobe der nicht-institutionalisierten volljährigen Bevölkerung in Deutschland (ESEMeD-Studie) mit mindestens einer depressiven Krankheitsepisode in den vergangenen 12 Monaten nach den - im Zusammenhang mit ihrer psychischen Erkrankung stehenden - in Anspruch genommenen medizinischen Versorgungsleistungen befragt. Es ergaben sich jährliche medizinische Versorgungskosten von 1.278 Euro pro behandeltem Patienten, wobei 53 % der Kosten auf Krankenhausaufenthalte, 34 % auf die ambulante Versorgung und 9 % auf den Medikamentenverbrauch entfielen. Die Studie von Salize et al. (2004) mit einer Stichprobe von depressiven Patienten aus Hausarztpraxen und nervenärztlich-psychiatrischen Fachpraxen schätzte die Kosten für die Depressions-Behandlung für das Jahr 2003 auf 2.128 Euro. Auf die stationäre Behandlung entfielen 24 %, auf die ambulante Behandlung 57 % und auf die medikamentöse Behandlung 16 % der Versorgungskosten.

Eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit zur internationalen Literatur über Krankheitskostenstudien zu Depressionen (Luppa et al. 2007) schätzt die jährlichen direkten Kosten für Depressive für das Jahr 2003 auf 950 bis 2.375 Euro, in Abhängigkeit vom jeweiligen Sozialversicherungs- und Krankenversorgungssystem. Für Deutschland kann man aufgrund der bisherigen Ergebnisse von 1.300 bis 2.000 Euro pro behandeltem Patienten ausgehen.

Depressionen im höheren Lebensalter

Im höheren Lebensalter (65 Jahre und älter) gehören depressive Erkrankungen neben den demenziellen Erkrankungen zu den häufigsten psychischen Störungen. Da im Zuge der demographischen Entwicklung die Zahl der Betroffenen weiter ansteigen wird, ist eine solide Datengrundlage zu den Krankheitskosten von depressiven Störungen im höheren Lebensalter unerlässlich. Die erste deutsche Krankheitskostenstudie zu Depressionen im Alter von Luppa et al. (2008) untersuchte die direkten Kosten von über 75-jährigen Allgemeinarztpatienten mit depressiven Störungen im Vergleich zu einer gleichaltrigen nicht-depressiven Kontrollgruppe und unter Kontrolle der somatischen Komorbidität und berichtete für das Jahr 2004 durchschnittliche jährliche direkte Gesamtkosten in Höhe von 5.241 Euro

für depressive und von 3.648 Euro für nicht-depressive alte Menschen. Die entsprechenden depressionsbezogenen Mehrkosten lagen damit bei 1.593 Euro und ebenfalls bei einem Drittel der durchschnittlichen jährlichen Gesamtkosten. Für die depressiven Patienten ergaben sich in dieser Studie insbesondere Mehrkosten für die stationäre Behandlung von 796 Euro (50 % der gesamten Mehrkosten), für die Behandlung mit Medikamenten von 393 Euro (25 %) und für Pflegeleistungen (gesetzlich und privat finanziert) von 498 Euro (31 %).

Abbildung 1 zeigt einen Vergleich der Kostenergebnisse der vorliegenden Studie mit Befunden aus früheren Krankheitskostenstudien zu Depressionen im höheren Lebensalter (Katon et al. 2003, Unützer et al. 1997). Die Vergleichbarkeit wird ermöglicht durch die Inflationierung der Kostendaten auf das Jahr 2003 und deren Umrechnung in US-Dollar (Kaufkraftparitäten). Es zeigt sich, dass die jährlichen durchschnittlichen direkten Gesamtkosten depressiver Patienten, im Vergleich zu den direkten Gesamtkosten der nicht-depressiven Kontrollgruppe, in den Studien von Unützer et al. (1997) und Katon et al. (2003) ebenfalls annähernd um ein Drittel ansteigen (32 % und 35 %).

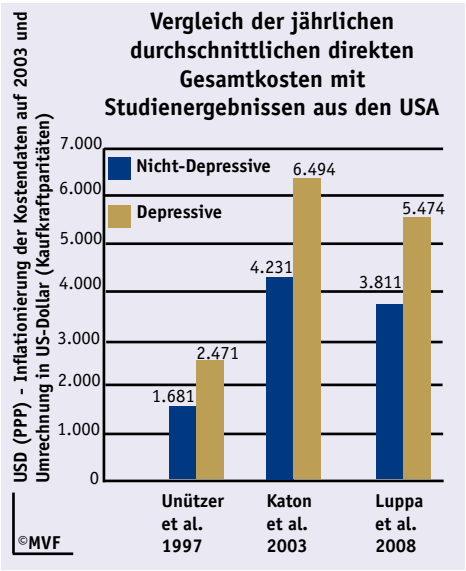


Abb. 1: Vergleich der jährlichen durchschnittlichen direkten Gesamtkosten mit Studienergebnissen aus den USA

Indirekte Kosten

Indirekte Kosten entsprechen dem Ressourcenverlust durch krankheitsbedingten Produktionsausfall aufgrund von Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit (Morbiditätskosten) bzw. durch vorzeitigen Tod (Mortalitätskosten). Der Humankapitalansatz gilt als der gebräuchlichste Ansatz zur Messung der indirekten Kosten. Sein Ziel ist die Ermittlung des vollständigen Wegfalls an Produktionspotenzial als Folge von Krankheit. Als Indikator verwendet man das durch die Krankheit entgangene Einkommen, berechnet aus der Zeit des Ausfalls, multipliziert mit einem spezifischen Lohnsatz (Leidl 2003). Bisher haben jedoch nur internationale Studien die indirekten Kosten von depressiven Erkrankungen berechnet. Alle Studien haben den Humankapitalansatz verwendet (vgl. Luppa et al. 2007).

Produktionsausfälle durch Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit

Eine der bekanntesten Studien zu den Kosten von Depressionen von Greenberg et al. (2003) berichtet für die USA Produktionsausfallkosten durch Fehlzeiten am Arbeitsplatz und Minderung der Arbeitsleistung von 52 Milliarden Dollar oder 183 Dollar pro Einwohner. Das entspricht einem Anteil von 54 % an den Gesamtkosten (Summe der direkten und indirekten Kosten), den die Morbiditätskosten einnehmen. Thomas und Morris (2003) schätzten die Morbiditätskosten für Großbritannien im Jahr 2000 auf 12 Milliarden Dollar oder 207 Dollar pro Einwohner. Bei dieser Studie lag der Anteil der Morbiditätskosten an den Gesamtkosten bei 90 %.

Wenngleich für Deutschland keine entsprechenden Berechnungen vorliegen, schätzen Luppa et al. (2007) auf der Grundlage der internationalen Literatur die Morbiditätskosten für das Jahr 2003 auf 1.900 bis 3.515 Euro pro depressivem Patienten.

Laut aktueller Gesundheitsreporte verschiedener Krankenkassen entfielen im Jahre 2006 1,0 % (DAK 2007) bzw. 1,5 % (BARMER 2007) aller Arbeitsunfähigkeitsfälle (AU) sowie zwischen 3,1 % (DAK 2007) und 5,0 % (BARMER 2007) (TK 2007: 4,0 %, an 2. Stelle nach den Rückenschmerzen) aller AU-Tage auf depressive Episoden (F32). Bei der durchschnittlichen AU-Dauer handelte es sich im Vergleich zu anderen Erkrankungen mit 38,4 Tagen bei der BARMER (2007), 40,7 Tagen bei der BKK (2006) und 47 Tagen bei der TK (2007) um eine extrem lange Erkrankungsdauer.

Entsprechend den Statistiken des Verbandes Deutscher Rentenversicherer waren psychische Erkrankungen mit 33 % (51.433 Fälle in 2006) vor Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (16,7 %) die häufigste Ursache für Berentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Und knapp 30 % (ca. 15.000, Carl 2001) der jährlich über 50.000 Frühberentungen durch psychische Erkrankungen werden durch Depressionen verursacht. Daten des Statistischen Bundesamtes geben ebenfalls einen Hinweis auf die enorme Höhe des potenziellen Produktionsausfalls aufgrund von depressiven Erkrankungen. So gingen im Jahr 2004 147.000 Erwerbstätigkeitsjahre aufgrund von depressiven Erkrankungen verloren (zum Vergleich: 136.000 im Jahre 2002; Statistisches Bundesamt 2007), was 3,5 % aller verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre und 22 % der durch psychische Erkrankungen verlorenen Erwerbsjahre entspricht.

Produktionsausfälle durch vorzeitige Mortalität

Depressionen führen auch zu Produktionsausfällen aufgrund gesteigerter Mortalitätsraten, zum einen durch nicht-psychische Begleiterkrankungen und zum anderen durch erhöhte Suizidraten. In der Studie von Greenberg et al. (2003) aus den USA wurden die durch Suizide verursachten Mortalitätskosten von Depressionen für das Jahr 2000 auf 5,5 Milliarden Dollar oder 20 Dollar pro Einwohner geschätzt. Das entspricht einem Anteil von 7 % an den Gesamtkosten. Thomas und Morris (2003) schätzen für Großbritannien im Jahr 2000 die Mortalitätskosten (bezogen auf Suizide und andere Todesfälle durch versehentliche Medikamentenvergiftungen) auf 844 Millionen Dollar oder 14 Euro pro Einwohner. Die Mortalitätskosten nahmen in dieser Studie einen Anteil von 6 % an den Gesamtkosten ein. Luppa et al. (2007) schätzen in ihrer Übersichtsarbeit die Mortalitätskosten pro depressivem Patienten auf 140 bis 285 Euro pro Jahr.

Implikationen für die Versorgung

Die weite Verbreitung und die hohe Krankheitslast von depressiven Erkrankungen haben dazu geführt, dass der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) in seinem Gutachten von 2000/2001 im Band III „Über-, Unter- und Fehlversorgung" mit den depressiven Störungen erstmals seit seinem Bestehen eine psychische Krankheitsgruppe benannte, für die er einen erheblichen Bedarf bei der Verbesserung der Versorgung, insbesondere in der hausärztlichen Versorgung, in der Pharmakotherapie und in der öffentlichen Aufklärung zur verbesserten gesellschaftlichen Akzeptanz der Kranken und des Krankheitsbildes sieht. In der Tat gibt es einen erheblichen Optimierungsspielraum für die Verbesserung der Diagnostik und der Behandlung depressiver Erkrankungen. So kommt der SVR mit Bezug auf die Studie „Depression 2000" von Wittchen (2000) zu dem Schluss, dass bei ca. einem Drittel der Patienten die Depressionen nicht erkannt und bei mehr als der Hälfte nicht konsequent und entsprechend wissenschaftlicher Empfehlungen behandelt werden. Dazu kommt, dass Hausärzte depressive Patienten häufig nicht oder

Literatur

Alexopoulos, G. S./Vrontou, C./Kakuma, T./Meyers, B. S./Young, R. C./Klausner, E./Clarkin, J. (1996): Disability in geriatric depression. In: Am J Psychiatry 1996, 153, 877-885.

Angst, J./Angst, F./Stassen, H.H. (1999): Suicide risk in patients with major depressive disorder. In: Journal of Clinical Psychiatry 1999, 60, Suppl. 2, 57-62, 75-76, 113-6. Review.

BARMER Gesundheitsreport 2007. www.barmer.de

BKK Gesundheitsreport 2006. www.bkk.de

Carl, G. (2001): Depression und Suizidalität: Krankheit zwischen Erkennungsdefizit und Undertreatment. In: NeuroTransmitter 2001, 12, 55-57.

DAK Gesundheitsreport 2007. www.dak.de

Friemel, S./Bernert, S./Angermeyer, M.C./König, H.H. (2005): Die direkten Kosten von depressiven Erkrankungen in Deutschland. In: Psychiatrische Praxis 2005, 32, 113-121.

Gensichen, J./Peitz, M. (2006): Behandlungspotenziale in der allgemeinärztlichen Versorgung. In: Stoppe, G./Bramesfeld, A./Schwartz, F.W. (Hrsg.): Volkskrankheit Depression. Berlin u.a.: Springer-Verlag.

Greenberg, P.E./Kessler, R.C./Birnbaum, H.G./Leong, S.A./Lowe, S.W./Berglund, P.A./Corey-Lisle, P.K. (2003): The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? In: Journal of Clinical Psychiatry 2003, 64, 1465-1475.

Hegerl, U./Wittmann, M./Arensman, E./van Audenhove, C./Bouleau, J.H./van der Feltz-Cornelis, C./Gusmao, R./Kopp, M./Löhr, C./Maxwell, M./Meise, U./Mirjanic, M./Oskarsson, H./Sola, V.P./Pull, C./Pycha, R./Ricka, R./Tuulari, J./Värnik, A./Pfeiffer-Gerschel T. (2007): The ‚European Alliance Against Depression (EAAD)': A multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality, In: World Journal of Biological Psychiatry 2007, 5, 1-8

Jacobi, F./Wittchen, H.U./Holting, C./Hofler, M./Pfister, H./Muller, N./Lieb, R. (2004): Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). In: Psychological Medicine 2004, 34, 597-611.

Katon, W. J./Lin, E./Russo, J./Unützer, J. (2003): Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. In: Arch Gen Psychiatry 2003, 60, 897-903.

Leidl, R. (2003). Der Effizienz auf der Spur: Eine Einführung in die ökonomische Evaluation. In: Schwartz, F.W./Badura, B./Busse R./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J./Walter, U. (Hrsg.) Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Aufl. 2003. München, Urban & Fischer, 471.

Luppa, M./Heinrich, S./Angermeyer, M. C./König, H.H./Riedel-Heller, S.G. (2007): Cost-of-illness studies of depression. A systematic review. In: Journal of Affective Disorders 2007, 98, 29-43.

Luppa, M./Heinrich, S./Matschinger, H./Sandholzer, H./Angermeyer, M.C./König, H.H./Riedel-Heller, S.G. (2008): Direct costs associated with depression in old age in Germany. In: Journal of Affective Disorders 2008, 105, 195-204.

Murray, C.J.L./Lopez, A.D. (1996): Alternative visions of the future: projecting mortality and disability, 1990–2020. In: Murray, C.J.L./Lopez, A.D. (Hrsg.), The Global Burden of Disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Publication from the Harvard School of Public Health, on behalf of the World Health Organization and the World Bank (1996) Cambridge, AM: Harvard University Press, S. 361–395.

Riedel-Heller, S.G./Matschinger, H./Angermeyer, M.C. (2005): Mental disorders--who and what might help? Help-seeking and treatment preferences of the lay public. In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2005, 40, 167-74.

Riedel-Heller, S.G./Busse, A./Angermeyer, M.C. (2006): The state of mental health in old-age across the ‚old' European Union—a systematic review. In: Acta Psychiatrica Scandinavica 2006, 113, 388-401.

Riedel-Heller, S.G./Matschinger, H./Schork, A./Angermeyer, M.C. (2001): The utilization of antidepressants in community-dwelling and institutionalised elderly--results form a representative survey in Germany. In: Pharmacopsychiatry 2001. 34, 6-12.

Salize, H.J./Stamm, K./Schubert, M./Bergmann, F./Härter, M./Berger, M./Gaebel, W./Schneider, F. (2004). Behandlungskosten von Patienten mit Depressionsdiagnose in haus- und fachärztlicher Versorgung in Deutschland. In: Psychiatrische Praxis 2004, 31, 147-156.

Statistisches Bundesamt (2007). Statistisches Jahrbuch 2007 für die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden, S. 255-256.

Schomerus, G./Angermeyer, M.C./Matschinger, H./Riedel-Heller, S.G. (2008): Public attitudes towards prevention of depression. Journal of Affective Disorder 2008, 106, 257-263.

Schulz, R./Drayer, R. A./Rollman, B. L. (2002): Depression as a risk factor for non-suicide mortality in the elderly. In: Biol Psychiatry 2002, 3, 205-225. Review.

Thomas, C. M./Morris, S. (2003): Cost of depression among adults in England in 2000. In: British Journal of Psychiatry 2003, 183, 514-519.

TK-Gesundheitsreport. www.tk-online.de

Unützer, J./Patrick, D. L./Diehr, P./Simon, G./Grembowski, D./Katon, W. (2000): Quality adjusted life years in older adults with depressive symptoms and chronic medical disorders. In: Int Psychogeriatry 2000, 12, 15-33.

Unützer, J./Patrick, D. L./Simon, G./Grembowski, D./Walker, E./Rutter, C./Katon, W. (1997): Depressive symptoms and the cost of health services in HMO patients aged 65 years and older. A 4-year prospective study. In: JAMA 1997, 277, 1618-1623.

Wittchen, H.U. (2000): Die Studie "Depression 2000". Eine bundesdeutsche Depressions-Screening-Studie. In Allgemeinarztpraxen. Fortschritte der Medizin 2000, 118, 1-3.

Wittchen, H.U./Pittrow, D. (2002): Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. In: Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental 2002, 17, Suppl 1: S1-11.

nicht zeitgerecht in eine fachspezifische Weiterbehandlung überweisen. So erfolgte die antidepressive medikamentöse Therapie von Depressionen laut der Studie „Depression 2000“ nur in 58 % der von Hausärzten als korrekt depressiv diagnostizierten Fälle, und nur 22 % der Patienten wurden vom Hausarzt in fachärztliche Weiterbehandlung überwiesen (Wittchen und Pittrow 2002). Bei alten depressiven Menschen sind die Hinweise auf eine Unterversorgung noch drastischer (Riedel-Heller et al. 2001).

Zur Behandlung von Depressionen steht inzwischen eine Vielzahl von Verfahren und Therapieansätzen zur Verfügung. Zur Ausschöpfung der vorhandenen medikamentösen und psychotherapeutischen Möglichkeiten ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen wie Fachärzte für Psychiatrie/Psychotherapie, Psychologische und Ärztliche Psychotherapeuten und Allgemeinärzte unerlässlich (Gensichen und Peitz, 2006). Dazu gehört auch, das Wissen über die Krankheit in der Bevölkerung zu erweitern (Hegerl et al. 2007) und damit auch das Stigma, das mit psychischen Störungen verbunden ist, zu reduzieren (Riedel-Heller et al. 2005). Eine repräsentative Bevölkerungsumfrage zur Prävention von Depression signalisierte eine prinzipielle Bereitschaft, in die psychische Gesundheit zu investieren (Schomerus et al. 2008).

Aufgrund ihrer Häufigkeit und ihrer ökonomischen Auswirkungen weltweit und insbesondere in den Industrienationen zählen Depressionen als Volkskrankheit Nummer eins. Eine Optimierung der Behandlung Depressiver könnte nicht nur eine Qualitätsverbesserung in der Behandlung und damit eine gesteigerte Lebensqualität für die Betroffenen mit sich bringen, sondern auch eine Reduktion der derzeit hohen direkten und indirekten Kosten für die Volkswirtschaft, die mit depressiven Erkrankungen einhergehen. <<

Cost of depression and mental health care

Depression is a very common disease with a substantial economic burden. The German Federal Statistical Office reported health care costs of EUR 4.2 billion for the year 2004. Health care costs per patient were estimated between EUR 1,300 and EUR 2,000 per year; morbidity costs ranged from EUR 1,900 to EUR 3,315. Lost productivity in terms of years of work lost was estimated at 147,000 years for Germany in 2004. Mortality costs ranged from EUR 140 to EUR 285 per depressive patient per year. It is assumed that around 60 % of suicides are caused by depression. Early detection and adequate treatment may lead to a reduced burden of the illness and an improved quality of life for those suffering from depression and their relatives.

Keywords

cost
depression
economic burden

Dipl. Psych. Melanie Luppa
Wissenschaftliche Mitarbeiterin / Jahrgang 1973
ist seit 2002 wissenschaftliche Mitarbeiterin, Public Mental Health Research Unit, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig; Publikationen zu Krankheitskosten von Depressionen.



Prof. Dr. med. Hans-Helmut König, MPH
Professor für Gesundheitsökonomie / Jahrgang 1965
ist Professor für Gesundheitsökonomie an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig, Arbeitsschwerpunkte: Ökonomische Evaluation von Gesundheitsleistungen, insbesondere im psychosozialen Versorgungsbereich; Gesundheitssystemforschung.



Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, MPH
Professorin für Public Health / Jahrgang 1964
ist Professorin für Public Health an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Forschungsschwerpunkte an der Schnittstelle zwischen Psychiatrie und Public Health: Epidemiologie psychischer Störungen, Prävention und Versorgungsforschung. Besondere Forschungsexpertise: Langzeitstudien. Hauptzielgruppe: ältere Menschen. Geschäftsführende Herausgeberin der Fachzeitschrift „Psychiatrische Praxis“ (Thieme-Verlag).

