

# Allgemeine und statistische Übersicht über das Geisteskranken- und Schwachsinnigenwesen in England.

Von

**Herbert Strecker, Würzburg,**

z. Zt. Forschungsanstalt für Psychiatrie in Hollymoor, Northfield, Birmingham.

(*Ein eingangen am 14. November 1932.*)

## Allgemeiner Teil.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf ganz England mit Ausnahme von Schottland (dort werden die Dinge ähnlich, allerdings in einer freieren Weise gehandhabt) und betreffen zunächst nur Geisteskranke. Am Ende des allgemeinen und des statistischen Teils finden sich Ausführungen über Schwachsinnige.

Leitung und Überwachung des gesamten Irrenwesens liegt in der Hand der Aufsichtsbehörde (Board of Control) in London. Sie besteht aus Vorsitzendem, 4 Bevollmächtigten (Senior Commissioners) und 14 weiteren Bevollmächtigten (Commissioners). Zwei Drittel sind Mediziner, z. T. ehemalige Anstaltsdirektoren, ein Drittel Juristen, 4 Commissioners sind Frauen. Der Machtbereich der Aufsichtsbehörde ist praktisch unbegrenzt. Jeder attestierte (d. h. offbare, s. unten) Geisteskranke, einerlei wo er untergebracht ist, muß der Aufsichtsbehörde gemeldet werden und untersteht ihrer Jurisdiktion. Jede öffentliche und private Anstalt, jedes Krankenhaus, jeder Privathaushalt, in welchem Geisteskranke untergebracht sind, wird mindestens einmal im Jahre von mehreren Commissioners unangemeldet inspiziert; die Inspektion erstreckt sich auf sämtliche Kranke und sämtliche Teile des Hauses. Jeder Kranke hat das Recht, einen verschlossenen Brief unfrankiert an die Aufsichtsbehörde abzusenden. Jegliche Zwangsmaßnahme (Mechanical Restraint) oder Isolierung tagsüber muß der Aufsichtsbehörde allvierteljährlich gemeldet werden. Die Pläne neu zu errichtender und auszubauender Anstalten sind der Aufsichtsbehörde zur Genehmigung vorzulegen. Krankenhäuser, Sanatorien und Privathauser dürfen ohne besondere Genehmigung der Aufsichtsbehörde Geisteskranke nicht aufnehmen. Kurz, alles und jedes ist der Aufsichtsbehörde unterstellt. Gegen Verstöße der Meldepflicht u. dgl., sowie gegen die „Winkelpsychiatrie“, geht sie an Hand der strengen Strafbestimmungen des Irrengesetzes vor.

Ein geschichtlicher Überblick wird zeigen, wie diese Bestimmungen zustande gekommen sind. In England wurde, bis ins 20. Jahrhundert hinein, das Übel einer womöglichen Freiheitsberaubung für schlimmer gehalten, als das Übel der Behandlungserschwerung, hiernach verfuhr die Gesetzgeber. Ursprünglich wurde die Aufsichtsbehörde ins Leben gerufen, um Anstalten und Ärzte zu überwachen, im Laufe der Zeit jedoch hat sie sich zu einem wahren Gesundheitsamt für das gesamte Geisteskranken- und Schwachsinnigenwesen entwickelt. Wenn auch komplizierte Bestimmungen die Handlungsfreiheit der Ärzte einschränken, besteht anderseits der riesige Vorteil, daß der jeweilige Stand des Irrenwesens und alles, was im Lande an Behandlung und Forschung geleistet wird, mit einem Blicke zu übersehen ist.

Die Aufsichtsbehörde veröffentlicht alljährlich einen ausführlichen, bis ins einzelne gehenden Bericht (Annual Report of the Board of Control), der im Buchhandel zu haben ist<sup>1</sup>.

### Geschichtlicher Überblick.

Von jeher unterschieden die Behörden zwischen vermögenden Kranken, die für sich selbst aufkommen (Private Patients), und denjenigen, die dem Staat bzw. der Gemeinde zur Last fallen (Pauper Patients). Eine Verfügung von 1743 besagt, daß gefährliche Gemeindekranke zu ergreifen und an irgendeinem festen Ort, nötigenfalls in Ketten, einzuschließen seien. Für Privatkranken hingegen gab es Anstalten, doch waren diese weder behördlich zugelassen, noch wurden sie überwacht, dem entsprechend ging es darin zu.

Durch das häufige „Verschwinden“ von Kranken in derartigen Anstalten beunruhigt, setzte das Parlament erstmalig im Jahre 1763 einen Untersuchungsausschuß ein. 1774 erschien die erste Verfügung über Zulassung von Privatanstalten und über Beibringung eines ärztlichen Aufnahmezeugnisses. 5 Ärzte wurden beauftragt, die Anstalten in London und Umgebung zu inspizieren. In der Praxis scheinen derartige Inspektionen wenig ausgeführt worden zu sein, auch hatten die Beauftragten nicht die Macht, Mißstände abzustellen.

1815 tagte ein weiterer Untersuchungsausschuß. Er deckte, mit Kraepelin zu sprechen, haarsträubende Einzelheiten auf. „Unter anderem stellte sich heraus, daß, um diese Dinge zu vertuschen, die Totenlisten gefälscht, Gestorbene und ‚Verschwundene‘ als geheilt eingetragen wurden.“ In der besonders schlecht geführten Anstalt zu York entstand während der Nachforschung, „ganz in Übereinstimmung und

<sup>1</sup> Das dieser Arbeit zugrunde liegende Zahlenmaterial stammt aus den Berichten, seine Anordnung von mir. Zuweilen wird in deutschen Arbeiten die Meinung vertreten, die englischen Berichte seien äußerst lückenhaft. Auf Grund 7jähriger Tätigkeit in England halte ich dies für durchaus unzutreffend.

offenbar mit Wissen der Beamten, ein Brand, der den größten Teil des Hauses nebst den meisten Büchern und Papieren zerstörte“.

Damals hatte die Öffentlichkeit also alle Ursache, beunruhigt zu sein. In den darauffolgenden 75 Jahren wurden immer schärfere Überwachungsmaßnahmen getroffen, die ihren Höhepunkt erreichten in dem Irrengesetz von 1890, das zum größten Teil noch heute in Kraft ist.

1828 wurden 15 Commissioners mit der Überwachung der Privatanstalten in London und Umgebung beauftragt. Sie hatten das Recht, die Zulassung dieser Anstalten zu widerrufen und zu Unrecht festgesetzte Personen zu entlassen. Aufzunehmende Privatkranken mußten 2 ärztliche Zeugnisse beibringen, Gemeindekranke (1808 wurde Errichtung von Anstalten für diese genehmigt, 1845 befohlen) ein ärztliches Zeugnis und eine behördliche Aufnahmeverfügung. 1842 wurden die Commissioners ermächtigt, sämtliche öffentlichen und privaten Anstalten des ganzen Landes zu inspizieren, und 1845 wurde eine ständige Aufsichtsbehörde ins Leben gerufen, wie sie heute (mit geringfügigen Veränderungen) besteht.

1877 tagte wiederum ein Untersuchungsausschuß, sein Ergebnis war das Irrengesetz (Lunacy Act) von 1890. Einige Erleichterungen zu diesem Gesetz wurden 1931 eingeführt (Mental Treatment Act 1930), auf Anraten des (7.) Untersuchungsausschusses vom Jahre 1925.

### Allgemeines.

Das Gesetz bestimmt, daß ein Geisteskranker, sobald er störend wird, behördlich zu attestieren ist. Dieser umständliche Vorgang heißt Certification, er „stempelt“ den Betreffenden zum Geisteskranken, sowohl in praktischer, als auch in gesellschaftlicher Hinsicht. Ein offenbar Geisteskranker kann, ohne attestiert zu sein, weder in einer öffentlichen oder privaten Anstalt, noch in einem Krankenhaus, noch in einem fremden Haushalt aufgenommen werden (Erleichterung in bestimmten Fällen wurde 1931 eingeführt, siehe unten). *Somit ist für Behandlung außerhalb des eigenen Hauses Attestierung die Vorbedingung.*

Die Attestierung ist durchaus ein juristischer Prozeß, wenn sie auch ohne Mitwirkung von 1—2 Ärzten nicht vorgenommen werden kann. Mit der Attestierung kommt der Kranke, einerlei wo er untergebracht ist, automatisch unter die Jurisdiktion der Aufsichtsbehörde. Auf diese Weise erhält die Aufsichtsbehörde einen genauen Überblick über alle im Lande befindlichen attestierten Geisteskranken und ist seit 87 Jahren in der Lage, zuverlässige Statistiken über die Bewegung dieser Kranken aufzustellen.

Allerdings kommt nur ein Teil, wenn auch ein beträchtlicher, der insgesamt im Lande befindlichen Geisteskranken zur Attestierung. Äußere Umstände spielen, wie überall bei der Erfassung der Geistes-

kranken, eine Rolle. Harmlose, senile Kranke z. B., vorausgesetzt, daß sie irgendwo ein Unterkommen haben, werden nur selten attestiert. Ferner wird in vielen Fällen die Attestierung, die bei hoch und niedrig als Makel gilt, so lange hinausgeschoben wie möglich. Ein vermögender Krämer z. B., wenn auch noch so unruhig, braucht nicht attestiert zu werden, wenn sein Arzt das Risiko auf sich nimmt, ihn zu Hause zu behandeln, hierzu das weitere Risiko, dies ohne gesetzlichen Rückhalt zu tun. Ist dem Arzt das erste Risiko recht, das zweite jedoch nicht, so veranlaßt er Attestierung (darf aber unter diesen Umständen bei derselben nicht mitwirken) und wird auf diese Weise von der Aufsichtsbehörde mit der Behandlung seines Kranken betraut.

Es versteht sich, daß das Schreckgespenst der Attestierung in vielen Fällen dazu geführt hat, daß Behandlung zu spät oder überhaupt nicht erfolgte. Diesem Übelstand zu begegnen, wurde 1931 eingeführt, daß unter bestimmten Umständen (s. diesen Abschnitt) Anstaltsbehandlung für „freiwillige“ und „zeitweilige“ Kranke ohne Attestierung möglich ist. Die Betreffenden kommen zwar unter Jurisdiktion der Aufsichtsbehörde, sind jedoch nicht attestiert, infolgedessen auch nicht „offiziell“ geisteskrank. Bis 1931 hatte die Aufsichtsbehörde nur ganz vereinzelt mit nicht attestierten Kranken zu tun, nun wird, sobald die Kenntnis der Erleichterungen besser in das Volk gedrungen ist, eine zunehmende Anzahl von Kranken von den neuen Behandlungsmöglichkeiten Gebrauch machen und somit der Aufsichtsbehörde unterstehen.

### Anstalten<sup>1</sup> und sonstige Einrichtungen für Geisteskranke.

Im ganzen gibt es 7 Einrichtungen. Nr. 1 und 2 dienen für Gemeindekranke, Nr. 1, 3, 4, 5 für Privatkranke, Nr. 6 für kriminelle Geisteskranke, Nr. 7 für Angehörige des Heeres und der Marine. Jede einzelne Anstalt wird regelmäßig mehrmals im Jahre inspiziert von Commissioners und von den Mitgliedern lokaler Überwachungsausschüsse. Die Commissioners haben auch sonst jederzeit Zutritt. Neu aufgenommene Kranke werden eigens — außerhalb der vorgeschriebenen Inspektionen — aufgesucht.

Die Zahlenangaben beziehen sich auf den Stand vom 1. 1. 32.

1. Öffentliche Anstalten (Mental Hospitals). Sie unterstehen dem lokalen Kreis- bzw. Stadtrat, der sie durch einen Ausschuß von mindestens 7 Personen (hierunter 2 Frauen) beaufsichtigt. Oberste Jurisdiktion hat, wie überall, die Aufsichtsbehörde. Der Ausschuß setzt den Leiter und die anderen Ärzte ein, diese sind Angestellte des Ausschusses.

<sup>1</sup> Nach *Rittershaus* [Allg. Z. Psychiatr. 86 (1927)] fehlt in England „Bettbehandlung fast ganz, Dauerbäder sind selten, Zellenbehandlung ist doch noch recht häufig“. Dies ist nicht richtig. Die ganze eigentliche Krankenbehandlung ist genau wie in Deutschland.

Anzahl 98, die größte faßt 2900, die kleinste 250 Kranke. Bestand: 121 503 Kranke. Auf rund 250 Kranke kommt ein Arzt und tagsüber 25 Pfleger, nachts 4—5 Pfleger. Jährliche Betriebskosten 8,2 Millionen Pfund. Jährliche Inspektion: 1mal durch Commissioners, mindestens 6mal durch Mitglieder des lokalen Ausschusses.

2. Spitäler (Workhouses und andere Public Assistance Institutions). Ein Workhouse ist in jeder größeren Gemeinde vorhanden, es vereinigt Armenhaus, Pfründe und Spital in sich und untersteht dem lokalen Wohlfahrtausschuß. Eigentlichen Anstaltscharakter haben nur die Londoner Spitäler. Bestand: 14 530 Kranke. Hierzu kommen noch 3 783 Kranke in Außenpflege (Outdoor Relief), meistens zu Hause. Jährliche Inspektion: 4mal durch Mitglieder des lokalen Wohlfahrtausschusses.

Bei Überfüllung öffentlicher Anstalten werden alte, ruhige Kranke an die Spitäler abgegeben. Außerdem gibt es in Spitälern eine statistisch nicht zu erfassende Zahl von harmlosen, meist senilen — also weder attestierte, noch sonstwie der Aufsichtsbehörde unterstellten — Kranken. Ferner sind Schwachsinnige in Spitälern untergebracht (s. diesen Abschnitt).

3. Gemeinnützige Privatanstalten (Registered Hospitals). Sie werden durch private Stiftungen erhalten; wohlhabende Kranke zahlen nach Vermögen, dies kommt den weniger wohlhabenden zugute. Die geschäftliche Bilanz wird der Aufsichtsbehörde vorgelegt.

Anzahl 13, die größte faßt 500, die kleinste 70 Kranke. Bestand: 2 437 Kranke. Jährliche Inspektion: 1mal durch Commissioners.

4. Privatanstalten (Licensed Houses). Diese Anstalten müssen eigens zugelassen sein, die Lizenz gilt nur für eine bestimmte Anzahl von Kranken und muß jährlich erneuert werden. Seit 1890 wird Neuerrichtung dieser Anstalten erschwert, infolgedessen (nicht aus wirtschaftlichen Gründen) nimmt ihre Zahl ab (1890: 87, 1914: 68, 1931: 54). Die Aufsichtsbehörde hat die Möglichkeit, in die geschäftliche Bilanz einzusehen.

Anzahl: London und Umgebung 19, außerhalb 35. Die größte faßt 500, die kleinste 4 Kranke. Bestand: 2 984 Kranke. Jährliche Inspektion: London und Umgebung 6mal durch Commissioners, außerhalb 2mal durch Commissioners, 4mal durch Mitglieder eines lokalen Ausschusses.

5. Einzelpflege (Single Care). Meistens im Hause eines Arztes. Es darf jedesmal nur ein Kranke aufgenommen werden. In Einzelpflege: 340 Kranke. Jährliche Inspektion: mindestens 1mal durch Commissioners und deren Beauftragte.

6. Staatsanstalt für kriminelle Geisteskranke. Bestand: 827 Kranke (ferner sind 72 kriminelle Geisteskranke in öffentlichen Anstalten untergebracht).

7. Militäranstalt (49 Kranke) und Marineanstalt (218 Kranke).

**Übersicht über die Anstalten für Geisteskranke.**  
**Stand vom 1. 1. 1932.**

Nr.	Anstalt oder dergl.	Anzahl	Zahl der darin untergebrachten Geisteskranke (in Klammern: hiervon freiwillige und zeitweilige Kranke)
1	Öffentliche Anstalten . . . . .	98	121 503 (1 177)
2	Spitäler . . . . .		14 530
	In Außenpflege . . . . .		3 783
3	Gemeinnützige Privatanstalten . . . . .	13	2 437 (494)
4	Privatanstalten . . . . .	54	2 984 (416)
5	Einzelpflege . . . . .		340 (2)
6	Staatsanstalt für kriminelle Geisteskranke . . . . .	1	827
7	Militär- und Marineanstalt . . . . .	2	266
Insgesamt Geisteskranke:			146 670 (2 089);
			64 670 Männer
			82 000 Frauen

**Attestierung.**

Die Formalitäten sind verschieden, je nachdem ob Privatkranker oder Gemeindekranker.

*Privatkranke.*

*In gewöhnlichen Fällen.* Schriftlicher Antrag (Formular) des nächsten Angehörigen bzw. gesetzlichen Vertreters (dieser muß über 21 Jahre sein, den Kranken innerhalb der vorausgegangenen 14 Tage gesehen haben, sich verpflichten, den Kranken mindestens alle 6 Monate zu besuchen) auf Unterbringung des Kranken in eine bestimmte öffentliche oder private Anstalt oder in Einzelpflege. Je ein ärztliches Attest (Formular) von 2 Ärzten (diese müssen den Kranken innerhalb der vorausgegangenen 7 Tage einzeln untersucht haben, dürfen weder untereinander, noch zum Antragsteller, Kranken oder zur Anstalt in einer verwandtschaftlichen oder geschäftlichen Beziehung stehen, doch soll einer der Ärzte nach Möglichkeit der Hausarzt sein). Antrag und Atteste werden einem Richter (in der Praxis ein hierzu eigens ermächtigter Friedensrichter) vorgelegt, dieser allein hat das Recht, den Antrag zu gewähren oder abzulehnen; er braucht den Kranken nicht notwendigerweise zu sehen. Durch Gewährung wird der Antrag zur Aufnahmeverfügung, diese wird dem Anstaltsleiter übergeben.

Der Leiter hat an die Aufsichtsbehörde zu berichten: a) Am Tag nach Aufnahme unter Übersendung einer Kopie der gesamten Aufnahmeverfügung. b) 2 bis 7 Tage nach Aufnahme über geistigen und körperlichen Befund. c) Am Ende des 1. Monats dasselbe. d) Am Ende des 1. Jahres. e) Am Ende des 2. Jahres. g) Nach weiteren 3 Jahren. h) Alle weiteren 5 Jahre.

Hat der Richter den Kranken bei Gewährung des Antrages nicht gesehen, so hat der Kranke das Recht, innerhalb von 7 Tagen nach Aufnahme vor einen anderen Richter geführt zu werden.

*In eiligen Fällen.* Schriftliche Ermächtigung (Formular) des nächsten Angehörigen (dieser muß den Kranken innerhalb der vorausgegangenen 2 Tage gesehen haben, im übrigen wie oben) direkt an den Leiter einer bestimmten Anstalt zur Aufnahme des Kranken. Ein ärztliches Attest (der Arzt muß den Kranken innerhalb der vorausgegangenen 2 Tage untersucht haben und Dringlichkeitsgründe besonders bescheinigen, im übrigen wie oben). Diese Ermächtigung bleibt nur 7 Tage in Kraft, während dieser Zeit muß ein gewöhnlicher Antrag gestellt werden. Bericht des Leiters an die Aufsichtsbehörde wie oben.

#### *Gemeindekranke.*

Hier ist das Verfahren einfacher. Der eigentliche Antrag fällt fort. Jeder Armenpfleger, Gemeinde- oder Polizeibeamte, in dessen Dienstbereich sich ein (störender oder hilfsbedürftiger) Geisteskranker befindet, hat dies dem Friedensrichter zu melden. Dieser muß ärztliche Untersuchung veranlassen und den Kranken sehen, 1 ärztliches Attest (nur in bestimmten Fällen 2) genügt. Sodann verfügt der Friedensrichter die Aufnahme des Kranken in eine öffentliche Anstalt. Der Leiter meldet der Aufsichtsbehörde wie bei Privatkranken, doch fällt Meldung a) und c) fort.

*In eiligen Fällen* ist ein Gemeinde- oder Polizeibeamter ermächtigt, den Kranken auf vorerst 3 Tage in ein Spital zu verbringen. Dann hat Meldung zu erfolgen an den Friedensrichter, der entweder wie oben verfährt oder bestimmen kann, daß der Kranke auf weitere 14 Tage zur Beobachtung im Spital zu verbleiben hat.

Wird ein Insasse eines Spitals offenbar geisteskrank, so erfolgt Attestierung wie oben. Der — nun attestierte — Kranke verbleibt weiterhin im Spital. Hierbei ist im Gegensatz zu allen anderen Fällen Meldung an die Aufsichtsbehörde nicht vorgeschrieben, jedoch hat der Spital- bzw. Wohlfahrtsarzt vierteljährlich die Zahl der im Spital bzw. in Außenpflege befindlichen attestierten Geisteskranken zu melden.

Außerdem kann Attestierung erfolgen: a) auf Antrag zweier Commissioners, b) auf Antrag des Innenministers (bei kriminellen Geisteskranken), c) durch „Irrenprozeß“, jetzt eine sehr seltene Maßnahme (von 1914—23 fanden nur 11 statt).

#### **Entlassung, d. h. Aufhebung der Attestierung.**

Privatkranke sowie Gemeindekranke werden ohne besondere Formalität entlassen, wenn sie geheilt sind. Außerdem sind sie jederzeit auf Verlangen der Aufsichtsbehörde zu entlassen. Ferner werden sie automatisch „entlassen“, wenn sie a) entflohen und nach Ablauf von 14 Tagen nicht zurückgebracht werden, b) bei versuchsweiser Entlassung (s. unten) 14 Tage nach Ablauf der Frist nicht zurückkehren.

Im übrigen werden entlassen:

#### *Privatkranke.*

1. Auf Verlangen des Angehörigen, der den Aufnahmeantrag stellte, oder desjenigen, der die Behandlungskosten trägt, es sei denn, daß der Anstaltsleiter bescheinigt, daß der Kranke gefährlich und deshalb zur Entlassung ungeeignet ist.

2. Auf Verlangen von 2—3 Mitgliedern des lokalen Ausschusses, sogar gegen den Willen des Leiters (!).

#### *Gemeindekranke.*

1. Wie oben unter 2., bei Spitalkranken durch Mitglieder des Wohlfahrtsausschusses.

2. Unter bestimmten Umständen, wenn ein Angehöriger oder Freund sich verpflichtet, den Kranke zu sich zu nehmen und in jeder Beziehung für ihn verantwortlich zu sein.

Kranke, die in absehbarer Zeit zur Entlassung geeignet sind, können zunächst versuchsweise entlassen werden (Absence on Trial), bleiben jedoch bis zur eigentlichen Entlassung attestiert.

### 1931 eingeführte Erleichterungen.

Um Behandlung frischer Fälle zu erleichtern, und den Makel der Attestierung zu umgehen, wurden einige Neuerungen eingeführt.

Ohne Attestierung dürfen in öffentliche Anstalten und in besonders zugelassene Privatanstalten, Krankenhäuser, Sanatorien und Privathäuser aufgenommen werden:

1. Freiwillige Kranke (Voluntary Patients), d. h. an einer Geistesstörung leidende Personen, die sich freiwillig der Behandlung zu unterziehen wünschen.

2. Zeitweilige Kranke (Temporary Patients), d. h. an einer (der Behandlung zugängigen) Geistesstörung leidende Personen, die (zur Zeit) nicht imstande sind, sich darüber zu äußern, ob sie sich der Behandlung unterziehen wollen oder nicht.

#### *Freiwillige Kranke.*

Aufnahme: Schriftlicher Antrag des Kranken an den Leiter einer bestimmten Anstalt (Personen unter 16 Jahren: Antrag der Eltern unter Beifügung eines ärztlichen Befürwortungsschreibens). Entlassung: Freiwillig, 3 Tage nach schriftlicher Meldung des Kranken (unter 16 Jahren: der Eltern) an den Leiter.

Bei Widerstand oder Verschlümmelung ist entweder Entlassung oder Versetzung in Klasse 2 oder Attestierung vorgesehen. Aufnahme und Entlassung ist der Aufsichtsbehörde zu melden.

#### *Zeitweilige Kranke.*

Aufnahme: Schriftlicher Antrag (Formular) eines Angehörigen an den Leiter einer bestimmten Anstalt und 1 ärztliches Befürwortungsschreiben (Formular), unterzeichnet von 2 Ärzten (der eine muß hierfür eigens zugelassen sein, der andere soll nach Möglichkeit der Hausarzt sein. Beide Ärzte müssen den Kranken untersucht haben und dürfen zur bestimmten Anstalt, wenn diese eine private ist, in keiner Beziehung stehen). Behandlungsdauer soll 6 Monate nicht überschreiten, kann aber durch Antrag auf (höchstens) 6 weitere Monate verlängert werden. Bei Verschlümmelung ist Attestierung vorgesehen. Entlassung: a) Wenn geheilt, b) Auf Verlangen desjenigen, der Aufnahmeantrag stellte. c) Durch Verfügung der Aufsichtsbehörde oder des lokalen Ausschusses.

Innerhalb des 1. Monats wird der Kranke von 2 Commissioners oder deren Beauftragten aufgesucht, die entweder schriftlich bestätigen, daß die Behandlung notwendig ist, oder gegenteilig an die Aufsichtsbehörde berichten. Meldung über Aufnahme (unter Übersendung einer Kopie der Aufnahmeschrifstücke) und Entlassung wie oben.

Im übrigen wurde neu eingeführt, daß für Gemeindekranke derselbe Dringlichkeitsantrag zulässig ist, wie vorher nur für Privatkranke, vorausgesetzt, daß der Antrag von einem dazu ermächtigten Beamten

gestellt wird. Ferner wurde das Anstrengen eines Entschädigungsverfahrens (s. unten) gegen Ärzte, die bei der Attestierung bzw. Befürwortung mitgewirkt hatten, erschwert. Außerdem wurde an Stelle der bis dahin gebräuchlichen offiziellen Bezeichnung „Irrenanstalt“ (Asylum) und „Irrsinniger“ (Lunatic), die Bezeichnung „Heilanstalt“ (Mental Hospital) und „Geisteskranker“ (Person of unsound mind) eingeführt.

#### Sonstiges.

Jeder Kranke hat das Recht, einen verschlossenen Brief zur Beförderung aufzugeben an alle Personen, welche die Möglichkeit haben, ihn zu entlassen, also Antragsteller, Ausschußmitglieder, Aufsichtsbehörde, Minister für Gesundheitswesen, und einige höchste Richter.

Privatkranke haben das Recht, eine private Unterredung mit den inspizierenden Commissioners und Ausschußmitgliedern zu verlangen, in der Praxis wird Gemeindekranken dasselbe gewährt.

Trotz des bis ins einzelne ausgeklügelten Systems von Überwachungsmaßnahmen ist in der Öffentlichkeit die Furcht vor widerrechtlicher Freiheitsberaubung keineswegs erloschen, z. B. hatte der letzte Untersuchungsausschuß (1925) die Aufgabe nachzuprüfen, ob die Überwachungsmaßnahmen zureichend seien. Die Voreingenommenheit des Publikums psychiatrischen Dingen gegenüber ist recht ausgesprochen, bis zum Jahre 1931 kam es z. B. häufig vor, daß entlassene Geisteskranke einen öffentlichen Entschädigungsprozeß anstrengten gegen Ärzte, die bei der Attestierung mitgewirkt hatten. Die Voreingenommenheit röhrt daher, daß das englische Publikum in bezug auf psychiatrische Dinge noch weniger aufgeklärt ist als das deutsche. Zum Teil ist dies die Schuld der großen Tageszeitungen. Dies trifft ja auch für andere Länder zu, wirkt sich jedoch in England um so mehr aus, als die großen Tageszeitungen, infolge ihres Umfanges und ihrer Verbreitung, und der Aufnahmefähigkeit des Publikums für diese Art Lektüre, die Meinung des Publikums nach Belieben beeinflussen können.

In England gibt es keine psychiatrischen Universitätskliniken. An den meisten Universitäten ist die Ausbildung der Studenten in Psychiatrie eine recht oberflächliche, Psychiatrie ist nicht Examensfach. Für diejenigen, welche sich in Psychiatrie spezialisieren wollen, besteht die Möglichkeit (zur Zeit noch nicht die Pflicht), beliebige Zeit nach Ablegung des Staatsexamens ein Examen in Psychiatrie abzulegen (D. P. M., d. h. Diploma in psychological Medicine); bei diesem Examen wird viel verlangt. Forschungsanstalten für Psychiatrie befinden sich in London (Maudsley Hospital), Birmingham (Hollymoor Hospital), Cardiff und Wakefield; Laboratorien in einer großen Zahl der öffentlichen Anstalten.

### Schwachsinnige<sup>1</sup>.

Leitung und Überwachung des gesamten Schwachsinnigenwesens befindet sich gleichfalls in der Hand der Aufsichtsbehörde. Das *Schwachsinnengesetz* stammt aus dem Jahre 1913, einige Zusätze wurden 1927 gemacht (*Mental Deficiency Acts 1913—27*). Nach diesem Gesetz wird Schwachsinn definiert als „vor dem 18. Lebensjahr aufgetretener Stillstand oder Unvollkommenheit der geistigen Entwicklung, verursacht entweder durch Vererbung, oder durch Erkrankung bzw. Verletzung“. Hiernach fallen u. a. Folgezustände von Encephalitis lethargica unter die gesetzliche Rubrik Schwachsinn.

Das Gesetz unterscheidet 4 Klassen von Schwachsinnigen:

1. Idioten (Idiots), d. h. solche, die sich nicht vor alltäglichen Gefahren schützen können.
2. Imbezille (Imbeciles), d. h. solche, die nicht imstande sind, für sich selbst und ihre Angelegenheiten zu sorgen, bzw. die (als Kinder) nicht imstande sind, dies zu lernen.
3. Debile (Feeble-minded Persons), d. h. solche, die in ihrem eigenen Interesse, sowie im Interesse anderer, der Fürsorge, Überwachung und Leitung bedürfen, bzw. die (als Kinder) nicht imstande sind, aus dem gewöhnlichen Schulunterricht Nutzen zu ziehen.
4. Moralisch Schwachsinnige (Moral Defectives), d. h. solche mit einer ausgesprochen bösartigen oder kriminellen Veranlagung, die zum Schutze anderer der Fürsorge, Überwachung und Leitung bedürfen.

Die lokalen Behörden haben die Pflicht, in ihrem Bereich befindliche Schwachsinnige namentlich festzustellen und der Aufsichtsbehörde zu melden (s. Statistisches). Im allgemeinen werden Schwachsinnige attestiert wie Geisteskranke, die Formalitäten sind fast genau dieselben. Auch hier wird zwischen Privatkranken und Gemeindekranken unterschieden. Privatkranke können — auf Antrag der Eltern und Zeugnis von 2 Ärzten — ohne eigentliche Attestierung in Anstalten aufgenommen werden, bei Gemeindekranken ist jedoch Attestierung die Regel. Kriminelle Schwachsinnige werden durch Verfügung eines Gerichtshofes oder des Innenministers in bestimmte Anstalten eingewiesen.

Schwachsinnige, die außerhalb einer Anstalt leben können, brauchen im allgemeinen nicht attestiert zu werden, befinden sich jedoch unter Überwachung (s. unten).

Die *Anstalten* für Schwachsinnige werden von Commissioners und lokalen Ausschüssen in derselben Weise inspiziert, wie die Anstalten für Geisteskranke. Gleichfalls haben die in Anstalten untergebrachten Schwachsinnigen das Recht, verschlossene Briefe an die Aufsichtsbehörde

---

<sup>1</sup> In England nennt man hochgradig Schwachsinnige: low-grade defectives (= low mentality), geringgradig Schwachsinnige: high-grade defectives. Hierdurch entstehen manchmal Übersetzungsfehler.

zu senden und eine private Unterredung mit den inspizierenden Personen zu verlangen.

Minderjährige Schwachsinnige in Anstalten werden, sobald sie das 21. Jahr erreicht haben, nochmals daraufhin begutachtet, ob ein weiteres Verbleiben in der Anstalt notwendig ist oder nicht.

*Entlassung* aus der Anstalt bzw. Aufhebung der Attestierung kommt bei Schwachsinnigen natürlich viel weniger in Betracht als bei Geisteskranken. Privatkranke können auf Antrag der Eltern entlassen werden, falls die Aufsichtsbehörde keinen Einspruch erhebt. Gemeindekranke können nur von der Aufsichtsbehörde entlassen werden. Schwachsinnige, die zur Entlassung geeignet erscheinen, bekommen im allgemeinen zunächst Urlaub (s. dieses), haben sie sich hierbei längere Zeit gut geführt, so können sie entlassen werden. Im Laufe des Jahres 1931 wurden 190 Schwachsinnige entlassen.

#### Anstalten und sonstige Einrichtungen für Schwachsinnige (Übersicht S. 780).

Es gibt 5 Arten von Anstalten, und 4 Arten von Überwachungseinrichtungen außerhalb. Im allgemeinen entspricht Nr. 1 den öffentlichen Anstalten für Geisteskranke, Nr. 2 den Spitäler, Nr. 3 den gemeinnützigen Privatanstalten, Nr. 4 den Privatanstalten, Nr. 5 der Staatsanstalt für kriminelle Geisteskranke. Nr. 1, 2, 5 dienen für Gemeindekranke, Nr. 1, 3, 4 für Privatkranke. Die Zahlenangaben beziehen sich auf den Stand vom 1. 1. 32.

1. Eingetragene Anstalten (Certified Institutions). Die Mehrzahl wird von lokalen Behörden erhalten, einige durch gemeinnützige Stiftungen. Anzahl 108, die größte faßt 1800, die kleinste 12 Kranke. Bestand: 19 964 Kranke.

2. Spitäler (Public Assistance Institutions). Teils richtige Schwachsinnigenkolonien, teils Räumlichkeiten, die an ein Workhouse (s. S. 772) angegliedert sind. Bestand: 9 027 Kranke.

3. Zugelassene Anstalten (Approved Homes). Teils gemeinnützige Anstalten, teils eigentliche Privatanstalten. Attestierte Schwachsinnige können hier nicht aufgenommen werden. Anzahl 35, die größte faßt 70, die kleinste 7 Kranke. Bestand: 560 Kranke.

4. Reine Privatanstalten (Certified Houses). Anzahl 10. Bestand: 211 Kranke.

5. Staatsanstalten (State Institutions). Sie unterstehen direkt der Aufsichtsbehörde und dienen nur für gefährliche und gewalttätige Schwachsinnige. Anzahl 2. Bestand: 1122 Kranke.

#### Sonstige Einrichtungen.

6. Einzelpflege (Single Care). Entspricht der Einzelpflege für Geisteskranke, doch ist weder Attestierung noch ärztliches Zeugnis notwendig,

Übersicht über Anstalten und sonstige Einrichtungen für  
Schwachsinnige. Stand vom 1. 1. 1932.

Nr.	Art der Anstalt oder Einrichtung (in Klammern: Zahl der Anstalten)	Zahl der darin untergebrachten Schwachsinnigen
1	Eingetragene Anstalten (108) . . .	19 964
2	Spitäler . . . . .	9 027
3	Zugelassene Anstalten (35) . . .	560
4	Privatanstalten (10) . . . .	211
5	Staatsanstalten (2) . . . .	1 122
		30 884 (15 089 Männer, 15 795 Frauen)
6	Einzelpflege . . . . .	273
7	Vormundschaft . . . . .	2 199
8	Urlaub . . . . .	(1 503)
9	Behördliche Überwachung . . . .	27 970
	Freiwillige Überwachung . . . .	21 079

Insgesamt Schwachsinnige unter Obhut: 82 405.

(Außerdem in öffentlichen Anstalten für Geisteskranken ungefähr 10 000 Schwachsinnige.) Vermutliche Zahl sämtlicher Schwachsinnigen in England (s. Statistisches): 320 000.

Meldung an Aufsichtsbehörde muß jedoch erfolgen. Inspektion hier (und bei Nr. 7) wie bei Anstalten. In Einzelpflege: 273 Kranke.

7. Vormundschaft (Guardianship). Wird auf Antrag angeordnet, Attestierung ist notwendig. Die Eltern oder sonstwer wird zum Vormund bestimmt, dieser hat volle elterliche Gewalt über den Schwachsinnigen und kann sein Entweichen verhüten. Kommt in Betracht für

Tabelle 1. Zahl der Unterbringung  
England 1859—1929 (Bevölkerung 1929: 39 610 000;

Jahr	1 Zahl der öffentlichen Anstalten	2 Attestierte Geisteskrankie am 1. Januar	3 Es kamen Geisteskranke auf 10 000 Einwohner			4 Öffentl. und private Anstalten	5 Spitäler	6 Unterbringung Militär- und Marine- Anstalten
			männl. Bevölkerung	weibl. Bevölkerung	Gesamtbevölkerung			
1859	39	36 500	17,2	19,7	18,5	61,5	21,8	0,5
1869	48	52 500	22,1	25,1	23,6	63,5	21,3	0,4
1879	59	68 600	24,9	29	27	65,7	23,3	0,5
1889	66	82 700	27,1	30,9	29,1	70	21,2	0,4
1899	76	103 200	30,2	34,4	32,4	76	16,9	0,3
1909	95	126 800	34	37,4	35,8	80	14,5	0,1
1919	97	116 700	27,9	34	31,1	81,4	13,8	0,2
1929	98	141 100	32,7	38,3	35,6	83,5	11,2	0,1

Schwachsinnige, die bei einiger Überwachung draußen leben können.  
Unter Vormundschaft: 2 199 Kranke.

8. Urlaub (License). Dies ist eine Art Beurlaubung aus der Anstalt, unter Umständen auch aus der Vormundschaft. Der Urlaub wird zunächst auf  $\frac{1}{2}$ —1 Jahr gewährt, er kann verlängert oder widerrufen werden. Kommt in Betracht für Debile, die sich zu Hause oder in bestimmten Betrieben nützlich machen können. Beurlaubt: 1 503 Kranke.

9. Behördliche und freiwillige Überwachung (Statutory und Voluntary Supervision). Wird ausgeübt von Gemeindebeamten, öffentlichen und freiwilligen Organisationen u. dgl. Kommt in Betracht für Schwachsinnige, welche bis auf weiteres einer eigentlichen Überwachung nicht bedürfen. Unter behördlicher Überwachung: 27 970 Kranke, unter freiwilliger Überwachung: 21 079 Kranke.

### Statistischer Teil.

Tabelle 1 enthält eine Aufstellung über Zahl und Unterbringung der *attestierten* Geisteskranken während der letzten 70 Jahre. Selbstverständlich muß eine gewisse Sättigung des Landes mit Anstaltsraum eingetreten sein, bevor man sich die Ziffern der Rubrik 3 daraufhin ansehen kann, ob sie auf eine tatsächliche Zunahme der Geisteskrankheiten hinweisen oder nicht.

Man darf annehmen, daß England seit ungefähr 1909 mit Anstaltsraum „gesättigt“ ist, darf jedoch nicht übersehen, daß die Ziffern nicht die Bewegung sämtlicher, sondern nur die Bewegung der attestierten Geisteskranken wiederspiegeln. Immerhin stellen die attestierten einen

der attestierten Geisteskranken.

Männer: 18 970 000, Frauen: 20 640 000.

Anstalten f. kriminelle Geisteskranke	7 in Prozent		8 in Außenpflege		9 in Einzelpflege		10 alle Aufnahmen		11 Aufnahmen im Laufe des Jahres			
	Zahl	auf 10 000 Einwohn.	Zahl	männl. Bevölk.	weibl. Bevölk.	Gesamtbevölk.	nur Erstaufnahmen					
							Es kamen auf 10 000 Einwohner					
1	16	0,3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
0,9	13,3	0,6	10 500	5,2	—	—	—	—	—	—	—	
0,7	9,1	0,7	13 100	5,3	—	—	—	—	—	—	—	
0,7	7,2	0,5	15 000	6	—	—	—	—	—	—	—	
0,6	5,8	0,4	19 300	6,1	15 700	5,1	—	—	4,8	—	5	
0,7	4,3	0,4	21 800	6,1	17 900	5,2	—	—	4,9	—	5,1	
0,7	3,5	0,4	22 900	6,1	19 300	5,3	—	—	5	—	5,1	
0,6	2,5	0,3	22 000	5,6	17 500	4,3	—	—	4,6	—	4,4	

sehr beträchtlichen Teil der insgesamt im Lande befindlichen Geisteskranken dar — meiner Schätzung nach ungefähr 80% —, man ist daher berechtigt, aus ihrer Bewegung allgemein gültige Schlüsse zu ziehen.

Am höchsten war die Ziffer im Jahre 1914, damals kamen 37,3 Kranke auf 10 000 Einwohner. Durch die Auswirkungen der Kriegszeit, vor allem der erhöhten Sterblichkeit (s. diesen Abschnitt), ging die Ziffer, wie in Deutschland, allmählich herunter, im Jahre 1919 war sie am niedrigsten. Während in Deutschland die Ziffer nach 1919 bald über das Vorkriegsniveau hinausschnellte — soweit ein Vergleich zwischen der deutschen Verpflegtenzahl und der englischen Attestiertenzahl statthaft ist, ganz abgesehen davon, daß unter anderem die ganz andere wirtschaftliche Not in Deutschland ein „Unterschlüpfen“ in Anstalten begünstigte —, hielt sich die Ziffer in England unter dem Niveau von 1914, sie ist noch jetzt fast genau dieselbe wie im Jahre 1909. Die Aufnahmen (Höchststand 1914: 6,2 auf 10 000) und Erstaufnahmen haben gegen 1909 sogar abgenommen, so daß man — um in dieser außerordentlich schwierigen Frage lieber zu wenig als zu viel zu behaupten — jedenfalls so viel sagen kann, daß in den letzten 20 Jahren eine merkliche Zunahme der Geisteskrankheiten in England nicht stattgefunden hat.

Untenstehend befindet sich eine bemerkenswerte Äußerung der Aufsichtsbehörde (Jahresbericht für 1930) zu der überall auftauchenden Behauptung, daß das Tempo unseres Zeitalters Geisteskrankheiten Vorschub leistet.

„Die Zunahme des Krankenbestandes [gemeint ist hier und später die Zunahme in absoluten Zahlen] bedeutet nicht, daß Geisteskrankheiten häufiger geworden sind. Rückgang der Geburten und Zunahme der Lebensdauer bewirken fortwährende Veränderungen in der Altersschichtung der Bevölkerung. Geisteskrankheiten sind, mit wenigen Ausnahmen, Krankheiten des Erwachsenen. Daher kommt es, daß Geisteskrankheiten vermehrt in Erscheinung treten, wenn die Erwachsenen, wie jetzt, in der Bevölkerung überhand nehmen. Ferner sind Veränderungen in den Lebensgewohnheiten der Bevölkerung eingetreten, welche teils auf Wohnungsnot, teils auf Lockerung der Familienbande zurückzuführen sind. Hierdurch kommt es, daß man heute eher dazu neigt, alternde Angehörige — welche man in früheren Zeiten zu Hause behielt — den Anstalten zuzuführen. Infolge guter Verpflegung und sorgfältiger Wartung ist die Sterblichkeit in den Anstalten geringer als jemals zuvor. Die Anstaltsinsassen leben länger als früher, und da die jährliche Zunahme des Krankenbestandes weiter nichts darstellt, als die Differenz zwischen Zugang und Abgang, genügt allein die Abnahme der Sterblichkeit, um eine Zunahme des Krankenbestandes herbeizuführen — eine Erscheinung, welche nur allzuleicht irrtümlich für eine tatsächliche Zunahme der Geisteskrankheiten gehalten wird. Die durchschnittliche jährliche Zunahme des Krankenbestandes um 1,98% wird durch die angeführten äußeren Umstände vollkommen erklärt. Unseres Ermessens ist die so oft vorgebrachte pessimistische Ansicht, daß das Tempo des heutigen Lebens Geisteskrankheiten Vorschub leistet, unberechtigt. Die gegenwärtigen städtischen Lebensbedingungen bringen möglicherweise ein Häufigerwerden allgemein-nervöser Erscheinungen mit sich, jedoch nichts beweist, daß sie irgendwelche merkliche Zunahme an Geisteskrankheiten hervorbringen.“

Hinsichtlich der Aufnahmefziffern sei bemerkt, daß es den Tatsachen besser entspricht, sie, wie untenstehend, auf die *über 16 Jahre alte* Bevölkerung zu beziehen, da die Bevölkerung unter 16 Jahren nicht mehr als 1% aller Aufnahmen stellt.

Es kamen Aufnahmen auf je 10 000 Einwohner über 16 Jahre:

Jahr	Männliche Bevölkerung	Weibliche Bevölkerung	Gesamtbevölkerung	Jahr	Männliche Bevölkerung	Weibliche Bevölkerung	Gesamtbevölkerung
1921	8,38	8,66	8,53	1926	7,44	8,02	7,75
1922	8,22	8,88	8,58	1927	7,38	7,91	7,66
1923	8,09	8,76	8,45	1928	7,37	8,07	7,74
1924	7,28	8,05	7,69	1929	7,24	7,84	7,56
1925	7,39	8,12	7,78	1930	6,76	7,48	7,14

Die Zahl der „geistig Gebrechlichen“ Englands läßt sich schätzen, wenn man die Angaben des Wood Reports (1928, s. unten) über die vermutliche Zahl der Schwachsinnigen zu der Ziffer für die attestierten Geisteskranken hinzuaddiert. Auf 10 000 Einwohner kommen rund 80 Schwachsinnige + 36 attestierte Geisteskranke = 116 geistig Gebrechliche. Diese Zahl ist allerdings ein Mindestwert, da, wie gesagt, nicht alle Geisteskranken zur Attestierung kommen. Gehen wir von unserer Schätzung aus, daß ungefähr 80% aller Geisteskranken zur Attestierung kommen, so erhalten wir den Wahrscheinlichkeitswert 80 Schwachsinnige + 45 Geisteskranke = 125 geistig Gebrechliche auf 10 000 Einwohner.

In Deutschland ergaben die Durchzählungen im Allgäu 114, in Thüringen 130 geistig Gebrechliche auf 10 000 Einwohner.

Hinsichtlich der Verteilung der Geisteskranken auf die Geschlechter bekommt man den Eindruck — wenn man von dem Krankenbestand (Rubrik 3) ausgeht — als ob Geisteskrankheiten bei den Frauen häufiger vorkämen als bei den Männern. Hier ist jedoch zu berücksichtigen, daß unter der seßhaften Anstaltsbevölkerung mehr Frauen als Männer übrig bleiben, einerseits wegen der größeren Lebensdauer der Frauen, andererseits wegen der vorzugsweisen Ausmerzung von Männern durch progressive Paralyse (s. unter Sterblichkeit). Bei den Erstaufnahmen dagegen (Rubrik 11) liegen die Dinge einfacher. Von 1899—1919 stellten die Männer mehr, nach 1919 weniger Aufnahmen als die Frauen (s. auch Ziffern für die Bevölkerung über 16 Jahren). Wahrscheinlich steht diese Erscheinung damit in Zusammenhang, daß seit 1919 die Aufnahmen an progressiver Paralyse merklich zurückgegangen sind (s. unten).

Auf Tabelle 2 finden sich für den Zeitraum von je 5 Jahren die Durchschnittswerte 1. der Sterblichkeit, 2. der Wiederherstellungen in Prozent des Krankenbestandes (*Durchschnittszahl für das ganze Jahr*), 3. der Wiederherstellungen in Prozent der Aufnahmen. Spitäler und

Außenpflege (Tabelle 1, Rubrik 5 und 8) sind in dieser Aufstellung nicht enthalten; der Zeitraum 1928—31 umfaßt nur 4 Jahre.

Tabelle 2. Sterblichkeit und Wiederherstellungen in Prozent des Krankenstandes, Wiederherstellungen in Prozent der Aufnahmen. Durchschnittswert für je 5 Jahre. England 1873—1931.

Zeitraum	Sterblichkeit in % des Krankenbestandes						Wiederherstellungen in % der Aufnahmen		
	Männer	Frauen	ganzer Bestand	Männer	Frauen	ganzer Bestand	Männer	Frauen	alle Aufnahmen
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1873—1877	12,6	8,4	10,4	11	12	11,5	34,8	42,7	38,8
1878—1882	11,8	7,9	9,7	10,6	11,4	11	36,1	43,7	39,9
1883—1887	11,7	8,1	9,7	9,7	10,6	10,2	35,5	44,5	40,1
1888—1892	12,1	8,3	10	9,8	10,5	10,2	35,3	42,8	39,1
1893—1897	11,6	8	9,7	9,7	10,2	10	35,2	42,1	38,7
1898—1902	11,7	8,6	10,1	9,2	9,3	9,3	34,7	40,3	37,5
1903—1907	11,3	8,8	10	8,2	8,9	8,5	33,6	40,6	37,2
1908—1912	10,7	8,4	9,4	6,6	7,6	7,1	30,8	37,7	34,4
1913—1917	13,8	10,5	12,0	5,7	6,7	6,2	29	35,9	32,6
1918—1922	13,6	10,1	11,6	6,3	7,6	7	26,6	35,1	31,2
1923—1927	8,4	7	7,6	5,8	6,7	6,3	29,5	34,6	32,3
1928—1931	8	6,8	7,3	5,3	6,1	5,7	29,2	33,9	31,8

### Sterblichkeit.

Die Sterblichkeit (Rubrik 3) ist in den 40 Jahren vor dem Kriege abgefallen von 10,4 auf 9,4%. Während der Kriegsjahre schnellte sie, wie in Deutschland, vorübergehend sehr in die Höhe (s. Tabelle 3), nach dem Kriege war sie niedriger als jemals zuvor.

Die Männersterblichkeit war die ganze Zeit über höher als die Frauensterblichkeit, ist jedoch rascher als diese abgefallen und nähert sich infolgedessen immer mehr der Frauensterblichkeit. In den 40 Jahren vor dem Kriege blieb die Frauensterblichkeit praktisch auf derselben Höhe, während die Männersterblichkeit von 12,6 auf 10,7% herunterging. Auch späterhin (mit Ausnahme der Kriegszeit) fiel die Männersterblichkeit rascher ab, im Jahrfünft 1923/27 betrug sie nur noch 120%, im Jahrviert 1928/31 118% der Frauensterblichkeit (1873/77: 150%; 1908/12: 127%).

Diese Erscheinung steht in Zusammenhang mit dem Nachlassen der progressiven Paralyse, die seit ungefähr 1880 merklich und seit 1919

Tabelle 3. Einwirkung der erhöhten Kriegssterblichkeit

Jahr	1913	1914	1915	1916	1917
Krankenbestand (Durchschnittszahl für das ganze Jahr) . . .	112 573	114 133	113 526	111 015	106 472
Sterblichkeit in Prozent . . . . .	9,44	9,84	11,79	12,26	16,86

deutlich zurückgegangen ist. Daneben spielt die jetzt geringere Bösartigkeit, und seit 1923 die Aufnahme der Malariabehandlung eine Rolle.

Es kamen Paralytische auf je 100 Aufnahmen:

in den Jahren 1878—1896 . . . . .	8,4	} Männer 12,8; Frauen 2,6
" " 1896—1914 . . . . .	7	
" " 1920—1922 . . . . .	5,7	Männer 10,7; Frauen 1,5.

Es ist eindrucksvoll zu beobachten, in welchem Maße eine Erhöhung der Sterblichkeit zur Verminderung des Krankenbestandes beiträgt. Tabelle 3 enthält für den Zeitraum 1913—25 eine Gegenüberstellung des Krankenbestandes (Durchschnittszahl für das ganze Jahr; Spitäler und Außenpflege sind nicht enthalten) zur diesbezüglichen Sterblichkeit in Prozent.

#### Wiederherstellungen.

Der Prozentsatz der Wiederherstellungen unter der seßhaften Anstaltsbevölkerung (Rubrik 6) ist ständig, derjenige unter den Aufnahmen (Rubrik 9) ist seit 1883—87 abgefallen. Dies liegt natürlich nicht daran, daß die Heilerfolge sich im Laufe der Jahre verschlechtert haben, sondern hat verschiedene äußere Ursachen, von denen die Zunahme des Anstaltsraumes die wichtigste sein dürfte. Wiederherstellung heißt ja nichts anderes, als Entlassung aus der Anstalt als „praktisch“ geheilt. Je ausreichender der Anstaltsraum, desto weniger ist man gezwungen, Personen vorzeitig zu entlassen, und umgekehrt. Zunahme des Anstaltsraumes (Tabelle 1, Rubrik 1) und Abnahme der Wiederherstellungen gehen Hand in Hand bzw. hintereinander her. Ferner spielen die im Laufe der Zeit verschärften klinischen sowie gesetzlichen Ansprüche an den Begriff Wiederherstellung eine Rolle.

Bei den Frauen ist der Prozentsatz der Wiederherstellungen größer als bei den Männern, hier spielt wieder die progressive Paralyse eine Rolle. Bei den Aufnahmen macht sich, mit Ausnahme des Zeitraumes 1903—22, eine allmäßliche Annäherung der Männerwiederherstellungen an die Frauenwiederherstellungen bemerkbar.

Der Prozentsatz der Wiederherstellungen unter der seßhaften Anstaltsbevölkerung kann naturgemäß nur klein ausfallen, unter den Aufnahmen jedoch ist er erfreulich groß. Eine gewisse Rolle hierbei dürfte der Wettbewerb zwischen den einzelnen Anstalten spielen, der dadurch begünstigt wird, daß ihr jährlicher „Umsatz“ an Kranken im Jahresbericht der Aufsichtsbehörde und an anderen Orten veröffentlicht wird.

#### auf den Krankenbestand in England 1913—25.

1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925
99 751	96 146	98 434	102 110	104 417	108 304	110 325	112 490
19,56	12,55	8,64	8,37	8,99	7,71	7,62	7,60

### Schwachsinnige.

1928 wurde der Bericht einer Kommission veröffentlicht (Report of the Wood Committee), die den Auftrag hatte, die mutmaßliche Zahl der Schwachsinnigen in England festzustellen. Die Untersuchung umfaßte 6 verschiedene Bezirke (3 städtische, 3 ländliche) von je rund 100 000 Einwohnern. Die Bezirke waren so gewählt, daß sie in ihrer Gesamtheit einen Durchschnitt des ganzen Landes ergaben.

In diesen 6 Bezirken wurden 85,6 Schwachsinnige auf 10 000 Einwohner festgestellt, für ganz England kommt die mutmaßliche Zahl 80 heraus; es ist also gegenwärtig mit rund 320 000 Schwachsinnigen zu rechnen. Auf je 100 Schwachsinnige kamen 5 Idioten, 20 Imbezille und 75 Debile.

Es bestehen bemerkenswerte Unterschiede:

1. Zwischen städtischen und ländlichen Bezirken. Wirkung der Wanderungsauslese („Landflucht“).

Städtische Bezirke	67,1	Schwachsinnige auf 10 000 Einwohner
Ländliche	104,9	" " 10 000 "

2. Zwischen den Geschlechtern, dieser Unterschied ist bei Idioten und Imbezillen viel ausgesprochener als bei Debilen.

Bei Idioten und Imbezillen überwiegen die Knaben die Mädchen um 30%
" " " " " Männer " Frauen " 33%
" Debile " " " Knaben " Mädchen " 17%
" " " " " Männer " Frauen " 8%

Eine Kommission, die sich in den Jahren 1904—08 mit der gleichen Aufgabe befaßte, stellte damals nur ungefähr 40 Schwachsinnige auf 10 000 Einwohner fest. Selbst bei weitgehender Berücksichtigung der verschiedenen äußeren Umstände läßt es sich nicht abstreiten, daß in den dazwischenliegenden 20 Jahren Schwachsinn sich merklich ausgebreitet hat.

Die Zahl der von lokalen Behörden bis jetzt namentlich festgestellten Schwachsinnigen (s. allgemeiner Teil) bleibt selbstverständlich weit hinter der mutmaßlichen Schwachsinnenziffer zurück. Bis Anfang 1932 waren 97 000 Schwachsinnige = 24,4 auf 10 000 Einwohner namentlich festgestellt worden.