

Die Evaluation gemeindenaher psychiatrischer Dienste

Einige methodologische Probleme *

John Wing

Institute of Psychiatry, London

Eingegangen am 2. Juni 1975

The Evaluation of Community Psychiatric Services

Some Methodological Problems

Summary. We have now come to accept that any new pharmacological treatment must be comprehensively and intensively evaluated before it is introduced into general clinical practice. The thalidomide tragedy has illustrated the dangers of inadequate testing. It is less obvious, however, that psychosocial treatments need to be assessed just as stringently. The claims made for new forms of social treatment and new forms of service are very large. The effects, for example, of turning from a predominantly hospital-based service to one which depends on the co-ordination of a large number of smaller community agencies, are potentially much greater than anything that could be expected from the introduction of a new drug. It is essential that psychiatrists play their full part in this new and rapidly developing field of investigation.

Key words: Evaluation — Planning — Psychiatric Services — Case Identification — Psychiatric Case Registers.

Zusammenfassung. Wir akzeptieren heutzutage, daß jede neue pharmakologische Behandlungsform intensiv und umfassend erprobt werden muß, bevor sie klinisch allgemein eingeführt wird. Die Contergantragödie hat die Gefahren unzureichender Prüfung deutlich gemacht. Weniger offensichtlich ist es jedoch, daß psychosoziale Behandlungsformen genauso streng beurteilt werden müssen. Neue Formen sozialer Behandlung und neue Formen der Versorgung werden mit Nachdruck gefordert. Die Folgen, die z. B. aus der Verwandlung einer Krankenhaus-orientierten Versorgung in eine gemeindenahere Versorgung entstehen, deren Funktionieren von der Koordination zahlreicher kleinerer Einrichtungen abhängig ist, sind möglicherweise um vieles größer als die, die von der Einführung einer neuen Droge zu erwarten sind. Es ist wesentlich, daß Psychiater ihre angemessene Rolle in diesem neuen und schnell expandierendem Forschungsgebiet übernehmen.

Schlüsselwörter: Evaluation — Planung — Psychiatrische Dienste — Fallidentifizierung — Psychiatrisches Fallregister.

Ziele einer gemeindenahen Versorgung

Alle gemeindenahen psychiatrischen Dienste haben letztlich die Förderung psychischer Gesundheit zum Ziel. Doch ist es unmöglich dieses Ziel mit einem hinreichenden Grad an Verallgemeinerung zu definieren, da psychische Gesundheit eher ein sozialer als ein psychiatrischer Begriff ist. Ein Begriff, der sich wandelt wie die menschliche Kultur selbst. Ein weiteres Ziel ist die primäre Prävention

* Nach einem Vortrag, gehalten auf dem Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, München, Oktober 1974.

psychischer Störungen. Dieses Ziel verdient eingehendere Ausführungen, als sie in diesem Vortrag möglich sind. Ich möchte hier ausführlicher auf ein drittes Ziel eingehen: wie findet und identifiziert man Personen die psychisch krank sind und eine Therapie benötigen, um ein effektives und vom Patienten akzeptables Versorgungssystem zu realisieren.

In den verschiedenen Teilen der entwickelten Welt sind unterschiedliche Versorgungsmodelle entstanden. Man braucht nur an die Unterschiede zwischen Amerika, England und Rußland zu denken, um die entscheidende Bedeutung politischer und kultureller Einflüsse zu verstehen. Allerdings gibt es in allen drei Ländern Prinzipien, die bei der Planung neuer Einrichtungen generell als grundlegend angesehen werden.

Diese Prinzipien sind jetzt durch den britischen nationalen Gesundheitsdienst dargelegt worden. An erster Stelle steht das Prinzip der Verantwortlichkeit des Distriktes. Das bedeutet, daß es in jedem geographischen Gebiet möglich ist, den für die Versorgung Verantwortlichen zu identifizieren und ihn auch verantwortlich zu machen, wenn die Versorgung unzureichend ist. Das bedeutet ebenfalls, daß die Versorgungseinrichtungen der lokalen Bevölkerung zugänglich sind. Die Hauptgefahr besteht darin, daß ein rigides Bestehen auf geographische Grenzen die Auswahl der Einrichtungen begrenzt; es ist daher wichtig, daß dieses Prinzip, wie alle anderen auch, flexibel und im Interesse der Benutzer gehandhabt wird. Das zweite Ziel ist die Errichtung einer Vielzahl von Einrichtungen sowohl medizinischer wie sozialer Natur, die die Vielgestaltigkeit der Bedürfnisse berücksichtigt.

Das dritte Prinzip besteht in der guten Koordination der unterschiedlichen medizinischen und sozialen Einrichtungen, so daß zwischen den einzelnen Einrichtungen eine adäquate Kommunikation herrscht und keine Blockierungen oder Verzögerungen entstehen, wenn ein Patient von einer Einrichtung in eine andere überwechselt. Die Schaffung einer verantwortlichen umfassenden und integrierten gemeindenahen Versorgung ist das Resultat der Anwendung dieser drei Prinzipien. Bei der Evaluation besteht das Problem herauszufinden, inwieweit diese Funktion effektiv und ökonomisch erfüllt werden.

Zu diesen organisatorischen Prinzipien gesellen sich andere, die die Arbeitskräfte betreffen. Hier erheben sich grundlegende Fragen nach der Qualifikation und dadurch auch nach der Ausbildung des Personals, nach ihrer Zahl, nach ihren Arbeitsbedingungen. Inwieweit müssen z. B. Psychiater und Krankenschwestern die volle Ausbildung nach hergebrachtem Muster haben? In welcher Weise überlappen sich ihre Funktionen mit denen von Sozialarbeitern? Welche spezifischen Fähigkeiten bringen Psychologen mit, die einen besonderen beruflichen Status erfordern? Über welche Fähigkeiten muß das Personal eines Heimes verfügen, in das Patienten aus psychiatrischen Kliniken entlassen werden, die leichte aber langanhaltende psychiatrische Behinderungen aufweisen? In welchem Ausmaß dienen psychiatrische Einrichtungen mehr dem Personal als dem Kranken? Erst jetzt beginnt man sich diese fundamentalen Fragen ernsthaft zu stellen. Nicht allein unter dem Druck einer Kritik, wie die von Illich, sondern auch weil diejenigen, die beruflich mit Psychiatrie zu tun haben, allmählich anfangen ihre Rolle kritisch zu überprüfen.

Schließlich stellt sich die Frage nach der Beziehung zwischen Aufwand und Erfolg. Ein wesentlicher Anteil des Bruttosozialproduktes eines jeden entwickelten

Landes wird für Gesundheitszwecke verwendet. Bekommen wir genug für unser Geld?

Alle diesen komplexen Probleme der Evaluation lassen sich aus zwei Richtungen betrachten. Einmal vom Standpunkt schon existierender oder neu einzurichtender Institutionen, zum anderen vom Standpunkt des Verbrauchers, des hilfesuchenden Individuums. Der erste kann zwar wertvolles Material liefern, aber der zweite gibt uns den Maßstab mit dem Einrichtungen zu beurteilen und zu bewerten sind. Keine noch so große Zahl von Statistiken, keine noch so ausführliche Untersuchung über die Art wie Sozialarbeiter, Ärzte oder Krankenschwestern ihre Zeit verbringen, keine Daten über die Beziehung des Personals untereinander in dieser oder in jener Klinik, keine Untersuchung über administrative Indices, wie Dauer des Aufenthaltes oder Wiederaufnahmeraten können die fundamentale Notwendigkeit, die Probleme des Patienten und seiner Familie unmittelbar zu messen, ersetzen. Wenn diese Probleme auf Grund von Kontakten mit dem Versorgungsdienst abnehmen, fällt die Evaluation positiv aus. Jede andere Lösung ist unbefriedigend.

Das Konzept der Bedürfnisse

Wenn wir diesen Standpunkt akzeptieren, scheint das grundsätzliche methodische Problem darin zu liegen, das Ausmaß der Bedürfnisse in einer definierten Population zu messen. Wenn es für eine bestimmte Form der psychischen Störung eine effektive und angemessene Behandlungsmethode gibt, könnte man theoretisch annehmen, daß jeder, der an dieser Störung leidet auch potentiell das Bedürfnis hat diese Behandlungsmethode in Anspruch zu nehmen. Ob jedoch die Störung als solche erkannt wird, eine Einrichtung aufgesucht und in Anspruch genommen wird, hängt von Wissen und Einstellung des Patienten, seiner Angehörigen und der Öffentlichkeit ab, von dem Vorhandensein der entsprechenden Einrichtung (eine Sache der Politiker und der Verwaltung) und von der Einstellung der Fachleute, die den Zugang zu den Einrichtungen kontrollieren.

Die endgültige Entscheidung darüber, was ein „Bedürfnis“ ist, hängt von Wertentscheidungen ab, die von all diesen Beteiligten in unterschiedlichem Ausmaß getroffen werden. Der Beitrag des Wissenschaftlers besteht darin, die Form und den Schweregrad der zugrundeliegenden Störung zu erfassen, ebenso die Effektivität, Angemessenheit und Kosten der Behandlungs- und Pflegemethoden sowie die Effizienz, mit der der Versorgungsdienst die Probleme erkennt und adäquate Behandlungs- und Pflegeformen einsetzt.

Die Erfassung von Behinderungen

Das zentrale methodologische Problem ist deshalb die Erfassung der Behinderungen. Was hindert das Individuum seine eigenen Erwartungen oder die seiner sozialen Gruppe zu erfüllen? Drei Komponenten lassen sich hier möglicherweise unterscheiden: intrinsische, sekundäre und extrinsische (Wing, 1975).

Probleme der Messung und Erfassung sind an anderer Stelle diskutiert worden (Wing u. Hailey, 1972; Wing u. Häfner, 1973). Was wir brauchen ist ein Beurteilungsprofil, das alle drei Behinderungsfaktoren berücksichtigt und uns zusätzlich ein generelles Maß für die sozialen Fähigkeiten und das soziale Verhalten des Pa-

tienten liefert. Die Erfahrung mit neuen Methoden der Erfassung und Klassifikation psychiatrischer Störungen nimmt zu, und die Zukunft erscheint diesbezüglich vielversprechend. Es gibt Techniken mit denen man die Unzuverlässigkeit und Ungenauigkeit bei der Beschreibung psychischer Störungen und ihrer Diagnostik überwinden kann (Scharfetter, 1971; Spitzer *et al.*, 1970; Wing *et al.*, 1974). Die Erfassung der sekundären Behinderungsfaktoren hat während der letzten 10 Jahre ebenfalls Fortschritte gemacht. Die Erfassung sozialer Fähigkeiten und sozialen Verhaltens macht jedoch noch Schwierigkeiten hauptsächlich wegen Problemen, Normen des sozialen Verhaltens festzulegen: Normen, die selbstverständlich auf Werturteilen beruhen, und für kulturelle Untergruppen spezifisch sind (Gurland *et al.*, 1972; Katz *et al.*, 1963; Stevens, 1973).

Fallidentifizierung und Screening

Diese Erläuterung der Prinzipien der Fallbeschreibung führen nun zu einer Reihe weiterer Probleme. Unter anderem das Problem des „Screening“ ganzer Populationen und die Untersuchung der Überweisungsmodi an allgemeinärztliche und fachärztliche Dienste. Eastwood (1971) hat die Probleme des „Screening“ beschrieben und darauf hingewiesen, daß die in der allgemeinen Medizin angewandten Kriterien (Wilson, 1971) für die Beurteilung von „Screening“-Programmen in der Psychiatrie nicht erfüllt werden können, insbesondere nicht, wenn sogenannte kleinere neurotische Störungen untersucht werden sollen. Es gibt keine validen Methoden der Fallidentifizierung vor Ausbruch der Symptome, die Sinnvolligkeit einer sehr frühen Behandlung ist noch nicht mit Sicherheit festgestellt worden und der Anteil der falschen Positiven und falschen Negativen ist unannehmbar hoch. Obwohl der Weg ins Krankenhaus üblicherweise über den Allgemeinarzt geht, lassen die Studien an Allgemeinpraxen und Gesamtpopulation noch keine Aussage darüber zu, welche Patienten eine effektivere Behandlung durch den Facharzt als durch den Allgemeinarzt bekommen könnten. Dieses fundamentale Problem hat um so allgemeinere Bedeutung, denn dieselben Fragen betreffen nicht nur die Rolle des Facharztes sondern auch die des Familienarztes selbst. Es gibt andere Berufsgruppen, wie Sozialarbeiter, Schwestern und Psychologen, die sich an der Primärversorgung beteiligen könnten und möglicherweise ebenso gut Erfolge erzielen würden. Wir haben kaum begonnen diese Fragen zu untersuchen, und die zu erwartenden Ergebnisse könnten überraschend sein. Die Prinzipien evaluativer Forschung gelten unverändert, egal was untersucht wird.

Behandlungs- und Betreuungsmethoden

Das nächste methodologische Problem betrifft die Beurteilung der Behandlungs- und Betreuungstechniken. Es gibt natürlich eine lange Tradition in der Beurteilung der Wirksamkeit und Verbreitung somatischer Behandlungsmethoden (Armitage, 1971) und psychologischer Methoden (Candy *et al.*, 1972; Cawley, 1971). Was jedoch als „soziale Behandlung“ bezeichnet wird (Wing, 1968) hat weniger wissenschaftliche Beachtung erfahren, obwohl vielleicht auf diesem Gebiet, die hoffnungsvollsten Behauptungen aufgestellt wurden. Natürlich sind die orthodoxen Beurteilungsmethoden auch hier manchmal anwendbar (Stevens,

1973; Wing *et al.*, 1972), doch häufiger ist die Zahl der relevanten Faktoren so groß, daß es unmöglich ist ein oder zwei Faktoren zum Zwecke experimenteller Manipulation zu isolieren. In dieser Situation ist man versucht, wissenschaftliche Evaluation für nutzlos zu halten und dafür auf die eigene Intuition zu vertrauen. Das wäre ein Akt der Verzweiflung. Es gibt Möglichkeiten ein Faktorenbündel, z. B. bei der Untersuchung einer therapeutischen Gemeinschaft, in einzelne Faktoren aufzulösen, diese getrennt zu untersuchen und dann wieder zusammenzufügen um zu einem Urteil der Gesamtsituation zu gelangen. Ich brauche nur an Rapaport's Untersuchung von Maxwell Jones Abteilung zu erinnern (1960); an Rubinsteins und Lasswells Studie über das psychiatrische Institut in Yale; an King *et al.* gründliche Betrachtungen der Rolle der Schwester im Vergleich zu der von Hausmüttern bei der Betreuung geistig behinderter Kinder (King, 1973), King *et al.* (1971), an Reid u. Shynes Vergleich kurz- und langfristiger case-work (1969). Goldberg (1973) und Lee Robins (1973) haben kürzlich ausgezeichnete Übersichtsarbeiten über evaluative Forschung auf dem Gebiet der Sozialarbeit und Kinderbetreuung veröffentlicht. Zumindest die Grundsteine sind gelegt worden.

Strategie evaluativer Forschung

Um einen umfassenden und systematischen Überblick auf diesem Gebiet zu bekommen, kann einer Strategie gefolgt werden, die in Form von sechs Fragen dargestellt werden soll:

1. Wer hat zur Zeit Kontakte zu den primären und sekundären medizinischen und sozialen Einrichtungen ?
2. Was sind ihre Bedürfnisse und die Bedürfnisse ihrer Angehörigen ?
3. Befriedigen die Einrichtungen diese Bedürfnisse annehmbar, effizient und ökonomisch ?
4. Wieviel Personen, die nicht erfaßt sind, haben diesbezüglich Bedürfnisse und unterscheiden sich diese Bedürfnisse von denen der Leute, die den Einrichtungen bekannt sind ?
5. Welche Erneuerungen sind erforderlich um unbefriedigten Bedürfnissen entgegenzukommen ?
6. Wenn Erneuerungen eingeführt wurden, sind diese erfolgreich in der Reduktion unbefriedigter Bedürfnisse ?

Deskriptive Statistiken

Zur Beantwortung der ersten Frage bedarf es guter deskriptiver Statistiken, sowohl auf regionaler wie nationaler Ebene. Ich habe an anderer Stelle ausführlicher über diese Frage geschrieben, insbesondere hinsichtlich der Bedeutung von Fallregistern (Wing, 1973); sehr grob kann festgestellt werden, daß ungefähr 15% der britischen Bevölkerung während eines Jahres wegen einer psychiatrischen Störung den Allgemeinarzt aufsucht (Shepherd *et al.*, 1966), ungefähr 2% sucht einen Psychiater auf (Wing u. Bransby, 1970) und ungefähr 0,4% werden stationär behandelt. Die Beziehung dieser Zahlen zu bestimmten Bevölkerungsmerkmalen ist noch nicht im Detail vergleichend untersucht worden. Soziale und demo-

graphische Profile bestimmter geographischer Areale sowie Modelle zur groben Abschätzung der Bedürfnisse müssen noch detaillierter erforscht werden.

Alter, Geschlecht, Geburtsort sowie Faktoren, die mit Armut und sozialer Isolation in Beziehung stehen, sind eindeutig wichtige Indices.

Die Evaluation bereits bestehender Versorgungseinrichtungen und die Bedürfnisse der Population, die nicht in Kontakt mit bestehenden Diensten steht

Nachdem wir einige grundsätzliche methodische Probleme erörtert haben, kommen wir zur Beurteilung bereits bestehender Versorgungseinrichtungen wie die Studien von Sainsbury (1974) und die Studien über Institutionalismus (Wing u. Brown, 1970). Schwieriger aber ist die Untersuchung der Leute, die nicht mit bestehenden Einrichtungen in Berührung kommen. Sie lassen sich in zwei Gruppen unterteilen. Eine Gruppe besteht aus solchen, die noch nicht identifiziert worden sind, die andere aus solchen, die den Kontakt unterbrochen haben. Die zweite Gruppe ist gut bekannt, zumindest in den Vereinigten Staaten und in England, wo behauptet wird, daß eine inadäquate ambulante Versorgung nach der Krankenhausentlassung zu einer ausgeprägten Belastung der Angehörigen, zu schlechten Wohnverhältnissen, insbesondere bei ledigen Männern, und in vielen Fällen zu völliger Verwahrlosung geführt hat (Tidmarsh u. Wood, 1972). Die Erforschung dieser Fragen verdient Priorität, denn Veränderungen von Einrichtungen mit dem Ziel, sie gerade für diese Gruppe attraktiv zu machen, müssen unbedingt hinsichtlich ihrer Effektivität untersucht werden. Die Schaffung eines effizienten und durchführbaren Beratungsdienstes für Risikofamilien, z. B. solche die ein behindertes Familienmitglied haben (sei es geistige Behinderung, Schizophrenie, Demenz oder eine andere schwere psychiatrische Störung) bietet eine weitere Gelegenheit den Erfolg einer präventiven Maßnahme zu beurteilen. Die andere Population mit einer noch nicht identifizierten psychiatrischen Störung wirft viele Probleme auf. Zunächst natürlich die Frage, ob Identifikation und Behandlung nicht mehr Schaden als Nutzen bringen. Die Pflicht der Beweisführung liegt bei denen, die glauben, daß Intervention sinnvoll ist, sei es zur Zeit einer Krise oder routinemäßig. Brown und seine Mitarb. (Brown *et al.*, 1973) Hare u. Shaw (1965) und Taylor u. Chave (1964) haben gezeigt, wie häufig depressive Reaktionen auftreten, insbesondere bei Frauen mit kleinen Kindern. Wir wissen wenig über die Epidemiologie dieser Reaktionen. Hier ist eine experimentell nutzbare Lücke, die mit einem Versorgungsteam aus Sozialarbeitern, Psychologen und Hausärzten gefüllt werden könnte. Ein Ziel bei der Auswertung eines solchen Dienstes sollte es sein, die Entstehung der Klientel zu beobachten und festzustellen, inwieweit ihr durch frühe und effektive Behandlung die Überweisung zum Facharzt erspart bleibt.

Totale und partielle Evaluation

Dieser kurze Überblick zeigt bereits wie mannigfaltig die methodischen Probleme sind, die wir antreffen, wenn wir mit der Evaluation psychiatrischer Dienste beginnen. Es lassen sich so viele Dimensionen der Erfassung unterscheiden: Art der psychischen und sozialen Behinderung, Formen der Behandlung und Betreuung, Formen der therapeutischen Einrichtungen, verschiedene Berufs-

gruppen. Jede einzelne Einrichtung nimmt eine spezifische Stellung im Koordinatensystem dieser Dimension ein. Unsere sechs Fragen können auf zwei verschiedene Arten beantwortet werden, je nachdem wie die Fragen gestellt werden. Fast alle können „operational“ beantwortet werden, z. B. durch Messung der entsprechenden Ereignisse und Aktivitäten. Wie lange ist die Aufenthaltsdauer der Patienten, wie stark nimmt sie ab, wenn eine Tagesklinik eingerichtet wird? Die Fragen können aber auch „evaluativ“ beantwortet werden, durch Einführung eines Kriteriums, wie z. B., ob die Einführung einer Tagesklinik zu einer Abnahme der Behinderungen oder zu einer Prävention späterer Störungen oder zu einem größeren Zulauf führt?

Natürlich ist jede Einrichtung einzigartig und kann niemals vollständig beurteilt werden. Die Zahl der Variablen ist zu groß um einen exakten Vergleich mit einer anderen Einrichtung zu erlauben. Wenn man jedoch bescheidenere Forschungsziele wählt, ist eine Beurteilung möglich, insbesondere wenn ähnliche Einrichtungen an mehreren Orten gleichzeitig untersucht werden um auf diese Weise Zufallskombinationen wichtiger Faktoren zu identifizieren.

Das englische Department of Health plant ein umfassendes Versorgungsmodell mit allen für wichtig erachteten Einrichtungen für psychisch Kranke in Worcester. Dies ist ein operationales, kein evaluatives Projekt. Im Gegensatz dazu erlauben sozialwissenschaftliche Experimente die Isolierung und Betrachtung der einzelnen zugrundeliegenden Prozesse, aber auch diese lassen sich leichter im Rahmen eines umfassenden Versorgungsdienstes durchführen. Wissenschaftlich ausgedrückt soll damit gesagt werden, daß evaluative Untersuchungen epidemiologischer Natur sein müssen. Eine weitere Möglichkeit der Organisation wissenschaftlicher Tätigkeit ist die Schaffung neuer Dienste oder Einrichtungen an solchen Orten, die bereits über gute wissenschaftliche Einrichtungen verfügen, einschließlich eines Fallregisters und eines mit evaluativer Arbeit vertrautem Forschungsteam. Beide Möglichkeiten ergänzen sich gegenseitig, wichtig ist in jedem Fall ein bestimmtes Ausmaß an zentraler Planung um die verschiedenen Aspekte der wissenschaftlichen Evaluation zu koordinieren.

Beziehung zwischen Evaluation und Planung

Dies führt mich zu dem schwierigsten Problem, die Beziehung zwischen Evaluation und Planung. Planen bedeutet die Probleme, die auf dem Weg zur Erreichung eines Zieles entstehen werden, vorauszusehen und die Möglichkeiten ihrer Lösung im voraus auszuarbeiten. Je systematischer und klüger die Voraussicht, desto erfolgreicher werden die Entscheidungen sein, wenn Pläne verwirklicht werden. Sicher wird es Probleme der Prioritätenfestlegung geben, z. B. wieviel Prozent der verfügbaren Mittel soll für das Gebiet der Herzverpflanzung ausgegeben, wieviel für die Schaffung von Wohnheimen für geistig Behinderte? Wie auch immer die Entscheidung fällt, sie muß auf der Grundlage beurteilt werden, in welchem Ausmaß sie Krankheit oder Behinderung verringert. Die Ziele der Verantwortlichen für Planung und Evaluation sind dieselben, doch jede Gruppe hat eine eigene Rolle. Planungsverantwortliche treffen Entscheidungen hinsichtlich der Prioritäten verschiedener möglicher Entwicklungen. Sie müssen sich jedoch darauf einstellen, daß ihre Entscheidungen, unabhängig von ihnen, beurteilt

werden. Es muß ein sehr ungewöhnlicher Planungsverantwortlicher sein, der in der Lage ist seine eigenen Entscheidungen objektiv auszuwerten. Wissenschaftler, die sich mit Evaluation befassen, stellen fest, in welchem Ausmaß die Versorgungsdienste ihre Funktion der Prävention oder Verminderung von Behinderungen erfüllen. Die Erfahrung die sie hierbei sammeln wird es ihnen ermöglichen Verbesserungsempfehlungen auszusprechen; sie können jedoch die Entscheidungen nicht selbst treffen. Planung ist grundsätzlich politischer Natur, während Evaluation grundsätzlich wissenschaftlicher Natur ist.

Evaluation unterscheidet sich von anderer wissenschaftlicher Tätigkeit lediglich dadurch, daß die Ergebnisse manchmal von unmittelbarem Nutzen für die Administrationen sind, und dies wirft besondere Probleme auf. Es sind oft sehr langwierige und strategische Untersuchungen, und die Administration wird erst in der Endphase der Untersuchung, die für sie wichtigen Ergebnisse bekommen. Der unmittelbare Kontakt zwischen Planungs- und Evaluationsverantwortlichen beinhaltet Vorteile aber auch Gefahren (Dainton, 1971; Rothschild, 1971). Die Freiheit des Forschens und Kritisierens kann bewußt oder unbewußt gefährdet sein, insbesondere wenn Dienste untersucht werden in die Planer, Verwalter und Mitarbeiter viele Energien und Emotionen investiert haben und deren Erfolg allein viel bedeutet. Ein Wissenschaftler kann in einem Laborexperiment trotz seines Wunsches nach einem bestimmten Ergebnis objektiv bleiben, vielleicht nur durch die Tatsache, daß er weiß, daß sein Experiment anderswo wiederholt werden wird. In der evaluativen Forschung ist der Druck größer und die Wahrscheinlichkeit einer unabhängigen Wiederholung geringer. Der Bedarf an sichtbarer Unabhängigkeit und Objektivität ist deshalb größer. Eine weitere Gefahr ist ein allmählicher Umschwung von strategischer zu taktischer Forschung, was soviel bedeutet wie die Henne zu töten, die die goldenen Eier legte. Die Vorteile der Zusammenarbeit überwiegen in meinen Augen jedoch die Nachteile.

Literatur

- Armitage, P.: *Statistical methods in medical research*. Oxford: Blackwell 1971
- Brown, G. W., Sklair, F., Harris, T., Birley, J. L. T.: Life events and psychiatric disorders: some methodological issues. *Psychol. Med.* **3**, 74–87 (1973)
- Candy, J., Balfour, F. H. G., Cawley, R. H., Hildebrand, H. P., Malan, D. H., Marks, I. M., Wilson, J.: A feasibility study for a controlled trial of formal psychotherapy. *Psychol. Med.* **2**, 345–362 (1972)
- Cawley, R.: Evaluation of psychotherapy. *Psychol. Med.* **1**, 101–103 (1971)
- Eastwood, M. R.: Screening for psychiatric disorder. *Psychol. Med.* **1**, 97 (1971)
- Goldberg, B. M.: Services for the family. In: Wing and Häfner, op. cit. (1973)
- Gurland, B., Yorkston, N. J., Stone, A. R., Frank, J. D., Fleiss, J. L.: The structured and scaled interview to assess maladjustment. *Arch. gen. Psychiat.* **27**, 259–264 (1972)
- Hare, E. H., Shaw, G. K.: *Mental health on a new housing estate*. London: Oxford University Press 1965
- Hyman, H., Wright, C. R., Hopkins, T. K.: *Applications of methods of evaluation*. Berkeley: University of California Press 1962
- Katz, M. M., Lyaly, S. B.: Methods for measuring adjustment and social behaviour in the community. *Psychol. Rep.* **13**, 503 (1963)
- King, R. D.: Alternatives to the hospital for the residential care of the mentally retarded. In: *Roots of evaluation: An epidemiological basis for planning psychiatric services*. Eds.: J. K. Wing and H. Häfner. London: Oxford University Press 1973

- King, R. D., Raynes, N. V., Tizard, J.: Patterns of residential care. London: Routledge 1971
- Rapoport, R. H.: Community as Doctor. London: Tavistock Publications 1960
- Reid, W. J., Shyne, A. W.: Brief and extended casework. New York: Columbia University Press 1969
- Robins, L. N.: Follow-up studies investigating childhood disorders. In: Psychiatric epidemiology: An international symposium. Eds.: E. H. Hare, J. K. Wing. London: Oxford University Press 1970
- Robins, L. N.: Evaluation of psychiatric services for children in the United States. In: Roots of evaluation. Eds.: J. K. Wing and H. Häfner. London: Oxford University Press 1973
- Rubinstein, R., Lasswell, H. B.: The sharing of power in a psychiatric hospital. New Haven: Yale University Press 1966
- Sainsbury, P., Grad, J.: Evaluating the community psychiatric service in Chichester. *Milbank Memorial Found Quart.* 44, 231 (1966)
- Scharfetter, C.: Das AMP-System: Manual zu Dokumentation psychiatrischer Befunde. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1971
- Shepherd, M., Cooper, B., Brown, A. C., Kalton, G. W.: Psychiatric illness in general practice. London: Oxford University Press 1966
- Spitzer, R. L., Endicott, J., Fleiss, J. L., Cohen, J.: The psychiatric status scale: a technique for evaluating psychopathology and impairment in role functioning. *Arch. gen. Psychiat.* 23, 41—55 (1970)
- Stevens, B. C.: The role of fluphenazine decanoate in lessening the burden of chronic schizophrenics on the community. *Psychol. Med.* 3, 141—158 (1973)
- Taylor, S., Chave, S.: Mental health and environment. London: Longmans 1964
- Tidmarsh, D., Wood, S.: Psychiatric aspects of destitution. In: Evaluating a community psychiatric service. Eds.: J. K. Wing and A. M. Hailey. London: Oxford University Press 1972
- Tooth, G., Brooke, E. M.: Trends in the mental hospital population and their effect on future planning. *Lancet* 1961 I, 710—713
- Wilson, J. M. G.: Screening in the early detection of disease. In: Portfolio for health. Ed.: G. McLachlan. London: Oxford University Press 1971
- Wing, J. K.: Social and psychological changes in a rehabilitation unit. *Soc. Psychiat.* 1, 21—28 (1966)
- Wing, J. K.: Soziale Behandlung psychiatrischer Erkrankungen. *Z. Psychother. med. Psychol.* 18, 140 (1968)
- Wing, J. K.: Über Entwicklung und Auswertung eines neuen Programms zur psychiatrischen Versorgung in London. In: Perspektiven der heutigen Psychiatrie. Hsg. von H. E. Erhardt. Frankfurt a. M.: Gerhards 1972
- Wing, J. K.: Psychiatrische Fallregister. *Nervenarzt* 44, 576—580 (1973)
- Wing, J. K.: The use of a case register for evaluating a community psychiatric service. In: Aspekte der Sozialpsychiatrie und Psychohygiene. Hrsg. von R. Battagay. Bern: Huber 1975
- Wing, J. K.: Impairments in schizophrenia. In: Life history research in psychopathology, vol. 4. Eds.: R. D. Wirt, G. Winokur and M. Roff. Minneapolis: Univ. of Minnesota press 1975
- Wing, J. K., Bransby, R. (Eds.): Psychiatric case registers. Department of health statistical report series no. 8. London: H. M. S. O. 1970
- Wing, J. K., Brown, G. M.: Institutionalism and schizophrenia. London: Cambridge University Press 1970
- Wing, J. K., Cooper, J. E., Sartorius, N.: The description and classification of psychiatric symptoms: An instruction manual for the PSE and Catego system. London: Cambridge University Press 1974

- Wing, J. K., Häfner, H. (Eds.): *Roots of evaluation: The epidemiological basis for planning psychiatric services*. London: Oxford University Press 1973
- Wing, J. K., Hailey, A. M. (Eds.): *Evaluating a community psychiatric service: The Camberwell register 1964—1971*. London: Oxford University Press 1972
- Wing, L., Wing, J. K., Griffiths, D., Stevens, B.: *An epidemiological and experimental evaluation of industrial rehabilitation of chronic psychotic patients in the community*. In: *Evaluating a community psychiatric service*. Eds.: J. K. Wing and A. M. Hailey. London: Oxford University Press 1972

John Wing, M.D., Ph.D.
Institute of Psychiatry
London SE5 8AF
England