

Integrierte störungsspezifische Konzepte

Im klinischen Bereich und darüber hinaus

Von Heinrich Kunze

Abstract

Dieser Beitrag informiert über mehr oder weniger ausgeprägte Entwicklungstendenzen von Psychiatrisch-Psychotherapeutischen Kliniken und Kooperationsformen mit gemeindepsychiatrischen Netzwerken.

Mit der PsychPV (1991) wurde die Konvergenz von Psychiatrischen Fachkrankenhäusern/ Psychiatrischen Landeskrankenhäusern und Psychiatrischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern weiter gefördert, denn sie gilt für beide gleichermaßen. Mehr Abteilungen übernahmen regionale Versorgungsverpflichtung, wodurch die „Landeskrankenhäuser“ ihre zu großen Versorgungsgebiete verkleinern konnten. Die Institutsambulanz wurden für die Fachkrankenhäuser schon vor 1980, aber für die Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern erst 2000 regelhaft eingeführt.

Das dargestellte Konzept der integrierten störungsspezifischen Behandlung in Verbindung mit entsprechenden gemeindepsychiatrischen Kooperationen (nach dem Prinzip: Die Struktur folgt der Funktion) – lässt die alte Kontroverse um „durchmischte“ oder „spezialisierte“ Stationen hinter sich.

Die Unterstützung dieses Ansatzes durch die Bundesarbeitsgemeinschaften der beiden Kliniktypen BDK (www.bdk-deutschland.de) und ACKPA (www.ackpa.de) kommt in der Fußnote zu der Publikation Kunze (2007) zum Ausdruck.

„Integrierte Versorgung“ (IV) und „Integrierte Behandlung“

Der Grundgedanke der integrierten Behandlung ist in der Psychiatrie schon länger von zunehmender Bedeutung als es die „Integrierte Versorgung“ im Sozialgesetzbuch V §140a-d gibt. Damit kontrastiert, dass in der psychiatrischen Versorgung nur wenige Verträge mit ganz geringem Volumen zustande gekommen sind. Warum? Für die Kassen eignet sich die Psychiatrie wegen Stigmatisierung nicht für ihren Wettbewerb untereinander. Für Leistungserbringer ist sie uninteressant, weil die Kassen nur bei erheblichen Erlösreduktionen Verträge eingehen. Die Folge ist, dass der Abzug der Anschubfinanzierung aus der Psychiatrie zu einer Quersubventionierung der Somatik führt. Doch es besteht die Aussicht, dass die Anschubfinanzierung über 2008 hinaus nicht verlängert wird.

Abgesehen von der Finanzierungsproblematik wären IV-Verträge in der psychiatrischen Versorgung interessant, wenn sie für eine regional definierte Population und alle für diese Population zuständigen Kassen gelten würden, oder eine Subgruppe der Population z.B. alte Menschen mit psychischen Erkrankungen – in Verbindung mit Versorgungsverpflichtung. Effizienzgewinne für die Leistungsträger und die Leistungserbringer werden möglich, wenn der IV-Vertrag für alle Patienten einer Region – oder wenigstens störungsspezifische Subgruppen – in den therapeutischen Institutionen gilt, damit es sich lohnt, die Behandlungsprozesse (Klinik – gemeindepsychiatrisches Netzwerk) zu verändern. Dies ist verbunden mit dem Ziel, die Schnittstellenprobleme stationär, teilstationär ambulant und darüber hinaus von vorne herein zu vermeiden, statt die weiter bestehenden Schnittstellenprobleme mit

zusätzlichem Schnittstellen-Management zu kompensieren. – Außerdem ist in der Psychiatrie die Kooperation mit (kostentechnisch) den Leistungsbereichen Rehabilitation, Teilhabe und Pflege von großer Bedeutung, was bisher nur in Bezug auf Rehabilitation in der übrigen Medizin etwas entwickelt wurde. Und ambulante Behandlungsbereiche wie Krankenpflege, Ergotherapie, Soziotherapie sind unterentwickelt oder nicht existent.

Man kann aber auch integrierte Behandlung und Rehabilitation weitgehend realisieren mit traditionell nach Maßnahmen fragmentierten Erlösquellen und integrierter Behandlung (administrative Fantasie).

Problem der Maßnahme-/ Institutionsorientierten Behandlung

Traditionell organisierte Kliniken sind „Maßnahme-orientiert“. Sie sind gegliedert in bettenführende und nicht bettenführende Abteilungen: Stationen, Tagesklinik(en) und Institutsambulanz. Fachkrankenhäuser differenzieren den stationären Bereich in der Regel stärker als Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern. Alle Einheiten, Abteilungen, Stationen, Tageskliniken, Ambulanzen sind definiert: räumlich, als Verantwortungsbereich, mit je eigenen Konzepten, Besprechungen, Regeln und Gewohnheiten.

Dieses Differenzierungsprinzip setzt sich auch außerhalb der Klinik fort mit Rehabilitation, Fachärzten, Hausärzten, Psychotherapeuten, komplementären Einrichtungen – für alle gilt das Prinzip der Differenzierung in je verschiedene, aber in sich möglichst homogene Maßnahmen, die sich die Patienten suchen, welche



Heinrich Kunze
Prof. Dr. med. habil.,
Dipl. Soz., AKTION PSY-
CHISCH KRANKE,
www.apk-ev.de
Bis 2007 Klinik für
Psychiatrie und Psycho-
therapie Merx-
hausen, Bad Emstal/
Kassel/ Hofgeismar
Rehabilitation für
psychisch kranke
Menschen (RPK), Gux-
hagen
www.zsp-kurhessen.de

gerade im Querschnitt einen Bedarf für die Behandlung entsprechend dem jeweiligen Maßnahmenpaket haben. Nach dem Konzept der Behandlungs- und Reha-Kette werden die Patienten von einem Maßnahme-homogenen Kästchen zum anderen „verlegt“, wenn die Veränderung des Behandlungs-/Betreuungsbedarfs dies erfordert. Dies führt aber zur Fragmentierung des Behandlungsprozesses. In der somatischen Medizin wie in der Psychiatrie hielten die Einheiten ihre jeweiligen institutionellen Eigeninteressen hoch und der Behandlungsablauf des Patienten ergab sich als der kleinste gemeinsame Nenner aus den Eigeninteressen der Einheiten und Berufsgruppen. Auch somatische Krankenhäuser waren strukturiert von Abgrenzungen, z.B. zwischen Aufnahme, Station, Labor, Röntgen, Anästhesie und OP. Der Behandlungsprozess folgte den organisatorischen Eigeninteressen der (Sub-)Abteilungen. Unter den Anreizen der DRG (Diagnose Related Groups = Diagnose bezogene Fallpauschalen)-Finanzierung erhält nun der Verantwortliche für die effiziente Organisation von Behandlungspfaden („Prozesseigner“) die Weisungsbefugnis gegenüber den beteiligten Subabteilungen, damit diese ihre organisatorischen Eigeninteressen den Notwendigkeiten der Behandlungspfade unterordnen, und nicht wie bisher umgekehrt.

- Wie in der Somatik kann durch Überwindung von institutionellen Eigeninteressen der Subeinheiten und durch Patienten-orientierte Prozessorganisation aus vorhandenen Mitteln mehr Nutzen geschaffen werden. Patientenorientierung kann also auch ökonomisch vorteilhaft sein.

Aus der Sicht von Patienten und Therapeuten

Der therapeutische Prozess ist fragmentiert in Bezug auf die therapeutischen Beziehungen und das bei Patienten, die anders als somatisch Kranke gerade in ihrer Fähigkeit, sich auf neue Beziehungen und Kontexte einzustellen, beeinträchtigt sind. Die Vorbereitungen für die Wechsel zwischen Stationen, Tagesklinik und Institutsambulanz sind langwierig und umständlich. Oft werden sie

übers Knie gebrochen unter Zeitdruck oder unterbleiben, weil sie als zu kompliziert scheinen.

Außensicht

Mit dem Patienten sind viele andere Personen außerhalb der Klinik befasst – Angehörige, privater und beruflicher Bereich, professionelle Dienste medizinisch-psychiatrisch, sozial u.a.. Deren Sichtweise und Problemdefinition, Erwartungen und Befürchtungen werden im günstigen Falle von der Aufnahmeabteilung aufgegriffen, aber die Behandler verlieren ab der ersten Verlegung innerhalb der Klinik den Kontakt zu den externen Bezugspersonen. Diese sind aber wichtig: Unterstützen sie den Kranken z. B. gegen seine Suizidimpulse, zur Einnahme von Medikamenten? Oder heizen sie die Spannungen weiter an, bezeichnen Psychopharmaka als „Pillenkeule“? Und die Behandler wissen nicht mehr, welche Behandler außerhalb der Klinik zuvor mit dem Patienten zu tun hatten und was sie für den Patienten tun können. Damit kann die Verkürzung der stationären durch teilstationäre und ambulante Behandlung sowie die Entlassungsvorbereitung nicht mehr bei den Problemen und dem Unterstützungspotential des sozialen und professionellen Umfeldes ansetzen.

Patientenzentrierte Krankenhaus-Behandlung

Unsere Klinik (für ca. 450 000 Einwohner zuständig) richtet sich im Verhältnis zu den Kostenträgern nach der fragmentierten Realität: über stationäre und teilstationäre Berechnungstage sowie Pauschalen für die Ambulanzfälle rechnet die Klinik ab, doch im Binnenverhältnis organisieren wir die Strukturen und Abläufe möglichst Patienten-orientiert. Dieses Prinzip wurde über Jahre schrittweise eingeführt. Wenn man in der Klinik anfängt Patienten-orientiert zu arbeiten, kommt man in Konflikte mit den Zuständigkeiten, Besprechungen und Konferenzen, Stations- und Mitarbeiter-Zeitplänen, Dokumentation, Gewohnheiten usw., kurz mit den als Kästchen-Kette („Schrebergärten“) organisierten Abläufen. Die Abteilungen werden nun

möglichst nach Zielgruppen gegliedert, nicht primär nach Maßnahme-Arten wie stationär, teilstationär, ambulant. Jede Abteilung kann ihre Zielgruppe stationär, teilstationär und ambulant behandeln. Die Betonung liegt auf kann, denn manchmal ist Kontinuität und manchmal ist Wechsel für Patienten besser. Aber ein Wechsel soll nicht primär aus anderen als Patienten-orientierten Gründen erfolgen.

Für die Festlegung der Zielgruppen werden verschiedene Gesichtspunkte, auch in Kombination, berücksichtigt:

- Diagnosegruppen mit dem Ziel der störungsspezifischen Behandlung
- Orientierung auf Teilregionen des Versorgungsgebietes (Wohnortnähe)
- Außenstellen: Verlagerung von Kapazitäten an somatische Krankenhäuser näher zur versorgten Bevölkerung (Standort war früher einmal von Mönchen ausgesucht worden)
- Vernetzung mit regionalen Kooperationspartnern

Die Institutsambulante Behandlung hat die zentrale Bedeutung für die Struktur und die Prozessorientierung der Klinik nach dem Behandlungsbedarf der Patienten und nach ökonomischen Gesichtspunkten. Wenn überschaubare Abteilungen der Klinik ihre Patienten, die sie herkömmlich stationär behandeln, auch integriert ambulant und teilstationär behandeln können, dann lassen sich die Übergänge zwischen den Behandlungsstufen und Wiederaufnahmen – auf der Grundlage therapeutischer Kontinuität – flexibel realisieren (z. B. auch Hemmen et. al. 2000).

Integrierte ambulante Behandlung ist vorrangig Aufgabe der Leitenden und Ober-Ärzte der Abteilungen der Klinik und nicht der Assistenten, die wechseln. Weil die Leitenden und Oberärzte so Anteile ihrer Stelle refinanzieren, können wir uns mehr Abteilungen und Ltd. Ärzte und Ärztinnen „leisten“, wie uns nach Psych-PV zustehen, und schaffen damit langfristig interessante Aufgabefelder für qualifizierte Ärzte, auch um zu verhindern, dass die Besten

Bei einer Patientenzentrierten Behandlung werden die Abteilungen nicht primär nach Maßnahme-Arten gegliedert, sondern möglichst nach Zielgruppen

Krankenhausbehandlung muss auch vom Krankenhaus aus im privaten und beruflichen Lebensfeld stattfinden, auch als Hometreatment und in Kooperation mit dem professionellen Hilfesystem.

sich Leitungspositionen woanders suchen. Die integrierte ambulante Tätigkeit der Leitenden und Oberärzte schafft die Voraussetzung dafür, dass die für teil-/stationäre Behandlung Verantwortlichen diese aus der ambulanten Perspektive steuern können. Die Krankenpflege beteiligt sich aus der teilstationären / stationären Bezugspflege heraus auch an integriert ambulanten Weiterbehandlungen, ebenso Psychologen und Sozialarbeiter. Ein wesentlicher Teil der Führungsaufgaben betrifft die Kooperation – Patienten-Ebene und organisatorische Ebene – mit anderen medizinischen, rehabilitativen sowie komplementären Diensten und Einrichtungen in der Region, die mit dieser Zielgruppe auch im Querschnitt und im Längsschnitt befasst sind.

Die Bedeutung der Abteilung wird nicht mehr durch die Größe des „Bettenreiches“ sondern über die Aufgabe, die Behandlung (stationär, teilstationär, ambulant) einer überschaubaren Anzahl von Personen einer Zielgruppe in Kooperation mit den externen Partnern definiert. Im Rahmen der ambulanten Arbeit kann bei chronisch-rezidivierendem Krankheitsverlauf auch die Koordination weiterer Hilfen (außerhalb der Klinik) erfolgen. – Ob die Case-Management-Funktion von der Klinik aus, oder von einem Psychiater/Psychotherapeut in der Praxis, einem Therapeuten des gemeindepsychiatrischen Netzes, des Sozialpsychiatrischen Dienstes usw. wahrgenommen wird, dies gilt es individuell zu klären und wechselseitig zu respektieren.

Wir schließen mit den Abteilungen interne Leistungsvereinbarungen ab über die zu erreichende stationäre und teilstationäre Belegung sowie über die Anzahl der Ambulanzfälle pro Jahr. Darauf bezogen wird den Abteilungen das therapeutische Personal zugeteilt, so dass die Abteilung intern mit dem vorhandenen Personal die wechselnden Bedarfe bei integrierten Behandlungsprozessen flexibel ausgleichen kann. Zur Steuerung gibt es monatliche bzw. Quartals-Berichte. Für die Motivation der Mitarbeiter ist diese Transparenz ganz wichtig. – „Graue Ambulanz“ ist obsolet

und zerstört die Motivation, wenn die stationären Therapeuten ihre für ambulante Arbeit eingesetzte Zeit aus den Ambulanzeinnahmen nicht ersetzt bekommen und für die stationären Aufgaben noch weniger Zeit bleibt.

Die Zielgruppen-orientierte Abteilungsgliederung mit intern integrierter ambulanter und teilstationärer Behandlung ermöglicht Beziehungskontinuität auch bei intermittierender Behandlung und Wiederaufnahmen. Die „Drehtür“ bekommt therapeutische Qualität und ermöglicht längere Behandlungsdauer bei niedrigerem Ressourcenverbrauch.

Therapeutischer Nutzen

Soweit wurden die organisatorischen Waben beschrieben, nun geht es um den Honig, die kumulative Kontinuität der gemeinsamen Erfahrungen von Patienten (ggf. Angehörigen) und Therapeuten mit der Krankheit, ihrem Erleben, Behandeln und Bewältigen auch über die Wechselfälle längerer Zeiten hinweg, und die Subjekt- und Lebensfeld-orientierte Diagnostik und Therapie, die damit immer auch eine psychotherapeutische Dimension hat.

Die Symptomatik objektivierend zu erfassen reicht nicht. Es geht auch darum, die subjektive Bedeutung der psychischen Störung im Erleben des Patienten und die Wechselwirkungen zwischen der Krankheitssymptomatik und den wichtigen Bezugspersonen zu Hause, an der Arbeit, in der Nachbarschaft ins therapeutische Handeln einzubeziehen. Dabei ist die Aufmerksamkeit auch darauf zu richten, inwieweit die Lebensverhältnisse die Erkrankung verschärfen oder welche positiven protektiven Faktoren aufzufinden sind: Ressourcen, Unterstützung, zeitweise Verantwortungsübernahme durch wen usw., die zur Verkürzung der stationären durch teilstationäre und ambulante Behandlung genutzt werden können, um so auch die Wiedereingliederung qualifizierter zu erreichen. Deshalb muss Krankenhausbehandlung auch vom Krankenhaus aus im privaten und beruflichen Lebensfeld stattfinden, auch als Hometreatment – und in Koopera-

tion mit dem professionellen Hilfesystem, das der Patient zuvor schon in Anspruch genommen hat und nach der Krankenhausbehandlung (wieder) nutzen kann. Bei Zuständigkeit der Abteilungen für Patienten nach Krankheitsgruppen können die Patienten (und ihre Angehörigen) eher von einander lernen, insbesondere da sie nach Krankheitsstadien und Bewältigungsstadien durchmischt sind und damit die neuen Patienten (und Angehörigen) von den Erfahrenen profitieren können. Bei chronisch rezidivierenden Erkrankungen in der Psychiatrie und Psychotherapie wie in der Inneren Medizin ist ein zentrales Therapie-Ziel, die Patienten zu befähigen ihre Behandlung zu steuern, indem sie mit Medikamenten und Lebensstil-Änderung ihre Stabilisierung zu erreichen, z. B. Diabetes (Medikamente, Lebensstil: Ernährung, Bewegung)

Die Zielgruppen-bezogene Vernetzung mit Kooperationspartnern in der Region

Diese funktioniert nur in Verbindung mit Zielgruppen-bezogener Abteilungsgliederung in der Klinik. Am weitesten entwickelt ist die Zusammenarbeit in Bezug auf die Zielgruppe Alkoholranke: Unsere Klinik in Bad Emstal, Kassel und Hofgeismar und „Das Blaue Kreuz“ in Kassel kooperieren auf verschiedenen Ebenen – bei traditioneller maßnahmebezogener Finanzierung: Das Blaue Kreuz hat einen für regionale Suchtkrankenversorgung hervorragend geeigneten Standort neben dem ICE-Bahnhof in „Bad Wilhelmshöhe“ und bringt Kapazitäten für Suchtberatung, medizinische Rehabilitation und Teilhabe-Leistungen ein. Die Alkohol-Abteilung der Klinik verfügt über 2 Stationen in Bad Emstal (ungünstiger Standort 20 Km außerhalb von Kassel), die Tagesklinik in Kassel, beide Standorte mit integrierter Ambulanz sowie Betreutes Wohnen. Die Klinik teilt ihren Leitenden Abteilungsarzt (und weiteres medizinisches Fachpersonal) mit der Abteilung medizinische Rehabilitation des Blauen Kreuzes, die Schwierigkeiten hatte, dieses Fachpersonal selber zu gewinnen, und ist mit der Suchttagesklinik und der in-

tegierten Suchtambulanz in die verkehrstechnisch hervorragend gelegenen Räume des Blauen Kreuzes gezogen. Die Institutambulanz kooperiert eng mit der Suchtberatungsstelle des Blauen Kreuzes sowie dem Betreuten Wohnen und dem Wohnheim für Suchtkranke. Das jüngste Kind der Kooperation ist eine gGmbH Ambulante Medizinische Rehabilitation (ganztags und ambulant im üblichen Sinne) mit den beiden Gesellschaftern Zentrum für Soziale Psychiatrie Bad Emstal und Blaues Kreuz Kassel.

Von besonderer Bedeutung sind die Konzeptabstimmungen, die enge Kooperation und insbesondere die vielfältigen Brücken durch wichtige therapeutische Bezugspersonen über die kostentechnischen Schnittstellen zwischen den Maßnahmen hinweg. Für Alkoholranke in der Region Kassel gibt es jetzt – „wie aus einer Hand“ – wohnortnahe Angebote zur Beratung, Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung (Teilhabe), soviel wie möglich ambulant und teilstationär (Reha-Terminologie: ganztags ambulant) und so wenig wie nötig stationär, finanziert über Erlöse für traditionelle Maßnahmen. (siehe auch Reutlingen: Längle 2008)

Um dieses Prinzip und seine administrative Seite noch an einem anderen Bereich zu verdeutlichen: Die RPK Guxhagen (am südlichen Rand von Kassel an der Autobahn und Eisenbahn gelegen) ist aus der Klinik hervorgegangen. Die leitende Ärztin der RPK und weitere Therapeuten sind für ihre Zielgruppe als Teilzeitkräfte in der RPK und auch in der Institutsambulanz der Allgemeinpsychiatrischen Abteilung der Klinik in Kassel-Wilhelmshöhe tätig. Ähnliche Entwicklungen zur Zielgruppenbezogenen, Maßnahme übergreifenden Vernetzung sind auch in Arbeit:

- Geriatrie eines Allgemeinkrankenhauses in Kassel sowie ambulante und stationäre Altenhilfe mit der Gerontopsychiatrischen Abteilung der Klinik in Bad Emstal
- Behindertenhilfe in der Region Kassel mit den Allgemeinpsychiatrischen Abteilungen der Klinik und der aus der Klinik hervor-

gegangenen Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke Menschen (RPK) in Guxhagen (bei Kassel)

- Psychotherapie-Praxen und Hausärzte in der Region mit dem Psychotherapie-Schwerpunkt der Klinik
- Neurologische/neuro-chirurgische, orthopädische und andere somatische Klinik(en) (Behandlung und Rehabilitation) in der Region mit der Neuropsychiatrischen Abteilung der Klinik.

Patienten-Orientierung und Ökonomie – Effizienz bezogen auf Personen statt auf Maßnahmen

Für die Psychiatrie gilt schon aus ethischen Gründen, in das Leben von Patienten so wenig wie möglich einzugreifen, also so wenig Institution wie möglich, nur so viel wie nötig.

Die traditionellen Alternativen sind obsolet geworden:

- Unbezahlbar ist eine ausreichend lange nur stationäre Behandlung, wie sie nötig wäre, um die Fragmentierung des Therapieprozesses zu vermeiden.
- Therapeutisch nicht vertretbar ist die häufige Fragmentierung der therapeutisch wichtigen Beziehungen zur flexiblen Anpassung der „Dosis Krankenhausbehandlung“.

Patienten-zentrierte Klinikbehandlung ist auch ein Beitrag zur Reduktion der „strukturbedingten Verschwendung therapeutischer Ressourcen“:

- Die Behandlung wirkt besser, wenn die reale Lebenswirklichkeit praktisch und subjektiv in die Therapie einbezogen wird.
- Die Behandlung ist kostengünstiger, wenn die „Dosis Krankenhausbehandlung“ flexibel, wann immer möglich nach unten angepasst wird auf der Grundlage verlässlicher therapeutischer Beziehungen.

Damit ist die Patienten-bezogene Organisation der Behandlungsprozesse im Interesse der Qualität der Behandlung der Patienten, sie führt zu höherer Arbeitszufriedenheit der Therapeuten und ist außerdem eine ökonomische Notwendigkeit. Aber die ökonomischen Anreize fehlen im bisherigen Finanzierungssystem.

Denn diese Patienten-bezogene Perspektive kommt bei Leistungsträgern noch kaum in den Blick, solange sie sich nach Maßnahme-Arten organisieren. Für die Wirkung von verschiedenen Maßnahmen (im Querschnitt und im Längsschnitt) und deren Kosten – Effizienz bezogen auf Personen – sind die Kostenträger blind, denn dafür gibt es keine organisierte Verantwortung und keine Daten.

Nur bei der Unfallversicherung sind Behandlung, Rehabilitation und Pflege unter einer Patienten-bezogenen Verantwortung, so dass die Behandlung, die Bedarf an Rehabilitation und Pflege mindert, sowie die Rehabilitation, die Behandlungsbedarf und Pflege mindert, auch ökonomisch sinnvoll wird, statt in jedem Maßnahme-Bereich zu sparen, koste es was es wolle anders wo. •

Literatur

- Hemmen Gerd, Kristen Reiner, Kunze Heinrich (2000) Die kleine psychiatrische Abteilung Hofgeismar. Ein kasuistischer Beitrag zum Thema Dezentralisierung psychiatrischer Fachkrankenhäuser. Krankenhauspsychiatrie, 11:60-63
- Kunze Heinrich (2001) De-Institutionalisierung im Kopf – Vom Anstaltsparadigma über die Rehabilitationskette zu personenzentrierten Hilfen. Krankenhauspsychiatrie, 12:48-55
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2001) Aspekte der Implementation von Umstrukturierungsprozessen in der psychiatrischen Versorgung – Abschlußbericht der Projektgruppe „Abbau vollstationärer Kapazitäten durch Ausweitung teilstationärer und ambulater Behandlung in der Psychiatrie“. Band 138 der Schriftenreihe des BMG, Nomos, Baden-Baden
- Schmidt-Zadel Regina, Kunze Heinrich, AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.) (2002) Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- Kunze Heinrich: Psychosoziale Therapie als rehabilitative Behandlungsmaßnahme für psychisch Kranke (2005) In: Frieboes R-M, Zaudig M, Nosper M (Hrsg.) Rehabilitation bei psychischen Störungen, Urban und Fischer, München – Jena, Kapitel 3.1 S. 73-95
- Roick Christiane, Deister Arno, Zeichner Dirk, Birker Thomas, König Hans-Helmut; Angermeyer Mathias C (2005) Das regionale Psychiatriebudget: Ein neuer Ansatz zur effizienten Verknüpfung stationärer und ambulanter Versorgungsleistungen Psychiatrie Praxis, 32:1-8
- Kunze Heinrich, Priebe Stefan (2006) Integrierte Versorgung – Perspektiven für die Psychiatrie und Psychotherapie. Psychiatrie Praxis, 33:53-55
- Kunze, Heinrich (2007) Personenbezogene Behandlung in psychiatrischen Kliniken und darüber hinaus – Gute Praxis und Ökonomie verbinden. Psychiatrie Praxis 34: 150-153
- Schmidt-Michel, Paul-Otto; Kuhn, Frank; Bergmann, Frank (2008) Debatte: Pro & Kontra: Die Integrierte Versorgung per Gesetz ist für die Psychiatrie gescheitert. Psychiatrie Praxis 35: 57-59
- Längle Gerhard, Röhm Anne (2008 im Druck): Suchtkrankenhilfe sozialpsychiatrisch organisiert: das kommunale Suchthilfenetzwerk im Modell-Landkreis Reutlingen. Psychosoziale Umschau

Patientenorientierte Behandlung liegt im Interesse der Behandlungsqualität, führt zu höherer Arbeitszufriedenheit der Therapeuten und ist außerdem eine ökonomische Notwendigkeit.