



**University of  
Zurich**<sup>UZH</sup>

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
Main Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2004

---

## **Finanzierungsformen für die psychiatrische Versorgung: Konzepte, Evidenz und Erfordernisse**

Frick, Ulrich ; Cording, C

**Abstract:** Objective: Due to increasing health care expenditures the discussion about advantages and disadvantages of new methods for resource allocation in mental health care has been intensified. A promising model is the Regional Budget for Mental Health Care, which is currently being examined in Schleswig-Holstein. The present paper describes first experiences with the new resource allocation model. Basic conditions: An annual budget, provided for the treatment of a fixed number of patients, makes it possible to reduce inpatient capacity in favour of improved community-integrated approaches for the treatment of acute psychiatric illness. Results: In a first step inpatient capacity will be reduced by 8 percent. By the end of 2007 capacity for hospital day care shall be increased by 87 percent and a home treatment will be implemented. The previous working method, orientated to treatment setting, will be replaced by an approach specialized in diagnostic groups. Conclusions: The Regional Budget could improve the continuity and flexibility of patient care. Service providers become motivated to treat in a way, which with little resource consumption achieves a long lasting health status improvement. For health insurances the Regional Budget is an opportunity to limit cost increases.

DOI: <https://doi.org/10.1055/s-2004-834736>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-97787>

Journal Article

Accepted Version

Originally published at:

Frick, Ulrich; Cording, C (2004). Finanzierungsformen für die psychiatrische Versorgung: Konzepte, Evidenz und Erfordernisse. *Psychiatrische Praxis*, 31(3):163-166.

DOI: <https://doi.org/10.1055/s-2004-834736>

Ulrich Frick <sup>(1)(2)</sup> und Clemens Cording <sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> Institut für Suchtforschung, Zürich

<sup>(2)</sup> Psychiatrische Universitätsklinik, Regensburg

## **Finanzierungsformen für die psychiatrische Versorgung: Konzepte, Evidenz und Erfordernisse**

Die Publikationen über DRGs in der Psychiatrie nehmen zu, - endlich! Selten wird dabei differenziert, ob man 1. mit den DRGs die jetzt in den AR-DRGs konkret ausformulierte Finanzierungsregelung für somatische Kliniken (ab 1.1.2004) meint, ob 2. allgemein ein Fallpauschalensystem zur Finanzierung von stationären Aufenthalten auf Basis von Behandlungsepisoden gemeint ist, oder ob 3. von nosologisch, phänomenologisch oder vom Ressourcenverbrauch her begründeten Klassifikationssystemen in der Psychiatrie die Rede sein soll, die nicht unbedingt nur als Entgeltsystem, sondern z.B. auch zur Qualitätssicherung oder zur Versorgungsforschung eingesetzt werden könnten.

Das am häufigsten zitierte Argument gegen die Einführung von DRGs in der Psychiatrie ist die mangelhafte Aufklärung der zwischen psychiatrischen Patienten beobachtbaren Varianz der Verweildauer bzw. des Ressourcenverbrauchs, die durch die verschiedenen Klassifikationssysteme in der Psychiatrie derzeit maximal möglich ist (1). Die Beobachtung geringer Varianzaufklärung ist zweifelsohne richtig, auch jüngste Studien kommen hier nicht zu höheren Prozentsätzen (2). Aber stimmt die Schlussfolgerung, dass dies den Einsatz als Abrechnungsgrundlage verbietet?

Erster Einwand: Wenn es denn ein Klassifikationssystem gäbe, das 90 bis 95 Prozent der Verweildauervarianz vorhersagen könnte, und wenn dieses Klassifikationsschema der künftigen Abrechnung stationärer Aufenthalte zugrundegelegt würde, zögen dann alle Kritiker mit fliegenden Fahnen auf die Seite der Fallpauschalierer? Unwahrscheinlich, denn auch dann bedeutete die Einführung von solchen, neuartigen „RRGs“<sup>1</sup> einen grundlegenden Bruch mit der bisherigen Risikoverteilung zwischen Anbietern und Financiers stationär-psychiatrischer Leistungen. Es müssten sich viele Kliniken in ihren internen Steuerungsprozessen grundlegend verändern, was Widerstand vorherzusagen nicht besonders schwierig sein lässt.

Zweiter Einwand: Was ist eigentlich der besondere Nachteil für ein Krankenhaus, wenn die aus unpräzisen Fallpauschalen erstatteten Mittel nach der Einführung von irgendwelchen DRG-Systemen in ihrer Gesamtsumme wieder genau das gleiche Erstattungsvolumen erreichen würden wie vor der Pauschalierung? Große Häuser hätten wohl kaum Probleme mit einer derartigen Abrechnung, weil sich die Abweichungen zwischen tatsächlich erbrachter Leistung und abrechenbarer Pauschale über viele PatientInnen hinweg ausgleichen könnten. Kleinere Einheiten dagegen hätten stärkere

---

<sup>1</sup> für „resources related groups“; die Diagnose wäre dann ja wohl nicht mehr der Kern der Gruppenbildung.

Ausschläge in beide Richtungen zu erwarten: Bezogen auf ihre Gesamteinnahmen ist mit prozentual größeren Abweichungen vom Erwartungswert zu rechnen.

Die Einführung von Fallpauschalen-Systemen ist oft (z.B. in Österreich bei der Installation der „Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung“) gekoppelt worden an eine Deckelung des Gesamtbudgets für den stationären Sektor. Wird mehr als die geplante Leistung tatsächlich erbracht,- oder auch nur durch „up-coding“ abgerechnet,- kommt es zu einem Punktwertverfall für alle Anbieter. Dies kann u.U. in einen ruinösen Verdrängungswettbewerb zwischen unterschiedlichen Krankenhäusern führen, wenn dann eine Leistungsausweitung nicht mehr an einen sicheren Einnahmewachstum gekoppelt ist.

### **Die Finanzierungsform setzt Anreize - immer!**

Das Argument von der mangelnden Varianzaufklärung der DRGs geht nach unserer Überzeugung am Kern der notwendigen Überlegungen vorbei. Nicht ihre ungenügende Treffsicherheit bei der Kostenprognose ist entscheidend dafür, warum sie für die Psychiatrie ungeeignet sind, sondern ihre ökonomische Anreizwirkung. Das Leistungsgeschehen in der stationären Psychiatrie ist geprägt durch chronische Verläufe mit rekurrierenden Aufnahmen<sup>2</sup>. Fallpauschalen pro Aufenthalt würden erlauben, die bislang beim Patienten X binnen Jahresfrist erforderlichen zweimal vier Wochen stationärer Aufenthalt in vier zweiwöchige Behandlungen zu verwandeln, und dadurch das Einkommen des Krankenhauses entscheidend zu steigern. Das ist es, was von den Gesundheitsökonomern als „perverse incentives“ bezeichnet wird, und der Anreiz besteht bei jeglichem Gruppierungsalgorithmus.

Empirisch wurde zwar eine dergestaltete Steigerung der Krankenhaushäufigkeit mittels häufigerer Rehospitalisierungen nach Einführung von Fallpauschalen z.B. in Österreich bislang nicht nachgewiesen (4), aber das sollte uns nicht davon abhalten, die Diskussion um vernünftige Abrechnungsmodi für die Psychiatrie in der gegenwärtigen DRG-Moratoriumszeit voranzubringen.

Ein zweiter wichtiger Einwand gegen die Fallpauschalen in der Psychiatrie wendet sich gegen die ihnen inhärente Tendenz zur Leistungsausdünnung. Profitabel sind die DRG-Erlöse besonders, wenn sie mit reduziertem Aufwand abgerechnet werden können. Zur Kontrolle sind daher externe Qualitätsvergleiche unverzichtbar (5). Auch diese dürften aber nicht am Entlassungstag Halt machen: Therapeutisch wie auch volkswirtschaftlich wesentlich sind die Konsequenzen der einzelnen Behandlung für das langfristige Outcome. Weder existiert in der stationären Psychiatrie derzeit Einvernehmen über die Kriterien solcher Qualitätsvergleiche, noch bestehen hinreichend klare Erkenntnisse über die vergleichende Kosten-Effektivität unterschiedlicher therapeutischer Strategien,

---

<sup>2</sup> Übrigens gilt dies nur bei Betrachtung des Anteils chronischer Patienten an allen aufgenommenen PatientInnen eines Krankenhauses. Normiert auf alle inzidenten PatientInnen aus der Bevölkerung kehrten über 70% der psychiatrisch life-time Ersthospitalisierten im Kanton Zürich 1995-2001 binnen 7 Jahren nicht wieder in eine stationäre Behandlung zurück (3).

besonders im Hinblick auf das Langzeit-Outcome. Unabhängig von der Frage der DRG-Einführung in der Psychiatrie wird sich die psychiatrische Disziplin als Leistungssektor künftig hier argumentativ „aufrüsten“ müssen.

Dass weder reine Einzelleistungsvergütungen (wie im ambulanten Sektor) noch tagesgleiche Pflegesätze (die historischen Vorläufer von DRGs) für die Versorgung chronisch psychisch Kranker einem Fallpauschalensystem vorzuziehen sind, lässt sich von der Anreizwirkung her gut begründen (vgl. (6)):

An den tagesgleichen Pflegesätzen ist zu kritisieren, dass sie keine Steuerungsfunktion auf einen effizienten Ressourceneinsatz hin ausüben können, wenn nach dem Kostendeckungsprinzip jede Institution ihre eigenen Tagessätze mit den Versicherern aushandelt. Ein Marktpreis –und nur ein solcher könnte ökonomisch die Effizienz der Anbieter fördern - ist damit ausgeschlossen. Die Chance, durch den Wettbewerb zwischen den Anbietern Qualität und Effizienz zu befördern, wird dadurch unterbunden. Es bestehen keinerlei ökonomische Anreize zur Weiterentwicklung von therapeutischen wie institutionellen Settings.

„Fee for service“ provoziert eine mögliche Verlagerung des Leistungsgeschehens auf diagnostisch-apparative Prozeduren und deren übermäßige Anwendung, weil sie a) besser abgrenzbar und dokumentierbar sind als z.B. ärztlich-therapeutische Gespräche und b) weil dabei technologischer Fortschritt zumindest bis zu einer Preisanpassung als Rationalisierungsgewinn genutzt werden kann.

Für sprechende Medizin steht nicht zu erwarten, dass Kriseninterventionen oder Psychotherapien zukünftig mit der Hälfte des heutigen Ressourcen- sprich Zeiteinsatzes leistbar sein könnten. Das spricht gegen den von Fallpauschalen ausgehenden Anreiz zur Verweildauerverkürzung. Es gibt für die Psychiatrie erste Studien, die vor einer weiteren Verweildauerverkürzung wegen beobachtbarer Verschlechterung der längerfristigen Behandlungsergebnisse warnen (7).

## **Empirisches Wissen zu Anreizwirkungen in der Psychiatrie? – extrem rar**

Entgegen einem manchmal existierenden Vorurteil, dass immer dann, wenn es ums Geld geht, ein Sachverhalt besonders gründlich evaluiert werde, erweist sich die mit empirischen Daten argumentierende Literatur zum Thema „Finanzielle Anreizsysteme“ im Gesundheitswesen als ziemlich spärlich. Drei unlängst erschienene systematische Überblicksarbeiten ((8), (9), (10)) identifizieren in der Flut von über 5300 Veröffentlichungen zum Thema „Anreizsysteme“ nur acht randomisierte Studien, zwei Beobachtungsstudien mit angemessenem Kontrollgruppenansatz, sowie eine Studie mit einem zeitreihenanalytischen Ansatz. Keine der in den Reviews besprochenen Studien war spezifisch für die Psychiatrie. Die wenigen seither erschienenen Psychiatrie-spezifischen empirischen Arbeiten zu Anreizwirkungen von Finanzierungssystemen

beschäftigen sich (Ausnahme: (4)) nicht mit DRGs, sondern evaluieren längst weitergehende Ansätze wie Kapitation und Globalbudgets ( (11) (12) ), wie sie jüngst auch in Deutschland in die Diskussion eingeführt wurden (13).

## **DRGs für die Psychiatrie? – ein Gegenvorschlag**

Von der Seite der Versicherer (!) wurde für den somatischen Sektor darauf hingewiesen, dass bei chronischen Erkrankungen oftmals der Schwerpunkt auf Rehabilitation und nicht auf Heilung ausgerichtet sei, und dass hierbei z.B. für die übenden Verfahren und Bewältigungstrainings Fallpauschalensysteme strukturell ungeeignet sind (14). Für die somatischen Rehabilitationskliniken wurde deshalb der Vorschlag gemacht, ein Einrichtungs-übergreifendes System von gestaffelten Tagespauschalen<sup>3</sup> zu entwickeln, das die unterschiedlichen Reha-Anlässe nach täglich wiederkehrendem Aufwand klassifiziert. Damit wäre Kostentransparenz im Markt gewährleistet, und ökonomisch das Kostendeckungsprinzip durch eine Anreizstruktur zur Kostenkontrolle ersetzt. Im Vergleich zum Akutversorgungsbereich wird in der Rehabilitation die Verweildauer durch die bestehende Bewilligungspraxis noch strikter kontrolliert, so dass bei Tagespauschalen strukturell keine finanzielle Überforderung der Financiers infolge von Verweildauerausdehnungen möglich ist. Damit soll nicht etwa einer interventionistischen Ausweitung der Funktion des MDK in der Psychiatrie das Wort geredet, sondern nur darauf hingewiesen werden, dass auch in anderen Versorgungsbereichen über DRGs durchaus kritisch nachgedacht wird.

In der Psychiatrie besteht mit der PsychPV (15) ein solches Diagnosen-unabhängiges, aufwandsorientiertes Klassifikationssystem bereits, wenngleich es bislang nicht als Abrechnungssystem konzipiert war und nur Stichtags-bezogen routinemäßig erhoben wird. Es liegt nahe, an eine Weiterentwicklung der PsychPV zu einem pauschalierten Abrechnungssystem in der Akutpsychiatrie zu denken, wenn nicht nur die Zeitbedarfe damit gemessen werden, sondern auch die tatsächlichen Kosten darin abgebildet würden. Wie bei den DRGs bestünde auch für eine solche „extended PsychPV“ ein Anreiz, täglich die höchstmögliche Kostenstufe finanziert zu bekommen (Gefahr zum up-coding), aber den tatsächlichen Aufwand für den/die betreffende Patienten/in möglichst minim zu gestalten. Das letztere ist einerseits ökonomisch genau das erwünschte Ziel, andererseits aber (wenn auf Tagesbasis zu entscheiden) ein unverhältnismäßiger Verwaltungs- und Entscheidungsaufwand. Zudem bedürfte es dann klarer, unstrittiger Kriterien für den Übergang von einer zur anderen Aufwandsstufe und für die Beendigung einer stationären Maßnahme (vgl. (16)). Notwendig wäre es daher, die stationären Kostenverläufe empirisch in einer repräsentativen und für die Entwicklung eines Klassifikationssystems ausreichend großen Stichprobe detailliert zu dokumentieren und in der Auswertung zu überprüfen, wieviele empirisch abzuleitende „Clinical Pathways“ mit welchen pauschalierten Zeitverläufen sinnvoll voneinander abgegrenzt werden können. „Sinnvoll“ heißt dabei: 1. Die Gruppenbildung, d.h. der Pauschalisierungsgrad von erstattungsfähigen Leistungsbündeln, muss eine tragfähige Risikoverteilung zwischen

---

<sup>3</sup> nicht zu verwechseln mit „tagesgleichen Pflegesätzen“, die für alle PatientInnen unabhängig von ihrem Versorgungsaufwand gelten.

Versicherern und Leistungserbringern ermöglichen und zugleich den Dokumentations- und Abrechnungsaufwand nicht ungebührlich ausweiten<sup>4</sup>. 2. Auch zeitliche (Teil-)Verläufe sollten in größeren Zeiteinheiten als Tagesschritten pauschaliert werden, aber die Vorhersage eines kompletten stationären Verlaufes schon bei der Aufnahme (was die DRGs versuchen) ist in der stationären Psychiatrie sicherlich unmöglich. 3. Wegen des oft chronischen Charakters psychischer Erkrankungen in der stationären Psychiatrie muss der Fokus von einem einzelnen stationären Aufenthalt auf längere Zeiträume geöffnet werden, sonst werden ökonomisch die falschen Anreize gesetzt. In Jahreszeitfenstern zu denken statt in Behandlungsepisoden (vgl. auch (13)), wäre im Vergleich zur heutigen Situation ein Segen für PatientInnen wie für Behandler, und wahrscheinlich auch für die Versicherer.

Alternativ zur Finanzierungsdiskussion in Deutschland, die zumeist noch auf die Behandlungsepisoden und Typen von Leistungserbringern fixiert verläuft, werden in den USA schon Finanzierungssysteme praktisch evaluiert, die bei der Pauschalierung noch einen bis zwei Schritte weiter gehen, als dies Fallpauschalen tun: Kopfpauschalen und regionale Globalbudgets bilden dort den Gegenstand der Diskussion (18) (12) (19). Was, wenn es auch in Deutschland ein Finanzierungssystem gäbe, bei dem die Jahresleistung 2\*4 versus 4\*2 Wochen stationäre Betreuung gleich bezahlt würde? Was, wenn die Fraktionierung in ambulante versus stationäre Akutversorgung versus Rehabilitationsversorgung von psychiatrischen PatientInnen wenn nicht überwunden, so doch wenigstens vom Finanzierungswesen her nicht mehr zwangsweise vorgeprägt wäre? Was, wenn im Finanzierungsmodus schon Anreize hin zu einer größeren Durchlässigkeit der verschiedenen Versorgungssegmente inkludiert wären? Wir müssen nicht notwendig über den Atlantik in ein völlig anders strukturiertes Gesundheitssystem blicken, um solche Ideen aufkeimen zu sehen: Die Schweiz hat für den Bereich der stationären Suchttherapien ein derart innovatives Finanzierungskonzept erst unlängst nach jahrelanger Vorarbeit abschließend formuliert ((20, 21) (6)), und begibt sich nun auf den (wie auch anders: zähen) Weg der politischen Umsetzung.

Gleich, ob eine Weiterentwicklung der PsychPV zu einem Kostenabrechnungssystem oder die Neukonstruktion von Finanzierungswegen zu einem Kopfpauschalensystem der zukünftige Entwicklungsweg der Finanzierungsdebatte in der Psychiatrie sein wird: in jedem Falle muss die Forderung schon jetzt erhoben werden, dass hier keine ökonomischen und/oder psychiatrischen Glaubenslehren zu verhandeln sind, sondern dass jegliche Weiterentwicklung auf strikter empirischer Grundlage erfolgen muss (22). Es wäre nicht einmal notwendig, derart umfangreiche Forschungsaktivitäten für diesen Zweck zu leisten, wie sie z.B. in den Rehabilitations-Forschungsverbänden für den somatischen Sektor vom Bund finanziert wurden. Eine Kombination aus konsequenter Anwendung von DGPPN-BADO (23), ergänzt um eine detailliertere Darstellung des therapeutischen Prozesses, und von PsychPV-Kategorien (verlaufsbezogen dokumentiert und nicht auf Stichtagsbasis) könnte die Psychiatrie hier entscheidend voranbringen. Hinzu kommen müssten in einer solchen Studie aus unserer Sicht noch die Erhebung von

---

<sup>4</sup> Nicht die statistischen Fit-Maße von CART-Modellen oder anderen Klassifikationsverfahren können letztlich diese Balance gewährleisten, sondern die für die Leistungserbringer notwendige, medizinische wie ökonomische Planbarkeit einer Behandlung nach Kosteneffektivität (17).

Funktions-orientierten Outcome-Maßen entlang dem WHO-Konzept der ICDH-2 (24) und ICF (25) und ein institutionsübergreifend einsetzbares Dokumentationssystem für den patientenbezogenen Ressourcenverbrauch.

Die absehbaren Entwicklungen im epidemiologischen Spektrum (vgl. (26)) lassen die Kosten für eine solche Studie im Vergleich zu den erwartbaren Kostenverschiebungen in der Medizin Westeuropas hin zu psychiatrischen Krankheitsformen als überaus lohnend erscheinen.

## Literatur:

1. Durbin J, Goering P, Pink G, Murray M. Classifying psychiatric inpatients: seeking better measures. *Med Care* 1999;37(4):415-423.
2. Höger C, Zieger H, Presting G, Witte-Lakemann G, Specht F, Rothenberger A. Predictors of length of stay in inpatient child and adolescent psychiatry: failure to validate an evidence-based model. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2002;11(6):281-288.
3. Frick U, Neuenschwander M, Rössler W. Psychiatry and the revolving door from an epidemiological perspective: the Zurich experience 1995-2001. in prep.
4. Frick U, Barta W, Binder H. Fallpauschalen in der stationär-psychiatrischen Versorgung. Empirische Evaluation im Land Salzburg. *Psychiat Prax* 2001;28(suppl. 1):S55-S62.
5. Mohr VD. Versorgungsqualität im DRG-System - die Rolle des externen Qualitätsvergleichs. *Gesundh ökon Qual manag* 2002;7:310-315.
6. Frick U, Rössler W. Finanzierungsmodelle und Anreizsysteme in der Suchtbehandlung aus deutscher und schweizerischer Perspektive. *Suchttherapie* 2003;4(1):18-24.
7. Munk-Jorgensen P. Has deinstitutionalization gone too far? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999;249(3):136-143.
8. Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D, Durieux P. Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *Int J Qual Health Care* 2000;12(2):133-142.
9. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et al. Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review. *J Health Serv Res Policy* 2001;6(1):44-55.
10. Armour BS, Pitts MM, Maclean R, Cangialose C, Kishel M, Imai H, et al. The effect of explicit financial incentives on physician behavior. *Arch Intern Med* 2001;161:1261-1266.
11. Libby A, Cuellar A, Snowden L, Orton H. Substitution in a Medicaid mental health carve-out: services and costs. *J Health Care Finance* 2002;28(4):11-23.
12. Bloom J, Hu T, Wallace N, Cuffel B, Hausman J, Sheu M, et al. Mental health costs and access under alternative capitation systems in Colorado. *Health Services Research* 2002;37(2):315-340.
13. Cording C. Plädoyer für ein neues Paradigma psychiatrischer Qualitätssicherung. *Psychiatrische Praxis* 2003;30(4):225-229.

14. Haaf H-G. Gesundheitsökonomische Analyse der Vergütung mit Fallpauschalen in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 2002;41:14-30.
15. Kunze H, Kaltenbach L, editors. *Psychiatrie-Personalverordnung*. 3rd ed. Stuttgart: Kohlhammer; 2003.
16. Frick U. "Fehlbelegung" und "Fehlbelegungsprüfung" in der Psychiatrie. Methodische Anmerkungen zu einer fehlgeleiteten Diskussion. *Psycho* 2002;28(2):32-39.
17. Briggs AH, Gray AM. Handling uncertainty when performing economic evaluation of healthcare interventions. *Health Technology Assessment* 1999;3(2).
18. Geraty R, Bartlett J, Hill E, Lee F, Shusterman A, Waxman A. The impact of managed behavioral healthcare on the costs of psychiatric and chemical dependency treatment. *Behav Healthc Tomorrow* 1994;3(2):18-30.
19. Magura S, Horgan C, Mertens J, Shepard D. Effects of managed care on alcohol and other drug (AOD) treatment. *Alcohol Clin Exp Res* 2002;26(3):416-422.
20. Facheinheit SuA. Bericht zur Auswertung der Vernehmlassung über ein neues Finanzierungsmodell für Suchttherapien (FiSu 1999). Bern: Bundesamt für Gesundheit; 1999.
21. FiSu F. Pilotversuch und Trockenübung - Kurzfassungen. Bern: Bundesamt für Gesundheit: Kommission FiSu; 2002.
22. Drake RE, Torrey WC, McHugo GJ. Strategies for implementing evidence-based practices in routine mental health settings. *Evid Based Ment Health* 2003;6:6-7.
23. Cording C, Gaebel W, Spengler A, Stieglitz R-D, Geiselhart H, John U, et al. Die neue psychiatrische Basis-Dokumentation. Eine Empfehlung der DGPPN zur Qualitätssicherung im (teil-)stationären Bereich. *Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde* 1995;24:3-41.
24. Üstün TB, Cooper JE, van Duuren-Kristen S, Kennedy C, Hendershot G, Sartorius N. Revision of the ICDH: mental health aspects. WHO/MNH Disability Working Group. *Disabil Rehabil* 1995;17(3-4):202-209.
25. Kennedy C. Functioning and disability associated with mental disorders: the evolution since ICDH. *Disabil Rehabil* 2003;25(11-12):611-619.
26. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349(9064):1498-1504.